

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTE
EDENTULO PARCIAL BI MAXILAR CON GINGIVITIS
ASOCIADA A PLACA BACTERIANA Y PULPITIS
IRREVERSIBLE REHABILITADO CON PROTESIS
REMOVIBLES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

**PRESENTADO POR
ANGELICA LUCIA OLIVARES PULIDO**

**ASESORA
DRA. CD. TANIA BELU CASTILLO CORNOCK**

**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 PACIENTE EDENTULO
PARCIAL BI MAXILAR CON GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA
BACTERIANA Y PULPITIS IRREVERSIBLE REHABILITADO CON
PROTESIS REMOVIBLES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: ANGELICA LUCIA OLIVARES PULIDO

ASESORA:

DRA. CD. TANIA BELU CASTILLO CORNOCK

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 Antecedentes	3
2.2 Examen clínico	4
2.3 Exámenes auxiliares	6
2.4 Diagnóstico	7
2.5 Plan de tratamiento	7
2.6 Evolución del tratamiento y alta	12
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	14
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	15
ANEXOS	17

RESUMEN

- **Introducción:** El manejo de patologías bucales como la gingivitis inducida por placa bacteriana requiere un enfoque integral, especialmente cuando se presentan complicaciones adicionales como la necesidad de tratamientos endodónticos y rehabilitación protésica. Este caso clínico destaca la importancia de un abordaje multidisciplinario en odontología para asegurar resultados efectivos y duraderos en la salud bucal del paciente.
- **Descripción del caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente de mediana edad que acude a consulta con síntomas de inflamación gingival, sangrado y dolor en la cavidad bucal. Tras un examen clínico y radiográfico, se diagnosticó gingivitis inducida por placa bacteriana, acompañada de una pulpitis irreversible en la pieza 21. El tratamiento inicial consistió en una profilaxis exhaustiva mediante raspado y alisado radicular supragingival, con el objetivo de controlar la gingivitis. Posteriormente, el paciente fue sometido a una biopulpectomía para tratar la infección pulpar. Una vez controlada la patología periodontal y endodóntica, se procedió a la rehabilitación protésica utilizando prótesis removibles, restaurando así la función masticatoria y la estética dental. La intervención multidisciplinaria permitió una resolución exitosa de las complicaciones y la rehabilitación completa del paciente.
- **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de la colaboración entre distintas especialidades odontológicas para abordar de manera integral las complicaciones bucales complejas. La combinación de tratamientos periodontales, endodónticos y protésicos asegura no solo la eliminación de la patología, sino también la restauración completa de la función y estética del paciente, proporcionando un modelo de referencia para futuros tratamientos similares.
- **Palabras Claves:** Gingivitis, Endodoncia, Dentadura Parcial Removible, Placa Dental, Prostodoncia.

ABSTRACT

- **Introduction:** The management of oral pathologies such as plaque-induced gingivitis requires a comprehensive approach, especially when additional complications arise, such as the need for endodontic treatments and prosthetic rehabilitation. This clinical case highlights the importance of a multidisciplinary approach in dentistry to ensure effective and lasting outcomes for the patient's oral health.
- **Case Description:** A case is presented of a middle-aged patient who came to the consultation with symptoms of gingival inflammation, bleeding, and pain in the oral cavity. After a clinical and radiographic examination, the diagnosis was plaque-induced gingivitis, accompanied by irreversible pulpitis in tooth 21. The initial treatment consisted of thorough prophylaxis through supragingival scaling and root planing to control the gingivitis. Subsequently, the patient underwent a pulpectomy to treat the pulp infection. Once the periodontal and endodontic conditions were controlled, prosthetic rehabilitation was carried out using removable dentures, restoring both masticatory function and dental aesthetics. The multidisciplinary intervention allowed for the successful resolution of complications and the complete rehabilitation of the patient.
- **Conclusions:** This case underscores the importance of collaboration among different dental specialties to comprehensively address complex oral complications. The combination of periodontal, endodontic, and prosthetic treatments ensures not only the elimination of the pathology but also the complete restoration of the patient's function and aesthetics, providing a reference model for future similar treatments.
- **Keywords:** Gingivitis, Endodontics, Denture Partial Removable, Dental Plaque, Prosthodontics.

NOMBRE DEL TRABAJO

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE
PACIENTE EDENTULO PARCIAL BI
MAXILAR CON GINGIVITIS ASOCIADA
A PLACA BA

AUTOR

ANGÉLICA LUCÍA OLIVARES PULIDO

RECUENTO DE PALABRAS

3569 Words

RECUENTO DE CARACTERES

20292 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

49 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

12.7MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 18, 2024 10:43 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 18, 2024 10:44 AM GMT-5

● 3% de similitud general

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

- 1% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% 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
- palabras) Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10



FIRMA: TANIA BELU CASTILLO CORNOCKT
COD. ORCID: 0000-0001-6135-9277

I. INTRODUCCIÓN

El manejo integral de un paciente de 64 años, edéntulo parcial bimaxilar y con hipertensión arterial, asociado a otras patologías como la gingivitis inducida por placa bacteriana combinada con procedimientos de biopulpectomía y rehabilitación protésica, representa un desafío significativo en la práctica clínica.

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los antecedentes sistémicos más comunes que los odontólogos encuentran en pacientes de edad avanzada. En la población adulta, se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica a valores iguales o superiores a 140 mm Hg y/o la presión diastólica a 90 mm Hg o más, acompañada de un aumento en el tono arterial y en la presión del flujo sanguíneo¹.

Las repercusiones del edentulismo parcial o total, abarcan desde alteraciones en la masticación, deglución, oclusión dental y fonación, hasta afectaciones estéticas y psicosociales, lo que resulta en una disminución considerable de la calidad de vida del paciente. En el presente caso clínico, la pérdida parcial de dientes afecta la capacidad de masticación eficiente, lo que puede desencadenar problemas digestivos y nutricionales. Además, la ausencia de soporte en las áreas edéntulas compromete la estética facial, provocando una reducción de la dimensión vertical y un envejecimiento prematuro del rostro².

Ante esta condición, las facultades de odontología desempeñan un papel crucial en la formación de los estudiantes sobre la importancia de la detección temprana, la verificación del control en pacientes hipertensos y el manejo adecuado durante el tratamiento odontológico. Diariamente, un número considerable de personas hipertensas, controladas o no, y otras sin diagnóstico previo acuden a la consulta dental. Por ello, es fundamental que el odontólogo comprenda claramente cómo gestionar esta condición. La prevalencia de la HTA está asociada a diversos factores de riesgo propios de cada población, como la raza, edad, sexo, antecedentes familiares e índice de masa corporal. La identificación de pacientes hipertensos que acuden a las facultades de odontología permite detectar casos no diagnosticados previamente, lo que facilita la implementación de medidas de

control, la remisión oportuna y la mejora continua de los protocolos de atención para pacientes con HTA².

La gingivitis es una afección inflamatoria localizada, generalmente causada por la acumulación de biopelícula dental, y se manifiesta por enrojecimiento y edema en el tejido gingival, sin que exista pérdida de inserción periodontal. Esta enfermedad suele ser indolora, rara vez provoca sangrado espontáneo y, en muchos casos, presenta cambios clínicos sutiles, lo que dificulta que la mayoría de los pacientes reconozcan su presencia o sean conscientes de su existencia^{3, 4}.

La pulpitis es la inflamación del tejido pulpar dental en respuesta a estímulos lesivos, como la invasión bacteriana de la estructura del diente. Esta condición generalmente evoluciona desde una fase reversible, en la que la eliminación del estímulo permite la recuperación, hasta una fase irreversible. El diagnóstico clínico de la salud pulpar, ya sea pulpa sana, pulpitis reversible o irreversible, se establece a partir de los signos y síntomas clínicos actuales y pasados, la extensión de la caries adyacente, las respuestas a pruebas de sensibilidad pulpar y percusión, así como la evaluación radiográfica de los tejidos periapicales en el ápice radicular. Tradicionalmente, el dolor intenso espontáneo o provocado previo al tratamiento, junto con la exposición de la pulpa cariada, se consideran indicadores clave de pulpitis irreversible^{5, 6, 7, 8}.

Este caso clínico destaca por su enfoque multidisciplinario que aborda de manera simultánea las necesidades periodontales, endodónticas y prostodónticas del paciente con enfermedad sistémica, en este caso hipertensión arterial controlada, proporcionando un tratamiento integral^{1, 2, 7}.

La combinación de estos procedimientos en un único plan de tratamiento permite una restauración funcional y estética del paciente, al tiempo que se manejan simultáneamente las diferentes áreas afectadas¹⁰. Este enfoque multidisciplinario es menos común en la literatura, lo que resalta la singularidad del caso.

Este reporte de caso clínico aporta una visión detallada de cómo un enfoque multidisciplinario puede ser eficaz en el tratamiento de pacientes con problemas complejos que involucran gingivitis⁷, afecciones endodónticas y la necesidad de rehabilitación protésica⁹. Ofrece evidencia empírica sobre la eficacia de coordinar

múltiples especialidades odontológicas para lograr resultados óptimos en la salud bucal del paciente. Además, proporciona una base para futuras investigaciones sobre la integración de tratamientos periodontales, endodónticos y prostodónticos, promoviendo un modelo de atención más completo y coordinado en la práctica clínica.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente femenina de raza mestiza de 64 años, ama de casa, que reside en Chiclayo, Perú.

2.1.1 Motivo de consulta

La paciente con sus palabras refirió, “Quiero arreglarme mis dientes”, siendo sus síntomas principales: presencia de encías inflamadas, ligero sangrado al cepillarse y dolor en la cavidad bucal. Refirió molestias durante la masticación y preocupación por la estética dental.

2.1.2 Enfermedad actual

Inicialmente, la paciente mostró inflamación gingival, caracterizada por enrojecimiento y aumento de volumen en las encías, lo que indicaba una inflamación activa. Poco después, comenzó a notar sangrado gingival, tanto espontáneo como al cepillarse, confirmando la presencia de gingivitis inducida por placa bacteriana con periodonto reducido.

A medida que la condición progresaba, la paciente manifestó dolor dental localizado en un diente específico. Cabe destacar que este dolor fue consecuencia de una pulpitis irreversible, posiblemente relacionada con un levantamiento de mordida de 1 mm que se le había realizado previamente, lo que contribuyó al compromiso pulpar y la necesidad de realizar una biopulpectomía.

Además, el dolor y la inflamación afectaron su función masticatoria, limitando su capacidad para masticar de forma adecuada. Finalmente, la paciente también

presentó preocupación por la estética dental, producto de la inflamación gingival y la pérdida de piezas dentales.

2.1.3 Historia Pasada

Antecedentes fisiológicos, familiares, patológicos, debido a la presencia de inflamación gingival y molestias dentales. Refiere hipertensión arterial.

En cuanto a sus antecedentes odontológicos, la paciente ha recibido tratamientos previos, incluyendo extracciones y endodoncia, menciona no haberse realizado una limpieza dental profesional en los últimos 8 años. En relación con sus hábitos de higiene oral, se cepilla los dientes dos veces al día, pero no utiliza hilo dental ni enjuagues bucales. La paciente no fuma ni consume alcohol regularmente.

2.2 Examen clínico

Durante el examen clínico extraoral, se observó simetría facial, sin signos de inflamación ni ganglios linfáticos palpables.

La articulación temporomandibular (ATM) no presenta ruidos ni dolor. Sin embargo, se observa una ligera desviación durante el cierre mandibular.

El cuello presenta una longitud corta y estructura delgada. Las glándulas salivales se perciben de consistencia blanda, sin signos de endurecimiento. No se observan ganglios linfáticos visibles, ni se palpan adenopatías. La palpación de las áreas cervicales no genera dolor.

En el examen intraoral, la mucosa oral y encías se encontraron de color rojo, mostrando una ligera inflamación en la región anteroinferior. A nivel de tejidos duros se evidencia lesiones cariosas de a nivel de dentina en piezas, 16, 15, 13, 12, 34, 35, con compromiso pulpar 21. Pieza 11 con material de obturación temporal. Ausencia de piezas 14, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 38, 46, 47, 48. Restauración con resina pieza 36.

Se evidencia presencia de Lesión de caries a nivel de la dentina: 16, 15, 13, 12, 34, 35, ausencia de las piezas dentarias por extracción 18, 17, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 38, 46, 47, 48, así como restauraciones con resina de la pieza 36, además el

paciente presenta desgaste en las piezas 12, 11, 21, 22, 31, 32, 33, 41, 42, 43.
(Anexo 2)

2.3 Exámenes auxiliares

Para el diagnóstico definitivo se realizaron los siguientes estudios:

Prueba de vitalidad pulpar: Se realizaron pruebas de frío y calor en las piezas 21, mostró una respuesta positiva con dolor persistente, confirmando el diagnóstico de pulpitis irreversible. El resto de los dientes evaluados respondieron de manera normal, a la prueba de percusión vertical y horizontal fue positiva.

Pruebas de percusión vertical y horizontal de la pieza 11 asintomática. No se detectó sensibilidad o dolor durante las pruebas, lo que sugiere ausencia de inflamación.

En el análisis radiográfico, se solicitó radiografía periapical de pieza 21 y radiografía panorámica.

En la radiografía periapical se observó que la pieza 21, lesión radiolúcida, localizada en la zona media de la raíz, aproximadamente a la mitad de su longitud, el conducto radicular es visible con un trayecto recto, sin obstrucciones o curvaturas anormales. No se observa fractura en la raíz. El espacio del ligamento periodontal esta ligeramente ampliado en la zona media. (Anexo 7)

En la radiografía panorámica podemos observar que hay una pérdida ósea horizontal en el sector posterior del cuadrante II y IV, además Imagen radiopaca en conducto radicular de pieza 11 compatible con material de obturación en aparente buen estado. El estudio radiográfico reveló una pérdida ósea horizontal en el cuadrante II y recidiva cariosa en pieza 11, pieza 38 incluida. Ausencia de piezas 14, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 38, 46, 47, 48. (Anexo 5)

En el análisis de modelos de estudio montados en ASA se identificó una relación céntrica incorrecta, con interferencias oclusales, pero con desgaste en los bordes incisales de las piezas 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42. Este desgaste se correlaciona con el patrón de masticación del paciente y sugiere la necesidad de rehabilitación

con prótesis removible para evitar sobrecarga oclusal. Disminución de la dimensión vertical de 1mm por colapso posterior.

2.4 Diagnóstico (CIE -10)

En el diagnostico periodontal debido al sangrado, inflamación, placa blanda y dura se diagnosticó gingivitis inducida a placa bacteriana (CIE-10: K05.0)

Diente incluido (CIE-10: K01.0): Pieza 38.

Edentulismo parcial superior e inferior por ausencia de piezas (CIE-10: K08.1), 14, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 37, 46, 47, 48, clase II Modificación I de Kennedy.

Caries de Dentina (CIE-10: K02.1); en las piezas 13(D), 15(M), 16(O), 34(O), 35(O)

En el diagnostico pulpar, Pulpitis (CIE-10: K04.0); debido a los resultados de las pruebas de vitalidad y de percusión se diagnosticó pulpitis irreversible en la pieza 21.

Perdida de dimensión vertical de 1mm por colapso de mordida posterior, desgaste en piezas 31, 32, 33, 41, 42, 43.

La paciente presentó limitaciones económicas que afectaron la posibilidad de realizar algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de inmediato, como la toma de radiografías adicionales para una evaluación más detallada.

La necesidad de coordinar un enfoque multidisciplinario implicó la realización de interconsultas con otros especialistas, lo que extendió el tiempo de diagnóstico y planificación del tratamiento.

2.5 Plan de tratamiento

Fase I: Higiene

- Educación del paciente en técnicas de higiene.
- Profilaxis y eliminación de la placa bacteriana supragingival.

Fase II – Correctiva

- Endodoncia en la pieza 21
- Fibra de Vidrio pieza 11 y 21
- Restauraciones con resina pieza 11(P/I) y 21(P/I)
- Reconstrucción de bordes incisales de piezas 12, 22
- Levantamiento de mordida 1mm por desgastes incisales con resina compuesta de piezas sector inferior 31, 32, 33, 41, 42, 43.
- Rehabilitación Protésica: Con Prótesis Removible Superior e Inferior

Fase III – Mantenimiento

- Revisión periódica del estado periodontal, cada 3 a 6 meses.
- Profilaxis regular para mantener bajos niveles de placa blanda y dura.
- Reevaluación continua de la higiene oral del paciente y ajuste de las instrucciones según sea necesario.

Objetivo General:

- Inculcar buenos hábitos de higiene
- Mejorar el estado periodontal
- Eliminar focos infecciosos
- Restaurar piezas dentarias
- Devolver la función
- Buscar la estabilidad oclusal

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Paciente femenina de 74 años acudió a la Clínica de la Universidad San Martín de Porres con el motivo de consulta principal: "Quiero arreglar mis dientes". En la

primera cita se completó la historia clínica y la ficha periodontal. Se diagnosticó gingivitis asociada a placa bacteriana con periodonto reducido.

En la segunda cita, se le realizó una profilaxis y se le enseñó la técnica de cepillado Bass Modificada. También se tomaron las impresiones de los modelos de diagnóstico superior e inferior. En la tercera cita, se llevó a cabo el diagnóstico intermaxilar con el arco facial y se realizó el registro de mordida con pasta zinquenólica para el análisis de modelos.

En la cuarta cita, se hizo la preparación de lechos y la impresión definitiva del maxilar superior. En la quinta cita, se realizó la preparación biostática del maxilar inferior y se tomó la impresión definitiva con cubeta individual y silicona mediana. En la sexta cita, se probó la estructura metálica superior e inferior, junto con la prueba de rodetes. Se tomó nuevamente el registro intermaxilar y el registro de mordida con pasta zinquenólica. Posteriormente, se hizo la prueba de enfilado. En la séptima cita, se realizó la instalación de las PPR superior e inferior.

En la octava cita, se realizaron restauraciones en las piezas 12 y 13 con resina compuesta P60 de 3M. En la novena cita, se llevaron a cabo restauraciones con la misma resina en las piezas 15 y 16 con resina compuesta P60 de 3M. En la décima cita, se repitieron restauraciones con resina compuesta P60 en las piezas 15 y 16. En la onceava cita, se restauraron las piezas 34 y 35 con resina compuesta P60. En la doceava cita, se restauraron las piezas 11 y 12 con la misma resina.

En la treceava cita, debido a dolor espontáneo en la pieza 2.1, diagnosticada con pulpitis irreversible, se realizó aislamiento absoluto y apertura cameral con una fresa redonda de tallo largo, seguida de la fresa Endo Z para la conformación del acceso endodóntico. Se llevó a cabo una biopulpectomía con conducto único de 20.5 mm de longitud total y 19.5 mm de longitud de trabajo. La preparación biomecánica inició con lima #20 y concluyó con la lima #70, siendo la lima de memoria la #50. A la paciente se le medicó con Hidróxido de calcio, porque hubo una sobre instrumentación. A la semana la obturación se realizó con la técnica de condensación lateral y cemento Viopaste.

En la catorceava cita, se desobturó la pieza 11 para realizar la cementación del poste de fibra de vidrio. En la quinceava cita, se obturó la pieza 2.1 con cemento Viopaste.

En la Dieciseisava cita, se desobturó la pieza 21 para cementar el espigo de fibra de vidrio. En la diecisieteava cita, se restauraron las piezas 11 y 21 con resina compuesta P60, y en la dieciochoava cita, las piezas 12 y 22. En la diecinueveava cita, se restauraron las piezas 41 y 42 con la misma resina.

En la vigésima cita, se realizaron carillas de resina en las piezas 31, 32, 33, 41, 42, 43 mediante la técnica inyectada con resina fluida y se tomaron impresiones de diagnóstico superior e inferior. En la vigésima primera cita, se realizó la preparación biostática e impresión definitiva superior e inferior

En la vigésima segunda cita, se probó la estructura metálica superior e inferior, junto con los rodetes, y se tomó el registro intermaxilar con arco facial. En la vigésima tercera cita, se hizo el registro de mordida con pasta zinquenólica. Finalmente, en la vigésima cuarta cita, se probó el enfilado con falsa encía superior e inferior, y en la vigésima quinta cita, se probó el acrilizado de las PPR superior e inferior, llevándose a cabo su instalación definitiva y firmando el alta de la paciente. (odontograma final Anexo 9 y alta del paciente Anexo 10).

III. CONCLUSIONES

En este caso clínico, el enfoque multidisciplinario fue esencial para tratar al paciente de manera integral, abordando la gingivitis asociada a placa bacteriana con periodonto reducido y la pulpitis irreversible.¹¹ El tratamiento periodontal, basado en la eliminación de la placa y la educación en higiene oral, resultó exitoso. La pulpitis irreversible fue un tratamiento adecuado para preservar los dientes afectados y, junto con la rehabilitación protésica removible, permitió restaurar la función y la estética dental, mejorando la calidad de vida y autoestima del paciente. Este enfoque integral resalta la importancia de la colaboración entre periodoncia, endodoncia y prostodoncia para lograr resultados óptimos^{11,12}.

Las manifestaciones clínicas fueron abordadas mediante un tratamiento multidisciplinario que incluyó terapia periodontal (profilaxis), tratamiento

endodóntico (biopulpectomía) y la posterior rehabilitación protésica con prótesis removibles, logrando así la restauración completa de la función y estética bucal de la paciente.

Entre los puntos fuertes destaca la efectiva coordinación multidisciplinaria que permitió tratar todas las patologías del paciente de manera integral. La adecuada selección de tratamientos como la biopulpectomía y la prótesis removable se ajustó a las necesidades del paciente y demostró ser una opción efectiva y accesible.¹³ Sin embargo, un punto débil fue la tardanza en la detección de las patologías debido a la falta de hábitos de higiene oral y la escasa frecuencia de visitas al odontólogo, lo que complicó el manejo de la gingivitis y la pulpitis. Además, la adaptación inicial a la prótesis removable fue un desafío, pues el paciente no había utilizado una antes.

El caso presenta limitaciones relacionadas con la falta de seguimiento a largo plazo para evaluar la estabilidad de los resultados periodontales y protésicos.

Este reporte destaca cómo el manejo multidisciplinario el cual puede abordar de manera efectiva patologías complejas en pacientes con limitaciones económicas, presentando un enfoque integral accesible. El tratamiento periodontal, endodóntico y protésico en conjunto ofreció una solución clínica efectiva que mejoró la calidad de vida del paciente^{14, 15}.

Este caso contribuye a la literatura sobre el uso de prótesis removibles en pacientes con pulpitis tratada conservadoramente, mostrando que es posible rehabilitar a pacientes con un enfoque asequible y clínicamente viable.

Dentro de los posibles estudios que podrían generarse en de este reporte de casos clínico podrían ser:

1. Impacto de la educación en higiene bucal para mejorar y prevenir patologías como la gingivitis y pulpitis.
2. Seguimiento a largo plazo de la funcionalidad y estética de prótesis removibles.
3. Estrategias preventivas para evitar pulpitis en pacientes con mala higiene oral.

4. Factores psicológicos que influyen en la aceptación de prótesis removibles.
5. Rehabilitación protésica en pacientes con limitaciones económicas, comparando diferentes tratamientos.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ordóñez DE, Sinisterra GA. Hipertensión arterial en pacientes de un servicio de atención prioritaria de odontología y su relación con características sociodemográficas. *Acta Odontol Colomb.* 2020; 10(2):39-51.
2. Escudero E, Muñoz MV, De la Cruz ML, Justiciano LA, Valda ME. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de sucre. 2019. *Rev Cien Tec In.* 2020;18(21):30
3. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: case definition and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45 Suppl 20:S44-S67.
4. Zini A, Mazor S, Timm H, Barker ML, Grender JM, Gerlach RW, Biesbrock AR. Effects of an oral hygiene regimen on progression of gingivitis/early periodontitis: a randomized controlled trial. *Can J Dent Hyg.* 2021;55(2):85-94.
5. Laculli F, Rodríguez-Lozano FJ, Briseño-Marroquín B, Wolf TG, Spagnuolo G, Rengo S. Vital pulp therapy of permanent teeth with reversible or irreversible pulpitis: an overview of the literature. *J Clin Med.* 2022;11(14):4016.
6. Kahler B, Taha NA, Lu J, Saoud TM. Vital pulp therapy for permanent teeth with diagnosis of irreversible pulpitis: biological basis and outcome. *Aust Dent J.* 2023; 68(1):S110-S122.
7. Wang J. Vital pulp therapy of permanent teeth with irreversible pulpitis. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2023;41(6):622-627.
8. Santos JM, Pereira JF, Marques A, Sequeira DB, Friedman S. Vital pulp therapy in permanent mature posterior teeth with symptomatic irreversible pulpitis: a systematic review of treatment outcomes. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(6):573.
9. Lin LM, Ricucci D, Saoud TM, Sigurdsson A, Kahler B. Vital pulp therapy of mature permanent teeth with irreversible pulpitis from the perspective of pulp biology. *Aust Endod J.* 2020;46(1):154-166.

10. Velásquez B, Rodríguez M, Mosquera V, Álvarez E, Chauca L, Mena A. Occlusal analysis in natural dentition: systematic review. *Eur J Dent.* 2023; 17(3):615-622.
11. Tampi MP, Pilcher L, Urquhart O, Kennedy E, O'Brien K, Lockhart PB, et al. Antibiotics for the urgent management of symptomatic irreversible pulpitis, symptomatic apical periodontitis, and localized acute apical abscess: systematic review and meta-analysis—a report of the american dental association. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(12): e179-e216
12. Angulo LF, Montesdeoca CA, Mejia CG, Zurita SM. Procesos infecciosos periodontales de origen endodóntico. *RECIMUNDO.* 2023; 2588-073X: 63-70.
13. Laculli F, Rodríguez-Lozano FJ, Briseño-Marroquín B, Wolf TG, Spagnuolo G, Rengo S. Vital pulp therapy of permanent teeth with reversible or irreversible pulpitis: an overview of the literature. *J Clin Med.* 2022;11(14):4016.
14. Guan X, Zhou Y, Yang Q, Zhu T, Chen X, Deng S, Zhang D. Vital pulp therapy in permanent teeth with irreversible pulpitis caused by caries: a prospective cohort study. *J Pers Med.* 2021;11(11):1125.
15. Lin LM, Ricucci D, Saoud TM, Sigurdsson A, Kahler B. Vital pulp therapy of mature permanent teeth with irreversible pulpitis from the perspective of pulp biology. *Aust Endod J.* 2019;45(1):1-10.

16. ANEXO 1: Fotos Intraorales y Extraorales (Post-Tratamiento)

Fig. 1: Paciente edéntula parcial superior e inferior sin prótesis



Fig. 2: Paciente edéntula parcial superior e inferior con sonrisa sin prótesis



Fig 3: Foto Oclusal Superior sin Protesis



Fig 4: Foto Oclusal Inferior sin Protesis



Fig 5: MIC sin Protesis



Fig 6: MIC Lateral Derecho sin Protesis



Fig 7: MIC Lateral Izquierdo sin Protesis



Fig 8: Paciente edéntula parcial superior e inferior con prótesis



Fig 9: Paciente edéntula parcial superior e inferior con sonrisa con prótesis



Fig 10: Foto Oclusal Superior con Protesis Removible



Fig 11: Foto Oclusal Inferior con Protesis Removible



Fig 12: MIC con Protesis Removible



ANEXO 5 – Radiografía Panorámica



ANEXO 6 – Informe Radiográfico



RAYDENT

Maxilofacial - Tomografías 3D

SERVICIO DE RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

NOMBRE DEL PACIENTE : [REDACTED]
EDAD : 65 AÑOS.
SEXO : FEMENINO.
FECHA DE TOMA RADIOGRÁFICA : 13/01/2023.
FECHA DEL INFORME RADIOGRÁFICO : 16/01/2023.
DOCTOR(A) : PARTICULAR.

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

1. Mineralización parcial de los procesos estilo hioideos bilateral.
2. Neumatización alveolar de ambos senos maxilares, presencia de septum intra sinusal en el seno maxilar del lado izquierdo.
3. Reabsorción ósea alveolar moderada generalizada en el maxilar superior.
4. Reabsorción ósea alveolar severa localizada en el sector antero inferior.
5. Unidades dentarias:
 - a. 16, restauración oclusal.
 - b. 15, restauración ocluso mesial.
 - c. 13, restauración distal con aparente lesión de caries recidivante, pérdida de estructura dentaria.
 - d. 12, restauración en cara libre desbordante.
 - e. 11, material obturador de conducto sub extendido, restauración coronaria.
 - f. 21, 22, pérdida de estructura dentaria (atrición dentaria).
 - g. 23, restauración en cara libre, probable lesión de caries recidivante.
 - h. 38, impactada en posición mesioangular contra el borde anterior de la rama mandibular, ápices radiculares dilacerados y proyectados sobre el conducto dentario.
 - i. 36, lesión de caries oclusal.
 - j. 35, lesión de caries mesial.
 - k. 33, 43, pérdida de estructura dentaria (atrición dentaria).
 - l. 32, 31, 41, 42, pérdida de estructura dentaria (atrición dentaria), placa blanda calcificada "tártaro" proyectado en zona cervical.
 - m. 44, restauración oclusal.
 - n. 45, pérdida de estructura dentaria parcial, ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal.


ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL
C.D. Esp. SERGIO F. SAMANAMÚ LEANDRO
C.O.P. N° 27719 - R.N.E. N° 1414
Miembro del Staff de Radiólogos de Serbit

Fijo: (074) 757700
Cel: 960.357.076

Manuel María Izaga 514
2° Piso - Chiclayo

raydentcix@gmail.com

ANEXO 7 – Radiografía Periapical

Fig 19: Radiografía de Diagnostico



Fig. 20: Radiografía de Conometria



Fig. 21: Radiografía de Penachos

