



**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**

**“REHABILITACIÓN INTEGRAL EN UN PACIENTE
EDÉNTULO PARCIAL”**

**ANA GABRIELA ZURITA CAJAMARCA
TUTOR: DRA. GABRIELA BALAREZO**

QUITO, OCTUBRE 2015

DEDICATORIA

A Dios, quién es mi guía frente a todo, me da fortaleza, confianza y esperanza necesaria para seguir adelante. A mi madre por todo su amor, esfuerzo y paciencia, porque a pesar de las adversidades nunca me dejó sola y jamás dejó de confiar en mí. A mis hermanos, que me llenan con su amor y alegría constantes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios eternamente, por siempre guiarme al mejor camino, por darme las fuerzas necesarias para luchar y seguir adelante.

Gracias a mi madre y hermanos por todo su amor y apoyo incondicional, porque estuvieron conmigo a pesar de todo, y sin el esfuerzo de mi madre no estaría aquí, por eso y muchas cosas más les doy las gracias.

Agradezco a la Universidad Internacional del Ecuador y a todos los docentes por brindarme una oportunidad en el aprendizaje, por darme los conocimientos necesarios para aplicarlos a lo largo de mi vida. Gracias a mi tutora caso clínico Dra. Gabriela Balarezo por su ayuda, paciencia y apoyo incondicional durante todo el momento de desarrollar este trabajo.

Gracias a mis amigas por su apoyo y comprensión, porque con su presencia hicieron que cada día sea único y especial.

RESUMEN

El diagnóstico integral en una rehabilitación oral, implica todas las especialidades en odontología porque los pacientes presentan diferentes problemas en su cavidad oral: dolores de distinta índole, pérdida de dientes, caries, etc., lo cual nos lleva a tener interconsultas con otras especialidades de la odontología, para tener un correcto diagnóstico y plan de tratamiento. El presente trabajo es la descripción de un caso clínico de una paciente de 62 años de edad que acude a la consulta odontológica presentando edentulismo parcial superior e inferior; fractura coronaria del diente 4.7, diente 1.3 previamente tratado, además de múltiples caries en los dientes 1.1, 2.3, 2.6, 2.7 y 4.6. Se le realizó una completa historia clínica, la cual nos llevó a un diagnóstico definitivo, junto con el planteamiento de otras alternativas de tratamiento; la paciente estuvo de acuerdo y se decidió ejecutar una rehabilitación integral con la ayuda de varias especialidades, realizando endodoncias, alargamientos de corona que nos facilitaron la rehabilitación con prótesis fija mediante pernos prefabricados, coronas metal-porcelana, e incrustaciones; por consiguiente se elaboraron y colocaron prótesis parciales removibles. Para cada procedimiento se siguieron todas las medidas establecidas, dando como resultado final la devolución de la función masticatoria, fonética, su salud oral y confianza a la paciente. Finalmente, se dieron indicaciones acerca del uso, higiene y mantenimiento de las restauraciones fijas y de las prótesis removibles.

Palabras Clave: Rehabilitación integral, prótesis fija, prótesis parcial removable.

ABSTRACT

The comprehensive diagnosis in an oral rehabilitation involves all specialties in dentistry because patients have different problems in their oral cavity: pains of various kinds, loss of teeth, cavities, etc., which leads us to interconsultations with other specialties dentistry, to have a correct diagnosis and treatment plan. This paper is the description of a clinical case of a 62-year-old woman came to the dental office presenting partially edentulous upper and lower; tooth crown fracture of 4.7, 1.3 previously treated tooth and multiple tooth decay 1.1, 2.3, 2.6, 2.7 and 4.6.

There was realized a complete medical history, which took us to a definitive diagnosis, with the approach of other treatment alternatives; The patient agreed and decided to implement a comprehensive rehabilitation with the help of various specialties, performing root canals, crown lengthening rehabilitation provided us with prefabricated prosthesis fixed by bolts, metal-porcelain crowns, and inlays; therefore they were prepared and placed removable partial dentures. For each procedure all established measures followed, ultimately resulting in the return of the masticatory function, phonetics, oral health and patient confidence. Finally, indications of use, hygiene and maintenance of fixed restorations and dentures were given.

Key Words: Integral rehabilitation, fixed, removable partial denture.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS.....	2
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.- JUSTIFICACIÓN	3
1.3.- OBJETIVOS	4
1.3.1.- GENERALES:.....	4
1.3.2.- ESPECÍFICOS:	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1.- DIAGNÓSTICO EN REHABILITACIÓN INTEGRAL	5
2.1.1.- ANAMNESIS.....	5
2.1.2.- EXAMEN EXTRAORAL.....	5
2.1.3.-EXAMEN INTRA-ORAL	6
2.1.4.- EXAMEN RADIOGRÁFICO	6
2.1.5.- MODELOS DE ESTUDIO.....	6
2.2.- RELACIÓN ENDODONCIA-REHABILITACIÓN	7
2.3.- ALARGAMIENTO DE CORONA	10
2.4.- PRÓTESIS FIJA.....	10
2.4.1.-RESTAURACIÓN DE DIENTES TRATADOS ENDODÓNTICAMENTE .	11
2.4.1.1.- POSTES.....	11
2.4.1.1.1.- PARTES DE UN POSTE:	12
2.4.1.1.2.- PRINCIPIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE POSTES.....	12
2.4.1.1.3.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	13
2.4.1.1.4. POSTE PREFABRICADO CON MUÑÓN DE RESINA	13
2.4.1.1.4.1 COMPONENTES DEL SISTEMA DEL POSTE PREFABRICADO	14
2.4.1.1.4.2.- PASOS CLÍNICOS	14
2.4.1.2.- RESTAURACIONES INDIRECTAS.....	16
2.4.1.2.1.- PRINCIPIOS DEL TALLADO	16

2.4.1.2.2.- INCRUSTACIONES:.....	17
2.4.1.2.2.1.- INLAY.....	17
2.4.1.2.2.1.1.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	17
2.4.1.2.2.1.2.- PREPARACIÓN INTRACORONARIA	18
2.4.1.2.2.2.- ONLAY.....	18
2.4.1.2.2.2.1.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	18
2.4.1.2.2.2.2.- PREPARACIÓN INTRACORONARIA.....	19
2.4.1.2.2.3.- PASOS CLÍNICOS	19
2.4.1.2.3.- CORONAS	21
2.4.1.2.3.1.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	21
2.4.1.2.3.2.- CORONA METAL PORCELANA	21
2.4.1.2.3.2.1.- TALLADO PARA CORONA DE METAL-PORCELANA	22
2.4.1.2.3.2.2.- TERMINACIONES CERVICALES	24
2.4.1.2.3.2.3.- PASOS CLÍNICOS	24
2.5.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	26
2.5.1.- INDICACIONES	26
2.5.2.- CONTRAINDICACIONES	27
2.5.3.- CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	27
2.5.4.- REGLAS DE APPLGATE	28
2.5.5.- TIPOS DE PRÓTESIS	29
2.5.6.- MATERIALES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:	30
2.5.7.- ELEMENTOS QUE LA COMPONEN	30
2.5.7.1.- CONECTORES MAYORES.....	30
2.5.7.2.- CONECTORES MENORES	32
2.5.7.3.- APOYOS Y DESCANSOS OCLUSALES, LINGUALES Y PALATINOS.....	33
2.5.7.4.- RETENEDORES DIRECTOS.....	33
2.5.7.5.- RETENEDORES INDIRECTOS.....	34
2.5.7.6.- BASES PROTÉSICAS.....	34
2.5.7.7.- DIENTES ARTIFICIALES.....	34

2.5.7.8.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE CROMO COBALTO	35
2.5.7.9.- PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES PROVISIONALES (ACRÍLICAS):.....	36
2.5.7.9.1.- INDICACIONES.....	36
2.5.7.9.2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE PROVISIONAL	38
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	39
3.1.- HISTORIA CLÍNICA.....	39
3.1.1.- DATOS DE AFILIACIÓN	39
3.1.2.- MOTIVO DE CONSULTA.....	39
3.1.3.- ENFERMEDAD P PROBLEMA ACTUAL	39
3.1.4.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	40
3.1.5.- SIGNOS VITALES	40
3.1.6.- EXAMEN CLÍNICO	40
3.1.6.1.- EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL	40
3.1.6.2.- EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL.....	41
3.1.7.- ODONTOGRAMA.....	42
3.1.8.- INDICADORES DE SALUD BUCAL	43
3.1.9.- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	43
3.2.- DIAGNÓSTICO	45
3.2.1.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	45
3.2.2.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	45
3.3.- ASPECTOS ÉTICOS.....	45
3.4.- PLAN DE TRATAMIENTO.....	45
3.5.- DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS.....	47
3.5.1.- PROFILAXIS.....	47
3.5.2.- MODELOS DE ESTUDIO Y MONTAJE EN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE	48
3.5.3.- TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS Y ALARGAMIENTOS DE CORONA	49
3.5.3.1 RETRATAMIENTO	49

3.5.3.2.- ALARGAMIENTO DE CORONA.....	51
3.5.3.3.- BIOPULPECTOMÍA CON FINALIDAD PROTÉTICA.....	52
3.5.3.4.- NECROPULPECTOMÍA.....	54
3.5.3.5.- BIOPULPECTOMÍA	55
3.5.3.6.- ALARGAMIENTOS DE CORONAS.....	57
3.5.4.- REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA	58
3.5.4.1.- PERNOS PREFABRICADOS.....	58
3.5.4.2.- RESTAURACIONES INDIRECTAS.....	61
3.5.4.2.1.- INCRUSTACIONES Y CORONAS METAL-PORCELANA	61
3.5.5.- REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	72
3.5.5.1.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE CROMO COBALTO INFERIOR Y PPR ACRÍLICA SUPERIOR.....	72
CAPÍTULO IV	78
4.1.- DISCUSIÓN	78
4.2.- CONCLUSIÓN.....	78
4.3.- RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA.....	80

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Signos Vitales.....	40
Tabla 2. Indicadores de salud bucal, Higiene oral simplificada.	43
Tabla 3. Índices CPO-ceo.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de Kennedy I	27
Figura 2. Clasificación de Kennedy II	27
Figura 3. Clasificación de Kennedy III	28
Figura 4. Clasificación de Kennedy IV	28
Figura 5. Examen clínico extraoral.....	41
Figura 6. Examen clínico intraoral	42
Figura 7. Odontograma	42
Figura 8. Exámenes complementarios.	44
Figura 9. Profilaxis	47
Figura 10. Modelos de Estudio	48
Figura 11. Retratamiento diente 1.3.....	51
Figura 12. Radiografías periapicales	51
Figura 13. Alargamiento de corona diente 2.3.	52
Figura 14. Biopulpectomía diente 4.7	53
Figura 15. Radiografías periapicales	54
Figura 16. Necropulpectomía diente 2.3.	55
Figura 17. Radiografías periapicales.	55
Figura 18. Biopulpectomía diente 4.6	56

Figura 19. Radiografías periapicales	57
Figura 20. Alargamientos de coronas.....	58
Figura 21. Perno prefabricado diente 1.3.....	59
Figura 22. Perno prefabricado diente 4.7.....	60
Figura 23. Tallado incrustación inlay diente 2.7.....	61
Figura 24. Tallado incrustación onlay diente 2.6.....	62
Figura 25. Tallado incrustación overlay diente 4.6.....	62
Figura 26. Tallado corona metal-porcelana diente 4.7.....	63
Figura 27. Tallado corona metal-porcelana diente 1.3.....	64
Figura 28. Impresiones y provisionales	65
Figura 29. Incrustaciones y coronas metal-porcelana.....	66
Figura 30. Cementación overlay.....	67
Figura 31. Cementación inlay.....	68
Figura 32. Cementación onlay	69
Figura 33. Cementación corona metal-porcelana diente 1.3.....	70
Figura 34. Cementación corona metal porcelana diente 4.7.....	71
Figura 35. Resinas.....	72
Figura 36. Impresión de prótesis parcial removible inferior.....	72
Figura 37. Prueba de estructura metálica de prótesis parcial removible inferior.....	73
Figura 38. Impresión prótesis parcial removible superior	74
Figura 39. Prueba de enfilado de dientes en cera. PPR superior e inferior	75
Figura 40. Prótesis Parcial Removible superior e inferior terminadas.....	77

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 2: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 3: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 4: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 5: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 6: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 7: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 8: HISTORIA CLÍNICA	81
ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO	81
ANEXO 10: PROTOCOLO DE ENDODONCIA	81
ANEXO 11: PROTOCOLO DE ENDODONCIA	81
ANEXO 12: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA	81
ANEXO 13: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA	81
ANEXO 14: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA	81
ANEXO 15: PROTOCOLO DE PRÓTESIS REMOVIBLE	81
ANEXO 16: PROTOCOLO DE PRÓTESIS REMOVIBLE	81

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de rehabilitación integral en odontología, hablamos de incorporar varias especialidades, que requiera el paciente para su total rehabilitación, eso incluye especialidades como la endodoncia, que se encarga de diagnosticar, prevenir y tratar las enfermedades de la pulpa; la periodoncia, que se encarga del tratamiento de las encías y el hueso adyacente; la rehabilitación oral y todas las otras especialidades que pudieran necesitar los pacientes para una total recuperación.

La rehabilitación oral es la parte de la Odontología que se encarga de devolver la función, estética y armonía oral, que haya perdido un paciente, ya sea por alteraciones en su crecimiento, enfermedad o traumatismo, causando la pérdida de dientes, grandes destrucciones o problemas estéticos; y esto se lo realizará mediante prótesis dentales.

Las prótesis dentales, según su colocación y fijación en la boca se pueden clasificar en prótesis fijas, prótesis removibles y prótesis Totales.

Las prótesis fijas están destinadas a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias o parte de ellas. La prótesis repone forma y función del sistema estomatognático, tanto la función mecánica como la estética. Estas pueden ser clasificadas según el material restaurador: metal, cerámica, cerómeros, zirconio; y según la forma: coronas, puentes, carillas, incrustaciones, pernos.

La prótesis parcial removible se encarga de reemplazar los dientes perdidos y los tejidos orales vecinos por medio de un aparato que se pueda remover e insertar a voluntad. Este aparato debe diseñarse para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales del paciente, así como para proteger tanto la salud de los dientes remanentes y de sus estructuras de soporte, como de los rebordes alveolares residuales.

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS

1.1.- Planteamiento del problema

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad, acude a la consulta de la Clínica Integral de la Universidad Internacional del Ecuador por una fractura coronaria que sufrió en el diente 4.7, tras un minucioso examen clínico intraoral se encontraron múltiples restauraciones filtradas, un diente previamente tratado endodónticamente, y además edentulismo parcial tanto superior como inferior.

Posteriormente de haber realizado el diagnóstico definitivo mediante la historia clínica junto con exámenes complementarios, se llegó a un plan de tratamiento para poder rehabilitar a la paciente de manera adecuada, por ende se decidió realizar endodoncias en el diente 4.7 con finalidad protésica ya que sufrió una fractura coronaria, en los dientes 2.3 y 4.6 igualmente ya que presentaban restauraciones filtradas con compromiso a cámara pulpar y en el diente 2.3 se realizó un retratamiento, también se necesitaron alargamientos de corona para poder hacer las respectivas restauraciones, y continuamente se realizaron pernos prefabricados en los dientes 1.3 y 4.7, coronas metal-porcelana en dientes 1.3 y 4.7, e incrustaciones en dientes 2.6, 2.7 y 4.6; así como también restauraciones con resina en dientes 1.1 y 2.3.

1.2.- Justificación

Es fundamental un enfoque multidisciplinario, para cualquier tratamiento odontológico, siempre y cuando el caso lo amerite, con la finalidad de obtener todas las perspectivas necesarias y así realizar una correcta resolución del tratamiento. La visión limitada y enfocada a una sola especialidad puede llevar a no apreciar soluciones clínicas adecuadas en la resolución de los tratamientos.

Actualmente la mayoría de las rehabilitaciones dentales se realizan con una prótesis fija (utilizando sus propias piezas dentales como soporte de coronas, puentes o carillas) o una prótesis soportada sobre implantes dentales.

En cuanto a prótesis parcial removible, sabemos que es la rama de la prostodoncia que además de reemplazar los dientes perdidos y los tejidos orales vecinos, preserva y protege tanto la salud de los dientes remanentes y de sus estructuras de soporte, como de los rebordes alveolares residuales.

Es, así que tenemos la responsabilidad, de rehabilitar integralmente al paciente con un diagnóstico y plan de tratamiento adecuados, devolviendo al paciente todos los parámetros estético y funcionales y al mismo tiempo promover la prevención y educación para el mantenimiento de la salud bucal.

1.3.- Objetivos

1.3.1.- Generales:

- Realizar la rehabilitación integral en un paciente edéntulo parcial, mediante un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, utilizando métodos y conocimientos científicos adquiridos, estableciendo la importancia de la relación multidisciplinaria de las distintas especialidades odontológicas para realizar un trabajo eficaz.

1.3.2.- Específicos:

- Devolver a la paciente una adecuada función masticatoria y la estética perdida, a través del manejo odontológico multidisciplinario.
- Mejorar el confort y calidad de vida de la paciente.
- Educar a la paciente para el correcto mantenimiento de su salud bucal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- DIAGNÓSTICO EN REHABILITACIÓN INTEGRAL

El éxito de una rehabilitación integral en clínica, está asociado a una adecuada planificación con el objeto de atender las necesidades de cada paciente. El odontólogo debe recolectar toda la información necesaria durante el examen del paciente para poder determinar el plan de tratamiento (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Aspectos psicológicos, necesidades estéticas o funcionales, hábitos parafuncionales, entre otras características, deberán ser investigadas durante la anamnesis; y otros datos se deben obtener a partir de un minucioso examen extra e intraoral (Pegoraro, 2001).

2.1.1.- ANAMNESIS

Esta es la primera fase del examen clínico donde se debe investigar el estado de salud general del paciente, cuyo objetivo es recoger el mayor número de informaciones sobre el paciente, visualizándolo como un todo y no como un diente o grupo de dientes restaurados (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.1.2.- EXAMEN EXTRAORAL

Es un examen iniciado durante la anamnesis; se observa su aspecto facial, para verificar características como dimensión vertical, soporte de labio y línea de la sonrisa. Después de esta conversación inicial con el paciente, se realiza el examen físico extraoral, empezando por observar la piel y palpar los tejidos de soporte (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Eliminada la presencia de alguna lesión, se realiza la evaluación de la musculatura y de la articulación temporomandibular: temporal, masetero, músculos de la cara, músculos cervicales y ATMs deben ser palpados (Pegoraro, 2001).

2.1.3.-EXAMEN INTRA-ORAL

En esta fase se examinan los tejidos blandos comenzando por: las mucosas, lengua y demás tejidos; también se deben inspeccionar músculos, dientes, periodonto y las relaciones oclusales. La queja principal del paciente debe ser evaluada en este momento, por lo que se debe realizar un examen sistemático de toda la cavidad bucal (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.1.4.- EXAMEN RADIOGRÁFICO

Para poder hacer un diagnóstico completo y plan de tratamiento adecuado, se necesitan informaciones que solamente las radiografías pueden suministrar. Nos sirven para observar lesiones óseas, cuerpos extraños, raíces residuales, anatomía radicular y calidad del tratamiento endodóntico, cantidad y calidad ósea, son algunas de las informaciones que nos pueden ofrecer las radiografías (Pegoraro, 2001).

La radiografía panorámica nos da una visión general del estado de la dentición y de los tejidos duros. Después del examen clínico inicial y la evaluación de la radiografía panorámica, se determinan las áreas de interés y se toman radiografías periapicales (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.1.5.- MODELOS DE ESTUDIO

Para la mayoría de los casos en prótesis hay necesidad de que estos modelos de estudio sean montados en articuladores semi-ajustables (ASA). Las utilidades de los modelos de estudio montados en ASA son: registro de la situación inicial del paciente, observación de contactos prematuros que llevan la mandíbula de relación céntrica a la máxima intercuspidadación habitual, observación de las relaciones intermaxilares, encerado diagnóstico, confección de coronas provisionales, observación de efectos de un ajuste oclusal (Pegoraro, 2001).

2.2.- RELACIÓN ENDODONCIA-REHABILITACIÓN

Es la parte de la odontología que comprende la etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones patológicas de la pulpa dentaria y de sus repercusiones en la región periapical y por consiguiente en el organismo. Para realizar un adecuado tratamiento endodóntico se debe hacer un correcto diagnóstico pulpar y periapical (Leonardo, 2005).

1. Diagnóstico pulpar:

- **Pulpa sana:** En el diagnóstico clínico, la pulpa se encuentra libre de síntomas y responde normalmente a las pruebas térmicas (Cohen & Hargreaves, 2011).

En este caso clínico, el diente 4.6 presentaba la pulpa sana con una restauración filtrada profunda que radiográficamente comprometía a cámara pulpar, por la cual se realizó el tratamiento de conductos.

- **Pulpitis reversible:** Inflamación del tejido pulpar causada por estímulos constantes. Existe dolor moderado, localizado, de corta duración solo durante el estímulo. El tejido pulpar vuelve a la normalidad retirando el estímulo (Leonardo, 2005).
- **Pulpitis irreversible:** Inflamación del tejido pulpar irreversible que se desató por un estímulo crónico que nunca se retiró. Es característico el dolor espontáneo, pulsátil y de larga duración durante un estímulo. El tratamiento debe ser la biopulpectomía (Cohen & Hargreaves, 2011).
- **Necrosis pulpar:** Degradación por la muerte del tejido pulpar causado por traumas, caries, etc. La pulpa ya no responde ante ningún estímulo y el tratamiento en este caso es la necropulpectomía (Cohen & Hargreaves, 2011).

En este caso clínico, el diente 2.3 presentaba una restauración filtrada que radiográficamente comprometía a cámara pulpar y se observó una lesión periapical, por lo que el diagnóstico fue necrosis pulpar.

- **Diente previamente tratado:** Se refiere a que el diente ya ha sido tratado endodónticamente, es decir que el o los conductos están rellenos con material obturador. Existen fracasos endodónticos causados por falta de limpieza, remodelado y obturación; trastornos iatrogénicos, perforación, etc.; por reinfección del sistema de conductos radiculares cuando se ha perdido el sellado coronal y también por filtraciones (Ferreccio, 2009).

Para solucionar un fracaso endodóntico se debe realizar un retratamiento de conductos, el cual consiste en la remoción del material preexistente, limpieza y remodelado, conformación y reobturación (Ferreccio, 2009).

En este caso, el diente 1.3 se encontraba previamente tratado con una restauración filtrada y radiográficamente se observó una lesión periapical, por lo que se realizó un retratamiento.

- **Tratamiento endodóntico con finalidad protética:** Consiste en realizarse una rehabilitación con prótesis dentales, y para esto a veces se indica previamente la realización de endodoncia en algunos dientes, en los cuales el tallado dental necesite ser agresivo y provoque la sensibilidad o la exposición pulpar (Cohen & Hargreaves, 2011).

En este caso, el diente 4.7 presentaba una fractura coronaria y para poder ser restaurado se indicó la colocación de perno y corona, por lo que se realizó el tratamiento de conductos.

2. Diagnóstico periapical:

- **Normalidad apical:** Dientes con tejidos periapicales normales, que no son sensibles a la palpación o percusión. La lámina dura que rodea a la raíz está intacta, y el ligamento periodontal es uniforme (Cohen & Hargreaves, 2011).

En este caso los dientes 4.6 y 4.7 presentaban normalidad apical.

- **Periodontitis apical sintomática (aguda):** Existe inflamación del ligamento periodontal, incluyendo dolor al morder y/o percusión o palpación. Es independiente de si hay pulpitis reversible, irreversible o necrosis pulpar, y se puede revertir eliminando la causa (Cohen & Hargreaves, 2011).
- **Periodontitis apical asintomática (crónica):** Inflamación y destrucción del hueso y de estructuras periapicales que es consecuencia de una necrosis pulpar. Radiográficamente se lo observa como una sombra radiolúcida compatible con una lesión periapical y clínicamente no existen síntomas (Cohen & Hargreaves, 2011).

En este caso, el diagnóstico periapical para los dientes 1.3 y 2.3 fue periodontitis apical crónica ya que radiográficamente presentaban una lesión periapical.

- **Periodontitis crónica supurativa:** Es la periodontitis apical crónica con presencia de fístula, producto de una necrosis y lesión periapical (Cohen & Hargreaves, 2011).
- **Absceso alveolar agudo:** Es una reacción inflamatoria causada por la necrosis pulpar, es de inicio rápido, existe dolor espontáneo, rubor, calor, edema, presencia de material purulento y sensibilidad del diente a la percusión. Radiográficamente no se observa (Leonardo, 2005).
- **Absceso alveolar crónico:** Reacción inflamatoria causada por necrosis pulpar, es de rápida aparición y evolución, existe poca o ninguna molestia y radiográficamente se observa lesión periapical (Leonardo, 2005).
- **Osteitis condensante:** Es una reacción ósea localizada causada por necrosis pulpar, es decir hay mayor crecimiento de hueso por lo que radiográficamente se observa una zona de mayor radiopacidad (Leonardo, 2005).

2.3.- ALARGAMIENTO DE CORONA

Es un procedimiento quirúrgico, que se encuentra dentro de la cirugía periodontal a colgajo, que consiste en eliminar encía y hueso para crear una corona clínica más larga y desplazar en sentido apical el margen gingival (Carranza, 2011).

Este procedimiento está indicado cuando los pacientes tienen una línea labial alta, e incluso para poder restaurar un diente que ha perdido estructura por causa de una fractura, caries o desgaste oclusal y por ende ha quedado con una corona clínica corta. Se debe tener en cuenta que los márgenes de las restauraciones no invadan el espacio biológico (MANSON, 2010).

Existen varias técnicas para obtener la exposición de la corona clínica, estas son: gingivectomía a bisel interno y externo; colgajo de reposición apical con remodelado óseo (Eley, Soory, & J.D, 2012).

Se realizó el alargamiento de corona haciendo incisiones a bisel interno e incisiones intrasulculares permitiendo eliminar el collarete de tejido de encía con una cureta y de esta forma exponer la corona clínica, levantando un colgajo de espesor total (Eley, Soory, & J.D, 2012).

2.4.- PRÓTESIS FIJA

La prótesis fija es el arte y la ciencia de restaurar los dientes dañados o destruidos realizando preparaciones intracoronarias (incrustaciones); preparaciones para coronas de recubrimiento completo mediante restauraciones coladas de metal, metal-cerámica, o totalmente cerámicas, ya sea en dientes vitales o tratados endodónticamente; y especialmente estos últimos se los restaurará mediante pernos colados o prefabricados y coronas según la cantidad de pérdida de tejido dentario (Herbert T. Shillingburg, 2006).

El tratamiento con prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Es posible restaurar la

función completa de los dientes por separado y conseguir la mejora del efecto estético (Herbert T. Shillingburg, 2006).

El éxito de los trabajos de prótesis fija en la clínica diaria está directamente asociado a una planificación correcta y con criterio, que debe ser individualizada y ejecutada con el objeto de atender las necesidades de cada paciente (Pegoraro, 2001).

Las técnicas y los materiales utilizados para restituir la anatomía dentaria varían de acuerdo con el grado de destrucción de la porción coronaria y si el diente presenta o no vitalidad pulpar (Pegoraro, 2001).

2.4.1.-Restauración de dientes tratados endodóticamente

La restauración que debe realizarse en un diente tratado endodóticamente dependerá de la destrucción coronaria y el tipo de diente. Tradicionalmente, un diente desvitalizado recibía un poste para “reforzarlo” y una corona para “protegerlo”, pero ciertos estudios clínicos han hecho reconsiderar esta creencia (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Frecuentemente, la preparación de una corona combinada con la preparación del acceso endodóptico deja insuficiente dentina sana para poder soportar una corona sin ayuda. Si se requiere una corona de metal cerámica debido a la extensa destrucción coronaria, probablemente se necesite un poste-muñón. Se coloca un poste para proporcionar la retención a una corona que, de otro modo se obtendría de la estructura dentaria coronaria (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.1.- Postes

Son dispositivos rígidos de diferentes tamaños, elaborados con material metálico o cerámico, que se colocan en los conductos radiculares que previamente han sido tratados endodóticamente (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

Su propósito más importante es mantener un muñón que pueda ser usado para soportar las fuerzas oclusales al ser colocada la restauración final. Existen dos tipos de postes: los postes colados y los prefabricados (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

2.4.1.1.1.- Partes de un poste:

1. Parte coronaria: Su misión es retener el material de restauración
2. Parte radicular: Su misión es retener el poste dentro del conducto radicular (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

2.4.1.1.2.- Principios para la utilización de postes

- Principio de diseño:

El diseño exitoso para un perno y muñón debe reunir las siguientes características:

1. Adecuado selle apical
2. Mínima preparación del canal radicular (mínima remoción de dentina)
3. Longitud adecuada del poste, que deberá ser equivalente a dos tercios de la longitud total de la raíz, dejando siempre de tres a cuatro milímetros de gutapercha apical
4. Efecto de férula (rodear al muñón)
5. Estructura coronaria resistente (cantidad y solidez) (Herbert T. Shillingburg, 2006).

- Retención y resistencia:

Se refiere a su capacidad para resistir fuerzas de desinserción. Esta propiedad se ve influenciada por la longitud; el diámetro, que no debe exceder un tercio de la raíz; el cemento empleado y la conicidad del perno (Pegoraro, 2001).

En cuanto a la resistencia, se trata de una propiedad referida a la capacidad del poste y del diente para soportar fuerzas laterales y de rotación. Está influenciada por la cantidad de estructura remanente, la longitud y la rigidez del poste y la presencia de zonas retentivas que impidan la rotación y la ferulización (Pegoraro, 2001).

- Distribución de tensión:

Los medios cementantes mejoran la retención y crean un selle a lo largo del canal, lo que distribuirá las fuerzas de forma más uniforme, sin que haya grandes concentraciones de esfuerzo, ya que la capa de cemento actúa como amortiguador entre el poste y el cemento dentario (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.1.3.- Indicaciones y Contraindicaciones

Los postes están indicados: en dientes con la corona clínica destruida en más del 50%; dientes anteriores, cuando faltan las dos paredes proximales o una de ellas; dientes endodonciados que presentan varias obturaciones; dientes endodonciados que presentan pérdida de soporte periodontal; dientes endodonciados que serán pilar de puentes; dientes endodonciados que soporten el retenedor de una prótesis parcial removible y, en dientes posteriores, cuando faltan dos o más paredes adyacentes (Pegoraro, 2001).

Los postes no se deben utilizar en dientes con raíces muy curvas, escasa longitud radicular, conicidad exagerada, y desgaste excesivo de las paredes de las raíces (Pegoraro, 2001).

2.4.1.1.4. Poste prefabricado con muñón de resina

Los postes prefabricados con muñones de composite son los más utilizados hoy en día. El composite sigue siendo popular porque resulta fácil de colocar, polimeriza en minutos y permite trabajar en la preparación del muñón inmediatamente (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.1.4.1 Componentes del sistema del poste prefabricado

- Diseños: Cilíndrico, cilíndrico-cónico, cónico.
- Material del muñón: Ionómero de vidrio, resina compuesta
- Cemento para el poste: Ionómero de vidrio, policarboxilato, fosfato de zinc, cemento resinoso (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Ventajas:

- Aporta una impresión precisa del conducto
- Disminución del tiempo en la elaboración, pues se pueden realizar en una única sesión, reduciendo también la contaminación bacteriana
- Costos más bajos (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

Desventajas:

- Menor retención del muñón con respecto al perno colado
- Importante desgaste de la estructura dental para adaptar el perno (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

2.4.1.1.4.2.- Pasos Clínicos

Se debe medir la longitud del conducto radicular y verificar mediante la radiografía inicial, el diámetro y ancho del poste (Pegoraro, 2001).

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 y, no debe tener un diámetro mayor a $\frac{1}{3}$ de la raíz (Herbert T. Shillingburg, 2006).

- Preparación del conducto

Para que el conducto pueda recibir el poste, se lo debe preparar adecuadamente, para ello se comenzará a remover el material de obturación con fresas Gates o Peeso a baja velocidad, el instrumento rotatorio siempre debe ser de menor diámetro del conducto, inmediatamente se ensancha el

conducto hasta un diámetro en el que pueda entrar el poste (Herbert T. Shillingburg, 2006).

- Preparación química del poste

Antes de colocar el poste dentro del conducto, primero se lo tiene que desinfectar con gluconato de clorhexidina; segundo grabarlo con ácido fosfórico un minuto para lavarlo y secarlo sin que esto interfiera con la cementación; tercero grabarlo dos veces con silano por un minuto cada capa, dejando que se evapore solo, el cual sirve para adherir el cemento resinoso al poste, y se debe esperar a que se seque para volverlo a grabar con el mismo (Venezuela, 2015).

El grabado con ácido fosfórico y silano produce una superficie rugosa que permite la unión mecánica con el cemento resinoso. El ácido fosfórico limpia y desinfecta el poste, ya que penetra el vidrio y talla microcanales que serán ocupados por el silano que ayudará a la adhesión y una mejor retención del poste (Calabria Díaz, 2010). Sin embargo, también se ha dicho que el ácido fosfórico más silano, produce daño en la estructura interna del poste como consecuencia del efecto corrosivo que tiene, produciendo debilitamiento del relleno inorgánico del poste reduciendo su resistencia adhesiva, por lo que algunos ya no lo utilizan (Cedillo Valencia & Espinosa Fernández, 2011).

- Preparación química del conducto

Se debe aislar absolutamente con dique de goma el diente, se debe desinfectar el conducto con gluconato de clorhexidina para luego secarlo con conos de papel. En seguida, el conducto y la cámara pulpar son condicionados con ácido fosfórico 15 segundos, después se tiene que lavar y secar con conos de papel para colocar el adhesivo sin polimerizar (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

- Cementación

Para cementar el poste se pueden utilizar diversos cementos como, cemento de resina de autocurado, cemento de resina dual, cemento de resina de autograbante-autoadhesivo o cemento de resina reconstructor de muñones; entonces se procede a mezclarlo y colocarlo sobre la porción apical del perno, e inmediatamente introducir el poste lentamente dentro del conducto hasta que asiente y hacerlo rotar levemente (Tiznado Orozco, Robles Romero, Sánchez Huerta, Rodríguez Arámbula, & Sarahi, 2012).

Continuamente, debemos remover excesos con cucharilla y fotopolimerizar, y enseguida tomar una radiografía para verificar la colocación del poste (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Finalmente se reconstruirá el muñón con resina para poder darle la forma con fresas de diamante hasta obtener la preparación para la corona, una vez tallado se tomará la impresión para fabricar dicha corona y se realizará una restauración provisional hasta poder colocar la corona definitiva (Pegoraro, 2001).

2.4.1.2.- Restauraciones indirectas

Son aquellas restauraciones que son realizadas fuera de la boca, en modelos de trabajo, y son confeccionadas en el laboratorio para luego ser cementadas en la clínica, en el paciente (Pegoraro, 2001).

En las restauraciones indirectas se encuentran las coronas y las incrustaciones (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.1.- Principios del tallado

El diseño de una preparación para una restauración colocada y su ejecución dependen de cinco principios:

1. Preservación de la estructura dentaria
2. Retención y resistencia

3. Durabilidad estructural
4. Integridad marginal
5. Preservación del periodonto (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.2.- Incrustaciones:

Son restauraciones indirectas de recubrimientos parciales que se utilizan para reparar dientes con caries leves o moderadas, o que se han fracturado siempre y cuando no hayan sufrido un daño importante donde sería indicado el uso de una corona; por otro lado estas restauraciones también proveen protección, morfología, función, y/o estética (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

Existen tres tipos de incrustaciones, inlay, onlay y overlay; las cuales pueden ser de metal, cerámico o cerámica (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

2.4.1.2.2.1.- Inlay

Es aquella restauración estrictamente intracoronaria que no abarca las cúspides del diente, es decir solo se da en la parte oclusal (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

2.4.1.2.2.1.1.- *Indicaciones y contraindicaciones*

Es usada para reparar dientes posteriores que tienen caries de leve a moderada o restauraciones previas mínimas que precisan una restauración mesio-oclusal o disto-oclusal. También se puede utilizar para restaurar los dientes que están agrietados o fracturados si el daño no es tan significativo (Pegoraro, 2001).

Esta restauración no se debe realizar cuando hay caries pequeñas, ya que estaría indicada una restauración directa; cuando exista gran pérdida dentaria donde se haría una corona; tampoco si la carga masticatoria es muy intensa; si la pared gingival a nivel proximal o vestibular cae en cemento

dentario, porque la adhesión del cemento con el cemento dentario no va a ser favorable (QuentaTantani & Valencia Callejas, 2012).

2.4.1.2.2.1.2.- Preparación intracoronaria

La preparación para este tipo de incrustación debe tener ciertas características:

- Paredes divergentes hacia oclusal, en un ángulo de 5° a 10°
- Las paredes bucal y lingual deben ser divergentes hacia proximal, en los cajones proximales
- La pared gingival debe estar en el esmalte
- Esta preparación no lleva bisel
- Los ángulos de la cavidad deben ser redondeados
- El ancho en sentido vestíbulo palatino debe ser de 1 a 1.5 o 2mm
- La altura de la caja oclusal debe ser de 1 a 1.5 o 2 mm (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.2.2.- Onlay

La restauración onlay puede incluir una o más cúspides de la pieza, abarca tanto la parte interna como la parte externa del diente, se realizará una incrustación siempre y cuando la corona no presente demasiada destrucción como para una corona total (QuentaTantani & Valencia Callejas, 2012).

2.4.1.2.2.2.1.- Indicaciones y contraindicaciones

El onlay MOD está indicado en molares y premolares con lesiones moderadas a grandes; cuando las restauraciones previas o caries existentes incluyen las cúspides y el ancho de la caja oclusal es muy grande; sustitución de restauraciones metálicas por razones estéticas (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

Esta restauración está contraindicada cuando existe una mala higiene oral; en dientes demasiado cortos, ya que no permiten la profundidad suficiente

para el material; en hábitos nocivos, como morder el lápiz, esferos, etc (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

2.4.1.2.2.2.2.- Preparación intracoronaria

Para determinar la preparación, se debe hacer la reducción oclusal con una fresa de diamante cónica con el extremo redondeado (Pegoraro, 2001).

Se deben conseguir:

- Paredes expulsivas (divergencia 10°)
- Suelo de cámara pulpar plano
- Los ángulos internos redondeados, ángulos superficie cavidad 90°
- El tallado de la cúspide funcional es de 2,0 mm y ángulos redondeados
- El hombro de terminación cervical de esta preparación no debe invadir el margen gingival.
- El ancho de los suelos gingivales de las cajas proximales deben ser de 1,0 mm (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.2.3.- Pasos Clínicos

- *Toma de impresión*

Una vez realizada la preparación de la cavidad en la primera cita, se procede a la toma de impresión con la silicona de adición o polivinilsiloxano, que es el material de elección por su alta estabilidad dimensional, reproducción detallada, baja deformación plástica y alta resistencia al desgarre (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

La técnica para la toma de impresión debe hacerse en un solo paso o dos, hecho esto se debe mandar la impresión al laboratorio para que sea elaborado posteriormente (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

En la primera cita también se debe elaborar un provisional de acrílico, que será cementado temporalmente en el diente preparado hasta que se pueda cementar la incrustación definitiva en la segunda cita (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Preparación de la incrustación

Una vez entregada la incrustación por parte del laboratorio, se la preparó para cementarla definitivamente. Primero se debe desinfectar con gluconato de clorhexidina, luego se secará y se grabará con ácido fluorhídrico durante un minuto, enseguida se lavará y secará la incrustación para poder colocar el silano dos veces por un minuto cada capa (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Preparación del diente

En cuanto al diente se aísla absolutamente con dique de goma, e inmediatamente se lo desinfecta con gluconato de clorhexidina; una vez se haya secado, se grabará con ácido fosfórico durante 15 segundos, pasado este tiempo se lavará y secará para colocar el adhesivo sin fotopolimerizar en la superficie del diente (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Cementación:

Por último, en este paso se mezcla el cemento resinoso dual colocándolo tanto en la incrustación como en el diente, enseguida se asienta la incrustación en la superficie del diente, se retiran los excesos del cemento y se procede a fotopolimerizar por cada cara de la incrustación (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

2.4.1.2.3.- Coronas

Es una restauración fija y cubre totalmente el área de un diente que ya ha sido preparado y desgastado, para que reciba una corona que conserve o mejore su anatomía y devolverle su función (Pegoraro, 2001).

Existen las coronas de metal-porcelana, metálicas y de porcelana o cerámica pura (Pegoraro, 2001).

2.4.1.2.3.1.- Indicaciones y contraindicaciones

Las coronas están indicadas, en restauraciones que requieran estética y resistencia; para proteger piezas anteriores que requieran anclajes o ganchos; si el paciente tiene buena higiene bucal, en piezas donde su remanente coronal no es el más indicado y deben conservarse en boca; también se las utiliza cuando la raíz del diente se encuentra en perfectas condiciones, y para asegurarnos de esto es importante realizar una radiografía periapical (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

Estas restauraciones no deben ser usadas en los siguientes casos: dientes con movilidad, gingivitis, pacientes con mordida cruzada o bis a bis, retracción gingival (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2 .3.2.- Corona metal porcelana

Esta restauración consiste en una corona metálica de recubrimiento total de 0,3 a 0,5mm, revestida por una capa de porcelana de 0,7 mm, que imita el aspecto de un diente natural y cuya extensión puede variar (Pegoraro, 2001).

Ventajas:

- Altamente resistente a la compresión, por lo tanto se usa en dientes posteriores
- Posee una mejor estética en comparación con la corona metálica completa
- Posee alta resistencia a la abrasión

- El color dura muchos más años en comparación con las resinas
- Es biocompatible, puesto que es aceptado por la encía y los tejidos vivos (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

Desventajas:

- Remoción de gran cantidad dental, lo que puede causar daño pulpar.
- Debido a la fragilidad de la porcelana puede existir fractura
- Tiene una peor estética en comparación con la corona de cerámica pura (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.3.2.1.- Tallado para corona de metal-porcelana

Dientes anteriores

- **Surco marginal cervical:** Se comienza introduciendo la fresa a 45° realizando un surco en las caras vestibular y lingual con una profundidad de 0,7 mm (mitad del diámetro de la fresa) (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).
- **Surcos de orientación: en las caras vestibular, incisal y linguo-cervical:** Con una fresa de diamante cilíndrica cónica larga se hacen dos surcos en la cara vestibular de 1,2 mm (diámetro de la fresa), uno en el medio y otro próximo a la cara proximal. Los surcos incisales se realizan con la misma fresa inclinada 45° con una profundidad de 2,0 mm siguiendo los dos surcos de la cara vestibular y en dirección a la cara lingual o palatina (Monturiol Varani, 2003).
Posteriormente se realiza la unión de los surcos orientación de las caras vestibular, incisal y lingual, desgastando 1,3 mm hasta la mitad de las caras proximales (Monturiol Varani, 2003).
- **Desgastes proximales:** El diente vecino debe estar protegido con una matriz metálica y se procede a realizar el desgaste dejando las paredes proximales paralelas entre sí, hasta conseguir una distancia

de 1mm entre la terminación cervical del diente tallado y el diente vecino (Herbert T. Shillingburg, 2006).

- **Desgaste lingual:** Con una fresa de diamante en forma de balón se procede a desgastar el tercio medio lingual con una profundidad de 0,6 mm y por último el desgaste del tercio medio cervical es realizado con fresas cilíndricas diamantadas con extremidad ovoide, para dar una terminación en chanferete (0,6 mm) (Pegoraro, 2001).
- **Tallado subgingival:** Este tallado se hace usando la mitad de la punta activa de la fresa con una profundidad de 0,5 a 1,0 mm (Pegoraro, 2001).
- **Acabado:** La regularización del tallado se realiza con las fresas usadas anteriormente, eliminando las irregularidades que se encuentren en la terminación cervical (Herbert T. Shillingburg, 2006).

Dientes posteriores:

- **Surcos de orientación vestibular, oclusal y lingual:** La profundidad de los surcos vestibulares debe ser de 1,2 mm. En la cara palatina o lingual, el tercio medio marginal, debe tener un desgaste de 0,6mm y la región media oclusal 1,5 mm; es decir son menos profundos en gingival y en oclusal se van haciendo más profundos. En la cara oclusal, los surcos deben seguir los planos inclinados de las cúspides con una profundidad de 1,5 mm (Monturiol Varani, 2003).

La unión de estos surcos se realizará con una fresa cilíndrica diamantada con extremo ovoide desgastando 1,2 mm (Herbert T. Shillingburg, 2006).

- **Desgastes proximales:** Se realiza con una fresa de diamante cilíndrica cónica, larga y delgada, este desgaste debe quedar plano y paralelo al eje longitudinal del diente o sutilmente convergente hacia oclusal, hasta dejar una distancia de 1mm entre el diente tallado y el diente vecino (Monturiol Varani, 2003).

- **Tallado subgingival y acabado:** Para la realización de estos procedimientos, los pasos dichos con anterioridad son los mismos (Pegoraro, 2001).
- **Forma o diseño de la línea de terminación cervical:** Para la preparación de las coronas de metal porcelana el diseño del margen cervical debe ser adecuado, puesto que, provoca el correcto sellado marginal y el asentamiento incisal/oclusal de las coronas completas (Pegoraro, 2001).

2.4.1.2.3.2.2.- Terminaciones cervicales

Las terminaciones pueden ser en hombro o escalón, hombro o escalón biselado, chaflán y chanferete (Herbert T. Shillingburg, 2006).

En este caso clínico se utilizó la terminación cervical en chaflán que es considerado como el tipo de terminación cervical ideal, puesto que permite el espesor adecuado para las carillas estéticas de porcelana o resina, e igualmente está indicado para la confección de coronas de metal porcelana (Herbert T. Shillingburg, 2006).

2.4.1.2.3.2.3.- Pasos Clínicos

- *Toma de impresión*

Una vez que hemos realizado la preparación en la primera cita, se toma la impresión con silicona de adición o polivinilsiloxano, que como ya mencionamos anteriormente en las incrustaciones, es el material de elección por su alta estabilidad dimensional, reproducción detallada, baja deformación plástica y alta resistencia al desgarre (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

La técnica para tomar la impresión debe ser la misma que fue para las incrustaciones, es decir en un solo paso o dos, e inmediatamente se manda la impresión al laboratorio para la confección de la corona (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

En la primera cita se colocará un provisional de acrílico, que será cementado temporalmente en el diente mientras se espera que el laboratorio termine la corona definitiva (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Prueba de metal

En la segunda cita, se retira el provisional para poder realizar la prueba de metal de la corona, se debe verificar que ingrese con facilidad y que selle bien en la preparación (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Prueba de bizcocho

Cuando se realizó la prueba de metal se vuelve a mandar al laboratorio para que sea colocada la porcelana considerando el color, los contactos oclusales y la anatomía dental. En la tercera cita se realiza la prueba de bizcocho o porcelana sin glasear, verificando que ingrese y selle bien en la preparación y que no existan puntos de contacto con el antagonista (Mezzomo & Makoto Suzuki, 2010).

- Glaseado y prueba final

Realizada la prueba de bizcocho, se envía nuevamente la corona al laboratorio para que realice el glaseado otorgándole el brillo característico de los dientes naturales (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

Finalmente, se hace la prueba de la corona ya glaseada y se debe verificar nuevamente que no existan puntos de contacto tanto en la restauración como en el antagonista (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

- Cementación

Para cementar la corona metal porcelana, primero se aísla relativamente; segundo se desinfecta tanto la corona como la preparación del diente con gluconato de clorhexidina; tercero se arena con óxido de aluminio el interior

de la corona, hecho esto se mezcla el cemento de ionómero de vidrio o merón para colocarlo en la corona y llevarlo a la preparación, una vez asentada la restauración definitiva en el diente limpiamos con una torunda de algodón, se retiran los excesos de ionómero de vidrio que se han desbordado, y esperamos un tiempo hasta que se endurezca por sí solo (Baratieri & Jr. Monteiro, 2011).

2.5.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Las prótesis parciales removibles forman parte de la prostodoncia, rama de la odontología perteneciente a la restauración y mantenimiento de la función oral, el bienestar, el aspecto y la salud del paciente mediante la restauración de los dientes naturales, y/o la restitución de los dientes perdidos y los tejidos craneofaciales con sustitutivos artificiales (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Cualquier tipo de prótesis debe cumplir con los objetivos básicos del tratamiento prostodónico, que son: eliminar la patología oral; resguardar la salud, las relaciones de los dientes y las estructuras paraorales y orales, que se logrará con el correcto diseño de la prótesis parcial removible; y restaurar las funciones orales con estética y comodidad, sin interferir con la fonética del paciente (Rendón Yúdice, 2004).

2.5.1.- Indicaciones

- Cuando existen grandes espacios desdentados, donde no está indicada una prótesis fija
- Individuos de edad avanzada
- En extracciones recientes, donde sería indicada una prótesis parcial removible provisional
- En todos los casos libres unilaterales y bilaterales
- Cuando existe una excesiva pérdida de hueso en el área edéntula y se hace necesaria una base de acrílico en la prótesis para posicionar los dientes y dar soporte a los carrillos y labios (Desplats & Callís, 2004).

2.5.2.- Contraindicaciones

- Cuando no existe una buena higiene oral por parte del paciente
- En caso de que el paciente no coopere
- Cuando una prótesis fija pueda tener éxito
- Presencia de inflamación en los tejidos
- Presencia de torus que impidan la rehabilitación (Desplats & Callís, 2004).

2.5.3.- CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales, denominadas I, II, III y IV. Conforme a la frecuencia con que se presentan estas clases se estableció la secuencia numérica, es decir que la clase I es la más común, la sigue la II, posteriormente la III y por último IV (Rendón Yúdice, 2004).

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes, (extensión distal bilateral) (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

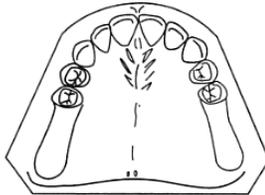


Figura 1. Clasificación de Kennedy I

Clase II: Área edéntula unilateral ubicada posterior a los dientes remanentes, (extensión distal unilateral) (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

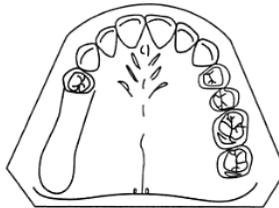


Figura 2. Clasificación de Kennedy II 1

Clase III: Área edéntula unilateral limitada por dientes remanentes detrás o delante del área edéntula (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

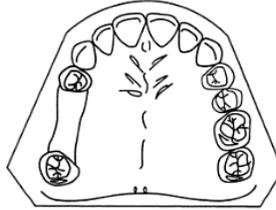


Figura 3. Clasificación de Kennedy III 1

Clase IV: Área edéntula única bilateral, que atraviesa la línea media y está localizada delante de los dientes remanentes (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).



Figura 4. Clasificación de Kennedy IV 1

2.5.4.- REGLAS DE APLEGATE

Applegate elaboró ocho reglas para la clasificación de Kennedy, las cuales son:

Regla 1: La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original

Regla 2: Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación

Regla 3: Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación

Regla 4: Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación

Regla 5: El área (o áreas) edéntula más posterior es la que determina la clasificación

Regla 6: Las áreas edéntulas que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número

Regla 7: La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales

Regla 8: No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV. Si en algún caso existiera una zona edéntula posterior ésta sería la que determinaría la clasificación (Desplats & Callís, 2004).

2.5.5.- TIPOS DE PRÓTESIS

Existen básicamente dos tipos de prótesis parcial removible según el tipo de soporte que reciben: una es dentosoportada y la otra dento y mucosoportada (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Prótesis dentosoportadas

La prótesis dentosoportada, que es la que restaura espacios edéntulos limitados por piezas dentarias (clase III y IV con espacios edéntulos cortos) ofrece una marcada superioridad sobre la prótesis dentomucosoportada, ya que toda la carga la soportan los dientes pilares colocados en los extremos de los espacios edéntulos (Rendón Yúdice, 2004).

Los ganchos de las dentaduras parciales removibles no rodean completamente al diente, como ocurre en las prótesis fijas, y por ello se deben diseñar para que abracen más de la mitad de la circunferencia del diente y de esta forma se mantenga la prótesis en posición bajo las cargas horizontales de la masticación (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Prótesis dento y mucopostadas:

Es también llamado prótesis parcial removible de extremo libre, el soporte de esta prótesis se lo darán: la mucosa bucal que recubre los rebordes alveolares residuales, y las piezas dentales. Este grupo lo constituyen las clases I, II y IV de Kennedy con espacios desdentados extensos (Desplats & Callís, 2004).

Existen ejes de rotación multidireccional que son:

1. La línea de fulcro principal, que pasa a través de los descansos de los dientes pilares más posteriores
2. Un eje longitudinal, que pasa por el apoyo oclusal en el diente vecino al espacio edéntulo y por la cresta del reborde alveolar residual
3. Un eje vertical perpendicular al plano horizontal, localizado cerca de la línea media por lingual de los incisivos superiores o inferiores (Rendón Yúdice, 2004).

Esta rotación multidireccional es la responsable de las fuerzas verticales y horizontales. Por lo tanto, el diseño, la adaptación y la extensión de la base de la prótesis deben controlar estos movimientos (Desplats & Callís, 2004).

2.5.6.- MATERIALES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

La prótesis parcial removible se elabora con:

- Metal (cromo cobalto): Compuesta por conectores mayores y menores, retenedores, apoyos oclusales, bases y dientes artificiales
- Resina (acrílico): Es termopolimerizable, que se compone de una base y dientes artificiales (Desplats & Callís, 2004).

2.5.7.- ELEMENTOS QUE LA COMPONEN

La prótesis parcial removible está compuesta por varios elementos, como: conectores mayores, conectores menores, apoyos oclusales, retenedores directos, retenedores indirectos, bases y dientes artificiales protésicos (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.1.- CONECTORES MAYORES

Son los elementos que conectan todos los elementos que integran la prótesis parcial removible. Su característica principal es la rigidez, permitiendo que la estructura no se flexione durante los movimientos masticatorios y durante la función se transmitan las fuerzas que se generen a los dientes pilares (Desplats & Callís, 2004).

En cuanto a la localización se deben tener en cuenta los principios siguientes:

1. Deben estar alejados de los tejidos móviles
2. Se debe evitar la compresión de los tejidos gingivales
3. Durante la inserción y remoción se deben evitar las prominencias óseas y de los tejidos blandos
4. Las áreas en contacto con el conector mayor se deben aliviar, para evitar su enclavamiento en zonas de posible interferencia, como los torus y los rafeles palatinos prominentes (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

CONECTORES MAYORES MANDIBULARES:

El conector mayor mandibular debe colocarse lo más profundo que nos permita el surco sublingual. Se aconseja que el borde superior de un conector de barra lingual se lo coloque como mínimo a 4mm por debajo del margen o márgenes gingivales; con respecto al borde inferior el límite lo marcará la altura que logren los tejidos móviles del piso de la boca (Rendón Yúdice, 2004).

Existen 6 tipos:

1. Barra lingual
2. Barra sublingual
3. Barra lingual con barra cingular (barra continua)
4. Barra cingular (barra continua)
5. Placa lingual
6. Barra vestibular (Rendón Yúdice, 2004).

CONECTORES MAYORES MAXILARES:

Los bordes de los conectores mayores maxilares se deben colocar como mínimo a 6 mm y paralelamente a los márgenes de la encía; todos los bordes del conector mayor superior deben ser delgados y finos, evitando ser cortantes para la lengua (Rendón Yúdice, 2004).

Existen 6 tipos:

1. Banda palatina simple
2. Combinación de una banda palatina anterior y otra posterior
3. Banda palatina anterior o en herradura
4. Conector palatino tipo placa
5. Barra palatina simple
6. Barra palatina anteroposterior (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.2.- CONECTORES MENORES

Los conectores menores son aquellos elementos que sirven de enlace entre el conector mayor y los demás elementos que constituyen la PPR. Tienen que ser muy rígidos, reforzados y adaptados a los espacios interdentarios; también transfieren las cargas funcionales recibidas sobre los dientes pilares en los que se apoyan mediante los elementos terminales (Desplats & Callís, 2004).

Forma y localización:

El conector menor maxilar contacta con los planos guías de los pilares y para esto debe ser suficientemente ancho. Cuando es el origen del brazo de un retenedor circunferencial en gancho, se debe ahusar hacia el diente bajo el cual se origina el gancho. Si no es el origen de ningún brazo, toda la longitud de su cara vestibular se debe ahusar en borde fino (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Las uniones de los conectores menores mandibulares con los conectores mayores deben ser de borde a borde, sin relieves apreciables; los ángulos no deben exceder los 90°. El conector menor de las extensiones distales mandibulares se debe extender posteriormente alrededor de dos tercios de la longitud de la cresta edéntula, y tener elementos para las superficies linguales y vestibulares (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.3.- APOYOS Y DESCANSOS OCLUSALES, LINGUALES Y PALATINOS

Una prótesis parcial removible convencional requiere del soporte que le brinden los dientes pilares a través de los descansos oclusales. Se preparan en las superficies de los dientes, en lingual o palatino y oclusal o incisal (Rendón Yúdice, 2004).

Su forma es triangular, con la base hacia el reborde marginal y el ápice hacia el centro del diente; no debe tener aristas para permitir un espesor de metal de aproximadamente 1.5mm, el ángulo formado por la superficie proximal y el piso debe ser menor de 90°; su longitud mesiodistal debe ser de 3 a 4mm y la profundidad mínima debe ser de 1 a 1.5mm (Rendón Yúdice, 2004).

2.5.7.4.- RETENEDORES DIRECTOS

Son los elementos de la prótesis parcial removible que resisten es desplazamiento de la prótesis en dirección oclusal, horizontal y gingival. Los retenedores directos pueden ser de dos tipos: 1) aditamentos o ataches de precisión 2) ganchos (Desplats & Callís, 2004).

- Ganchos:

Están constituidos por los siguientes elementos: 1) el apoyo oclusal o cingular; 2) el brazo retentivo; 3) el brazo recíproco o estabilizador; 4) el conector menor (Desplats & Callís, 2004).

Un gancho correctamente diseñado debe cumplir con los siguientes requisitos: soporte, retención, estabilidad, circunscripción, reciprocidad, pasividad (Rendón Yúdice, 2004).

Existen algunos tipos:

1. RPI, RPA y gancho en barra
2. Gancho combinado
3. Gancho circunferencial (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.5.- RETENEDORES INDIRECTOS

Son elementos de la prótesis parcial removible de extremo libre o dentomucosoportada que ayudan a los retenedores directos a impedir el levantamiento de la base de la prótesis (Rendón Yúdice, 2004).

Funciones de los retenedores indirectos:

- Reduce las fuerzas de palanca
- Ayuda a la estabilización contra el movimiento horizontal de la dentadura
- Los dientes anteriores que soportan los retenedores indirectos se estabilizan contra el movimiento lingual
- Soporta una parte del conector mayor, facilitando la distribución del estrés (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Formas de retenedores indirectos:

- Apoyos oclusales: Es el retenedor más sencillo y el cual debe tratar de utilizarse en todos los casos posibles; está compuesto de un apoyo y conector menor (Rendón Yúdice, 2004).
- Brazos de extensión sobre caninos: Indicados en los casos en que los primeros premolares son las piezas dentarias remanentes más posteriores (Rendón Yúdice, 2004).
- Plancha lingual: Es indispensable que vaya soportada por apoyos oclusales en los extremos, es decir en caninos y premolares de ambos lados (Rendón Yúdice, 2004).

2.5.7.6.- BASES PROTÉSICAS

Las bases de la dentadura o bases protésicas soportan los dientes artificiales y reciben las fuerzas funcionales de la oclusión y las transfieren a las estructuras orales de soporte, otra función de las bases es la estimulación de los tejidos de la cresta residual (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.7.- DIENTES ARTIFICIALES

Una vez seleccionados la forma, el color y el material, se procederá al anclaje de los dientes a las bases protésicas eligiendo uno de los métodos

siguientes: unión con resina acrílica, con cemento, procesándolos directamente al metal, colados con la estructura o por unión química. El método más empleado es la unión con resina acrílica (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

2.5.7.8.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE CROMO COBALTO

Los materiales de elección para la toma de impresión y con la finalidad de elaborar la prótesis parcial removible son los hidrocoloides irreversibles, es decir los alginatos (Desplats & Callís, 2004).

Pasos de la toma de impresión

1. Se selecciona una cubeta perforada, que debe ser apropiada para el paciente
2. Preparar el material de impresión, de acuerdo al fabricante
3. Depositar el material en la cubeta, sin dejar aire aprisionado
4. Se introduce la cubeta en boca
5. Mantener la cubeta inmóvil durante mínimo 3 minutos, luego se extrae, y una vez retirada se debe vaciar de inmediato con yeso para posteriormente enviar al laboratorio para su elaboración (Vieira N., 2007).

Prueba de estructura metálica:

En esta prueba se debe verificar que se ajusten perfectamente los retenedores a los dientes pilares sin que ejerzan demasiada presión. También, se debe corroborar que tenga una adecuada retención y estabilidad en boca, y que los descansos oclusales se ajusten correctamente en su nicho (Desplats & Callís, 2004).

Una vez ajustada la estructura metálica se colocan los rodetes de cera previamente reblandecida para establecer la altura y oclusión del paciente, y

se hace la selección del color para los dientes artificiales (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

Prueba de dientes artificiales en cera:

Se realiza la prueba de dientes en cera en boca del paciente y se hacen ajustes si es necesario. Después de verificar que todo está correcto, se manda al laboratorio para su terminación (Rendón Yúdice, 2004).

Instalación de la prótesis terminada:

Colocación definitiva de prótesis parcial removible terminada, si existe algún punto de contacto alto se lo debe retirar con una fresa de pulido. Igualmente se le dan indicaciones al paciente en cuanto al mantenimiento de su prótesis (Rendón Yúdice, 2004).

2.5.7.9.- PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES PROVISIONALES (ACRÍLICAS):

Como todas las prótesis removibles, esta sustituye los dientes ausentes, pero por periodos de tiempo más cortos, por ejemplo cuando se debe esperar a la cicatrización de tejidos, y posteriormente poder colocar un reemplazo definitivo (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

La estructura de las prótesis es de resina con retención de alambre, y pueden contener elementos para soporte de dientes. Debemos hacerle comprender al paciente que su uso solo es temporal, y que la salud de los tejidos de soporte y la integridad de los dientes pueden ser afectadas si se utilizan de manera prolongada (Desplats & Callís, 2004).

2.5.7.9.1.- Indicaciones

Las prótesis provisionales pueden estar indicadas como parte del tratamiento total para:

- **Mejoría del aspecto:** Tiene como finalidad la estética, sustituyendo uno o más dientes anteriores o dientes anteriores y posteriores. térmica (Rendón Yúdice, 2004).
- **Conservación del espacio:** En adultos, es importante conservar el espacio para que no suceda la extrusión y migración de dientes opuestos o adyacentes hasta que se pueda colocar el tratamiento permanente (Rendón Yúdice, 2004).
- **Restablecimiento de las relaciones de oclusión:** La prótesis parcial removible provisional se emplea para: establecer una nueva relación oclusal o una nueva dimensión vertical de oclusión, y para preparar los dientes y el tejido de la cresta residual con el fin de que puedan soportar la prótesis parcial removible definitiva (Desplats & Callís, 2004).
- **Preparación de los dientes y las crestas residuales:** El tejido de la cresta residual es más capaz de soportar una prótesis parcial removible definitiva cuando ya ha sido preparado con anterioridad mediante una prótesis provisional, al igual que los dientes pilares (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).
- **Restauración provisional durante el tratamiento:** Una prótesis parcial removible existente puede convertirse en una prótesis provisional inmediata hasta que cicatricen los tejidos y se prepare la arcada opuesta para recibir la prótesis removible. También se puede construir una prótesis temporal para reemplazar los dientes anteriores perdidos que posteriormente serán sustituidos por restauraciones fijas (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).
- **Preparación del paciente para el uso de una prótesis:** Se construye una prótesis parcial temporal para facilitar la transición del paciente hasta la prótesis definitiva, durante este tiempo la prótesis provisional debe ser revisada y puede someterse a modificaciones o reajustes se es necesario (Desplats & Callís, 2004).

2.5.7.9.2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE PROVISIONAL

Para la elaboración de una prótesis parcial provisional, se deben seguir los mismos pasos que fueron dichos con anterioridad para una prótesis parcial de cromo cobalto, así como también el material de impresión a utilizar debe ser el alginato que es un hidrocoloide irreversible (Rendón Yúdice, 2004).

Prueba de dientes artificiales en cera:

Una vez que se envió el modelo de yeso en positivo y que se hizo la selección del color de dientes artificiales para mandar al laboratorio, en la siguiente cita con el paciente se realiza la prueba de dientes en cera, donde verificaremos que no exista ninguna molestia en la oclusión y en la posición de los dientes, hecho esto se manda al laboratorio para su terminación (Rendón Yúdice, 2004).

Colocación de la prótesis

La colocación de la prótesis provisional es importante, se la debe ajustar correctamente para que sea confortable para el paciente durante el tratamiento temporal. Se deben cuidar los dientes desde el punto de vista del soporte, estabilidad y retención sin que exista una carga excesiva que pueda afectar el tejido gingival (Desplats & Callís, 2004).

Una vez asentada la prótesis se debe comprobar que se no se genera una carga excesiva en la región gingival marginal (McCraken, Prótesis parcial removible, 2006).

La estabilidad y la retención mejorarán si la prótesis contacta con zonas dentales y coronales a la altura del contorno. Se puede crear desequilibrio oclusal si la zona lingual/palatina de la prótesis tiene demasiado volumen, por lo que debe ser aliviada para que sea asentada correctamente (Desplats & Callís, 2004).

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1.- HISTORIA CLÍNICA

Este caso clínico se realizó en base a la información llenada en la Historia Clínica, donde se incluyen datos de afiliación, motivo de consulta, enfermedad o problema actual, antecedentes personales y familiares, examen clínico y exámenes complementarios, diagnóstico y plan de tratamiento. La paciente acudió a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador el día 28 de Abril del 2015, mismo día en que fue llenada la Historia Clínica.

3.1.1.- DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos: N.N

Lugar y fecha de nacimiento: Quito-Ecuador, 26 de Marzo de 1953

Grupo cultural: Mestiza

Edad: 62 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Ocupación: Mensajera

3.1.2.- MOTIVO DE CONSULTA

“Se me rompió la muela”

3.1.3.- ENFERMEDAD P PROBLEMA ACTUAL

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad refiere edentulismo parcial superior e inferior; fractura coronaria del diente 4.7, diente 1.3 previamente tratado, además de múltiples caries en los dientes 1.1, 2.3, 2.6, 2.7 y 4.6.

3.1.4.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Antecedentes personales: Paciente refirió hipertensión, la misma que es controlada con enalapril de 10mg 1 tableta diaria.

Antecedentes familiares: Hermano diabético

3.1.5.- SIGNOS VITALES

Presión arterial /mm Hg	Frecuencia Cardíaca /min	Temperatura °C	Frecuencia Respiratoria /min
124/83	80	36	17

Tabla 1. Signos Vitales. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.1.6.- EXAMEN CLÍNICO

3.1.6.1.- EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Al examen extraoral se observó una paciente braquicéfala, sin asimetrías faciales (Ver Fig. 5).

No se palparon ganglios linfáticos, ni alteraciones en glándulas salivales o articulaciones temporomandibulares.



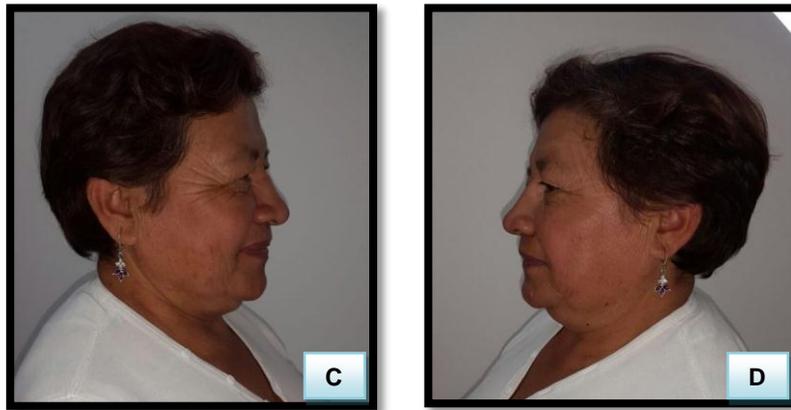


Figura 5. Examen clínico extraoral. 1 (a) Fotografía frontal. (b) Fotografía frontal sonriendo. (c) Fotografía de perfil derecho. (d) Fotografía de perfil izquierdo. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.1.6.2.- EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Mediante el uso de un equipo diagnóstico completo, examinamos minuciosamente la cavidad oral incluyendo labios, maxilar superior, maxilar inferior, lengua, paladar, piso de boca, carrillos, glándulas salivales, orofaringe; las cuales se encontraban sin patología aparente.

Con respecto a las estructuras dentales observamos restauraciones anteriores defectuosas; lesiones cariosas; edentulismo parcial superior e inferior (Ver Fig. 6).



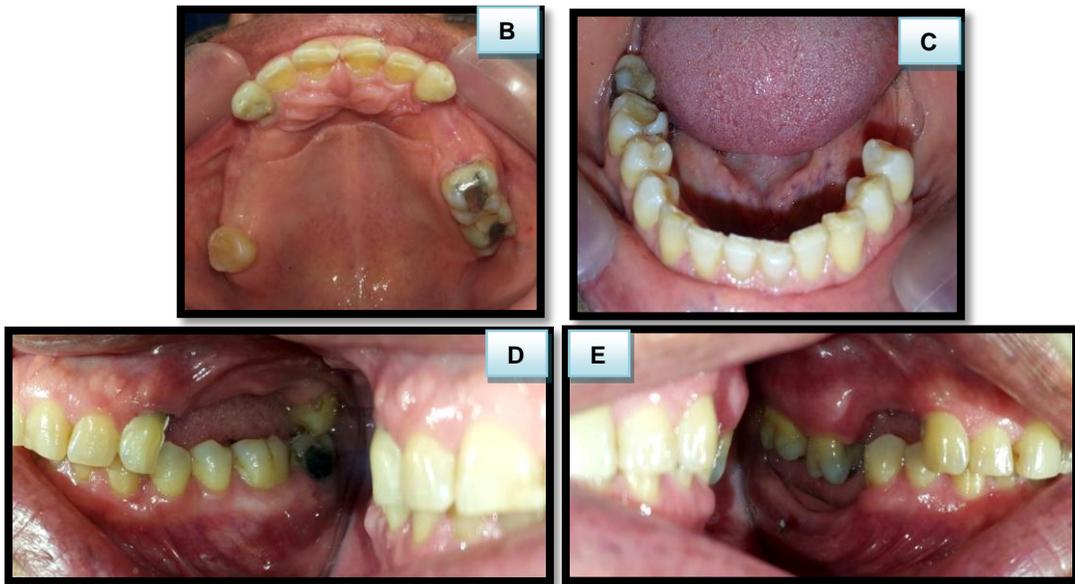


Figura 6. Examen clínico intraoral 1 (a) Fotografía frontal en oclusión. (b) Fotografía oclusal superior. (c) Fotografía oclusal inferior. (d) Fotografía de lado derecho en oclusión. (e) Fotografía de lado izquierdo en oclusión. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.1.7.- ODONTOGRAMA

En el odontograma observamos lo siguiente: en el maxilar superior la ausencia de los dientes 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5; diente 1.3 requiere de retratamiento endodóntico; caries en los dientes 1.1, 2.3, 2.6 y 2.7.

En el maxilar inferior observamos ausencia de los dientes 3.6 y 3.7; caries en el diente 4.6; y por último el diente 4.7 requiere endodoncia, perno y corona (Ver Fig. 7).

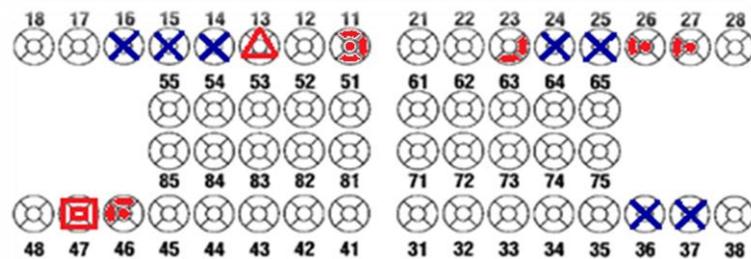


Figura 7. Odontograma 1. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.1.8.- INDICADORES DE SALUD BUCAL

Se realizaron los indicadores de salud bucal, dentro de los cuales observamos un promedio de 1.75 en cuanto a biofilm, 0,25 en cálculo y 0,25 en gingivitis (Ver Tabla 2).

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA									
PIEZAS DENTALES					PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS		
					0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3		
16	—	17	—	55					
11	X	21		51	1	0	0		
26	X	27		65	2	0	0		
36	—	37	—	75					
31	X	41		71	1	1	1		
46	X	47		85	2	0	0,25		
TOTALES					1.5	0.25	0,25		

Tabla 2. Indicadores de salud bucal, Higiene oral simplificada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

El paciente presentó un índice CPOD de 12 (Ver Tabla 3).

ÍNDICE CPO-ceo				
	C	P	O	Total
D	5	7	0	12
	c	e	o	Total
D				

Tabla 3. Índices CPO-ceo. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.1.9.- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Para el examen radiográfico se solicitó una radiografía panorámica y también se realizaron radiografías periapicales. En la radiografía panorámica se

observaron estructuras óseas aparentemente normales, el trabeculado óseo se encuentra regular, senos maxilares bien neumatizados y simétricos.

En el maxilar superior e inferior se observa pérdida ósea en las zonas edéntulas, en las zonas dentadas existe un buen soporte óseo, se observan las restauraciones realizadas (Ver Figura 8 a).

En las radiografías periapicales se observó con más detalle, diente 2.3 presenta una sombra radiopaca compatible con una restauración y presencia de lesión periapical, dientes 4.6 y 4.7 presentan sombras radiopacas compatibles con restauraciones, y diente 1.3 previamente tratado con lesión periapical (Ver Figura 8 b, c, d).

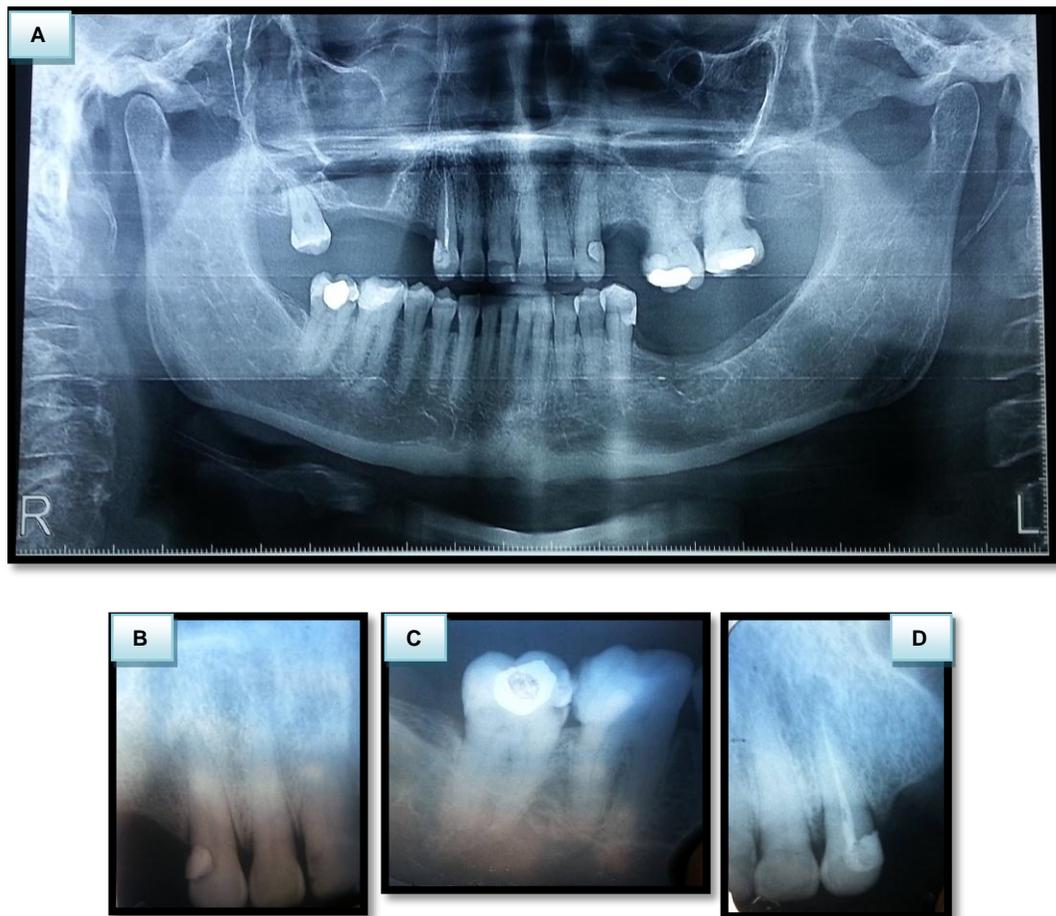


Figura 8. Exámenes complementarios 1. (a) Radiografía panorámica. (b) Radiografía periapical diente 2.3. (c) R. periapical dientes 4.6 y 4.7. (d) R. periapical diente 1.3. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.2.- DIAGNÓSTICO

3.2.1.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad, presenta biofilm duro y blando, edentulismo parcial superior e inferior, caries en los dientes 1.1, 2.3, 2.6, 2.7 y 4.6, fractura coronaria del diente 4.7, diente 1.3 previamente tratado.

3.2.2.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Después de haber realizado la historia clínica y los exámenes complementarios, se llegó al siguiente diagnóstico definitivo:

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad; presenta biofilm duro y blando subgingival y supragingival con inflamación en sitios interproximales; edentulismo parcial clase III de Kennedy modificación 1 en el maxilar superior y edentulismo parcial clase II de Kennedy en el maxilar inferior; caries en los dientes 1.1, 2.6, 2.7; necrosis pulpar con periodontitis apical crónica del diente 2.3; caries profunda con compromiso a cámara pulpar en el diente 4.6; fractura coronaria y caries en vestibular del diente 4.7; diente 1.3 previamente tratado con periodontitis apical crónica.

3.3.- ASPECTOS ÉTICOS

Corresponde a la historia clínica (Ver Anexo 9); el consentimiento informado con la explicación a la paciente de los beneficios y los posibles riesgos que se pueden presentar al momento de realizar su tratamiento. Se le aseguró también protección de su identidad fuera de la consulta dental.

3.4.- PLAN DE TRATAMIENTO

Después de un correcto diagnóstico clínico, y radiográfico, se le explicó a la paciente un plan tratamiento ideal y varios tratamientos alternativos. El tercer tratamiento alternativo fue escogido por cuestión económica de la paciente.

A continuación, las opciones entregadas fueron:

Como plan de tratamiento ideal se planteó la realización de un retratamiento, y restauración con perno y corona metal-porcelana en el diente 1.3. Restauración simple con resina del diente 1.1. Endodoncia y restauración compuesta con resina del diente 2.3. Colocación de incrustaciones de cerámico en los dientes 2.6 y 2.7. Endodoncia y colocación de perno y corona metal porcelana en el diente 4.7. Endodoncia e incrustación del diente 4.6. Colocación de implantes en ambas arcadas en las zonas edéntulas, explicándole a la paciente que este tratamiento requiere de mayor tiempo, y su costo es alto en comparación a la otras opciones de tratamientos, pero que sería el tratamiento más óptimo.

Como primera opción alternativa se planteó la realización de un retratamiento, y restauración con perno y corona metal-porcelana en el diente 1.3. Restauración simple con resina del diente 1.1. Endodoncia y restauración compuesta con resina del diente 2.3. Colocación de incrustaciones de cerámico en los dientes 2.6 y 2.7. Endodoncia y colocación de perno y corona metal porcelana en el diente 4.7. Endodoncia e incrustación del diente 4.6. Colocación de prótesis fijas convencionales en la arcada superior en las zonas edéntulas explicándole a la paciente que se requeriría mayor desgaste en los dientes adyacentes además de mayor costo y tiempo en la consulta dental en comparación con la prótesis parcial removible. Colocación de prótesis parcial removible cromo cobalto en la zona edéntula de la arcada inferior ya que es una zona de extremo distal libre.

Como segunda opción alternativa se planteó a la paciente la realización de un retratamiento, y restauración con perno y corona metal-porcelana en el diente 1.3. Restauración simple con resina del diente 1.1. Endodoncia y restauración compuesta con resina del diente 2.3. Colocación de incrustaciones de cerámico en los dientes 2.6 y 2.7. Endodoncia y colocación de perno y corona metal porcelana en el diente 4.7. Endodoncia e

incrustación del diente 4.6. Colocación de prótesis parcial removible de cromo cobalto superior e inferior.

Como tercera opción alternativa se realizó un retratamiento, y restauración con perno y corona metal-porcelana en el diente 1.3. Restauración simple con resina del diente 1.1. Endodoncia y restauración compuesta con resina del diente 2.3. Colocación de incrustaciones de cerómero en los dientes 2.6 y 2.7. Endodoncia y colocación de perno y corona metal porcelana en el diente 4.7. Endodoncia e incrustación del diente 4.6. En cuanto a las zonas edéntulas, se realizó una prótesis parcial removible de cromo cobalto inferior y por cuestión económica de la paciente una prótesis acrílica superior.

3.5.- DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

3.5.1.- Profilaxis

Previo a realizar cualquier tratamiento es necesario que el medio bucal se encuentre en buenas condiciones, por lo que se procedió a eliminar el biofilm duro y blando mediante el scaler.

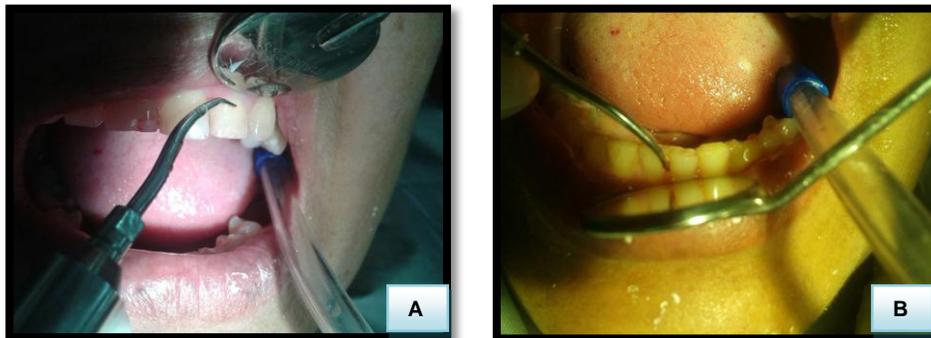


Figura 9. Profilaxis 1 (a) Maxilar superior. (b) Maxilar inferior. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.2.- MODELOS DE ESTUDIO Y MONTAJE EN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE

Antes de comenzar con la rehabilitación integral del paciente, se realizó la toma de impresiones con alginato que es un hidrocóide irreversible para obtener los modelos de estudio y poder analizar el caso de manera integral y examinar de manera minuciosa las necesidades que requiere la paciente para poder realizar un tratamiento adecuado. Los modelos diagnósticos se montan en un articulador semiajustable.

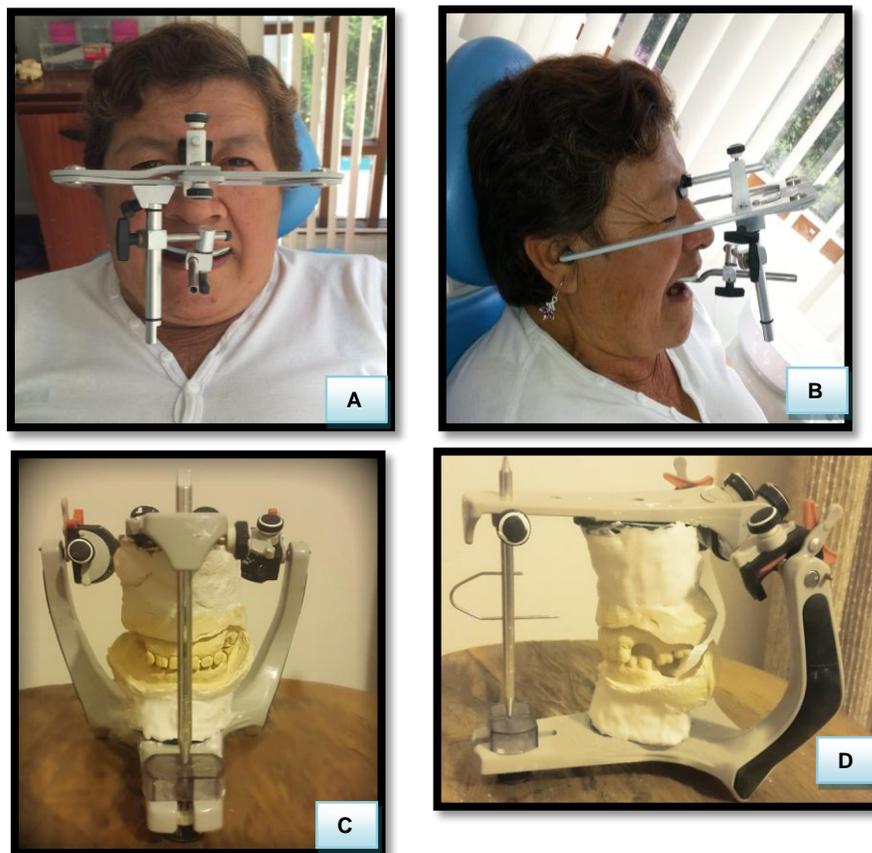


Figura 10. Modelos de Estudio 1. (a) Fotografía frontal de arco semiajustable. (b) Fotografía de lado derecho de arco semiajustable. (c y d) Modelos de estudio montados en el articulador semiajustable. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.- TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS Y ALARGAMIENTOS DE CORONA

Como describimos anteriormente en el plan de tratamiento, se deben realizar tratamiento de conductos en los dientes 2.3, 4.6, 4.7 y retratamiento del diente 1.3, y también se realizaron alargamientos de corona en los dientes 1.3, 2.3 y 4.7, para posteriormente rehabilitar de manera adecuada.

3.5.3.1 Retratamiento

El diente 1.3 se encontraba previamente tratado con una restauración filtrada y a la radiografía inicial se observó una lesión periapical (Ver Figura 12a). Se empezó a retirar la restauración, luego se removió la gutapercha con xilol por un minuto solo hasta el tercio coronal y con una lima K 15 hasta llegar a la longitud de trabajo tentativa (Ver Figura 11b), se procedió a tomar la conductometría para confirmar la longitud de trabajo (Ver Figura 12b). Se empezó a instrumentar con técnica mixta, irrigando entre cada lima, se limaron las paredes con una lima hedstroem 25 (Ver figura 11d). Se dejó con medicación intraconducto (hidróxido de calcio) y la siguiente cita se retiró toda la medicación del conducto para realizar la conometría con el cono maestro análogo a la lima apical maestra (Ver Figura 11f y 12c), se irrigó finalmente con hipoclorito de sodio, EDTA e hipoclorito de sodio y se secó con conos de papel (Ver Figura 11g), se empezó a reobturar el conducto con técnica de condensación lateral (Ver Figura 11h), se tomó una radiografía de penacho (Ver Figura 12d), y se terminó la obturación cortando los conos y se tomó una radiografía periapical final para verificar la obturación (Ver Figura 11i y 12e).

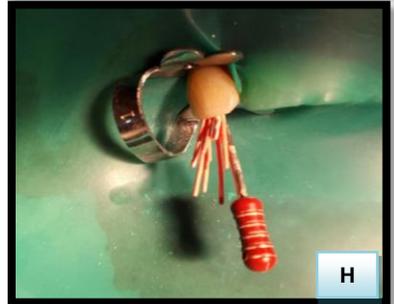


Figura 11. Retratamiento diente 1.3 1. (a) Obturación realizada anteriormente. (b) Longitud de trabajo tentativa con lima K 15. (c) Lima apical maestra K 40. (d) Lima hedstroem 25. (e) Remoción completa de gutapercha en el conducto. (f) Prueba de cono maestro. (g) Secado del conducto con conos de papel. (h) Obturación con ayuda de condensador. (i) Obturación terminada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

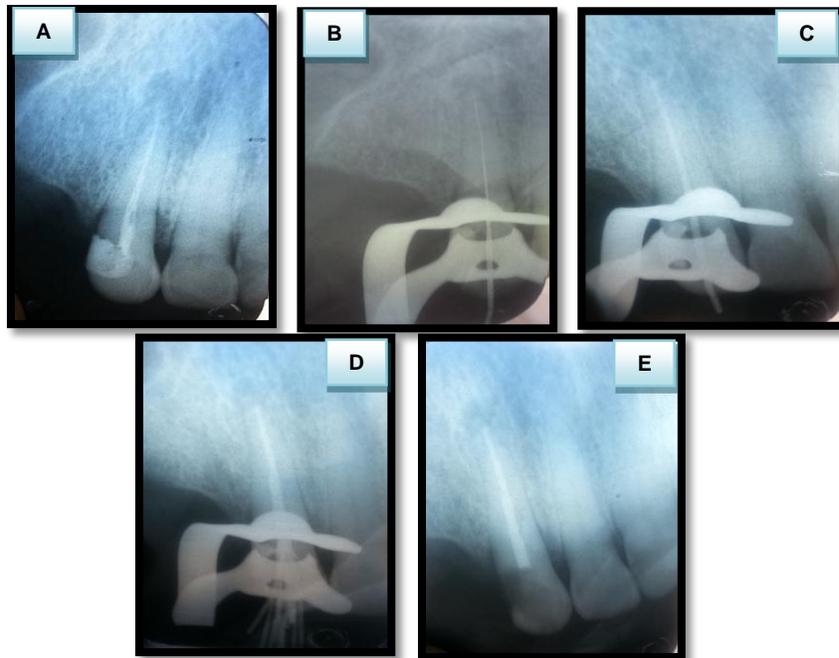


Figura 12. Radiografías periapicales 1. (a) Radiografía Inicial. (b) Conductometría. (c) Conometría. (d) Penacho (e) Obturación terminada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.2.- ALARGAMIENTO DE CORONA

Después de que se realizó la endodoncia del diente 1.3, observamos que la caries que se encontraba debajo de la restauración filtrada llegaba hasta subgingival, se decidió realizar un alargamiento de corona para luego poder rehabilitarlo.

Se realizó el alargamiento de corona haciendo incisiones a bisel interno e incisiones intrasulculares con la ayuda de bisturí #15, permitiendo eliminar el collarite de tejido de encía con una cureta y de esta forma exponer la corona

clínica, levantando un colgajo de espesor total. Enseguida de haber realizado este procedimiento suturamos y después de siete días se retiraron los puntos una vez ya cicatrizado (Ver Figura 13)



Figura 13. Alargamiento de corona diente 2.3 1. (a) Mesa de trabajo con instrumentos necesarios para el procedimiento. (b) Fotografía ya realizado el alargamiento. (c) Fotografía de sutura. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.3.- BIOPULPECTOMÍA CON FINALIDAD PROTÉTICA

Las indicaciones para una biopulpectomía son varias, pero en este caso para el diente 4.7 que sufrió una fractura coronaria se debía rehabilitar con perno y corona, por lo que se realizó el tratamiento de conductos (pulpa sana).

Se procedió haciendo el acceso a la cavidad, se localizaron los conductos radiculares con DG16, los conductos mesio-vestibular y distal se permeabilizaron con limas de la pre-serie, se introdujo una lima K 15 solo en el conducto distal porque el MV era muy estrecho, se realizó la conductometría (Ver Figura 14a y 15 b), se instrumentó con técnica mixta,

irrigando entre cada lima; no se pudo terminar el tratamiento la misma cita por lo que se dejó con medicación intraconducto (hidróxido de calcio). Posteriormente, de haber terminado la instrumentación en una siguiente cita procedimos a retirar la medicación, se realizó la conometría con el cono maestro análogo a la lima apical maestra (Ver Figura 14 c y 15 c), se irrigó finalmente el conducto con hipoclorito de sodio, EDTA e hipoclorito de sodio y se secó con conos de papel, se comenzó la obturación con técnica de condensación lateral; se tomó una radiografía periapical de penacho (Ver Figura 14 d y 15 d), por último se cortaron los conos y se tomó la radiografía final de la obturación (Ver Figura 15e).

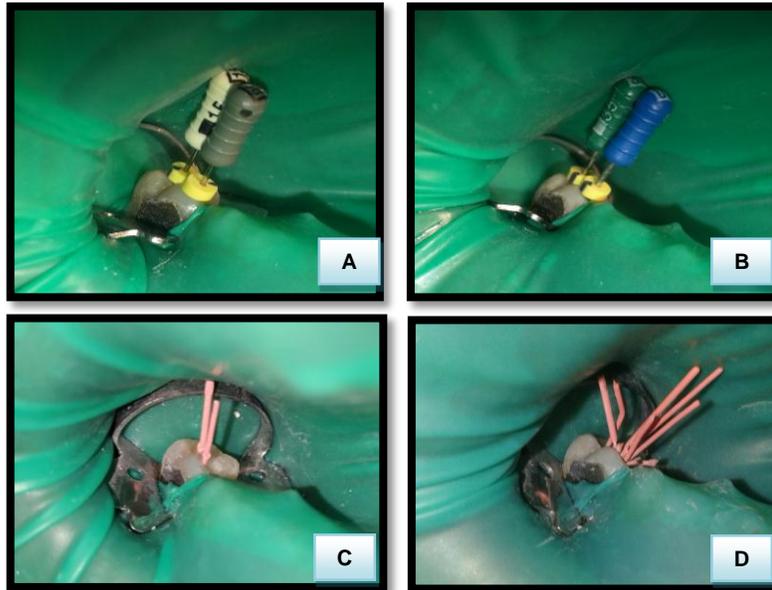
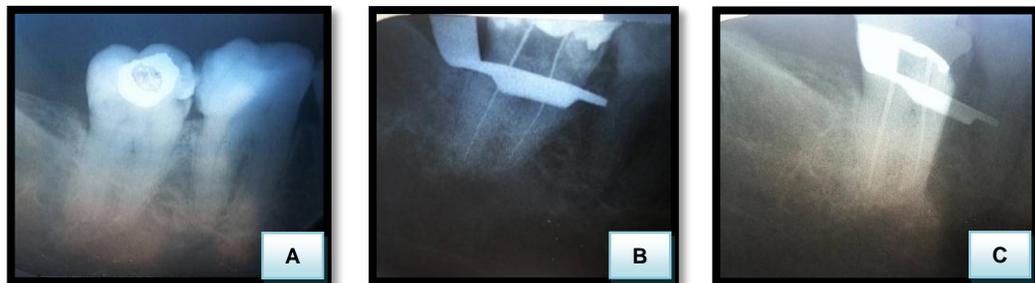


Figura 14. Biopulpectomía diente 4.7 1. (a) Permeabilización de conductos. (b) Lima flexofile 30 CMV y lima flexofile 35 CD. (c) Prueba de conos maestros. (d) Obturación. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.



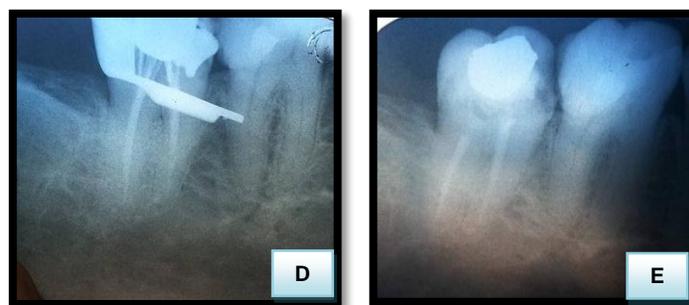


Figura 15. Radiografías periapicales 1. (a) Radiografía inicial. (b) Conductometría. (c) Conometría. (d) Radiografía de Penacho. (e) Radiografía final de obturación. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.4.- NECROPULPECTOMÍA

El diente 2.3 presentaba una restauración filtrada y en la radiografía periapical se mostraba que la restauración tenía compromiso pulpar y se observó una sombra radiolúcida compatible con una lesión periapical, por lo que el diagnóstico fue necrosis pulpar con periodontitis apical crónica y el tratamiento fue necropulpectomía (Ver Figura 17a).

Se empezó retirando la restauración filtrada comprobando que llegaba a la pulpa (Ver Figura 16a), se permeabilizó con una lima de la pre-serie, luego se introdujo una lima K 15 para realizar la conductometría (Ver Figura 16b y 17b); se instrumentó el conducto con técnica mixta, irrigando entre cada lima. No se podía terminar el tratamiento en la primera cita, por la infección del conducto y la lesión periapical por lo que se dejó con medicación intraconducto. En la siguiente cita se retiró toda la medicación y se realizó la conometría con el cono maestro análogo a la lima apical maestra (Ver Figura 16d y 17c); se lavó con hipoclorito de sodio, EDTA e hipoclorito de sodio y se secó con conos de papel; se empezó la obturación con técnica de condensación lateral (Ver Figura 16e), y se tomó una radiografía de penacho (Ver Figura 17d); por último se cortaron los conos y se tomó una radiografía periapical final para verificar la obturación.

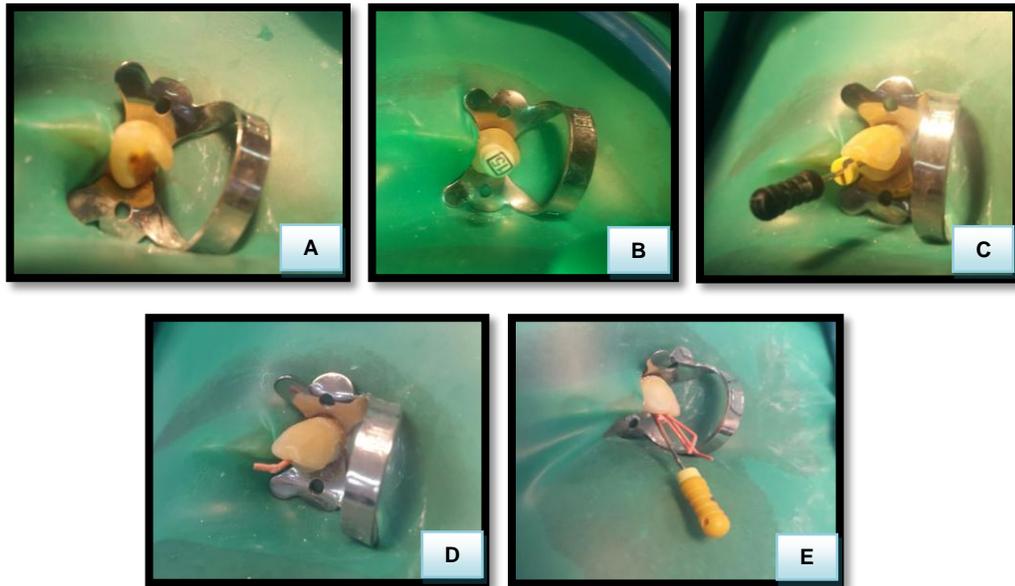


Figura 16. Necropulpectomía diente 2.3 1. (a) Retiramos la restauración filtrada y observamos la entrada del conducto radicular. (b) Lima K 15 para longitud de trabajo. (c) Lima apical maestra K 40. (d) Prueba de cono maestro. (e) Obturación de conducto mediante condensador. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

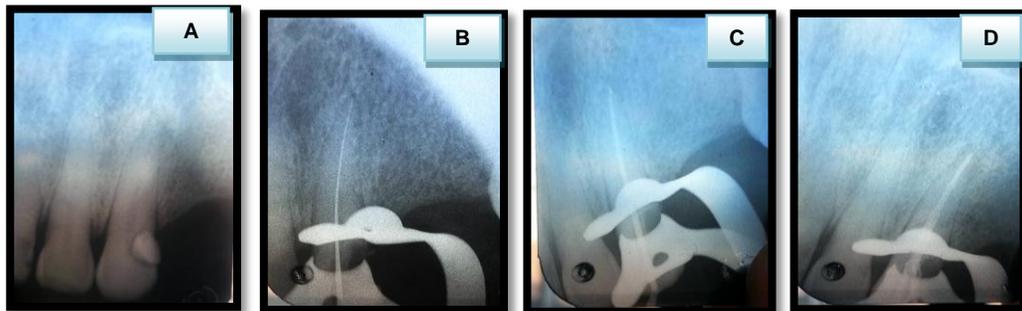


Figura 17. Radiografías periapicales 1. (a) Radiografía inicial. (b) Conductometría. (c) Conometría. (d) Radiografía de penacho. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.5.- BIOPULPECTOMÍA

El diente 4.6 que presentaba una restauración filtrada, en la radiografía de inicio se observó una sombra radiopaca compatible con una restauración

profunda con compromiso de cámara pulpar (pulpa sana) y el tratamiento fue biopulpectomía (Ver Figura 19a).

Se comenzó realizando el acceso a la cavidad, se localizaron los conductos radiculares con DG16; se permeabilizó con limas de la pre-serie, y se tomó la conductometría (Ver Figura 18a y 19b), se instrumentó el conducto la con técnica mixta, irrigando entre cada lima. No se pudo hacer la obturación la misma cita, por lo que se dejó con medicación intraconducto. En la siguiente cita se retiró toda la medicación; se tomó la conometría con el cono maestro análogo a la lima apical maestra (Ver Figura 18b y 19c); se lavó con hipoclorito de sodio, EDTA e hipoclorito de sodio, y se secó con conos de papel; se realizó la obturación con técnica de condensación lateral y se tomó una radiografía de penacho (Ver Figura 18c y 19d); por último se cortaron los conos y se tomó la radiografía final de la obturación (Ver Figura 19e).

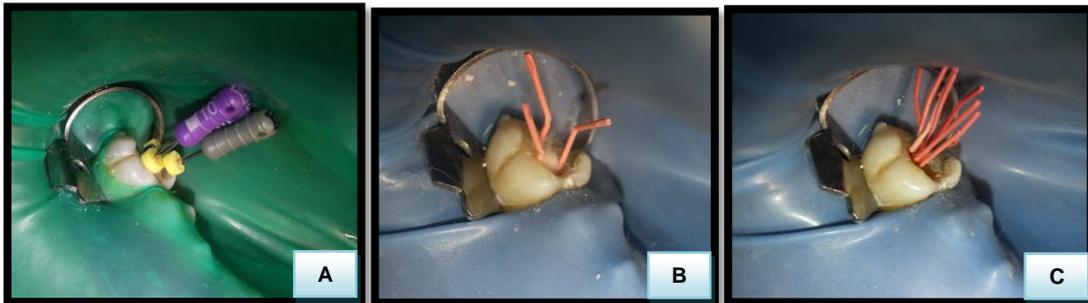


Figura 18. Biopulpectomía diente 4.6 1. (a) Permeabilización de los tres conductos. (b) Prueba de conos maestros en los tres conductos. (c) Obturación de los tres conductos radiculares. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

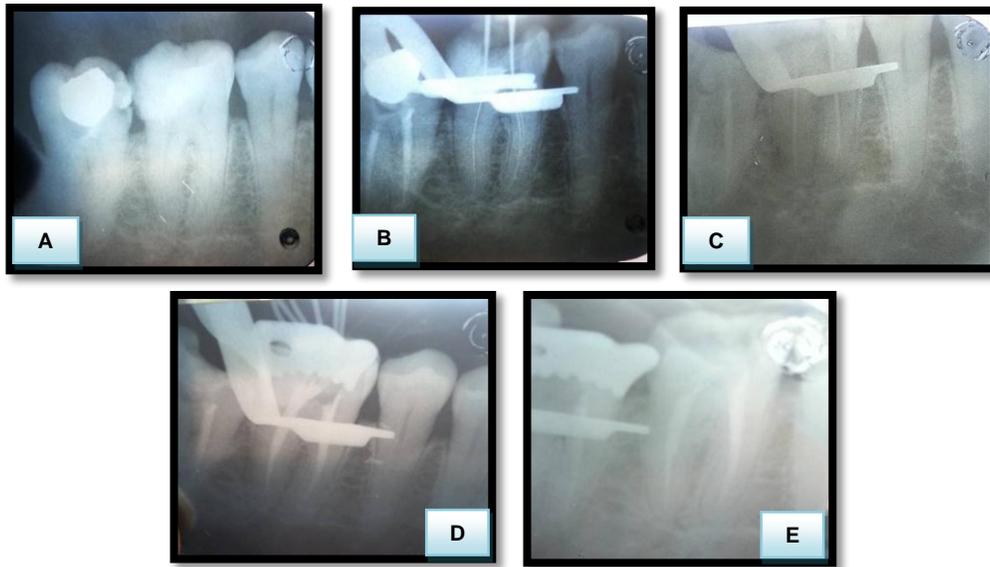


Figura 19. Radiografías periapicales 1. (a) Radiografía inicial. (b) Conductometría. (c) Conometría. (d) Radiografía de penacho. (e) Radiografía final de obturación. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.3.6.- ALARGAMIENTOS DE CORONAS

Posteriormente de haber terminado todas las endodoncias, en otra cita realizamos el alargamiento de corona con todos los instrumentos necesarios del diente 4.7, ya que presentaba una fractura coronaria que se encontraba subgingivalmente y para poder rehabilitarlo se necesitaba realizar este procedimiento, ya que nos dará un tamaño de la corona clínica adecuado donde se pueda colocar el perno y corona metal-porcelana que más adelante detallaremos.

En la siguiente cita, se realizó otro alargamiento de corona, de igual manera con el instrumental adecuado, en el diente 2.3, que presentaba una restauración filtrada con compromiso pulpar, se observó que existía caries por debajo de la restauración, y verificamos que la caries se encontraba subgingivalmente. Para poder restaurarla con resina se necesitaba la realización del alargamiento de corona.

Se realizaron los alargamientos de corona haciendo incisiones a bisel interno e incisiones intrasulculares con la ayuda de bisturí #15, permitiendo eliminar el collarete de tejido de encía con una cureta y de esta forma exponer la corona clínica, levantando un colgajo de espesor total.



Figura 20. Alargamientos de coronas 1 (a) Instrumental para diente 4.7. (b) Instrumental para diente 2.3. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.4.- REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA

3.5.4.1.- Pernos prefabricados

1. En el diente 1.3 se indicó la rehabilitación con la colocación de un perno prefabricado y corona metal-porcelana. Para comenzar con este procedimiento se desobturó el conducto con fresas Gates Glidden y fresas Peeso, dejando 4mm de gutapercha a nivel apical; se probó el perno prefabricado #1 y se tomó una radiografía de control, una vez hecho esto se procedió a acondicionar el conducto y el perno para poder cementarlo, según el protocolo establecido. Una vez cementado el perno prefabricado se reconstruyó el muñón con resina (Ver Figura 21).

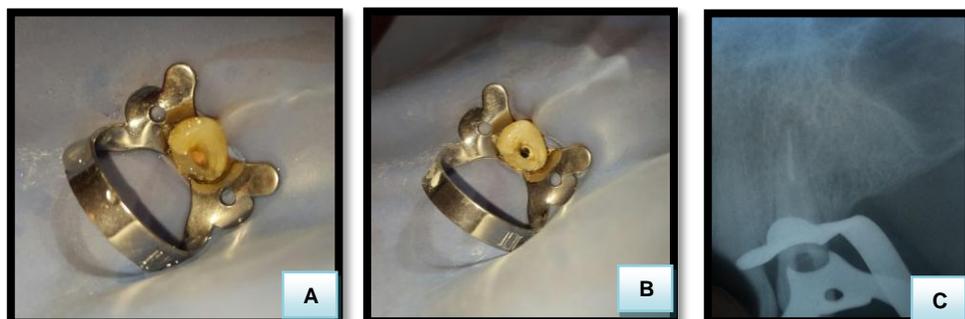




Figura 21. Perno prefabricado diente 1.3 1. (a) Obturación del conducto. (b) Desobturación de conducto. (c) Radiografía de control de la desobturación dejando 4mm. (d) Desinfección del perno prefabricado con gluconato de clorhexidina al 2%. (e) Colocación de silano en perno prefabricado. (f) Grabado del conducto con ácido fosfórico al 35%. (g) Cemento dual RelyX ARC 3M. (h) Mezcla y colocación del cemento en el perno. (i) Perno prefabricado asentado. (j) Fotopolimerización del conjunto. (k) Colocación de adhesivo para reconstrucción de muñón. (l) Muñón terminado. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

2. En el diente 4.7 también se indicó la rehabilitación con la colocación de un perno prefabricado y corona metal-porcelana. Para comenzar se escogió el conducto distal por su rectitud, se desobturó el conducto, con fresas Gates Glidden y fresas Peeso, dejando 4mm de gutapercha a nivel apical; se probó el perno prefabricado #2 y se tomó una radiografía de

control, una vez hecho esto se procedió a acondicionar el conducto y el perno para poder cementarlo según el protocolo establecido. Una vez cementado finalmente se realizó la reconstrucción de muñón con resina A2 (Ver Figura 22).

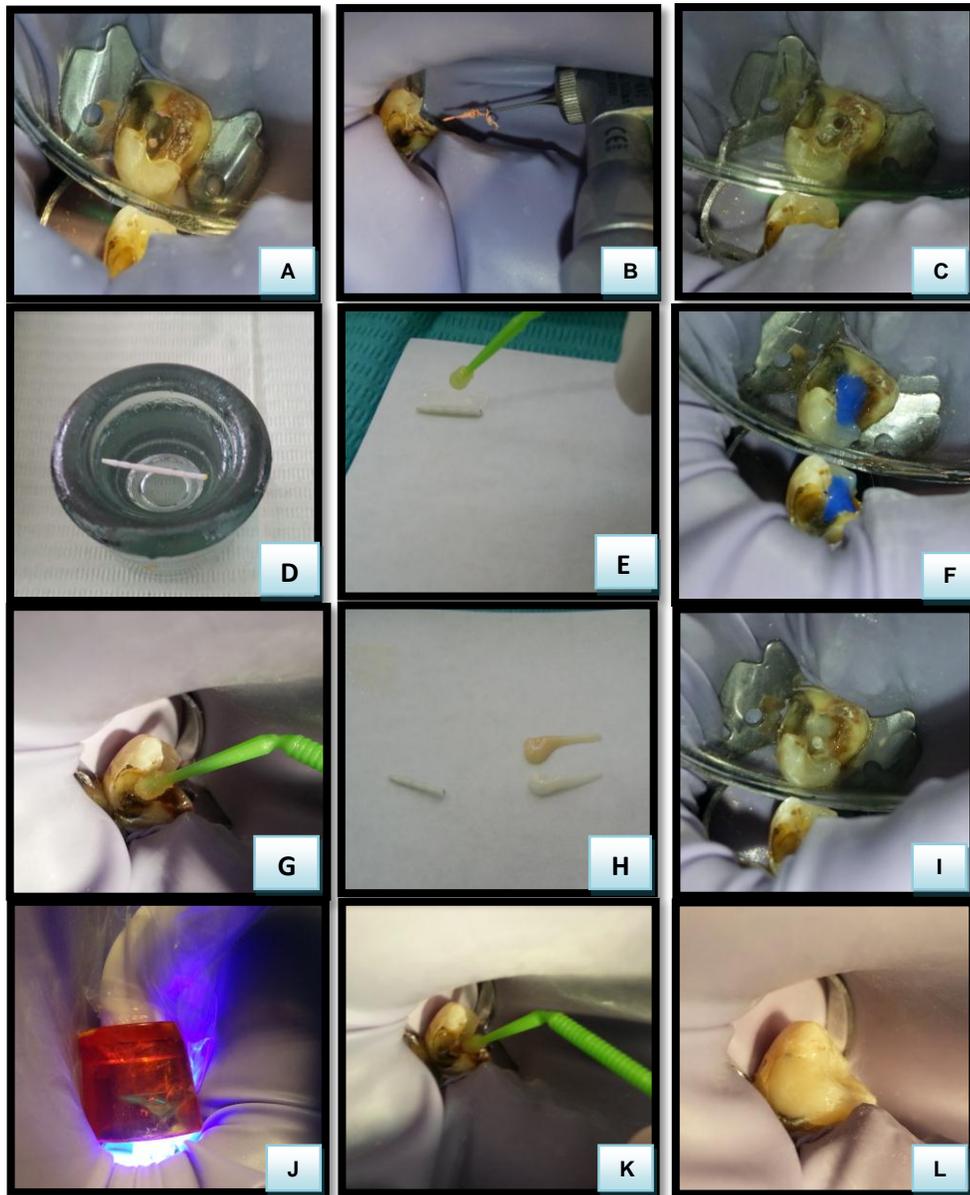


Figura 22. Perno prefabricado diente 4.7 1. (a) Obturación del conducto. (b) Desobturación del conducto con fresas gates glidden y fresas peeso. (c) Desobturación terminada. (d) Desinfección del perno prefabricado con gluconato de clorhexidina al 2%. (e) Colocación de

silano en el perno prefabricado. (f) Grabado del conducto con ácido fosfórico al 35%. (g) Colocación de adhesivo en conducto. (h) Cemento dual RelyX ARC 3M. (i) Perno prefabricado asentado. (j) Fotopolimerización del conjunto. (k) Colocación de adhesivo para reconstrucción de muñón. (l) Muñón terminado. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.4.2.- Restauraciones Indirectas

3.5.4.2.1.- Incrustaciones y coronas metal-porcelana

- Tallado de incrustaciones inlay, onlay y overlay

1.- El diente 2.7 presentaba una restauración de amalgama filtrada (Ver Figura 23a), la cual se retiró, y se talló para incrustación tipo inlay, con una fresa troncocónica punta redondeada grano medio siguiendo el protocolo establecido (Ver Figura 23b).



Figura 23. Tallado incrustación inlay diente 2.7. 1. (a) Restauración de amalgama filtrada. (b) Tallado final incrustación inlay. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

2.- El diente 2.6 presentaba una restauración de amalgama filtrada (Ver Figura 24a), la cual se retiró, y se talló para incrustación tipo onlay se utilizó una fresa troncocónica punta redondeada grano medio, de igual manera siguiendo el protocolo establecido (Ver Figura 24b).



Figura 24. Tallado incrustación onlay diente 2.6. 1. (a) Restauración de amalgama filtrada. (b) Tallado final incrustación onlay. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.- En el diente 4.6, que fue tratado endodónticamente, se realizó una incrustación tipo overlay. Se encontraba restaurado provisionalmente luego de la endodoncia (Ver Figura 25a) y se procedió a retirarla para comenzar a tallar con una fresa troncocónica punta redondeada, se conformó paredes expulsivas 10°, ángulos internos redondeados, ángulo cavo superficial 90° sin bisel, profundidad de caja oclusal 1,5mm, ancho vestíbulo-lingual de 2mm en oclusal, márgenes supragingivales en esmalte (Ver Figura 25b).

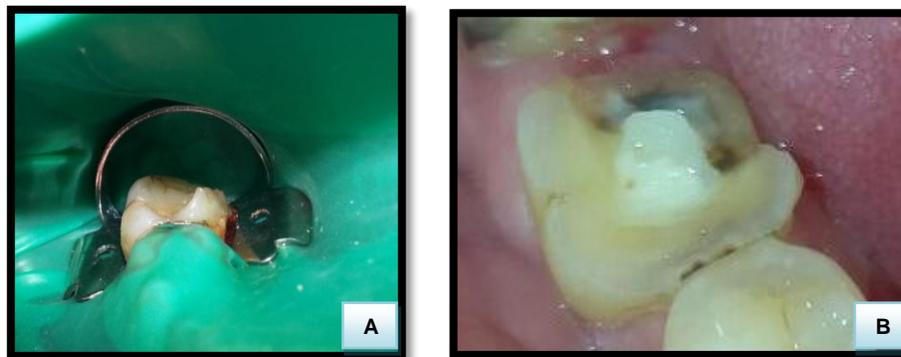


Figura 25. Tallado incrustación overlay diente 4.6. 1. (a) Restauración provisional al terminar endodoncia. (b) Tallado final incrustación overlay. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

- **Tallado de coronas metal porcelana**

1.- En el diente 4.7, que fue tratado endodónticamente, colocado un perno prefabricado, y que se reconstruyó el muñón con resina (Ver Figura 26a), se indicó una restauración con corona metal-porcelana. Se talló con una fresa diamantada troncocónica de punta redonda, el desgaste realizado fue de 1.2mm en las caras vestibular, palatina y áreas proximales, la terminación realizada fue tipo chaflán con las paredes convergentes, en la cara oclusal el desgaste se realizó siguiendo los planos inclinados de las cúspides con una profundidad de 1,5 mm (Ver Figura 26b).

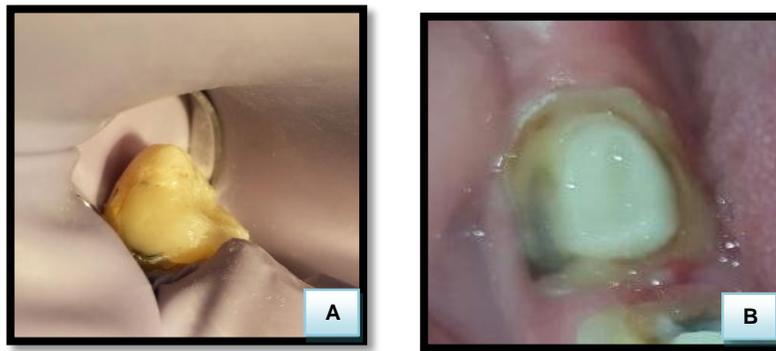


Figura 26. Tallado corona metal-porcelana diente 4.7. 1. (a) Reconstrucción de muñón con resina. (b) Tallado final para corona metal-porcelana. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

2.- En el diente 1.3, que fue tratado endodónticamente, colocado un perno prefabricado, y que se reconstruyó el muñón con resina (Ver Figura 27a), también se indicó una restauración con corona metal-porcelana. Se talló con una fresa diamantada troncocónica de punta redonda, el desgaste realizado fue de 1.2mm en las caras vestibular, palatina y áreas proximales, la terminación realizada fue tipo chaflán, y en incisal se desgastó 2,0 mm de profundidad (Ver Figura 27b).

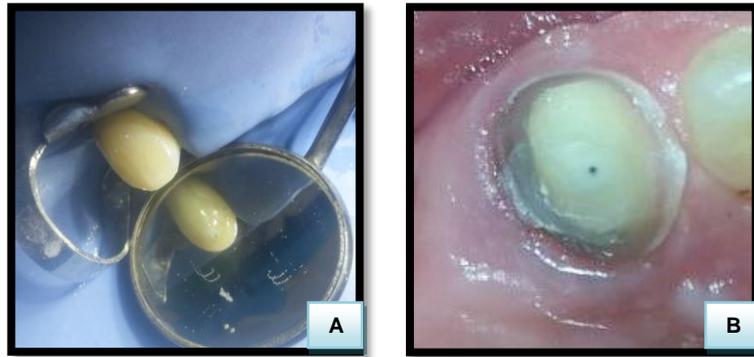
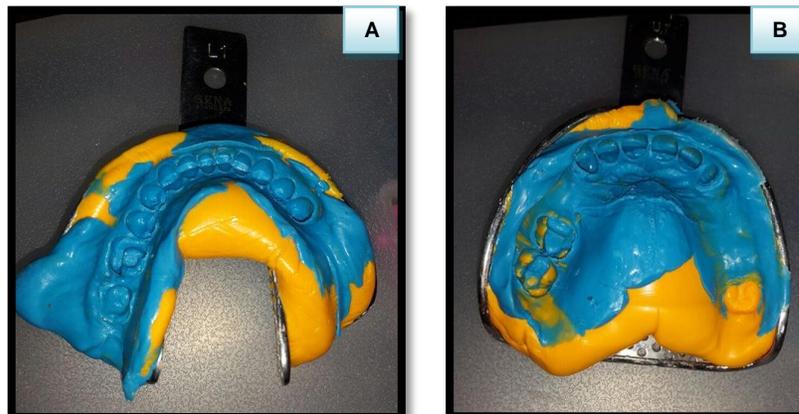


Figura 27. Tallado corona metal-porcelana diente 1.3. 1. (a) Reconstrucción de muñón con resina. (b) Tallado final para corona metal-porcelana. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

- **Impresiones**

Se utilizaron cubetas rígidas una para la arcada inferior y otra para la arcada superior, se realizaron la impresiones en dos pasos con silicona de adición; una vez mezclada la pasta pesada, se colocó una hoja plástica sobre ella y se tomaron las impresiones, con el objetivo de que quede un espacio donde pueda ser colocada la pasta liviana, y tomamos las últimas impresiones (Ver Figura 28 a y b). Se tomó el registro de mordida con la pasta pesada de condensación (Ver Figura 28c), se realizó la toma de color, para enviar al laboratorio y que realice las incrustaciones y coronas metal-porcelana.

Se realizaron los provisionales de los dientes con acrílico autopolidizable (Ver Figura 28d), y los cementamos provisionalmente verificando un buen sellado marginal, adaptación y oclusión (Ver Figura 28 e, f y g).



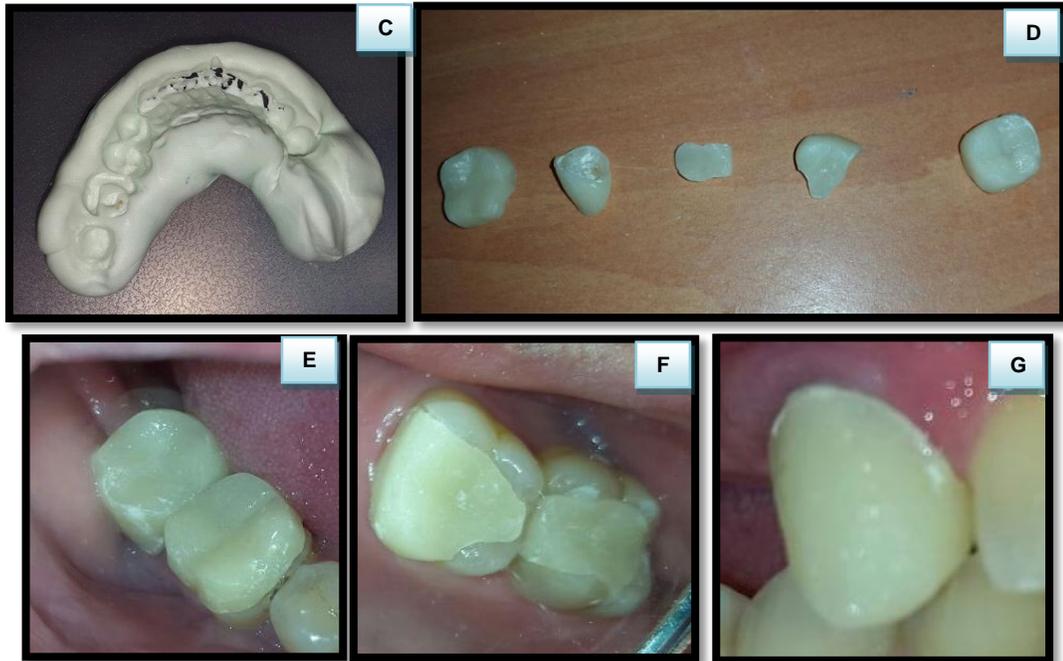


Figura 28. Impresiones y provisionales 1. (a) Impresión inferior. (b) Impresión superior. (c) Registro de mordida. (d) Provisionales de dientes 4.6, 1.3, 2.7, 2.6 y 4.7. (e) Cementación de provisionales en dientes 4.6 y 4.7. (f) Cementación de provisionales en dientes 2.6 y 2.7. (g) Cementación de provisional en diente 1.3. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

- **Cementación definitiva de incrustaciones y coronas metal-porcelana, y restauraciones directas (resinas)**

Posteriormente, de haber enviado las impresiones al laboratorio, en la siguiente cita nos trajo las incrustaciones ya listas para cementar, y las pruebas de metal de las coronas (Ver Figura 29 a y b)

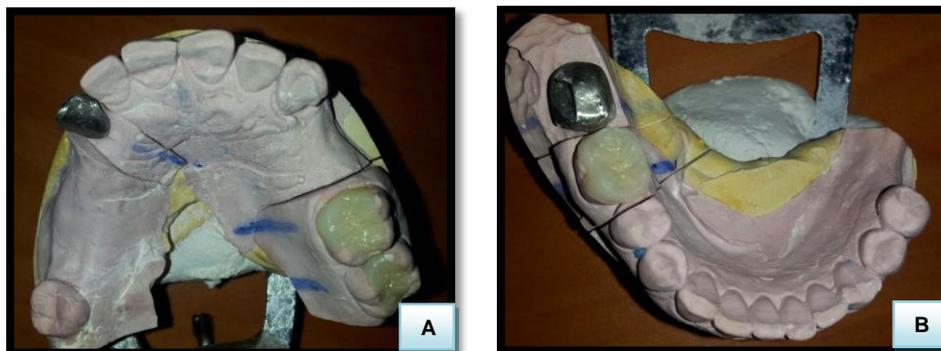
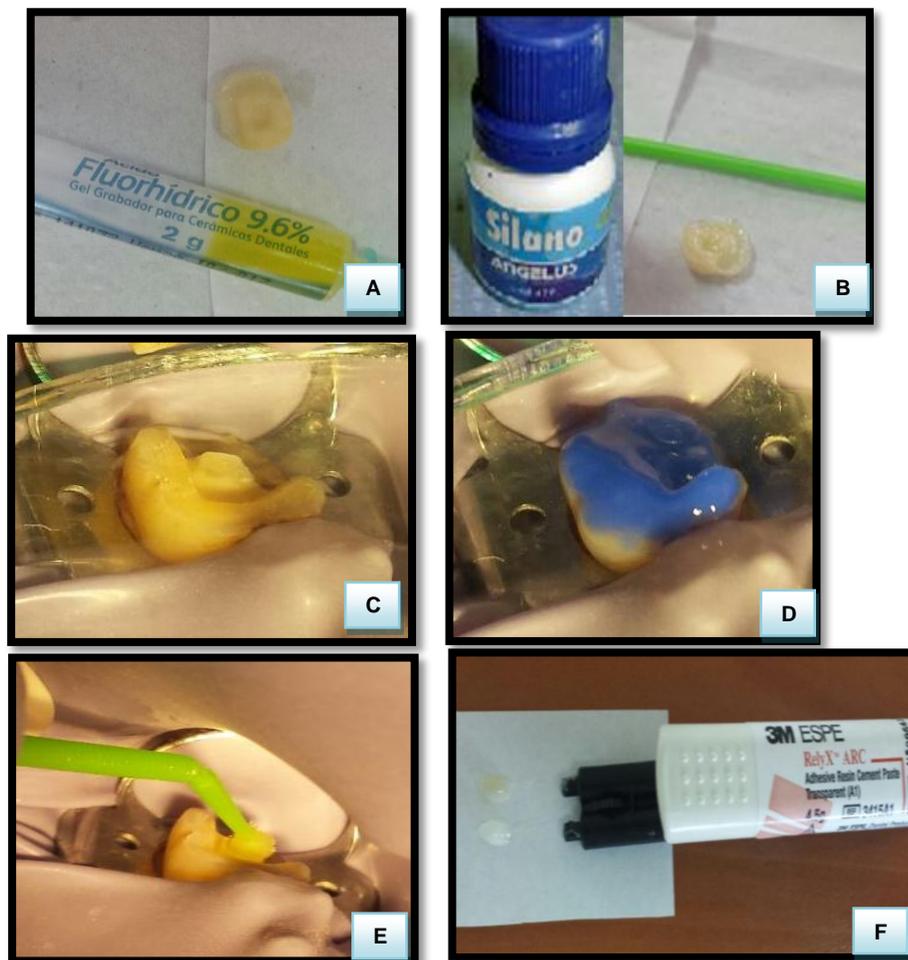


Figura 29. Incrustaciones y coronas metal-porcelana 1. (a) Modelo superior: Incrustación inlay diente 2.7, onlay diente 2.6. Prueba de metal de corona diente 1.3. (c) Modelo inferior: Incrustación overlay diente 4.6 y prueba de metal de corona diente 4.7. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

1.- Para la cementación definitiva de las incrustaciones en los dientes 4.6, 2.7 y 2.6 se retiraron las restauraciones provisionales, se retiró posibles restos de cemento dentro de las cavidades, se desinfectó la cavidad con gluconato de clorhexidina al 2%, se probaron en boca las incrustaciones observando que no existan interferencias y verificando que asentarán correctamente en los dientes. Una vez realizado esto procedimos a cementar definitivamente las incrustaciones siguiendo el protocolo establecido (Ver Figura 30, 31 y 32).



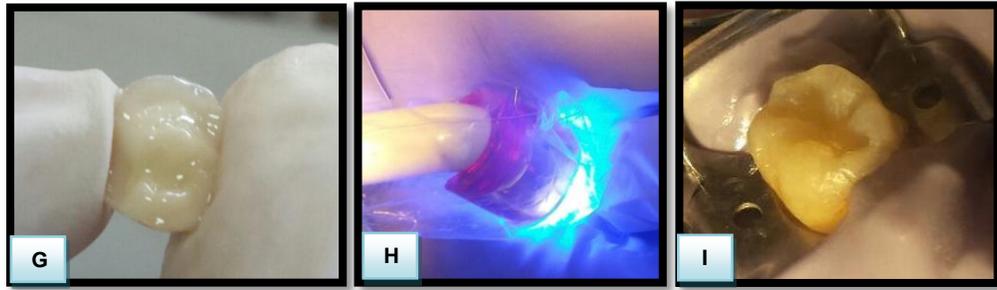
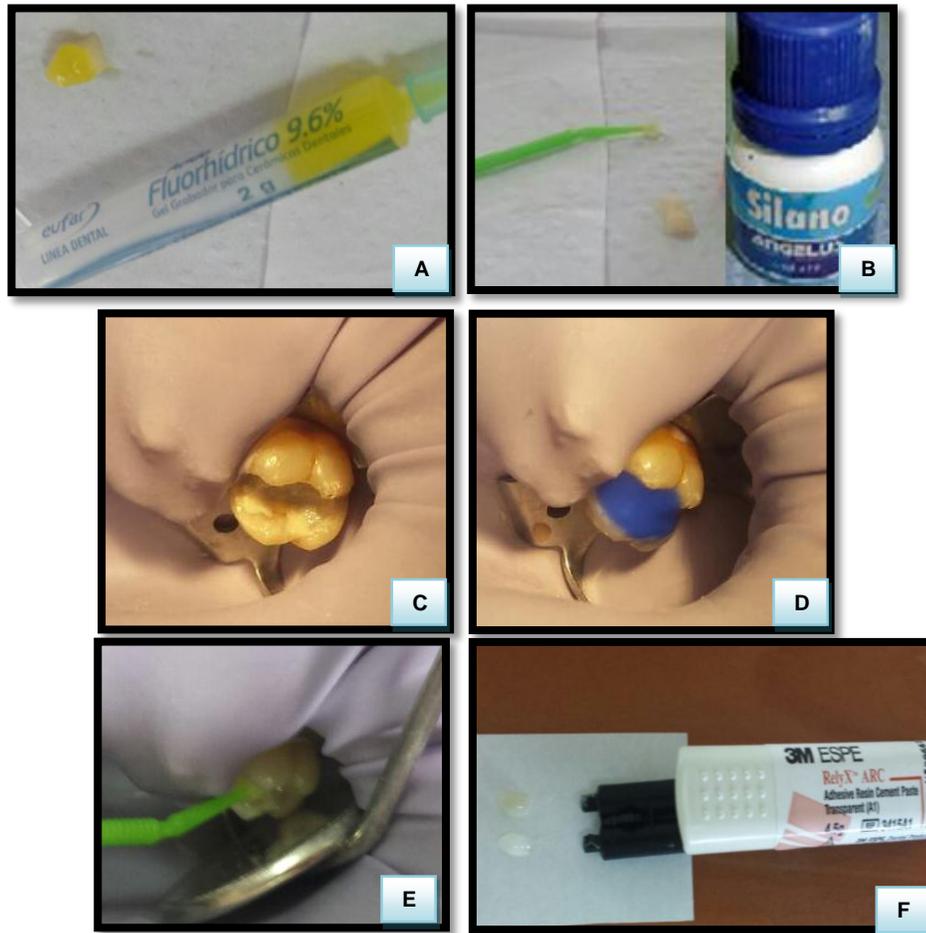


Figura 30. Cementación overlay 1. (a) Colocación de ácido fluorhídrico en incrustación. (b) Colocación de silano en incrustación. (c) Aislamiento absoluto de diente 4.6. (d) Colocación de ácido fosfórico en diente 4.6. (e) Colocación de adhesivo en diente 4.6. (f) Cemento dual RelyX ARC 3M. (g) Colocación de cemento dual en incrustación. (h) Fotopolimerización. (i) Incrustación cementada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.



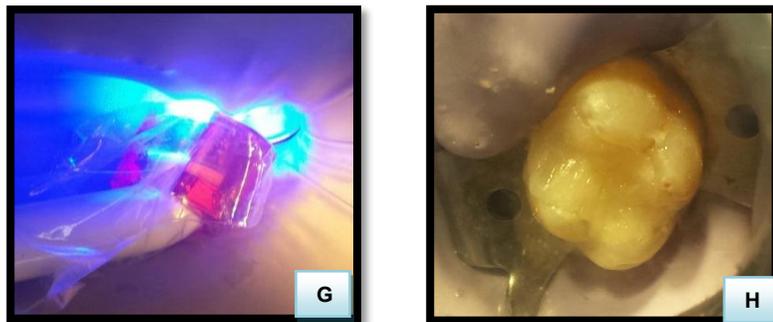


Figura 31. Cementación inlay 1. (a) Colocación de ácido fluorhídrico en incrustación. (b) Colocación de silano en incrustación. (c) Aislamiento absoluto de diente 2.7. (d) Colocación de ácido fosfórico en diente 2.7. (e) Colocación de adhesivo en diente 2.7. (f) Cemento dual RelyX ARC 3M. (g) Fotopolimerización. (h) Incrustación cementada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

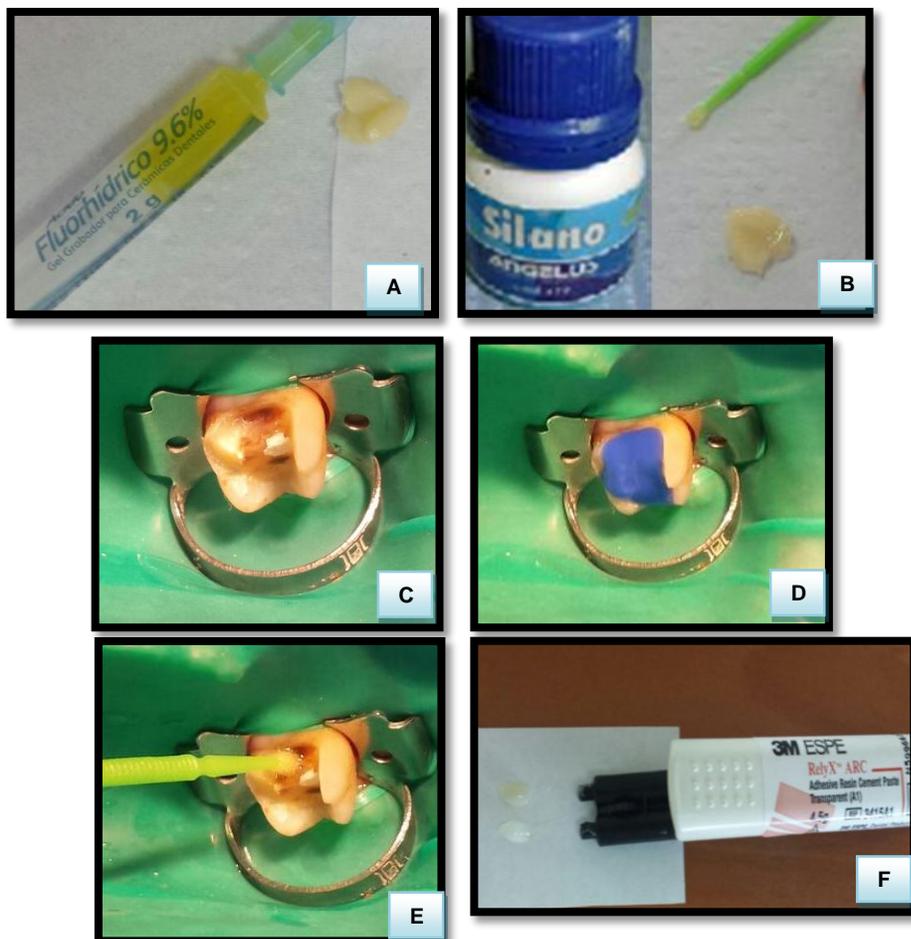
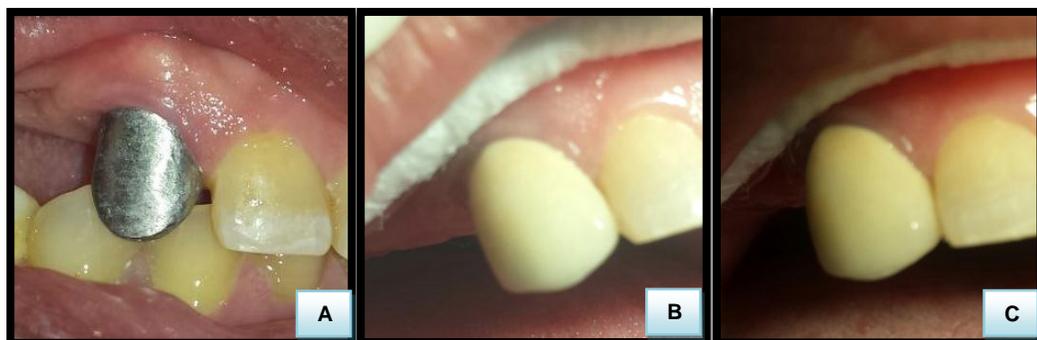




Figura 32. Cementación onlay 1. (a) Colocación de ácido fluorhídrico en incrustación. (b) Colocación de silano en incrustación. (c) Aislamiento absoluto de diente 2.6. (d) Colocación de ácido fosfórico en diente 2.6. (e) Colocación de adhesivo en diente 2.6. (f) Cemento dual RelyX ARC 3M. (g) Colocación de cemento dual en incrustación. (h) Fotopolimerización. (i) Incrustación cementada. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

2.- Para la cementación de las coronas metal-porcelana en los dientes 1.3 y 4.7, previamente en otras citas se realizaron las pruebas de las estructuras metálicas, pruebas de porcelana sin terminado y el terminado de las coronas glaseadas listas para cementar (Ver Figuras 33 y 34 a, b y c), antes de cementar se comprobó el espesor, oclusión y adaptación correcta de cada corona. Una vez hecho esto, se aislaron relativamente los dientes, se desinfectaron tanto las coronas como los dientes con gluconato de clorexidina al 2%, se arenaron las coronas con óxido de aluminio (Ver Figuras 33 e y 34d) y se cementaron las coronas metal porcelana de los dientes 1.3 y 4.7 con un cemento a base de ionómero de vidrio (Merón) (Ver Figuras 33 f, g y h, y 34 e y f).



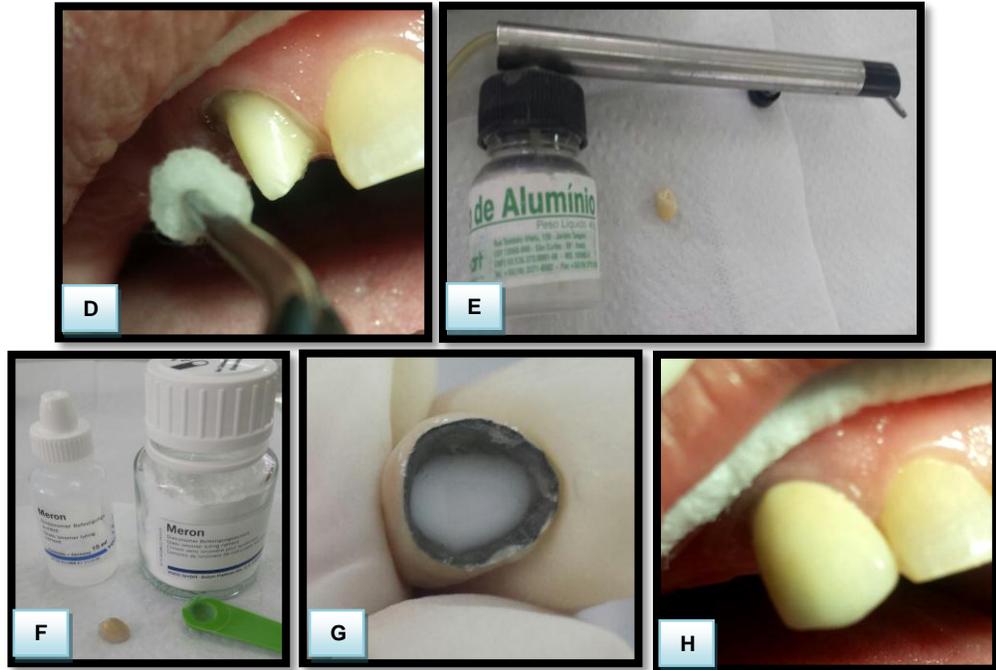


Figura 33. Cementación corona metal-porcelana diente 1.3. 1. (a) Prueba de metal de corona MP. (b) Prueba de porcelana sin terminar de corona MP. (c) Prueba final de corona MP glaseada. (d) Desinfección de diente con gluconato de clorhexidina al 2% en bola de algodón. (e) Arenado con óxido de aluminio en corona MP. (f) Cemento a base de ionómero de vidrio (Merón). (g) Colocación de Merón en corona MP. (h) Cementación definitiva. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.



Figura 34. Cementación corona metal porcelana diente 4.7. 1. (a) Prueba de metal de corona MP. (b) Prueba de porcelana sin terminar de corona MP. (c) Prueba final de corona MP glaseada. (d) Arenado con óxido de aluminio en corona MP. (e) Cemento a base de ionómero de vidrio (Merón). (f) Cementación definitiva. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.- Se realizó una restauración con resina en el diente 1.1 que presentaba una restauración filtrada hacia mesial en el borde incisal (Ver Figura 35 a y b). También, se realizó una restauración con resina en el diente 2.3 que fue tratado endodónticamente, se indicó este tipo de restauración después de haber medido con un calibrador que las paredes tenían un espesor de 3mm, lo que nos indicó que el diente es apto para la colocación de esta restauración (Ver Figura 35 c y d).

Previo a colocar las resinas en los dos dientes, se desinfectaron las superficies con gluconato de clorexidina al 2%, se grabaron con ácido fosfórico por 15 segundos, se lavó y se secó, se colocó adhesivo, se fotopolimerizó, se restauraron con resina los dos dientes y finalmente se fotopolimerizaron.



Figura 35. Resinas 1. (a) Restauración filtrada hacia mesial en borde incisal de diente 1.1. (b) Restauración con resina simple terminada de diente 1.1. (c) Diente 2.3 tratado tratado endodónticamente con restauración provisional. (c) Restauración con resina compuesta terminada de diente 2.3. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

3.5.5.- REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

3.5.5.1.- PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE CROMO COBALTO INFERIOR Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE ACRÍLICA SUPERIOR

- **Diseño y preparación de PPR cromo cobalto inferior**

Una vez que hemos terminado de cementar todas las prótesis fijas, procedimos a diseñar la prótesis removible. La paciente presentaba edentulismo parcial inferior clase II de Kennedy, por lo que se planificó un conector mayor tipo barra lingual, con gancho doble acker en dientes 4.5 y 4.6 y un RPI de acción de punta en dientes 3.4 y 3.5.

Después de haber diseñado la PPR inferior de cromo cobalto, se realizaron los nichos de los apoyos o descansos, con una fresa redonda diamantada. Finalmente se tomó la impresión en negativo con alginato, e inmediatamente se vació con yeso para obtener el modelo en positivo y se envió al laboratorio (Ver figura 36 a y b).

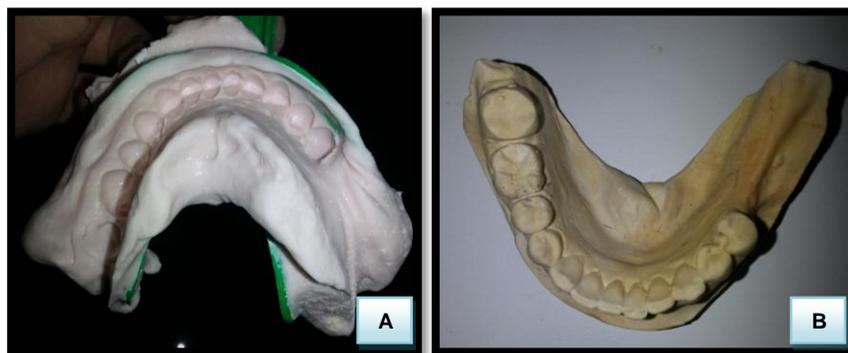


Figura 36. Impresión de PPR inferior 1. (a) Impresión con alginato. (b) Modelo de yeso. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

○ **Prueba de estructura metálica de PPR cromo cobalto inferior**

En la siguiente cita el laboratorio envió la primera prueba de la estructura metálica con rodete de altura, primero se lo evaluó en el modelo, asegurándonos que el diseño era el correcto; posteriormente lo instalamos en boca para revisar su adaptación a las preparaciones y a las estructuras de la cavidad bucal, luego se hizo ocluir a la paciente para obtener el registro oclusal, se realizó la toma del color y se envió al laboratorio, para realizar en la siguiente cita la prueba de dientes artificiales en cera (Ver Figura 37).



Figura 37. Prueba de estructura metálica PPR inferior 1. (a) Modelo con estructura metálica y rodete de altura. (b) Vista frontal colocada la estructura metálica. (c) Vista lado derecho ocluyendo. (d) Vista lado izquierdo. (e) Registro oclusal en el rodete de altura en boca.

(f) Registro oclusal en el rodete de altura en modelo. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

- **Prótesis Parcial Removible Acrílica superior**

Se eligió una PPR acrílica superior por cuestión económica. La paciente presentaba edentulismo parcial superior clase III modificación 1 de Kennedy; se realizó la toma de impresión con alginato para obtener el modelo en positivo con yeso para la confección de esta prótesis. Se realizó la toma de color y se envió al laboratorio (Ver Figura 38).



Figura 38. Impresión PPR superior 1. (a) Modelo de yeso de maxilar superior para elaboración de PPR acrílica superior. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

➤ **Pruebas de adaptación de PPR superior e inferior**

1.- El laboratorio envió las pruebas en cera de enfilado de los dientes artificiales tanto de la PPR cromo cobalto inferior como la acrílica superior y se procedió a colocarlas en boca verificando un correcto asentamiento y oclusión de las dos prótesis removibles (Ver Figura 39). Esta prueba es de suma importancia ya que nos permite corregir cualquier error antes de la terminación. Con la aceptación de la paciente con respecto a las prótesis, se envió nuevamente al laboratorio para que las prótesis sean terminadas.



Figura 39. Prueba de enfilado de dientes en cera. PPR superior e inferior 1. (a) Vista lado derecho de PPRs en modelos. (b) Vista lado izquierdo de PPRs en modelos. (c) PPR acrílica superior en boca. (d) PPR cromo cobalto inferior en boca. (e) Vista lado derecho en oclusión. (f) Vista

lado izquierdo en oclusión. (g) Vista frontal en oclusión. (h) Línea de sonrisa, perfil de labios y estética de dientes. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

2.- Para finalizar el tratamiento integral de la paciente, se realizó la entrega e instalación en boca de las prótesis terminadas con buenos resultados (Ver Figura 40). Se le explicaron todas las indicaciones con respecto al uso e higiene de las prótesis, y se le explicó también que es un proceso de adaptación en el cual habrá posibles molestias pero que con el tiempo y con los ajustes necesarios irán disminuyendo.

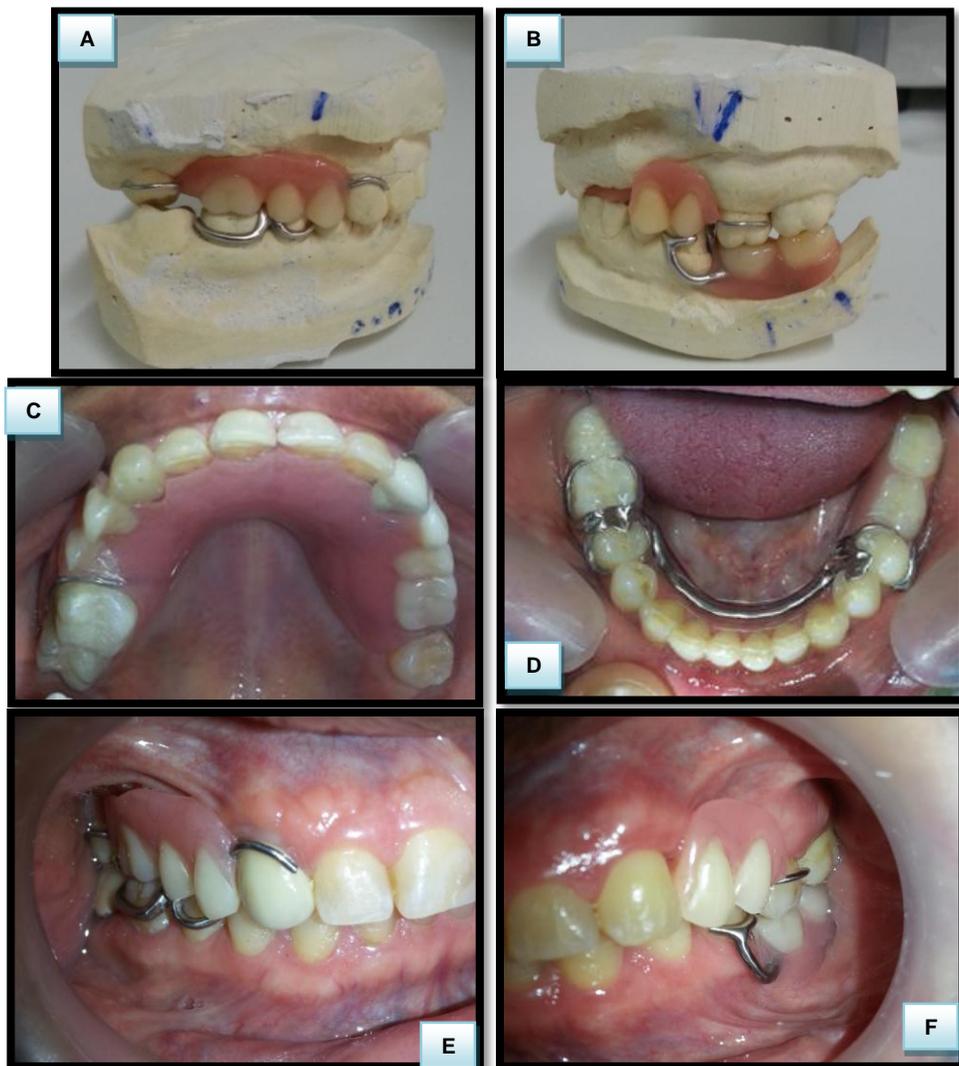




Figura 40. PPR superior. e inferior terminadas 1 (a) Vista lado derecho de PPR superior e inferior en modelos. (b) Vista lado izquierdo de PPR superior e inferior en modelos. (c) PPR acrílica superior en boca. (d) PPR cromo cobalto inferior en boca. (e) Vista lado derecho en oclusión. (f) Vista lado izquierdo en oclusión. (g) Vista frontal en oclusión. (h) Línea de sonrisa, perfil de labios y estética de dientes. Fuente y elaborador: Ana Zurita C.

CAPÍTULO IV

4.1.- Discusión

El edentulismo es considerado uno de los peores agravios a la salud bucal. Las pérdidas dentales son causadas por factores como la precariedad de la salud bucal, traumatismos, enfermedades como la caries y enfermedad periodontal. Estos factores, individualmente o sumados, disminuyen la capacidad masticatoria, dificultando y limitando el consumo de diversos alimentos, afectan la fonación y causan daños estéticos originando alteraciones psicológicas y contribuyendo para la reducción de la calidad de vida (Desplats & Callís, 2004).

Realizar una correcta historia clínica, exámenes extraorales e intraorales, y exámenes complementarios nos guiarán a dar un diagnóstico definitivo permitiéndonos brindar un adecuado plan de tratamiento para ejecutar de manera integral todos los procedimientos que requiera la paciente, devolviendo la función y la estética que se ha perdido en la paciente (Herbert T. Shillingburg, 2006).

4.2.- Conclusión

- Mediante una correcta historia clínica, exámenes extraorales e intraorales y exámenes complementarios, llegamos a un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento realizando un tratamiento integral con materiales, métodos y por supuesto conocimientos satisfaciendo las necesidades de la paciente.
- Se siguieron todas las planificaciones y protocolos necesarios, permitiéndonos realizar los trabajos de una manera rápida y sencilla.

- Mediante la elaboración de prótesis no solo se consiguió devolver la función masticatoria y estética a la paciente, sino que además obtuvimos confort y salud en la paciente.
- Se educó a la paciente en cuanto al mantenimiento de las prótesis, para que de esta manera sus prótesis tengan un tiempo de vida mayor y no se produzcan lesiones en sus tejidos a futuro.

4.3.- Recomendaciones

El odontólogo tiene la obligación de realizar una correcta historia clínica que nos ayudará a llegar a un diagnóstico correcto y definitivo mediante un minucioso examen clínico, exámenes complementarios y modelos de estudios.

Nuestro deber como odontólogos es dar a conocer a cada paciente los diferentes tipos de tratamientos que se pueden seguir para su caso, informándoles las ventajas, desventajas, riesgos y complicaciones que se puedan presentar para que de igual manera se encuentren informados sobre el tema.

Realizar este tipo de tratamientos integrales requiere de la relación multidisciplinaria de varias especialidades, nunca se debe dejar de lado o pasar por alto la realización de procedimientos distintos sin la especialidad indicada para cada tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baratieri, L. N., & Jr. Monteiro, S. (2011). *Odontología Restauradora "Fundamentos y Técnicas"*. gen.
2. Briseño, M. E. (2012). Alargamiento de corona. *Revista mexicana de periodontología*.
3. Calabria Díaz, H. (2010). Postes prefabricados de fibra. Consideraciones para su uso clínico. *Odontoestomatología*.
4. Carranza. (2011). *Periontología clínica*. Mc Graw hill.
5. Cedillo Valencia, J. d., & Espinosa Fernández, R. (2011). Nuevas tendencias para cementación de postes . *Revista ADM*.
6. Cohen, S., & Hargreaves, K. (2011). *Vía de la Pulpa*. Barcelona: ELSEVIER MOSBY.
7. Desplats, E. M., & Callís, E. M. (2004). *Prótesis parcial removible y sobredentaduras*. Madrid. España: Coordinación y producción editorial: EDIDE, S.L.
8. Eley, B., Soory, M., & J.D, M. (2012). *Periodoncia*. Barcelona: ELSEVIER.
9. Ferreccio, D. J. (2009). RETRATAMIENTO, TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA CASOS DE FRACASO ENDODÓNTICO. *Artículos para odontólogos*.
10. Ferreccio, D. J. (2009). RETRATAMIENTO, TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA CASOS DE FRACASO ENDODÓNTICO . *Artículos para odontólogos*.
11. Herbert T. Shillingburg, J. (2006). *Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija* . Barcelona: Quintessence, S.L.
12. Leonardo, M. R. (2005). *ENDODONCIA "Tratamiento de conductos radiculares" principios técnicos y biológicos*. Sao Paulo-Brasil: Editora Artes Médicas.
13. MANSON, E. S. (2010). *Periodoncia*.
14. McCracken. (2006). *Prótesis parcial removible*. Madrid. España: Coordinación y producción editorial: EDIDE, S.L.

15. Mezzomo, E., & Makoto Suzuki, R. (2010). *Rehabilitación Oral Contemporánea*. AMOLCA.
16. Monturiol Varani, A. (2003). *Atlas de preparaciones en prótesis dental fija*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
17. Muñoz, D. R. (2008). PATOLOGÍA PULPAR.
18. Pegoraro, L. F. (2001). *Prótesis Fija*. Brasil: Editora Artes Médicas Ltda.
19. QuentaTantani, S., & Valencia Callejas, S. (2012). Incrustaciones estéticas. *Revista de actualización Clínica Investiga*.
20. Quiroga-Carriel, D. A. (2003). *Restauración de dientes tratados endodónticamente*. Guadalajara, México: Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana.
21. Reconstrucción del órgano dentario con tratamiento endodóncico. (2010). *UNICACH*.
22. Rendón Yúdice, R. (2004). *Pótesis parcial removible "conceptos actuales atlas de diseño"*. México: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A de C.V.
23. Tiznado Orozco, G. E., Robles Romero, D. M., Sánchez Huerta, H. A., Rodríguez Arámbula, J. C., & Sarahi, R. Á. (2012). Pruebas de adhesión en postes de fibra de vidrio utilizando dos diferentes cementos a base de resina. *Revista Tamé*, 3.
24. Venezuela, U. C. (2015). Pernos intrarradiculares de fibra de vidrio: Caso Clínico.
25. Vieira N., J. (2007). Análisis de las técnicas de impresión en prótesis parcial removible a extensión distal. *Acta Odontológica Venezolana*.

ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA

UIDE <small>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR</small>	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLÓGIA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
---	---

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NÚMERO DE
UIDE	Clínica #1.		PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	7800

1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN											
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	No. CÉDULA DE CIUDADANÍA							
Baldon		Dolores	Ede ina	1703528586							
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. - MANZANA Y CASA)											
Alangasi, Calle Simon Bolivar y Eloy Alfaro		Barrio		Alangasi	Quito	Pichincha	No. DE TELÉFONO				
							2787957				
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAÍS)	GRUPO CULTURAL	EDAD AÑOS CUMPLIDOS	SEXO		ESTADO CIVIL				
28/03/1953	Quito	Ecuatoriano	Mestizo	62	M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L
FECHA DE ADMISIÓN	OCCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO DE SALUD			REFERIDO DE				
28/04/15	Merajera	Prececos		Seguro General (IGSS)							
EN CASO NECESARIO LLAMAR A		PARENTESCO AFINIDAD		DIRECCIÓN			No. DE TELÉFONO				
Cecilia Chuguinara		Hija		Alangasi (Barrio San Carlos)			2869270				

COD= CODIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCIADO VIU=VIUDO U-L=UNIÓN LIBRE

	CÓDIGO
ADMISIONISTA	CÓDIGO

AUTORIZACIÓN	
FECHA: <u>28/04/15</u>	
YO: <u>Dolores Baldon</u>	con C.I. No. <u>1703528586</u>
<p>En conocimiento que la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador "Servicio Docente" su tratamiento lo realiza especialistas y estudiantes.</p> <p>Se me ha expresado adecuadamente las actividades esenciales que se realizarán sobre el tratamiento de mis problemas bucales.</p> <p>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.</p>	
NOMBRE DEL PACIENTE:	<u>Dolores Baldon</u>
FIRMA DEL PACIENTE:	<u>Dolores Baldon</u>
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	<u>Ana G. Zurita</u>
NOMBRE DEL TUTOR:	<u>Dra. Cristina Corta</u>
FIRMA DEL TUTOR:	<u>Cristina Corta</u>

ANEXO2: HISTORIA CLÍNICA

WWS | WWS | WWS | WWS | WWS

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-19 AÑOS PROGRAMADO	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	----------	---------------------	--------------------------	-----------------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

"Senecampio la muela"

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Paciente refiere fractura coronaria del diente 4.7 hace 2 días y no presenta sintomatología

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

AP: Paciente presenta hipertensión controlada en un capil de sang leada 24 horas
AF: 3 - Hermano diabético

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: FRECUCENCIA CARDÍACA min: **80** TEMPERATURA °C: **37** F. RESPIRAT. min: **12 min**

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				

Sin patologías aparentes

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
				LEVE	ANGLE I	LEVE
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
16	17	55				
11	21	51	1	0	0	
26	27	65	2	0	0	
36	37	75				
31	41	71	1	1	1	
46	47	85	2	0	0	
TOTALES			15	0.25	0.25	

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	5	7	0	12
d	c	e	o	TOTAL

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 3: HISTORIA CLÍNICA

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL					
BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X <input checked="" type="checkbox"/>	OTROS		
Rayos + Radiografía					
11 DIAGNÓSTICO					
PRE-PRESUNTIVO DEF DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF	
1. Dientes blandos y duros				2. Dientes previamente tratados 1-3	
2. Correspondientes 11, 22, 26, 27, 46		<input checked="" type="checkbox"/>		3. Dientes de las inferiores y superiores	
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 28/04/15	Gingivitis externa Kos 2	Raspado y alisado radical		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 2 FECHA 12/05/15		Toma de impresiones para moldes de estudio		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 3 FECHA 14/05/15	Diente previamente tratado: pieza 1-3 Kos 4	Retratamiento Tratamiento de base y apertura pieza 1-3		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 4 FECHA 22/05/15	Diente previamente tratado: pieza 4-7 Kos 4	Retratamiento Obtención pieza 4-7		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 5 FECHA 25/05/15		En la semana se le prescribió un par de pastillas diarias para la infección por tanto se suspende procedimiento.		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 6 FECHA 30/05/15		Paciente por infección odontológica se suspende procedimiento para la próxima semana.		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 7 FECHA 01/06/15	Caries subgingival pieza 1-3. Kos 2.	Alargamiento de corona pieza 1-3	Tratamiento de urgencia a horas por 2 días.	CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 8 FECHA 05/06/15		Paciente no acude a la consulta		CÓDIGO FIRMA	
SESIÓN 9 FECHA 08/06/15	Fractura coronaria de la pieza 4-7	Reparación Apertura pieza 4-7.		CÓDIGO FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2008

ODONTOLOGIA (2)

ANEXO 4: HISTORIA CLÍNICA

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	17	Restauración pro-			CODIGO	
FECHA	20/07/15	funda - con compo- nido a cámara y para Cp. insana a.c.	Biopulverización y obtención		FIRMA	
SESIÓN	18	Fractura coronaria	Alargamiento de corona	Thioprofen de	CODIGO	
FECHA	21/07/15	de la pieza 4.7	de la pieza 4.7	carta e transpor tadas	FIRMA	
SESIÓN	19	Caries subgingival	Alargamiento de corona	Thioprofen de	CODIGO	
FECHA	27/07/15	del diente 2.3 K2.2	de la pieza 2.3	60mg cada 8 ho ras por 3 días	FIRMA	
SESIÓN	20	Diente previamente	Cementación de corona		CODIGO	
FECHA	28/07/15	tratada del diente 1.3	prefabricada de la pieza 4.3		FIRMA	
SESIÓN	21	Fractura coronaria	Cementación de corona prefa		CODIGO	
FECHA	29/07/15	del diente 4.7 Caries de dentina de los dientes 2.6, 2.7 y 4.6	bricada de la pieza 4.7 Tallado para coronas piezas 1.3 y 4.7 e incrustaciones piezas 2.6, 2.7 y 4.6 y toma de impresio- nes.		FIRMA	
SESIÓN	22	Caries de dentina de los	Cementación de incrustacio		CODIGO	
FECHA	05/08/15	dientes 2.6, 2.7 y 4.6. Diente previamente trata do diente 1.3 y fractura del diente 4.7 Caries de dentina del diente 1.4 y caries a nivel dentino pulpar diente 2.3	nes piezas 2.6, 2.7 y 4.6 Pruebas de metal de coronas de las piezas 1.3 y 4.7 Presina simple de la pieza 1.4 Presina compuesta de pieza 2.3.		FIRMA	
SESIÓN	23	Diente previamente tra	Prueba de biscacho de las		CODIGO	
FECHA	10/08/15	tado del diente 1.3 Fractura coronaria del diente 4.7. Diente e dentulo parcial	piezas 1.3 y 4.7 Tallado de coronas exclus vas y toma de impresiones para prótesis coronales 1.3 y 4.7		FIRMA	

ODONTOLÓGIA (4)

ANEXO 5: HISTORIA CLÍNICA

SESIÓN Y FECHA		DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	10	Diente precarado tratado 03 y fractura coronaria del diente 47. Paciente edéntulo parcial	Conservación definitiva de carinas metálicas protésicas del diente 13 y 47. Diseño de implantes cerámicos sobre el diente 47 superior.		CODIGO	FIRMA <i>all</i>
FECHA						
SESIÓN	11	Paciente edéntulo parcial 13/6/15	Prueba de estructura oral de prótesis removible superior y labio inferior.		CODIGO	FIRMA <i>all</i>
FECHA						
SESIÓN	12	Día blanqueada 13/6/15	Profilar		CODIGO	FIRMA <i>am</i>
FECHA						
SESIÓN	13	Paciente edéntulo parcial 14/6/15	Prueba de estructura oral con dientes artificiales en cara diagnóstica removible superior y labio inferior prueba en cara de prótesis dentales superior		CODIGO	FIRMA <i>all</i>
FECHA						
SESIÓN	14	Paciente edéntulo parcial 20/6/15	Instalación de prótesis terminada en cara labio inferior y prótesis acrílica superior.		CODIGO	FIRMA <i>all</i>
FECHA						
SESIÓN	15				CODIGO	FIRMA
FECHA						
SESIÓN	16				CODIGO	FIRMA
FECHA						

ODONTOLOGÍA (3)

ANEXO 7: HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	FIRMA DEL TUTOR
28/04/15	Raspado y alisado radicular	gasas, ruer.		28 ABR 2015 ENTREGADO
12/05/15	Toma de impresiones para modelos de estudio.	yeso y alginato		12 MAY 2015 ENTREGADO
15/05/15	Retratamiento del diente 1.3	hipoclorito, iodo, ácido fólico, y otros anestésicos vasoconstrictor, droga de goma, aguja corta, etc.		MAY 2015 ENTREGADO
22/05/15	Retratamiento del diente 1.3.	hipoclorito, iodo, ácido fólico, y otros anestésicos vasoconstrictor, droga de goma, esponja, algodón, etc.		22 MAY 2015 FIRMA
25/05/15	Alargamiento de corona del diente 1.3.	anestésico vasoconstrictor, serofis, aguja larga, esponja, etc.		FIRMA
26/05/15		PACIENTE POR INDICACION PARODONTOLÓGICA SUSPENDIDA PROTESIS FEMORAL.		
01/06/15	Alargamiento de corona del diente 2.3	anestésico sin vasoconstrictor, serofis, aguja larga, esponja, etc.		
05/06/15	Paciente no acude a la consulta.	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		
08/06/15	Biopulpectomía del diente 4.7 Apertura	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		ENTREGADO
07/06/15	Biopulpectomía del diente 4.7 instrumentación	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		12 JUN 2015 FIRMA
19/06/15	Paciente no acude a la consulta.	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		FIRMA ENTREGADO
29/06/15	Biopulpectomía del diente 4.7. Instrumentación	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		24 JUN 2015 ENTREGADO
03/07/15	Biopulpectomía del diente 4.7 Obturación	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		03 JUL 2015 ENTREGADO
10/07/15	Neopulpectomía del diente 2.3 Instrumentación.	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		10 JUL 2015 FIRMA
13/07/15	Biopulpectomía del diente 4.6 Apertura	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc.		FIRMA ENTREGADO
17/07/15	Neopulpectomía diente 2.3 Obturación Biopulpectomía diente 4.6 Instrumentación	anestésico sin vasoconstrictor, aguja larga, esponja, dique de goma, serofis, etc. muñecos (rollos) de papel secapapel.		17 JUL 2015 FIRMA

ANEXO 8: HISTORIA CLÍNICA

UIDE <small>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR</small>	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
---	---

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	SESIÓN No.	FACTURA No.	MATERIAL	AUTORIZACIÓN MATERIAL	SALA DE MATERIALES
20/07/15	17	1473 37	anestésico sin vasoconstrictor, aguja corta, hilo de seda, suero fisiológico, esponja, dique de goma, jeringas.		 ENTREGADO
21/08/15	18	1659	anestésico sin vasoconstrictor, aguja corta, bisturí, suero fisiológico, sutura, gasas.		21 JUL 2015
27/07/15	19	2276	anestésico sin vasoconstrictor, aguja corta, suero fisiológico, sutura, gasas.		 ENTREGADO
28/02/15	20	2378	perno prefabricado #1, ácido fluorhídrico y fosfórico, aplicador, bonding, silano, cemento dual, lajuna para resina A3, anestésico sin vasoconstrictor, dique de goma, aguja corta.		28 JUL 2015
29/07/15	21	2433	perno prefabricado #2, ácido fluorhídrico y fosfórico, aplicador, bonding, silano, cemento dual, lajuna para resina A2, anestésico sin vasoconstrictor, aguja corta, dique de goma.		FIRMA 29 JUL 2015
29/07/15	22	2488	Pasta de adición, pasta liviana, pasta de condensación, dentífrico, base para la corona.		ENTREGADO FIRMA 29 JUL 2015
05/08/15	22	2488 2706	ácido, bonding, aplicador, anestésico sin vasoconstrictor, aguja corta y compara dique de goma, cemento dual, silano, ácido fluorhídrico, papel articulador, cinta dental, pasta A3.		ENTREGADO FIRMA 05 AGO 2015
10/08/15	23	2706	Papel articulador Pasta de adición, pasta liviana.		 ENTREGADO
12/08/15	24	2706	Cemento de ionómero de vidrio (obtenidina), hilo dental, palginita, y 3030		17 AGO 2015
13/08/15	25	1143	revelador, isopropil, pasta profiláctica, piedra pómez, hilo dental, enjuague.		ENTREGADO FIRMA 13 AGO 2015
13/08/15	26	2706	Acufil		ENTREGADO FIRMA 18 AGO 2015

ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dolores Baldeón portador de la cédula de identidad 1703528586 en conocimiento que la clínica de especialidades odontológicas de la Universidad Internacional del Ecuador “Servicio Docente” su tratamiento lo realizarán especialistas especialistas y estudiantes.

Se me ha expresado correctamente 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 además de la utilización de fotografías de los procedimientos que se realizarán con el estudiante asignado, comprometiéndome a cancelar los valores correspondientes previos al tratamiento indicado.

Firma del Estudiante Responsable

Firma del Tutor Responsable

Firma del Paciente

ANEXO 10: PROTOCOLO DE ENDODONCIA



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Historia Clínica No. 7000.....
 Nombre del paciente: Dolores Baldeon..... Diente: 9.2.....
 Fecha: 05/06/15..... Estudiante: Ana G. Zurita.....

MOTIVO DE LA CONSULTA

"Revisión General".....

ANTECEDENTES SISTÉMICOS DE IMPORTANCIA

Paciente presenta hipertensión y controlada con estatina de 10 mg 1
cada 24 horas.....

EXAMEN FÍSICO

Examen Extraoral:

Normal.......... Tumefacción..... Fiebre.....
 Linfadenopatía..... Fistula..... ATM.....

Examen Intraoral:

*Mucosas y Enclás

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.....

FORMULARIO UIDE-CEO-001

ANEXO 11: PROTOCOLO DE ENDODONCIA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fractura coronaria de diente 97 con finalidad protésica

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						
	SUPERIOR						
	MV						
	MP						
	DV						
	P						
	INFERIOR						
	MV	<i>18mm</i>	<i>19mm</i>	<i>CLV</i>	<i>30</i>	<i>Híbrida</i>	
	ML						
	D	<i>19mm</i>	<i>19.5mm</i>	<i>CDV</i>	<i>35</i>	<i>Híbrida</i>	<i>42</i>
Conducto en "C"							

MEDICACION SISTÉMICA

.....

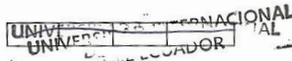
EVOLUCIÓN

FECHA	ACCIÓN CLÍNICA	FIRMA TUTOR
<i>08/06/15</i>	<i>Apertura</i>	<i>[Firma]</i>
<i>12/06/15</i>	<i>Instrumentación</i>	<i>[Firma]</i>
<i>29/06/15</i>	<i>Instrumentación</i>	<i>[Firma]</i>
<i>03/07/15</i>	<i>Obturgación</i>	<i>[Firma]</i>

RECOMENDACIONES Y ADVERTENCIAS

.....

USO DE RADIOGRAFIAS



FORMULARIO UIDE-CEO-001

ANEXO 12: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

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: Dolores Balboa
 No. HISTORIA CLÍNICA: 7800
 NOMBRE DEL TUTOR: Dra. Gabriela Balarezo
 No. DE DIENTE: 4.7

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
29/07/15	1	Radiografía / Control inicial	
29/07/15	2	Medida obturación endodóntica 17.....mm.	
29/07/15	3	Desobturación.....15.....mm	
29/07/15	4	Radiografía de control	
29/07/15	5	Preparación: - Ácido Fosfórico - Silano - Adhesivo	
29/07/15	6	Preparación Diente: - Desinfección (Clorhexidina y secado) - Grabado ácido a nivel de esmalte. - Adhesivo a nivel esmalte.	
29/07/15	7	Colocación cemento autograbado.	
29/07/15	8	Fotocurado 20 segundos.	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

Dolores Balboa
 FIRMA DEL PACIENTE

ESTUDIANTE

NOMBRE : Ana Cruz

FIRMA : Ana Cruz

TUTOR

NOMBRE : Dra. Gabriela Balarezo

FIRMA :

ANEXO 13: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN SIN METAL

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

Nombre del Tutor: ... Dra. Gabriela Balarezo ... No. Historia: 7828

Nombre del Paciente: ... Dalores Balderrá No. Diente: 96

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input type="checkbox"/>	
		INCRUSTACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	<u>AM</u>
<u>29/07/15</u>	1	Preparación de pilares	<u>AM</u>
<u>29/07/15</u>	2	Elaboración de provisionales	<u>AM</u>
<u>29/07/15</u>	3	Impresiones funcionales	<u>AM</u>
<u>29/07/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	<u>AM</u>
	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	<u>AM</u>
	6	Prueba de porcelana sin terminado	<u>AM</u>
	7	Cementación provisional de la corona.	<u>AM</u>
<u>05/08/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	<u>AM</u>
<u>05/08/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12%/1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara	<u>AM</u>
<u>05/08/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	<u>AM</u>

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Dalores Balderrá
Firma del Paciente

Estudiante

Tutor

Nombre: Ana E. Zurita

Nombre: Dra. Gabriela Balarezo

Firma: Ana E. Zurita

Firma: AM

ANEXO 14: PROTOCOLO DE PRÓTESIS FIJA

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE CORONA O INCRUSTACIÓN ^{CON} SIN METAL

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

Nombre del Tutor: Dr. Gabriela Balarezo No. Historia: 7800

Nombre del Paciente: Dalares Baldeón No. Diente: 1.3

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
		CORONA <input checked="" type="checkbox"/>	<i>AM</i>
		INCRUSTACIÓN <input type="checkbox"/>	<i>AM</i>
<u>29/6/15</u>	1	Preparación de pilares	<i>AM</i>
<u>29/6/15</u>	2	Elaboración de provisionales	<i>AM</i>
<u>29/6/15</u>	3	Impresiones funcionales	<i>AM</i>
<u>29/6/15</u>	4	Registro del color por material para ser elaborado el trabajo	<i>AM</i>
<u>5/8/15</u>	5	Prueba de estructura metálica/zirconio	<i>AM</i>
<u>26/8/15</u>	6	Prueba de porcelana sin terminado	<i>AM</i>
	7	Cementación provisional de la corona.	<i>AM</i>
<u>12/10/15</u>	8	Terminado, cementación definitiva metal/porcelana/zirconio.	<i>AM</i>
<u>12/10/15</u>	9	CEMENTACION: Colocación ácido fluorhídrico 9-12% 1 minuto Lavado y secado Silinizado 2 capas Colocación cemento dual fotopolimerización 30 segundos c/cara	<i>AM</i>
<u>12/10/15</u>		DIENTE Desinfección diente Grabado ácido fosfórico Lavado Secado Primer Adhesivo (polimerizar 30 segundos) Cementado	<i>AM</i>

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Dalares Baldeón
Firma del Paciente

Estudiante

Nombre: Ana C. Zurita

Firma: Ana C. Zurita

Tutor

Nombre: Dr. Gabriela Balarezo

Firma: Gabriela Balarezo

FORMULARIO UIDE-CEO-002

ANEXO 15: PROTOCOLO DE PRÓTESIS REMOVIBLE

UIDE

Universidad Internacional del Ecuador

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

FICHA DE CONTROL DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE CR-CO

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

Nombre del Tutor: *Dra. Gabriela Balarzo* No. Historia: *7200*

Nombre del Paciente: *Dolores Baldeón*

Trabajo a realizar: *Prótesis removible de extremo absoluto inferior*

No. De diente/dientes: *2*

Clasificación de Kennedy Preliminar: *Clase II* Definitiva: *Clase II*

Características Clínicas de reborde:

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA TUTOR
<i>12/05/15</i>	1	Impresión Diagnóstica.	
<i>12/05/15</i>	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	<i>[Firma]</i>
<i>12/05/15</i>	3	Modelos paralelizados.	<i>[Firma]</i>
<i>12/05/15</i>	4	Modelos montados en el "articulador", en RC o MIC.	<i>[Firma]</i>
<i>12/08/15</i>	5	Diseño preliminar del especialista y por duplicado en hoja adjunta (copia adjuntar en la historia).	<i>[Firma]</i>
<i>12/08/15</i>	6	Diseño definitivo graficado sobre el 2º modelo.	<i>[Firma]</i>
<i>12/08/15</i>	7	Preparación de la boca del paciente tanto en los pilares como en los demás elementos dentarios.	<i>[Firma]</i>
<i>12/08/15</i>	8	Impresión definitiva con alginato.	<i>[Firma]</i>
	9	Modelo maestro (con diseño definitivo).	<i>[Firma]</i>
<i>12/08/15</i>	10	Orden de trabajo (hoja adjunta por duplicado una para el laboratorio y otra para el especialista) con el segundo modelo.	<i>[Firma]</i>
<i>18/08/15</i>	11	Prueba del esqueleto metálico en boca en caso de extremo libre realizar la técnica de modelo.....	<i>[Firma]</i>
	12	Recorte del modelo y obtención del modelo de trabajo.	<i>[Firma]</i>
	13	Registro intermaxilar en RC o MIC.	<i>[Firma]</i>
<i>20/08/15</i>	14	Prueba de las bases en cera (enfilado).	<i>[Firma]</i>
<i>24/08/15</i>	15	Instalación de la prótesis terminada.	<i>[Firma]</i>
	16	Primer control (48 horas).	
	17	Segundo control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción

Dolores Baldeón
Firma del Paciente

Estudiante

Tutor

Nombre: *Ana Estrella*

Nombre: *Dra. Gabriela Balarzo*

Firma: *Ana Estrella*

Firma: *[Firma]*

FORMULARIO UIDE-CEO-003

ANEXO 16: PROTOCOLO DE PRÓTESIS REMOVIBLE



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

PROTOCOLO DE PRÓTESIS ACRÍLICA

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

NOMBRE DEL PACIENTE: Dolores Baldeón No. HISTORIA 7800
 NOMBRE DEL TUTOR: Dra. Gabriela Balarezo
 Trabajo a realizar: Prótesis acrílica superior
 No. de diente/dientes: 5
 Clasificación de Kennedy Preliminar Clase III modificación 1 Definitiva Clase III modificación 1
 Características clínicas de reborde _____

FECHA	No	PASO CLINICO	FIRMA
<u>12/05/15</u>	1	Impresión Diagnóstica.	
<u>12/05/15</u>	2	Radiografías y modelos de estudio (duplicados).	
<u>12/08/15</u>	3	Impresión definitiva con alginato.	
<u>12/08/15</u>	4	Modelo maestro (con diseño definitivo).	
<u>12/08/15</u>	5	Registro intermaxilar en RC o MIC.	
<u>12/08/15</u>	6	Color de dientes.	
<u>20/09/15</u>	7	Instalación de la prótesis terminada.	
	8	Primer control (24 horas).	
	9	Segundo control (72 horas).	
	10	Tercer control (8 días).	

Recibí el trabajo a entera satisfacción.

Dolores Baldeón
 FIRMA DEL PACIENTE
 C.I.

ESTUDIANTE
 NOMBRE: Alex G. Zúñiga
 FIRMA: Alex G. Zúñiga

TUTOR
 NOMBRE: Dra. Gabriela Balarezo
 FIRMA: ay