

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del presente trabajo encontrarnos varios temas que son de mucha importancia como odontología contemporánea y sus grandes adelantos odontológicos en el área de los materiales dentales, el uso correcto de los materiales adhesivos y su buena aplicación.

Actualmente en el siglo XXI, a pesar de los grandes adelantos tecnológicos en el área de los materiales dentales, no se ha descifrado una técnica de restauración adhesiva totalmente predecible; las técnicas adhesivas con las que se cuenta hoy en día son sensibles en cada una de sus fases clínicas, por lo tanto, es importante conocer y manejar una serie de variables que permitan optimizar los resultados clínicos, entre las que se encuentra la hibridación eficaz del tejido dental.

Teniendo en cuenta la importancia de las resinas dentales compuestas restaurativas (composites) han sido uno de los materiales que han tenido un buen desarrollo, siendo necesario conocer en forma general algunos de los avances experimentados en su composición y clasificación, que los caracterizan en los momentos actuales y los conocimientos indispensables, relacionado con las condiciones que debe reunir un odontólogo, su responsabilidad frente a la comunidad, necesidad de aprendizaje y actualización, pasado, presente y futuro de la operatoria dental y rol de las instituciones profesionales.

El propósito de esta tesina es brindar una técnica de restauración basada en principios biomecánicas y protocolos de restauración con la excelente elección del material restaurador y adhesivo, para el bienestar de los pacientes que requieren este tipo de tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la importancia del uso de las resinas de micro partículas en una restauración de segunda clase y como usar los diferentes tipos de resinas según la calidad y para que casos se deben utilizar teniendo en cuenta la clasificación de la restauración

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Seleccionar el sistema adhesivo dentario correcto e indicado para cada caso.

Realizar la preparación cavitaria y posterior restauración bajo los principios biomecánicos que garanticen el éxito

Escoger el tipo de resina adecuada que se caracterice por su alta estética y gran resistencia, para obtener excelentes resultados en la obturación.

Definir la importancia del uso del aislamiento absoluto como requisito indispensable en todas las restauraciones adhesivas.

CAPITULO 1

FUNDAMENTACION TEORICA

1. ODONTOLOGIA CONTEMPORANEA

Actualmente en el siglo XXI, a pesar de los grandes adelantos tecnológicos en el área de los materiales dentales, no se ha descifrado una técnica de restauración adhesiva totalmente predecible; las técnicas adhesivas con las que se cuenta hoy en día son sensibles en cada una de sus fases clínicas, por lo tanto, es importante conocer y manejar una serie de variables que permitan optimizar los resultados clínicos, entre las que se encuentra la hibridación eficaz del tejido dental.

1.1. LA ADHESIÓN DENTARIA

1.1.1 GENERALIDADES

Durante los últimos treinta años los odontólogos se han enfrentado a un continuo y rápido cambio de los materiales adhesivos. Este movimiento se inicia con la comercialización de la primera resina dental de uso directo en los años 60, seguido de la introducción en la práctica clínica de la técnica de grabado ácido; desde entonces las resinas compuestas (Composites), las estrategias de unión al substrato dental y los agentes promotores de adhesión han progresado significativamente.

1.1.2 TEORIA DE LA ADHESIÓN DENTARIA

Probablemente, el fenómeno de adhesión es el proceso que más ha revolucionado la odontología en las últimas décadas. Adhesión, es aquel mecanismo que mantiene dos o más substratos unidos (similares o diferentes), sin que se separen; se logra principalmente a través de dos mecanismos:

a) Químico: Mediante la atracción interatómica entre dos o más substratos, a través de enlaces iónicos, covalentes y enlaces secundarios como podrían ser las fuerzas de Van der Waals, fuerzas polares, puentes de hidrógeno, quelación y fuerzas de dispersión.

b) Físico: Este mecanismo de adhesión también se conoce como sistema de traba mecánica, se logra a través de los efectos geométricos y estructurales entre los substratos adherentes.

1.1.3. FUNDAMENTOS DE LA ADHESIÓN

Es importante destacar que la mayoría de las investigaciones que se desarrollan en el ámbito mundial tienen como finalidad sintetizar nuevos sistemas adhesivos con menor número de componentes (Botes) y pasos clínicos, aunque esta simplificación de las fases clínicas (técnica de adhesión) no signifique necesariamente mejoras en la fuerza de adhesión (Mpa) o una disminución importante del tiempo total de trabajo.

Los sistemas adhesivos convencionales continúan siendo los sistemas de elección en la consulta odontológica, porque presentan los mejores resultados en los estudios in vivo / in vitro; además, la técnica que se utiliza en su aplicación es una de las menos sensibles.

De acuerdo a los estudios publicados, los sistemas adhesivos auto grabadores son uno de los materiales más prometedores en odontología adhesiva porque:

No ameritan una fase de lavado y enjuague de la sustancia acondicionadora (Ácido), por lo tanto disminuye ligeramente el tiempo de trabajo.

Disminuyen las posibilidades de error por manipulación inadecuada.

No existe discrepancia entre la profundidad de desmineralización y la infiltración del monómero funcional.

Se sugiere que estos sistemas auto grabadores poseen un mecanismo de adhesión físico – químico (Traba mecánica – Enlaces químicos estables), el cual podría beneficiar el complejo diente – resina, ya que aseguraría el sellado biológico de los túbulos dentíales, evitaría la micro filtración, sensibilidad dental, caries recurrentes, etc.

Cabe destacar, que cada sistema adhesivo es único, característico y especial, por esta razón, se recomienda siempre leer las indicaciones y recomendaciones de la casa fabricante del sistema de elección, aunque gran parte de los sistemas adhesivos contemporáneos coinciden en la metodología de aplicación e indicaciones

CAPITULO 2

2.1. NOMENCLATURA CAVITARIA

2.1.1. DEFINICION DE CAVIDAD. Área hueca u orificio. Puede describir una cavidad del cuerpo o un orificio en un diente causado por la caries.

2.1.2 .DEFINICION DE PREPARACION.Es un tratamiento de la caries y de otras lesiones de los tejidos duros del diente, que busca que las estructuras remanentes puedan recibir una restauración que las proteja y que prevenga la reincidencia.

2.2. CLASIFICACION DE BLACK Y OTRAS CLASIFICACIONES:

2.2.1.-DE ACUERDO A LAS CARAS DEL DIENTE QUE ABARCA LA CAVIDAD:

Cavidad simple → 1 cara.

Cavidad compuesta → 2 caras.

Cavidad compleja → 3 o más caras

2.2.2.-SEGÚN SU ORIENTACIÓN:

Cavidad oclusal

Mesio-oclusal (m.o)

Mesio-ocluso-distal (m-o-d)

2.2.3.-CLASIFICACIÓN DE BLACK:

Cavidad clase I → fosas y fisuras.

Cavidad clase II → caras proximales de molares y premolares.

Cavidad clase III → caras proximales de caninos e incisivos. No compromete borde incisal.

Cavidad clase IV → caras proximales de caninos e incisivos. Compromete borde incisal.

Cavidad clase V → en cervical de caras vestibular, palatinas y linguales.

Clase I:

Se presenta en fosas y fisuras de molares y premolares.

En caras oclusales de molares y premolares.

En caras palatinas de incisivos y caninos.

En superficie vestibulo-oclusales de molares inferiores y palato-oclusales de molares superiores.

Piso pulpar debe ser plano, paralelo a superficie oclusal y las paredes de la cavidad se ubican en la dentina.

Ángulos diedros redondeados y definidos.

Paredes vestibulares y linguales con ligera convergencia hacia oclusal (5 grados aprox.) → por los prismas ya que ellos en oclusal están perpendiculares a la superficie oclusal.

Paredes mesial y distal, ligera divergencia hacia oclusal (también por los prismas e inclinación de 5°).

Clase II:

Hay cajón oclusal (acceso por oclusal = a clase I) y cajón proximal (acceso por proximal).

En superficies proximales de molares y premolares.

Si abarca 2 caras se llama clase II compuesta.

Si abarca más de 2 caras es clase II compleja.

La cara oclusal con iguales características que la clase I.

Clase II → estricta cuando no tiene dientes continuos por proximal, se accede directamente sin cajón oclusal.

Clase II caja proximal:

Se elimina MIC.

Piso queda por fuera y por debajo del punto de contacto.

Piso gingival o cervical es plano perpendicular a fuerzas de oclusión.

Pared axial es curva y sigue contorno proximal.

Vista por mesial → convergencia de las paredes hacia oclusal.

Vista por oclusal → divergencia de las paredes proximales hacia proximal.

Ángulo axio-pulpar biselado, istmo desplazado a proximal.

Ángulos internos redondeados

Clase III:

En superficie proximal de incisivos y caninos.

No comprometen borde incisal.

Debe extenderse más allá del punto de contacto (= a clase II).

Pared cervical está entre borde de la encía y punto de contacto.

Pared incisal ligeramente por sobre el punto de contacto.

Pared axial es convexa, grosor o profundidad de la cavidad es de 1.5mm.

Ángulos internos redondeados.

Borde cavo superficial BISELADO → para aumentar la capacidad adhesiva del material.

Clase IV:

Se hace producto de una carie más grande.

La cavidad compromete al ángulo incisal.

Acceso desde palatino en forma perpendicular.

Pared vestibular abarca más allá del punto de contacto.

Pared cervical más allá del punto de contacto. Sin comprometer borde libre de la encía.

Pared axial convexa. Grosor cavidad 1.5 mm.

Ángulos internos redondeados.

Borde cavo superficial biselado.

La calidad de adhesión es mejor en el esmalte.

Clase V:

Ubicadas en tercio cervical de caras vestibulares y linguales.

Forma arriñonada en premolares y caninos.

Forma más alargada en molares.

Pared axial convexa, para mantener profundidad.

Paredes cervical y oclusal paralelas entre si

Se aumenta retención con pequeños surcos en axio-incisales y

Axio-cervicales.

Hay que devolver el punto de contacto, para proteger a la encía del golpe masticatorio, ya que ésta es muy poco queratinizada en esa zona.

CAPITULO 3

3.1 RESINAS

3.1.1 GENERALIDADES

Antiguamente todo diente fracturado se resolvía con una corona, hoy gracias a los materiales que disponemos, podemos reconstruir dientes rotos sin colocar coronas e incluso muchas veces ni carillas de cerámica.

El desarrollo vertiginoso de los materiales dentales durante las últimas décadas, ha dado lugar a que los profesionales dedicados a la Estomatología tengan que actualizar sus conocimientos constantemente con el objetivo de conocer y manejar correctamente los nuevos productos que salen al mercado.

Las resinas dentales compuestas restaurativas (composites) han sido uno de los materiales que han tenido un buen desarrollo, siendo necesario conocer en forma general algunos de los avances experimentados en su composición y clasificación, que los caracterizan en los momentos actuales.

Estas resinas se caracterizan por su alta estética y gran resistencia, cualidades que les confiere la incorporación de partículas de cerámica en su estructura.

Con los composites podemos modificar lesiones hipoplásicas de las piezas dentarias, desde manchas a hipoplasias con falta de material dentario, es un sistema más económico que la colocación de carillas de cerámica.

3.2. COMPOSICION DE LAS RESINAS

COMPOSICION

Matriz orgánica:

BIS GMA: bisfenol glicidil metacrilato, tiene un alto peso molecular, es muy viscoso por lo que es difícil su manipulación, su estructura química tiene dos enlaces reactivos en ambos extremos de la molécula.

UDMA: uretano de metacrilato, fue descubierto por Forter y Walkeu en 1974. Se diferencia del anterior en que tiene mejor viscosidad y rigidez, pero mayor contracción de polimerización.

Monómeros: Son partículas de bajo peso molecular, también llamados *controladores de viscosidad*.

Relleno inorgánico: En toda resina compuesta la parte orgánica dará las propiedades negativas y la parte de relleno inorgánico las propiedades positivas. Los minerales más utilizados en la actualidad para el relleno inorgánico son: cuarzo, zirconita y los silicatos de aluminio.

Otros componentes: podemos mencionar

Agentes de unión: son los silanos.

Iniciadores-activadores: Puede ser por medio de una reacción química usando peróxido de benzoilo y aminas terciarias o por reacción foto-química, por foto polimerización, usando *canforquinona* y aminas terciarias.

3.3. CLASIFICACION DE LAS RESINAS

3.3.1 RESINAS SIMPLES

El primer sustitutivo del cemento de silicato fue una resina curada por medios químicos que se expendía en forma de polvo y líquido; el polvo era polimetilmetacrilato en forma de esferas o limalla y el líquido era metil metacrilato.

Insolubles en los líquidos bucales tenían muy mala estabilidad de color y la velocidad de polimerización no era controlable lo que conducía a una gran micro filtración alrededor de la restauración. Debido a que la resina no se adhería a la estructura del diente la polimerización ocasionaba contracción del material y la separación de los bordes cavo superficiales y las paredes de la cavidad.

Para adaptar la resina a las paredes de la cavidad se ideó el procedimiento del grabado con ácido llamado técnica de condicionamiento o preparación.

3.3.2. RESINAS COMPUESTAS

El término material compuesto se refiere a la combinación de dos materiales químicamente diferentes y con una interface que separa los componentes.

Un material compuesto para restauración dental es aquel al que se le agrega un relleno inorgánico a una matriz de resina con objeto de mejorar las propiedades de la matriz

Entre los materiales usados para relleno se encuentran grandes partículas de sílice fundido, cuarzo cristalino o cristales de silicato de boro. Estas partículas tienden a resistir la deformación de la resina blanda el relleno también reduce la contracción por polimerización y aumenta la dureza.

CLASIFICACIÓN DE RESINAS COMPUESTAS PARA RESTAURACIÓN

1.- Corriente (Convencional)

2.- Partículas pequeñas

3.- Micro relleno

4.- Híbrido

Resina compuesta tradicional

Se conocen como resinas compuestas rellenas y como de macro relleno el material de relleno más usado es el cuarzo molido el tamaño o diámetro es de 8 a 12 micras y la carga del relleno es de 70 a 80 % en peso. La dureza es mucha mayor que la de las resinas acrílicas sin relleno y estos son mucho más resistentes al desgaste.

Una de las grandes desventajas es la superficie áspera que surge como resultado del uso y la abrasión en la matriz de la resina blanda

Resina compuesta micro rellena

Para superar los problemas de la aspereza superficial en el caso de las resinas tradicionales se sintetizó una clase de material que usa partículas de sílice coloidal como relleno inorgánico tienen un tamaño de 0.02 a 0.04 micras de diámetro por lo que son 200 o 300 veces más pequeñas que la partícula corriente de cuarzo

En caso de que la restauración soporte cargas como serían las restauraciones IV o II es mayor la posibilidad de fractura sin embargo por su superficie lisa se han vuelto el material para restauración de dientes anteriores en sitios donde la carga no es mucha

Resinas de partículas pequeñas

Este tipo de material posee las mejores propiedades físicas y mecánicas. Al aumentar el contenido del relleno aumentan casi todas las propiedades del material

Este material tiene mayor resistencia por lo cual se sugiere su uso para aplicaciones con grandes cargas y desgaste como restauraciones clase IV y II

Resinas compuestas híbridas

Como su nombre lo señala contiene dos tipos de partículas estas incluyen el sílice coloidal y partículas pulverizadas de vidrios que contiene metales pesados y el contenido de relleno es de 75 a 80 % el peso

Se usa ampliamente en restauraciones clase IV

Indicaciones para restauraciones con resina

- 1.- Lesiones interproximales de los dientes anteriores (clase III)
- 2.- Lesiones faciales de los dientes anteriores
- 3.- Lesiones faciales de premolares
- 4.- Pérdida de ángulos incisales
- 5.- Fractura de dientes anteriores

Aplicaciones de las resinas en odontología

Los usos más comunes son:

Prótesis

Materiales de obturación

Selladores

Materiales de Impresión

Cementos

Compatibilidad biológica

La resina debe ser insípida, inodora, no tóxica no debe irritar ni dañar los tejidos bucales debe ser totalmente insoluble en saliva y en cualquier otro fluido que se lleve a la boca y debe ser impermeable a los fluidos orales.

Propiedades físicas

Debe tener suficiente fuerza y resistencia para afrontar las fuerzas masticatorias, las fuerzas de impacto y el uso excesivo que se le pueda dar en la cavidad oral

Manipulación

La resina no debe producir humos tóxicos ni polvo durante su manipulación, debe ser fácil de mezclar, insertar, moldear y curar y debe tener un tiempo de fraguado relativamente corto y ser insensible a las variaciones que estos procesos puedan tener

Propiedades estéticas

El material puede ser translucido o transparente de manera que se pueda adecuar a la apariencia de los tejidos orales que reemplaza, restauraciones directas de resina en el sector posterior

Ventajas

Estética: Se ha demostrado que el 98 % de las restauraciones a los dos años todavía mostraba una excelente similitud de color

Conservación de estructura dentaria:

- 1.-La preparación tiende a ser menos profunda
- 2.- La preparación tiende a ser más estrecha
- 3.- La preparación tiene ángulos redondeados lo que conserva estructura dentaria
- 4.- No existe extensión por prevención

Adhesión a la estructura dentaria

El éxito clínico de las restauraciones de resina se debe a la unión lograda por medio del sistema adhesivo que ofrece el potencial de sellar los márgenes de la restauración y refuerza la estructura dentaria remanente contra la fractura

Baja conductividad térmica

Debido a que las resinas compuestas no transmiten fácilmente los cambios de temperatura existe un efecto aislante que ayuda a reducir la sensibilidad postoperatoria.

Desventajas

De la resina compuesta como material restaurador en el sector posterior

Contracción por polimerización

A pesar de las mejoras de las formulas de las resinas los sistemas modernos todavía están basados en variaciones de las moléculas bis-GMA y uno de los

mayores inconvenientes de este material es la contracción por polimerización que ocurre durante esta reacción

La contracción ocurre sin importar el sistema que se use. La resina auto curada polimeriza hacia el centro de esta mientras que la foto polimerizada lo hace hacia la luz que la polimeriza

Caries secundaria

Diversos estudios han demostrado que la caries secundaria es una de las fallas de las restauraciones de resinas en el sector posterior. Se cree que la brecha marginal formada por la contracción por polimerización permite el acceso de bacterias cariogénicas al interior de la restauración.

Debido a la degradación marginal que aumenta con el tiempo también aumenta el riesgo de caries

Sensibilidad postoperatoria

Estudios demostraron que 29 % de las restauraciones con resina en el sector posterior presentaron sensibilidad postoperatoria esto también causado a la contracción por polimerización

Disminución de resistencia al desgaste

El desgaste resulta de la combinación del daño químico de la superficie del material y de la ruptura mecánica. El desgaste generalizado ocurre debido a las fuerzas de masticación y esto ocurre en todas las áreas de la restauración.

CAPITULO IV

4. DESARROLLO DEL CASO

4.1.1 MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente se acercó a la clínica para cambio de restauración de amalgama por una restauración estética.

4.1.2. MOLESTIA PRINCIPAL

Acumulación de alimentos interproximales entre pieza 16 y 17

4.1.3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL.

Al momento de la consulta no presenta ningún problema

4.1.4. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

Película apical, zona de molares derecho superior. Se observa a nivel de corona sombra radiopaca compatible con material restaurador, cámara pulpar estrecha, ligamento periodontal normal, a nivel radicular se observa sombra radiopaca compatible con una hiper cementosis.

4.1.5. EXAMEN CLÍNICO A LA PIEZA A TRATAR:

Pieza # 16 presenta material de obturación (amalgama) por disto oclusal con recidiva cariosa sin compromiso pulpar.

4.1.6. DIAGNÓSTICO:

Pieza # 16 con material de obturación sin compromiso pulpar de 2da clase compuesta.

4.1.7. PLAN DE TRATAMIENTO:

Restauración de clase II compuesta con resina de foto curado.

4.1.8. TERAPÉUTICA (RECETA):

Paciente No está indicado para terapéutica.

4.2. PASOS OPERATORIOS

4.2.1. MANIOBRAS PREVIAS

Antes de proceder a la preparación cavitaria debemos realizar las siguientes maniobras:

Diagnostico general de toda la boca

Diagnostico de la pieza a tratarse

Asepsia con el enjuague bucal antiséptico.

Observación de las anomalías de las caras que están comprometidas para ser restauradas.

Diagnostico pulpar

Examen radiológico

Prueba de vitalidad

Análisis funcional de la oclusión

Observación del nivel y la condición de los tejidos periodontales.

Eliminación del cálculo y la placa.

Preparación del campo operatorio.

Selección del color.

4.2.2. ANESTESIA

Se la aplica con el fin de bloquear la sensibilidad y para evitar las molestias del clamp, a nivel de la encía del paciente, para poder realizar el tratamiento con tranquilidad.

Aplicando scandonest 2% con vaso constrictor.

Se utilizo la técnica infiltrativa.

4.2.3. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

Se realiza el aislamiento absoluto con la finalidad de mantener condiciones asépticas y evitar la aspiración de instrumentos y productos químicos utilizados durante el

tratamiento. Se selecciona el clamp para la pieza a tratarse (molar). Utilice la técnica del conjunto (arco, dique de goma, clamp), para colocar dicho conjunto se utilizo la pinza porta clamp, para el aislamiento total de la cavidad.

4.2.4 APERTURA DE LA CAVIDAD

En este paso utilizamos una fresa redonda transmetalica para pieza de mano, empezando a cortar en cuatro poco a poco el material de obturación que esta a nivel ocluso distal luego ensanchamos levemente para que haya amplitud suficiente para poder hacer la conformación.

4.2.5 EXTENSIÓN POR CONVENIENCIA

Con fresa cilíndrica mediana de diamante para pieza de mano, formamos los bordes de la cavidad a zonas libres, extendiéndonos ligeramente por la cara vestibular para que así tenga mayor retención la restauración.

4.2.6 EXTIRPACIÓN DE CARIES DENTAL

Eliminando el remanente de tejido cariado con fresa redonda de carburo de tungsteno mediana a baja velocidad, haciendo el mínimo desgastes de tejido dentario sano.

Utilizamos una fresa periforme de diamante, empezando a desgastar poco a poco en la cara mesial de la pieza dentaria, luego ensanchamos levemente para que haya amplitud suficiente para poder hacer la conformación de la cavidad.

4.2.6 PROTECCIÓN DEL COMPLEJO DENTINO PULPAR

El material de elección es Ionómero de vidrio por sus propiedades que actúa como base cavitaria, con el propósito de proteger la pulpa de los agentes irritantes.

4.2.7 CONFORMACIÓN DEFINITIVA DE LA CAVIDAD

. Eliminamos el exceso de Ionómero y realizamos el alisado del piso de la cavidad y el piso gingival, dejándolas lisa y horizontales, planas, perpendiculares a la fuerza masticatoria, luego confeccionamos una caja proximal con fresa cilíndrica de diamante, para formar la pared mesial lisa y recta, perpendicular al piso pulpar.

4.2.8. LIMPIEZA DE LA CAVIDAD

Lo realizamos con piedra pómez y clorhexidina en una copa blanda o cepillo profiláctico para retirar el barillo dentinario que haiga quedado, más o menos por 1 minuto. Se procede a enjuagar con abundante agua a presión y libre de aceites.

4.2.9 TÉCNICA DE GRABADO ÁCIDO TOTAL.

Lo realizamos el grabado con acido fosfórico al 37% siendo en liquido o gel, tanto el esmalte como la dentina y así se abrirán los canales de la dentina, por 15 segundo más o menos.

Luego se procede al lavado con abundante agua a chorro o spray el doble de tiempo que se grabo.

El secado de la cavidad se lo realiza con aire libre de aceites u otro componente, por un tiempo de 3 a 5 segundos hasta poder observar el color blanco crestaceo que es característico del esmalte grabado; evitando el excesivo resecado de la dentina.

4.2.10. TÉCNICA ADHESIVA

El diente debe estar limpio y seco, se debe evitar contaminarlo con los dedos, se coloca el bondíng en la cavidad esparciendo con el aplicador durante unos 5 segundos luego se sopla con aire libre de aceite por 3 a 5 segundos y luego se lo foto cura por 20 segundos, La función del primer es unirse en forma química a los componentes de la resina mediante dobles ligaduras.

4.2.11. SISTEMA MATRIZ

Debido a que la pieza que estamos tratando si tiene dientes proximales, utilizamos el sistema matriz tofflemire. Y cuñas para poder devolverle la relación de contacto que se perdió por la acción de la caries.

4.2.12. OBTURACIÓN DE LA CAVIDAD

Curado usando la técnica incremental, secamos bien y procedemos a colocar la resina por porciones de 2mm con una espátula de titanio # 6 y 7 y una vez insertada la resina la condesamos empezando por la cajita convirtiendo la

cavidad de clase II en clase I se retira la cuña y se rellena la cara oclusal, foto curando cada vez que se aplique las porciones por 20 segundos.

4.2.13 TALLADO DE LA RESTAURACIÓN

Usamos las fresas de hojas o de diamante fina de baja velocidad con el fin de devolverle la morfología funcional perdida anteriormente.

4.2.14 PULIDO DE LA RESTAURACIÓN

Para pulir la restauración de utiliza puntas de silicona , mas pasta abrillantadora para dejar lisa la superficie

4.2.15 INSTRUMENTAL UTILIZADO

Espejo bucal

Explorador

Cucharilla

Espátula de níquel titanio

Pinza algodонера

Espátula de cemento

Micro motor y contrangulo

Pieza de mano

Fresa de diamante redonda, cilíndrica, troncocónica

Perforador de clamp

Clamp para molar inferior

Porta clamp

Porta matriz

4.2.16 MATERIAL UTILIZADO

Dique de goma

Guantes

Ionómero de vidrio de auto curado

Acido grabador

Adhesivo

Resina de foto curado

Pasta para pulir (LUSTER)

Lámpara de foto curado

Aplicadores de acido y adhesivo

Loseta de vidrio

Banda matriz

Conclusiones

La profundidad cavitaria y el material de restauración, determinara el tipo de resina a aplicar.

Es importante que toda cavidad tenga una buena adhesión para la retención del material de obturación.

Es de gran importancia cumplir con las recomendaciones que nos da el fabricante.

Recomendaciones

Se recomienda realizar una excelente cavidad y elegir el buen material de obturación.

Para lograr una mejor restauración, debemos realizar un buen grabado total de la pieza dentaria y por consiguiente usar un buen adhesivo

Seguir a cabalidad respetar y cumplir con todas las indicaciones del fabricante para la realización de una excelente restauración.

Bibliografía

Anusavice Kenneth J., Phillips la Ciencia de los materiales dentales, Editorial Elsevier, Madrid 2004

Barrancos Mooney Julio, Operatoria Dental, Editorial Médica Panamericana, Argentina 2006

Graham J. Mount, Conservación y restauración de la estructura dentaria, Editorial Harcourt brace, España, 1999

Aschheim Dale, Odontología Estética 2da. Edición, Editorial Harcourt España, 2002

Rossi Guillermo Horacio, Atlas de Odontología Restauradora, Editorial Medica Panamericana, Argentina, 2004

Anexos

Anexo # 1

Historia clínica

**Restauración adhesiva de II clase
compuesta ocluso distal, utilizando
resina de micro partículas en el
primer molar superior derecho**



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

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APPELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	Victor Luis	Yambay De la Cruz	M	38	

MEJOR DE LA OJ	5-8 AÑOS	9-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS	45-49 AÑOS	50-54 AÑOS	55-59 AÑOS	60-64 AÑOS	65-69 AÑOS	70-74 AÑOS	75-79 AÑOS	80-84 AÑOS	85-89 AÑOS	90-94 AÑOS	95-99 AÑOS	EMBARAZADA	

1 MOTIVO DE CONSULTA Dolor, deperable solo con estímulos

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL Ningún problema actual

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HECHO FUMADOR	4. MINDA	5. TUBER CULCIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<input type="checkbox"/>									

4 SIGNOS VITALES

PRESSION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	R. RESPIRATORIA
120/80	67	37.2	18

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. LACIOS	2. MEJILLAS	3. MANDIBULAR SUPERIOR	4. MANDIBULAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FIBRO	8. CARRILLOS
<input checked="" type="checkbox"/>							
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO PARIEN	11. A.T.H.	12. GANGLIOS				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS				
PIEZAS DENTALES				PLACA	CALCULO	QUINIMITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	LEVE	MODERADA	SEVERA
				0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	0	I	II	0	I	II
16	17	55										
18	19	56										
20	21	57										
22	23	58										
24	25	59										
26	27	60										
28	29	61										
30	31	62										
32	33	63										
34	35	64										
36	37	65										
38	39	66										
40	41	67										
42	43	68										
44	45	69										
46	47	70										
48	49	71										
50	51	72										
52	53	73										
54	55	74										
56	57	75										
58	59	76										
60	61	77										
62	63	78										
64	65	79										
66	67	80										
68	69	81										
70	71	82										
72	73	83										
74	75	84										
76	77	85										
78	79	86										
80	81	87										
82	83	88										
84	85	89										
86	87	90										
88	89	91										
90	91	92										
92	93	93										
94	95	94										
96	97	95										
98	99	96										
100	101	97										
TOTALES												

8 INDICES CPO-CEO

D	C	P	O	TOTAL
d	c	p	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

*-71	SELLANTE NEGATIVO	⊕	PERDIDA (OTRA CALIBRA)	⊞	PROTESIS TOTAL
*-221	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA
X	EXTRACCION INDICADA	□	PROTESIS FIJA	○	OSTURADO
X	PERIODA POR CARRIS	⋯	PROTESIS REMOVIBLE	○	CARRIS

UNIVERSIDAD DE GUAYACUL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1RA CITA: Se realizo profilaxia en casa para 3/Nov/2010
dentado y un diagnostico total

[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

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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: S.I.R.T.O. Miguel FECHA: 15 de Marzo del 2010
 b) Domicilio: Doszon P. Popo. Maque. 1 Apellidos: Bone DIAZ
 Teléfono: 093013581

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Por estetica y acumulacion de alimentos en la cavidad

3.- MOLESTIA PRINCIPAL: Mal olor a nivel de la pieza # 16 porque se introducen los alimentos

4.- PIEZA A TRATARSE # Pieza # 16

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Pericelo apical, zona de molas densas. Se observa a nivel de corona una sombra radio poco compatible con material restaurador, camara pulpar estrecha, ligamento periodontal normal. A nivel radicular se observa sombra radio poco compatible con una hiperostosis

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: pieza # 16 muy poco material de obtura de amalgama y ya fracturada, sin compromiso con la pulpa

7.- DIAGNOSTICO: Pieza # 16 presenta restauracion de amalgamo con fractura de la misma, y sin comprometer camara pulpar

8.- PLAN DE TRATAMIENTO: Restauracion de clase II con Resina Foto curada

9.- TERAPEUTICA (RECETA): NO FUE NECESARIO

10.- RECOMENDACIONES: No consumir alimentos colorantes durante el primer dia de Tratamiento, usar hilo dental y no ejercer en la fuerza masticatoria

11.- PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	15/03/10	
2.- Apertura de la cavidad	15/03/10	
3.- Extension preventiva	15/03/10	
4.- Eliminacion de tejido cariado	15/03/10	
5.- Proteccion dentino pulpar	15/03/10	
6.- Conformacion definitiva de la cavidad	15/03/10	
7.- Obturacion de la cavidad	15/03/10	
8.- Tallado de la Restauracion	15/03/10	
9.- Pulido de la Restauracion	15/03/10	

[Firma]
 INTERNO

[Firma]
 JEFE DE GUARDIA

ANEXO # 1



Operador paciente previo a la realizacion de la restauracion, Fuente:

Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

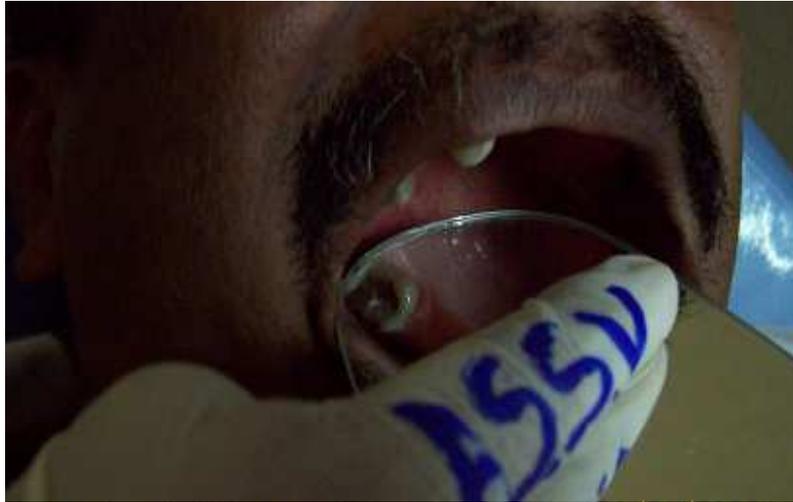
Anexo # 2



Radiografía preoperatoria para diagnostico, Fuente:

Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

Anexo # 3



Molar superior derecho con obturación de amalgama con filtración de recidiva cariosa,
Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontología, Sandro S, 2010

Anexo # 4



Colocación de aislamiento absoluto. Apertura de la cavidad y colocación de protector dentinario. Clínica de internado de la Facultad Piloto de odontología, Suarez S. 2010

Anexo # 5



Pieza obturada, con resina de foto curado, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto
De Odontologia, Sandro S, 2010

Otros casos clínicos realizados durante la formación académica

**CASOS OPERATORIA
DENTAL
IV CLASE
INCISIVO LATERAL
SUPERIOR IZQUIERDO**



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

ESTABLECIMIENTO <i>Clinico Suena</i>	NOMBRE <i>Mercedes</i>	APELLIDO <i>Castillo</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>20</i>	N° HISTORIA CLINICA
---	---------------------------	-----------------------------	------------------------	-------------------	---------------------

1-4 AÑOS	5-8 AÑOS PROGRAMADO	9-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------	---------------------	----------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA *Principalmente lo estetico* ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

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

ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO REAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-----------------	-------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL *120/70* / FREQÜENCIA CARDIACA *62 x/min* TEMPERATURA *37.2* °C F. RESPIRAT *18 x/min*
mmHg mmHg °C min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO RESPONDE SEGUN LA POSICIÓN DE LA REGIÓN AFECTADA MARCANDO EL LATERO

1. LABIOS <input checked="" type="checkbox"/>	2. MEJILLAS <input checked="" type="checkbox"/>	3. MAXILAR SUPERIOR <input checked="" type="checkbox"/>	4. MAXILAR INFERIOR <input checked="" type="checkbox"/>	5. LENGUA <input checked="" type="checkbox"/>	6. PALADAR <input checked="" type="checkbox"/>	7. FISO <input checked="" type="checkbox"/>	8. CARRILLOS <input checked="" type="checkbox"/>
9. GLÁNDULAS SALIVALES <input checked="" type="checkbox"/>	10. ORO FARINGEO <input checked="" type="checkbox"/>	11. A.T.M. <input checked="" type="checkbox"/>	12. GANGLIOS <input checked="" type="checkbox"/>				

ninguna patologia

6 ODONTOGRAMA PAINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y REGIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 & 3), SI APLICA

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEJAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	
			0-1-2-3-	0-1-2-3	0-1	
16	17	55				
11	21	51				
26	27	66				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPC-CEO

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*192	SÉLLANTE NECESARIO	⊕	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
*221	SÉLLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠	CORONA
X 193	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS Fija	⊙	OBTURADO
X 223	PÉRDIDA POR CARIES	⋯	PRÓTESIS REMOVIBLE	⊙	CARIES

FECHA: 12 / Marzo / 2010

1RA CITA

Diagnostico - profilaxis - manebres previas, aposito de la cavidad, bitension preventiva
Eliminacion de tejido cariado, restauracion dentaria pulpos, conformacion definitiva
de la cavidad, obturacion de la cavidad, Tallado de la restauracion, pulido
de la obturacion

M. C. M. M.
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

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

1.- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres: Hencaez, Alejandro Castillo Hino FECHA: 12 / Marzo / 2010
 Apellidos: Castillo Hino
 b) Domicilio: Duran Teléfono: n.c.

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: ...parcialmente nos usaba por el motivo que
 la restauracion de dependia y desea realizar una nueva
 ya con la que se endodonzada

3.- MOLESTIA PRINCIPAL: ...por que se intraduzca los alimentos
 en la cavidad y causa un dolor desagradable a veces por la estetica

4.- PIEZA A TRATARSE # : # 22

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: ...pequeno periapical; zona anterior (cunares)
 solo se observa al observar a nivel de la corona con un todo en estacion
 buena radiopaca compatible con material de obturacion, a nivel coronal
 se observa un conducto con material de obturacion compatible con la pieza
 este endodonzada, ligamento periodontal normal

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: se observa decoloracion y translucidez
 de la pieza y su corona fracturada en 2/3

7.- DIAGNOSTICO: Pieza # 22 Endodonzada

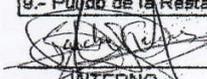
8.- PLAN DE TRATAMIENTO: Restauracion clase IV con
 Resina de foto curable

9.- TERAPEUTICA (RECETA): NO FUE NECESARIO

10.- RECOMENDACIONES: No consumir alimentos por mucho
 calorante durante el primer dia, usar hilo dental
 no exceder en la fuerza masticatoria

11.- PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA	JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	12/03/10		
2.- Apertura de la cavidad	12/03/10		
3.- Extension preventiva	12/03/10		
4.- Eliminación de tejido cariado	12/03/10		
5.- Protección dentino pulpar	12/03/10		
6.- Conformación definitiva de la cavidad	12/03/10		
7.- Obturación de la cavidad	12/03/10		
8.- Tallado de la Restauración	12/03/10		
9.- Pulido de la Restauración	12/03/10		


 INTERNO

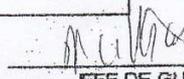

 JEFE DE GUARDIA

FOTO # 1



Paciente - operador, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia,
Sandro S, 2010

FOTO # 2



Presentación del caso para obduración de clase IV, Fuente: Clinica De Internado
Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 3



Radiografía de diagnostico pieza # 22 incisivo lateral superior, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 4



Pieza dentaria con cavidad conformada y aislamiento absoluto, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 5



Caso terminado, pulido y abrigantado Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

**CIRUGIA DEL TERCER
MOLAR
INFERIOR DERECHO
ERUPCIONADO EN SU
TOTALIDAD
POSICION MESIO – ANGULAR**

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

Guayaquil, 16 de Mayo de 2007

- 1.- NOMBRE Y APELLIDO : Roberto Daniel Campuzano Quindones
- 2.- MOTIVO DE CONSULTA : Maloclusión a nivel del tercer molar derecho
- 3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Se mueve los caninos con el tercer molar
- 4.- ANTECEDENTES PERSONALES : ninguno
- a) Esta bajo tratamiento médico SI NO PORQUE _____
- b) Que medicación está tomando : ninguna
- c) Hepatitis no j) Sida no
- d) Hemofilia no k) Sinusitis no
- e) Alergias no l) Diabetes no
- f) Embarazo no m) Complicaciones con anestesia no
- g) Cáncer no n) Hemorragias no
- h) Hipertensión no o) Otros no
- i) Tuberculosis no
- 5.- EXAMEN CLINICO
- A) SIGNOS VITALES
- Pulso 62 x/mn Respiración 17 x/mn P. Arterial 120-75 Temperatura 37°C
- B) EXAMEN INTRAORAL
- | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| N | A | mm/11g | N | A |
| 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 checked="" 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 # : 48
- 7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : Polícula Periapical zona de Maloc. lado derecho. Se observan los púas # 46-47-48 con sus conductos completos en la raíz 48 su raíz mesial se encuentra distaliza
- 8.- DIAGNOSTICO : Tercer molar perfectamente oclusado en buena posición con sus raíces completas
- 9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Quirúrgico (exodoncia)
- 10.- TECNICA QUIRURGICA : antecia Sindesmotomia, luxación, presión, Movimiento de lateralidad, Tracción, Abulción
- 11.- FARMACOEPIA : Odontogésico 500 mg cad/4hrs / Analgésico 500 mg cada 8 horas y Tasa vitamínica C
- 12.- RECOMENDACIONES : NO REALIZAR ESFUERZO INNECESARIO no ingerir comidas con mucha consistencia masomasa y sobretodo guardar mucho reposo


INTERNO TRATANTE

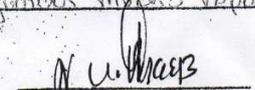

JEFE DE GUARDIA

FOTO # 1



Operador paciente previo a la realizacion de la Cirugia, Fuente:

Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 2



Película radiográfica para diagnóstico, Fuente: Clínica De Internado Facultad
Piloto De Odontología, Sandro S, 2010

FOTO # 3



Examen clínico de la pieza dentaria que se va a extraer el cual se observa su corona, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia,

Sandro S, 2010

,

FOTO # 4



Durante la Cirugía: se procedió a luxar la pieza dental utilizando el elevador recto de Winter, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 5



Post Operatorio: se observa la realización de puntos de sutura los cuales se utilizo hilo de sutura 3-0 con aguja cilíndrica c-16 Fuente: Clinica De Internado

Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

,

FOTO # 6



Restos de la pieza dentaria extraída, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto
De Odontología, Sandro S, 2010

**CASO DE ENDODONCIA
BIO-PULPECTOMIA
EN LA PIEZA # 16
INCISIVO LATERAL
SUPERIOR DERECHO**



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

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
Clinica Interod	Sixto Miguel	BONE DIAS	M	52	
MEMOR DE IAÑO	4-5 AÑOS	6-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	EMBARAZADA
	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO		

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

Por estética

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, DUREZAS, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRADIAS	4. VIRUSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
									ninguno

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL: 120/70 mm/Hg
 FRECUENCIA CARDIACA: 65x/min
 TEMPERATURA: 37.6 °C
 F. RESPIRAT: 20x/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA INICIANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
<input checked="" type="checkbox"/>							
9. GLANDULAS 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"/>	ninguna patologia			

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECEPCION: MARCAR 'x' (1, 2, 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	ANGLE I	ANGLE II	LEVE	MODERADA
				SEVERA		ANGLE III		SEVERA	
16	17	56		0	0				
11	21	51		0	0				
26	27	66		0	0				
36	37	76		0	0				
31	41	71		0	0				
46	47	86		0	0				
TOTALES									

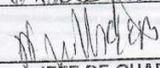
8 INDICES CPO-CBO

C	P	O	TOTAL
D			
c	e	o	TOTAL
d			

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* (blue)	SELLANTE NECESARIO	⊖	PERDIDA (OTRA CAUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
* (red)	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA
x (blue)	EXTRACCION INDICADA	○	azul	○	OSTURADO
x (red)	PERDIDA POR CARIES	⊞	PROTESIS FIJA	⊞	PROTESIS REMOVIBLE

1RA CITA FECHA: 15 Mayo del 2010
Diagnostico - profilaxis ; Exploracion clinica ; aislamiento absoluto, manobras previas
Apertura de la cavidad, Atencion preventiva, colocacion de tapado coronario, proteccion
vestibulo pulpar, conformacion definitiva de la cavidad, obturacion de la cavidad
Tallado de la restauracion y pulido de la restauracion



JEFE DE GUARDIA



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

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

1.- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres: SIXTO Miguel FECHA: 15 de Marzo del 2010
 b) Domicilio: Deslizar Popala Maque 1 Apellidos: Bone DIAZ
 Teléfono: 093013581

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Por estetica y acumulacion de alimentos en la cavidad

3.- MOLESTIA PRINCIPAL: Mal olor a nivel de la pieza # 16 porque se introducen los alimentos

4.- PIEZA A TRATARSE # Pieza # 16

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Pericelo apical, zona de molas densas. Se observa a nivel de corona una sombra radio opaca compatible con material restaurador, camara pulpar estrecha, ligamento periodontal normal. A nivel radicular se observa sombra radio opaca compatible con una hiperostosis

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: pieza # 16 muy poco material de obtura de amalgama y ya fracturada, sin compromiso con la pulpa

7.- DIAGNOSTICO: Pieza # 16 presenta restauracion de amalgamo con fractura de la misma, sin comprometer camara pulpar

8.- PLAN DE TRATAMIENTO: Restauracion de clase II con Resina Foto curada

9.- TERAPEUTICA (RECETA): NO FUE NECESARIO

10.- RECOMENDACIONES: No consumir alimentos colorantes durante el primer dia de Tratamiento, usar hilo dental y no ejercer en la fuerza masticatoria

11.- PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	15/03/10	
2.- Apertura de la cavidad	15/03/10	
3.- Extension preventiva	15/03/10	
4.- Eliminación de tejido cariado	15/03/10	
5.- Protección dentino pulpar	15/03/10	
6.- Conformación definitiva de la cavidad	15/03/10	
7.- Obturación de la cavidad	15/03/10	
8.- Tallado de la Restauración	15/03/10	
9.- Pulido de la Restauración	15/03/10	

INTERNO

JEFE DE GUARDIA

FOTO # 1



Paciente – operador, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia,
Sandro S, 2010

FOTO # 2



Presentación del caso Bio-pulpectomia Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontología, Sandro S, 2010

FOTO # 3



Apertura de cavidad del incisivo lateral superior derecho,

Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 4



Radiografías de conductometría, instrumentación, conometría y condensación,
Fuente: Clínica De Internado Facultad Piloto De Odontología, Sandro S, 2010

FOTO # 5



Caso terminado, colocación de obturación provisional, Fuente: Clinica De Internado
Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

**CASO DE ENDODONCIA
NECROSIS – PULPAR
EN LA PIEZA # 22
INCISIVO LATERAL
SUPERIOR IZQUIERDO**

PRIMERA CITA

Diagnóstico: prof. laxis. Análisis Absoluto.
Exposición, conductores, límites del conducto
medicamento. Inicio conducto con tubos de salero
químico puro; restauración posterior hasta segunda cita.

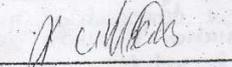
SEGUNDA CITA

Análisis Absoluto, eliminación de restauración
Densidad, eliminación de material medicamentoso del conducto
Conductores, obturación del conducto con restauración
provisional.

FECHA

08/Mayo del 2010 COSTO \$ 30 ABONO \$ 30 SALDO 0


INTERNO TRATANTE


JEFE DE GUARDIA



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

ESTABLECIMIENTO <i>Clinica Suena</i>	NOMBRE <i>Mercedes</i>	APELLIDO <i>Castillo</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>20</i>	N° HISTORIA CLINICA
---	---------------------------	-----------------------------	------------------------	-------------------	---------------------

1 - 4 AÑOS	5 - 8 AÑOS PROGRAMADO	9 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS PROGRAMADO	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA *Principalmente lo estetico* ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.
ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO REACTIVAS	4. VIHUSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-------------------	-------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL *120/70* / FREQÜENCIA CARDIACA *62 x/min* / TEMPERATURA *37.2* °C / F. RESPIRAT. *18 x/min*
mmHg / min / °C / min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO RESPECTO A LA POSICIÓN DE LA REGIÓN AFECTADA MARCAR EL LÍMITE

1. LABIOS <input checked="" type="checkbox"/>	2. MEJILLAS <input checked="" type="checkbox"/>	3. MANDÍBULAS SUPERIOR <input checked="" type="checkbox"/>	4. MANDÍBULAS INFERIOR <input checked="" type="checkbox"/>	5. LENGUA <input checked="" type="checkbox"/>	6. PALADAR <input checked="" type="checkbox"/>	7. PISO <input checked="" type="checkbox"/>	8. CARRILLOS <input checked="" type="checkbox"/>
9. GLÁNDULAS SALIVALES <input checked="" type="checkbox"/>	10. ORO FARINGEO <input checked="" type="checkbox"/>	11. A.T.M. <input checked="" type="checkbox"/>	12. GANGLIOS <input checked="" type="checkbox"/>				

ninguna patologia

6 ODONTOGRAMA PAINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y REGIÓN: MARCAR 'X' (1, 2 & 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEJAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS			
16	17	55	0-1-2-3	0-1		
11	21	51				
26	27	66				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPC-CEO

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₀₀	SÉLLANTE NECESARIO	⊕	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	⊞	PRÓTESIS TOTAL
* ₂₀₀	SÉLLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠	CORONA
X ₁₀₀	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	⊙	OBTURADO
X ₂₀₀	PÉRDIDA POR CARIES	⊞	PRÓTESIS REMOVIBLE	⊙	CARIES

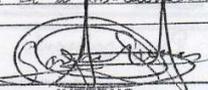
FECHA: 12 / Marzo / 2010

1RA CITA

Diagnostico - profilaxis - manebres previas, apertivo de la cavidad, bitension preventiva
Eliminacion de tejido cariado, restauracion dentaria pulpos, conformacion definitiva
de la cavidad, obturacion de la cavidad, Tallado de la restauracion, pulido
de la obturacion



JEFE DE GUARDIA



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



Paciente – operador, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia,
Sandro S, 2010

FOTO # 2



Presentación del caso necrosis – pulpar Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 3



Apertura de cavidad del incisivo lateral superior izquierdo,

Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia, Sandro S, 2010

FOTO # 4



Radiografías de conductometría, instrumentación conometría y condensación,
Fuente: Clínica De Internado Facultad Piloto De Odontología, Sandro S, 2010

FOTO # 5



Caso terminado, Fuente: Clinica De Internado Facultad Piloto De Odontologia,
Sandro S, 2010



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 28 de Marzo del 2011

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

De mis consideraciones.

Yo, Sandino Angel Suarez Veloz con numero de C.I. 1205137936, 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 Operatoria dental como requisito previo a mi incorporación.

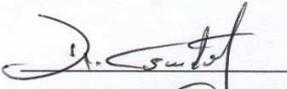
Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Muy atentamente,

1205137936 

C.I.

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


Washington Escudero
DECANO