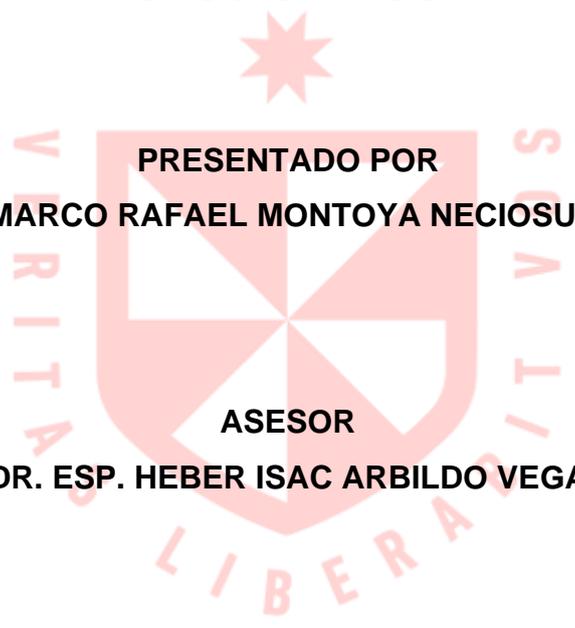


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE
CON ALTERACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICO POR
CARIES CON AFECCIÓN A LA PULPA - REPORTE DE
CASO CLÍNICO**



PRESENTADO POR
MARCO RAFAEL MONTOYA NECIOSUP

ASESOR
DR. ESP. HEBER ISAC ARBILDO VEGA

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 DE PACIENTE CON
ALTERACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICO POR CARIES CON
AFECCIÓN A LA PULPA - REPORTE DE CASO CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: MARCO RAFAEL MONTOYA NECIOSUP

ASESOR:

DR. ESP. HEBER ISAC ARBILDO VEGA

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: A lo largo de los años, la estética dental ha adquirido una gran importancia en las necesidades de las personas. Por ello, el plan de tratamiento debe incluir la restauración del diseño, la forma, el color y la textura de los dientes afectados, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente.

Descripción del caso clínico: Paciente acude al área de clínica por dolor en la pieza 1,4 al examen clínico se observó caries extensa con aparente compromiso pulpar, además presentaba gingivitis asociada a placa bacteriana, caries múltiple en esmalte y caries en dentina.

A su vez, para la planificación del caso se le realizó tomas de fotografías extra e intraorales, radiografías, modelos de estudio, que ayudaron a obtener el diagnóstico definitivo

Se inició con la fase inicial higiénica, luego correctiva y finalmente preventiva para la educación y concientización de la higiene oral.

Se pudo tratar de manera exitosa la pieza 14, realizando tratamiento endodóntico para luego rehabilitarla protésicamente, conservando la integridad dentaria.

Conclusiones: El tratamiento de conductos es fundamental cuando hay afectación pulpar, ya que permite salvar el diente, y evitar complicaciones mayores. Esto no solo restaura la función masticatoria, sino que también mejora la estética y en consecuencia a la autoestima del paciente, contribuyendo a una mejor calidad de vida.

Palabras claves: placa bacteriana, caries dental, endodoncia, espigo, corona dental.

ABSTRACT

Introduction: Over the years, dental aesthetics has acquired great importance in people's needs. Therefore, the treatment plan must include restoration of the design, shape, color and texture of the affected teeth, thus contributing to improving the patient's quality of life.

Description of the clinical case: Patient went to the clinic area due to pain in tooth 1.4. Upon clinical examination, extensive caries was observed with apparent pulp involvement. He also had mild generalized gingivitis associated with bacterial plaque, multiple caries in enamel and caries in dentin.

In turn, for case planning, study models were taken, as well as extra and intraoral photographs where it was determined that the patient had mild gingivitis related to the presence of bacterial plaque.

It began with the initial hygienic phase, then corrective and finally preventive for education and awareness of oral hygiene.

Tooth 14 could be successfully treated, performing endodontic treatment and then rehabilitating it prosthetically, preserving dental integrity.

Conclusions: Root canal treatment is essential when there is pulp involvement, as it allows the tooth to be saved and avoid major complications. This not only restores chewing function, but also improves aesthetics and consequently the patient's self-esteem, contributing to a better quality of life.

Keywords: bacterial plaque, dental caries, endodontics, spike, dental crown.

MARCO RAFAEL MONTOYA NECIOSUP

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE CON ALTERACIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICO POR CARIES CON AFE

- Trabajos de Suficiencia Profesional
- Trabajos de Suficiencia Profesional
- Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:413012100

Fecha de entrega

5 dic 2024, 2:39 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

5 dic 2024, 5:27 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. MONTOYA NECIOSUP MARCO RAFAEL.pdf

Tamaño de archivo

2.4 MB

37 Páginas

4,724 Palabras

25,407 Caracteres

17% 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 coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: HEBER ISAC ARBILDO VEGA

CÓDIGO ORCID: 0000-0003-3689-7502

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

Para mantener una masticación eficiente y funcional se requiere contar con todas las piezas dentarias¹. Sin embargo, la eficiencia masticatoria no sólo está relacionada al número de pares oclusales presentes que entre en función; sino también la correcta anatomía y relaciones de contactos ayuda a realizar una masticación con un gasto menor de energía y tiempo².

La caries dental es una de las causas más frecuentes de la pérdida total o parcial de los dientes, junto con fracturas radiculares, una higiene oral deficiente y factores sociodemográficos². La pérdida de las piezas dentales trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta a todos los componentes del sistema, a la salud en general y calidad de vida³.

La caries dental es una enfermedad bastante frecuente en la población, la cual tiene muchos factores que están relacionados con su aparición, esta a su vez afecta los tejidos del diente, generando su pérdida parcial o total de la pieza, y otras enfermedades bucales⁴.

Las patologías bucales afectan a 3500 millones de personas a nivel mundial, estas enfermedades comprenden la caries dental, la enfermedad periodontal, pérdida dental, cáncer oral y de labios, dichas enfermedades afectan la salud y la calidad de vida de las personas, cuyo tratamiento genera un alto costo en salud; sin embargo, para que el problema de la salud bucal sea incluido en la agenda política de los países, se requiere un compromiso de los actores sociales, apoyo financiero, ejecución de políticas públicas y toma de decisiones en el campo de la salud bucal⁵.

La OMS señala a los determinantes sociales de la salud oral como: la pobreza, bajo nivel de instrucción, y la ausencia de buenos hábitos de higiene bucodental. De tal modo las patologías más prevalentes alrededor del mundo son la caries dental ocupando el primer lugar, seguido de la enfermedad periodontal y las maloclusiones⁶. En Latinoamérica, diversos estudios demuestran que existen un alto índice de prevalencia de caries, en el Perú existe una incidencia del 90,6% de la población urbana y el 88,7% de la población rural.

La falta de cultura de salud bucal conlleva en la mayoría de las veces a la pérdida de la pieza dental; el edentulismo parcial es una condición común a nivel mundial, según datos de la OMS va del 7 al 23% aumentando con la edad, a nivel de Latinoamérica cerca del (75%) de la población ha perdido piezas dentarias⁷. En el Perú la pérdida de piezas dentarias en particular las molares es un hecho común, en la población mayor de 30 años más del 50%⁸.

La Odontalgia, conocida como “dolor dental”, es uno de los dolores más frecuentes en la boca y el motivo por el cual la gente acude a menudo al dentista. Sin embargo, no todo el dolor de dientes es causado por caries. El dolor puede ser causado por raíces demasiado expuestas, pero sin caries, masticación excesiva o dientes rotos. La cavidad del esmalte suele ser indolora; esto empieza cuando la caries llega a la dentina o a comprometer la pulpa dentaria⁹. La odontalgia genera un dolor o dificultad para masticar, cuando el paciente acude a la consulta y se interviene en una fase la cual no hay compromiso pulpar con un tratamiento restaurador es suficiente, sin embargo, cuando va más allá y se compromete los cuernos pulpaes o la pulpa cameral debe de realizarse un tratamiento de conductos llamado endodoncia.⁹

La endodoncia consiste en un tratamiento odontológico que se lleva a cabo cuando el tejido blando de un diente, el cual está ubicado en su parte interior, sufre daños o se infecta. Cuando esto ocurre, la persona puede experimentar un dolor intenso y sensibilidad dental, así como inflamación e infección en la raíz del diente comprometido porque se ve afectada la pulpa la cual está compuesta por el nervio y vasos sanguíneos¹⁰.

Cuando el daño a la cavidad que está muy cerca o llega a la pulpa dentaria es irreversible. El dolor persiste incluso después de la estimulación, pero en estas situaciones, el tratamiento de conductos se presenta como la única solución actual para preservar el diente y recuperar su salud. Una vez concluido el tratamiento de conductos, cuando existe mucha pérdida de la estructura del diente; se recomienda realizar al diente un tratamiento de rehabilitación oral¹¹.

La rehabilitación oral con prótesis fija empleando corona es un enfoque de tratamiento establecido y comúnmente utilizado después de la pérdida mucha

estructura dental por caries o fracturas. La oclusión debe ser fisiológicamente armoniosa, permitiendo que las estructuras se relacionen correctamente con el diente antagonista. La correcta relación de contactos en estática y dinámica generando desoclusión generará armonía funcional entre los componentes y un buen estado de salud¹².

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente femenina de 54 años, mestiza, religión católica, soltera, lugar de nacimiento en Lambayeque - Chiclayo, con grupo sanguíneo O+, con grado de instrucción secundaria, ocupación ama de casa.

2.1.1 Motivo de consulta

Paciente refiere: “tengo dolor al comer y tomar cosas frías de un diente y no me gusta ese color”.

2.1.2 Enfermedad actual

El paciente refiere que hace mucho tiempo no acude al dentista. Actualmente, menciona dolor en un diente que le causa molestias al comer o al ingerir bebidas frías, además de presentar cierta dificultad para hablar o gesticular, lo que le ha llevado a limitar su sonrisa desde hace aproximadamente 3 años. Asimismo, ha notado que el diente afectado ha ido cambiando de color con el tiempo. Por otro lado, refiere que las encías le sangran un poco al cepillarse los dientes, y siente un ligero mal aliento por las mañanas a levantarse.

2.1.3 Antecedentes

Paciente refiere antecedentes fisiológicos de nacimiento por parto normal y vacunación completa, así mismo refiere no tener antecedentes patológicos, ni de discapacidad, ni de hospitalización, ni medicación, ni alergias, sin hábitos nocivos, sin antecedentes quirúrgicos, ni familiares.

Acerca de los antecedentes odontológicos, su última visita al dentista hace 5 años aproximadamente por restauraciones. Refiere cepillado dental una vez al día.

2.2 Examen clínico

Al examen clínico se observa lucido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), Aparente buen estado general (ABEG), Aparente buen estado nutricional (ABEN), Aparente buen estado de hidratación (ABEH).

En el examen clínico extraoral se evidencia simetría de lado derecho con el lado izquierdo y simetría de los tercio superior, medio e inferior del rostro, dolicofacial con biotipo facial normofacial, sin facies no características, perfil recto, sonrisa baja sin exposición gingival, articulación tempormandibular (ATM) sin dolor, ni ruidos. (fig1).

Durante el examen intraoral se observaron encías de color rojizo con signos de ligera inflamación, por la presencia de placa bacteriana (fig2). Se identificaron caries dental a nivel de esmalte y dentina de las piezas 2.5, 2.6, 3.6, 4.6 y 4.7. Además, se detectó una caries extensa que afecta la dentina en la pieza 1.4, la cual mostró respuesta positiva a las pruebas térmicas de calor y frío.

2.3 Exámenes auxiliares

Las radiografías es un examen auxiliar que nos ayuda a identificar problemas no visibles a simple vista, facilitando un diagnóstico definitivo. En este caso, se solicitó una radiografía periapical de la pieza 1.4, en la que se observó una imagen radiopaca compatible con caries dental con aparente compromiso pulpar (fig3).

Se solicitó una radiografía panorámica para una visión general de la estructura dental y ósea, útil en casos de rehabilitación protésica, donde se puede evidenciar, de acuerdo con el informe radiológico lo siguiente (fig4).

- Pieza 17: imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con pérdida de sustancia coronaria.
- Pieza 16: imagen radiolúcida a nivel mesial compatible con pérdida de sustancia coronaria.

- Pieza 14: imagen radiolúcida a nivel coronal y cervical compatible con pérdida de sustancia coronaria y caries en dentina con aparente compromiso pulpar
- Pieza 13: imagen radiolúcida a nivel mesial compatible con pérdida de sustancia coronaria.
- Pieza 12: imagen radiopaca a nivel mesial de la corona compatible con material restaurador en mal estado.
- Pieza 11: imagen radiolúcida a nivel mesial compatible con pérdida de sustancia coronaria.
- Pieza 21: imagen radiolúcida a nivel mesial compatible con pérdida de sustancia coronaria.
- Pieza 22: imagen radiopaca nivel coronal-mesial compatible con material restaurador compatible con material restaurador en mal estado.
- Pieza 23: imagen radiolúcida a nivel del centro de la corona compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 26: imagen radiopaca a nivel coronal y mesial compatible con material restaurador.
- Pieza 38: diente semi impactado en posición mesio angular.
- Pieza 37: imagen radiolúcida a nivel oclusal compatible con pérdida de sustancia coronaria.
- Pieza 36: imagen radiolúcida a nivel coronal y cervical compatible con pérdida de sustancia coronaria y caries en dentina con aparente compromiso pulpar
- Pieza 35: imagen radiolúcida a nivel oclusal compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 34: imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con caries dental

- Pieza 33: imagen radiopaca compatible con caries dental
- Pieza 32: imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 31: imagen radiolúcida a nivel cervical compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 41: imagen radiolúcida compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 42: imagen radiolúcida a nivel mesial compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 43: imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con caries dental
- Pieza 44: imagen radiolúcida a nivel oclusal compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 45: imagen radiolúcida a nivel oclusal compatible con pérdida de sustancia coronaria
- Pieza 46: imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con caries dental
- Pieza 47: imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con material restaurador en mal estado.

Examen de modelos de estudio:

Para confeccionar los modelos de estudio, se realizó la toma de impresiones con hidrocoloide irreversible (alginato), se hizo el vaciado con yeso tipo IV extraduro (20 ml/100 g) para obtener los modelos, los cuales fueron fundamentales para el estudio y la planificación del tratamiento protésico. Posteriormente, los modelos se montaron en un articulador semiajustable (ASA) en la posición de máxima intercuspidación (MIC).

Los cuales permitieron realizar un análisis tridimensional de los dientes (ATD) de cada arcada, así como las relaciones oclusales; identificando que el paciente presentaba alteraciones en la alineación, ligera giroversión en las piezas 1.1 y 2.1, una leve vestibularización en la pieza 4.4. alteración en el plano de la oclusión, con una curva de Wilson ligeramente alterada pero una curva de Spee correcta en ambos lados. En las relaciones estáticas, se encontró una relación funcional óptima con clase I incisiva, canina y molar, además de la presencia de todos los pares oclusales, lo que garantiza una correcta distribución de fuerzas y estabilidad oclusal. En el sector posterior se identificó una relación mortero-pilón (cúspide-fosa) con relación 2:1, mientras que en el sector anterior se observó un **overbite** y un **overjet** positivos (2 mm) con buen acople (fig5,7).

En las relaciones excéntricas, se identificó guía anterior (incisiva y canina), lo que generaba desoclusión dinámica en el sector posterior, indicando una oclusión mutuamente protegida. En conclusión, el análisis detallado de los modelos de estudio permitió identificar las características clave de la oclusión y las alteraciones presentes, proporcionando una base sólida para diagnosticar, y establecer un plan de rehabilitación protésico que garantice funcionalidad, y estética a largo plazo (fig6).

2.4 Diagnóstico

Se determinó como diagnóstico presuntivo gingivitis aguda asociada a biofilm, por la inflamación que presentaba, la paciente durante la exploración clínica presentaba caries dental. con posible de tratamiento endodóntico en pieza 1.4.

Diagnóstico presuntivo:

-Caries limitada al esmalte (K020)

-Caries de la dentina (K021)

-Gingivitis aguda (K050)

- Pulpitis (K040)

Posterior al examen clínico y exámenes auxiliares se determinó el siguiente diagnóstico definitivo: caries dental, gingivitis leve asociada a placa, pieza 14 pulpitis irreversible sintomática, presencia de diente impactado.

Diagnóstico definitivo:

Gingivitis aguda (K050)

Caries de la dentina (K021)

Caries limitada al esmalte (K020)

Diente impactado (K011)

Pulpitis (K040)

2.5 Plan de tratamiento

Fase I: Preventiva

Orientación nutricional sobre dieta cariogénica.

Concientización sobre los chequeos odontológicos una vez al año.

Instrucción de higiene oral.

Fase II: Correctiva

Endodoncia pieza 1.4

Espigo de fibra de vidrio pieza 14

Corona metal cerámica

Restauraciones con resina compuesta de piezas 25, 26, 36, 46 y 47

Fase III: Mantenimiento

Odontograma de evolución.

Índice de placa bacteriana.

Cuidado de la prótesis.

Controles periódicos.

Objetivo General

Describir el proceso de rehabilitación multidisciplinaria realizado en un paciente con compromiso funcional y estético causado por caries con afectación pulpar, destacando las etapas diagnósticas, terapéuticas y de planificación para lograr la recuperación integral del paciente.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las alteraciones funcionales y estéticas derivadas de las caries con afectación pulpar en el paciente mediante un análisis clínico y radiográfico.
2. Diseñar un plan de tratamiento integral que incluya enfoques restaurativos, endodónticos y protésicos
3. Implementar técnicas interdisciplinarias en la rehabilitación oral, incluyendo aspectos funcionales, estéticos y preventivos.

4. Evaluar los resultados del tratamiento en términos de restauración de la función masticatoria, estética dental y calidad de vida del paciente.
5. Documentar las etapas del tratamiento y los hallazgos clínicos como base para futuras referencias en casos similares.

1.6 2.5 Evolución del tratamiento y alta

Para el tratamiento de la paciente se estableció un cronograma por citas, las cuales se desarrollaron de la siguiente manera registrándose correctamente en el odontograma de evolución (fig9).

Cita N°1: El paciente acude a la clínica odontológica universitaria de la USMP-FN, donde se le realiza la historia clínica y odontograma inicial (fig8), y firma los consentimientos informados (fig13). En la evaluación clínica se encuentra la pieza 1.4 con caries extensa y aparente compromiso pulpar. Por lo cual se realizó la prueba térmica (frío o calor) para evaluar la respuesta de la pulpa y determinar si está inflamada o necrosada, respondiendo al frío y al calor. Además, se le realizó percusión vertical y horizontal con el mango del espejo sin dolor, se indicó una radiografía periapical de la pieza 1.4 donde se confirmó el diagnóstico del compromiso pulpar, también se solicitó una radiografía panorámica para obtener una visión amplia y completa de la estructura dental, maxilar y mandibular.

Cita N°2: Procedimiento: Toma de los modelos de diagnóstico.

Se realizó la toma de los modelos de diagnóstico con Impresiones utilizando un hidrocoloide irreversible (alginato) para obtener modelos de estudio. Posteriormente, en el laboratorio se realizó la desinfección de la impresión con hipoclorito de sodio en una solución al 0.5% por 10 minutos y se procedió al vaciado

con yeso tipo IV respetando las medidas (100 g de yeso y 20 ml de agua), se esperaron los 45 minutos para retirar la impresión y realizar el zocalados de los modelos con yeso tipo III.

Cita N°3: Procedimiento: Toma de arco facial, montaje en articulador

Se registró la posición del maxilar con respecto al cráneo a través del arco facial, para luego trasladar al articulador. Posteriormente en el laboratorio, se realizó el montaje en articulador semiajustable (ASA), se analizó la relación oclusal y movimientos mandibulares; permitiendo determinar el diagnóstico y una planificación del tratamiento

Cita N°4: Procedimiento: Terapia Periodontal

Se realizó una Profilaxis eliminando la placa blanda y el cálculo supragingival e infragingival, se registró el Índice de O'Leary con un porcentaje del (80%), lo que indica deficiencia en la higiene oral (fig5). Posteriormente, se instruyó al paciente en la correcta técnica de cepillado. Por otro lado, en cuanto al tratamiento farmacológico se le recetó Clorhexidina al 0.12%: y se le indicó su uso dos veces al día durante 2 semanas para reducir la inflamación gingival.

Cita N°5: Procedimiento: Tratamiento de conductos: Endodoncia piezas 1.4.

Se inició la apertura cameral de las piezas 1.4 con aislamiento absoluto. Par ello se realizó en cada pieza la toma radiográfica periapical de diagnóstico pulpitis irreversible sintomatica y se procedió a medir el diámetro del conducto. Con una técnica apico-coronal se realizó la instrumentación de los conductos de la pieza 1.4 con irrigación constante de instrumento con hipoclorito de sodio al 2.5% en una sola cita se procedió a la obturación con gutapercha utilizando el cemento endodóntico Grossman para la obturación final.

Cita N°6,7,8: Procedimiento: Restauraciones con resinas

Se realizó el cambio de resinas en mal estado por resinas compuestas en las piezas 2.5 ,2.6 ,3.6, 4.6 y 4.7 con una técnica de incrementación con aislamiento absoluto. Se utilizó una resina compuesta fotopolimerizable de color A2 especifica al color del diente del paciente.

Cita N°9: Procedimiento: Preparación de espigo

Una y dos semanas después de finalizar la endodoncia en la pieza 1.4 y esta estuvo asintomática, se realizó la desobturación según lo planificado a una longitud de 12 mm respectivamente, dejando 4 mm de gutapercha de la endodoncia con aislamiento absoluto para la elaboración del poste o espigo metálico. Alcanzando la medida ideal se procedió a la preparación del espigo prefabricado con acrílico Duralay, realizando rebasados hasta anatomizar el conducto; para continuar con la preparación del muñón para una corona metal cerámica. Por otro lado, se confeccionó el provisional de acrílico el cual protegerá el diente preparado hasta la confección y cementación de la corona definitiva.

Cita N°10: Procedimiento: Cementación de espigo y tallado de corona metal cerámica

Una vez que el laboratorio entregó el espigo metálico para la pieza 1.4, se procedió a realizar la cementación con un cemento de ionómero de vidrio autocurable, se realizó un retallado de la pieza preparando una terminación tipo chamfer , paredes con 3° a cada lado y una altura a nivel oclusal de 1.5 a 2mm para dar el espacio necesario al metal y la cerámica, luego se volvió a colocar el provisional de acrílico.

Cita N°11: Procedimiento: Toma de impresión definitiva.

Se realizó la toma de impresión definitiva con material de silicona de condensación (pesada y fluida) con una cubeta de acero en un sólo paso, colocando doble hilo retractor. Se procedió en el laboratorio a realizar el vaciado de modelo con yeso tipo IV respetando las medidas (100g de yeso y 20 ml de agua) y realizar el troquelado directo. Por otro lado, se tomó el modelo antagonista y se vació con yeso tipo III. Finalmente, se procedió al registro intermaxilar, montaje y articulado para ser enviado al laboratorio.

Cita N°11: Procedimiento: Control de Placa bacteriana

Se realizó el segundo control de índice de O'Leary donde se obtuvo una disminución del porcentaje a 52%, lo que sugiere una ligera mejora en la higiene del paciente.

Cita N°12: Procedimiento: Control de Placa bacteriana, prueba de estructura o cofia metálica de la corona y toma de color.

Se realizó el tercer control de índice de O'Leary donde se obtuvo una disminución del porcentaje a 30%, lo que sugiere una ligera mejora en la higiene del paciente. Luego de ello, se procedió a probar la cofia metálica enviada por el laboratorio; verificando la inserción, el sellado y controlando el espacio a nivel oclusal para el material estético. Posteriormente a todo ello, se determinó el color de la corona A-120 con el Chromascop y se envió nuevamente al laboratorio para la aplicación del material estético.

Cita N°13: Procedimiento: Prueba de bizcocho de corona

Se le realizó el último control de índice de O'leary donde se obtuvo un 10%, lo que indica una mejora total en la higiene del paciente.

Se realizó la prueba de bizcocho y se verificó la oclusión.

Cita N°14: Procedimiento: Prueba de glaseado y cementación de corona

Se realizó la prueba de glaseado y luego de verificar la ausencia de interferencias oclusales en excéntrica, céntrica y el correcto sellado; se procedió con la cementación. Con aislamiento relativo, utilizando un ionómero de cementación autopolimerizable se procedió a realizar la mezcla y la cementación de la corona para controlar correctamente los excesos y tiempos. Una vez cementada la corona, se revaluó nuevamente la oclusión y se recomendó al paciente asistir a todos sus controles, como se estableció al inicio del tratamiento.

Cita N°15: Procedimiento: Control de la oclusión del paciente y alta.

Se realizó un control a los 7 días de la cementación y posterior otro control a los 15 días, se llenó correctamente el odontograma de salida (fig10), y se dio alta al paciente (fig11). Se le sugirió asistir a citas de mantenimiento cada 6 meses.

III. CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como objetivo principal brindar un aporte clínico que facilite a los estudiantes de Odontología y odontólogos la capacidad de realizar diagnósticos más precisos, establecer planes de tratamiento adecuados y ofrecer una atención odontológica de mayor calidad. Además, busca fomentar la prevención de futuras enfermedades bucales mediante la detección temprana y la intervención oportuna.

El conocimiento adquirido a través de este reporte de caso solo optimiza las habilidades clínicas, sino que también promueve un mayor acceso a consultas y tratamientos odontológicos, lo que a su vez contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Al implementar estos enfoques, los profesionales de la odontología podrán reducir la incidencia de patologías orales y fomentar hábitos de higiene dental más efectivos en la población, generando un impacto positivo y sostenible en la salud pública.

Se realizaron tres controles de Índice de O'Leary, para observar la higiene y el mantenimiento del componente periodontal, de esta forma se garantizó las condiciones óptimas y el acúmulo de placa (dura y blanda) en el paciente.

Se programaron citas de control posterior a la cementación de la corona con la finalidad de verificar su correcta adaptación y asegurar la ausencia de interferencias oclusales. Las revisiones se realizaron a los 7, 15 días y 2 meses.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gotfredsen K, Rimborg S, Stavropoulos A. Efficacy and risks of removable partial prosthesis in periodontitis patients: A systematic review - Gotfredsen - 2022 - Journal of Clinical Periodontology - Wiley Online Library. J CLin Periodontol. 2022;49(4):167-81.
2. Go H, Jung HI, Ahn SV, Ahn J, Shin H, Amano A, et al. Trend in the incidence of severe partial edentulism among adults using the Korean National Health insurance service claim data, 2014–2018. Yonsei Med J. 2024;65(4):234-40.
3. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio-Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev Estomatológica Hered. 2016;26(4):215-21.
4. Bashir NZ, Bernabé E. Removable partial dentures and mortality among partially edentulous adults. J Dent. noviembre de 2022;126:104304.
5. Ladera Castañeda MI, Medina Sotelo CG. Oral health in Latin America: A view from public policies. Salud Cienc y Tecnol [Internet]. 2023 Mar 29; Available from: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/3405>.
6. Arroyo Rodríguez JS. Relación entre los determinantes sociales y el estado de la salud oral de la población escolar en el Ecuador. [Internet]. Universidad Laica “Eloy Alfaro” De Manabí; 2023.
7. OMS. Salud Bucodental. 2022 [citado 30 de agosto de 2024]. Salud bucodental. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
8. Escudero E, Muñoz Rentería MV, De La Cruz Claire M luisa, Aprilí Justiniano L, Valda Mobarec EY. 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 Cienc Tecnol E Innov.* 2020;18(21):161-90.

9. Ramos Inga W. Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de la IE Angel de la Guarda–Camaná 2021 [Internet]. UAP; 2021. Available from: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/9742/Tesis_Caries_dental_Salud_bucal.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

10. Weisshaar S. Endodoncia en denticiones primaria y mixta. Fundamentos, patologías y diagnóstico. Quintessence (ed.esp.). 2012;16(7):66-74.

11. Goldber F, Cantarini C. El retratamiento endodóntico. Consideración clínica. *Rev Asoc Odont Arg.* 2014;102(2):76-82.

12. Kursoglu P, Karagoz PF, Kazazoglu E. Translucency of ceramic material in different core-veneer combinations. *J Prosthet Dent.* 2015;113(1):48-53.

ANEXOS

DOCUMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

FOTOS EXTRAORALES (Fig-1)



FOTOS INTRAORALES (Fig-2)



RADIOGRAFÍAS

Radiografía periapical de la pieza 1.4 (Fig-3)



Radiografía panorámica (Fig-4)



Análisis radiografía panorámica

E. RESULTADOS (DATOS RELEVANTES) DE LOS EXÁMENES AUXILIARES

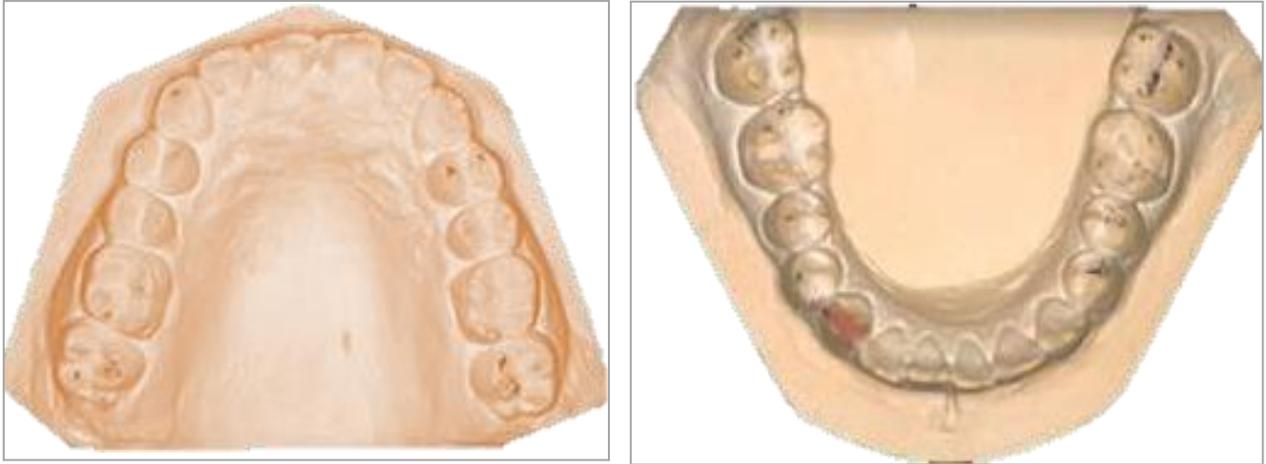
En la radiografía panorámica se observa aproximadamente de la
mucosa en el seno maxilar bilateral, resto de tejidos conservados
Pz 18 y 28 ausentes, Pz 38 y 48 impactados y mesioinclinados
110 en pieza 46 y 45 compatible con una restauración

Dr. Julio Alcántara Salazar
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 26066

FHCG-000-6/19

ANÁLISIS DE MODELOS (Fig-6)

**Análisis Intra arcada
(Líneas Parabólicas)**



Análisis de la curva de Wilson

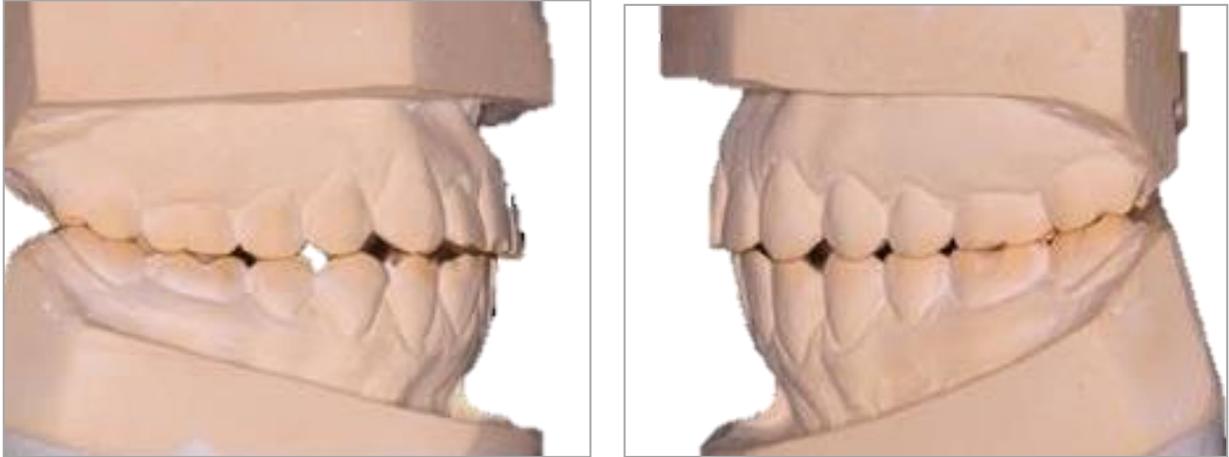


Análisis de la curva de Spee



ANALISIS DE MODELOS (Fig-7)

Análisis Inter arcada



TRATAMIENTO CULMINADO.(Fig-12)

**Endodoncia, perno y corona pieza 1.4 y3.6
Restauraciones múltiples**

