



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN DE PIEZA DENTARIA FRACTURADA
CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y
RESTAURACIÓN CONSERVADORA**

**PRESENTADO POR
JAIME ANDRE VERGARA MEJIA**



**ASESORA
Mg. HUGO PERCY GARCIA RIVERA**

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

**LIMA – 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 DE PIEZA DENTARIA FRACTURADA CON
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y RESTAURACIÓN
CONSERVADORA**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACH: JAIME ANDRE VERGARA MEJIA

ASESOR:

Mg. HUGO PERCY GARCIA RIVERA

LIMA – PERÚ

2024

	ÍNDICE	Pág.
	RESUMEN/ABSTRACT	4
	I. INTRODUCCIÓN	6
	II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	8
2.1	Anamnesis	8
2.1.1	Motivo de consulta	8
2.1.2	Enfermedad actual	8
2.1.3	Antecedentes	9
2.2	Examen clínico	9
2.3	Exámenes auxiliares	10
2.4	Diagnóstico	10
2.5	Plan de tratamiento	10
2.6	Evolución del tratamiento y alta	11
	III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	16
	IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	17
	V. ANEXOS	19
5.1	Fotos clínicas	19
5.2	Documentación del caso clínico	22
5.3	Fichas del caso clínico	31

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación oral ha sido un componente clave en el manejo de patologías dentales, como la caries avanzada o las fracturas dentales, integrando tratamientos de periodoncia, prótesis y endodoncia. Según la OMS, la caries dental seguía siendo la enfermedad bucal más prevalente, afectando a más del 90% de la población adulta a nivel mundial. Los avances en técnicas restaurativas, como el uso de espigos de fibra de vidrio y las incrustaciones, han mejorado significativamente el pronóstico de los dientes tratados endodónticamente, ofreciendo soluciones menos invasivas y estéticamente superiores.

Descripción del caso: Se presentó a un paciente de 52 años con caries profundas y una fractura en la pieza 25. El tratamiento se inició con una fase higiénica, que incluyó profilaxis y raspado. Posteriormente, se realizó una endodoncia en la pieza fracturada, seguida de la colocación de un espigo de fibra de vidrio. Para reforzar la estructura dental, se llevó a cabo la reconstrucción conservadora del muñón mediante una restauración directa con resina compuesta. Además, se restauró la pieza 36 con una incrustación de cerámico, lo cual mejoró tanto la función masticatoria como la estética del paciente.

Conclusiones: El éxito de la rehabilitación de las piezas tratadas permitió recuperar su funcionalidad a largo plazo, siempre que el paciente mantuviera una buena higiene oral y realizara revisiones periódicas. La integración de técnicas modernas, como el uso de espigos de fibra de vidrio y la adhesión de incrustaciones, demostró ser una solución efectiva para la conservación dental, contribuyendo de manera significativa a la práctica clínica diaria.

Palabras Clave: Restauración, espigo muñón, incrustación de cerámico, fractura dental.

ABSTRACT

Introduction: Oral rehabilitation has been a key component in managing dental pathologies such as advanced caries or dental fractures, integrating periodontics, prosthetics, and endodontics treatments. According to the WHO, dental caries remains the most prevalent oral disease, affecting more than 90% of the adult population worldwide. Advances in restorative techniques, such as the use of fiberglass posts and inlays, have significantly improved the prognosis of endodontically treated teeth, offering less invasive and aesthetically superior solutions.

Case description: A 52-year-old patient with deep caries and a fracture in tooth 25 was presented. The treatment began with a hygienic phase that involved prophylaxis and scaling. Subsequently, a root canal was performed on the fractured tooth, followed by the placement of a fiberglass post. To reinforce the dental structure, a conservative reconstruction of a core was carried out using a direct composite resin restoration. Additionally, tooth 36 was restored with a ceromer inlay, which improved both the patient's masticatory function and aesthetics.

Conclusions: The successful rehabilitation of the treated teeth allowed for long-term functional recovery, provided that the patient maintained good oral hygiene and attended regular check-ups. The integration of modern techniques, such as the use of fiberglass posts and the adhesion of inlays, proved to be an effective solution for dental preservation, significantly contributing to daily clinical practice.

Keywords: Restoration, post-core, ceromer inlay, dental fracture.

JAIME ANDRE VERGARA MEJIA

REHABILITACIÓN DE PIEZA DENTARIA FRACTURADA CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y RESTAURACIÓN CONSERV...

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

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:413015936

Fecha de entrega

5 dic 2024, 2:41 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

5 dic 2024, 5:40 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. APROBADO. VERGARA MEJIA JAIME ANDRE.docx

Tamaño de archivo

10.7 MB

35 Páginas

4,130 Palabras

23,291 Caracteres

2% 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

- 1% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 2% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

MG. ESP. HUGO PERCY GARCIA RIVERA
ASESOR
ORCID:0000-0003-3064-9807

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 rehabilitación oral ha sido fundamental en la odontología moderna, especialmente en el manejo de dientes comprometidos por caries profundas o fracturas. Según la OMS, más de la mitad de la población mundial se ha visto afectada por problemas de salud bucal, siendo la caries dental la patología más común, afectando al 60-90% de los escolares y a casi todos los adultos ¹. Esta condición ha sido una de las principales causas de pérdida dental y, sin un tratamiento adecuado, ha conducido a la necesidad de intervenciones complejas, como la endodoncia, la colocación de espigos de fibra de vidrio y las restauraciones definitivas ².

El uso de espigos de fibra de vidrio en la rehabilitación de dientes tratados endodónticamente ha ganado relevancia debido a su alta biocompatibilidad y a las propiedades mecánicas superiores en comparación con los espigos metálicos. Estudios recientes han mostrado que los espigos de fibra de vidrio distribuyen las fuerzas de masticación de manera más uniforme, lo que disminuye el riesgo de fractura radicular y mejora la longevidad de las restauraciones ^{3,4}. Este tipo de espigo, junto con técnicas adhesivas avanzadas, ha ofrecido una solución menos invasiva y estéticamente superior para la rehabilitación de dientes tratados endodónticamente ⁵.

El uso de cerómeros, un material restaurador que combina propiedades cerámicas y resinosas ha revolucionado las técnicas de rehabilitación dental en los últimos años. Los cerómeros han sido especialmente útiles en restauraciones indirectas como inlays, onlays y carillas, donde su alta resistencia a la fractura, capacidad de mimetismo estético y biocompatibilidad lo convierten en una opción preferida frente a materiales más tradicionales como las amalgamas o las resinas compuestas simples ⁶. En dientes tratados endodónticamente, donde la estructura restante está comprometida, el uso de cerómeros junto con espigos de fibra de vidrio ha demostrado ser una opción efectiva para preservar tanto la función como la estética a largo plazo ⁷.

En casos de rehabilitación de piezas fracturadas, especialmente cuando la fractura afectaba varias paredes del diente, se ha planteado un desafío técnico

considerable. El aislamiento efectivo del campo operatorio fue crítico para asegurar la adhesión de los materiales restauradores ⁸. Las fracturas con múltiples paredes involucradas requirieron técnicas precisas de reconstrucción, ya que un manejo inadecuado podría haber comprometido tanto la integridad estructural del diente como el sellado marginal de la restauración ⁶. El aislamiento, generalmente logrado mediante la colocación de diques de goma y sistemas de matrices especiales son un paso fundamental para evitar la contaminación del área y garantizar el éxito de la adhesión ⁵.

La integración de técnicas avanzadas de restauración en un diente previamente comprometido ha permitido resolver problemas complejos de manera predecible y eficiente. Este caso aporta evidencia sobre el uso de materiales contemporáneos, como los espigos de fibra de vidrio y la técnica de restauración adhesiva, y contribuye al cuerpo de evidencia creciente que respalda el uso de restauraciones menos invasivas para prolongar la funcionalidad y la estética de los dientes tratados endodónticamente ^{8,9}.

Los avances en materiales restauradores como los cerómeros, junto con los espigos de fibra de vidrio y las técnicas adhesivas modernas, permitieron una restauración eficiente de dientes fracturados, proporcionando soluciones menos invasivas y más estéticas ^{6,7}. Esto resultó particularmente relevante en la restauración de dientes anteriores, donde la demanda estética era mayor y la biocompatibilidad del material desempeñaba un papel crucial en el éxito clínico a largo plazo ¹⁰.

En conclusión, la odontología conservadora, respaldada por materiales modernos como los cerómeros y los espigos de fibra de vidrio, transformó la manera en que se manejaban las rehabilitaciones complejas de dientes fracturados o comprometidos. La capacidad de restaurar estos dientes de manera predecible y con resultados estéticamente satisfactorios destacó la importancia de integrar estos materiales y técnicas en la práctica clínica diaria ^{4,6}. La combinación de estas tecnologías no solo prolongó la vida útil de los dientes restaurados, sino que también mejoró la calidad de vida de los pacientes al permitirles mantener una dentición funcional y estética durante más tiempo ⁵.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente de sexo masculino de 52 años, de origen étnico mestizo, jubilado, de nacionalidad peruana y residente de Lima. Presentaba limitación motora en miembros superiores e inferiores.

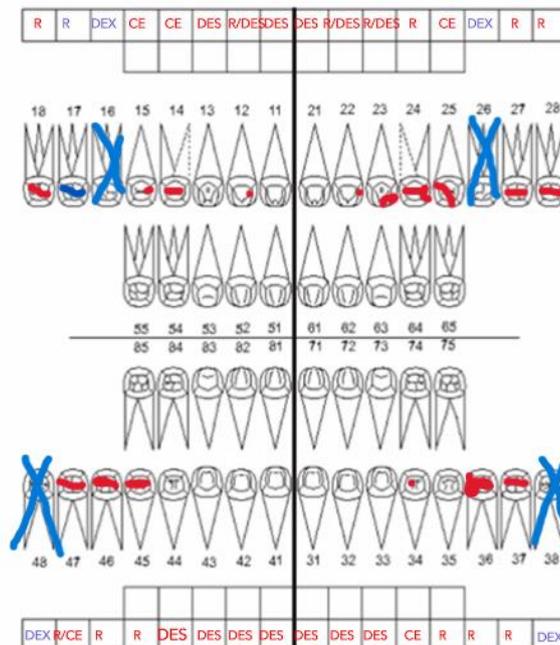
2.1.1 Motivo de consulta

Paciente refirió:

2023: “Una endodoncia atrás”

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente presentaba gingivitis asociada a biofilm, con placa calcificada, desgaste anterosuperior e inferior, caries múltiples y edéntulismo parcial en la zona inferior. También se observó fractura coronaria en la pieza 2.5, torus lingual y mordida profunda.



2.1.3 Antecedentes

El paciente nació a término de un parto normal y contaba con el esquema completo de vacunas.

Refirió haber sufrido un accidente cerebrovascular hemorrágico hace más de 10 años, así como un traumatismo encéfalo-craneano, por lo que fue hospitalizado. Además, presentaba disartria, pero se encontraba lúcido.

Actualmente, tomaba medicamentos anticonvulsivantes debido a la operación por el accidente cerebrovascular. No era alérgico a los anestésicos, pero sí a las sulfas.

No manifestaba hábitos nocivos. En cuanto a los antecedentes familiares, refirió que su madre había fallecido de cáncer de hígado y páncreas.

La última visita al cirujano dentista fue hace un mes para una operatoria dental, sin complicaciones. Mencionó cepillarse dos veces al día sin presentar sangrado de encías y no rechinar los dientes.

2.2 Examen clínico

- Examen extraoral

Se registró una apertura bucal de 60 mm y se observó ruido con una ligera desviación en la articulación temporomandibular (ATM).

- Examen intraoral

No se detectaron anomalías en los tejidos duros ni blandos, pero las encías presentaban enrojecimiento.

Odontograma fecha 22/05/23

Se encontraron lesiones cariosas múltiples en el esmalte, restauraciones en mal estado y caries dental con aparente compromiso pulpar en la pieza 25 (O). En la pieza 36 se observó caries a nivel de la dentina (M, O, V, D). También se evidenció desgaste en los incisivos superiores e inferiores, ausencia de las piezas 16, 26, 38 y 48, y una fractura en la pieza 25.

2.3 Exámenes auxiliares

Se realizaron radiografías periapicales en las piezas 25 y 36. En la pieza 25, se observó una imagen radiolúcida que ocupaba las caras mesial, vestibular y oclusal, indicativa de fractura coronaria y lesión cariosa profunda con posible compromiso pulpar (Anexo 1, Fig. 1).

En la pieza 36, se visualizó una imagen radiolúcida compatible con caries a nivel de la dentina, comprometiendo las caras oclusal, vestibular y distal (Anexo 1, Fig. 5)

2.4 Diagnóstico

Al examinar la cavidad oral y analizar los exámenes auxiliares, se diagnosticó:

- Edéntulo parcial superior (clase 3 modificación 2) (K081)
- Caries múltiples (K021)
- Fractura dental (K025)
- Gingivitis asociada a biofilm (K050)
- Pulpitis irreversible asintomática (K042)

El pronóstico para las piezas 25 y 36 fue favorable, siempre y cuando el paciente siguiera las indicaciones y mantuviera una higiene oral adecuada. Se recomendó seguimiento e interconsultas con el médico debido al antecedente de accidente cerebrovascular. El paciente no presentó barreras económicas ni culturales para continuar el tratamiento.

2.5 Plan de tratamiento

Fase I. Inicial o higiénica

- Fisioterapia oral (A1330)
 - Se informó al paciente sobre el estado de su higiene oral y se le enseñó las técnicas adecuadas para el manejo de placa, lo cual incluyó la técnica

de cepillado de Bass modificado y el uso correcto del hilo dental. También se le indicó al paciente realizar un destartraje, raspaje y profilaxis.

- Destartraje y Raspaje (D4355)
 - Se utilizó raspadores manuales para realizar el raspado supra gingival lo cual resultó en la eliminación de cálculo residual.
- Profilaxis (D1110)

Fase II: Correctiva

- Endodoncia (Pza. 25) (K0313)
- Operatoria (D2331)
- Espigo de fibra de vidrio (Pza. 25) (D2950)
- Prótesis fija
 - Incrustación de la pieza (Pza. 36) (D2954)

Fase III: Mantenimiento

- Se informó al paciente sobre los cuidados necesarios para una buena evolución. Se recomendó una férula de relajamiento nocturna para evitar daños adicionales en los dientes desgastados.

2.6 Evolución del tratamiento y alta

Primera Cita

22/05/23: Paciente ingreso a la consulta por primera vez para la apertura de la historia clínica y completar la odontograma inicial.

Se efectuó el examen intraoral y se observó la presencia de varias restauraciones, algunas en buen estado y otras en mal estado, caries múltiples, además de desgaste en los incisivos superior e inferior y múltiples piezas ausentes.

Segunda Cita

07/07/23: El paciente ingresó a la consulta, y se le solicitó enjuagarse con clorhexidina al 0.12% para mejorar las condiciones bacterianas de la cavidad oral antes de realizar cualquier procedimiento. Se efectuó el llenado de los respectivos consentimientos y del periodontograma para determinar la salud de los tejidos de soporte, utilizando una sonda periodontal. Se midió la profundidad del surco gingival y se verificó la presencia de bolsas periodontales para detectar signos de enfermedad periodontal o inflamación. Se comenzó el examen por el cuadrante 1, evaluando diente por diente en milímetros y dividiendo cada diente en tres zonas (distal, media y mesial) para asegurar una evaluación completa. Al finalizar el llenado del periodontograma, se confirmó la presencia de gingivitis generalizada. Además, se registró el índice de O'Leary inicial utilizando un líquido revelador que mostró la presencia de biofilm, estableciendo un valor de 87.5%, lo cual indicaba una mala condición.

Una vez concluido el registro del índice de O'Leary, se sentó al paciente y se le presentaron las técnicas adecuadas para mantener su higiene oral en condiciones óptimas. Primero, se le enseñó la técnica de cepillado Bass modificado, que consiste en realizar movimientos verticales para lograr una limpieza profunda de los surcos gingivales, eliminando la placa acumulada en los tejidos duros. Luego, se instruyó en el uso correcto del hilo dental, enfatizando la importancia de evitar lesiones en las encías mientras se mantienen limpios los espacios interproximales.

Posteriormente, se realizó una profilaxis, destartraje y raspaje para reducir el nivel de placa y mejorar el estado oral del paciente. Para la profilaxis, se empleó un equipo de ultrasonido, comenzando por el cuadrante I y eliminando los depósitos de cálculo o biofilm presentes en las superficies vestibulares, mesiales, distales y palatino/lingual. Al finalizar, se llevó a cabo el raspado con raspadores manuales para la eliminación de cálculo residual supragingival, asegurándose de que las encías estuvieran completamente libres de placa.

Finalmente, se efectuó el pulido dental con pasta profiláctica para eliminar los residuos de sarro restantes, limpiar manchas o decoloraciones presentes en los dientes y proporcionar al paciente un pulido final, protegiendo así el esmalte contra futuras lesiones.

Tercera Cita

14/07/23: El paciente asistió la cita para realizar una curación de una pieza fracturada a nivel coronal (2.5). Luego de analizar las radiografías (Anexo 1, Fig. 1) y evaluar con el uso de un explorador, se verificó que existía compromiso pulpar, por lo que se confirmó la necesidad de un tratamiento de conductos. Esto se corroboró al realizar las pruebas de sensibilidad y percusión, lo que confirmó el diagnóstico presuntivo de pulpitis irreversible asintomática.

Se inició la endodoncia de la pieza 25, utilizando aislamiento absoluto con dique de goma, arco de Young y clamp 206. Se instrumentó con la técnica ápico coronal, confirmando la presencia de dos raíces (vestibular y palatina), y se midió la longitud de trabajo en 20.5 mm para la raíz vestibular y 19 mm para la palatina.

La instrumentación comenzó con la lima apical inicial #15, avanzando hasta alcanzar la longitud de trabajo en cada uno de los conductos, y se estableció la lima de memoria #35 en 20.5 mm y 19 mm, respectivamente. Se aplicó la técnica de "step back" hasta la lima #60 para ambas raíces.

Durante todo el proceso de conformación de los conductos, se utilizó hipoclorito de sodio al 2.5% como irrigante, con el fin de mantener los conductos limpios y desinfectados.

La obturación de los conductos se realizó con un cono principal #35, utilizando la técnica de compactación lateral y cemento sellador de Grossman. A continuación, se llevó a cabo la obturación temporal con Clip F.

Finalmente, se tomaron las radiografías de control y se programó la preparación para la colocación del espigo en la siguiente cita (Anexo 1, Fig. 2-3).

Cuarta Cita

21/07/23: El paciente acudió para la preparación y colocación del espigo de fibra de vidrio, ya que la endodoncia previa había determinado la necesidad de un espigo para anclar el muñón, debido a la gran pérdida coronaria ocasionada por la fractura. Luego de aislar la pieza 25, se retiró el material temporal y se decidió desobturar el conducto palatino para anclar el espigo, ya que este era el más accesible. Se

desobturó el conducto hasta 15 mm, utilizando las fresas Gates y Peeso 1 y 2, dejando 4 mm en la zona apical.

Durante todo el proceso, se irrigó constantemente para evitar el acúmulo de restos en el conducto. Al alcanzar la longitud adecuada, se utilizó la fresa del kit de preparación (espigo 0.5) para preparar el conducto para la colocación del espigo.

Se verificó la adaptación del espigo tanto manualmente como radiográficamente, asegurando que había alcanzado la longitud adecuada para su posterior cementación (Anexo 1, Fig. 4). Luego de confirmar su adaptación, se preparó el espigo aplicando silano y se trató la pieza dentaria con grabado ácido. Se efectuó el lavado del área grabada, seguido de la aplicación de adhesivo y la fotopolimerización.

Con la pieza y el espigo ya preparados, se cementó el espigo con el cemento definitivo U200 y se fotocuró. Posteriormente, se eliminó el exceso de cemento con una fresa cónica y se reconstruyó el muñón con resina compuesta, utilizando grabado ácido, adhesivo y aplicando la resina con técnica incremental.

Finalmente, con el muñón verificado, se confeccionó un provisional para el paciente utilizando la técnica de mano alzada. Se empleó acrílico en su estado plástico para moldear el provisional de la pieza 2.5. Una vez completado el provisional, se verificó la anatomía y posteriormente se comprobó la oclusión con papel de mordida, asegurando un adecuado ajuste.

Quinta Cita

26/07/23: El paciente asistió a la consulta para la eliminación de la lesión cariosa en la pieza dentaria 3.6, la cual comprometía las caras oclusal, vestibular, mesial y distal. Al comenzar la remoción de la caries, se comprobó que la lesión se extendía muy profundamente, casi alcanzando la cercanía de la cámara pulpar. Se procedió a eliminar la dentina infectada, logrando no comprometer la cámara pulpar; por lo tanto, se optó por realizar un tratamiento más conservador, aplicando una protección pulpar indirecta (PPI). Para ello, se colocó hidróxido de calcio con suero en la zona más profunda y se cubrió con un ionómero base para proteger la pulpa.

Posteriormente, se utilizó ionómero restaurador para conformar la corona con el fin de preparar la pieza para una incrustación tipo onlay de metal cerámico. Finalmente, se colocó un material temporal, con la intención de tomar las impresiones para la incrustación en la siguiente cita.

Sexta Cita

02/08/23: El paciente asistió a su cita para culminar la preparación de la incrustación y proceder a la toma de impresiones del antagonista y la impresión definitiva, utilizando silicona pesada y fluida. Posteriormente, se vaciaron las impresiones y se determinó el color del paciente con la guía de colores Chromascope (A3).

Séptima Cita

18/08/23: Se efectuó la prueba de adaptación de la incrustación y, tras confirmar que existía un buen sellado, se procedió a cementarla. El proceso de cementación comenzó con el aislamiento de la pieza dentaria, seguido de la aplicación de ácido grabador y adhesivo en la superficie dental. Para el acondicionamiento de la incrustación, se aplicaron adhesivo y silano.

Posteriormente, se llevó a cabo el cementado utilizando el cemento U200, eliminando los excesos con un microbrush antes de proceder a la fotopolimerización. Una vez concluido el proceso de cementación, se registró la oclusión del paciente, realizando los ajustes mínimos necesarios hasta que este quedó conforme.

Finalmente, se realizó un control de higiene bucal utilizando un nuevo índice de O'Leary para corroborar que la higiene del paciente se mantenía en forma adecuada. El índice de O'Leary posterior al tratamiento mostró una mejoría, reduciéndose de un valor superior al 35% a uno inferior al 10%.

No se prescribió ningún medicamento al paciente, y se le indicó realizar controles periódicos de su higiene bucal y de los tratamientos efectuados cada cuatro meses.

Octava Cita

18/08/23, Se realizó el alta del paciente; sin embargo, se le indicó que debía continuar con los tratamientos aún no realizados. Estos incluían la colocación de resinas en piezas con desgaste, la operatoria de las otras caries ubicadas y la colocación de una prótesis fija o removible en la zona desdentada.

III. CONCLUSIONES (aporte clínico)

1. Este caso clínico aportó evidencia valiosa sobre la eficacia de la rehabilitación oral que involucró tratamientos, profilaxis, endodoncia, espigos de fibra de vidrio e incrustaciones.
2. Fue importante la preservación de la estructura dental remanente, ya que contribuyó a la longevidad y funcionalidad de la restauración.
3. La aplicación de técnicas avanzadas de adhesión, respaldadas por estudios recientes, demostró mejorar significativamente la tasa de éxito en la rehabilitación de dientes tratados endodónticamente.
4. La elección de espigos de fibra de vidrio, conocidos por su biocompatibilidad y capacidad de distribución de fuerzas, añadió un valor significativo en la reducción de fracturas radiculares y mejora estética.
5. La complejidad del procedimiento y la necesidad de una alta habilidad técnica por parte del operador limitaron su reproducibilidad en entornos clínicos con menos recursos.
6. La durabilidad a largo plazo de las restauraciones pudo verse comprometida por factores como la calidad del sellado adhesivo y la resistencia a las fuerzas masticatorias, aspectos que requirieron un seguimiento más prolongado para evaluar completamente su éxito clínico.
7. Futuros estudios podrían centrarse en comparar la longevidad de este enfoque con otras opciones restaurativas más tradicionales. Esta información podría ayudar a guiar mejoras en la práctica clínica rutinaria y en la elección de materiales adecuados para la rehabilitación dental.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization. WHO highlights oral health neglect affecting nearly half of the world's population (en línea). 2022 (acceso 3 de septiembre 2024). Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>.
2. World Health Organization. Oral health (en línea). 2022 (acceso 3 de septiembre 2024)]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
3. Ribeiro J, Lopes M, Alves S. Adhesive cementation strategies for fiber posts: a review of clinical outcomes. Oper Dent. 2021; 46(4)
4. Prakash J, Golgeri MS, Haleem S, Kausher H, Gupta P, Singh P, C SG. A Comparative Study of Success Rates of Post and Core Treated Anterior and Posterior Teeth Using Cast Metal Posts. Cureus. 2022; 26;14(10)
5. Farina AP, Cecchin D, Barbizam JV, Carlini B, Fidelis F, Garcia LFR. Influence of post type and restorative techniques on the survival and biomechanical behavior of endodontically treated molars: a finite element analysis and retrospective clinical study. J Endod. 2023;49(7):863-872.
6. Samouilidis NP, Zervas P, Kontonasaki E, Kantiranis N. Glass fiber-reinforced post systems: advantages and indications. Clin Oral Investig. 2022; 26(11):6609-17.
7. Zafar MS, Amin F, Fareed MA, Ghabbani H, Riaz S, Khurshid Z. Biomimetic aspects of restorative dentistry biomaterials. Biomimetics. 2021;6(4):41.
8. Rigo L, Fraiz FC, Ferreira FM, Bendo CB, de Deus Moura LD, Bonanato K. Impact of restorative treatment on the oral health-related quality of life of children with dental caries: a prospective clinical study. Clin Oral Investig. 2021;25(6):3915-23.

9. Cosme DC, do Amaral Júnior F, de Andrade Garcia EJ, Kato VTG. Endocrown restorations: a literature review. *Braz J Oral Sci.* 2022; 21(6):20221183.
10. Bartolomucci EG, Baldissara P, Monaco C. Digital workflow and adhesive cementation protocol for post-endodontic restorations: a clinical case. *Clin Case Rep.* 2023;11(5)

ANEXOS

FOTOS CLINICAS:



Figura 1. Pieza 2.5 con imagen radiolúcida compatible con lesión cariosa que involucra cara mesial, oclusal, y vestibular con aparente compromiso pulpar.

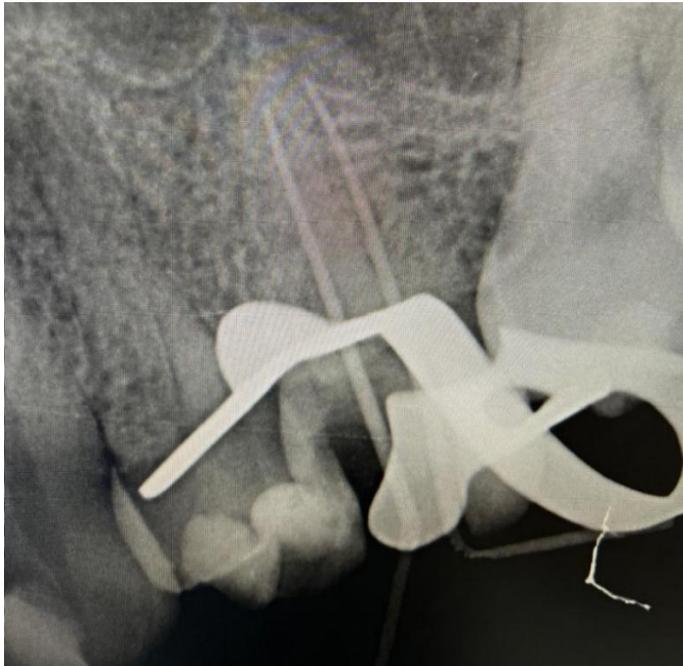


Figura 2. Conometria Pza. 2.5



Figura 3. Obturación Pza. 2.5



Figura 4. Prueba de espigo de fibra de vidrio en conducto palatino



Figura 5. Pieza 36 con imagen radiolúcida compatible con lesión cariosa comprometiendo el esmalte y dentina en la cara mesial, oclusal, vestibular y distal.



Figura 6. Incrustación cementada en pieza 36.