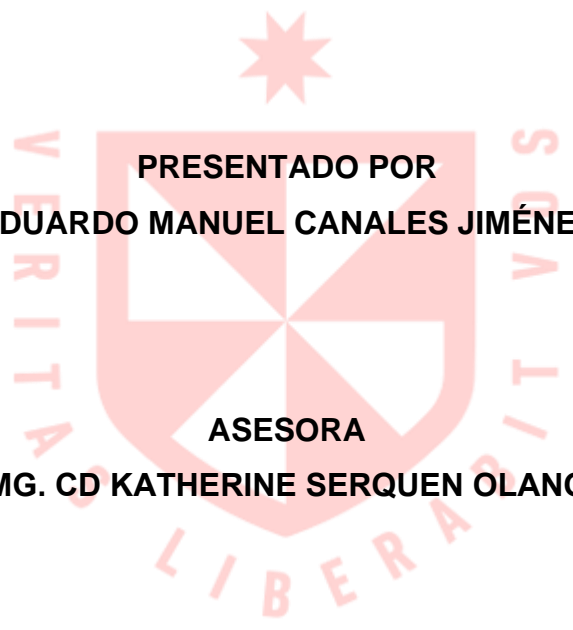


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE  
CON NECROSIS PULPAR EN PREMOLAR MIGRADO Y  
GIROVERSADO. REPORTE DE CASO CLÍNICO**



PRESENTADO POR  
EDUARDO MANUEL CANALES JIMÉNEZ

ASESORA  
MG. CD KATHERINE SERQUEN OLANO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO 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:**

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE CON  
NECROSIS PULPAR EN PREMOLAR MIGRADO Y  
GIROVERSADO. REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

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

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACH: EDUARDO MANUEL CANALES JIMÉNEZ**

**ASESORA**

**MG. CD KATHERINE SERQUEN OLANO**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2024**

# ÍNDICE

Pág.

## RESUMEN/ABSTRACT

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>                  | <b>1</b>  |
| <b>II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO</b> | <b>6</b>  |
| 2.1 Anamnesis                           | 6         |
| 2.1.1 Motivo de consulta                | 6         |
| 2.1.2 Enfermedad actual                 | 6         |
| 2.1.3 Antecedentes                      | 6         |
| 2.2 Examen clínico                      | 6         |
| 2.3 Exámenes auxiliares                 | 7         |
| 2.4 Diagnóstico                         | 8         |
| 2.5 Plan de tratamiento                 | 10        |
| 2.6 Evolución del tratamiento y alta    | 11        |
| <b>III. CONCLUSIÓN</b>                  | <b>14</b> |
| <b>IV. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>       | <b>15</b> |
| <b>ANEXOS</b>                           | <b>17</b> |

## RESUMEN

- **Introducción**

El éxito de los tratamientos odontológicos depende exclusivamente de poder recopilar la mayor cantidad de información posible de un paciente para que con juicio clínico se pueda diagnosticar de manera acertada, integral y óptima. En este caso se aplicaron diferentes técnicas de recolección de datos para llegar a un correcto diagnóstico y formular un plan de tratamiento interdisciplinario para elevar la condición de salud oral del paciente.

- **Descripción del caso clínico**

Paciente de 42 años, masculino, con presencia de un remanente radicular con curvatura radicular, múltiples lesiones cariosas y no cariosas, pulpitis irreversible sintomática y necrosis pulpar asintomática en segunda premolar giroverzada, migrada en posición de canino; se le realizó profilaxis, restauraciones con resina compuesta, cirugía compleja del remanente, terapias endodónticas aplicando diferentes técnicas de tomas radiográficas, y restauración protésica con postes de fibra de vidrio anatomizado; dio como resultado una situación favorable para el paciente devolviendo estética, eliminación del dolor dentario y la eliminación de focos infecciosos.

- **Conclusiones**

La planificación de un caso integral requiere de contar con las herramientas adecuadas y de saber aplicar el juicio clínico con la finalidad de llegar a un diagnóstico clínico acertado para así lograr la satisfacción estética y funcional del paciente. Se debe realizar más investigaciones sobre la prevalencia de más de 2 conductos de premolares en el Perú y también investigar la diferencia significativa entre el diagnóstico endodóntico empleando radiografías analógicas y digitales.

- **Palabras clave**

Caries, Necrosis Pulpar, Endodoncia, Cirugía Bucal.

## **Abstract**

- **Introduction**

The success of dental treatments depends exclusively on being able to gather the greatest amount of information possible from a patient so that with clinical judgment a diagnosis can be made in an accurate, comprehensive and optimal manner. In this case, different data collection techniques were applied in order to arrive at a correct diagnosis and formulate an interdisciplinary treatment plan to improve the patient's oral health condition.

- **Description of the clinical case**

Patient, 42 years old, male, with the presence of a root remnant with root curvature, multiple carious and non-carious lesions, symptomatic irreversible pulpitis and asymptomatic pulp necrosis in a rotated second premolar, migrated in the canine position; in witch prophylaxis, restorations with composite resin, complex surgery of the remnant, endodontic therapies applying different radiographic techniques, and prosthetic restauration with anatomized fiberglass posts were performed; the results was a favorable clinical situation for the patient, restoring aesthetics, eliminating toothache, and eliminating infectious foci.

- **Conclusions**

The planning of a multidisciplinary case requires having the appropriate tools and knowing how to apply clinical judgment in order to reach an accurate clinical diagnosis and thus achieve the steric and functional satisfaction of the patient. More research should be done on the prevalence of more than 2 premolar canals in Perú and also investigate the significant difference between endodontic diagnosis using analog and digital radiographs.

- **Key words**

Caries Dental, Dental Pulp Necrosis, Endodontics, Surgery Oral.

# EDUARDO MANUEL CANALES JIMÉNEZ

## REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTE CON NECROSIS PULPAR EN PREMOLAR MIGRADO Y GIROVERSAD...

Universidad de San Martín de Porres

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:414857289

Fecha de entrega

10 dic 2024, 10:05 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 dic 2024, 10:10 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. CANALES EDUARDO 10dic24.pdf

Tamaño de archivo

3.1 MB

42 Páginas

4,254 Palabras

22,990 Caracteres

## 4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

### Exclusiones

- ▶ N.º de fuente excluida
- ▶ N.º de coincidencias excluidas

### Fuentes principales

- 2% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: KATHERINE SERQUEN OLANO

CODIGO ORCID: 0000-0002-4542-6270

### Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## I. INTRODUCCIÓN

En la práctica odontológica moderna el enfoque mínimamente invasivo se ha convertido en un pilar fundamental para la preservación y restauración de la salud bucodental, este enfoque se basa en la premisa de conservar la mayor cantidad posible de la estructura dental natural, evitando intervenciones agresivas y promoviendo tratamientos que imiten tanto las propiedades mecánicas funcionales como estéticas de la dentadura original<sup>1</sup>. El presente reporte de caso clínico describe el enfoque multidisciplinario realizado a un paciente que requirió un tratamiento integral para preparar su estado bucodental para un posterior tratamiento de ortodoncia. A lo largo de este proceso se implementaron diferentes técnicas; quirúrgicas y restauradoras, incluyendo profilaxis, eliminación de caries, restauraciones en resina compuesta, cirugía compleja, endodoncias y colocación de postes de fibra de vidrio. Cada uno de estos procedimientos se llevó a cabo con un enfoque que priorizó la conservación de la estructura dental natural, garantizando que las intervenciones fueran lo menos invasivas posible. La estrategia de conservación y restauración se centró en la preservación de la dentina y el esmalte sano, utilizando técnicas avanzadas para minimizar la remoción de tejido sano y garantizar una restauración funcional efectiva con estética congruente con la dentadura natural. El éxito en el tratamiento de conductos radiculares depende enteramente de la capacidad de interpretar la visión indirecta de los conductos a través de exámenes auxiliares como radiografías y de aplicar los conocimientos morfológicos para lograr la correcta desinfección interna de la pieza<sup>2</sup>. En 2021 autores como Lucieli investigaron la tasa de éxito de estudiantes de odontología donde obtuvieron 96,7 % de éxito en piezas con pulpitis irreversible y un 87.5 % en casos de necrosis brindando un buen pronóstico y confianza clínica para los estudiantes<sup>3</sup>. Sin embargo, en este caso, nuestro paciente al tener mordida profunda que predispone a patologías como enfermedad periodontal, apiñamiento, caries dental y pérdida de piezas dentarias, también complica el diagnóstico correcto de las patologías bucales y a su vez propicia ejecutar un incorrecto plan de tratamiento<sup>4</sup>. Debido a esta mal oclusión y a múltiples pérdidas dentarias, la primera premolar superior se encontraba en una posición donde radiográficamente en primera instancia aparenta tener 3 conductos; según Araujo R, la prevalencia de 3 conductos con ápices separados en premolares superiores es tan solo del 6



porciento<sup>5</sup> y añadiendo que clínicamente no se encontraba el tercer conducto se decidió optar por otras técnicas radiográficas que revelaron que el premolar solo contaba con 2 conductos, esto de no haber tenido la pericia clínica hubiera terminado en una posible perforación aumentando el riesgo de fracaso además del uso de más tiempo y recursos<sup>6</sup>.

Uno de los factores más importantes a la hora de abordar un tratamiento quirúrgico es el control y la prevención del cuadro inflamatorio de nuestro paciente para así conseguir resultados predecibles y una mejor recuperación post quirúrgica, sobre todo si cuenta con factores sistémicos o se realizará un procedimiento de complejidad media a alta<sup>7</sup>. En el presente caso, no manifiesta una enfermedad sistémica pero las condiciones buco dentales como limitación en la apertura y un remanente dentario con raíz en curva, así como la ostectomía a realizar, predispone a una resolución de complejidad moderada<sup>8</sup>. Por las características antes mencionadas y la información obtenida del estudio de Shoohanizad E, donde evidenció que el uso de la dexametasona es la mejor opción en la recuperación post operatoria en exodoncias de complejidad moderada a alta<sup>9</sup>, se optó por administrar 4 mg de dexametasona vía intra muscular pre operatoria con el objetivo de reducir la inflamación, trismos, edema y dolor post<sup>9</sup>. Se consideró la rehabilitación de la pieza 35 con el tratamiento de una endo corona posterior al tratamiento endodóntico debido a que la literatura indica que las endo coronas muestran un desempeño biomecánico similar o mayor que las restauraciones tradicionales núcleo corona en la restauración de piezas con daño estructural severo<sup>10</sup>, sin embargo, debido a la falta de espacio protésico y las condiciones del remanente radicular se optó por la extracción debido a una alta probabilidad de fracaso post rehabilitación<sup>11</sup>.

Lo que diferencia a este caso es el abordaje multidisciplinario que se le dio al paciente, con la finalidad de estabilizar al paciente eliminando focos infecciosos y restaurar las piezas dentarias para que en el futuro se realice el tratamiento ortodóntico, y a su vez la complejidad y resolución que se le dio al tratamiento quirúrgico y endodóntico desde el diagnóstico radiográfico.

El objetivo de este reporte de caso multidisciplinario en el paciente es dar a conocer el enfoque en odontología mínimamente invasiva realizando técnicas restaurativas

conservadoras y las técnicas radiográficas empleadas para este tipo de complicaciones en la resolución de endodoncias en piezas con mala posición.

## **II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**

### **2.1 Anamnesis**

Paciente de 42 años de edad, masculino, origen étnico de Yagua, es vendedor, vive en Chiclayo.

#### **2.1.1 Motivo de consulta**

“Restauración caída”.

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente refiere no tener ninguna enfermedad actual sistémica, más si manifiesta haber tenido dolor y posterior cambio de coloración en la pieza 14 hace varios meses hasta la desaparición del dolor, también indica dolor en las piezas 11 y 21 donde le hicieron restauraciones hace 1 año y por último una fractura del diente 35 comiendo carne.

#### **2.1.3 Historia pasada**

El paciente indica consumo frecuente de café y apretar los dientes constantemente durante el día, refiere que fue atendido odontológica mente para extracciones y curaciones hace más de un año, las cuales indicó no quedar satisfecho ya que no le gusto estética y le dolían los dientes cada cierto tiempo . No refiere antecedentes familiares.

### **2.2 Examen clínico**

Examen extra oral:

Apertura de 55mm, dolor a la apertura y competencia labial.

Examen intra oral:

Mucosa color rosada sin anomalías, carrillos rosados sin anomalías, paladar duro y blando rosa sin anomalías, oro faringe rosa sin anomalías, lengua y piso de boca rosa sin anomalías, encía rosa, enrojecida, de consistencia firme , contorno irregular, sangrado provocado, recesión gingival generalizado con reborde alveolar reabsorbido, se observó ausencia de piezas 15,13, 23, 24, 25, 27, 28, 36, 32, 43 y 46. Atrición clase 2 y 3 en piezas 14, 11, 21, 33, 32, 31 y 41; lesiones cariosas en piezas 17 (O), 16 (O) , 14 (V), 11(M), 21(M), 22(M), 38(O), 37(O), 34(V), 44(O), 45(V) y 47(OM); giroversión en piezas 14 y 44; migración de piezas 14 y 44; pieza 11 y 12 con caries profunda, color alterado, fractura coronaria, con dolor localizado, temporario, moderado, provocado en la prueba de percusión horizontal y vertical, prueba térmica y al fresado; pieza 14 con lesión de caries profunda, fractura coronaria, exposición pulpar, movilidad dentaria clase 2, asintomático; remanente radicular sangrante de pieza 35 y mal oclusión.(Figura 10)

### **2.3 Exámenes auxiliares**

Se indicaron:

Radiografía panorámica (Figura 8) con informe radiográfico (Figura 9):

Mineralización de ambos procesos estilo hioideos.

Senos maxilares neumatizados.

Acentuación de la escotadura antegonial del lado izquierdo.

Moderada reabsorción ósea alveolar del sector anterior.

Ausencia de piezas 15, 13, 23, 24, 25, 27, 28, 36, 32, 43 y 46.

Pieza 14, imagen radiolúcida proyectada en periápice radicular a descartar proceso osteolítico.

Restauraciones en piezas 11 y 21 con falta de sellado marginal.

Piezas 22, imagen radiolúcida coronaria distal que sugiere lesión de caries dental.

Ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal.

Pieza 35, amplia perdida de la estructura coronaria con imagen radiolúcida que sugiere lesión de caries dental. Ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal. Imagen radiolúcida apical que sugiere absceso apical difuso.

Pieza 34, tenue banda radiolúcida proyectada en tercio cervical radicular a descartar abfracción dentaria.

Resto de estructura óseas conservadas.

Radiografías periapicales en las piezas 14, 11, 21 y 35: (Figura 15 y 19).

Impresiones preliminares en material de alginato para obtener modelos de diagnóstico, en los cuales se identificó en el análisis de los modelos de estudio:

Perdida de dimensión vertical.

Diferentes niveles de inclinación.

Migración y mesialización de pieza 14.

Ausencia de piezas dentarias 15, 13, 23, 24, 25, 26, 28 36, 33, 43 y 46.

Falta de espacio protésico para el remanente radicular de la pieza 35

Examen periodontal (Figura 11 y 12) donde se observó:

Periodonto reducido con presencia de placa dura.

Índice de O'Leary que reveló deficiencia en la higiene dental con un 58.5 % de placa bacteriana en los dientes.

## **2.4 Diagnóstico**

En el diagnóstico de caries se utilizó el sistema internacional para la detección y gestión de caries (ICDAS)<sup>12</sup> que nos brinda un resultado de la inspección clínica y visual de la pieza dañada, así como su manejo<sup>13</sup>. También se utilizaron diferentes pruebas de vitalidad pulpar como la prueba al calor, frío y percusión para saber del daño pulpar en cada pieza afectada y así planificar un correcto abordaje clínico en cada restauración<sup>14</sup>. Posteriormente se recopiló y utilizó la información obtenida en los exámenes auxiliares para presentar los siguientes diagnósticos:

Paciente presenta salud gingival clínica en periodonto reducido generalizado, con un índice de higiene deficiente, desgaste, lesiones cariosas en esmalte y dentina, pulpitis irreversible sintomática, necrosis pulpar con periodontitis apical, remanente radicular, edentulismo parcial, dientes extruidos, instruidos, giroversiones, migraciones dentales, apiñamiento y pérdida de dimensión vertical.

Complementamos el diagnóstico con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE 10:

K020: Caries limitada al esmalte en piezas 17, 16, 22, 38, 37, 34, 44, 45 y 47.

K021: Caries de la dentina en piezas 11 y 21.

K030: Atrición excesiva de los dientes en piezas 32, 31 y 41.

K31: Abrasión de los dientes en piezas 14, 34 y 35.

K35: Anquilosis dental en pieza 35.

K040: Pulpitis en piezas 11 y 21.

K041: Necrosis pulpar en pieza 14.

K060: Retracción Gingival.

K70: Anomalía de la relación entre los arcos dentarios.

K081: Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal de piezas 15, 13, 23, 24, 25, 26, 28, 36, 33, 43 y 46.

K083: Raíz dental retenida de pieza 35.

## **2.5 Plan de tratamiento**

Fase I. Inicial o higiénica:

Empezamos con motivación, concientización y enseñanza del paciente; instrucción de métodos y de su plan de tratamiento; comenzamos la higiene del paciente con tratamiento de profilaxis dental; extracción quirúrgica del remanente radicular de la pieza 45.

Esta fase es importante debido a que es el inicio del tratamiento con el objetivo de incentivar al paciente en la mejora de su salud oral y preparamos el sustrato dentario junto con los tejidos blandos para los futuros tratamientos y aumentar su eficacia.

Fase II: Correctiva

En esta fase tenemos el objetivo de eliminar patologías, focos infecciosos, restaurar las piezas dentarias, mejorar la estética y preparar al paciente para tratamientos futuros como ortodoncia.

Endodoncias de las piezas 11, 21 y 14.

Eliminación de lesiones de caries y restauraciones en resina compuesta en piezas 17(O), 16(O), 14(V), 11(M), 21(M) , 22(MD), 38(O), 37(O), 34(V), 44(O), 45(VD) y 47(OM).

Restauración post endodóntica con postes de fibra de vidrio anatomizados con resina compuesta en las piezas 11 y 21.

Fase III: Mantenimiento

Mantener la salud dental y periodontal con controles profilácticos periódicos mínimo cada 6 meses para evitar la reincidencia de lesiones de caries y mantener el óptimo funcionamiento biomecánico de las restauraciones.

Esta fase tiene la finalidad de ayudar a evitar la recurrencia de caries o enfermedad periodontal, reforzando la educación del paciente y dándole mantenimiento a las restauraciones realizadas prolongando la salud bucal del paciente.

El objetivo del plan de tratamiento fue preparar la condición buco dental del paciente para un posterior tratamiento de ortodoncia e implantes y así corregir la mal oclusión y la mal posición dental de manera eficiente y alcanzar un estado funcional y óptimo del sistema estomatognático.

## **2.6 Evolución del tratamiento y alta**

Cita 1 – Fecha 13/07/2023:

Se recibió al paciente al cual luego del llenado de la historia clínica y revisión, se le explico y motivó a realizarse y seguir el plan de tratamiento.

Se le realizo al paciente como primer tratamiento la profilaxis y destartraje (Anexo 4 Figura 11), también se le indico usar clorhexidina al 0.12% (Perio Aid Intensive Care) durante 1 semana para ayudar a desinflamar las encías y disminuir la carga bacteriana.

Cita 2 – Fecha 14/07/2023:

Previa cirugía del remanente radicular de la pieza 35, se le administro al paciente vía intramuscular 4 mg de dexametasona 1 hora antes de la intervención quirúrgica, se evidencio en la radiografía periapical una lesión apical de 2mm y una curvatura radicular donde la ostectomía de una porción de la tabla vestibular de la pieza 35 estaría indicada, sumando la poca apertura bucal, la extracción del remanente fue de complejidad media. Por ende, se usó dexametasona vía oral con el objetivo de evitar la inflamación post exodoncia y una mejor recuperación del paciente. (Anexo 1 Figura 6)

Cita 3 – Fecha 17/07/2023:

Se realizaron las endodoncias de las piezas 11 y 21 las cuales se realizaron en una sola sesión con sistema manual evidenciando en la radiografía final un correcto sellado apical. (Anexo 7 Figura 15, 16, 17 y 18)

Cita 4 – Fecha 20/07/2023:

Se hizo control de las endodoncias en las piezas 11 y 21. El paciente respondió sin síntomas en ambas piezas 11 y 21.

Se procedió a la desobturación de los conductos de las piezas 11 y 21, se anatomizaron postes de fibra de vidrio con resina compuesta y se cementaron.

Cita 5 – Fecha 21/07/2023:

Se realizó control de la extracción del remanente de la pieza 35 donde el paciente indico ausencia de dolor, se procedió a limpiar los tejidos con suero fisiológico y a quitar los puntos de sutura.

Cita 6 – Fecha 25/07/2023:

Se empezó la endodoncia de la pieza 14, realizando la conductometría solo del conducto palatino, se sospechó de un tercer conducto. (Anexo 8 Figura 20)

Cita 7 – Fecha 27/07/2023:

Se realizó la conductometría de la pieza 14 en el conducto vestibular, se buscó un tercer conducto sin embargo después de todas las pruebas no se encontraba. Se dejó medicación intra conducto a base de hidróxido de calcio en el conducto palatino y vestibular.

Cita 8 – Fecha 07/08/2023:

Se realizaron una conductometría en posición disto radial (Anexo 8 Figura 21) lo que permitió visualizar correctamente los dos conductos y la toma de longitud visible y correcta para continuar con el tratamiento, a su vez se confirmó esta información con una conometría en posición mesio radial al colocar los conos de gutapercha en los mismos conductos trabajados, se visualizó el conducto palatino y vestibular lo que nos indicaba una falsa imagen anteriormente por sobre posición. (Anexo 8 Figura 22).



Se realizó la obturación de la pieza 14 (Anexo 8 Figura 24) y se verificó la correcta obturación de los únicos dos conductos con una radiografía en posición mesio radial, orto radial y disto radial. (Anexo 8 Figura 25, 26 y 27)

Cita 9: 10/08/2023

Se realizaron restauraciones en resina compuesta en las piezas 11, 21 y 22.

Cita 10: 11/08/2023

Se realizaron restauraciones en resina compuesta en las piezas 38, 37, 34, 45 y 47.

Cita 11 – Fecha 14/08/2023

Se realizó el segundo control de profilaxis al paciente (Anexo 4 Figura 11).

Cita 12 – Fecha 15/09/2023

Se realizó el último control de profilaxis al paciente (Anexo 4 Figura 11) y en vista de haber terminado satisfactoriamente el tratamiento planeado se le da de alta. (Anexo 9 Figura 28).

Fecha 09/14/2024:

Catorce meses después a darle de alta al paciente, se le realizaron controles radiográficos encontrando las piezas 14, 11 y 21 con tratamiento de endodoncia en buen estado, sin sintomatología y con reparación ósea; resinas y ionómeros en buen estado y correcto sellado marginal; postes de fibra de vidrio intactos y salud periodontal estable (Anexo 10 Figura 29, 30 y 31).

### III. CONCLUSIONES

- 1- La evaluación, diagnóstico y planificación de un caso clínico se debe realizar de manera interdisciplinaria para que en conjunto se consigan resultados predecibles y duraderos. La importancia de la prevención y la atención oportuna de las enfermedades bucodentales se evidencia en este paciente partiendo de lesiones cariosas de esmalte que evolucionan a lesiones profundas con compromiso pulpar las cuales de no ser atendidas oportunamente culminan en la pérdida dental, dando pie a situaciones desfavorables como migraciones, extrusiones y mal posiciones dentales que a su vez complican el diagnóstico y plan de tratamiento<sup>1</sup>.
- 2- En casos de realizar un tratamiento de conductos en una pieza con mal posición dental es fundamental aplicar diferentes técnicas de toma radiográfica para tener una imagen más real de los conductos radiculares<sup>2,4</sup>.
- 3- La única forma que brinda completa seguridad para determinar la cantidad total real de los conductos radiculares de un diente es a través de una tomografía computarizada, siendo esta una oportunidad de investigación la prevalencia de más de 2 conductos en dientes premolares en Perú; y realizar un estudio diferencial en el diagnóstico y localización de conductos usando radiografías periapicales contra la tomografía computarizada<sup>4,5,6</sup>.
- 4- La importancia del enfoque mínimamente invasivo radica en la preservación del tejido saludable, reducir la necesidad de tratamientos más extensos, menor sensibilidad y dolor, mejorando la estética y funcionalidad<sup>1,10,11</sup>.
- 5- Uno de los puntos fuertes es el apoyo y guía de los docentes altamente capacitados encargados de las clínicas los cuales siempre están a disposición del alumno y nos brindan sus conocimientos y habilidades para atender al paciente de la mejor forma posible; como a su vez la gran preparación y juicio clínico que la universidad brinda a sus alumnos.

#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.-Smith, J, et al. Minimally Invasive Dentistry: A Review of Current Concepts and Applications. *Journal of Dental Research*. 2022;101(3):297-307.
- 2.-Archila ME, Medina PE. Interpretation of periapical healing in radiological images. A review. *Revista científica odontológica (Universidad Científica del Sur)*. 2021.9(4):1-10.
- 3.-Zajkowski LA, Rodrigues XS, Almeida GF, Kopper MPMP, Martos J, Feres DM, et al. Factores predictivos del éxito endodóntico en tratamientos realizados por un estudiante. *CES odontol*. 2020;33(2):62-71.
- 4.-Machado AN, Villavicencio E. Terapéutica para la corrección de mordida profunda con intrusión en el sector anterior. Revisión de la literatura. 2022;19(1):25-28.
- 5.-Araujo R, Vega M. Premolares con tres conductos radiculares. *Rev Estomatol Herediana*. 2024;34(1):55-62.
- 6.-Bhuva B, Ikram O. Complications in Endodontics. *Primary dental journal*. 2020;9(4):52–58.
- 7.-Moussa N, Ogle OE. Acute Pain Management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2022;34(1):35–47.
- 8.-Fritz PC, Longo AB, The Fonthill Dental Surgery Complication Classification Scale. 2019; 5:725–730.
- 9.-Shoohanizad E, Parvin M. Comparison of the Effects of Dexamethasone Administration on Postoperative Sequelae Before and After “Third Molar” Extraction Surgeries, Endocrine, Metabolic & Immune Disorders. *Drug Targets*. 2020;20(3):356-364.
- 10.-Lenz U, Bacchi A, Della A. Biomechanical performance of endocrown and core-crown restorations: A systematic review. *J Esthetic Restore Dent*. 2024;36(2):303–323.

11.-AIDabeeb DS, Alakeel N, Al RM, Alkhalid TK. Endocrowns: Indications, Preparation Techniques, and Material Selection. Cureus. 2023;15(12).

12.- Armas A, Parise JM. ICDAS: una herramienta para el diagnóstico de la caries dental. 2020;27(6):1-9

13.- Martignon S, Pitts N, Goffin G. Et al. Caries Care practice guide: consensus on evidence into practice. Br Dent J. 2019; 227:353–362.

14.- Ozal MA, Petroco C. Pruebas Térmicas de Sensibilidad Pulpar en Dientes Permanentes con Pulpitis: Valor Diagnóstico y Limitaciones. 2024; 14.

**ANEXO N°2: Radiografía Panorámica e informe radiográfico**



Figura 8: Radiografía Panorámica

**Paciente:** [REDACTED]  
**Sexo:** Masculino  
**Referencia:** Eduardo Manuel Canales Jiménez

**Edad:** [REDACTED]  
**Fecha:** 10/07/2023  
**Código:** [REDACTED]

**INFORME PANORÁMICO.**

- Mineralización de ambos procesos estilohioideos.
- Senos maxilares neumatizados.
- Acentuación de la escotadura antegonial del lado izquierdo.
- Moderada reabsorción ósea alveolar del sector antero inferior.
- Ausencia de piezas 15,13,23,24,25,27,28,36,32,43 y 46.
- Pieza 14, imagen radiolúcida coronaria y cervical que sugiere lesión de caries dental con probable compromiso pulpar. Imagen radiolúcida proyectada en periápice radicular a descartar proceso osteolítico.
- Restauraciones coronarias en piezas 11 y 21.
  - Pieza 11, descartar recidiva de caries con radiografía periapical.
  - Pieza 21, falta de sellado marginal.
- Pieza 22, imagen radiolúcida coronaria distal que sugiere lesión de caries dental. Restauración cervical desbordante. Ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal.
- Pieza 35, amplia pérdida de estructura coronaria con imagen radiolúcida que sugiere lesión de caries dental. Ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal. Imagen radiolúcida apical que sugiere absceso apical difuso.
- Pieza 34, tenue banda radiolúcida proyectada en tercio cervical radicular a descartar abfracción dentaria.
- Resto de estructuras óseas conservadas.

CD. Mg. Esp. N. Martín López Muñoz  
Esp. Radiología Bucal y Maxilofacial  
COP 31532 – RNE 2391

Figura 9: Informe Radiográfico

## Anexo 7: Radiografías Periapicales Endodoncias Piezas 11 y 21



Figura 15: Rx Diagnóstico

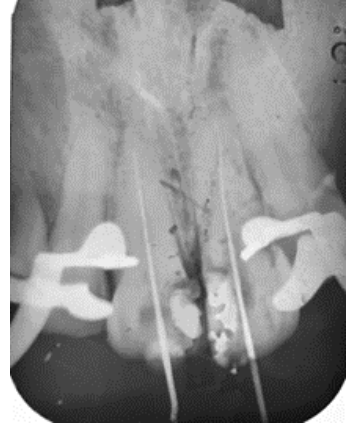


Figura 16: Rx Conductometría



Figura 17: Rx Penacho



Figura 18: Rx Obturación Final

**Anexo 8: Radiografías periapicales Endodoncia pieza 14**



F19: Rx Diagnóstico



F20: Rx Conductometría orto radial



F21: Rx Conductometría disto radial

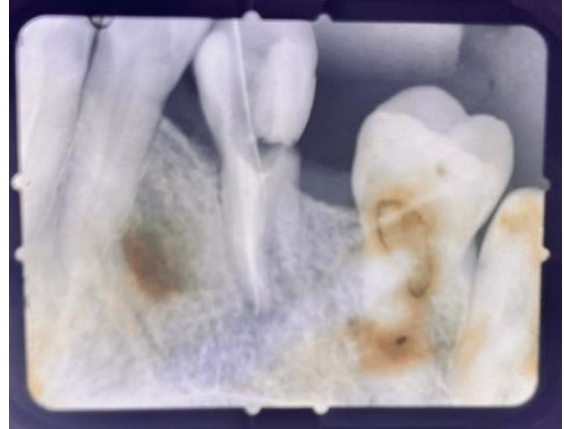


F22: Rx Conometría mesio radial





F23: Rx Penacho mesializada



F24: Rx Obturación final y comprobación



F25: Rx Obturación final orto radial



F26: Rx Obturación final disto radial



F27: Rx Obturación final mesio radial

**Anexo 10: Radiografía de control piezas 11 y 21**



Figura 29: Rx Control a los 14 meses piezas 11 y 21

**Anexo 11: Radiografía de control pieza 14**



Figura 30: Rx Orto Radial Control 14 meses



Figura 31: Rx Mesioradial Control 14 meses

## Anexo 12: Fotografías Finales



Figura 32: Fotografía Central Control 14 meses



Figura 33: Fotografía Lateral Derecha Control 14 meses



Figura 34: Fotografía Lateral Izquierda Control 14 meses



Figura 35: Fotografía Oclusal Superior Control 14 meses



Anexo 36: Fotografía Oclusal Inferior Control 14 meses



Figura 37: Fotografía lateral izquierda



Figura 38: Fotografía frontal



Figura 39: Fotografía frontal