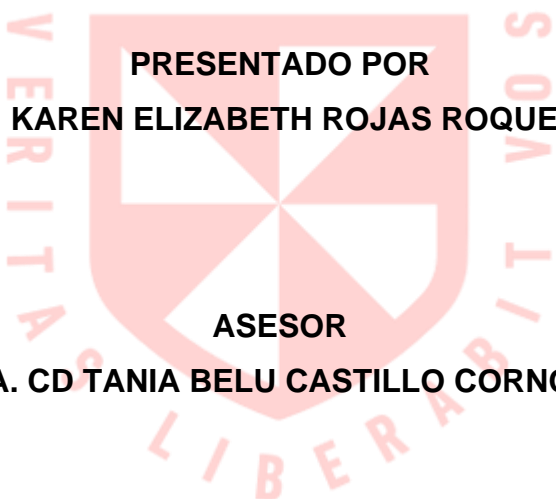


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN ORAL MULTIDISCIPLINARIA DE  
PACIENTE EDÉNTULO PARCIAL ASOCIADA A  
PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMÁTICA Y  
ENFERMEDAD PERIODONTAL. REPORTE DE CASO  
CLÍNICO**



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:  
REHABILITACIÓN ORAL MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE  
EDÉNTULO PARCIAL ASOCIADA A PULPITIS IRREVERSIBLE  
SINTOMÁTICA Y ENFERMEDAD PERIODONTAL. REPORTE  
DE CASO CLÍNICO**

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

**PRESENTADO POR:  
BACH: KAREN ELIZABETH ROJAS ROQUE**

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

**CHICLAYO – PERÚ**

**2024**

## ÍNDICE

Pág.

RESUMEN / ABSTRACT .....	1
I. INTRODUCCIÓN .....	4
II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	7
2.1 Anamnesis.....	7
2.1.1 Motivo de consulta .....	7
2.1.2 Enfermedad actual.....	7
2.1.3 Historia pasada .....	7
2.2 Examen clínico.....	7
2.3 Exámenes auxiliares.....	8
2.4 Diagnóstico .....	9
2.5 Plan de tratamiento.....	10
2.6 Evolución del tratamiento y alta.....	11
III. CONCLUSIONES (aporte clínico).....	13
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	14

## RESUMEN

- **Introducción:** La pérdida de dientes afecta la calidad de vida y requiere atención odontológica oportuna. La pulpitis irreversible y la enfermedad periodontal están estrechamente relacionadas. Un enfoque integral es clave para tratar estas condiciones. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales. Se utilizan prótesis parciales removibles y terapia de endodoncia. Prevenir complicaciones es crucial para la salud bucal y general. La OMS reporta una prevalencia del 22,7% de mandíbulas edéntulas en mayores de 60 años. Un tratamiento efectivo mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes.
- **Descripción del caso clínico:** Paciente con problemas dentales, incluyendo la pérdida de dientes, gingivitis, caries y desgaste dental, recibió un tratamiento dental completo en 11 sesiones. El objetivo era restaurar su capacidad para masticar y mejorar su apariencia. El tratamiento incluyó limpieza dental, restauraciones, incrustaciones, tratamientos de conducto, colocación de un espigo de fibra, preparación de coronas para finalmente la preparación e instalación de prótesis removibles superior e inferior, verificación de la oclusión. Fue crucial aumentar la dimensión vertical en casos de desgaste severo y enfatizar la importancia de una buena higiene bucal para prevenir complicaciones futuras.
- **Conclusiones:** El tratamiento de la pulpitis irreversible en pacientes edéntulos parciales requiere un enfoque multidisciplinario que incluya evaluación integral, tratamiento endodóntico, periodontal y rehabilitación protésica, así como mantener una buena higiene bucal es fundamental para prevenir complicaciones y asegurar un resultado exitoso.

**Palabras clave:** Maxilar Edéntulo, pulpitis, prótesis removable

## **ABSTRACT**

● **Introduction:** Tooth loss affects quality of life and requires timely dental care. Irreversible pulpitis and periodontal disease are closely related. A comprehensive approach is key to treating these conditions. Early detection and appropriate treatment are essential. Removable partial dentures and endodontic therapy are used. Preventing complications is crucial for oral and general health. The WHO reports a prevalence of 22.7% of edentulous jaws in people over 60 years of age. Effective treatment significantly improves patients' quality of life.

● **Clinical case description:** Patient with dental problems, including tooth loss, gingivitis, cavities and tooth wear, received a complete dental treatment in 11 sessions. The goal was to restore his ability to chew and improve his appearance. The treatment included dental cleaning, restorations, inlays, root canal treatments, placement of a fiber post, preparation of crowns to finally prepare and install upper and lower removable prostheses, verification of occlusion. It was crucial to increase the vertical dimension in cases of severe wear and emphasize the importance of good oral hygiene to prevent future complications.

● **Conclusions:** The treatment of irreversible pulpitis in partially edentulous patients requires a multidisciplinary approach that includes comprehensive evaluation, endodontic, periodontal treatment and prosthetic rehabilitation, as well as maintaining good oral hygiene is essential to prevent complications and ensure a successful result.

**Keywords:** Edentulous Maxilla, pulpitis, removable prosthesis.

# KAREN ELIZABETH ROJAS ROQUE

## REHABILITACION ORAL MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE EDENTULO PARCIAL ASOCIADA A PULPITIS IRREVERSIBLE

- Trabajos de Suficiencia Profesional
- My Files
- Universidad de San Martin de Porres

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:408611070

Fecha de entrega

22 nov 2024, 11:21 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

22 nov 2024, 11:28 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. ROJAS ROQUE KAREN 13.11.24.pdf

Tamaño de archivo

5.0 MB

39 Páginas

3,937 Palabras

22,547 Caracteres

## 6% 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

- 4% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

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

### 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

La pérdida de dientes es uno de los mayores problemas en las clínicas dentales, esta condición puede generar diversas complicaciones como: dificultades para masticar y digerir alimentos, problemas de fonación y articulación, cambios en la estética facial, problemas en la oclusión y el aumento del riesgo de presentar enfermedades periodontales. Para garantizar una mejor calidad de vida, los pacientes necesitan recibir un tipo de tratamiento que reemplace las áreas sin dientes creadas por la extracción del diente, teniendo como objetivo principal que el paciente pueda realizar las funciones de masticación necesarias para la deglución y la fonación <sup>1</sup>.

Cuando se diseñan para brindar soporte, estabilidad y retención adecuados, las prótesis parciales removibles pueden brindar resultados satisfactorios para los pacientes, sin dejar de lado la revisión periódica, la adecuada limpieza y mantenimiento <sup>2</sup>. La preparación inicial de la cavidad bucal antes de la colocación de las restauraciones es esencial para garantizar que la salud bucal no se vea comprometida después del tratamiento y debe controlarse periódicamente. Dado que el uso de prótesis dentales puede aumentar el riesgo de enfermedades bucales, los intervalos de revisión deben ajustarse en consecuencia <sup>3</sup>.

Los requisitos para el tratamiento de mandíbulas edéntulas incluyen el diseño y construcción de un objeto o dispositivo biomecánico, una prótesis en la que la prótesis pueda instalarse en el entorno biológico dinámico de la boca y, una vez asegurada, debe poder soportar las fuerzas del movimiento. o extracción con rehabilitación protésica <sup>4</sup>.

Asimismo, la pulpitis irreversible es un proceso inflamatorio que afecta a la pulpa dental, el tejido que contiene los nervios y vasos sanguíneos del diente. La terapia de endodoncia puede considerarse una alternativa de tratamiento viable para dientes maduros propensos a caries diagnosticados con pulpitis irreversible <sup>5</sup>. Los estudios favorecen el uso de cemento hidráulico de silicato de calcio después del uso de hipoclorito de sodio para lograr la hemostasia en las úlceras pulpares. La inflamación de la pulpa dental acompaña al proceso de caries mucho antes de que la pulpa quede realmente expuesta <sup>6</sup>. La gravedad de esta inflamación aumenta a



medida que la caries avanza hacia la pulpa y, si no se trata, se desarrollará inflamación e infección, lo que provocará necrosis pulpar <sup>7</sup>.

Es común que los pacientes experimenten dolor después de una biopulpectomía, especialmente en las primeras 24 a 48 horas posteriores al procedimiento. De acuerdo con la literatura médica, alrededor del 59-61% de los pacientes reportan dolor moderado a severo el primer día después de la cirugía; es importante destacar que este dolor tiende a disminuir significativamente en los días siguientes<sup>8</sup>. La efectividad de los anestésicos locales en procedimientos odontológicos, especialmente en pulpitis irreversible, se mejora significativamente al aumentar el volumen de la solución, administrando 30-60 minutos antes y utilizar ibuprofeno como premedicación, reduciendo así el dolor y asegurando el confort del paciente<sup>9,10</sup>.

Según datos de la Organización mundial de la Salud (OMS), la pérdida de dientes es un problema común entre las personas mayores, se concreta que el 27% de los adultos mayores de 60 años presentan edentulismo total o parcial<sup>11</sup>. Se estima que la carga de años de vida ajustados en función de la discapacidad debido a esta afección asciende a más de 9,5 millones de personas. A nivel nacional, la prevalencia promedio de mandíbulas edéntulas entre las personas mayores es del 82,35%, con tasas que oscilan entre el 23,30% y el 100%, oscilando entre 18,20% y 83,60%, en comparación, la prevalencia promedio de pérdida total de dientes fue de 44,77%, oscilando entre 86,80% y 4,80% <sup>12</sup>.

La pulpitis y la enfermedad periodontal están interconectadas, creando un ciclo vicioso en la que la inflamación y la pérdida dental se retroalimentan mutuamente<sup>13</sup>. Es así que el edentulismo parcial asociado a pulpitis irreversible sintomática y enfermedad periodontal es un problema complejo que requiere un enfoque multidisciplinario, es por eso que la identificación temprana y el tratamiento adecuado de estas condiciones son esenciales para mejorar la salud bucal y general de los pacientes, así como para prevenir la progresión hacia un mayor edentulismo y complicaciones sistémicas <sup>14</sup>.

Por lo expresado, el objetivo del presente reporte fue la rehabilitación multidisciplinaria del paciente edéntulo parcial asociado a pulpitis irreversible sintomática y enfermedad periodontal logrando devolver la función masticatoria y

estética del paciente además de conseguir la estabilidad y el soporte de la prótesis parcial inferior al ser Clase I de Kennedy bilateral.

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

### **2.1 Anamnesis**

Paciente masculino de 59 años de edad, nacido en Cochabamba-Chota-Perú, religión católica. Reside en la ciudad de Chiclayo con grado de instrucción secundaria. Actualmente se dedica al transporte de agregados de construcción.

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

Motivo de consulta: "Quiero curarme los dientes y cambiar mi prótesis"

Además, presenta dolor dental y dificultad al masticar.

#### **2.1.2 Enfermedad actual**

Paciente presenta dolor dental espontáneo en una pieza dental, el dolor es espontáneo al momento de ingerir alimentos a diferentes temperaturas, presenta dificultad para masticar debido a que su prótesis se encuentra fracturada y restaurada con pegamento de contacto "triz" por el mismo.

#### **2.1.3 Historia pasada**

Paciente masculino de 59 años de edad, presenta hipertensión arterial controlada (Clasificación ASA II) medicado con Valsartan de 80 mg todas las mañanas, padece fístula a nivel de glúteo; como antecedentes familiares: madre hipertensa compensada, padre en aparente buen estado de salud. No refiere tener alergias.

Ingiere normalmente las tres comidas diarias, consumo de café diario, movimiento de protrusión diurna, muerde tapas de lapiceros.

Anteriormente se realizó extracciones dentales por lesiones cariosas, restauraciones dentales y confección de prótesis removible que en la actualidad están en mal estado.

### **2.2 Examen clínico**

En el examen clínico extraoral de cabeza y cuello, el paciente es normocéfalo, tiene facies no características, simetría facial y perfil ligeramente convexo.

En el examen clínico extraoral estomatológico, el paciente a nivel de ATM no presenta molestias, ni ruidos. Tiene una apertura bucal de 35 mm, labios humectados y color rosado, sin alteración evidente.

En el examen clínico intrabucal y llenado de odontograma , se observa ausencia de piezas 18, 16, 15, 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 38, 37, 36, 46, 47 y 48; rebordes alveolares conservados, presencia de inflamación y sangrado de los tejidos de las piezas dentales presentes; así mismo placa bacteriana supra e infragingival, recesiones gingivales, a nivel de paladar se observa una exostosis de aproximadamente de 15mm x 15mm relacionada con torus palatino, lesión cariosa en la pieza 17, 23, 37, 34, 35, 44 y 45; restauración con resina en mal estado en la pieza 12, desgaste dental en piezas 33, 32, 31, 41, 42 y 43; extrusión dental de piezas 17 y 27; giroversiones en piezas 34, 33, 31, 41 y 42 )Anexo 2)

### **2.3 Exámenes auxiliares**

Los exámenes auxiliares realizados fueron: periodontograma, fotografías extra e intraorales, modelos de estudio y radiografía panorámica.

En el análisis de las fotografías extraorales se observa: simetría facial, línea bipupilar coincidente, sonrisa recta y baja sin exposición de dientes superiores, perfil levemente convexo y normo divergente. Se observa también pérdida de dimensión vertical. En el análisis de las fotografías intraorales se encontró la ausencia de piezas dentales 18, 16, 15, 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 38, 37, 36, 46, 47, 48, rebordes alveolares conservados, presencia de caries dental en piezas 17, 12, 23, 27, 35, 45, desgaste dental en piezas 33, 32, 31, 41, 42, 43, piezas 3.4 fuera de plano oclusal y presencia de placa bacteriana supra e infragingival en todas las piezas dentales (Anexo 1).

En el índice de O'leary fue de 97% esto quiere decir que su higiene bucal es deficiente, se le realizó el llenado del periodontograma, hallando lo siguiente: sangrado al sondaje de 32%, recesión gingival de 1-2 mm en piezas 17,12, 23, 27, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 y 45; y Grado de movilidad 0 según Miller en piezas presentes (Anexo 3).

Se realizó una prueba de vitalidad pulpar térmica con Endo-frost, percusión y fresado de las piezas 12 y 23, presentando dolor prolongado aun cuando retiramos el estímulo.

En el análisis de la radiografía panorámica se encontró: Aplanamiento del contorno de los cóndilos mandibulares, desgaste de los bordes incisales, cúspides caninas y superficies oclusales con atrición, en la pieza 17: mesioangulada, tártaro distal, en la pieza 12: imagen radiopaca ubicada en el tercio medio coronal compatible con material restaurador en aparentemente mal estado, en la pieza 23; imagen radiolúcida que se extiende desde el tercio cervical hacia el tercio medio compatible con lesión cariosa aparentemente comprometiendo la pulpa, en la pieza 44: aparente dilaceración apical (Anexo 4).

En el análisis de los modelos de estudio se encontró que con el articulador cerrado la mordida es bis a bis, ausencia de relación molar y canina, línea media no registrable, piezas dentales 17 y 27 ligeramente extruidas. Con el articulador abierto, se observa que ambos arcos dentales tienen forma parabólica, ausencia de piezas dentales: 16,15, 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 36, 37, 46, y 47 (Anexo 5).

## **2.4 Diagnóstico**

### **Diagnóstico periodontal:**

- Recesión gingival tipo I según Miller en las piezas presentes (K060).
- Gingivitis asociada a placa bacteriana en periodonto reducido (K051).

### **Diagnóstico dental:**

- Caries dental limitada al esmalte en piezas 17 (O), 37(O), 34(O), 35(O), 44(O) y 45(O). (K02.1).
- Desgaste dental de bordes incisales en piezas 33, 32, 31, 41, 42, 43 (K030).

### **Diagnostico pulpar**

- Pulpitis irreversible sintomática en pieza 12, 23 (K040).

### **Diagnóstico oclusal:**

- Edéntulo parcial superior (Clase III de Kennedy, modificación 2) (K08.1)
- Edéntulo parcial inferior (Clase I de Kennedy) (K08.1)
- Pérdida de dimensión vertical
- Colapso posterior de mordida
- Pieza 34 fuera de plano oclusal
- Extrusión de piezas 17 y 27

## **2.5 Plan de tratamiento**

### **Fase I. Inicial o higiénica**

Motivación al paciente e Instrucción de higiene oral

Control de IHO

Destartraje

Profilaxis dental

Endodoncia en pieza 12 y 23

### **Fase II: Correctiva**

Espigo fibra de vidrio y corona metal porcelana en pieza 23

Corona metal porcelana en pieza 12

Restauraciones con resina en piezas 17(O), 37(O), 34(O), 35(O), 44(O) y 45(O)

Reconstrucción con resina de bordes incisales en piezas 33, 32, 31, 41, 42, 43.

Incrustación overlay en pieza 34

Confección de prótesis parcial removible superior e inferior

### **Fase III: Mantenimiento**

Controles periódicos de IHO cada 03 meses

Mantenimiento de prótesis parcial removible superior e inferior.

#### **- Objetivos del tratamiento**

Eliminar focos infecciosos

Devolver la salud gingival

Conservar piezas dentales

Mejorar función masticatoria

Mejorar autoestima y seguridad del paciente

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

Una vez realizados los exámenes auxiliares y llegar a un diagnóstico final, dimos inicio al plan de tratamiento dado por citas.

En la primera cita se realizó la instrucción de higiene oral, indicándole la técnica de Bass modificado y el uso de accesorios dentales como: hilo dental y enjuague bucal. Asimismo, se realizó destrataje y profilaxis.

En la segunda cita se realizó la toma impresiones para modelos de estudio diagnóstico y de planificación, los cuales nos ayudaran para la confección de cubetas individuales y placa base-rodete, este último para realizar el registro intermaxilar y montaje en ASA.

En la tercera cita, se dió inicio al tratamiento de conducto de la pieza 23, la cual presentó una longitud total de 25 mm, dando como resultado la longitud de trabajo a 23 mm. Se efectuó la preparación biomecánica con la técnica step- back, como instrumento inicial utilizamos la lima número 15, se determinó la lima memoria número 30 y se finalizó la preparación con la lima número 60. Luego, se procedió a realizar la obturación con conos de gutapercha, cono principal número 30 seguido conos accesorios 20 y 15, haciendo la técnica de condensación lateral. El producto que se utilizó para la cementación de las gutaperchas fue el Endoseal. Finalmente se esperó 2 semanas para realizar las desobturación y colocación de espigo fibra de vidrio.

En la cuarta cita, se realizó el tratamiento de conducto de la pieza 12, la cual tuvo una longitud total de 23 mm, dando como resultado la longitud de trabajo a 21 mm. Se efectuó la preparación biomecánica con la técnica step- back, como instrumento inicial utilizamos la lima número 15, se determinó la lima memoria número 30 y se finalizó la preparación con la lima número 60. Luego, se procedió a realizar la obturación con conos de gutapercha, cono principal número 30 seguido de conos accesorios 20 y 15, haciendo la técnica de condensación lateral. El producto que se utilizó para la cementación de las gutaperchas fue el Endoseal.

Las piezas con tratamientos de conductos fueron preparadas para la confección de coronas metal porcelana con apoyos hacia palatino para la futura prótesis parcial removible.

En la quinta cita y sexta cita se realizó el paralelizado, diseño de la estructura metálica en los modelos de estudio, luego dimos paso a la preparación bioestática en las piezas pilares del paciente y culminamos con la toma de impresión definitiva. En la séptima cita al paciente se le realizó 6 restauraciones con resina en las piezas 33, 32, 31, 41, 42, 43 para reconstruir 2 mm de los bordes incisales para así llegar a aumentar la dimensión vertical, también se hizo el tallado de la pieza 3.4 para una incrustación overlay, se tomó impresión definitiva y se confeccionó un provisional para dicha pieza.

En la octava, novena y décima cita se hizo la prueba de estructura metálica de las futuras prótesis, se hizo el registro intermaxilar con rodetes en las estructuras metálicas, se llevó a montaje en ASA. Asimismo, se eligió el tipo de diente: Ivostar y color 560 para el enfilado.

En la onceava cita, se realizó la cementación de la incrustación overlay también la prueba de las prótesis ya acrilizadas, verificando que la oclusión esté estable.

Por último, se llevó a cabo los respectivos controles, el primero a las 24 horas, el segundo a los 3 días, el tercero a los 7 días y el cuarto a los 15 días. Dándose el alta del paciente.



### III. CONCLUSIONES

La pulpitis irreversible en pacientes edéntulos parciales complica el tratamiento periodontal, ya que la inflamación y la infección pueden agravar la salud bucal. Para un manejo efectivo, se requiere un enfoque multidisciplinario que incluya: evaluación Integral, tratamiento de pulpitis irreversible, tratamiento periodontal, restauración funcional, educación y prevención <sup>4</sup>.

El paciente presentó edentulismo parcial, lo que afecta su función masticatoria y estética. Además, se diagnosticó pulpitis irreversible sintomática en una pieza remanente, con dolor espontáneo y a la percusión <sup>5</sup>. También se observa enfermedad periodontal, caracterizada por inflamación y deterioro de los tejidos de soporte dental, lo que puede ocasionar movilidad y pérdida de piezas dentales.

El plan de tratamiento incluye: tratamiento endodóntico, tratamiento periodontal con raspaje, control de placa y cirugía si es necesario, rehabilitación protésica para reemplazar piezas dentales perdidas y restaurar función y estética <sup>8</sup>.

El aumento de dimensión vertical (ADV) es esencial en la rehabilitación dental para casos de desgaste severo, bruxismo o erosión ácida. Se realiza un estudio exhaustivo previo, que incluye fotografías y modelos, para determinar el aumento necesario y seleccionar los materiales, como resinas compuestas o cerámica <sup>9</sup>.

La planificación incluye un diagnóstico y un levantamiento de mordida de 2mm en bordes incisales para ajustar resultados. Se utilizan restauraciones de resina compuesta, elegidas por su mínima invasión y costo. La restauración de dientes desgastados aumenta la dimensión vertical.

El uso de resinas compuestas en el tratamiento de dientes endodonciados muestra tasas de éxito del 89.4% al 100% en un seguimiento promedio de 5.2 años, presentando beneficios tanto funcionales como estéticos. Sin embargo, los dientes que han pasado por un tratamiento endodóntico enfrentan desventajas como: pérdida de estructura dental, menor capacidad propioceptiva, alteraciones estéticas y funcionales, mayor riesgo de fracturas <sup>10</sup>.

La higiene bucal es fundamental para mantener una salud dental óptima y prevenir enfermedades como caries, gingivitis y pérdida de dientes; esto se lleva a cabo siguiendo una rutina de higiene bucal adecuada y visitas regulares al dentista, así

como, la prevención es clave, también adoptar estos hábitos simples puede tener un impacto significativo en la salud general y el bienestar<sup>11</sup>.

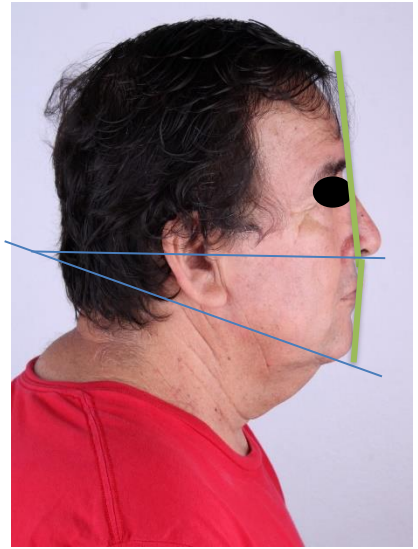
Los estudios que pueden derivar del presente caso clínico podrían ser: revisar análisis de estrategias terapéuticas y técnicas para abordar el edentulismo parcial, evaluando su impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como la efectividad de programas de prevención y tratamiento. Además, se podría investigar la relación entre la enfermedad periodontal y la salud general, y explorar innovaciones en prótesis removible y tratamientos para pulpitis irreversible.

#### IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Villacis E. Tipos y duración de materiales para prótesis parcial removible. Artículo de revisión. Rev. Oducal. 2024; 30:21-506
2. Taboza ZA, Costa KL, Silveira VR, et al. Periodontitis, edentulism and glycemic control in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMJ Open Diabetes Res Care. 2018;6(1)
3. Oliveira E, Alves L, Santos J, Duarte Y, Bof F. Edentulism and all-cause mortality among Brazilian older adults: 11-years follow-up. Brazilian Oral Research. 2020;34
4. Iaculli F.; Rodríguez, F.J.; Briseño B.; Wolf T.; 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, 4016.
5. Kahler B, Taha N, Lu J, Saoud T. Vital pulp therapy for permanent teeth with diagnosis of irreversible pulpitis: biological basis and outcome. Australian dental journal. 2023 Jun 1;68(S1).
6. Grijalva A, Sangoluisa VA, Herrera AM, Grijalva MM. Criterios para la rehabilitación de un paciente edéntulo parcial. Revisión sistemática. Vida y Salud. 2024 8(1):91-100.
7. Barreiro N, Díaz CA, Martín LA, Martínez M, Santos TB. Characterization of subprosthetic stomatitis in patients with removable prosthesis. San Gregorio de Portoviejo University. Rev. inf. cient. 2020;99(2):107-114.
8. Mamani EM, Quispe DH, Peñaloza UM. Actualidad del tratamiento farmacológico de la pulpitis irreversible sintomática. 2022;6(1):41-6.
9. Stamos A, Drum M, Reader A, Sunstein J, Fowler S, Beck M. An Evaluation of Ibuprofen Versus Ibuprofen/Acetaminophen for Postoperative Endodontic Pain in Patients With Symptomatic Irreversible Pulpitis and Symptomatic Apical Periodontitis. Anesth Prog. 2019;66(4):192–201.
10. De Geus JL, Wambier LM, Boing TF, Loguercio AD, Reis A. Effect of ibuprofen on the efficacy of inferior alveolar nerve block in patients with irreversible pulpitis: A meta-analysis Vol. 45, Australian Endodontic Journal. 2019 p. 246–58.

11. Escudero E, Muñoz E, De la cruz M, Aprili L. 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. 2020;18(21):15–21.
12. Vega BJ, Mercado SL. Integrando evidencia científica: Prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura: Revisión de literatura. Odontol. Act. 2023;8(3):17-26.
13. Rufasto KS, Vigo ER, Lizarbe MV, Salazar MR, Rufasto KS, Vigo ER, et al. Etiología, fisiopatología y tratamiento de la periodontitis apical. Revisión de la literatura. Avances en Odontoestomatología 2023;39(1):9–16.
14. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. Revista Estomatológica Herediana. 2022;32(4):420–7.

# ANEXO N°1: FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES E INTRAORALES



## ANEXO N°4: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA E INFORME



### E. RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Aplazamiento del contorno de condilos mandibulares.
- ✓ Osteoporosis localizada en el cuerpo mandibular derecho
- ✓ Edentulo parcial superior e inferior / Desgaste en los bordes incisales, cúspides cónicas y superficies oclusales compatibles con atrición.
- ✓ Pca 17: mesioangulada. Tóraxo endistal ✓ Pca 12: restauración radiopaca coronaria. ✓ Pca 23: lesión de caries en distal con posible compromiso pulpar.

### F. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (CIE 10)

USMP FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MG. ESP. DR. HERNÁN VÁSQUEZ RODRIGO  
Especialista Estomatológico  
Presente de 1970



# Clarity

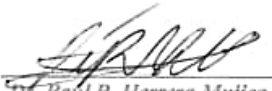
CENTRO IMAGENOLÓGICO  
MAXILOFACIAL

- **Paciente:** [REDACTED]
- **DNI:** [REDACTED]
- **Edad:** 58 años
- **Sexo:** Masculino
- **Doctor:** Dra. Karen Rojas Roque
- **Fecha de adquisición:** 24/01/2022
- **Fecha de informe:** 25/01/2022

## INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la radiografía panorámica se observa:

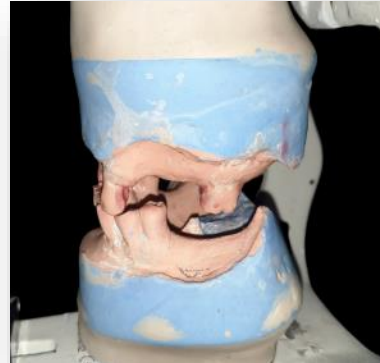
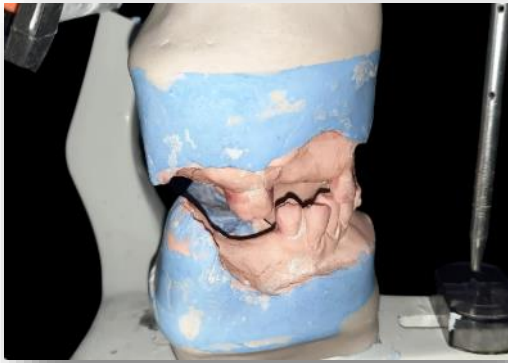
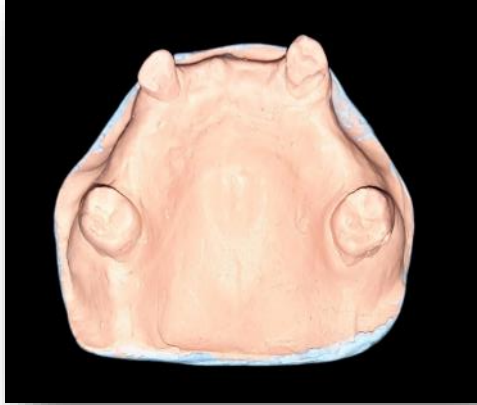
1. Aplanamiento del contorno de los cóndilos mandibulares.
2. Osteoesclerosis localizada en el cuerpo mandibular derecho.
3. Edéntulo parcial superior e inferior.
4. Desgaste de los bordes incisales, cúspides caninas y superficies oclusales; compatible con Atrición.
5. Pieza 17: mesioangulada. Tártaro distal.
6. Pieza 12: restauración radiopaca coronaria.
7. Pieza 23: lesión de caries distal con probable compromiso pulpar.
8. Pieza 44: aparente dilaceración radicular.

  
*Dr. Raúl R. Herrera Mujica*  
Esp. Radiología Oral y Maxilofacial  
C.O.P. 22587 R.N.E. 519

- 📍 Calle Manuel María Izaga #730 - Chiclayo
- ☎ 074 - 600 117
- 📞 950 715 667
- 📷 ClarityCentrolmagenologico
- 📺 ClarityCentrolmagenologicoMaxilofacial
- ✉ centroimagenologicoclarity@gmail.com

**Horarios de Atención:**  
Lunes - Sábado: 08:30 am - 8:30 pm

**ANEXO N°5: MODELOS DE ESTUDIO MONTADOS EN ASA**





## ANEXO N°7: PROCEDIMIENTOS

### ENDODONCIA



## CORONAS METAL CERÁMICA CON APOYOS HACIA PALATINO



## DISEÑO Y CONFECCIÓN DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA LAS FUTURAS PRÓTESIS





PRUEBA DE ESTRUCTURA METÁLICA CON RODETES



# ENFILADO



## PRÓTESIS ACRILIZADA

