



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

TRABAJO DE GRADUACION

Previo a la obtención del título de

ODONTOLOGA

TEMA

Necropulpectomía de Incisivo Central Superior Izquierdo

AUTORA

Isolde Cecibel Morales Montenegro

TUTOR

Dra. Dolores Sotomayor

Guayaquil, Abril 2011

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de graduación

CERTIFICAMOS:

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontóloga

El trabajo de graduación se refiere a:

Necropulpectomía de incisivo central superior izquierdo

Presentado por:

Morales Montenegro Isolde Cecibel

091499780-4

Apellidos y nombres

cedula de ciudadanía

TUTORES

Dra. Dolores Sotomayor

Académico

Dr. Miguel Álvarez A.

Metodológico

Dr. Washington Escudero D.

DECANO

Guayaquil, Abril 2011

AUTORIA

Las opiniones, criterios conceptos y análisis vertidos en la presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Isolde Morales Montenegro

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme por haberme dado sabiduría y por su guía espiritual me supo llevar por los caminos correctos y a toda mi familia, mis padres, mi esposo e hijas que gracias al apoyo incondicional de cada uno de ellos, pude obtener todos los logros y sueños propuestos en mi vida. A mis maestros por sus consejos sabios y enseñanzas, fueron los forjadores de mis actuales conocimientos, a todos ellos gracias.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a Dios por haberme dado la vida y salud para poder luchar cada día de mi vida, por guiarme en mis estudios, a mi mamá Martha , mi papá Alberto, por sus consejos y apoyo incondicional, a mi esposo Freddy por su apoyo moral y paciencia, a mis dos hijas Valentina y Rayén que me apoyaron y me dijeron que si podía lograrlo, porque ellas son el motor de la energía que necesito para seguir adelante y a mis profesores por sus conocimientos dados me ayudaron a incrementar mis conocimientos.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar los fundamentos teórico-prácticos, habilidades y destrezas adquiridos en Endodoncia, para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento en dientes con pulpa necrótica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Reconocer la etiología, epidemiológica, fisiopatológica, prevención y diagnóstico de la lesión pulpar.

Identificar, los problemas que se puedan presentar en los tratamientos pulpares en un diente con pulpa necrótica.

Usar las técnicas adecuadas para la Necropulpectomía.

INDICE

	PAG.
Carátula	
Certificados de Tutores	
Autoria	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Objetivo General	
Objetivos específicos	
Introducción	1
Capítulo 1. Fundamentación Teórica	2
1.1 Tratamientos en Dientes con pulpa necrótica	2
1.2 Degeneración pulpar	3
1.3 Degeneración cálcica	3
1.4 Degeneración atrófica.....	4
1.5 Degeneración Fibrosa	4
1.6 Artefactos Pulpares	4
1.7 Absorción interna	5
1.8 Reabsorción externa	5
1.9 Etiología	5
Capítulo 2. Diagnostico	6
2.1 Diagnostico diferencial	6
2.2 Microbiología	7
2.3 Histopatología	7
Capítulo 3. Generalidades de Morfología Pulpar	7
3.1 Incisivos centrales superiores radiográficamente	8
3.1.1 Cámara Pulpar	9
3.1.2 Conducto Radicular.....	9
3.2 Consecuencias clínicas de la anatomía pulpar para un ... tratamiento endodóntico favorable en los incisivos centrales superiores	9
Capítulo 4. Necrosis Pulpar	10
4.1 Signos Clínicos	10
4.2 Diagnostico.....	11
4.3 Tratamiento.....	11
4.4 Dientes con necrosis pulpar sin lesión periapical	11
visible radiográficamente	
4.5 Dientes con necrosis pulpar y lesión periapical crónica	12

4.6 Necropulpectomia	15
4.6.1 Necropulpectomia I	15
4.6.2Necropulpectomia II.....	15
Capitulo 5. Procedimiento Endodontico	15
5.1 Soluciones de Irrigación	16
5.1.2 Hipoclorito de Sodio	17
5.1.3 Clorhexidina	18
5.1.4 Solución Salina Isotónica	19
5.1.5 Quelantes	19
5.1.5.1Indicadores de los quelantes en los tratamientos	20
de los conductos radiculares	
5.1.5.2 Acido etilendiaminotetracetico (EDTA)	21
5.1.5.3 Hidróxido de Calcio	21
Capitulo 6. Descripcion del Caso Clinico	21
6.1 Primera sesión (Historia clínica)	22
6.1.2 Anestesia.....	22
6.1.3 Preparación y aislamiento del campo operatorio	22
6.1.4 Apertura cameral	22
6.1.5Preparación biomecánica del conducto radicular	22
6.1.6 Radiografía preoperatorio	23
6.1.7 Biomecánica	23
6.1.8 Secado de conducto	24
6.1.9 Medicación interconducto.....	24
6.1.10 Colocación del material temporario	25
6.2 Segunda sesión	25
6.2.1 Aislamiento del campo operatorio	26
6.2.2 Remoción del material temporario	26
6.2.3 Irrigación y secado	26
6.2.4 Conometría	26
6.2.5Procedimiento de la técnica de obturación lateral	26
6.2.6 Obturación de la cavidad	27
6.2.7 Control de oclusión	28
6.2.8 Obturación definitiva	28
6.2.9 Controles radiográficos después de haber	28
realizado la endodoncia	
6.1.10 Receta	28
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Bibliografía	32
Anexos.....	33

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas, existen un problemas que no aqueja a los profesionales de la salud, que no nos ha permitido llegar todavía a un acuerdo sobre el conocimiento de la patología pulpar, tan necesario para planear una terapéutica racional; ya que la imposibilidad de diagnosticar la lesión histopatológica, a pesar de practicar una semiología prolija y exhaustiva.

Es evidente que para una correcta aplicación del tratamiento endodóntico, es de mucha importancia establecer un excelente diagnóstico de esta manera se debe relacionar la sintomatología dolorosa con aspectos clínicos y radiográficos

La historia natural de las enfermedades pulpares es un proceso dinámico que en cada caso implica la intervención de factores tan diversos como la etiopatogenia, el lugar y las características de la lesión y la edad del diente afectado.

Hay que resaltar, que hoy en día contamos con equipos técnicos que nos permiten tener una mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento de las piezas dentarias.

El procedimiento a realizarse ante una pulpa no vital es la necropulpectomía la cual debe de seguir un orden necesario para poder obtener los resultados deseados y así evitar el fracaso.

CAPITULO 1: FUNDAMENTACION TEORICA

1.1 TRATAMIENTO EN DIENTES CON PULPA NECRÓTICA

Como indica Grossman, la necrosis pulpar es la muerte de la pulpa, significando esto la cesación de los procesos metabólicos de ese órgano, con la consiguiente pérdida de su estructura, así como de sus defensas naturales.

Una gangrena pulpar es la muerte de la pulpa seguida por la invasión microbiana. Aunque esta invasión pueda producirse por Necrosis y a través de la membrana periodontal, se sabe que la más común es la penetración de las bacterias por la corona dentaria, por un proceso de caries. Aunque son pocas las bacterias que consiguen penetrar en los conductillos dentinarios y la profundidad que éstas alcanzan es de apenas una fracción de milímetro.

Por lo expuesto, se deduce que en los casos de gangrena el conducto radicular pasa a funcionar como un verdadero tubo de cultivo microbiano, con condiciones ideales de sustrato orgánico, temperatura, humedad.

Esta situación es altamente propicia para la propagación de las bacterias y dependiendo de su virulencia, los microorganismos tales como los estreptococos, pueden multiplicarse con mucha intensidad, a punto de dar origen a una nueva generación microbiana cada 20 o 30 minutos.

No queda la menor duda de que la finalidad del tratamiento endodóntico, en estos casos es neutralizar los productos tóxicos, así como también combatir el número y la virulencia de los microorganismos situados en el conducto radicular y cuando fuera necesario, combatirlos también en sus ramificaciones.

La pulpa dentaria está dentro del diente, no tiene capacidad de expansionarse debido a que está dentro de la cámara pulpar en pleno tejido dentario.

La pulpa se puede afectar con facilidad cuando recibe noxas externas, por ello las causas para que se produzca una **pulpectomía** son:

- Infecciosas
- Físicas
- Químicas

1.2 DEGENERACIÓN PULPAR

Si bien la degeneración pulpar, rara vez es reconocida clínicamente, sus distintos tipos deben incluirse en la descripción afecciones pulpares. Se presente generalmente en dientes de personas de edad, pero también puede observarse en personas jóvenes, como resultado de una irritación leve y resistente, como sucede en las degeneraciones cálcica.

La degeneración no se relaciona necesariamente con una infección o caries, aún cuando el tiente afectado muestre una cavidad o una obturación; comúnmente no existe síntomas clínicos definidos. El diente no presenta alteraciones de color y la pulpa reacciona normalmente a los test térmicos y eléctricos. No obstante, cuando la degeneración de la pulpa es completa, por ejemplo, después de un traumatismo o de una infección. Los tipos de Degeneración pulpar son los siguientes.

1.3 DEGENERACIÓN CÁLCICA

Es un tipo de degeneración de que una parte del tejido pulpar es reemplazado por material calcificado, es decir, se forman nódulos pulpares o dentículos. La calcificación puede ocurrir tanto en la cámara pulpar como en el conducto, pero es más común en la primera.

1.4 DEGENERACIÓN ATRÓFICA

Es un tipo de degeneración que se observa en la pulpa de personas mayores; presenta menor número de células estrelladas y aumento del fluido intercelular. El tejido pulpar es menos sensible que el normal. La lámina atrofia (reticular), es probablemente un artefacto de técnica causado por la demora de la gente fijador para alcanzar la pulpa.

1.5 DEGENERACIÓN FIBROSA

La degeneración fibrosa de la pulpa se caracteriza por el reemplazo de los elementos celulares por el tejido conjuntivo fibroso. Cuando se extirpan estas pulpas del conducto reticular presentan el aspecto característico de fibras coreaseas.

1.6 ARTEFACTOS PULPARES

Anteriormente se creyó que la vacuolización de los odontoblastos, era un tipo de degeneración pulpar caracterizados por espacios vacíos ocupados anteriormente por los odontoblastos. Es probable que se trate de un artefacto debido a una fijación deficiente de la muestra de tejido.

La degeneración grasa de la pulpa conjuntamente con la atrofia reticular y la vacuolización, tal vez obedece a la misma causa, es decir una fijación deficiente.

1.7 ABSORCIÓN INTERNA

También puede presentarse absorción interna (mancha rosa), es decir, reabsorción de la dentina producida por alteraciones vasculares en la pulpa.

Puede afectar la corona o la raíz de un diente, o ser tan extensa que abarque ambas partes. Ser un proceso lento y progresivo de uno o más años de duración o evolucionar rápidamente y perforar el diente en el término de meses. La Etiología es desconocida, pero a menudo la lesión está ligada en un traumatismo anterior.

1.8 REABSORCION EXTERNA

También puede ocurrir la contraparte de la reabsorción interna. La Reabsorción externa, la zona erosionada es algo cóncava en la relación con la superficie de la raíz, mientras que en la reabsorción interna es conversa. A veces resulta difícil determinar si se trata de una reabsorción externa o interna. Varias radiografías, tomadas en diferentes ángulos, ayudarán resolver el problema.

Cuando la radiografía muestra que el hueso adyacente a la zona de reabsorción está afectada y la zona de reabsorbida en cóncava externamente, se tratará de una reabsorción externa.

Mientras que la reabsorción interna se detiene si se extirpa la pulpa, la remoción de la misma, no tiene efecto sobre la reabsorción externa.

1.9 ETIOLOGIA

La necrosis pulpar puede ser causada por cualquier agente que dañe la pulpa, particularmente una infección un traumatismo previo, una irritación provocada por un ácido libre o por los silicofluoruros de una obturación de silicato mal mezclado o de composición inferior, una obturación de acrílico autopolimerizable o una inflamación de la pulpa que termine con su mortificación.

El tipo de necrosis presente, no interesa desde el punto de vista clínico y la consistencia del tejido pulpar mortificado.

Sintomatologías.- Un diente afectado con pulpa necrótica o putrescente puede no presentar síntomas dolorosos. A veces, el primer índice de mortificación pulpar es el cambio de coloración del diente. En algunos casos, se debe solo a la pérdida de translucidez normal.

CAPITULO 2: DIAGNOSTICO

El examen radiológico por lo común muestra una cavidad u obturación grande, una comunicación amplia con el conducto radicular y un espesamiento del ligamento periodontal. En algunos casos no existe una cavidad ni tampoco una obturación en el diente y la pulpa se han mortificado como resultado de un traumatismo.

2.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A veces es necesario hacer un diagnóstico diferencial entre una necrosis pulpar y una pulpitis o un absceso alveolar agudo en formación. Debe recordarse que la necrosis de la pulpa puede ser solo parcial y que no siempre es fácil diagnosticar el estadio intermedio entre una pulpa próxima a la mortificación y una mortificada.

En casos dudosos, puede ser necesario acudir al test de la cavidad para establecer un diagnóstico correcto.

2.2 MICROBIOLOGÍA.

En dientes con pulpas necróticas se ha encontrado gran variedad de microorganismos. En una proporción elevada de casos, el conducto está en

comunicación con la cavidad bucal, hecho que explicaría la frecuencia de la flora microbiana mixta encontrada frecuentemente en los conductos con pulpas necróticas o necrobióticas.

2.3 HISTOPATOLOGÍA.

En la cavidad pulpar puede observarse tejido pulpar necrótico, restos celulares y microorganismos. El tejido periapical puede ser normal o presentar ligera evidencia de inflamación del ligamento periodontal.

Pronostico.- El pronóstico del cliente es favorable, siempre que se realice un tratamiento de conductos adecuado.

CAPITULO 3: GENERALIDADES DE MORFOLOGÍA PULPAR

Aunque el estudiante de la asignatura de endodoncia ya ha cursado en los primeros años de la Carrera de Cirujano Dentista la asignatura de Anatomía Dental donde se describe la cavidad pulpar de los dientes, es importante recordar los conocimientos adquiridos puesto que tienen una importancia fundamental para obtener éxito en la terapia endodóntica.

La anatomía del sistema de conductos radiculares o cavidad pulpar dicta los parámetros sobre los cuales se realizará el tratamiento endodóntico y afecta las posibilidades de éxito. Los desalentadores porcentajes de fracaso, se deben a que el profesional, principalmente el clínico general, no tiene conciencia de que la técnica endodóntica está repleta de detalles y de principios fundamentales que es necesario obedecer, cuando se busca un aumento del porcentaje de éxito después de esa terapia. Por ese motivo el

profesional deberá tener no sólo un amplio conocimiento del aspecto normal de toda la cavidad pulpar, sino también de las posibles variaciones propias de la edad, de la caries, abrasión, erosión, enfermedad periodontal, etc.

Como el conducto radicular no permite una visualización directa, sólo puede sentirse por medio de nuestra sensibilidad táctil, es necesario que el profesional imagine con exactitud ese espacio endodóntico, por medio del estudio de la anatomía interna de los dientes y la complementa con el examen radiográfico. El examen radiográfico o la imagen digitalizada, aisladamente, no nos definen la cavidad pulpar, pues esos dos recursos sólo nos permiten ver en sentido mesiodistal. La radiografía tiene apenas un valor sugerente, porque la sumatoria de imágenes que nos proporciona no tiene carácter conclusivo en las interpretaciones endodónticas.

3.1 INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES VISTOS

RADIOGRAFICAMENTE

La vista lingual en la radiografía se revelará:

- * Curvatura apicodistal de la pulpa en el 8% de las veces
- * Inclinación mesioaxial de 2° del diente

NO serán visibles en la radiografía:

- * Presencia del hombro lingual donde se unen la cámara y el conducto
- * Angulación linguoaxial de 29° del diente
- * La cavidad pulpar es más ancha en dimensión mesiodistal con una
Forma general ovoide
- * A nivel del tercio apical el conducto suele ser de forma circular

* La curvatura apicolabial no suele observarse en la radiografía

3.1.1 CÁMARA PULPAR

Se presenta como un espacio achatado en sentido vestíbulo lingual y ensanchado en sentido mesiodistal. Al corte longitudinal en sentido mesiodistal muestra dos o tres concavidades o prolongamientos en dirección al borde incisal, que corresponde a los lóbulos de desarrollo. Son acentuadamente pronunciados en los dientes jóvenes, mientras que en el adulto podrán mostrarse completamente calcificados (línea de retroceso). El límite entre la cámara y el conducto radicular es apenas virtual, pues estas porciones se continúan una con la otra.

3.1.2 CONDUCTO RADICULAR

Se presenta largo, único y amplio. En el corte transversal de la raíz a la altura del tercio cervical, muestran un canal con forma aproximadamente triangular, en cambio a la altura del tercio medio la forma es casi circular, y finalmente en el tercio apical, se vuelve nítidamente redondeado.

3.2 CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LA ANATOMÍA PULPAR PARA UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO FAVORABLE EN LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

A menudo el hombro lingual de dentina en el área cervical impide el acceso directo al sistema de conductos radiculares y dirige la fresa y las limas hacia vestibular, lo cual puede causar una perforación vestibular.

La presencia de curvatura en los cinco milímetros apicales es común en el incisivo lateral y menos frecuente en el incisivo central.

En vista de que estos dientes están sometidos a más traumatismos que los dientes de otras regiones de la boca, la presencia de cámaras pulpaes

calcificadas es bastante común y origina a menudo complicaciones durante el tratamiento.

A nivel cervical la pulpa es más ancha mesiodistalmente, a diferencia de todos los demás dientes cuyo eje vestibulolingual es mayor

En sección transversal, el conducto radicular a la altura de la unión cemento-esmalte es triangular en dientes jóvenes y oval en los adultos. Se hace gradualmente redondo conforme se aproxima al foramen apical.

Resultan raros los conductos múltiples, pero los conductos laterales son muy comunes.

CAPITULO 4: NECROSIS PULPAR

Significa muerte de la pulpa. Es la evolución de una pulpitis irreversible no tratada, una lesión traumática o cualquier circunstancia que origine interrupción prolongada del suministro de sangre a la pulpa. La necrosis pulpar puede ser total o parcial (más común en dientes multirradiculares).

4.1 SIGNOS CLÍNICOS

No existen verdaderos síntomas de necrosis pulpar ya que, en esta fase, las fibras sensoriales de la pulpa están destruidas. Sin embargo, se puede originar dolor en los tejidos perirradiculares, inflamados a causa de la degeneración pulpar.

Cuando la necrosis es parcial, pueden existir varios síntomas, debido a la persistencia de tejido vital en una porción del conducto radicular.

4.2 DIAGNÓSTICO

La necrosis total no produce dolor en el diente. No existe movilidad. La palpación y la percusión son negativas, y los hallazgos radiográficos normales (a no ser que exista una inflamación periapical concomitante).

Las pruebas de vitalidad no dan ninguna respuesta. Puede observarse un cambio en la coloración del diente.

4.3 TRATAMIENTO

La necrosis pulpar requiere el tratamiento Necropulpectomía.

4.4 DIENTES CON NECROSIS PULPAR SIN LESIÓN PERIAPICAL VISIBLE RADIOGRÁFICAMENTE

La necrosis pulpar significa la muerte de la pulpa, con el cese de los procesos metabólicos de este órgano, con la consecuente pérdida de su estructura, así como de sus defensas naturales. El tejido pulpar es descomposición y desintegración va, de esa manera, a permitir el libre absceso de microorganismos al conducto radicular, los cuales encontrarán ahí condiciones para multiplicación, proliferación y propagación, ocasionando la gangrena pulpar.

Al principio de la instalación del proceso infeccioso en el tejido pulpar, se observa el predominio de una microbiota gran-positiva, compuesta principalmente por microorganismos aerobios, con predominio de cocos sobre los bacilos y filamentosos.

Por otro lado, investigaciones sobre la microbiota endodóncica de dientes con necrosis pulpar e infectados, sin reacción periapical visible radiográficamente, evidencia que los microorganismos en estos casos quedan restringidos a la luz del conducto radicular. En estas condiciones, esos microorganismos quedan expuestos a los elementos naturales de defensa orgánica que se encuentran concentrados en el periápice y en los tejidos vivos de todo el sistema de conducto radiculares.

Fundamentados en concepto bacteriológicos e histológicos, añadidos a los aspectos clínicos y radiográficos, el profesional podrá estar ante un caso donde es necesario el tratamiento endodóntico que nombramos Necropulpectomía – tratamiento de conducto radicular de dientes con necrosis pulpar (infectados) sin lesión periapical visible radiográficamente. Los casos clasificados como necrosis pulpar, gangrena pulpar, periodontitis apical aguda de origen bacteriano y absceso dentoalveolar agudo llevado a la cronicidad, se encuadran como Necropulpectomía.

Es sabido que en los casos de necrosis pulpar y ausencia de lesión periapical, la preparación biomecánica, cuando es bien realizado, reduce considerablemente el número de microorganismos presentes en la luz del conducto radicular, pudiendo todavía esta acción ser complementada por la propia obturación del espacio endodóntico. De esta forma, desde el punto de vista bacteriológico, el tratamiento del conducto radicular en esos casos podrá realizarse en una única sesión, si la necesidad de usar una medicación tópica intraconducto, entre sesiones, denominado “curativo de demora”.

Esa decisión terapéutica podrá ser modificada recomendándose la colocación de curativo de demora debido a la falta de entrenamiento técnico del profesional para terminar el tratamiento en la misma sesión, o dependiendo de las reacciones clínicas (señales y síntomas) psicológicas del propio paciente.

4.5 DIENTES CON NECROSIS PULPAR Y LESIÓN PERIAPICAL CRÓNICA.

Con el tiempo, después de uno, dos o más años, hubo cambios en el cuadro bacteriológico del conducto radicular. En los procesos infecciosos de larga duración, principalmente debido a las relaciones nutricionales existentes entre los microorganismos, aliadas a la gradual caída de tensión de oxígeno en el interior de los conductos radiculares, se observa un proceso de

selección natural, llevando a un predominio de microorganismos anaerobios, particularmente gran-negativos, no solo en la luz del conducto radicular, sino también en todo el sistema de conducto radiculares.

Los microorganismos gran. negativos, además de tener diferentes factores de virulencia y generar productos y subproductos tóxicos a los tejidos apicales y periapicales, contiene la endotoxina en su pared celular. Ese conocimiento es muy particular, una vez que la endotoxina de naturaleza lipopolisacarida (LPS), es liberada durante la multiplicación o muerte bacteriana, ejerciendo una serie de efectos biológicos importantes que causan una reacción inflamatoria y reabsorción ósea en la región periapical.

La endotoxina de bacterias vivas o muertas, integra o en fragmentos, desencadena la liberación de un gran número de mediadores químicos inflamatorios bioactivos o citocinas, tales como TNF (Facto de Necrosis Tumoral), Interleucina-1, Interleucina-6, Interleucina 8, Interferon-alfa y Prostaglandinas.

De esta manera, actualmente la terapéutica adopta en estos casos no debe tener como objetivo solo la muerte bacteriana, sino también la desactivación de la endotoxina, conduciendo el desarrollo de nuevos materiales y de nuevas técnicas de tratamiento.

Estudios en dientes portadores de lesión periapical crónica también evidencia de nichos microbianos en las crateras cementarías apicales y en los tejidos periapicales, consideradas áreas inaccesibles a los instrumentos, demostrando que hay la necesidad del uso de alguna intervención operatoria clínica suplementaria para que se pueda alcanzar la microbiota extra radicular en estos casos.

En 2002, Leonardo et al. Evaluaron con microscopio electrónicos de barradura (MEB) la presencia de biopelícula bacteriana en la superficie externa del ápice radicular de dientes de humanos portadores de necrosis

pulpar y lesión periapical. Verificaron la presencia de esa biopelícula constituida por el entrelazamiento de formas bacterianas filamentosas, cocos y bastoncillos.

De esa forma, los microorganismos de biopelícula bacteriana apical deberán ser destruidos durante el tratamiento endodóncico para la obtención de un mayor porcentaje de éxito de esa terapia.

El término biopelícula bacteriana se define como una masa gelatinosa constituida principalmente de polisacáridos y proteínas, en la cual los microorganismos, sus productos y subproductos, quedan adheridos o retenidos. La masa polisacárida se asemeja a una armadura en la que los microorganismos adheridos quedan retenidos y protegidos.

Los microorganismos protegidos por matriz polisacárida no sufren la acción química de las soluciones irrigadoras, tampoco de los propios elementos de defensa orgánica, así como de la acción de medicación antibiótica utilizada por vía sistémica.

No obstante el endodoncista, mediante instrumentación del conducto radicular, solo consiste remover las biopelículas localizadas en la luz del conducto radicular, pero no la que está presente en las crateras apicales, lo que justifica la necesidad de una conducta terapéutica para su eliminación, actualmente representada por la utilización de una cura de demora entre sesiones a base de hidróxido de calcio.

La relación bacteria/fracaso endodóncico representa un problema bacteriológico todavía no comprendido por muchos endodoncistas, a pesar del gran número de trabajos de evaluación del éxito y/o fracaso demostrar menor porcentaje de éxitos en los casos donde hay evidencia radiográfica de nítida lesión, cuando son comparados con casos sin lesión visible radiográficamente.

4.6 NECROPULPECTOMIA

Es el tratamiento de los conductos radiculares con necrosis pulpar, por consiguiente se trata de dientes despulpados e infectados. Partiendo de esto, la clasificación didáctica se basa en los datos clínicos y radiográficos, es decir, se trata de dientes con y sin lesión periapical crónica radiográficamente visible.

4.6.1 NECROPULPECTOMÍA I

Tratamiento de los conductos radiculares de dientes con necrosis pulpar sin reacción periapical crónica evidenciable radiográficamente, esto es un órgano dentario sin vida, infectado parcialmente y ausencia de respuesta positiva a los estímulos.

4.6.2 NECROPULPECTOMÍA II

Tratamiento de los canales radiculares con necrosis pulpar con lesión periapical crónica, por lo tanto, dientes totalmente infectados en todas sus dimensiones, lo cual indica que la infección abarca zonas de hueso radicular.

CAPITULO 5: PROCEDIMIENTO ENDODÓNTICO.

Luego de aplicar anestesia local y de aislar la pieza dentaria, se procede a hacer una apertura en la corona de la pieza dentaria. A través de este acceso y utilizando instrumentos muy finos, se retira la pulpa dentaria y el tejido infectado y se alisan, lavan y desinfectan los conductos para permitir su relleno. Esto se realiza con un material biocompatible, generalmente, un elemento similar a la goma llamada gutapercha.

La gutapercha se aplica con un cemento adhesivo para asegurar el sellado completo de los conductos radiculares. En la mayoría de los casos, se pone un relleno temporal para obturar la apertura de la corona, el cual será retirado antes de que el diente se restaure apropiadamente.

El tratamiento de conducto es necesario una vez que la pulpa dentaria se inflama o infecta. La causa más común de esta inflamación o infección es la presencia de una caries profunda que ya ha traspasado las dos capas exteriores (esmalte y dentina) e invadido la pulpa (nervio).

La inflamación de la pulpa dentaria también puede ser ocasionada por repetidos tratamientos en una misma pieza dentaria o bien por algún trauma. Si un diente recibe un golpe, puede causar daño a la pulpa y los síntomas pueden aparecer recién años después. La inflamación o infección de la pulpa dentaria puede causar dolor o resultar en un absceso si no se trata a tiempo. Este daño se puede presentar como un dolor agudo y punzante, después de tomar algo caliente o frío que persiste por más de 10 segundos.

Un diente que ha perdido su color como resultado de un trauma, es un signo de un diente sin vida. La inflamación y dolor de la encía en la raíz de un diente son signos y síntomas de un absceso.

En algunas ocasiones no hay síntomas, pero la pulpa dentaria está muerta. En todos estos casos, se requiere una endodoncia.

5.1 SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN.

La elección de una solución para irrigar un conducto radicular no debe ser aleatoria sino la correspondencia entre las acciones particulares de una substancia y las condiciones del conducto radicular en particular y en el momento en que se aplica.

A pesar de que el yodo es menos citotóxico e irritante a los tejidos vitales que el hipoclorito de sodio y la clorhexidina, posee un riesgo mucho mayor de causar una reacción alérgica. Lo mismo sucede con los compuestos de amonio cuaternario. Las reacciones de sensibilidad al hipoclorito de sodio y clorhexidina son raras y se han reportado muy pocos casos de reacciones alérgicas al hipoclorito de sodio como irrigante endodóntico.

La evidencia actual está fuertemente a favor del hipoclorito de sodio como el principal irrigante endodóntico. Sin embargo, el uso de clorhexidina puede también estar indicado bajo ciertas circunstancias.

5.1.2 HIPOCLORITO DE SODIO

El hipoclorito de sodio ha sido usado como irrigante intraconducto para la desinfección y limpieza por más de 70 años. Se le ha reconocido como agente efectivo contra un amplio espectro de microorganismos patógenos: gram positivos, gram negativos, hongos, esporas y virus incluyendo el virus de inmunodeficiencia adquirida.

Concentración del hipoclorito de sodio como irrigante en endodoncia..

El hipoclorito de sodio a concentración inferior a 2.5% elimina la infección, pero a no ser que se utilice durante un tiempo prolongado durante el tratamiento, no es bastante consistente para disolver los restos pulpares. Algunos investigadores han reportado que el calentamiento de la solución de hipoclorito de sodio produce una disolución de los tejidos más rápidamente.

La eficacia de la disolución del hipoclorito de sodio se ve influida por la integridad estructural de los componentes del tejido conjuntivo de la pulpa. Si la pulpa está descompuesta, los restos de tejido blando se disuelven

rápidamente. Si la pulpa está vital y hay poca degradación estructural, el hipoclorito sódico necesita más tiempo para disolver los restos, por lo que se debe dejar un tiempo para conseguir la disolución de los tejidos para conseguir la disolución de los tejidos situados dentro de los conductos accesorios.

El contacto prolongado de los instrumentos radiculares con el hipoclorito de sodio causa corrosión. Sumergir los instrumentos en hipoclorito favorece la corrosión. Sin embargo, no se espera que se corroan por el corto tiempo que el instrumento es manipulado dentro de los conductos radiculares en contacto con la solución.

5.1.3 CLORHEXIDINA

Se ha demostrado que la clorhexidina posee gran afinidad hacia pared celular de los microorganismos, lo que modifica sus estructuras superficiales, provoca pérdida del equilibrio osmótico y la membrana plasmática se destruye, por lo que se formarán vesículas y el citoplasma se precipita. Esta precipitación inhibe la reparación de la pared celular y causa la muerte de las bacterias.

La clorhexidina es eficaz contra microorganismos gram positivos, gram negativos, levaduras, aerobios o anaerobios y facultativos; los de mayor susceptibilidad son estafilococos, estreptococo mutans, *S. salivarius*, bacterias coli; con susceptibilidad mediana el estreptococo sanguis y con baja Kleiisiella. Los microorganismos anaerobios aislados más susceptibles son bacterias propiónicas y los menos cocos gram negativos y Veillonella.

En diversos estudios se ha informado su posible utilidad como irrigante pulpar. Al parecer la clorhexidina ayuda a la adecuada regeneración de tejidos sin efectos tóxicos o irritantes, en comparación con otros agentes

irrigantes tanto in vitro como in vivo. Asimismo, se han obtenido resultados satisfactorios en evaluaciones microbiológicas donde se ha comprobado la eficacia de la clorhexidina en conductos radiculares. También se ha empleado para la desinfección de los túbulos dentinarios con buenos resultados.

5.1.4 SOLUCIÓN SALINA ISOTÓNICA

Ha sido recomendada por algunos pocos investigadores porque minimiza la irritación y la inflamación de los tejidos. En concentración isotónica, la solución salina no produce daños conocidos en el tejido y se ha demostrado que expelle los detritos de los conductos con tanta eficacia como el hipoclorito de sodio. Produce gran desbridamiento y lubricación. Esta solución es susceptible de contaminarse con materiales biológicos extraños por una manipulación incorrecta antes, durante y después de utilizarla. La irrigación con solución salina sacrifica la destrucción química de la materia microbiológica y la disolución de los tejidos mecánicamente inaccesibles, por ejemplo, los tejidos de los canales accesorios y de los puentes interconductos. La solución salina isotónica es demasiado débil para limpiar los conductos concienzudamente.

5.1.5 QUELANTES

Se denominan quelantes las sustancias que tienen la propiedad de fijar los iones metálicos de un determinado complejo molecular. El término quelar es derivado del griego "Khele" que significa garra, así como de la palabra quelípodo pata de ciertas especies de crustáceos que terminan en pinza o garra como el cangrejo y que sirven para aprisionar a sus alimentos.

Los quelantes que presentan en el extremo de sus moléculas radicales libres que se unen a los iones metálicos actúan de manera semejante a los cangrejos.

Esas sustancias roban los iones metálicos del complejo molecular al cual se encuentran entrelazados fijándolos por una unión coordinante lo que se denomina quelación.

La quelación es por lo tanto un fenómeno fisicoquímico por el cual ciertos iones metálicos son secuestrados de los complejos de que forman parte sin constituir una unión química con la sustancia quelante aunque sí una combinación.

5.1.5.1 Indicadores de los quelantes en los tratamientos de los conductos radiculares

Las soluciones quelantes están indicadas para la preparación biomecánica de los conductos atresados o calcificados. Prácticamente inocuos para los tejidos apicales y periapicales, son recomendados tanto para los casos de biopulpectomía como para las necropulpectomias. A pesar de los excelentes resultados obtenidos con este producto en cuanto a la limpieza de los conductos radiculares, no lo indicamos sólo como solución irrigadora, sino también como un auxiliar para el ensanchamiento de los conductos atascados con dentina, calcificados o ambas cosas.

A pesar de que parece que el hipoclorito de sodio es el irrigante más adecuado, no puede disolver partículas de dentina inorgánicas y evitar la limalla o barrillo dentinario (smear layer)

Por lo tanto se han recomendado agentes desmineralizantes como el ácido etilendiaminotetracético y el ácido cítrico.

5.1.5.2 Acido etilendiaminotetracetico (EDTA)

Entre las soluciones quelantes utilizadas con mayor frecuencia para la irrigación se incluyen EDTA, EDTAC y RC-Prep

5.1.5.3 Hidróxido de Calcio

El hidróxido de calcio $[Ca(OH)_2]$ es una de las sustancias más ampliamente utilizadas en endodoncia

Ha sido propuesto para un gran número de procedimientos, tales como: medicación intraconducto, solución irrigadora, tratamiento de reabsorciones, como cemento sellador, reparación de perforaciones , recubrimientos pulpaes, apexificación y apexogénesis.

Paradójicamente, a pesar de los múltiples usos que se le han dado, es una de las sustancias cuyo mecanismo de acción ha sido mal comprendido y no está bien sustentado.

CAPITULO 6: CASO CLINICO

6.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

PRIMERA SESIÓN (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES GENERALES

Paciente Ducberly Saltos, de sexo masculino, 22 años; acude a la clínica de Internado por que quiere mejorar el aspecto de su pieza dentaria incisivo central superior izquierdo (N. 21) que presentaba cambio de color.

Se le sugirió al paciente dirigirse al sillón 3 de la clínica, le hize el respectivo diagnostico y a continuacion se le realizo la toma radiografica, el cual nos dio granuloma y cuyo tratamiento Necropulpectomia.

Sus Signos Vitales:

Presión Arterial: 160/80 mm/Hg. Temperatura: 36° C Pulso: 90 x min.

Frecuencia Respiratoria: 16 x min.

Durante el examen extraoral las estructuras eran normales; al realizar el examen intraoral, la pieza # 21 presentaba movilidad grado 2 y un TICUE totalmente asintomático.

6.1.2 ANESTESIA

Con el fin de bloquear la sensibilidad de la pieza y para evitar las molestias del clamp, procedimos a anestesiarse el diente a endodonciarse.

Técnica de Anestesia del Nervio Alveolar Anterior.

- Lugar de punción: en el pliegue mucobucal por encima del incisivo central.
- Dirección e inclinación de la aguja: hacia arriba
- Profundidad: se introduce la aguja hasta que llegue un poco más arriba del ápice de la raíz del central superior derecho.

6.1.3 PREPARACIÓN Y AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

* Selección del clamp para la pieza a tratarse

* Se utilizó la técnica preparación del conjunto (arco, goma dique, clamp) para luego proceder a colocar dicho conjunto con una pinza porta clamp a la boca para el aislamiento total de la cavidad.

6.1.4 APERTURA CAMERAL

La apertura la realice con una fresa redonda de diamante, luego cambie a una fresa Endo-Zeta para alisar las paredes de la cavidad y procedí a la localización del conducto con un localizador de conductos.

6.1.5 PREPARACIÓN BIOMECÁNICA DEL CONDUCTO RADICULAR

Los objetivos de los procedimientos mecánicos y con el auxilio de productos químicos son dos: objetivo biológico y objetivo mecánico.

El objetivo biológico es el de eliminar todo el tejido pulpar, así como las bacterias y dentina infectada.

El objetivo mecánico es el de darle al conducto una forma conica para que pueda recibir el material de obturación.

Con el primer instrumento (# 15) que quedo ajustado con suavidad a las paredes del conducto en su porción apical y calibrado con la longitud de trabajo iniciamos el limado realizando movimientos giratorio en sentido horario entre un cuarto y media vuelta de una manera lenta y moderada desplazando la lima por todas las paredes; de esta manera avanzamos hasta la lima # 40 de 23 mm (primera serie)

Cuando estamos instrumentando los conductos radiculares, nuestras limas salen del mismo llenas de restos y detritus, los cuales debemos limpiar adecuadamente antes de volver a introducir la lima al conducto radicular. Se limpio utilizando una gasa humedecida Benzal por sus características jabonosas.

La técnica que utilice fue corono apical.

6.1.6 RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA

- Con la radiografía de diagnóstico medí con una regla milimetrada la pieza desde la cara oclusal hasta el ápice de la raíz y me dio una longitud aparente 25 mm.
- Longitud de trabajo 23 mm.
- Longitud Real 23 mm.

6.1.7 BIOMECÁNICA

Técnica de Instrumentación e Irrigación

* Selecciones las limas (Tipo K) de la primera serie, comencé con una lima # 15 con una longitud de trabajo de 19mm. La cual la medí con una regla milimetrada.

* Luego coloque la lima en el conducto ya con la longitud de trabajo y pase a tomar una radiografía la cual la denominamos conductometría.

* Empecé con el limado del conducto con movimientos de rotación y de retiro, para luego irrigar el conducto, con hipoclorito de sodio a manera de tres tiempos, recordando que irrigar no significa inyectar.

* El objetivo de la irrigación es la limpieza del conducto, la desinfección y la lubricación de los instrumentos.

* Una vez limado bien el conducto con esta primera lima pase a la lima # 20 y de esa misma forma continúe limando e irrigando el conducto y llegue a la lima # 40 de la primera serie.

* Procedí a secar el conducto con conos de papel # 40 los cuales los medí con una regla milimetrada con la longitud de trabajo lo cual es de 19mm., hasta que quede bien seco.

6.1.8 SECADO DE CONDUCTO

Iniciado por la propia aspiración y complementando con puntas de papel absorbente con calibre equivalente al último instrumento utilizado en la preparación mecánica, determinándose la longitud de acuerdo con la longitud real de trabajo.

Con la última lima empleada fue la # 40, con conos de papel del mismo número o uno menos los introduje en el conducto hasta cuando ya no se observe que el cono sale humedecido.

6.1.9 MEDICACIÓN INTERCONDUCTO

Por ser un tratamiento realizado en 2 sesiones se dejó en el interior del conducto un medicamento.

Se preparó una mezcla de hidróxido de calcio químicamente puro con suero fisiológico y fue llevado al interior del conducto con la última lima de trabajo # 40 girando el instrumento en sentido anti horario.

Elegí Hidroxido de Calcio por las propiedades que este posee:

- Bacteriostático
- Bactericida

- Absorbe CO₂
- Inductor de la mineralización y síntesis de colágenos
- Biocompatible
- Acción antiexudativa
- Disuelve restos orgánicos
- Procesos de reparación y detiene activada osteoclastica
- Promueve la hidrólisis del LPS bacteriano, liberando ácidos grasos libres inocuos para el organismo.
- Resistencia Bacteriana al (OH) 2 Ca.
- Efectivo contra anaerobios estrictos pero es ineficaz contra Efaecalis
- Resistente contra Pseudomona aeruginosa.
- Para ampliar la acción del (OH)₂ Ca. se asocia con Clorhexidina.
- Disociación de iones que aumentan el Ph. impidiendo el crecimiento bacteriano.

6.1.10 COLOCACIÓN DEL MATERIAL TEMPORARIO

Se colocó una torundita de algodón en la amara y seguido a esto se puso el material provisional CAVIT, sellando el diente y evitando así filtración o contaminación que podrían ocasionar el fracaso.

6.2 SEGUNDA SESIÓN

Anestesia.- Con el fin de bloquear la sensibilidad de la pieza y para evitar las molestias del clamp, procedimos a anestesiarse el diente a endodonciarse.

6.2.1 AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO.

Selección del clamp para la pieza a tratarse, Se utilizo la técnica preparación del conjunto (Arco, goma dique, clamp) para luego proceder a colocar dicho conjunto con una pinza porta clamp a la boca para el aislamiento total de la cavidad.

6.2.2 REMOCIÓN DEL MATERIAL TEMPORARIO

Retiramos el CAVIT, la torundita de algodón y con la misma con la que depositamos el medicamento interconducto, lo removimos haciendo movimientos de rotación en sentido horario.

6.2.3 IRRIGACIÓN Y SECADO

Enseguida lavamos el conducto con hipoclorito de sodio con el fin de eliminar cualquier residuo y con conos de papel estériles de la misma medida que la última lima secamos del conducto.

6.2.4 CONOMETRÍA

Se seleccionó un cono de gutapercha de calibre igual al último instrumento utilizado en la conformación y con la longitud de trabajo usada para la conformación.

Se tomó el cono # 40 ya que la última lima empleada fue la # 40 y con la misma longitud real de trabajo (23 mm), se lo introdujo en el conducto y se procedió a su adaptación; como hubo un buen ajuste y resistencia discreta a la tracción que son las cualidades que debe reunir este primer cono denominado cono maestro se tomó una radiografía para confirmar el nivel de su adaptación apical.

6.2.5 PROCEDIMIENTO DE LA TÉCNICA DE OBTURACIÓN LATERAL

Esta fase es la fase final del tratamiento endodóntico y tiene por objeto aislar y sellar el conducto tanto de los tejidos peri-apicales como del medio bucal y estimular el proceso de reparación.

Seleccione el cono de gutapercha principal y los conos accesorios. El cono principal corresponde al número de la lima final (#40).

Coloque el cono de gutapercha maestro en el conducto radicular a la longitud de trabajo y tome una radiografía para verificar su posición.

Procedí con la espátula cemento sellador SEALAPEX hasta obtener la consistencia de hebra.

Con la ultima lima N. 40 lleve un poco de sellador al conducto hasta la longitud de trabajo y girándolo en sentido antihorario para que el cemento quede en las paredes destinadas del conducto.

Como el cono maestro quedo bien adaptado, procedí a su cementación. Esto lo realice untando el cono con el cemento sellador y llevando al conducto hasta la posición correcta.

Procedí a realizar la condensación lateral.

Una vez que el cono maestro fue colocado en el conducto, se introdujo en el conducto el espaciador llevándolo lo mas apicalmente posible, a unos 2 mm. de la longitud de trabajo.

Se va retirando el espaciador lentamente con movimientos de izquierda a derecha de esta manera queda un espacio para colocar el cono accesorio.

A la vez que coloque el cono accesorio vuelvo a introducir el espaciador haciendo presión apical llegado este a 3 o 4mm de la longitud de trabajo. Se retira el espaciador y se vuelve a colocar otro cono accesorio y asi sucesivamente hasta que el espaciador ya no se pueda introducir en el conducto.

Procedí a cortar el penacho que se a formado con un gutaperchero caliente a nivel de la entrada del conducto, este procedimiento se lo realiza de una sola intención, luego con el otro extremo del gutaperchero se ataca la gutapercha, hasta que no quede nada en la cámara, para que nos se produzca cambio de color de la corona (discromía)

6.2.6 OBTURACIÓN DE LA CAVIDAD

Hecho el corte de los conos, se limpió la cámara pulpar con una bolita de algodón embebida en alcohol para eliminar todo remanente de material obturador y a continuación se colocó Ionomero de Vidrio ala entrada de conducto, hasta cuando se haga la reconstrucción de la pieza, consiguiéndose con esto que no haya filtración ni recontaminación del

conducto y se coloca cavit como material restaurador provisional a la restauración definitiva.

6.2.7 CONTROL DE OCLUSIÓN

Eliminamos los excesos del material restaurador para que no haya molestias, con la ayuda de la turbina y papel de articular. Finalmente se retiró el aislamiento relativo y se tomó una última radiografía para controlar que haya un buen sellado del conducto y una correcta colocación del material restaurador.

6.2.8 OBTURACIÓN DEFINITIVA.

Luego de una semana después de la última cita se procede a la restauración de la pieza dentaria, solo si no hay presencia de dolor. Se procede a retirar el material temporal, lavar y secar, eliminando así cualquier resto de material temporal. Para la obturación del conducto se eligió resina fotocurable N. A2 de Brilliant Duo Shade Nano-Composite porque es el color de la pieza dentaria endodonciada.

6.2.9 CONTROLES RADIOGRÁFICOS DESPUÉS DE HABER REALIZADO LA ENDODONCIA.

Muchas veces ocurren fracasos sin que se presenten signos y síntomas, y las radiografías son indispensables para la evaluación del estado periapical. Es importante los controles radiográficos para evaluar la evolución del caso, se verifica el éxito final en intervalos específicos en meses o años después de que se termina la obturación.

6.2.10 RECETA

APRONAX tabletas de 550 mg. N° de 6

DICLOXACILINA capsulas de 500 mg. N° de 9

Descripción

Una tableta cada 12 horas

Una capsula cada 8 horas

CONCLUSIONES

Habiendo diagnosticado la necrosis pulpar en algunos pacientes, se llega a la conclusión de que la eliminación de los microorganismos dentro del conducto no solo depende de la instrumentación biomecánica sino también de la medicación intraconducto.

Cualquier daño a la pulpa, tal como bacterias o sus toxinas, trauma o irritación química, no van a determinar un tipo de tratamiento endodóntico diferente, toda necrosis pulpar se realizara como mínimo en dos citas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda en los tratamientos de conductos con pulpa necrótica, se trate por lo menos en dos citas, porque al realizarlo de esta misma manera, nos permite realizar la mediación entre una cita y otra; y esta a su vez nos garantizará una verdadera desinfección ya que la irrigación y el limado al ser dos pasos importantes en la preparación del conducto, pudieran en determinado momento no eliminar por completo las bacterias del conducto.

No con esto pretendemos decir, que la Endodoncia en una sola cita no es valedera; si no que la medicación del conducto me garantiza una mejor desinfección del conducto.

BIBLIOGRAFÍA

Grossman Louis I – Práctica Endodóntica – Tercera Edición- Año 1981

Illson José Soarez, Fernando Goldberg – Técnicas y Fundamentos de la Endodoncia – Cuba- 2ª Edición-Año 2007

Losada Ángel - Endodoncia - Tercera Edición - Salvat

Stephen Cohen, Richard C. Burns – Vías de la Pulpa - Mayo 1999 Barcelona España

Bottino Marcos Antonio – Nuevas Tendencias Endodoncia 3 -- 3ª Edición- Año 2008 – Buenos Aires

Leonardo Roberto Mario - Endodoncia –Buenos Aires – 1ª Edición

ANEXO

Historia Clínica

Caso Endodoncia
Necropulpectomía en Incisivo Central Superior
Izquierdo



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	Ducberly Alejandra Santos	Reaiza	M	22a	
MENOR DE 4 AÑOS 4-8 AÑOS 9-14 AÑOS 15-19 AÑOS MAYOR DE 20 AÑOS	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA *incógnitas en su servicio* ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL REFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL *ninguno*

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIOS	4. MIBSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
No	No	No	No	No	No	No	No	No	

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	F. RESPIRAT.
170/80	90/min	36.5°	16/min

6 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
<input checked="" type="checkbox"/>							
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO-FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Presencia de tons palatina</i>			

8 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RESERVA: MARCAR X (1, 2 ó 3), 0 APLICA.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES		PLACA	CALCULO			
18	17	56	0	0	0	0
11	21	51	1	0	0	0
26	27	65	1	0	0	0
36	37	75	1	0	0	0
31	41	71	0	0	0	0
46	47	85	0	0	0	0
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
				32
d	c	p	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

SELLANTE NECESARIO	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	PRÓTESIS TOTAL
SELLANTE REALIZADO	ENDODONCIA	CORONA
EXTRACCIÓN INDICADA	PRÓTESIS FIJA	OBTURADO
PÉRDIDA POR CARIES	PRÓTESIS REMOVIBLE	CARIES

1RA CITA FECHA: 17 Mayo 2009
Diagnostico y Propilaxis
Evaluación de antecedentes alcohol, apertura de la Condición
Medicaciones de conductas, conductas, licencias,
medicaciones, praxionol

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

2DA CITA FECHA: 24 Mayo 2009
Reevaluación del praxionol, eliminación de medicamentos
Introducción de nuevos conductas, Condición lateral
Corte de penacho, reintroducción.

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

3RA CITA FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

PRIMERA CITA
17/Ago/2010

Operación de la Unidad, aislamiento limpieza a
conducto toma radiografía para la conductancia
tra lavado enjugado medicado y obturación
provisoria

SEGUNDA CITA
24/Ago/2010

Limpieza de conducto hincamiento con
tra condensación del conducto, obturación
final

FECHA 17/Ago/2010 COSTO 130 ABONO 15 SALDO 115

Josele Morales
INTERNO TRATANTE

M. M.
JEFE DE GUARDIA

Anexo 1



Paciente- operador. Clínica de internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I., 2010

Anexo 2



Radiografía de diagnóstico pieza N. 21 se observa cámara pulpar amplia, espacio periodontal ligeramente ensanchado, sombra radiolúcida a nivel del ápice compatible con proceso apical, Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología Morales I. 2010

Anexo 3



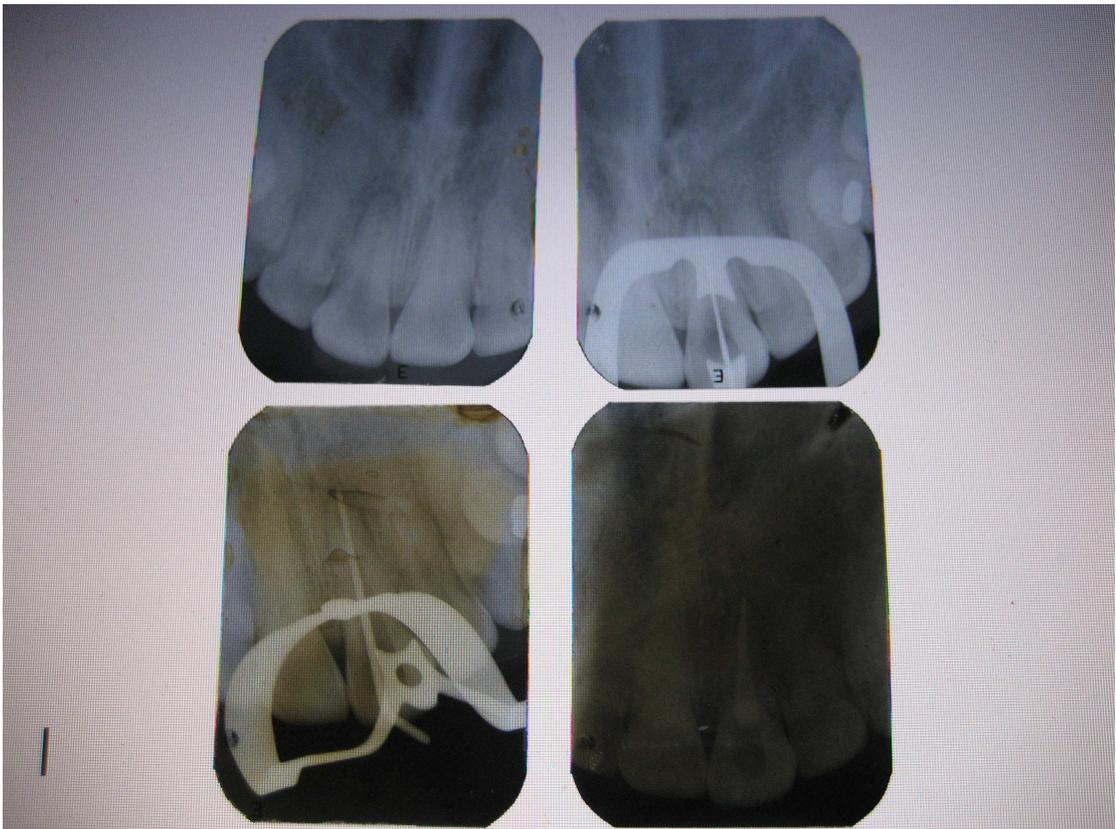
Examen Clínico del Incisivo Central Superior Izquierdo con Aislamiento Absoluto. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Anexo 4



Obturación del Conducto Radicular con Conos de Gutapercha y Selapex.
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Anexo 5



Radiografía de Diagnostico, Conductometria, Conometría, Obturación de Conducto. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Anexo 6

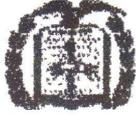


Restauración, sellado y pulido. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

**OTROS CASOS CLINICOS REALIZADOS EN LA
FORMACION ACADEMICA**

Caso de Sellantes

Historia Clínica



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO**

ESTABLECIMIENTO		HOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA									
			Valentina	F	6 años										
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-8 AÑOS	9-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30 AÑOS O MÁS									
		PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO		EMBARAZADA									
1 MOTIVO DE CONSULTA Limpieza dental y prevención						ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME									
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL ninguna															
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES															
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRUJIDOS	4. MIVSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES									
No	No	No	No	No	No	No									
ninguna															
4 SIGNOS VITALES															
1. PRESIÓN ARTERIAL	2. FRECUENCIA CARDIACA en /min	3. TEMPERATURA en °C	4. F. RESPIRATORIA en /min												
100/60	78	36.0	16												
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO															
1. LABIOS	2. MUEJILAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO									
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									
8. GANGLIULAS SALIVALES	9. ORO-FARINGE	10. A.T.M.	11. GANGLIULOS												
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>												
normal															
6 ODONTOGRAMA															
PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL NOVIIDAD Y RECEPCION MARCAR 'X' (1, 2, 3), SI APLICA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL															
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS									
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE									
PLACA CALCULO OIBENTIS				MODERADA	ANGLE 2	MODERADA									
0-1-2-3-0-1-2-3-0-1				SEVERA	ANGLE 3	SEVERA									
18	17	65													
11	21	51													
26	27	66													
36	37	75													
31	41	71													
46	47	85													
TOTALES															
8 INDICES CPO-ceo															
D	C	P	O	TOTAL											
d	c	p	o	TOTAL											
9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA															
* _{rojo}	BELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	⊠	PROTESIS TOTAL										
* _{azul}	BELLANTE REALIZADO	△	ENDOPONCIA	⊞	ODRONA										
X _{rojo}	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PROTESIS FIJA	○	azul										
X _{azul}	PERDIDA POR CARIES	□	PROTESIS REMOVIBLE	○	rojo										

1RA CITA: Docentes y Profesores FECHA: 20/ agosto
del 2010
Francia

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

2DA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

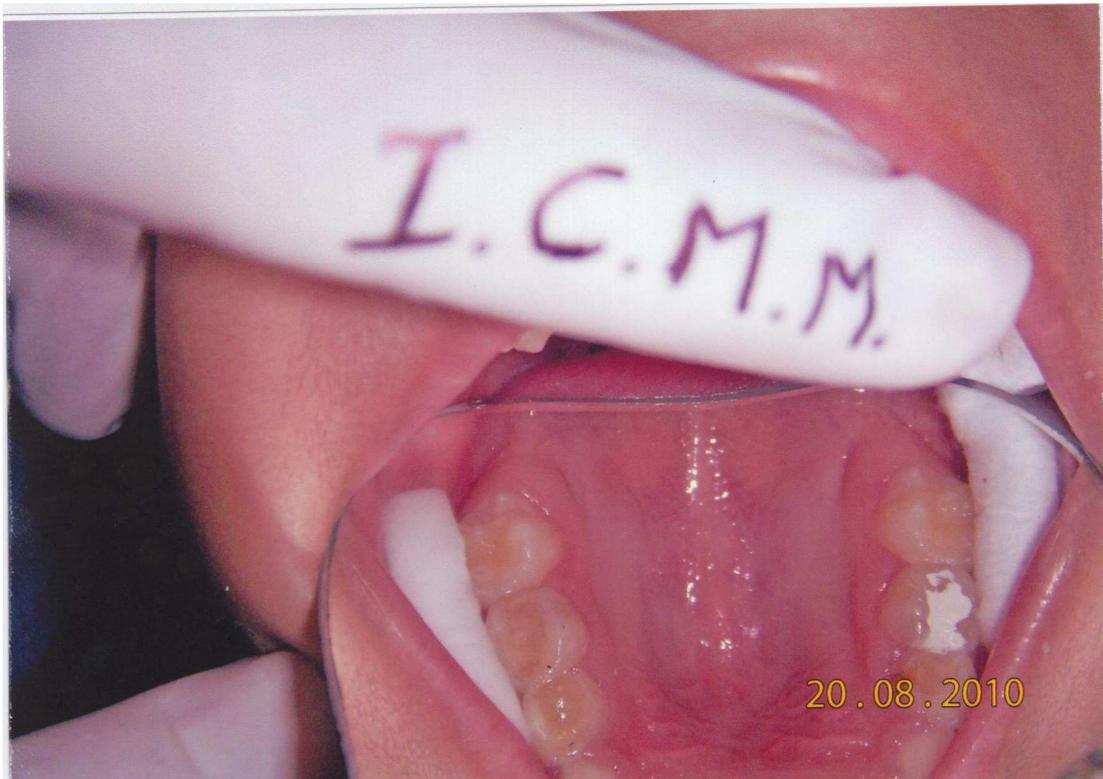
INTERNO

Foto 1



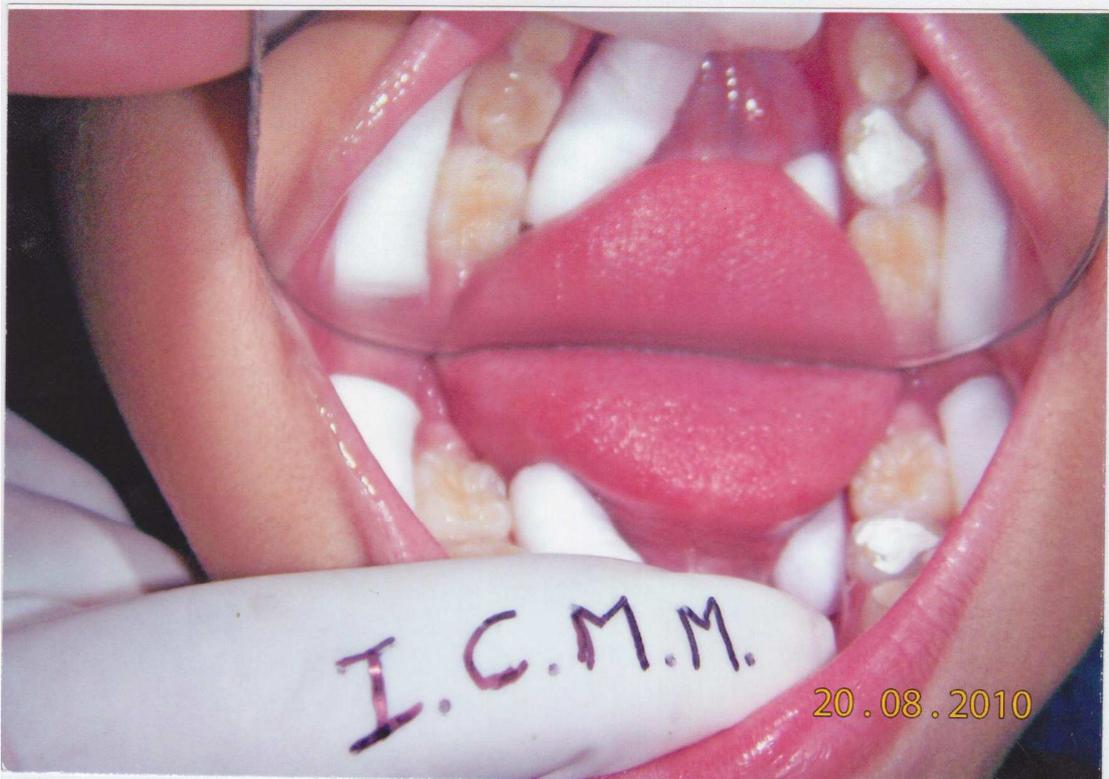
Pieza Paciente Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 2



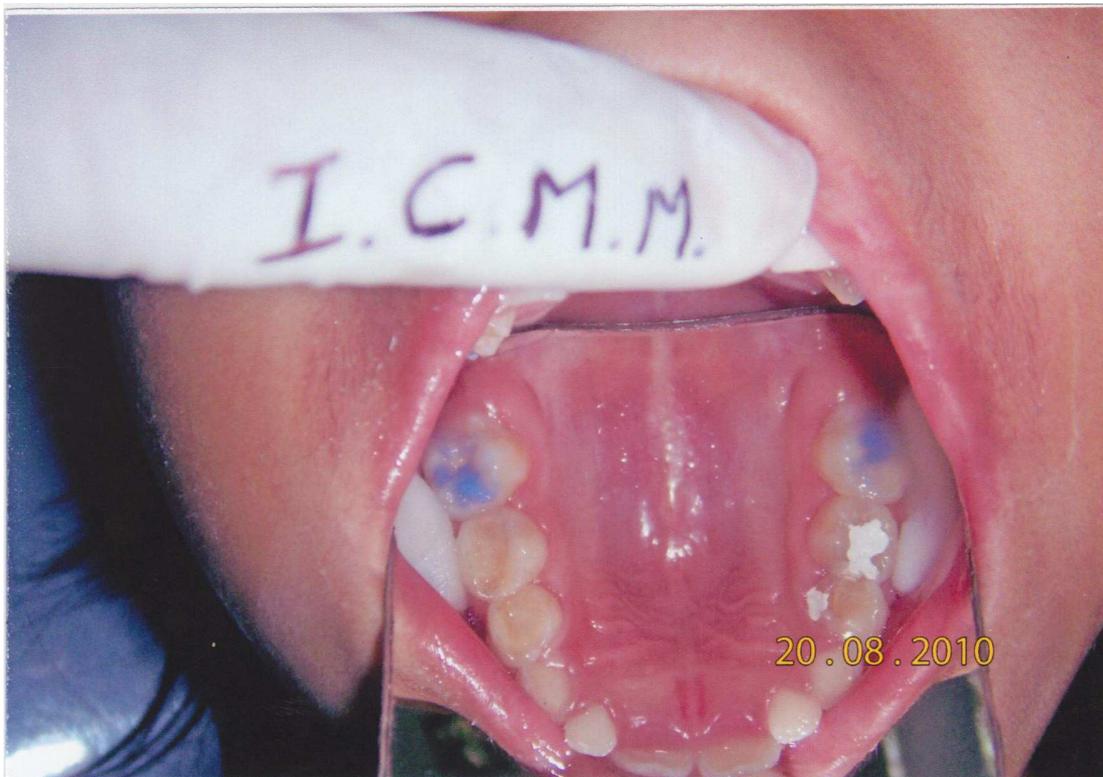
Arcada Superior Antes del Tratamiento. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 3



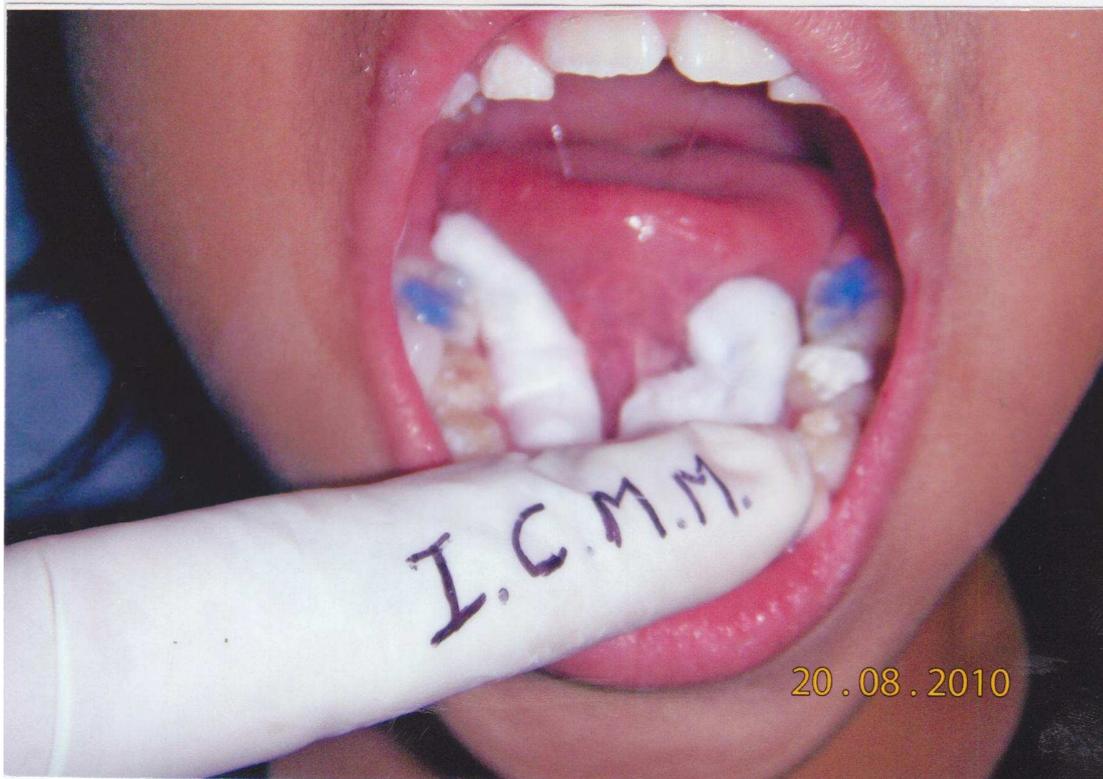
Arcada Inferior Antes del Tratamiento. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 4



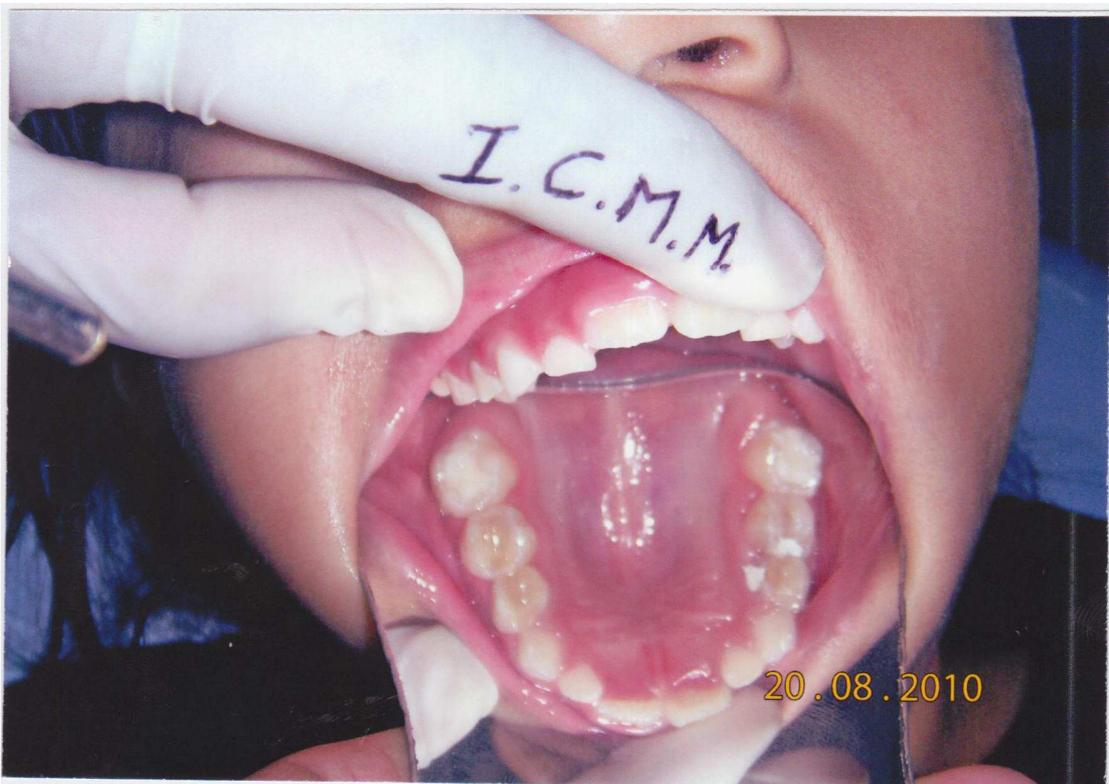
Arcada Superior con Piezas Grabadas. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 5



Arcada Inferior con Piezas Grabadas con Aislamiento Relativo. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I., 2010

Foto 6



Arcada superior Sellantes. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 7



Arcada Inferior Sellantes. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales i. 2010

Foto 8



Arcada Superior e Inferior Cubetas para Aplicación de Flúor. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I., 2010

Caso de Periodoncia

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 FICHA CLINICA DE PERIODONCIA

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: Marcos Antonio FECHA: 26 Agosto 2010
 b) Domicilio: Rebento 1 Pedro Solano Apellidos: Olea Henriquez
 Teléfono: _____

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Por una profección

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

- a) Cuando realizó la última visita al Odontólogo? hace 6 años
- b) Es la primera vez que se enferma su encía? 3 veces
- c) Cuántas veces se cepilla diariamente? 2 veces
- d) Qué pasta utiliza? Colgate
- e) Usa hilo dental? no
- f) Usa enjuagues bucales? no
- g) Cuando comenzó la lesión? como hace 2 1/2
- h) Dónde está localizada? bucles de los molares
- i) Le sangra al cepillarse? si
- j) Sufre de hemorragias espontáneas en la boca? si
- k) Tiene mal aliento? si
- l) Tiene mal sabor en la boca? si
- m) Se muerde las uñas? no
- n) Muerde objetos extraños? no
- o) Aprieta o rechina los dientes? no

4.- EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas: si profección

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

1 1 1 2 2 2	3 2 2 2 2 2
16-18-16-15-13-12-11	21-22-23-25-26-27-28
48-49-41-45-43-42-41	31-32-33-35-36-37-38
2 1 1 2 3 3 3	3 3 3 2 2 2 2

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

2 2 2 2 3 3 3	3 3 3 2 2 2 2
19-17-16-15-13-12-11	21-22-23-25-26-27-28
48-47-46-45-44-42-41	31-32-33-35-36-37-38
2 2 2 2 2 3 3	3 3 3 2 2 2 2

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

1 1 1 2 2 2 2	2 2 2 2 1 1 1
18-17-16-15-13-12-11	21-22-23-25-26-27-28
48-47-46-45-43-42-41	31-32-33-35-36-37-38
2 2 2 3 4 4 4	4 4 4 2 2 1 1

e) Localización y medición de movilidad dentaria

1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1
18-17-16-15-13-12-11	21-22-23-25-26-27-28
48-47-46-45-43-42-41	31-32-33-35-36-37-38
1 2 2 2 3 3 3	3 3 3 2 2 2 1

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

- PIEZA 11
.....
.....
- PIEZA 12
.....
.....
- PIEZA 13
.....
.....
- PIEZA 14
.....
.....
- PIEZA 15
.....
.....
- PIEZA 16
.....
.....
- PIEZA 17
.....
.....
- PIEZA 18
.....
.....

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

- PIEZA 31
.....
.....
- PIEZA 32
.....
.....
- PIEZA 33
.....
.....
- PIEZA 34
.....
.....
- PIEZA 35
.....
.....
- PIEZA 36
.....
.....
- PIEZA 37
.....
.....
- PIEZA 38
.....
.....

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

- PIEZA 21
.....
.....
- PIEZA 22
.....
.....
- PIEZA 23
.....
.....
- PIEZA 24
.....
.....
- PIEZA 25
.....
.....
- PIEZA 26
.....
.....
- PIEZA 27
.....
.....
- PIEZA 28
.....
.....

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

- PIEZA 41
.....
.....
- PIEZA 42
.....
.....
- PIEZA 43
.....
.....
- PIEZA 44
.....
.....
- PIEZA 45
.....
.....
- PIEZA 46
.....
.....
- PIEZA 47
.....
.....
- PIEZA 48
.....
.....

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Dendocetelo del adulto con hiperemia

7.- TRATAMIENTO

Hidrocortisona

8.- TECNICAS DE TRATAMIENTO (PASOS OPERATORIOS DEL TRATAMIENTO - RESUMEN)

Empase - Alizado - Pulido

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

Clorfeniramina 500 mg #10 tab. 1 c/12 hrs. x 10 dias, Vitamina C 1.000 mg x 10 dias

10.- RECOMENDACIONES:

Aplicar la pasta 3 veces al dia, con agua hervida azucarada y usar bujardas

11.- PRIMERA CITA

[Signature]

JEFE DE GUARDIA

12.- SEGUNDA CITA

[Signature]

JEFE DE GUARDIA

FECHA:

[Signature]

INTERNO

FECHA:

[Signature]

INTERNO



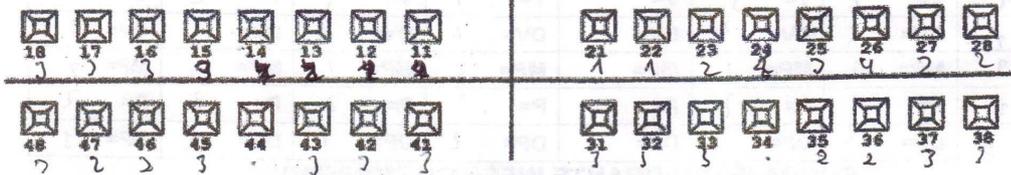
**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA**

PACIENTE: <i>Horacio Antonio Ochoa Henriquez</i>	H.C. #
INTERNO: <i>José María</i>	CURSO: <i>5/3</i>

ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes:	<i>28</i>
b) Número de caras:	<i>112</i>
c) Caras teñidas:	<i>112</i>
d) Porcentaje de placa:	<i>100%</i>

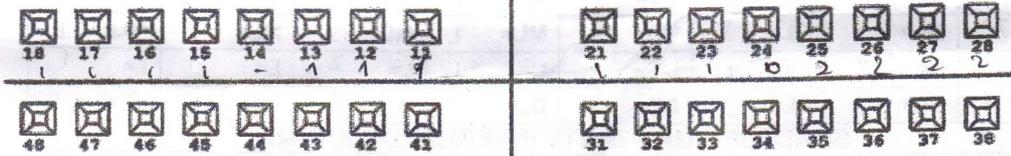
b)	<i>100%</i>
c)	d)



ÍNDICE DE CÁLCULO

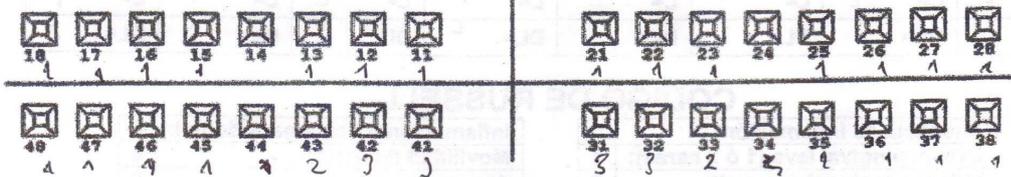
Ausencia de cálculo:	0
Cálculo supragingival:	1

Cálculo subgingival:	2
Cálculo supra y subgingival:	3



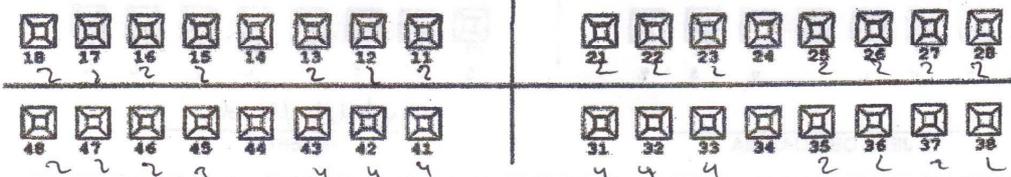
ÍNDICE DE MOVILIDAD

Imperceptible:	0	Amplia:	3
Ligera:	1	Más o menos:	4
Moderada:	2		



ÍNDICE DE SANGRADO

No sangra:	0	Abundante:	3
Poco:	1	Más o menos:	4
Moderado:	2		



SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 11	PIEZA 12	PIEZA 13	PIEZA 14	PIEZA 15	PIEZA 16	PIEZA 17	PIEZA 18
MV= 2							
V= 1	V= 2	V= 1	V= 1				
DV= 2	DV= 3	DV= 2	DV= 1	DV= 1	DV= 3	DV= 2	DV= 3
MP= 2	MP= 2	MP= 3	MP= 1	MP= 2	MP= 2	MP= 2	MP= 2
P= 3	P= 3	P= 3	P= 1				
DP= 2	DP= 3	DP= 3	DP= 1				

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 21	PIEZA 22	PIEZA 23	PIEZA 24	PIEZA 25	PIEZA 26	PIEZA 27	PIEZA 28
MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 1	MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 2
V= 2	V= 2	V= 3	V= 1	V= 1	V= 1	V= 2	V= 2
DV= 2	DV= 3	DV= 2	DV= 1	DV= 2	DV= 2	DV= 3	DV= 3
MP= 3	MP= 2	MP= 2	MP= 1	MP= 1	MP= 2	MP= 3	MP= 2
P= 3	P= 1	P= 2	P= 1	P= 1	P= 2	P= 2	P= 2
DP= 3	DP= 2	DP= 2	DP= 1	DP= 2	DP= 1	DP= 2	DP= 3

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 3	MV= 3	MV= 3	MV= 1	MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 2
V= 3	V= 2	V= 2	V= 1				
DV= 3	DV= 3	DV= 3	DV= 1	DV= 2	DV= 2	DV= 2	DV= 2
ML= 7	ML= 3	ML= 3	ML= 1	ML= 2	ML= 7	ML= 2	ML= 1
L= 2	L= 7	L= 2	L= 1	L= 1	L= 2	L= 1	L= 2
DL= 3	DL= 2	DL= 3	DL= 1	DL= 2	DL= 3	DL= 2	DL= 1

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	PIEZA 42	PIEZA 43	PIEZA 44	PIEZA 45	PIEZA 46	PIEZA 47	PIEZA 48
MV= 3	MV= 3	MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 1	MV= 1	MV= 1
V= 3	V= 2	V= 1					
DV= 3	DV= 3	DV= 3	DV= 1	DV= 2	DV= 2	DV= 2	DV= 2
ML= 2	ML= 3	ML= 2	ML= 1	ML= 2	ML= 2	ML= 2	ML= 2
L= 2	L= 2	L= 1	L= 1	L= 1	L= 2	L= 1	L= 1
DL= 3	DL= 3	DL= 2	DL= 1	DL= 2	DL= 3	DL= 1	DL= 2

CÓDIGO DE RUSSELL

Ausencia de inflamación:	0	Inflamación + bolsa periodontal:	6
Inflam. gingival leve (1 ó 2 caras):	1	Movilidad dentaria:	8
Inflam. gingivocircunscrita:	2	Ausencia dentaria:	9

10	17	16	15	14	13	12	11

21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41

31	32	33	34	35	36	37	38

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

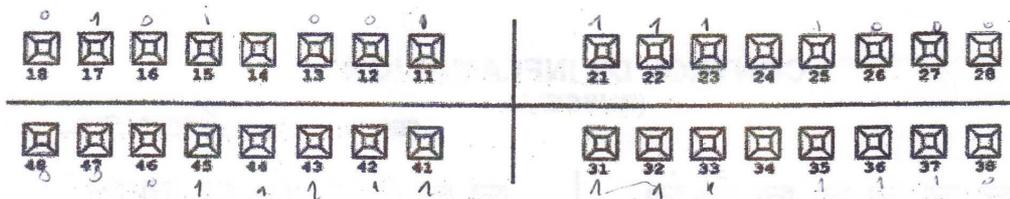


**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
CONTROL DE PERIODONCIA**

PACIENTE: <i>Mario Antonio Ochoa Henriquez</i>	H.C. #
INTERNO: <i>Spide Morales</i>	CURSO: <i>56</i>

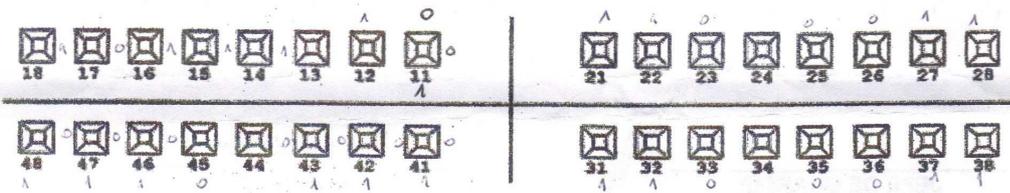
CONTROL DE PLACA

FECHA: 31 / 08 / 2010



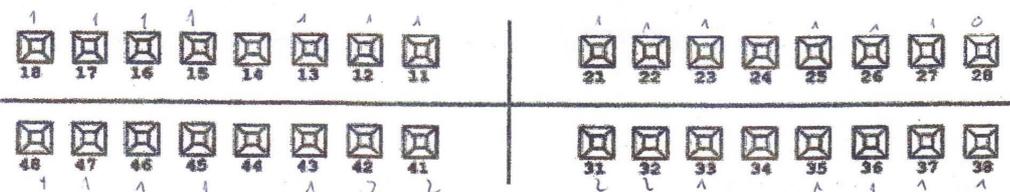
CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 31 / Ago / 2010



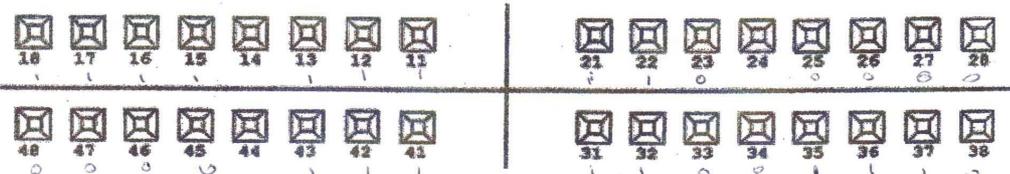
CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 31 / Ago / 2010



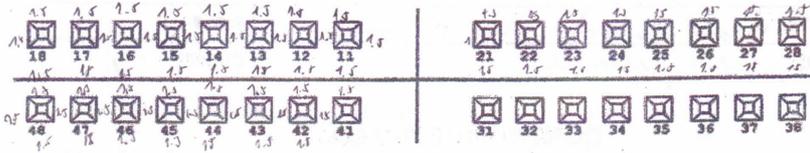
CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 31 / Ago / 2010



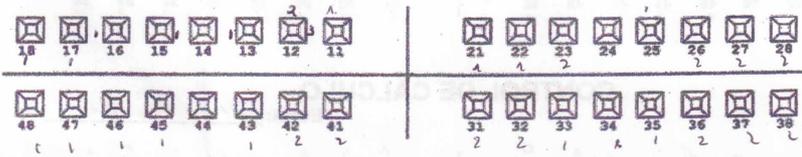
SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 31 / Ago / 2010



CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 31 / Ago / 2010



M. Torres
JEFE DE GUARDIA

Isela Alenda
INTERNO

Foto 1



Paciente Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología,
Morales I. 2010

Foto 2



Radiografía de Diagnostico Superior e Inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I., 2010

Foto 3



Preoperatorio Vestibular. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 4



Preoperatorio Superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 5



Preoperatorio Inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I., 2010

Foto 6



Operador Superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 7



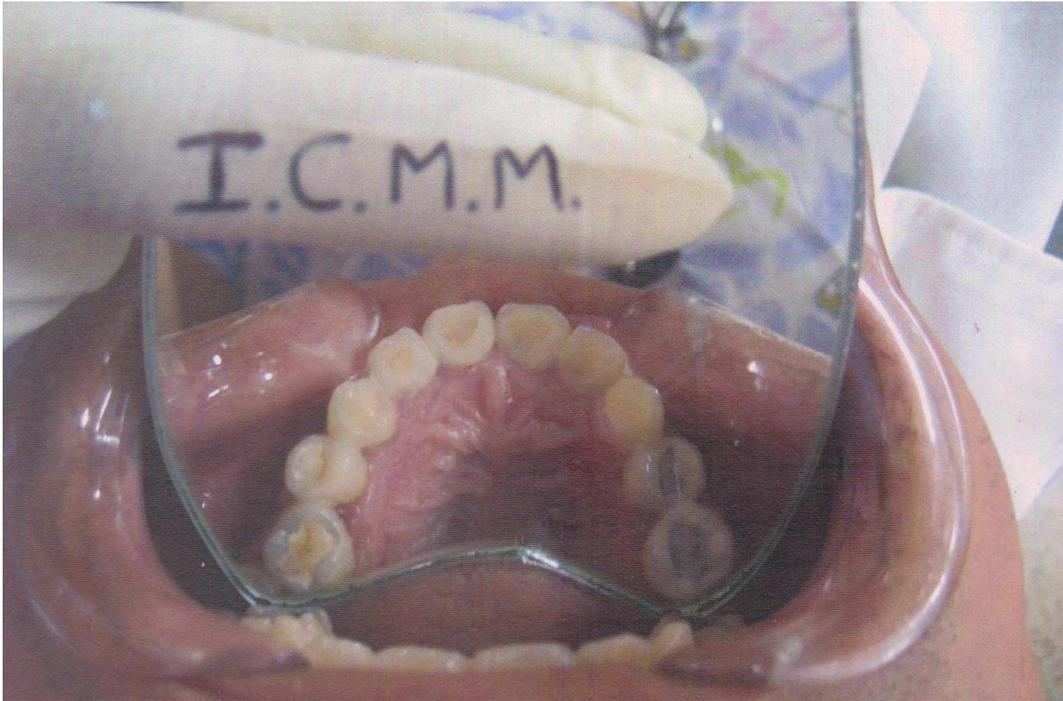
Operador Inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología,
Morales I. 2010

Foto 8



Fluorización Superior e Inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I.2010

Foto 9



Postoperatorio Superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 10



Postoperatorio Inferior. Fuente: la Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 11



Postoperatorio Vestibular. Fuente: la Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 12



Postoperatorio Vestibulo mesial Fuente: la Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Caso de Operatoria

Historia Clínica



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	Francisco	Blanca	M	44	

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
		PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO		

1 MOTIVO DE CONSULTA *Caricinas*

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAJOS	4. MINUCIA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
No	No	No	No	No	No	No	No	No	

su madre padecía diabetes

4 SIGNOS VITALES

presión arterial	frecuencia cardiaca	temperatura	f. respirat.
<i>120/80</i>	<i>75</i>	<i>36°C</i>	<i>16</i>

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
<input checked="" type="checkbox"/>							
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

normal

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RESECCIÓN: MARGAR 'X' (1, 2 & 3), SI AFUERA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input checked="" type="checkbox"/>															
55	54	53	52	51							61	62	63	64	65
<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>								
85	84	83	82	81							71	72	73	74	75
<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input checked="" type="checkbox"/>															

7 INDICADORES DE SALUD BucAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA CALCULO			
16	17	85	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-geo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	p	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₀₀	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
* ₂₀₀	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	ODRONA
X ₁₀₀	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PROTESIS FIJA	⊞	azul OBTURADO
X ₂₀₀	PÉRDIDA POR CARIES	□	PROTESIS REMOVIBLE	⊞	rojo CARIES



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 FICHA CLINICA DE OPERATORIA DENTAL

1.- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres : Francisco Blanco FECHA: 24 Ago 2010
 b) Demidlio : Apellidos : Blanco
 Teléfono : 08 594 1266

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA : para realizarse una restauración

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : inconformidad con su sonrisa

4.- PIEZA A TRATARSE # : 11

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Corona incompleta, sembro radiolucida compatible con material provisional, cámara amplia, raíz, líneas blancas conducto linico, presente sembro vertical abradida, hueso abradida normal, perspectiva mesial, diente endodóncico

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: Pieza #11 corona incompleta present perdida de ángulo vestibulo distal

7.- DIAGNOSTICO : Corona de IV Clase

8.- PLAN DE TRATAMIENTO : Restauración de IV Clase con resina de fotocurado

9.- TERAPEUTICA (RECETA) : ninguna

10.- RECOMENDACIONES : no mastique alimentos duros y no ingiera colorantes o alimentos colorantes por lo menos 4 horas, no exceda en la masticación en la pieza tratada

11.- PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	24/Ago	
2.- Apertura de la cavidad	24/Ago	
3.- Extensión preventiva	24/Ago	
4.- Eliminación de tejido cariado	24/Ago	
5.- Protección dentino pulpar	24/Ago	
6.- Conformación definitiva de la cavidad	24/Ago	
7.- Obturación de la cavidad	24/Ago	
8.- Tallado de la Restauración	24/Ago	
9.- Pulido de la Restauración	24/Ago	

Isolda Morales
 INTERNO

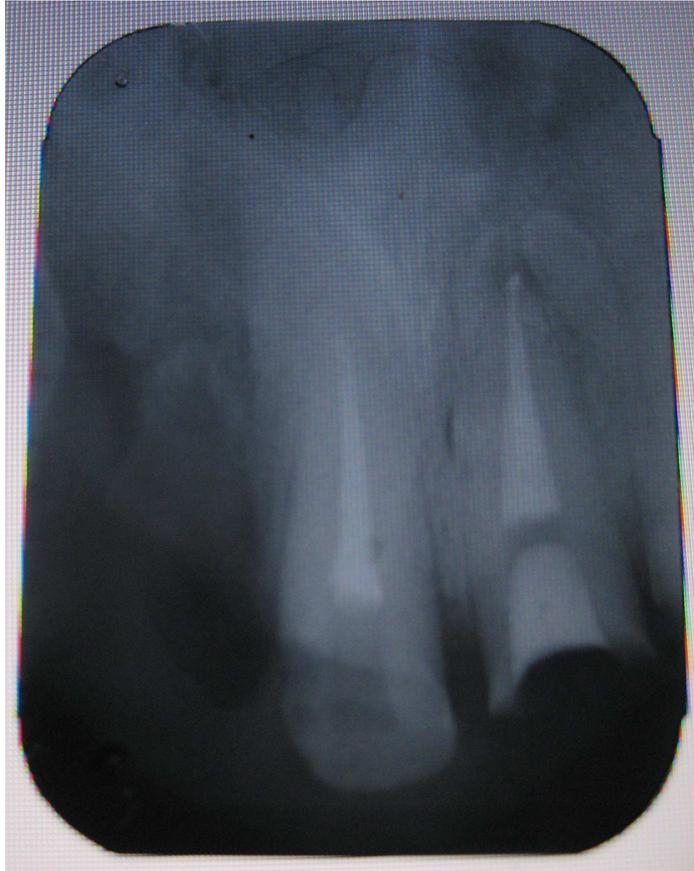
[Signature]
 JEFE DE GUARDIA

Foto 1



Paciente Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 2



Radiografía de Diagnostico. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 3



Presentación del Caso. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 4



Pieza en tratamiento cavidad conformada con Poste de fibra de vidrio y Aislamiento Absoluto. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 5



Pieza en tratamiento cavidad conformada con Resinfor. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 6



Caso terminado pulido y abrigantado. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

CIRUGIA

HISTORIA CLINICA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
EXODONCIA

Guayaquil, 26/ago de 2000

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Jose Jordan

2.- MOTIVO DE CONSULTA : Exodoncia

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : paciente manifestada que tiene mal olor

4.- ANTECEDENTES PERSONALES

a) Esta bajo tratamiento médico : SI NO PORQUE Parasita

b) Que medicación está tomando : _____

c) Hepatitis : No

d) Hemofilia : No

e) Alergias : No

f) Embarazo : No

g) Cáncer : No

h) Hipertensión : NO

i) Tuberculosis : No

j) Sida : Negativo

k) Sinusitis : No

l) Diabetes : No

m) Complicaciones con anestesia : No

n) Hemorragias : No

o) Otros : No

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso 90 x min Respiración 16 x min P. Arterial 120/80 mmHg Temperatura 36.7 c

B) EXAMEN INTRAORAL

a) Mucosa labial	<input checked="" type="checkbox"/>	f) Piso de la boca	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Mucosa de carrillo	<input checked="" type="checkbox"/>	g) Dientes	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Paladar duro y blando	<input checked="" type="checkbox"/>	h) Periodonto	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Orofaringe	<input checked="" type="checkbox"/>	i) Oclusión	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>	j) Otros	<input type="checkbox"/>

C) EXAMEN EXTRAORAL

a) Labios	<input checked="" type="checkbox"/>	c) Piel	<input checked="" type="checkbox"/>
b) A.T.M.	<input checked="" type="checkbox"/>	d) Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : 47

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : pieza # 47 presenta corona parcialmente completa presenta sereno radiolucido que se extiende del nivel incisal distal que se propaga hacia el pulgar compatible con caries

8.- DIAGNOSTICO : Pericoronaritis suppurada con caries muy profunda

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Exodoncia

10.- TECNICA QUIRURGICA : Incisión, tracción hacia arriba y salida

11.- FARMACOEPIA : Amoxicilina 500mg cap 18 cada 8 horas x 6 días Diclofenaco 50mg tal 9 1 tab cada 8 horas x 3 días Vitamina C efervescente 1 cada día

12.- RECOMENDACIONES : No hacer fuerza no ingerir alimentos incosidos no mariscos cubrirse del sol

Isolda Morales
INTERNO TRATANTE

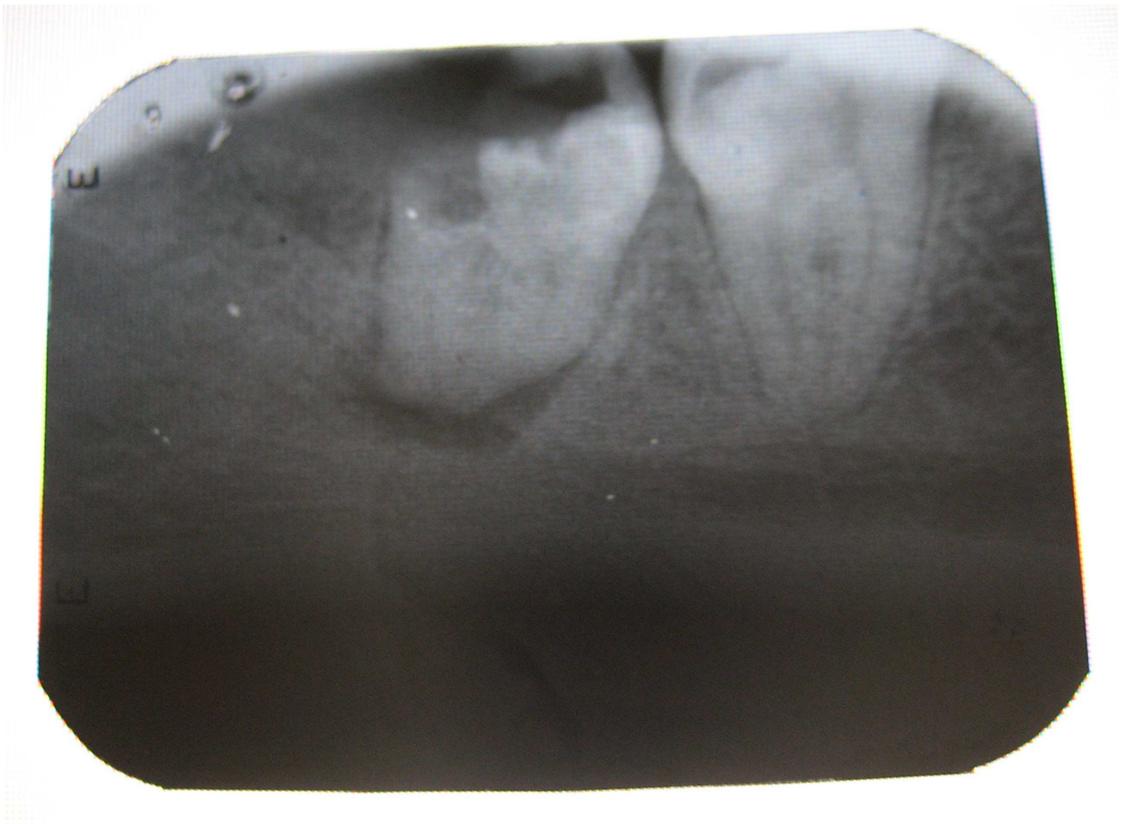
[Signature]
JEFE DE GUARDIA

Foto 1



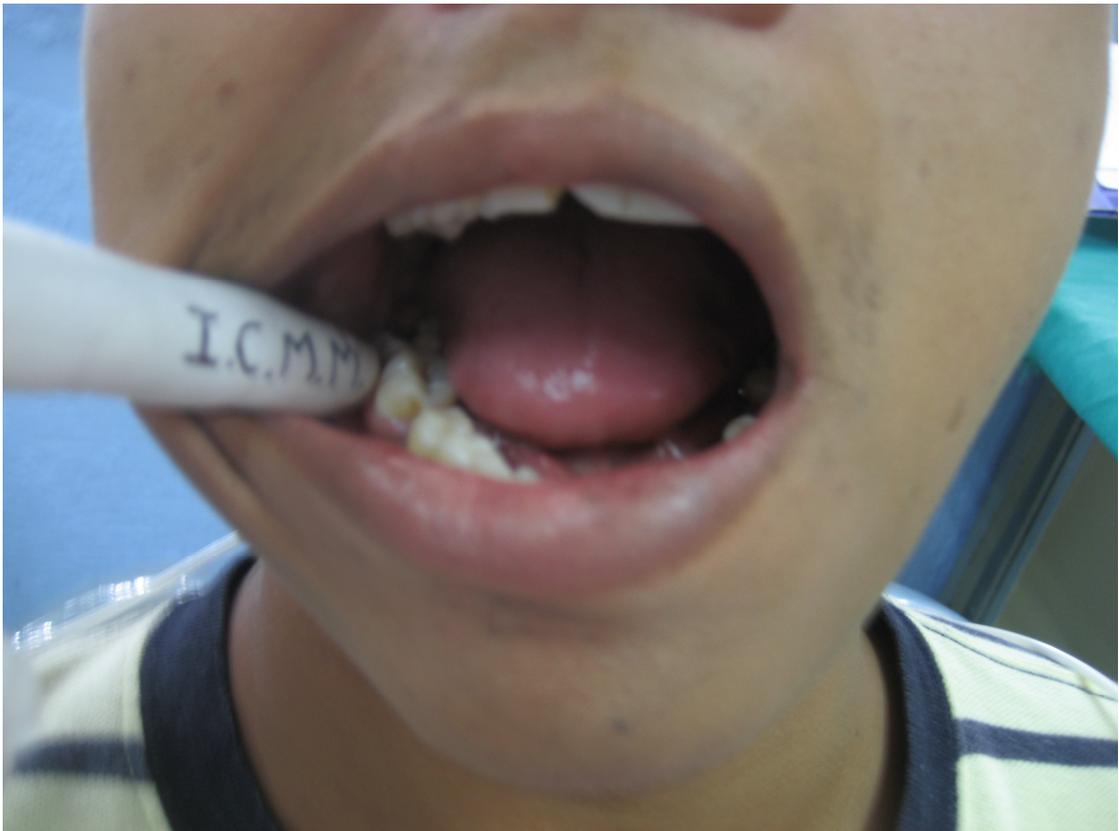
Pieza Paciente Operador. Clínica de Internado de la Facultad
Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 2



Radiografía de Diagnostico. Tercer Molar Inferior Derecho. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 3



Examen Clínico Tercer Molar inferior Derecho. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 4



Movimiento del Tercer Molar Inferior Derecho con el Forceps 151. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 5



Sutura de la Cavidad a punto separado con seda 3-0. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología, Morales I. 2010

Foto 6



Tercer Molar Superior Izquierdo Extraído. Clínica de Internado Facultad
Piloto de Odontología, Morales I. 2010



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 10 de Marzo del 2011

Doctor.
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, Goldi Horalb Montenegro con número de C.I. 091499780-4 alumno del 5to año paralelo 3; solicito a usted muy por su digno intermedio a quien corresponda se me asigne el nombre del **TUTOR** para mi caso de **MEMORIA** en la materia de Endodoncia como requisito previo a mi incorporación.

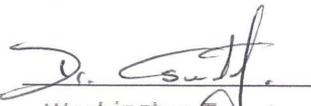
Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Muy atentamente,

091499780-4

C.I.

Se le ha designado al Dr. (a) Dolores Detomazo para que colabore con usted en la realización de su caso de memoria.


Washington Escudero
DECANO