

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

**MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE
HIPERTENSO CON NECROSIS PULPAR Y LESIÓN
PERIAPICAL REPORTE DE CASO CLÍNICO**



PRESENTADO POR
DANIELA VALERIA CHÁVEZ VALDIVIA

ASESOR
MG. CD. KATHERINE SERQUEN OLANO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANA DENTISTA

CHICLAYO, PERÚ
2024



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Odontología

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL:

**MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE HIPERTENSO
CON NECROSIS PULPAR Y LESIÓN PERIAPICAL REPORTE DE
CASO CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH. DANIELA VALERIA CHÁVEZ VALDIVIA

ASESORA:

MG. CD. SERQUEN OLANO KATHERINE

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	3
2.1 Anamnesis	3
2.1.1 Motivo de consulta	3
2.1.2 Enfermedad actual	3
2.1.3 Historia pasada	3
2.2 Examen clínico	3
2.3 Exámenes auxiliares	5
2.4 Diagnóstico	5
2.5 Plan de tratamiento	5
2.6 Evolución del tratamiento y alta	6
III. CONCLUSIÓN	8
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	10
ANEXOS	13

RESUMEN

- **Introducción:** En el siguiente caso clínico, presentamos a una paciente ASA II que viene con dolor en dos piezas dentales, al momento del examen clínico intraoral podemos observar que se trata de un caso que se debe tratar multidisciplinariamente para la conservación de las piezas dentales con el objetivo de mejorar condiciones bucodentales y capacidad masticatoria.
- **Descripción del caso clínico:** Paciente presenta dolor dental al momento de la masticación, en el examen clínico podemos observar recesión gingival, placa dentaria, remanente radicular y caries profundas con aparente compromiso pulpar por lo que se realizó un diagnóstico definitivo y un plan de tratamiento integral donde realizamos tratamiento periodontal con controles mensuales, extracción, endodoncias y restauraciones.
- **Conclusiones:** Realizamos un manejo multidisciplinario con las condiciones para tratar a un paciente con hipertensión arterial, para mejorar condiciones bucodentales y su capacidad masticatoria, teniendo como objetivo una odontología conservadora que nos permitió preservar la pieza dental para poder rehabilitarla en un futuro cercano, esto impactando positivamente en la calidad y el estilo de vida de la paciente.

Palabras clave: hipertensión, necrosis de la pulpa dental, gingivitis, endodoncia.

ABSTRACT

- **Introduction:** In the following clinical case, we present an ASA II patient who comes in with pain in two dental pieces. Upon intraoral examination, we observe that this case requires a multidisciplinary approach to conserve the dental pieces, aiming to improve oral health and masticatory function.
- **Case Description:** The patient presents dental pain during chewing. The clinical examination reveals gingival recession, dental plaque, root remnants, and deep caries with apparent pulp involvement. A definitive diagnosis and a comprehensive treatment plan were established, which included periodontal treatment with monthly follow-ups, extractions, endodontic therapy, and restorations.
- **Conclusions:** We implemented a multidisciplinary management plan for a patient with hypertension to improve oral health and masticatory function. Our goal was conservative dentistry, which allowed us to preserve the dental piece for future rehabilitation, positively impacting the patient's quality of life and lifestyle.

Key words: Hypertension, Dental Pulp Necrosis, Gingivitis, Endodontics

NOMBRE DEL TRABAJO

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE HIPERTENSO CON NECROSIS PULPAR Y LESIÓN PERIAPICAL REPORT E

AUTOR

DANIELA VALERIA CHÁVEZ VALDIVIA

RECUENTO DE PALABRAS

3833 Words

RECUENTO DE CARACTERES

20764 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

5.9MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 13, 2024 5:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 13, 2024 5:28 PM GMT-5

● **4% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 2% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Firma: KATHERINE SERQUEN OLANO
 CODIGO ORCID: 0000-0002-4542-6270

Acta de aprobación del Comité de Ética: N°017-2024-CEI-FO-USMP

I. INTRODUCCIÓN

En el siguiente caso clínico, presentamos a una paciente ASA II que viene con dolor en dos piezas dentales, al momento del examen clínico intraoral podemos observar que se trata de un caso que se debe tratar multidisciplinariamente para la conservación de las piezas dentales, ya que la paciente presenta signos de focos infecciosos en boca como placa dental, recesión gingival, pérdida dental y remanentes radiculares, que pueden llegar a ser causantes de la patología principal que es la necrosis pulpar con lesión apical diagnosticada en la pieza 33.

La hipertensión arterial es una enfermedad que se manifiesta cuando la presión de la sangre en nuestros vasos sanguíneos es mayor a 140/90 mmHg¹. Esta enfermedad generalmente no muestra síntomas, por lo que los dentistas tenemos un papel clave en la detección temprana, ya que es la forma más habitual de contacto con un profesional de la salud². Los medicamentos para la hipertensión, suelen causar efectos adversos que se presentan en boca como la xerostomía, disgeusia, ageusia y sangrado gingival³ por lo tanto estos efectos, pueden causar la desmineralización y la aparición de caries dental, además de enfermedad periodontal⁴.

La enfermedad periodontal se va a describir como una patología inflamatoria de origen múltiple cuyo factor principal causante es la biopelícula bacteriana, esto junto a factores locales y sistémicos, resultan en la afectación y destrucción de los tejidos de soporte del diente^{5,6}, La enfermedad periodontal junto con la hipertensión arterial comparte factores de riesgo que agravan la situación, aumentan la concentración de marcadores inflamatorios. La hipertensión va a causar cambios en la vascularización, lo que crea condiciones favorables para el avance de la enfermedad periodontal⁷, en este caso la paciente presentaba abundante placa dental con recesiones gingivales en las piezas presentes en boca, además de caries dentales profundas por lo que se consideró tratarla integralmente teniendo en cuenta que su enfermedad actual es la hipertensión arterial.

Al momento del diagnóstico, consideramos tratar la pieza 33 como necrosis pulpar, esta ocurre como respuesta a la invasión de microorganismos y sus productos en el sistema del conducto radicular^{8,9}. La causa principal de estas infecciones en la

pulpa y tejidos periapicales suele ser la caries dental o también pueden ser producidas por traumatismos¹⁰, como en el caso de la paciente, que presenta caries profunda en dos piezas (33, 43) que son apoyos de su prótesis parcial inferior mal adaptada, esto combinado con su predisposición de acúmulo de placa por la enfermedad periodontal permitieron que las lesiones cariosas avancen hasta afectar la pulpa dental y generen una lesión periapical como una fístula.

A nivel mundial, los trastornos bucales son las enfermedades más prevalentes estandarizadas por edad, destacando la caries en dientes permanentes como la más común¹¹. Sin embargo, esta investigación no consideró la pulpitis ni la lesión periapical, una revisión sistemática reciente realizada por Tinurcio- Manchado et al. analizó la prevalencia de lesión apical a nivel global donde encontró que 39% de dientes tratados con endodoncia y el 3% no tratados presentaban lesión apical¹². En cuanto a la pulpitis, determinar la prevalencia de esta enfermedad es más complicado ya que hasta un 40% de las pulpas puede inflamarse y presentar necrosis sin ningún tipo de síntomas¹³, sin embargo, se considera que la prevalencia de la pulpitis sintomática que causa dolor es alta¹⁴

En la etapa inicial de la caries, se puede observar una respuesta de la pulpa, sin embargo, la pulpitis se agrava cuando la dentina afectada se acerca a la pulpa y produce una invasión que permite que las bacterias ingresen al tejido pulpar¹⁵ provocando así inflamación localizada, necrosis y microabscesos. Esta infección debe ser tratada adecuadamente para evitar consecuencias como infecciones persistentes, complicaciones sistémicas o pérdida de dientes¹⁶. Se ha demostrado que optar por la extracción en lugar del tratamiento de conducto puede afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes ¹⁷. Es importante destacar que la caries dental, al ser una enfermedad prevenible, junto con la periodontitis avanzada, es responsable de más años perdidos por discapacidad que cualquier otra afección humana¹¹.

El objetivo del presente caso clínico es abordar a un paciente con hipertensión arterial que presenta distintas patologías en la cavidad bucal, que han sido causadas por la correlación de su enfermedad sistémica con los focos infecciosos presentes en boca perjudicando la salud general del paciente hipertenso, razón por la cual se realizó el manejo multidisciplinario en rehabilitación oral para mejorar

condiciones bucodentales y capacidad masticatoria, así como el impacto positivo en la calidad y estilo de vida del paciente.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente de 58 años, del sexo femenino, con nacionalidad peruana, nacida en Cajamarca y actualmente reside en Chiclayo, de ocupación ama de casa.

2.1.1 Motivo de consulta

Paciente refiere “Me duele mi diente y no puedo comer sin dolor”

2.1.2 Enfermedad actual

- Hipertensión arterial
- Paciente edéntula parcial en las dos arcadas, presenta remanente radicular, caries, cálculo dental.

2.1.3 Historia pasada

La paciente refiere sufrir de hipertensión arterial, toma Enalapril 10 mg una vez al día. No presenta ningún habito ni refiere ningún antecedente quirúrgico ni familiar. Su última visita al dentista fue en el 2019, donde se le confeccionaron las prótesis que se encuentra utilizando en la actualidad. Paciente refiere que se cepilla los dientes 2 veces al día sin sangrado de encías y no rechina ni aprieta los dientes.

2.2 Examen clínico

Paciente lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona con aparente buen estado general. La paciente presentó 130/70mmHg de presión arterial, frecuencia cardíaca de 67lxmin, frecuencia respiratoria de 19rxmin y temperatura de 36.2°. Su peso fue de 58kg y media 1.46m.

La paciente presentaba una apertura bucal de 39mm, sin dolor a la palpación, mucosa labial normal, en el paladar duro observamos posible estomatitis protésica, pudimos observar recesión gingival y un reborde alveolar reabsorbido. La paciente presentaba una prótesis completa en superior con la presencia de un remanente radicular de la pieza 23, en el sector inferior, presentaba una prótesis parcial

removible, caries profundas en las piezas 33 (M) y 43 (M), caries de esmalte en la pieza 45 (D) y una restauración en mal estado en la pieza 35 (O). (Anexo 1)

2.3 Exámenes auxiliares

No se le indico ningún examen clínico auxiliar.

2.4 Diagnóstico

Se realizó una evaluación periodontal donde pudimos observar que el paciente presentaba pérdida dental (K081), recesión gingival y sangrado al evaluar con la sonda periodontal, más no presentaba bolsas, por lo tanto, se diagnosticó con gingivitis aguda (CIE K050) con un pronóstico favorable.

Se diagnosticó como raíz dental retenida (CIE K083) la pieza 23, que era la única presente en maxilar superior, siendo necesaria su extracción por fines protésicos y para eliminar focos infecciosos.

Se realizaron radiografías seriadas para el diagnóstico de las piezas 33 y 43, más las referencias del paciente sobre el dolor al momento de comer ya que la prótesis parcial presentaba apoyos cingulares en estas piezas y las pruebas de calor/frío siendo respectivamente necrosis pulpar (CIE K041) y pulpitis (CIE K040) irreversible sintomática.

En las piezas 35 y 45 se diagnosticó caries dental (K029).

2.5 Plan de tratamiento

Fase sistémica

Paciente con hipertensión arterial controlada con una tableta al día de Enalapril 10mg.

Fase I. Inicial o higiénica

En esta etapa educamos al paciente, informándole sobre las patologías que presentó, que en este caso era la enfermedad periodontal y los focos infecciosos presentados en boca, se explicó al paciente lo importante que es eliminar la placa bacteriana para la buena salud oral, por lo que se instruyó en higiene oral con

técnicas de cepillado, uso de hilo dental y colutorios, a la par del destartraje dental (D4355) y profilaxis dental (D1110) en cada sesión para ir reduciendo el índice de O'Leary.

Fase II: Correctiva

En esta fase, se comenzó eliminando focos infecciosos por lo que empezamos realizando la extracción dental (D7250) de la raíz retenida en el maxilar superior, posteriormente se realizó la terapia endodóntica en piezas anteriores (D3310, D3311) 33 y 43, realizando la reconstrucción del diente con restauraciones fotocurables (D2335) para luego realizar poste- muñón para corona (D2952). Finalmente, restauramos las piezas 35 y 45 (D23330)

Fase III: Mantenimiento

Controles mensuales para revisar el avance del paciente con respecto a su enfermedad, re instrucción sobre higiene oral, profilaxis e índice de O'leary.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Se realizó el respectivo llenado de historia clínica del paciente, resaltando los puntos más importantes en sus antecedentes y examen clínico. Al ser un paciente con antecedente de hipertensión arterial, antes de cada atención se procedió al traslado del paciente al área de tóxico de la universidad para el control de los signos vitales, en esa área el médico a cargo le recomendó a la paciente tomar su medicación de manera continua. Realizamos la odontograma inicial del paciente, el periodontograma (Anexo 2) y el índice de O'Leary (Anexo 3) que en la primera sesión alcanzó 91%, por lo que procedimos a empezar el tratamiento periodontal con el destartraje y profilaxis dental y aconsejando a la paciente el uso de colutorios y una técnica dental adecuada.

Posteriormente, en otra cita realizamos la extracción de la pieza 23 (Anexo 4), que diagnosticamos como remanente radicular, antes de empezar con el procedimiento fuimos a medirle la presión a la paciente y al encontrarse estable empezamos con una técnica anestésica infiltrativa por vestibular y palatino con lidocaína al 2% con

epinefrina 1:80000, al momento de la extracción no existió ninguna complicación por lo que se hicieron dos puntos de sutura simples y sólo se recetó un tratamiento analgésico y antiinflamatorio con Paracetamol 500mg + Ibuprofeno 400mg cada 8 horas x 3 días.

A la siguiente semana, realizamos la remoción de los puntos de sutura de la pieza 23, y empezamos a realizar la restauración de la pieza 43, que presentaba destrucción en cervical, para así poder realizar la endodoncia. La paciente firmó el consentimiento informado y empezamos a realizar la apertura cameral, esta endodoncia se terminó en una cita, con la técnica de condensación lateral y se usó el cemento Apexit para la obturación (Anexo 5)

En la pieza 33, realizamos la remoción de caries y reconstrucción para empezar la endodoncia, realizamos la apertura cameral y se dejó medicado con hidróxido de calcio y paramonocresol por aproximadamente 14 días. (Anexo 6)

En el transcurso de estas semanas, se realizó los controles de profilaxis del paciente junto con el índice de O'Leary, y observamos que se redujo el porcentaje de placa, también, en la pieza endodonciada 43 se decidió realizar un espigo fibra de vidrio por lo que desobturamos y cementamos el espigo fibra de vidrio.

Finalmente, procedemos a evaluar la pieza 33 después de 14 días, realizamos la preparación biomecánica y obturamos con la técnica de condensación lateral y el cemento Apexit, junto a esto realizamos el último control de profilaxis donde observamos que la paciente ha reducido drásticamente el índice de placa. Dejamos pasar un aproximado de 14 días más para dejar en observación la pieza 33 y proceder a desobturar y cementar un espigo fibra de vidrio en la pieza, el objetivo de esto, es que en el momento indicado este diente pueda ser tallado y podamos poner una corona dental con apoyo para realizar una nueva prótesis removible inferior. Se hicieron las restauraciones respectivas en las piezas restantes 35 y 45 con recubrimiento pulpar indirecto y se procedió a dar de alta a la paciente.

III. CONCLUSIONES

En el caso clínico presentado abordamos a un paciente ASA II con hipertensión arterial, que presentaba distintas patologías en la cavidad oral, por lo que decidimos tratarlo integralmente, uniendo especialidades para un mejor pronóstico y un fin de tratamiento exitoso.

En relación con las patologías periodontales, se realizó tratamiento periodontal con enjuagues y destartraje con controles semanales e índice de O'leary, sabemos que la hipertensión y la enfermedad periodontal tienen un vínculo directo con biomarcadores inflamatorios, por lo que proporcionamos al paciente educación en higiene oral para controlar y disminuir las causas de esta enfermedad¹⁸.

Para la eliminación de focos infecciosos en boca y la mayoría de los tratamientos realizados, se debió tener precauciones ya que al ser un paciente con hipertensión arterial se deben tener ciertos cuidados, el tratamiento de pacientes hipertensos exige una cuidadosa combinación de registro meticuloso, conocimiento profundo y preparación adecuada¹⁹, es fundamental medir la presión arterial antes de cualquier tratamiento y documentarla. En relación con los anestésicos utilizados, se debe tener una administración adecuada de anestésico con vasoconstrictor en pacientes controlados²⁰, generalmente se recomienda el uso de 1 o 2 cartuchos de anestésico con 1:80.000, 1:100.000 o 1:200.000 de epinefrina²¹.

En referencia a la patología pulpar del paciente, se realizaron endodoncias para la preservación de la pieza dental, según Segura-Egea et al²² y el documento de la OMS sobre la administración de antibióticos, se recomendó un tratamiento de pulpa vital o tratamiento de conducto radicular en lugar de extracción²³. En el caso de la periodontitis apical, se recomendó tratamiento de conducto con una restauración adecuada de acuerdo con la investigación de Bürklein & Arias²⁴ y Meire y col.²⁵. El éxito de estas endodoncias se va a deber a una buena técnica aséptica con el uso del dique dental, buena iluminación, etc²⁴. En el caso de la elección del espigo de vidrio sobre el espigo de metal, se consideró el uso del primero, a pesar de que según investigaciones a lo largo de los años los dos tienen un rendimiento clínico bueno y similar y son recomendados como una buena opción para restaurar²⁶.

Con respecto a las limitaciones, en este caso específico, la paciente no contaba con el tiempo suficiente para rehabilitarla en su totalidad por motivos personales de fuerza mayor, por lo tanto, se programaban citas con mucha diferencia de semanas. Además, existía una limitación económica persistente que no nos permitía planificar el caso en su totalidad, por lo que nos enfocamos principalmente en que la paciente deje de tener molestias que no le permitían realizar sus actividades diarias con normalidad.

Finalmente, se abordó a un paciente con hipertensión arterial que presentaba distintas patologías en la cavidad bucal, tomando las precauciones necesarias para poder tratarlo integralmente, sabiendo que estas patologías fueron causadas por la correlación existente entre su enfermedad sistémica con los focos infecciosos que presentaba en boca, perjudicando así su salud general. Realizamos un manejo multidisciplinario, para mejorar condiciones bucodentales y su capacidad masticatoria, teniendo como objetivo una odontología conservadora que nos permitió preservar la pieza dental para poder rehabilitarla en un futuro cercano, esto impactando positivamente en la calidad y el estilo de vida de la paciente.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization [sede Web]. Hypertension [actualizado el 16 de marzo del 2023; acceso el 19 de septiembre del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Valtellini R, Ouanounou A. Management of the Hypertensive Dental Patient. J Can Dent Assoc. 2023; 89: n2.
3. Hardeman JH. Hypertension and the Dental Patient. Dent Today. 2017; 36(1):126-8.
4. Gupta N, Pal M, Rawat S, Grewal MS, Garg H, Chauhan D, et al. Radiation-induced dental caries, prevention and treatment - A systematic review. Natl J Maxillofac Surg. 2015; 6(2):160-6.
5. Pardo RF, Hernández L. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Rev Salud Pública. 2018; 20(2), 258-264.
6. Tamayo OB, Pérez Torres L, Cabalé Bolaños M. Relación entre las enfermedades periodontales y sistémicas. Correo Científico Médico. 2019; 23(2), 623-629.
7. Ghannam MG, Alameddine H, Bordoni B. StatPearls [sede web] Anatomy, Head and Neck, Pulp (Tooth) [Actualizado el 8 de agosto del 2023, acceso el 22 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537112/>
8. Sain S, J R, S A, George S, S Issac J, A John S. Lesion Sterilization and Tissue Repair-Current Concepts and Practices. Int J Clin Pediatr Dent. 2018; 11(5):446-450.
9. Kumar NK, Brigit B, Annapoorna BS, Naik SB, Merwade S, Rashmi K. Effect of triple antibiotic paste and calcium hydroxide on the rate of healing of periapical lesions: A systematic review. J Conserv Dent. 2021; 24(4):307-313.
10. Chakraborty B, Nayak AP, Rao A. Efficacy of Lesion Sterilization and Tissue Repair in Primary Tooth with Internal Resorption: A Case Series. Contemp Clin Dent. 2018; 9(Suppl 2):S361-S364.
11. James, Spencer L, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries

- and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 2017; 392(10159):1789-1858.
12. Tibúrcio-Machado CS, Michelon C, Zanatta FB, Gomes MS, Marin JA, Bier CA. The global prevalence of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J*. 2021;54(5):712-735.
 13. Michaelson PL, Holland GR. Is pulpitis painful? *Int Endod J*. 2002 Oct;35(10):829-32.
 14. Santos PS, Barasuol JC, Moccellini BS, Magno MB, Bolan M, Martins-Junior PA, et al. Prevalence of toothache and associated factors in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2022; 26(2):1105-1119.
 15. Demant S, Dabelsteen S, Bjørndal L. A macroscopic and histological analysis of radiographically well-defined deep and extremely deep carious lesions: carious lesion characteristics as indicators of the level of bacterial penetration and pulp response. *Int Endod J*. 2021; 54(3):319-330.
 16. Sebring D, Buhlin K, Norhammar A, Rydén L, Jonasson P; EndoReCo; et al. Endodontic inflammatory disease: A risk indicator for a first myocardial infarction. *Int Endod J*. 2022; 55(1):6-17.
 17. Wigsten E, Kvist T, Jonasson P; EndoReCo; Davidson T. Comparing Quality of Life of Patients Undergoing Root Canal Treatment or Tooth Extraction. *J Endod*. 2020; 46(1):19-28.
 18. Gasner NS, Schure RS. StatPearls [Sede web] Periodontal Disease. [Actualizado el 10 de abril del 2023, acceso el 24 de septiembre del 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554590/>
 19. Elias MF, Goodell AL. The Need for Accurate Data on Blood Pressure Measurement in the Dental Office. *Am J Hypertens*. 2020; 33(4):297-300.
 20. Taylor A, McLeod G. Basic pharmacology of local anaesthetics. *BJA Educ*. 2020 Feb;20(2):34-41. doi: 10.1016/j.bjae.2019.10.002. Epub 2019 Dec 4. Erratum in: *BJA Educ*. 2020; 20(4):140.
 21. Seminario-Amez M, González-Navarro B, Ayuso-Montero R, Jané-Salas E, López-López J. USE OF LOCAL ANESTHETICS WITH A VASOCONSTRICTOR AGENT DURING DENTAL TREATMENT IN

- HYPERTENSIVE AND CORONARY DISEASE PATIENTS. A SYSTEMATIC REVIEW. *J Evid Based Dent Pract.* 2021; 21(2):101569.
22. Segura-Egea JJ, Gould K, Şen BH, Jonasson P, Cotti E, Mazzone A, et al. European Society of Endodontology position statement: the use of antibiotics in endodontics. *Int Endod J.* 2018 Jan;51(1):20-25.
23. World Health Organization. WHO policy guidance on integrated antimicrobial stewardship activities; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025530>
24. Bürklein S, Arias A. Effectiveness of root canal instrumentation for the treatment of apical periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2023;56 Suppl 3:395-421
25. Meire MA, Bronzato JD, Bomfim RA, Gomes BPF. Effectiveness of adjunct therapy for the treatment of apical periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* 2023; 56 Suppl 3:455-474.
26. Sarkis-Onofre R, Amaral Pinheiro H, Poletto-Neto V, Bergoli CD, Cenci MS, Pereira-Cenci T. Randomized controlled trial comparing glass fiber posts and cast metal posts. *J Dent.* 2020; 96:103334.

OBTENCION DE LA LONGITUD DE TRABAJO:

CONDUCTO	REFERENCIA INCISAL U OCLIBAL	LONGITUD RADIOGRAFICA DEL DIENTE MENOS DE 2 mm	+ "X" mm.	LONGITUD DE TRABAJO
Único	Incisal	# 22		22 mm

Fecha: 28 / 08 / 23

Profesor: *[Firma]*
 M.G. ESPINA VÁSQUEZ RODRIGO
 Docente de Internado Estomatológico
 C.O.P. N° 9570

PREPARACION BIOMECANICA:

CONDUCTO	INSTRUMENTO APICAL INICIAL = A	HOMBRO APICAL = INSTRUMENTO MEMORIA	INSTRUMENTO FINAL DEL RETROCESO
único	#15 → 22mm	# 30	# 60 → 13mm

Fecha: 28 / 08 / 23

Profesor: *[Firma]*
 M.G. ESPINA VÁSQUEZ RODRIGO
 Docente de Internado Estomatológico
 C.O.P. N° 9570

MEDICACION INTRA CONDUCTO:

Antibiótico - Antiinflamatorio ()
 Hidróxido de Calcio + Anestésico ()
 Conos de Hidróxido de Calcio (), de Clorhexidina () Otra medicación:

Fecha: / /

Profesor:
 FIRMA Y SELLO

NECROPULPECTOMIAS O RETRATAMIENTOS:

Hidróxido de calcio+PMGFA ()
 Formocresol ()

Fecha: / /

Profesor:
 FIRMA Y SELLO

OBTURACION:

CONDUCTO	N° DE CONO PRINCIPAL. (IM)	TÉCNICA	CEMENTO
único	# 30	Cond. lat	Apexit

Fecha: 28 / 08 / 23

Profesor: *[Firma]*
 M.G. ESPINA VÁSQUEZ RODRIGO
 Docente de Internado Estomatológico
 C.O.P. N° 9570



OBTENCION DE LA LONGITUD DE TRABAJO:

CONDUCTO	REFERENCIA INCISAL U OCLUBAL	LONGITUD RADIOGRAFICA DEL DIENTE MENOS DE 2 mm	+ "X" mm.	LONGITUD DE TRABAJO
Unico	incisal	23mm	+1	24mm

Fecha: 11 / 09 / 23

Profesor:

USMA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 FIRMAYSELLO
 Docente de Internado Estomatológico
 C.O.P. Nº 9570

PREPARACION BIOMECANICA:

CONDUCTO	INSTRUMENTO APICAL INICIAL = A	HOMBRO APICAL = INSTRUMENTO MEMORIA	INSTRUMENTO FINAL DEL RETROCESO
Unico	# 15 → 23mm	# 30	# 60 → 15mm

Fecha: 23 / 10 / 23

Profesor:

FIRMAYSELLO
 CIRUJANO
 COP. 17373

MEDICACION INTRA CONDUCTO:

Antibiótico - Antiinflamatorio ()
 Hidróxido de Calcio + Anestésico ()
 Conos de Hidróxido de Calcio () de Clorhexidina () Otra medicación:

NECROPULPECTOMIAS O RETRATAMIENTOS:

Hidróxido de calcio+PMCF A
 Formocresol ()

Fecha: 11 / 09 / 23

Fecha: 11 / 09 / 23

Profesor:

FIRMAYSELLO

Profesor:

USMA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 FIRMAYSELLO
 Docente de Internado Estomatológico
 C.O.P. Nº 9570

OBTURACION:

CONDUCTO	Nº DE CONO PRINCIPAL (IM)	TÉCNICA	CEMENTO
Unico	# 30	cord. lat	Apexit

Fecha: 23 / 10 / 23

Profesor:

FIRMAYSELLO DENTISTA
 COP. 17373

