

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE GRADUACION

Previo a la obtención del título de

ODONTOLOGO

TEMA:

Terapia pulpar no vital con daño periapical.

AUTOR

Hugo Adalberto Castillo Ormaza

Guayaquil, Abril del 2011



CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación:

Nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de Tercer Nivel de Odontóloga/o.

El Trabajo de Graduación se refiere a: "Terapia pulpar no vital con daño periapical."

Presentado por:

Hugo Adalberto Castillo Ormaza

Nombres Apellidos

1306690528

Cedula Ciudadanía

Dra. Nelly Vasquez

TUTOR ACADEMICO

TUTORES

Dra. Dolores Sotomayor

TUTORA METODOLÓGICA

Dr. Washington Escudero

DECANO

Guayaquil, abril del 2011

AUTORIA

La autoría, criterios, conceptos y análisis vertidos en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Hugo Adalberto Castillo Ormaza

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme la vida y darme una mujer tan linda como es mi esposa ella ha sido incondicional en todo momento a mis padres por traerme a al mundo.

Mi padre que ya no está con nosotros, mi Madre, mis hermanos, mis sobrino, mis tíos, mis primos, mis cuñados, los profesores, mis compañeros, mis amigos, que de una u otra manera me apoyaron en las buenas y en las malas dándome ánimo para seguir adelante.

DEDICATORIA

Primero darle gracias a Dios por darme esta mujer tan maravillosa que se llama Herlinda Cortez Paz.

A mi esposa Y a mis hijos le dedico esta tesis ya que en este documento está el extracto de todo el esfuerzo que he realizado a lo largo de mis estudios ellos son todo para mí ya que sin ellos no podría ser realidad este sueño que tanto había esperado mi esposa Herlinda, mis hijos, Antonella, Andrea, Iván fueron son y serán mi pasión por la vida ellos son los que me animan cada día para seguir adelante y quiero expresarle que nunca me separare de ellos porque ellos son la razón de mi vida.

CARATULA	Pàg.
CERTIFICACION DE TUTORES	
AUTORIA	
AGRADECIMIENTO	
DEDICATORIA	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos.....	3
CAPITULO 1	
1. Endodoncia.....	4
1.1 Definición.....	4
1.2 Objetivos.....	4
1.3 La Pulpa Dentaria.....	5
1.3.1 Definición.....	5
1.3.2 Generalidades De Morfología Pulpar.....	7
CAPITULO 2	
2. Necrosis Pulpar.....	9
2.1 Definición.....	9
2.2 Enfermedades De La Zona Periapical.....	11
2.3. Reacción Periapical.....	13
2.4 Pulpectomía No Vital Y Obturación De Los Conductos Radiculares.....	13
2.5 Historia Del Diente Complicado.....	14
CAPITULO 3	
3. Análisis Del Caso Primera Cita.....	15
3.1 Anamnesis.....	15
3.2 Aislamiento Del Campo Operatorio.....	16
3.3 Apertura Y Acceso.....	17

3.4 Extracción Del Contenido Pulpar.....	17
3.5 Radiografía Pre – Operatoria.....	18
3.6 Preparación Biomecanica Del Conducto.....	19
3.7 Instrumentación E Irrigación.....	19
3.8 Conducto Del Incisivo Lateral Superior Derecho.....	20
CAPITULO 4	
4. Análisis Del Caso-Segunda Cita.....	22
4.1 Anestesia.....	22
4.2 Técnica Anestésica Del Nervio Alveolar Superior.....	22
4.3 Aislamiento Del Campo Operatorio.....	22
4.4 Remoción Del Material Provisional.....	23
4.5 Limpieza De Los Conductos.....	23
4.6 Conometría.....	23
4.7 Obturación Del Conducto (Técnica).....	24
4.8 Conducto Incisivo Central Superior.....	24
4.9 Colocación De La Cura Oclusiva.....	25
4.10 Control Radiográfico.....	25
CAPITULO 5	
5. Instrumentos Utilizados.....	26
5.1 Listado.....	26
5.2 Listado De Componentes Y Materiales Utilizados.....	26
5.3 Hidróxido De Calcio.....	27
5.4 Sealapex (Sybran/Kerr) (Pasta – Pasta).....	28
5.5 Hipoclorito De Sodio.....	28
5.6 Cono De Gutapercha.....	29
5.7 Terapéutica.....	29
5.6 Descripción De Los Medicamentos.....	30
5.6.1 Naproxeno.....	30
5.6.2 Amoxicilina.....	32
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	38

INTRODUCCIÓN

Por varios años los odontólogos han realizado tratamientos de conductos en una cita, es decir, la iniciación y finalización del tratamiento en una sesión; ha existido mucha controversia con respecto a este tipo de modalidad terapéutica, ya que tanto el tratamiento endodóntico en una cita como en varias citas presentan cada uno sus ventajas y desventajas.

El objetivo de la terapia endodóntica es lograr una limpieza y conformación del conducto radicular para poder obturarlo tridimensionalmente y mantener la salud de los tejidos periradiculares. Con el avance tecnológico, del que no ha sido ajena la endodoncia, no existe desde éste punto de vista, motivación alguna para prolongar los tratamientos en más de una sesión.

Sin embargo, el pronóstico a largo plazo y los síntomas del paciente después del tratamiento son dos temas importantes relacionados con el número de citas, necesitándose profundas investigaciones que aclaren incógnitas sobre estos aspectos.

Existen muchos estudios realizados sobre dolor postoperatorio, agudizaciones, éxito y fracaso de los tratamientos endodónticos realizados en una sesión; tomando en cuenta la condición pulpar y periapical del diente, tipo de dientes, edades, raza, sexo, si fue premedicado o no, si era retratamiento, tipo de técnica de instrumentación y de obturación, y si existía dolor previo así como otras variables.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es revisar los conceptos tradicionales, principios biológicos, mecánicos y clínicos de los tratamientos de conductos realizados en una sesión.

OBJETIVO GENERAL

Describir una investigación que logre plantear de manera clara los antecedentes históricos, las posibles complicaciones y los avances y nuevos tratamientos en endodoncia y de manera más específica en la técnica de tratamientos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar un diagnostico correcto en la necrosis.
- Mostrar la rehabilitación de la pieza de los incisivos después de un tratamiento endodóntico, recuperando su funcionalidad y estética.
- Realizar las técnicas empleadas en los tratamientos de conducto de la pieza unirradiculares de los incisivos.

FUNDAMENTACION TEORICA

CAPITULO 1

1. ENDODONCIA

1.1 DEFINICION

Es el tratamiento de conductos radiculares, esto corresponde a toda terapia que es practicada en el complejo dentino-pulpar (es decir la pulpa dentaria y su dentina) de un diente (actualmente el término mejor aceptado es órgano dental). Es también la especialidad odontológica reconocida desde 1963 por la Asociación Dental Americana. La terapia endodóntica podría decirse que abarca desde una protección pulpar directa o indirecta hasta la extirpación total de la pulpa dental. Se aplica en piezas dentales fracturadas, con caries profundas o lesionadas en su tejido pulpar (tejido conectivo laxo) en las que se da una sintomatología característica pulpitis (Clasificación de las lesiones pulpares). Y el estudio de la Patología Periapical Esta lesión puede ser reversible (con maniobras endodónticas de protección pulpar puede revertirse el proceso inflamatorio pulpar) o irreversible, cuando la única opción terapéutica es la extirpación total de la pulpa dental.

1.2 OBJETIVOS

Limpiar el sistema de conductos radiculares: bacterias,(agujas cálcicas pulpares), tejido necrótico, etc. con el fin de dejar el conducto lo más aséptico posible. Nunca se conseguirá que sea totalmente estéril solamente se trata el conducto principal de cada raíz y no los numerosos conductos accesorios inaccesibles a la instrumentación biomecánica pero accesibles a las sustancias irrigadoras del conducto radicular en forma medicamentosa.

La obturación del conducto radicular tridimensional con forma y tamaño adecuados: se da forma cónica de la corona al ápice del diente(según

técnica de Oregon). Se crea un tope oclusal para que se quede justo a la longitud de trabajo, esto es que el relleno esté ajustado a la longitud de la raíz y, por último, habrá que respetar la morfología original del conducto.

Conseguir el sellado del tercio apical y del resto del conducto.

Conseguir un cierre biológico a nivel histológico a largo plazo: los cementoblastos van a producir cemento que cierra el ápice, consiguiendo el éxito histológico de la terapéutica del conducto radicular.

1.3 LA PULPA DENTARIA

1.3.1 DEFINICIÓN

La cavidad pulpar es el espacio que se encuentra en el interior del diente, limitado en toda su extensión por dentina, excepto a nivel del foramen o forámenes apicales; con la forma aproximada del exterior del diente, pero lamentablemente sin presentar la misma regularidad, aunque sí, salidas, entradas y hendiduras, como consecuencia del depósito de dentina reaccional o secundaria.

Esta cavidad está dividida en dos porciones: la coronaria y radicular

1. Porción coronaria denominada cámara pulpar: está situada en el centro de la corona, siempre es única, acompaña la forma externa de la corona, por lo general es voluminosa y aloja la pulpa coronaria. Está constituida por:

Pared oclusal, incisal o techo: presenta forma cóncava, con la concavidad hacia la cara oclusal o el borde incisal y prominencias dirigidas hacia las puntas de las cúspides, donde se alojan los cuernos pulpares

Pared cervical o piso, es la cara opuesta al techo y más o menos paralela a la pared oclusal. En el corte transversal del diente, a altura del cuello dental, muestra que el piso de la cámara tiene con frecuencia en la parte media una superficie convexa, lisa y pulida que presenta en sus ángulo,

nichos de forma cónica que corresponden a los orificios de entrada a los conductos radiculares. De acuerdo con Pagano, la zona convexa del piso de la cámara pulpar en la que se inician las líneas demarcatorias que entrelazan los orificios de entrada de los conductos radiculares, se denomina "Rostrum Canaliculorum". Identificado con facilidad en los dientes birradiculares o trirradiculares, no existe en los unirradiculares, donde hay continuidad entre la cámara y el conducto radicular.

Paredes laterales circundantes, mesial, distal, vestibular y lingual o palatina, nombre correspondiente a las caras del diente hacia donde están orientadas. Por seguir la forma externa del diente, frecuentemente presentan el espolón, codo o zocolo cervical que forma un escalón en la región más profunda de la pared lateral.

Porción radicular o conductos radiculares: es la parte de la cavidad pulpar correspondiente a la porción radicular de los dientes: en los que presentan más de una raíz se inicia en el piso y termina en el foramen apical. Tiene forma cónica con la base mayor dirigida hacia el piso y el vértice hacia la porción apical, forma similar a la de la raíz. Con fines didácticos y para su descripción, es posible dividir el conducto radicular en tercios:

1. Tercio apical
2. Tercio medio
3. Tercio cervical

El conducto radicular está constituido por dos conos unidos por sus vértices: uno largo o conducto dentinario, donde se localiza la pulpa dentaria, tiene por límite apical la unión cemento - dentina - conducto (CDC) y otro conducto muy corto o conducto cementario.

Región apical	Región periapical
conducto dentinario	membrana o ligamento periodontal
conducto cementario	pared y hueso alveolar
extremidad pulpar	
límite o región cemento-dentina-conducto (CDC)	
ápice radicular	
cemento radicular	
foramen apical	
forámenes accesorios	

1.3.2 GENERALIDADES DE MORFOLOGÍA PULPAR

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.

CAPITULO 2

2. NECROSIS PULPAR

2.1 DEFINICION

Es la muerte pulpar a consecuencia de una inflamación aguda o crónica. Pueden ser asintomáticas (necrosis asépticas) y sintomáticas (gangrena pulpar) en la que hay una invasión bacteriana, producción de supuración y dolor.

En las asintomáticas podemos pensar en una necrosis cuando se produce el cambio de color de una corona dentaria.

PATOGENIA

El nicho ecológico microbiano presente en las pulpitis irreversibles asintomáticas, de respiración aerobia y anaerobia facultativa, fundamentalmente se va transformando en un medio de respiración anaerobia estricta, a medida que disminuye el potencial de oxidorreducción histórico lo que, al dificultar los procesos fagocíticos, facilita el desarrollo y multiplicación microbiana, especialmente de bacterias anaerobias, potenciado por simbiosis y sinergismos microbianos. En la formación del microclima anaerobio influyen también bacterias asociadas (aerobias y microaerofílicas consumiendo oxígeno). Las bacterias gramnegativas anaerobias estrictas tienen una elevada capacidad proteolítica y colagenolítica, por lo que contribuyen en gran medida a la desestructuración del tejido conjuntivo pulpar .

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO: La necrosis pulpar es totalmente asintomática, siempre y cuando no afecta a los tejidos periapicales. En estos casos, la existencia de sintomatología ya no dependerá propiamente del proceso pulpar, sino del periapical. Las pruebas térmicas y eléctricas son negativas.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO: El tratamiento de elección es la terapéutica de conductos radiculares infectados. Es conveniente instrumentar el conducto en sentido corono- apical. Si realizamos el tratamiento en una sola cita, será prudente realizar profilaxis antibiótica para neutralizar a bacteriemia peroperatoria^{2°} y evitar complicaciones post- operatorias desfavorables para el paciente (tabla 6-3). El pronóstico del tratamiento de la necrosis es favorable para el diente.

MICROBIOLOGÍA. En alto porcentaje el conducto radicular necrótico contiene una flora bacteriana mixta, tanto anaerobios como aerobios. La acción de las bacterias sobre el tejido pulpar necrótico provoca la gangrena, por descomposición de las proteínas y su putrefacción , en la que intervienen productos intermedios que, como el indol, escatol, cadaverina y putrecina, son responsables del penetrante y desagradable olor de muchas gangrenas pulpares. (Maisto, 11)

SÍNTOMAS: Asintomático, puede presentarse decoloración del diente. El aspecto opaco de la corona puede deberse a falta de transparencia. Otras veces el diente presenta francamente un color grisáceo o café y perder el brillo normal. Si la necrosis es parcial puede responder ligeramente a los estímulos térmicos, debido a la presencia de terminaciones nerviosas vitales de tejidos vecinos inflamados. El acceso a cámara es indoloro y es reconocible la fetidez.

DIAGNÓSTICO: historia de dolor severo que cesó después. No responde a pruebas térmicas o eléctricas o tallado dentinario. La radiografía generalmente muestra una cavidad amplia o restauraciones, y aumento en el grosor del ligamento periodontal.

Los dientes necróticos son casi siempre asintomáticos, no responden al frío ni a las pruebas eléctricas, pero algunas veces responden al calor, pero esto se le atribuye a la expansión del aire contenido en el conducto. (Walton, 57)

2.2 ENFERMEDADES DE LA ZONA PERIAPICAL

Las enfermedades de la zona principal pueden agruparse de la manera siguiente:

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

Es la inflamación aguda del periodonto apical, resultante de una irritación procedente del conducto radicular o de un traumatismo.

La causa de la periodontitis apical aguda puede ser mecánica; por ejemplo, un golpe sobre un diente, una obturación alta, un cuerpo extraño que presiona el periodonto, un tratamiento en la zona periapical provocado por un instrumento para conductos estéril o una punta absorbente o un cono gutapercha que sobrepasa el foramen apical y traumatiza los tejidos periapicales, o una perforación lateral de la raíz.

ABSCESO ALVEOLAR AGUDO

Reacción inflamatoria de la pulpa infectada y necrótica caracterizada por un comienzo rápido, dolor espontáneo, sensibilidad dentaria a la presión, formación de pus, y eventualmente inflamación de los tejidos asociados. También se le conoce con el nombre de: absceso perirradicular agudo, absceso periapical agudo, absceso alveolar agudo, absceso dentoalveolar, absceso agudo, absceso radicular agudo.

Es una colección de pus localizada en el hueso alveolar a nivel del ápice radicular de un diente, resultante de la muerte de la pulpa, conexpansión de la infección a los tejidos periapicales del foramen apical.

Se acompaña de reacción local intensa y a veces de reacción general. En consecuencia, el absceso agudo puede considerarse un estado evolutivo ulterior de una pulpa necrótica o putrescente, en el que los tejidos periapicales reaccionan intensamente ante la infección.

ABSCESO ALVEOLAR CRÓNICA

Con la denominación arbitraria de absceso alveolar subagudo se anuncia un grupo clínico de casos , que si bien no siguen la evolución rápida y

grave del absceso alveolar agudo, ni tampoco la lenta y asintomática de los abscesos crónicos, presentan, no obstante, síntomas con las características de ambos.

Esta denominación se emplea particularmente en los abscesos crónicos o granulomas que presentan agravaciones y síntomas agudos poco acentuados. En estos casos el examen radiográfico mostrará una zona de rarefacción con destrucción de trabéculas óseas, que no se observa en los casos de abscesos agudos. El tratamiento inicial es semejante al descrito para el absceso agudo, es decir, alivio del dolor mediante el drenaje. El futuro del diente dependerá del tratamiento que resulte más indicado: el tratamiento de conductos únicamente, la apicectomía o la extracción.

GRANULOMA

El Granuloma dentario es una proliferación de tejido de granulación en continuidad con el periodonto, causado por la muerte de la pulpa con difusión de los productos tóxicos de los microorganismos o productos autolíticos, desde el conducto hasta la zona periapical. La denominación es incorrecta, pues el tejido considerado es principalmente inflamatorio crónico, y no neoplásico, no obstante, dada su simplicidad y su empleo corriente, usaremos el término "granuloma". A menudo se considera que un granuloma está constituido únicamente por tejido de granulación.

La causa de un granuloma es la muerte de la pulpa seguida de una infección o irritación suave de los tejidos periapicales que provoca una reacción celular proliferativa. El granuloma se formará solo un tiempo después que haya tenido lugar la mortificación pulpar. En algunos casos, es precedido por un absceso alveolar crónico.

QUISTE RADICULAR

Un quiste es una bolsa circunscrita, cuyo centro está ocupado con material líquido o semisólido en su interior por epitelio y en su exterior por tejido conjuntivo fibroso. La inflamación recurrente o una inflamación

severa pueden destruir parcialmente o por completo el revestimiento epitelial.

Los quistes odontológicos pueden ser radiculares o foliculares. Los fisurales pueden ser incisivos o globulomaxilares. Un quiste radicular o apical es una bolsa epitelial de crecimiento lento que ocupa una cavidad patológica ósea localizada en el ápice de un diente. Puede contener un líquido viscoso caracterizado por la presencia de cristales del colesterol. Las estadísticas sobre esta lesión, difieren según los autores y depende del criterio seguido para la definición de la afección y de si se realizaron o no cortes seriados en los exámenes.

2.3. REACCIÓN PERIAPICAL

Aparece como una lesión inflamatoria crónica que puede pasar a la etapa aguda

Sus síntomas son:

Dolor, sensibilidad apical y tumefacción local y sensibilidad a la percusión

Mayormente los síntomas son débiles o ausentes

Las bacterias son la causa principal (clase y número, disponibilidad de nutrientes, interacciones bacterianas, periodo, sistemas defensivos del huésped)

Se presenta desmineralización de tejidos

Intervienen fenómenos fisiopatológicos

Invasión bacteriana (por movilidad y crecimiento)

Evasión de las defensas del hospedero (cápsulas, proteasas)

Toxinas (endotoxinas)

2.4 PULPECTOMÍA NO VITAL Y OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES.

No se cuenta con ningún preparado que disuelva con seguridad el tejido necrótico, pero de todos los disponibles, los agentes oxidantes han demostrado ser eficaces y seguros como auxiliares de la instrumentación.

El hipoclorito de sodio, el peróxido de hidrógeno, urea al 30%, glióxido y urea en 50-50, han demostrado resultados clínicos excelentes (Luks, 103)

Con respecto a su tratamiento, el tipo de necrosis no tiene significación clínica. Esto es, su tratamiento es el mismo sin importar su tipo.

Pronóstico: favorable para el diente, si se aplica la terapia endodóntica adecuada.

2.5 HISTORIA DEL DIENTE COMPLICADO:

Historia dolorosa semejante a la pulpitis irreversible, si esta fue la causa de la necrosis.

El paciente puede relatar una lesión traumática El paciente puede relatar una lesión traumática.

El paciente puede relatar cambio de color de la corona

SINTOMATOLOGÍA

La necrosis parcial puede dar una sintomatología semejante a la de la pulpitis irreversible

La necrosis total es asintomática

La necrosis no tratada puede provocar dolor a la percusión y palpación por inflamación del ligamento periodontal

EXAMEN CLÍNICO

Depende de la causa de la necrosis

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Depende de la causa de la necrosis

En la necrosis no tratada puede observarse ligamento periodontal engrosado

CAPITULO 3

3. ANALISIS DEL CASO PRIMERA CITA

Universidad de Guayaquil
Facultad Piloto de Odontología
FICHA CLINICA

Señor: Jairo Vivar

A quien se realizo la ficha clínica y la toma radiográfica y después de revisar al paciente se estableció que el tratamiento a seguir es realizar una endodoncia en la pieza incisivo lateral derecho # (12)

3.1 ANAMNESIS

Es la evaluación subjetiva del dolor. La pulpa sólo reacciona ante el dolor, no diferencia entre frío o calor, y siempre de la misma forma. **Dolor:** es una experiencia sensorial y emocional, no placentera, con daño real o potencial en los tejidos. En la anamnesis se escuchará y dirigirá al paciente siendo habitual usar las siguientes preguntas:

1. ¿Desde Cuándo Le Duele?
2. Intensidad del dolor: puede ser suave, la lesión pulpar será, probablemente, una lesión reversible, o, por el contrario, un dolor intenso, la lesión pulpar será irreversible
3. ¿Ha Tomado Analgesicos?
4. ¿el dolor está localizado? esta pregunta es importante ya que la pulpa no tiene elementos de localización del dolor. Solamente el dolor es localizado cuando está afectado el ligamento periodontal y esto es porque la infección ha salido por el ápice del diente, previa hay una muerte pulpar, hasta el ligamento periodontal
5. ¿El Dolor Es Espontáneo o provocado? Por lo general habrá una lesión pulpar reversible cuando el dolor sea provocado, dure menos de un minuto y duela al frío, y será una lesión pulpar irreversible, y por lo tanto indicación de endodoncia o extracción, si

duele espontáneamente, duele más de 1 minuto al dolor provocado y duele al aplicar calor

6. ¿El dolor se calma al aplicar frío? si la aplicación de frío sobre la pieza - por ejemplo mediante enjuagues con agua fría - produce alivio del dolor, hay una lesión irreversible de la pulpa denominada pulpitis purulenta
7. Si hay dolor postural, al agacharse, suele indicar una lesión pulpar irreversible, aunque cuando se localiza en los molares o premolares superiores puede tratarse de una sinusitis maxilar, tomando en cuenta la localización del dolor ya sea irradiado o localizado, se tomara radiografía para valorar la pieza afectada.

3.2 AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO:

Una vez alcanzado el efecto de la anestesia se realizó el aislamiento, en este caso absoluto, para así mantener condiciones de asepsia, mejorar la visibilidad y evitar la aspiración e instrumentos y productos químicos utilizados durante el tratamiento.

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.

Una vez realizada la ficha clínica se realizó el aislamiento , en este caso absoluto, debido a que existía tejido carioso en las paredes mesio incisivo palatino, yo utilice el equipo de para aislar compuesto por clan para incisivos dique de goma el cual, proporciona aislamiento absoluto manteniendo condiciones de asepsia, mejora la visibilidad e impide la aspiración de instrumentos y productos químicos utilizados durante el tratamiento, además, le evita molestia a mi paciente y por ser una pieza superior no hubo mayor problemas

3.3 APERTURA Y ACCESO:

Se realizó la apertura para acceder a la cámara pulpar con fresa redonda de diamante, se realiza por la cara palatina siguiendo el eje longitudinal del diente haciendo la apertura en forma triangular con base incisal y vértice cervical para así eliminar cuernos pulpares y caries presente, de esa manera también se eliminó los bordes débiles del esmalte y los socavados, profundizamos hasta eliminar techo de la cámara pulpar sin lesionar su piso, utilizamos fresas batt para alisar paredes de cámara pulpar y facilitar el acceso a los conductos y que las limas penetren con facilidad. Utilizamos un explorador endodóntico DG-16 para localizar el conducto.

3.4 EXTRACCIÓN DEL CONTENIDO PULPAR:

Fue realizada por segmentos de manera progresiva (Apico – Coronal), desde la corona hasta el ápice.

SE PROCEDIO A RETIRAR EL NERVIO (Pulpa) del conductos con un tiranervio. Fue realizada por segmentos de manera progresiva (Apico – Coronal), desde la corona hasta el ápice.

Se procede entonces a la inundación de la cámara o solución de Dakin, siendo la presión de la irrigación controlada por la fuerza digital, este acto operatorio se realizo de una manera ligera el flujo salival fue controlado con succionador.

Luego procedimos al lavado del tercio, el primero el cervical, luego el medio y el ultimo el apical, el cual fue neutralizado con mas duración con el fin de no arrastrar el contenido septico-toxico al periapice en el momento de realizar la conductometria.

3.5 RADIOGRAFÍA PRE – OPERATORIA:

Con la radiografía de diagnóstico medí con una regla milimetrada la pieza desde el borde incisal hasta el ápice de la raíz dando una longitud aparente de 25mm.

ODONTOMETRÍA:

La odontometría consiste en la determinación correcta de la longitud real del diente que tiene por objetivo asegurar que los procedimientos endodónticos se realicen dentro de los límites del conducto radicular.

Con la cámara pulpar limpia y seca se procede a localizar el conducto, utilizando para ello una lima de calibre compatible con el mismo.

Una vez obtenida la longitud aparente de la pieza procedemos a colocar un tope de caucho en la lima #15 con un número menor a la longitud aparente lo dejamos en 24mm. A continuación se tomó una 2da radiografía con nuestra primera lima colocada en el conducto, para así comprobar la longitud aparente y obtener la longitud real de trabajo que fue de 25mm. Con la longitud real de trabajo es con la que preparamos el conducto.

En este caso yo coloque al interior del conducto vestibular una lima #15 de la primera serie a una medida de 22mm, luego procedí a colocar una lima #15 de la primera serie en el conducto a una medida de 20mm, con lo cual procedí a tomar una radiografía en la que me pude dar cuenta que está en el, CDC.

La obtención de la longitud real del diente se lo obtiene midiendo en la radiografía la longitud del diente y dándonos cuenta si nos falta al llegar al ápice, en mi caso la longitud aparente de 22mm para el conducto vestibular tuve que disminuirle 2mm quedando una medida de real de 20

En este caso yo coloque al interior del conducto vestibular una lima #15 de la primera serie a una medida de 22mm, luego procedí a colocar una lima #15 de la primera serie en el conducto a una medida de 20mm, con

lo cual procedí a tomar una radiografía en la que me pude dar cuenta que está en el C.D.C. La obtención de la longitud real del diente se lo obtiene midiendo en la radiografía la longitud del diente y dándonos cuenta si nos falta al llegar al ápice, en mi caso la longitud aparente de 22mm para el conducto vestibular tuve que disminuirle 2mm quedando una medida de real de 20.

3.6 PREPARACION BIOMECANICA DEL CONDUCTO.

La preparación del sistema del conducto constituido por un conjunto de procedimientos mecánicos y con el auxilio de productos químicos tiene por finalidad limpiar, conformar y desinfectar el conducto radicular y así crear condiciones para que se pueda obturar.

Con el primer instrumento (#10) que dejo ajustado con suavidad a las paredes del conducto en su porción apical y calibrado con la longitud de trabajo iniciamos el limado realizando movimientos giratorios 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.

3.7 INSTRUMENTACIÓN E IRRIGACIÓN:

Seleccioné las limas (Tipo K) de la primera serie, comencé con una lima #10 con una longitud de trabajo de 25mm la cual la medí con una regla milimetrada.

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 pasé a la lima #20 y de esa misma forma continué limando e irrigando con hipoclorito de sodio el conducto hasta llegar a la lima #40.

Consiguiendo la eliminación de sustancias que puedan afectar a nuestro tratamiento en el interior del conducto, por medio de la limpieza y lubricación del conducto.

3.8 CONDUCTO DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR DERECHO

Después de haber seleccionado la lima con la longitud de trabajo 20mm procedimos a instrumentar el conducto por tercio hasta sentir el tope apical. Debemos de tener en cuenta que no se mueva el tope de la lima porque podría cambiar la longitud real.

Posteriormente con el limado del conducto con movimiento de impulsión, rotación y tracción para después irrigar el conducto con hipoclorito de sodio al 0.05% a tiempos con el fin de limpiar al conductor, desinfectar y lubricar los instrumentos.

Una vez limado bien el conducto con esta primera lima pasé a la lima #20 y de esa misma forma continué limando e irrigando con hipoclorito de sodio el conducto hasta llegar a la lima #45 de la segunda serie.

SECADO DEL CONDUCTO:

Iniciando por la propia aspiración y complementando con puntas de papel absorbente con calibre equivalente a uno o dos números menos al último instrumento utilizado en la preparación mecánica, determinándose la longitud de acuerdo con la longitud real de trabajo.

Los conos de papel los introduje en el conducto hasta cuando ya no se observe que el cono sale humedecido, indicándonos que el conducto ya está seco.

MEDICACIÓN INTRACONDUCTO:

Procedí a llevar hidróxido de calcio químicamente puro mezclado con suero fisiológico al interior del conducto con la ayuda de la penúltima lima que utilice, en sentido antihorario.

MEDICACIÓN INTRACONDUCTO:

Procedí a llevar hidróxido de calcio químicamente puro mezclado con suero fisiológico, con una lima #15 lleve el material a los conductos

vestibular y palatino, coloque una torundita en el piso de la cámara pulpar para que no se mezcle con el material provisional.

COLOCACIÓN DEL PROVISIONAL

Posteriormente coloque un material obsturador temporal como el cavit hasta después de 48 horas que el paciente regrese para la segunda cita

COLOCACIÓN DE LA CURA OCLUSIVA:

Para finalizar se colocó una bolita de algodón a la entrada del conducto y sellamos con cavit el interior de la cámara pulpar como material provisional para evitar que se contamine el conducto.

CAPITULO 4

4. ANALISIS DEL CASO-SEGUNDA CITA

4.1 ANESTESIA:

Con el fin evitar las molestias del CLAMP, procedimos a anestesiar el diente a endodonciarse que es la pieza # 12.

Se colocó anestesia tópica para que al momento de introducir el anestésico con vasoconstrictor e infiltrativa, con una ajuga corta no haya dolor a inyectar es decir a nivel de la pieza, para bloquear el nervio alveolar superior anterior.

No se necesito de anestesia ya que era pulpa necrótica y no presentaba dolor ni a la percusión y a la palpación

4.2 TÉCNICA ANESTÉSICA DEL NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR

Lugar de la punción: En el pliegue mucobucal por encima del incisivo lateral superior derecho.

Dirección e inclinación de la aguja: Hacia arriba y ligeramente hacia atrás.

Profundidad: Se introduce la aguja hasta llegar un poco más arriba del ápice de la raíz del incisivo.

Una vez alcanzado el efecto de la anestesia dimos inicio a la operación propiamente dicha.

4.3 AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO:

Una vez realizada la ficha clínica se realizó el aislamiento , en este caso absoluto, debido a que existía tejido carioso en las paredes mesio incisivo palatino, yo utilice el equipo de para aislar compuesto por clon para incisivos dique de goma el cual, proporciona aislamiento absoluto

manteniendo condiciones de asepsia, mejora la visibilidad e impide la aspiración de instrumentos y productos químicos utilizados durante el tratamiento, además, le evita molestia a mi paciente y por ser una pieza superior no hubo mayor problemas.

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 pieza porta clamp a la boca para el aislamiento total de la cavidad.

4.4 REMOCIÓN DEL MATERIAL PROVISIONAL:

En este caso retiramos el material provisional con una fresa redonda de diamante colocada en la pieza de mano, una vez retirado el cavit, también se retiro la torundita de algodón dejada en la cámara pulpar.

Retiramos el material provisional, la torunda de algodón y con una lima realizamos movimientos de rotación buscando eliminar por completo la medición intraconducto, luego lavé el conducto con hipoclorito de sodio con el objeto de eliminar todos los restos de la mediación intraconducto y con conos de papel completamente estériles de la misma longitud de la lima de trabajo secamos el conducto para lograr tener un conducto limpio, seco y aséptico.

4.5 LIMPIEZA DE LOS CONDUCTOS:

Se retiro el hidróxido de calcio químicamente puro del conducto con una lima #40 de la primera serie e irrigando con una jeringa que contiene hipoclorito de sodio.

4.6 CONOMETRIA

Se procedió a la colocación en el interior del conducto el cono de gutapercha principal o maestro con el mismo diámetro de la última lima usada, y con la longitud de trabajo, después se procedió a tomar la

respectiva radiografía con el cono principal dentro del conducto para comprobar si es que nos hemos quedado corto de longitud.

4.7 OBTURACIÓN DEL CONDUCTO (TÉCNICA).

Después de la cronometría realizamos la obturación del conducto utilizando la técnica de condensación lateral así:

Elegimos nuestro cono principal, proseguimos a la elección del cemento obturador, en este caso Sealapex, se prepara el cemento y se coloca en la parte apical del cono principal y se lleva al interior del conducto.

4.8 CONDUCTO INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

Se llevo el material adosado al cono principal #40 al conducto, a continuación por medio del espaciador, los cuales se introducen con firmeza en el interior del conducto, con el fin de crear el mayor espacio posible para colocar conos secundarios # 35, 20 y 15 de la primera serie para realizar una buena condensación lateral, los cono secundarios utilizados fueron depositados en forma descendente.

, una vez que el conducto este bien considerado se cortan los conos a nivel de la entrada del conducto con la ayuda de un mechero y un gutaperchero, también podemos utilizar un atacador pequeño el cual calentamos y hacemos una consideración vertical y así eliminar resto de gutapercha porque si quedan en cámara residuos posteriormente hay cambio de color de la pieza dentaria.

Se toma una radiografía post operatoria para observar radiográficamente si hemos realizado una buena obturación.

Después de la conometría realizamos la obturación del conducto utilizando la técnica de condensación lateral así:

Elegimos nuestro cono principal, proseguimos a la elección del cemento obturador, en este caso Sealapex, se prepara el cemento y se coloca en la parte apical del cono principal y se lleva al interior del conducto.

Posteriormente continuamos con la colocación de conos secundarios en el interior del conducto con la ayuda de un espaciador, los cuales se

introducen con firmeza en el interior del conducto, con el fin de crear el mayor espacio posible para realizar una buena consideración lateral, los conos secundarios utilizados fueron depositados de forma descendente.

Una vez que el conducto este bien considerado se cortan los conos a nivel de la entrada del conducto con la ayuda de un mechero y un gutaperchero, también podemos utilizar un atacador pequeño el cual calentamos y hacemos una consideración vertical, por ultimo limpiamos la cámara pulpar con una torunda de algodón y cuidando de que no queden restos de guatapercha ni cemento.

Se toma una radiografía post operatoria para observar radiográficamente si hemos realizado una buena obturación.

4.9 COLOCACION DE LA CURA OCLUSIVA.

Una vez terminada la obturación de los conductos coloque cavit que es material provisional, luego de unos siete días aproximadamente efectuar la respectiva restauración de la pieza dentaria.

Para finalizar se colocó una bolita de algodón a la entrada del conducto y sellamos la entrada del conducto con cavit como material provisional, evitando así la filtración o la contaminación que podrían provocar el fracaso del tratamiento endodóntico.

4.10 CONTROL RADIOGRAFICA

Finalmente se retiró el aislamiento absoluto y se tomo una radiografía para ver como que nuestro tratamiento endodontico y ver si hay un buen sellado apical y tridimensional del conducto.

CAPITULO 5

5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

5.1 LISTADO

Fresa de Batt para contrángulo
Limas tipo Kerr 1era.
Gutaperchero
Regla milimetrada
Espátula de cemento
Porta clamp
Pinza Algodonera
Perforador de Dique
Espejo Bucal
Explorador endodóntico DG – 16
Arco de Young
Carpulle
Fresa de diamante redonda y troncocónica
Clamp

5.2 LISTADO DE COMPONENTES Y MATERIALES UTILIZADOS:

Algodón
Guantes
Jeringa de 3cm para irrigar
Dique de Goma
Anestésico dental con vasoconstrictor
Aguja corta
Hipoclorito de Sodio
Conos de Gutapercha de la primera serie
Conos de papel de la primera serie
Cemento Sealapex
Cavit
Vaso Dappen
Mechero

5.3 HIDRÓXIDO DE CALCIO:

Es una base alcalina terrosa, de un peso molecular de 74.08 es un polvo fino e inodoro, blanco, soluble en agua, e insoluble en alcohol tiene un PH

PROPIEDADES ANTIBACTERIANAS DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO .

La elevada del Ph se debe a la alta liberación de iones de hidroxilos dándole la propiedad de inactivar enzimas bacterianas, por otra parte estimula el sistema enzimático de los tejidos orgánicos proporcionándoles su efecto en la estimulación de los tejidos duros.

Los iones de hidroxilos actúan sobre las membranas celulares bacterianas e inactivan los ácidos grasos de endotoxinas.

Las infecciones del conducto radicular bien establecidas están caracterizadas por bacteria anaerobias estrictas o facultativas las cuales desarrollan su actividad en ausencia del oxígeno utilizando CO₂, el hidróxido de calcio reacciona con el CO₂, formando carbonato de calcio, privando a éstas bacterias del sustrato esencial para su supervivencia.

PROPIEDADES BIOLÓGICAS DEL HIDRÓXIDO DE CALCIO.

Cuando el hidróxido de calcio entra en contacto con el tejido conectivo pulpar o periapical provoca una zona de necrosis superficial el CO₂ presente en la zona, reacciona con el Hidróxido y forma granulaciones de carbonato de calcio en forma de calcita.

Este estimula el tejido conectivo subyacente a depositar granulaciones finas de sales de calcio a los cuatro o cinco días, ésta capa depositada estimula los fibroblastos, presentes en la zona a sufrir cito diferenciación esta célula desarrollan una intensa actividad metabólica de producción de colágeno y fibronéctina, secretándolas de matriz hacia la barrera inicial, esta matriz comienza, a atraer cristales de fosfato de calcio en forma de Hidróxiapatita, iniciando su mineralización.

Para que el hidróxido de calcio ejerza su actividad biológica debe ser colocado en contacto directo con el tejido conectivo sano y no un

coágulos sanguíneo o fragmento de dentina de lo contrario no se desencadenara el proceso de estimulación.

5.4 SEALAPEX (SYBRAN/KERR) (PASTA – PASTA)

Composición.

Hidróxido de calcio 25.0%, sulfato de Vario 18.6%, Oxido Zinc 6.5%, Dióxido de Titanio 5.1%, Estearato de Zinc 1.0%.

Es una mezcla de Etil – tolueno – sulfonamida, mutilen – Metil – Salicilato, Isobutil – Sodilicilato y Pigmento.

CARACTERÍSTICAS.

Para prepararlo se usan porciones iguales de base y catalizador. Es un sellador con tiempo de trabajo y endurecimiento muy prolongado que se endurece con el conducto radicular en presencia de humedad.

Su plasticidad y conocimiento son adecuados, mientras que su radiopacidad es escasa tiene alta solubilidad, por lo tanto poca estabilidad, esa solubilidad es la que le permite liberar el hidróxido de calcio en el medio en que se encuentra.

CAVIT

Componentes:

Oxido de zinc

Sulfato de calcio

Glicolacetato

Polivinil acetato y trietanolamia

5.5 HIPOCLORITO DE SODIO

El hipoclorito de sodio es altamente germinicida.

El compuesto así formado entra en el grupo de las cloraminas, que presentan una elevada propiedad bactericida.

En presencia de materia orgánica, el hipoclorito de sodio se transforma en anhídrido hipocloroso. Esta sustancia al instante se descompone, liberando cloro, que es un elemento químico altamente bactericida.

El hipoclorito de sodio presenta varias propiedades ventajosas para su utilización en las necropulpotomías, entre las cuales están las siguientes.

PH Alcalino. Entre 9 y 11, lo cual le permite neutralizar la acidez del tejido necrótico descompuesto o infectado o ambas cosas; esto transforma el medio impropio para el desarrollo bacteriano desde la primera sesión.

Esta propiedad permite una mayor y mejor limpieza de las áreas inaccesibles a los instrumentos endodónticos presentes en el conducto radicular, como istmos o irregularidades anatómicas, en las cuales el hipoclorito de sodio podrá disolver el material orgánico que se encuentran en ellas. Asimismo, deshidrata y solubiliza las sustancias proteicas como bacterias, toxinas, restos alimenticios, etc..., transformándolas en material fácilmente eliminable del conducto.

En la lista de propiedades que convierten al hipoclorito de sodio en la acción más adecuada para la irrigación del conducto radicular se destacan: Buena capacidad de limpieza, Poder antibacteriano efectivo, Neutralizante de productos tóxicos, Disolventes de tejidos orgánicos, Acción rápido, Desodorizante y Blanqueante.

5.6 CONO DE GUTAPERCHA:

Oxido de zinc, radio opacificador y resinas o ceras, por sus adecuadas propiedades físicas, químicas y biológicas es el material más utilizado a lo largo de los años.

5.7 TERAPÉUTICA.

Receta:

Naproxeno Comprimidos 500mg #9

Amoxicilina Cápsulas 500mg #9

Prescripción:

Naproxeno 500mg 1 c/12horas x 4 días

Amoxicilina 500mg 1 c/8horas x 3 días

5.6 DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

5.6.1 NAPROXENO

Nombre genérico: Naproxeno Sódico

Nombre comercial: Apronax, Acroxen, Doloxen, Arponas

Presentación

Comprimidos 100mg, 275mg y 500mg

Composición

Comprimidos con naproxeno sódico 275mg

Suspensión con naproxeno sódico 125mg

Se absorbe casi completamente en el tracto gastrointestinal. La sal sódica le permite una más rápida absorción. El inicio de la actividad analgésica se presenta dentro de la primera hora de su administración y su efecto se mantiene por más de 7 hora. Se liga a las proteínas plasmáticas en más del 99% y tiene una vida media de aproximadamente de 13 horas. Aproximadamente el 95% de la dosis es excretada en la orina como naproxeno o como metabolitos conjugados.

Naproxeno atraviesa la placenta y excretada por la leche materna.

INDICACIONES

Naproxeno está indicada para aliviar el dolor, la fiebre y la inflamación en procesos agudos o crónicos de cualquier origen. Son ejemplo de estas condiciones el dolor y la fiebre asociados a los procesos infecciosos, la dismenorrea el dolor postraumático o postquirúrgico, el dolor dental, la migraña y los procesos inflamatorios que acompañan a la artritis reumatoidea, osteoartritis, espondilitis anquilosante, artritis juvenil, bursitis, tendinitis y gota. En niños a partir de 2 de edad las indicaciones son similares pero adicionalmente, el producto es útil para el control del dolor y de la fiebre después de las inmunizaciones.

CONTRAINDICACIONES

Naproxeno esta contraindicado en pacietes alérgicos a los componentes del producto o a otros AINEs. Por su producto contenido de naproxeno, el producto no debe administrarse a niños menores de 2 años, a personas en tratamientos anticoagulante o con enfermedad ácido – péptica activa. Por su contenido de paracetamol el producto no debe administrarse a personas que estén recibiendo anticoagulantes orales, en casos de insuficiencia hepática severa, insuficiencia renal severa o agranulocitosis.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

La administración de naproxeno sódico conlleva el riesgo de ulcera péptica, sangrado digestivo y perforación gastrointestinal. En paciente en función renal alterada, naproxeno sódico debe ser administrado con prudencia, utilizando la dosis más baja posible. La administración de naproxenico sódico puede alterar las pruebas de la función hepática.

USO EN EL EMBARAZO

No existen ensayos clínicos bien controlados con naproxeno sódico en mujeres embarazadas. En ratas gestantes no se a demostrado alteraciones en la fertilidad o efectos teratogenicos, pero si se documentado una prolongación del trabajo de parto y, cuando se utiliza en la ultima etapa del embarazo, un cierre prematuro del conducto arterioso. Naproxeno no se debe administrarse en el embarazo a menos que a juicio del medico. Los beneficios para el paciente superen los riesgos potenciales para el feto.

USO EN LA LACTANCIA

Naproxeno no está recomendado para madres latente.

REACCIONES ADVERSAS

Las reacciones adversas más frecuentes que ocurren con naproxeno sódico son las gastrointestinales: epigastralgias leves, náuseas, vómitos; excepcionalmente, úlcera péptica sangrado o perforación gastrointestinal.

DOSIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Adultos: La dosis usual de inicio de tratamiento es de uno o de dos comprimidos de naproxeno, seguida después de un comprimido cada 6 - 8 horas durante un mínimo de 10 días.

Niños: La dosis ponderal de naproxeno como analgésico o antipirético es de 5 – 7 mg/kg/dosis. La suspensión de naproxeno debe administrarse cada 8 horas.

5.6.2 AMOXICILINA

Nombre genérico: Amoxicilina

Nombre comercial: Amoxil ® o Clomoxil ®. Hoy la patente ha caducado y se encuentra en el mercado también con otros nombres como: Actimoxil®, Amoxibiotic®, Amoxicilina®, Amoxidal®, Pamoxicillin®, Lamoxoy®, Trimox® y Zimox®. Medicamentos de acción.

INDICACIONES Y POSOLOGÍA

La amoxicilina está indicada en el tratamiento de infecciones sistémicas, o localizadas causadas por microorganismos gram – positivos y gram – negativos sensibles, en el aparato respiratorio, tracto gastrointestinal o genitourinario, de piel y tejidos planos neurológicas y odontoestomatológicas. También está indicada en la enfermedad o en borreliosis del Lyme, en el tratamiento de la infección precoz localizada (Primer estadio o eritema migratorio localizado) y en la infección diseminada o segundo estadio. Tratamiento de erradicación de H. pylori.

ADMINISTRACIÓN ORAL

Adultos, adolescentes y niños de más de 40kg: Las dosis recomendadas son de 500mg c/12horas o 250mg c/8horas. En el caso de infecciones muy severas o causadas por gérmenes menos susceptibles, la dosis puede aumentarse a 500mg c/8horas.

Lactantes y niños <40 kg: Para infecciones moderadas, las dosis recomendadas son de 20mg/kg/día divididos en dosis cada 8horas o 25mg/kg/día en dosis cada 12horas. Estas dosis se puede aumentar hasta 40mg/kg/día en tres administraciones o a 45mg/kg/día en 2 administraciones.

Neonatos y Lactantes de < 3 meses de edad: La máxima dosis recomendada es de 30mg/kg/días en 2 dosis al día.

Contraindicaciones

La amoxicilina está contraindicada en pacientes con alergias conocidas a las penicilinas, a las cefalosporinas o al imipenem. Las incidencias de hipersensibilidad cruzadas es de tres al 5%. Los pacientes con alergias, asma o fiebre de heno son más susceptibles a reacciones alérgicas a las penicilinas.

La Amoxicilina está clasificada en la categoría B de riesgo para el embarazo. Los datos en animales indican que el fármaco no es teratogénico y, en general, las penicilinas son consideradas como fármacos seguros durante el embarazo. La Amoxicilina se excreta en la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir salpullido, diarrea o superinfecciones en los lactantes. Se deberán considerar estos riesgos para el lactante cuando se prescriba un tratamiento con Amoxicilina a la madre.

La Amoxicilina puede producir la eficacia de los anticonceptivos orales que contienen estrógenos debido, bien a una estimulación del metabolismo de estos, bien a una reducción de su circulación enterohepática al reducirse la flora gastrointestinal por acción del antibiótico. Se han documentado casos de fracasos anticonceptivos en

pacientes tratadas con Amoxicilina aunque se desconoce la naturaleza de esta interacción por lo tanto, se recomienda advertir a los pacientes que se encuentre bajos anticonceptivos orales de la posibilidad de un fallo anticonceptivos para que tomen medidas alternativas durante el tratamiento con Amoxicilina.

Reacciones Adversas

Los efectos secundarios más frecuentes son los asociados a reacciones de hipersensibilidad y pueden ir desde un salpullido sin importancia a serias reacciones anafilácticas se a descrito.

Eritema multiforme

Dermatitis Exfoliativa

Rash maculopapular con eritema

Necrosis Epidermica toxica

Síndrome de Stevens Johnson

Vasculitis

Urticaria

Los efectos secundarios más comunes asociados al tracto digestivo son similares a los de otros antibióticos y se deben a la reducción de la flora:

Nauseas – Vómitos

Anorexia

Diarrea

Gastritis

Pueden producirse superinfecciones durante un tratamiento con amoxicilina, en particular si es de larga duración. Se han comunicado candidiasis orales y vaginales.

Estas reacciones adversas son reversibles al discontinuar el tratamiento.

CONCLUSIÒN

Hay que ir al Dentista para hacerse una revisi3n por lo menos una vez al a3o, Y hacerse unas radiografías cada dos a3os por lo menos, para detectar caries. Pero de las peque3as, intrabucales (dos coroneles suelen ser suficientes para control), las Panorámicas (ortopantomografía) no permiten ver detalles, no sirven para detectar caries incipientes, ni para ver Procesos inflamatorios incipientes. Sin embargo impresionan a los pacientes que se quedan muy satisfechos con esa “alta tecnología”.

RECOMENDACIONES

Toda endodoncia necesita, por lo menos, tres radiografías para garantizar la seguridad del tratamiento. La radiografía inicial permite estudiar la anatomía, forma, tamaño y dificultades del conducto. La segunda radiografía, medir la longitud real del diente y la tercera, verificar y controlar el éxito del tratamiento.

El tratamiento de conducto es sólo una parte del tratamiento integral de la pieza dentaria. Una vez finalizada esta etapa hay que evaluar qué tipo de obturación o rehabilitación se necesita para devolver en la mejor forma posible la estética y la función perdida.

El endodoncista requiere amplios y profundos conocimientos, tanto teóricos como prácticos de anatomía dentaria, morfología de los conductos radiculares, radiología, histología y fisiología de la pulpa, bacteriología, anatomopatología, farmacología, terapéutica, cirugía bucal y anestesiología, además de habilidad personal, destreza y motricidad fina táctil.

Salvar un diente es algo maravilloso que produce entre el profesional y el paciente la satisfacción de un "logro compartido", le da sentido a la especialidad y provoca una agradable sensación de misión cumplida.

BIBLIOGRAFIA

SIQUEIRA JR J F, UZEDA M.: Intracanal medicaments: Evaluation of the antibacterial effects of chlorhexidine, metronidazole, and calcium hydroxide associated with three vehicles. J Endodont, March, 1997.

GROSSMAN LI. Endodoncia practica. 3/a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1963.

INGLE - BAHLAND. "Endodoncia". McGraw - Hill. Interamericana. 1996

SELTZER, 5. BENDER, I.B. "Pulpa Dental". Manual Moderno. 1987

WALTON E . Richard, TORABINEJAD Mahmoud. Principios de la endodoncia, Segunda Edición . Editorial Mc Graw — Hill Interamericana México 1996.

CANALDA SAHLI, C. "Endodoncia. Técnicas clínicas y bases científicas". Masson. 2001.

WEINE, F. "Tratamiento Endodóntico". Harcourt. 5ta Edición.

COHEN Stephen ,BURNS Richard. Vías de la Pulpa. Séptima Edición Editorial Harcourt. Madrid , España 1999.

LEONARDO MR, Leal JM. Endodoncia, tratamiento de los conductos radiculares, 2/a ed. México: Panamericana ; 1994

Anexo 1

Historia Clínica.

**CASO ENDODONCIA.
TRATAMIENTO DE NECROSIS PULPAR.
PIEZA # 12**



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

ESTADOCIVIL	NOMBRE	APELLIDO	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
	Leizaola	Leizaola	43 años	

SEXO	1-4 AÑOS	5-7 AÑOS	8-10 AÑOS	11-14 AÑOS	15-18 AÑOS	MAYOR DE 18 AÑOS	DESCONOCIDA
M							

1 MOTIVO DE CONSULTA

patologica

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

NINGUNA

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

TUBERCULOSIS ALERGIA ENFERMEDAD RENAL ENFERMEDAD HEPATICA ENFERMEDAD CARDIACA ENFERMEDAD RESPIRATORIA ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL ENFERMEDAD ENDOCRINA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA ENFERMEDAD MUSCULOESQUELÉTICA ENFERMEDAD OÍDIO ENFERMEDAD DE LA PIEL ENFERMEDAD OCULAR ENFERMEDAD AUDITIVA ENFERMEDAD NASAL ENFERMEDAD ORAL ENFERMEDAD OÍDIO ENFERMEDAD DE LA PIEL ENFERMEDAD OCULAR ENFERMEDAD AUDITIVA ENFERMEDAD NASAL ENFERMEDAD ORAL

4 SIGNOS VITALES

TEMPERATURA 37.2 °C PULSO 75 bpm PRESION 120/80 mmHg

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LÍNEA 2. MUELAS 3. MUELAS SUPLENIDAS 4. MUELAS SENSIBLES 5. LINGUA 6. PALADAR 7. FLESA 8. GUMAS

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

NUMERICAL SIMPLIFIED			PERIODONTAL			GUM COLLISION			PLAQUE		
16-17	18-19	20	1	2	3	1	2	3	1	2	3
16	17	00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	21	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	27	02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	37	03	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	47	04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	47	05	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL			0	0	0	0	0	0	0	0	0

8 INDICES CPO-600

D	C	P	O	TOTAL
0	1	2	4	7
d	c	p	o	TOTAL
0	0	0	0	0

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

- ⊙ RELINTE VITRERO
- ⊙ RELINTE RESINADO
- ⊙ EXTENSIONE INFERIOR
- ⊙ EXTENSION POR CRISTAL
- ⊙ PERICOA SIN CRISTAL
- ⊙ ENDODONCIA
- ⊙ PROXIMA FLUJ
- ⊙ FACTOR PERMANENTE
- ⊙ FACTOR TEMPORAL
- ⊙ GUMAS
- ⊙ DENTURAS
- ⊙ DENTES

1RA CITA: DIAGNOSTICO, PROFILAXIS Y RESPONSA FECHA: 3-12-10

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

Hugo CASTRO
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 COCAMAQUI
 FACULTAD PROFESIONAL ODONTOLOGIA
 CLINICA DE EMERGENCIA
 FICHA CLINICA DE EMERGENCIA

NOMBRE: José O. Moya EDAD: 33 años FECHA: 3 de octubre 2010

ANTECEDENTES

Esta bajo tratamiento médico SI NO Alergia a medicamentos SI NO
 Complicaciones con anestesia SI NO Hemorragia SI NO
 Otros:

MOTIVO DE LA CONSULTA estética

MOLESTIA PRINCIPAL: cola del diente

DIENTE A TRATARSE # 12

EXPLORACION CLINICA

INSPECCION: normal PALPACION: negativo
 PERCUSION: negativo MOVILIDAD: negativo
 TRANSLUMINACION: normal

INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

corona presento señales radiolúcidas compatible con apertura coronal, apertura radiopaca compatible con material medicamentoso, conducto normal, raíz única, ausencia de canal pulpar agudo en el canal cervical, pulpa reducida a nivel del cuello, pulpa reducida a nivel del cuello

SEMIOLOGIA DEL DOLOR

TIPO: no espontáneo INTENSIDAD: ASINTOMÁTICO
 CRONOLOGIA: dentro de 24 horas UBICACIÓN: dentro de 24 horas
 ESTIMULO: dentro de 24 horas

VITALOMETRIA

PRUEBA TERMICA: NEGATIVO
 PRUEBA DE CAVIDAD: NEGATIVO

DIAGNOSTICO: pulpa necrótica

TRATAMIENTO

LONGITUD APARENTE: 22 mm LONGITUD DE TRABAJO: 10 mm
 PRONOSTICO: trafante por el pulpa, borrar pulpa del diente.

OBSERVACIONES:

PRIMERA CITA

3 de diciembre 2010
APERTURA DE CONDUCTO CONDUCTO METALICO INSTRUMENTA
CION. BIOMECANICA MEDICACION DE CONDUCTO Y OBTURACION
PROVISIONAL.

SEGUNDA CITA

10-12-10 CONTROL METALICO OBTURACION DE CONDUCTO
OBTURACION PROVISIONAL

FECHA

3 de diciembre 2010 COSTO \$ 30 = ABONO \$ 30,- SALDO - 0 -


INTERNO TRATANTE
HUGO CASTRO D.


JEFE DE GUARDIA

Anexo # 2.



Paciente Operador. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo #3



Presentación del Caso Clínico. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo 4.



Radiografía de Diagnostico: Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo 5



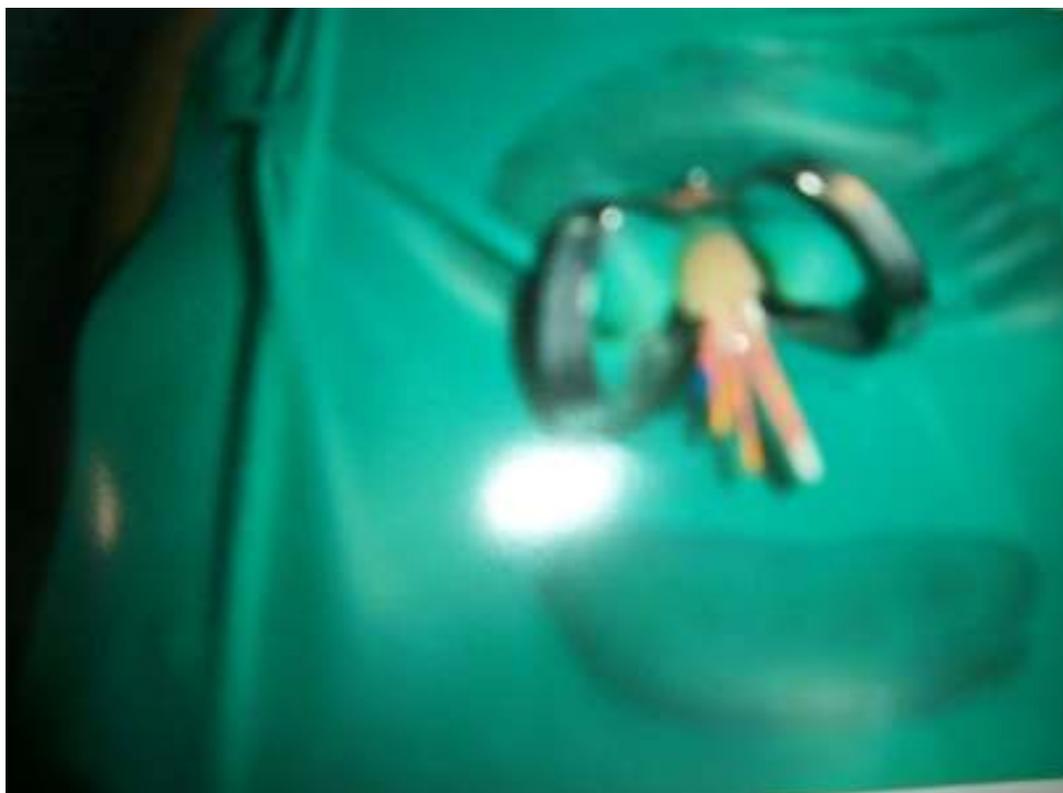
Apertura con aislamiento Absoluto Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo6.



Radiografías: diagnóstico, conductometría, conometría y conducto obturado Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo 7



Pieza con Prueba de Penacho.. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Anexo 8



Pieza con Material Provisional. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología , Castillo H., 2010.

Otros Casos Clínicos Realizados en la Formación Académica

Caso De Prevención. Sellantes de Fosas y Fisuras.

1ª CITA: DIAGNOSTICO, PROFILAXIS Y SEGUIMIENTOS DE PUNTOS Y
FIGURAS FECHA: 13-12-10

[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.



Paciente Operador. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,
, Castillo H., 2010.

Foto # 2.



Presentación del Caso: Arcada superior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 3.



Presentación del Caso: Arcada inferior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 4.



Molares Superiores (Ameloplastia). Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Castillo H., 2010.

Foto # 5.



Molares Inferiores (Ameloplastia). Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 6.



Piezas superiores grabadas con aislamiento Relativo . Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 7.



Piezas Inferiores grabadas con aislamiento Relativo Fuente: Clínica de Internado
Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 8.



Piezas selladas Arcada Superior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Castillo H., 2010.

Foto # 9.



Piezas selladas Arcada inferior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

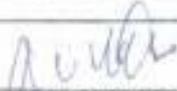
Foto # 10.



Toma de Arcadas Superior e Inferior aplicando Flúor. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

**CASO CLINICO
DE OPERATORIA DENTAL.
PIEZA # 47**

1ª CITA: DIAGNÓSTICO, PROFILAXIS Y OPERATORIA FECHA: 19-12-10



JEFE DE GUARDIA



INTERNO

Hugo Castillo

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: GINA MERCEDES FECHA: 9-12-2010
 b) Domicilio: MARASINGUE ESTE COOP. LOMIZON DE LA PATRIA 12-E-V-424 Apellidos: DE VALLE SANCHEZ
 Teléfono: 098012411

2- MOTIVO DE LA CONSULTA: CAMBIO DE RESTAURACION

3- MOLESTIA PRINCIPAL: NINGUNA

4- PIEZA A TRATARSE #: 46

5- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: CORONA SOMBRA RADIOPACA COMPATIBLE CON MATERIAL DE RESTAURACION. CAMARA RECTANGULAR DOS CONDUCTOS Y DOS RILOS NOROCCAL. ESPACIO LIGAMENTO PERIODONTAL LIBERAMENTE ENCLASADO POR MESIAL. CRESTA ALVEOLAR NORMAL TRAVEZADO OSEO NORMAL.

6- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: LA PEA # 46 PRESENTA DISCROMIA, RESTAURACION DE AMALGAMA DE PRIMERA CLASE, PROCESO CARIOSO EN CARA MESIAL.

7- DIAGNOSTICO: CARA OCLUSAL PRESENDA AMALGAMA DEFECTUOSA.

8- PLAN DE TRATAMIENTO: RESTAURACION DE SEGUNDA CLASE CON RESINA DE FOTOCURADO.

9- TERAPEUTICA (RECETA): —

10- RECOMENDACIONES: NO MASTICAR LAPIZ, OBJETOS DURO, CLORETE CHICHOS.

11- PASOS OPERATORIOS

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

Hugo CASTILLO
 INTERNO

[Signature]
 JEFE DE GUARDIA

Foto # 1.



Paciente Operador. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 2.



Rayos X para Diagnostico. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 3.



Presentación del Caso. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 4.



Pieza en Tratamiento Cavidad Conformada con Poste. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Castillo H., 2010.

Foto # 5.



Colocación de Resinfort. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 6.



Caso Terminado Tallado Pulido y Abrillantado. Fuente: Clínica de Internado
Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

CASO CLINICO.
CIRUGIA
PIEZA # 38

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 EXODONCIA

Guayaquil, 2 de diciembre de 2010...

- 1- NOMBRE Y APELLIDO : Colma Mercedes del Valle Sanchez
- 2- MOTIVO DE CONSULTA : Echacion por tratamiento ortodontico
- 3- MOLESTIA PRINCIPAL : ninguna
- 4- ANTECEDENTES PERSONALES : NINGUNO

a) Esta bajo tratamiento médico	SI	NO	PORQUE
b) Que medicación está tomando	<u>NINGUNO</u>		
c) Hepatitis	<u>NO</u>		
d) Hemofilia	<u>NO</u>		
e) Alergias	<u>NO</u>		
f) Embarazo	<u>NO</u>		
g) Cáncer	<u>NO</u>		
h) Hipertensión	<u>NO</u>		
i) Tuberculosis			
j) Sida	<u>NO</u>		
k) Sinusitis	<u>NO</u>		
l) Diabetes	<u>NO</u>		
m) Complicaciones con anestesia	<u>NO</u>		
n) Hemorragias	<u>NO</u>		
o) Otros	<u>-</u>		

5- EXAMEN CLINICO
 A) SIGNOS VITALES
 Pulso 60 x/min Respiración 25 x/min P. Arterial 120/80 mm Temperatura 37°C

B) EXAMEN INTRAORAL		N	A	N	A
a) Mucosa labial	/			f) Piso de la boca	/
b) Mucosa de carrillo	/			g) Dientes	/
c) Paladar duro y blando	/			h) Periodonto	/
d) Orolaringe	/			i) Oclusión	/
e) Lengua	/			j) Otros	/
C) EXAMEN EXTRAORAL					
a) Labios	/			c) Piel	/
b) A.T.M.	/			d) Cuello	/

PIEZA A EXTRAERSE # # 38

INTERPRETACION RADIOGRAFICA : CORONA PRESENTA SOMBRAS RADIOLUCIDAS COMPATIBLE CON PROCESO CRONICO CONDUCTO Y DANE UNO ESPACIO PERIODONTIA LIBERAMENTE ENGRASADO CORTICAL AUTORA CORONA TRANSDUCIDA

DIAGNOSTICO : Corona oscura

PLAN DE TRATAMIENTO : Exodoncia

TECNICA QUIRURGICA : Exodoncia, reemplazo, tratamiento ortodontico

FARMACOPEA : Meloxicam #4 y Vitamina C #7

RECOMENDACIONES : Dicho blanco y reposo

[Signature]
 INTERNO TRATANTE
 Hugo Castro

[Signature]
 JEFE DE GUARDIA

Foto # 1.



Paciente Operador. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 2.



Radiografía de diagnostico. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 3.



Presentación del Caso. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 4.



Luxación de la Pieza con Elevador Fino. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 5.



Pieza Extraida Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,
Castillo H., 2010.

Foto # .6.



Suturación con Hilo de Seda 3.0 Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

**CASO CLINICO
DE
PERIODONCIA.**

1RA CITA: DIAGNOSTICO PROFILAXIS PERIODICA - 10-12-2010 FECHA:

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

2DA CITA: ALISADO Y PULIDO - 15-12-2011 FECHA:

[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



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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: FREDDY JOSE
 b) Domicilio: MILAGRO AV: PRINCIPAL

FECHA: 10-12-2010
 Apellidos: ARELLANO ALAJA
 Teléfono: 207136

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: LIMPIEZA DENTAL

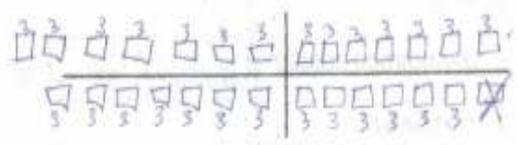
3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

a) Cuando realizo la última visita al Odontólogo? : EN EL AÑO 2005
 b) Es la primera vez que se enferma su encía? : NO
 c) Cuántas veces se cepilla diariamente? : UNA VEZ AL DIA
 d) Qué pasta utiliza? : COLGATE
 e) Usa hilo dental? : NO
 f) Usa enjuagues bucales? : NO
 g) Cuando comenzó la lesión? : HACE DOS AÑOS
 h) Dónde está localizada? : GENERALIZADA
 i) Le sangra al cepillarse? : SI
 j) Sufre de hemorragias espontánea en la boca? : NO
 k) Tiene mal aliento? : SI
 l) Tiene mal sabor en la boca? : SI
 m) Se muerde las uñas? : SI
 n) Muerde objetos extraños? : NO
 o) Aprieta o rechina los dientes? : NO

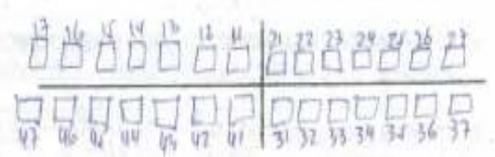
4.- EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas : PRESENTA UNA RESTAURACION # 31

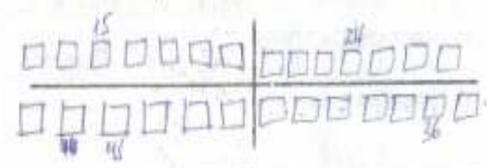
b) Localización de materia alba y placa bacteriana



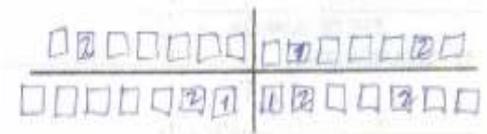
c) Localización de cálculos supragingival y subgingival



d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)



e) Localización y medición de movilidad dentaria



5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 21
 PIEZA 22
 PIEZA 23
 PIEZA 24
 PIEZA 25
 PIEZA 26
 PIEZA 27
 PIEZA 28 *No hay*

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

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

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41
 PIEZA 42
 PIEZA 43
 PIEZA 44
 PIEZA 45
 PIEZA 46 *No hay*
 PIEZA 47
 PIEZA 48

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Periodontitis mantenida generalizada

7.- TRATAMIENTO

Periodontal

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

Raspaje - pulido y alizado Radicular cepillado y aplicación de fluor

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

*ceftin tabletas 2 al día x 7 días Amoxicilina 500mg 198HRS
 #12 metronidazol 500mg 198 HRS # 12 y coartogenil 500 mg 198HRS TABLETAS #6*

10.- RECOMENDACIONES:

Cepillar 3 veces Al día Enjuague Bucal, Uso del hilo dental

11.- PRIMERA CITA

[Signature]

JEFE DE GUARDIA

FECHA:

10-12-2010

[Signature]

INTERNO

12.- SEGUNDA CITA

[Signature]

JEFE DE GUARDIA

FECHA:

11-12-2010

[Signature]

INTERNO

5- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

- PIEZA 11 pulpa corona completa cámara pulpa dihérmida pericápica normal
- PIEZA 12 Presente corona completa cámara pulpa normal conducto único
- PIEZA 13 corona completa cámara pulpa normal conducto único amplio
- PIEZA 14 corona completa cámara normal apica y periapica normal tuberculada
- PIEZA 15 corona completa conducto único tuberculada oseo normal cortical H
- PIEZA 16 corona normal cámara estética tres conductos distal root normal oseo
- PIEZA 17 corona normal cámara amplia tres conductos normal normal
- PIEZA 18 corona completa tres raíces fuertes raíz pequeña ligamento periodontal

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

- PIEZA 21 corona completa cámara radicular que afecta col
- PIEZA 22 Presente corona completa cámara pulpa normal
- PIEZA 23 corona normal cámara normal apica única amplia
- PIEZA 24 Presente corona completa cámara amplia pulpa
- PIEZA 25 corona completa presente dos raíces conducto atípico
- PIEZA 26 Presente corona completa cámara pulpa normal
- PIEZA 27 corona completa cámara amplia tuberculada oseo
- PIEZA 28 No hay

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

- PIEZA 31 corona completa radicular radicular cámara normal Periapica normal
- PIEZA 32 pulpa cámara normal conducto estrecho tuberculada oseo normal
- PIEZA 33 Presente corona normal derecha por abricos cámara pulpa normal
- PIEZA 34 corona completa cámara normal tuberculada oseo normal apica y periapica
- PIEZA 35 corona completa cámara normal apica y periapica normal tuberculada
- PIEZA 36 corona completa cámara normal tuberculada oseo normal apica y periapica
- PIEZA 37 corona completa cámara normal apica y periapica normal tuberculada
- PIEZA 38 Presente corona normal tuberculada oseo normal apica y periapica normal

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

- PIEZA 41 corona completa cámara pulpa normal apica y periapica
- PIEZA 42 corona completa apica y periapica normal tuberculada oseo normal
- PIEZA 43 Presente en ángulo distal fractura de cuspide distal oseo
- PIEZA 44 corona completa cámara pulpa normal apica y periapica
- PIEZA 45 corona completa presente cámara normal apica y periapica
- PIEZA 46 No hay
- PIEZA 47 Presente corona amplia con pulpa normal apica y periapica normal tuberculada oseo
- PIEZA 48 corona completa cámara normal tuberculada oseo normal apica y periapica normal

6- DIAGNOSTICO CLINICO

Periodontitis moderada generalizada

7- TRATAMIENTO

Periodontal

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

Roopyl - pulido y alizado Radicular capilares y oclusión de fluro

9- TERAPEUTICA (RECETA)

ceban tabletas 2 al dia x 7 dias Amoxicilina 500mg 1984 #12 melindazol 500mg 1c/12 HRS #12 y coartogenc 500mg 1c/12 HRS TABLETAS #6

10- RECOMENDACIONES

Cevillas 3 veces Al dia Enguape Buesal, Uso del hilo dental

11- PRIMERA CITA

[Signature] JEFE DE GUARDIA

FECHA: 10-12-2010

[Signature]

12- SEGUNDA CITA

[Signature] JEFE DE GUARDIA

FECHA: 11-12-2010

INTERNO

[Signature]

INTERNO

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 11	PIEZA 12	PIEZA 13	PIEZA 14	PIEZA 15	PIEZA 16	PIEZA 17	PIEZA 18
MV= 3,5	MV= 4	MV= 4	MV= 3	MV= 3	MV= 3,5	MV= 4,5	MV= 3
V= 3	V= 4	V= 3	V= 4	V= 3	V= 3,5	V= 4	V= 3,5
DV= 3	DV= 3,5	DV= 3	DV= 4	DV= 3	DV= 3,5	DV= 4	DV= 3
MP= 3	MP= 3	MP= 3	MP= 3	MP= 4	MP= 3	MP= 3	MP= 4
P= 3,5	P= 3	P= 3	P= 3,5	P= 4	P= 3	P= 3,5	P= 4
DP= 4	DP= 3	DP= 3,5	DP= 3	DP= 4	DP= 3	DP= 4	DP= 4

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 21	PIEZA 22	PIEZA 23	PIEZA 24	PIEZA 25	PIEZA 26	PIEZA 27	PIEZA 28
MV= 3	MV= 3,5	MV= 3,5	MV= 4	MV= 3	MV= 4,5	MV= 4	MV= —
V= 3	V= 3	V= 3	V= 4	V= 3,5	V= 4	V= 4,5	V= —
DV= 3	DV= 3	DV= 3	DV= 4	DV= 3,5	DV= 4	DV= 4,5	DV= —
MP= 3	MP= 3,5	MP= 3	MP= 3,5	MP= 3,5	MP= 3,5	MP= 3,5	MP= —
P= 3	P= 3,5	P= 3	P= 3,5	P= 4	P= 3,5	P= 4	P= —
DP= 3	DP= 3,5	DP= 3	DP= 3,5	DP= 4	DP= 4	DP= 3	DP= —

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 3,5	MV= 3	MV= 4,5	MV= 3,5	MV= 4	MV= 4	MV= 3	MV= 3,5
V= 4	V= 3	V= 4	V= 3,5	V= 4	V= 3	V= 3	V= 3,5
DV= 4	DV= 4	DV= 4	DV= 4	DV= 3,5	DV= 3	DV= 4,5	DV= 3,5
ML= 3	ML= 4	ML= 3	ML= 4	ML= 3,5	ML= 3,5	ML= 4,5	ML= 3,5
L= 3	L= 4	L= 3,5	L= 4	L= 3	L= 3,5	L= 4,5	L= 4
DL= 3	DL= 3	DL= 4	DL= 4	DL= 3	DL= 4	DL= 4	DL= 4

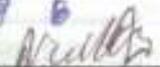
SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	PIEZA 42	PIEZA 43	PIEZA 44	PIEZA 45	PIEZA 46	PIEZA 47	PIEZA 48
MV= 4,5	MV= 4	MV= 4	MV= 4	MV= 3	MV= —	MV= 3,5	MV= 4
V= 4,5	V= 4	V= 4	V= 3,5	V= 3	V= —	V= 3,5	V= 3,5
DV= 3,5	DV= 3,5	DV= 4	DV= 3,5	DV= 4	DV= —	DV= 3,5	DV= 3,5
ML= 4	ML= 4	ML= 3,5	ML= 4	ML= 4	ML= —	ML= 4	ML= 4
L= 4	L= 3,5	L= 3,5	L= 4,5	L= 4	L= —	L= 4	L= 4
DL= 4	DL= 4	DL= 3	DL= 3,5	DL= 3,5	DL= —	DL= 4	DL= 3,5

CÓDIGO DE RUSSELL

Ausencia de inflamación:	0
Inflam. gingival leve (1 ó 2 caras):	1
Inflam. gingivocircunscrita:	2

Inflamación + bolsa periodontal:	6
Movilidad dentaria:	8
Ausencia dentaria:	9

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			6		1	1	1				6				9
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			9	6		2	2	2					6		8
 JEFE DE GUARDIA								 INTERNO							



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

PACIENTE: <u>FREDDY JOSE ANELLIANO ALAIZA</u>	H.C. # <u>001</u>
INTERNO: <u>HUGO CASTILLO ORMAZA</u>	CURSO: <u>5/3</u>

CONTROL DE PLACA

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			1		0	0	0	1	1	1	1	1	0		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
								1	1	1	1	1	0		

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0		

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		1	X					1		X		1			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		X				1	1	1	1			1			

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		X	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0		

SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 15 / 12 / 10

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	1	1	0	0	0			0	0	1	0	1	0		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	1		1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1		

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO



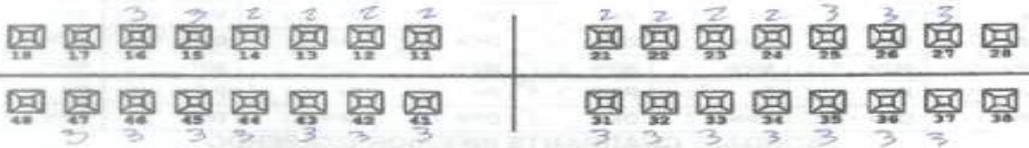
**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA**

PACIENTE: <u>FREDDY JOSE Apollano ALAÑA</u>	H.C. # <u>001</u>
INTERNO: <u>HUGO CASTILLO ORMAZA</u>	CURSO: <u>5/3</u>

ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes:	30
b) Número de caras:	120
c) Caras teñidas:	117.5
d) Porcentaje de placa:	97.9%

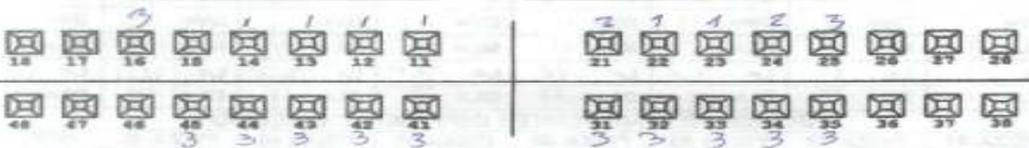
b)	✗	100%
c)	✗	d)



ÍNDICE DE CÁLCULO

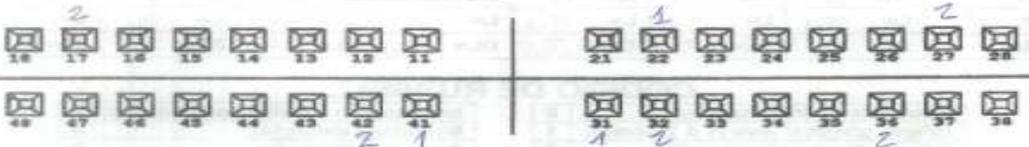
Ausencia de cálculo:	0
Cálculo supragingival:	1

Cálculo subgingival:	2
Cálculo supra y subgingival:	3



ÍNDICE DE MOVILIDAD

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



ÍNDICE DE SANGRADO

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



Foto # 1.



Paciente Operador. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,
Castillo H., 2010.

Foto # 2.



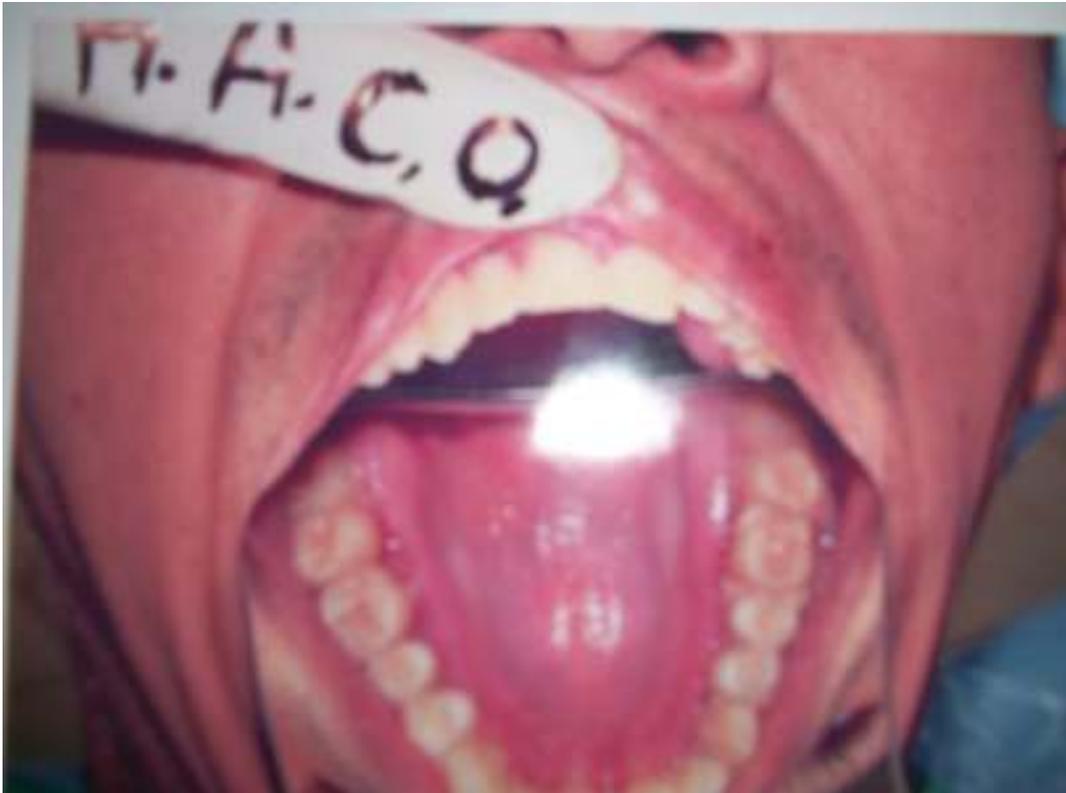
Radiografías de Diagnostico. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto #3



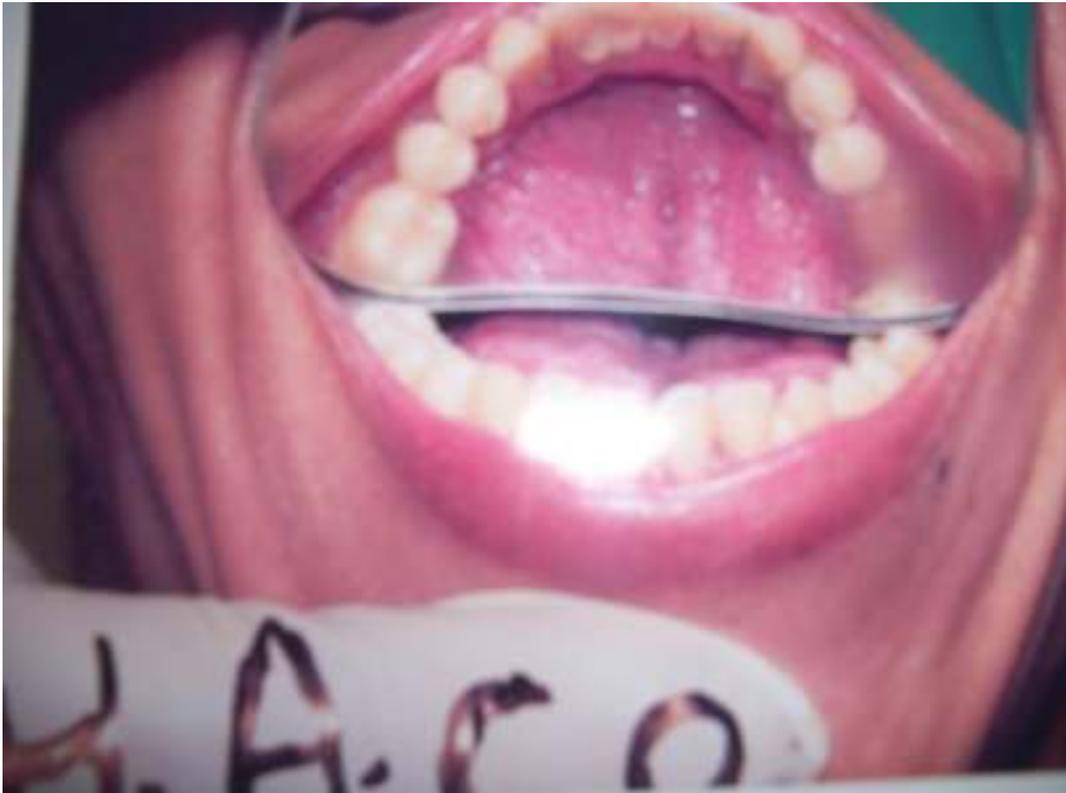
Arcada Superior e Inferior del Paciente. . Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 4



Arcada Superior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto #5..



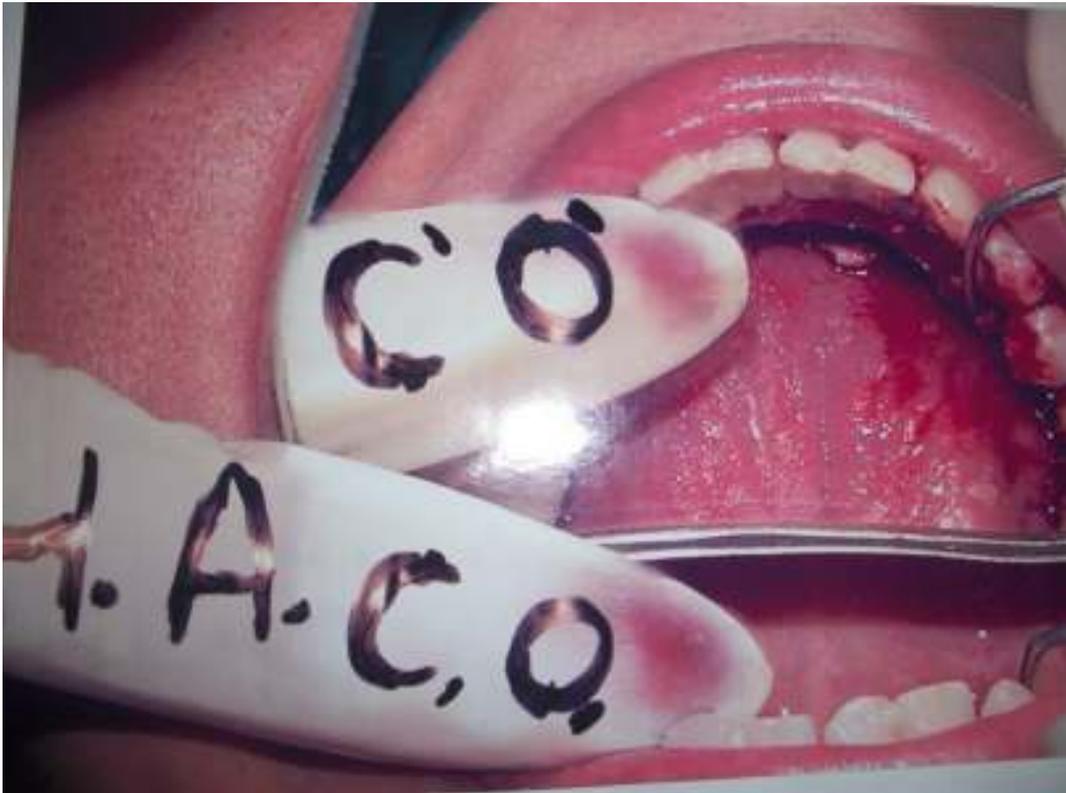
Arcada Inferior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,
Castillo H., 2010.

Foto # 6.



Eliminación del Tártaro. Arcada Superior Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 7.



Eliminación del Tártaro Arcada Inferior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 8.



Fluorización Con Cubetas en las Arcadas Superior e Inferior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 9.



Caso Terminado Arcada Superior. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.

Foto # 10.



Caso Terminado Arcada inferior. . Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Castillo H., 2010.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 17-02 - del 2011

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, DENISO CASTILLO ORMAZA con C. I. N°
130669052-8 alumno del Quinto año Paralelo N° 3 solicito a usted y
por su digno intermedio a quién corresponda se me asigne el nombre del
TUTOR para mi caso de **MEMORIA** en la materia de
ENDODONCIA como requisito previa a mi Incorporación.

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

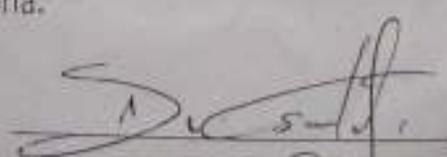
Es Justicia,



C. I. N° 130669052-8

TESORERIA

Se le ha asignado al Dr. (a) Dra. Nelly Rosales para que colabore
con usted en la realización de su caso de memoria.



Dr. Washington Escudero Doltz

DECANO