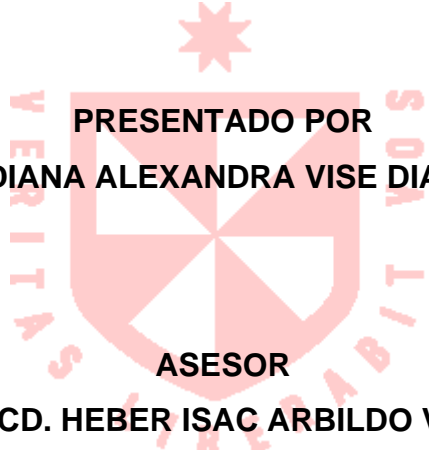


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

**MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD PERIODONTAL. REPORTE DE CASO
CLÍNICO**



**PRESENTADO POR
DIANA ALEXANDRA VISE DIAZ**

**ASESOR
DR. CD. HEBER ISAC ARBILDO VEGA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE 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 INTERDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD PERIODONTAL.REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:
CIRUJANA DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
BACH. DIANA ALEXANDRA VISE DIAZ**

**ASESOR:
DR. CD. HEBER ISAC ARBILDO VEGA**

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN/ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1-2
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	4
2.4 Diagnóstico	4
2.5 Plan de tratamiento	5
2.6 Evolución del tratamiento y alta	6
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	7-8
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	9-10
ANEXOS	11-18

RESUMEN

Introducción: La salud bucal implica más que dientes sanos, pues es también encontrarse libre de afecciones en el complejo cráneo facial. La carga global de las enfermedades (GBD) ha reportado 2.3 billones de casos de lesiones de caries no tratadas en adultos, además de 796 millones de casos reportados de periodontitis severa y una pérdida dental total de 267 millones de casos. En Latinoamérica (LATAM) es proporcional y en Perú el 90,4% presenta problemas de salud bucal reportados. Estas afecciones impactan negativamente en la calidad de vida de los individuos, además de su desarrollo.

Descripción del caso clínico: Paciente venezolana de 36 años, mestiza, con estudios superiores acude al Servicio de Internado Estomatológico, por “tengo sangrado de encías y caries”. Paciente asintomática, sin antecedentes de salud relevante, ni alergias. Se observó asimetría facial, sonrisa media, sin sintomatología dolorosa en ATM derecha e izquierda, ausencia de chasquidos y crépitos a la apertura y cierre, asimismo, placa blanda y dura, múltiples lesiones de caries, desgaste dental, ausencia de piezas dentarias y restauraciones en aparente mal estado. El plan de tratamiento se estructuró en tres fases (Inicial, correctiva y mantenimiento) con pronóstico favorable.

Conclusiones: El manejo clínico de las afecciones en dentición permanente debe ser enfocado integralmente. La falta de control en los factores de riesgo, especialmente hábitos alimenticios y actitudes frente a la salud bucal, son cruciales para el mantenimiento de los procedimientos dentales. Los controles periódicos deben ser considerados en el plan propuesto.

Palabras claves: Odontología en salud pública, enfermedades dentales, caries dental.

ABSTRACT

Introduction: Oral health management is not only having healthy teeth, is also means being free of conditions in the craniofacial complex. The GBD has reported 2.3 billion cases of untreated caries lesions in adults, in addition to 796 million reported cases of severe periodontitis and a total tooth loss of 267 million cases. In LATAM is above proportional and in Peru 90.4% have reported oral health problems. These conditions negatively impact the quality of life of individuals, in addition to their development.

Description of the clinical case: A 36-year-old Venezuelan female patient, mestizo, with higher education, goes to the Stomatological Inpatient Service because "I bleeding gums and cavities." Asymptomatic patient, without relevant health history or allergies. Facial asymmetry will be observed, a medium smile, no painful symptoms in the right and left TMJ, absence of clicking and crepitus upon opening and closing, also, soft and hard plaque, multiple caries lesions, dental wear, absence of teeth and restorations in apparent poor condition. The treatment plan was structured in three phases (Initial, corrective and maintenance) with favorable prognoses.

Conclusions: The clinical management of conditions in permanent dentition must be focused complete. The lack of control in risk factors, especially eating habits and attitudes towards oral health, are crucial for the maintenance of dental procedures. Periodic controls must be considered in the dental proposed plan.

Keywords: Public health dentistry, tooth diseases, dental caries

REPORTE DE TURNITIN

NOMBRE DEL TRABAJO

MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PERIODONTAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

AUTOR

DIANA ALEXANDRA VISE DIAZ

RECUENTO DE PALABRAS

3480 Words

RECUENTO DE CARACTERES

19312 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.7MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 13, 2024 6:00 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 13, 2024 6:01 PM GMT-5**● 5% de similitud general**

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

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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: HEBER ISAC ARBILDO VEGA

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-3689-7502

Acta de aprobación del Comité de Ética: N°018-2024-CEI-FO-USMP

I. INTRODUCCIÓN

Es importante reconocer que el tema de salud bucal abarca mucho más que dientes sanos; pues significa también encontrarse libre de afecciones crónicas-agudas, situaciones de dolor bucal o facial, cáncer en tejido duros o blandos; inclusive significa estar libre de defectos óseos del nacimiento, u otras decenas de enfermedades que colectivamente pueden afectar al conocido complejo craneofacial^{1,2}. Y como consecuencia de ello, debemos considerar a la salud bucal como parte de la salud general; y no ser abordados e interpretados como entidades separadas; pues no se puede estar sano, sin salud bucal³⁻⁵.

Actualmente, es conocida la necesidad de fomentar un cambio real en función a la prevención de las enfermedades bucales más prevalentes. El último reporte de la Carga Mundial de Enfermedades (GBD, en sus siglas en inglés)⁶, ha demostrado de manera extremadamente consistente que la salud bucal refleja un potencial descuido en la población mundial. De acuerdo a la GBD, a nivel mundial, existen alrededor de 2.3 billones de casos de lesiones de caries no tratadas en dentición permanente, además de 796 millones de casos reportado de periodontitis severa y una pérdida dental total de 267 millones de casos, aproximadamente⁶.

A nivel de Latinoamérica (LATAM, en sus siglas en español), según la GBD, existirían 768 millones casos reportados de lesiones de caries no tratadas en dentición permanente, seguido por 314 millones de casos de periodontitis severa y una pérdida dental que asciende a 120 millones de casos aproximadamente, cifras que son consideradas altamente preocupantes^{6,7}.

En Perú, aunque no se goza de cifras certeras el Ministerio de Salud (MINSA) reportó que el 90,4% de la población peruana presenta lesiones de caries dental no tratadas; además de enfermedad periodontal en un porcentaje de 85%⁸.

Un punto importante es mencionar que la enfermedad periodontal, en efecto, tiene una prevalencia muy alta a nivel global⁹, considerada como una enfermedad de índole inflamatoria crónica, cuyo principal patógeno presente es el bacilo gram-negativo *Porphyromonas gingivalis*⁹. La causa de la enfermedad periodontal está asociada a la falta de una óptima higiene bucal, generando la creación de una biopelícula (en primera instancia)^{9,10}; la cual, posteriormente madura y

desencadena múltiples reacciones sobre el tejido periodontal (monocitos, macrófagos y fibroblastos gingivales principalmente)¹¹; y segregación de diferentes mediadores de la inflamación. Y finalmente, se destruye el tejido¹¹.

Ahora bien, la ausencia dental ocasionada por caries dental, enfermedad periodontal o traumatismo, distorsiona la percepción de la calidad de vida de las personas que la padecen; impactando negativamente en sus hábitos y estilo de vida¹²; ocasionando efectos no deseables a nivel estético, familiar y sobre todo de aceptación social^{12,13}.

Por lo cual, resolver una situación clínica en los individuos no solo debe centrarse en resolver la enfermedad; sino por el contrario, en un todo totalmente complejo, el cual impactaría subjetivamente al tratamiento y a la enfermedad propiamente dicha. Y De esta manera entender a la salud bucal como una interacción constante entre las diversas decisiones terapéuticas dentales-sistémicas y la percepción de la condición de bienestar de salud a nivel general-local y su repercusión social¹⁴.

Por otro lado, el esquema de rehabilitación oral actual propuesto debe estar centrado en la incorporación de tácticas que mitiguen el impacto negativo de las enfermedades del complejo craneofacial; especialmente del sistema estomatognático¹⁵⁻¹⁷.

Por lo tanto, el presente reporte de caso clínico tuvo como finalidad proponer, describir y narrar una propuesta de abordaje clínico desarrollado durante el internado estomatológico con el propósito de mejorar las condiciones de salud de nuestro paciente.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 36 años de edad, de pertenencia étnica mestiza, de procedencia venezolana, con estudios de licenciatura y radicando en Chiclayo-Perú acudió al Servicio de Internado Estomatológico de la Universidad de San Martín de Porres, Filial Norte.

2.1.1 Motivo de consulta

“Tengo sangrado en las encías”

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente acudió a consulta por “tengo sangrado en las encías”. Refirió que desde hace más de 6 meses presentó dicho sangrado, principalmente al cepillarse (provocado). Refirió no presentar dolor asociado al sangrado. El sangrado fue incrementando progresivamente, según manifestó. Asimismo, notó la presencia de “asperezas” en las superficies dentales, asociándose a placa dura.

2.1.3 historia pasada.

Paciente manifestó no presentar antecedentes personales relevantes sistémicamente. No obstante, refirió haber presentado embarazo a término, con parto normal (hace dos años). Actualmente, refirió que no se encuentra en periodo gestacional. En el aspecto patológico, manifestó no presentar antecedentes psicológicos ni psiquiátricos. Asimismo, mencionó no estar tomando medicamentos actualmente, ni presentaba alergias a medicamentos o afines.

2.2 Examen clínico

Al examen extrabucal, se observó asimetría facial con predominio izquierdo, biotipo facial braquicéfalo, tercio facial inferior sin proporción en relación a los restantes, perfil convexo y sonrisa media. Presentó apertura bucal limitada, sin desviaciones, ni deflexiones. Además, no se presentó sintomatología dolorosa a nivel de ATM, en apertura máxima y al cierre. Ausencia de chasquidos y crépitos.

Al examen intrabucal, se observó dentición permanente, acumulación de placa blanda y dura en más del 30% de las piezas, pigmentaciones, lesiones de caries múltiples, ausencia dental, restauraciones en aparente mal estado y con lesiones de caries recidivantes. Finalmente, se observó exostosis ósea lingual y desgaste dental generalizado.

2.3 Exámenes auxiliares

Los exámenes auxiliares empleados fueron:

- Radiografía panorámica, observándose Imagen radiolúcida (IRL) compatible con aparente neumatización de los senos paranasales, IRL compatible con aparente pérdida ósea horizontal superior e inferior. Piezas dentarias 17, 27, 37, 47 con aparente inclinación hacia mesial. Imagen radiopaca compatible con aparente material de restauración final en múltiples piezas. IRL con aparentes lesiones de caries recidivantes en piezas 11, 12, 13, 21, 22, 34.
- Modelos de estudio:

Articulados en Articular Semiajustable, con lateralidad derecha e izquierda de 6mm y protrusión de 1mm.
- Periodontograma e índice de O'Leary, resultando pérdida de inserción sin presencia de bolsa periodontales y con un índice deficiente (mayor al 24%), respectivamente.

2.4 Diagnóstico

Posterior al método de diagnóstico empleado, mediante la herramienta de inspección visual, resultó:

- Depósitos dentales con CIE10 K03.6
- Gingivitis CIE10 K05.0
- Lesiones de caries en dentina con CIE10 K02.1
- Pulpitis irreversible con CIE10 K04.0

- Abrasión o atricción dental con CIE10 K03.1
- Pérdida dental con CIE10 K08.1
- Maloclusión dental con CIE10 K07.3

2.5 Plan de tratamiento

Para este caso reportado se planificaron las siguientes etapas:

Fase I. Inicial o higiénico

Profilaxis dental.

Destartraje subgingival.

Educación al paciente.

Instrucción de higiene oral

Manejo químico-mecánico de placa bacteriana

Fase II: Correctiva

Restauraciones en las piezas 11,12,13,21,22,34.

Tratamiento de conductos 22.

Tratamiento de espigo en la pieza 22.

Incrustaciones metálicas piezas 15,17 y 24 con apoyos para la futura PPR.

Incrustaciones de cerómero 44,45,46.

Prótesis parcial removible superior (PPR) tipo cinta palatina.

Prótesis parcial fija inferior (PPF) de 3 piezas: 35-37.

Fase III: Mantenimiento

Control cada 3 meses.

Índice de higiene oral.

Profilaxis dental.

2.5 Evolución del tratamiento y alta

Al iniciar el examen clínico se determina un plan de tratamiento integral para mejorar la salud bucal del paciente, complementándolo con una radiografía panorámica, para obtener el diagnóstico adecuado.

En primera instancia se realizó la fase preventiva del paciente, la cual significó realizar el Índice de Higiene Oral (O'Leary), con la finalidad de obtener el porcentaje de piezas con placa dental visible, obteniéndose un porcentaje mayor a 24% (deficiente). Se procede a retirar la placa dura y blanda con el uso de ultrasonido y raspadores/curetas periodontales y escobillas con pasta profiláctica, respectivamente. Finalizando con la Instrucción de higiene oral, uso de implementos dentales: hilo, cepillo, tipo de pasta y técnica de cepillado. Para el manejo químico de la placa blanca se indicó enjuagatorios de Clorhexidina 0.12% (CHX) y Cloruro de Cetilperidinio (CPC) 0.05%, bajo la siguiente prescripción: Enjugarse con 15ml por el lapso de 30 segundos, cada 12 horas por 10 a 15 días, como fase de tratamiento.

Para la parte restauradora, se planificó realizar restauraciones múltiples en el sector anterior de las piezas 11,12,13,21,22,34 (lesiones de caries y abfracciones) con el uso de sistemas rotatorios, instrumental rotatorio y material de restauración dispuesto por la clínica universitaria, bajo todos los protocolos establecidos.

Llegada la parte de endodoncia en la pieza 22, se abordó la pieza cuyo diagnóstico pulpar fue pulpitis irreversible asintomática. Se inició el procedimiento con la primera radiografía de diagnóstico, luego se procedió a colocar anestesia y la preparación del campo quirúrgico, utilizando diques de goma para evitar el pase de cualquier sustancia en la boca. Mediante acceso cameral y la técnica manual step down se eliminaron los tejidos infectados, teniendo en cuenta la irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5% entre cambio de limas, siguiendo los pasos establecidos, se concluyó la obturación final de la pieza con la toma de una radiografía para verificar que el conducto se obturó correctamente.

Después de 3 semanas se procedió a desobturar oportunamente la pieza 22 para la cementación del espigo de fibra de vidrio. Se realizó el protocolo de cementación comprobando el éxito con una radiografía. Finalmente, se procedió a restaurar la pieza y a tomar una radiografía final del tratamiento.

En la siguiente cita, se inició la preparación cavitaria para las incrustaciones metálicas en las piezas :15,17 y 24. Teniendo en cuenta que estas incrustaciones metálicas tenían que ser diseñadas con apoyos mesial y distal para su futura prótesis parcial removible. Posteriormente se realizaron las preparaciones cavitarias para las incrustaciones de cerómero en las piezas 44, 45 y 46. Se debe precisar que en cada visita (semanalmente) se procedía a realizar los controles respectivos de Índice de higiene Oral. Culminándose en el tercer control.

Al término de la cementación de las incrustaciones metálicas en las piezas 15,17,24 y las incrustaciones de cerómero en las piezas 44,45 y 46. Se realizó la toma de impresión definitiva superior e inferior con silicona de condensación para la elaboración de la prótesis parcial removible.

En relación a la PPR superior, se inició con la toma de modelos de estudio, posterior a ello se procedió a realizar el montaje de los modelos de estudio en el articulador semi ajustable (ASA) y se confeccionó la placa base y el diseño preliminar tipo cinta palatina. Se consignó la prueba de estructura metálica. En relación a la prótesis parcial fija inferior, se inició con la toma de modelos de estudio, posterior a ello se procedió al montaje de los modelos de estudio en articulador semi ajustable y a realizar el encerado para el diagnóstico en el modelo de estudio de las piezas 35 y 37. Se realizó la adaptación e instalación de provisionales en boca y culminamos la cita con la preparación de los pilares 35 y 37. Se consignaron pruebas previas a la instalación: primera prueba de estructura metálica con la toma de color respectiva, luego se procedió a realizar la prueba de bizcocho. Por problemas económicos de la paciente, dejó de residir en la ciudad de Chiclayo y fue repatriada a su país de origen Venezuela. Para lograr una armonía funcional y una correcta relación entre el maxilar superior y maxilar inferior se confeccionó una prótesis removible superior provisional y una prótesis fija inferior provisional de acrílico para lograr que la paciente siga realizando sus funciones hasta llegar a su país de origen Venezuela.

Todo el protocolo de atención fue sometido a la valoración de los docentes, y con el consentimiento del paciente, firmándolo como evidencia de aceptación, corroborado con el alta odontológica, firmado por el docente de turno.

III. CONCLUSIONES (aporte clínico)

El manejo estomatológico del paciente adulto (dentición permanente) es un punto declive en la toma de decisión durante la clínica. Pues debe ser abordado bajo el concepto integral, no solo enfocándose en conseguir dientes “brillantes” o una “sonrisa perfecta”. Por el contrario, el enfoque debe ser multidisciplinario y abarcando todas las situaciones del paciente (física, emocional, social, etc.)¹⁻⁶.

En este caso se reporta una paciente de nacionalidad venezolana, y con estudios de licenciatura en su país de origen; lo cual hace que las expectativas sobre el resultado de los tratamientos sean mayores a lo normal. No obstante, no se reflejó condiciones favorables en el medio bucal (ausencia dentaria, placa dura y blanda, lesiones de caries, defectos en la posición de los dientes, etc.).

Se evidenció que hubo múltiples factores de riesgo asociados; pero el que principalmente juega un rol importante fue los hábitos alimenticios y actitudes frente a la salud bucal, específicamente hacia la técnica de cepillado e higiene. Se debe mencionar que alrededor de 2.3 billones de casos de lesiones de caries no tratadas en dentición permanente^{6,7}, lo que refleja claramente la escasez de la parte conductual frente al desarrollo de la Caries dental, pues está definida como una enfermedad comportamental, determinada por la frecuencia del consumo de azúcar y modificada por la presencia de placa bacteriana, resultando una enfermedad no transmisible de carácter azúcar-biofilm dependiente^{18,19}.

Es importante mencionar la necesidad periódica de controles, al abordar casos integrales, pues el seguimiento y monitoreo del paciente es imprescindible para el éxito de los tratamientos dentales, desde los más sencillos a los complejos. Pues una de las limitaciones fue la dificultad de disponer del paciente en el preciso momento, dado que no siempre presentaba horarios flexibles de trabajo. No obstante, se logró controlar el mayor tiempo posible.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*.2019;394(10203):1010.
2. Watt RG, Daly B, Allison P, Allison P, Macpherson LMD, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*.2019;394(10194):261-272.
3. Bawaskar HS, Bawaskar PH. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*.2020;395(10219):185-186.
4. Vergnes JN, Mazevet M. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*.2020;395(10219):186.
5. Peres MA, Daly B, Guarnizo-Herreño CC, Benzian H, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge - Authors' reply. *Lancet*.2020;395(10219):186-187.
6. GBD Oral Disorders Collaborators, Bernabe E, Marcenes W, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res*. 2020;99(4):362-373.
7. GBD Lip, Oral, and Pharyngeal Cancer Collaborators, Cunha ARD, Compton K, et al. The Global, Regional, and National Burden of Adult Lip, Oral, and Pharyngeal Cancer in 204 Countries and Territories: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncol*.2023;9(10):1401-1416.
8. Ministerio de Salud (MINSA). Perú: El 90.4% de los peruanos tiene caries dental; (actualizado 3 de setiembre de 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental>
9. Iwashita M. Association between Periodontal Disease and Arteriosclerosis-Related Diseases. *J Atheroscler Thromb*.2023;30(11):1517-1524.
10. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global Prevalence of Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance. *ScientificWorldJournal*.2020;2020:2146160.
11. Pirih FQ, Monajemzadeh S, Singh N, et al. Association between metabolic syndrome and periodontitis: The role of lipids, inflammatory cytokines, altered host response, and the microbiome. *Periodontol 2000*.2021;87(1):50-75.
12. Coltro MP, Villarinho EA, Shinkai RSA. Impacto Biopsicosocial de la Rehabilitación Oral Soportada por Implantes: Revisión Analítica de Instrumentos de Investigación. *Int. J. Odontostomat*.2022;16(4):564-571.
13. Jans-Beken L, Jacobs N, Janssens M, Peeters S, Reijnders J, Lechner L, Lataster J. Gratitude and health: An updated review. *J. Posit. Psychol*.2019;15(6):743-82.

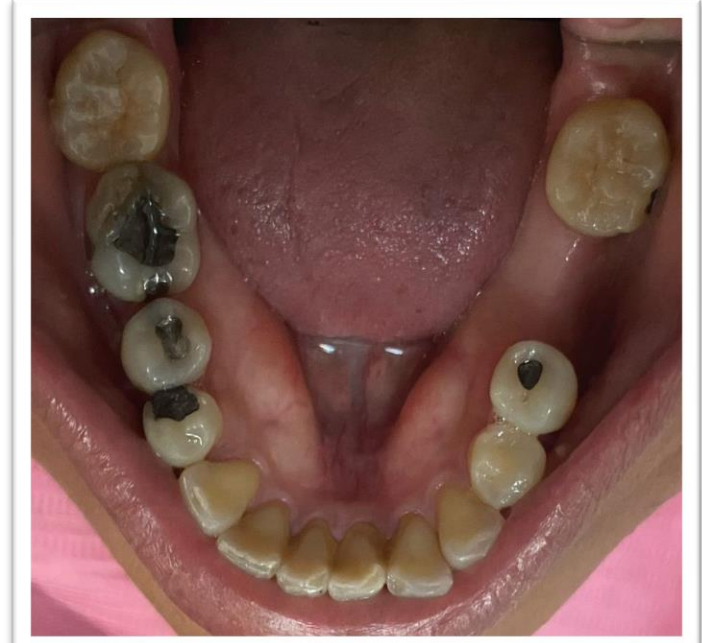
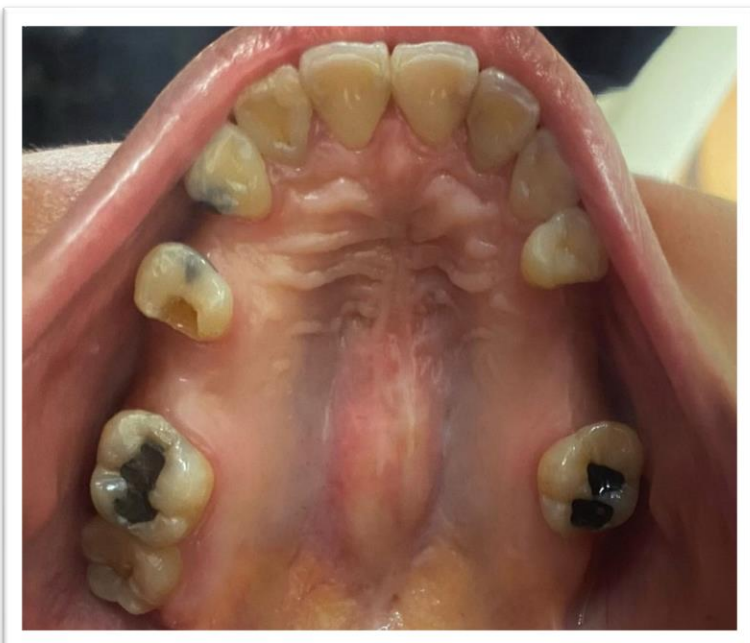
14. Bronstrup M, Palmeiro M, Shinkai R. Impact of prosthetic rehabilitation on quality of life in patients with significant dental and orofacial tissue loss: A mixed-methods study. *Int. J. Prosthodont.*2019;32(1):32-5.
15. Reissmann DR. Dental patient-reported outcome measures are essential for evidence-based prosthetic dentistry. *J. Evid. Based Dent. Pract.*2019;19(1):1-6.
16. Schierz O, Baba K, Fueki K. Functional oral health-related quality of life impact: A systematic review in populations with tooth loss. *J.Oral Rehabil.*2021;48(3):256-70.
17. Leles C, Dias D, Nogueira T, McKenna G, Schimmel M, Jordao L. Impact of patient characteristics on edentulous subjects' preferences for prosthodontic rehabilitation with implants. *Clin. Oral Implants Res.*2019: 30(3):285-92.
18. Giacaman RA, Fernández CE, Muñoz-Sandoval C, et al. Understanding dental caries as a non-communicable and behavioral disease: Management implications. *Front Oral Health.*2022;3:764479.
19. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J.*2021;231(12):749-753.

ANEXO N°1: DOCUMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FOTOS EXTRAORALES



FOTOS INTRAORALES



MODELO DE ESTUDIO ARTICULADOS



MODELO DE ESTUDIOS ENCERADOS

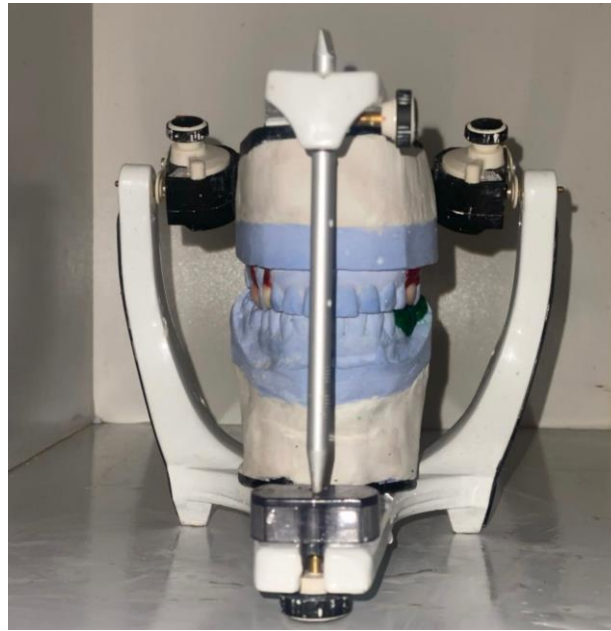
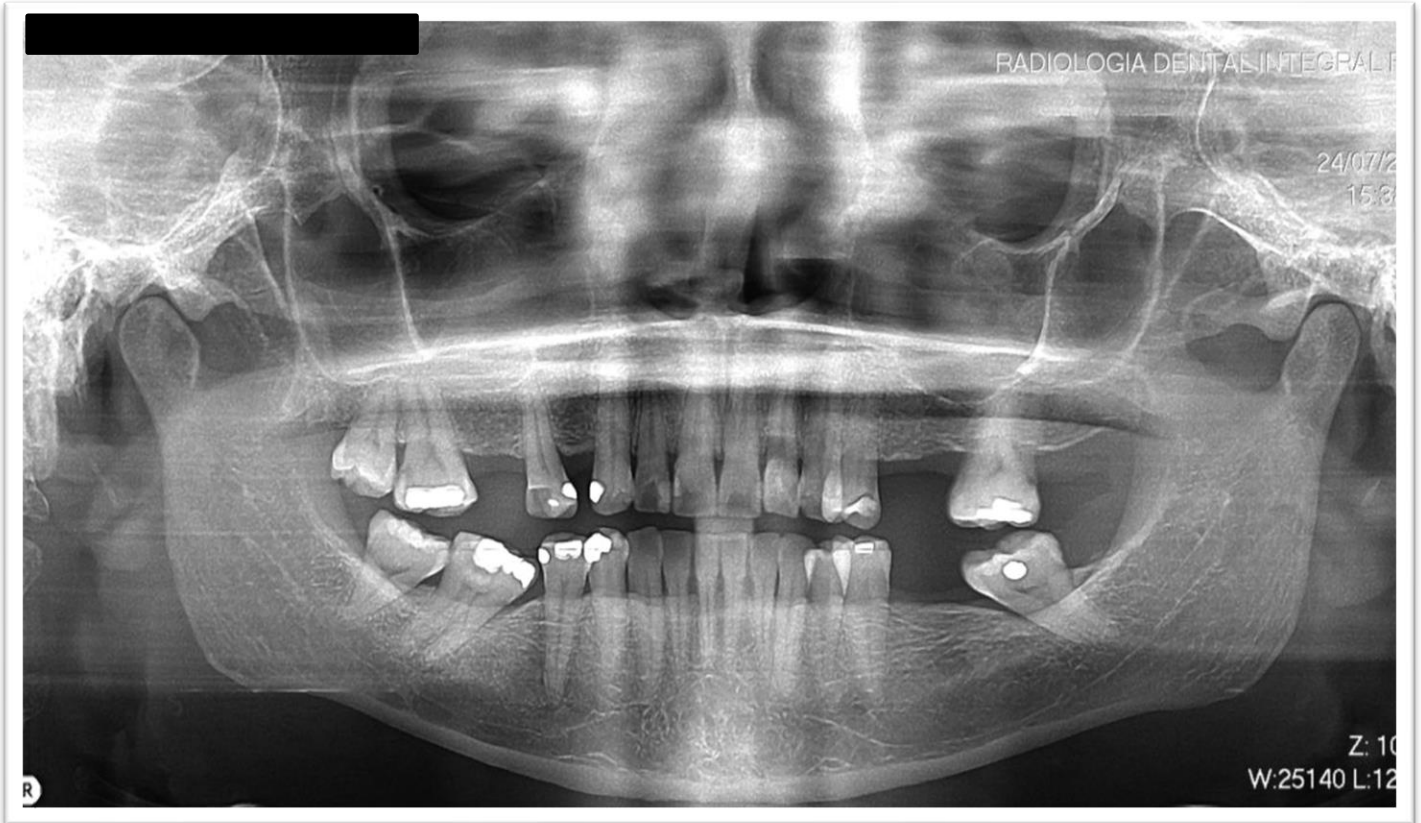
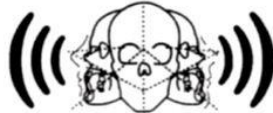


IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA





Radiología Dental Integral

PACIENTE : ██████████
EDAD : 36 AÑOS
DOCTOR(A): MED. TTE
MOTIVO : NO REFIERE
FECHA : 24/07/2023

INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la Radiografía Panorámica, se observa:

- Neumatización alveolar de ambos senos maxilares.
- Reabsorción ósea moderada generalizada del proceso dentoalveolar.
- Edéntulo parcial superior e inferior.
- Piezas 17, 15, 13, 12, 11, 21, 24, 27, 37 35, 43, 44, 47 con material restaurador coronario.
 - Pieza 15: mesioangulada. Material desadaptado.
 - Piezas 13, 24, 44 y 45: material desadaptado.
 - Piezas 37 y 47: mesioanguladas.
 - Pieza 47 ápice proyectado sobre la cortical superior del conducto dentario inferior.
- Presencia de tártaro dental en piezas antero inferiores.
- Resto de estructuras anatómicas de características aparentemente normales.

ESP. DR. FERRNANDO R. S. FERRNANDO R. S. FERRNANDO R. S.
RADIOLOGÍA BUCA Y MAXILO FACIAL.
C. O. P. 42441 ANE 3035

Nomenclatura dentaria de la F.D.I (dos dígitos)
para cualquier duda o consulta sobre el informe
sírvase comunicarse con este servicio

ALFONSO UGARTE N° 620 - 2° PISO - CHICLAYO

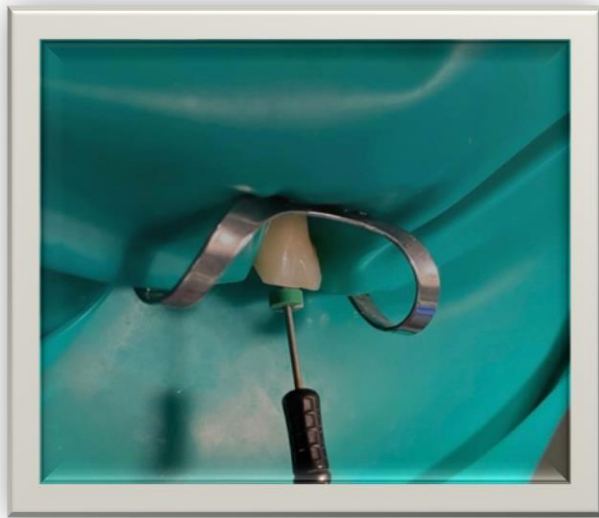
074 - 628559

947835576 - 966617866

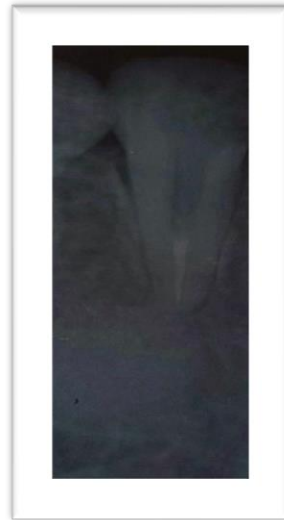
IMAGENES RADIOGRAFIAS PERIAPICALES



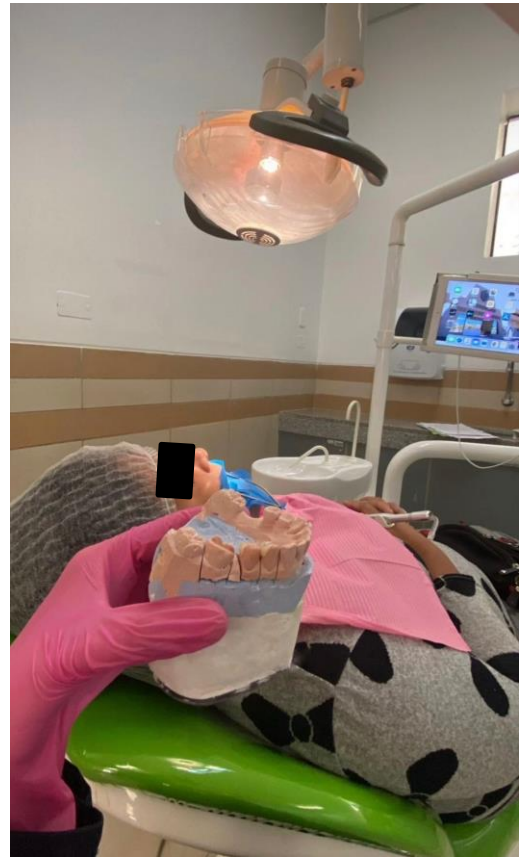
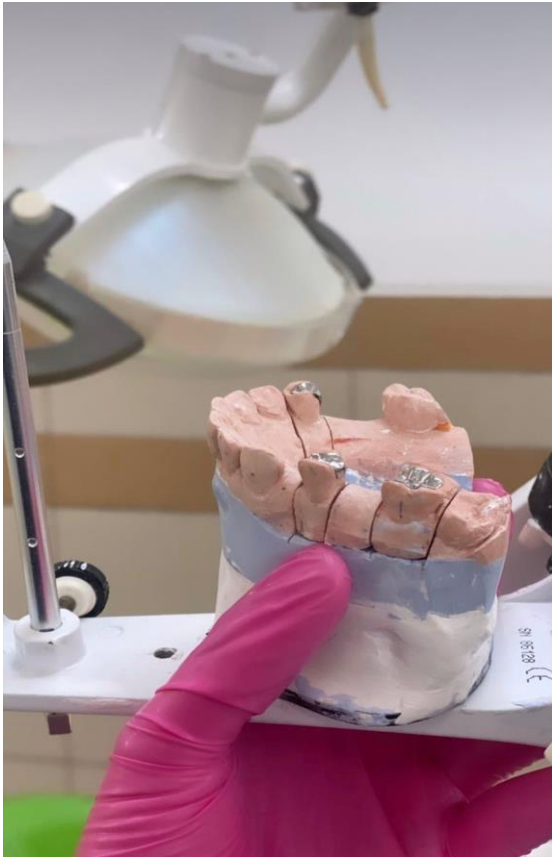
TRATAMIENTO DE ENDODONCIA



RADIOGRAFÍA ESPIGO DE FIBRA DE VIDRIO



INCRUSTACIONES METÁLICAS Y CERÓMERO



PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
Prueba de estructura metálica

