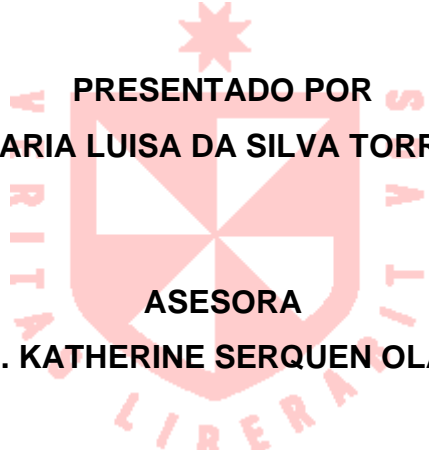


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL ODONTOLOGÍA

**REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE
CON NECROSIS PULPAR ASOCIADO A ABSCESO
PERIAPICAL CRONICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO**



PRESENTADO POR
MARIA LUISA DA SILVA TORRES
ASESORA
MG. KATHERINE SERQUEN OLANO

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:

**REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE CON
NECROSIS PULPAR ASOCIADO A ABSCESO PERIAPICAL
CRONICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTADO POR:

ESTUDIANTE: MARIA LUISA DA SILVA TORRES

ASESORA:

MG. KATHERINE SERQUEN OLANO

CHICLAYO – PERÚ

2024

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

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	3
2.3 Exámenes auxiliares	4
2.4 Diagnóstico	5
2.5 Plan de tratamiento	6
2.6 Evolución del tratamiento y alta	8
III. CONCLUSIÓN (aporte clínico)	17
IV. FUENTES DE INFORMACIÓN	19
ANEXOS	21

RESUMEN

- **Introducción:** La rehabilitación oral tiene como objetivo devolver la función adecuada del sistema estomatognático en pacientes que padecen pérdida de dientes, lo que conlleva a la alteración de funciones como la masticación, fonación y estética; esta pérdida puede ser causada por factores como la enfermedad periodontal, caries, necrosis pulpar, entre otras. Con el fin de evitar tratamientos invasivos que conlleven al paciente a más pérdida de dientes, se debería optar por tratamientos no quirúrgicos, como las endodoncias, que permiten eliminar focos infecciosos y además tener como resultando piezas funcionales con pronóstico favorable.
 - **Descripción del caso clínico:** Paciente que presenta edentulismo parcial bimaxilar, necrosis pulpar y absceso periapical crónico con tracto sinuoso. Este caso demuestra la integración de diferentes especialidades y procedimientos odontológicos, los cuales fueron planificados en función de la necesidad del paciente, como tratamiento periodontal, extracciones, endodoncia, colocación de poste de fibra de vidrio, resinas compuestas, cementación de incrustaciones y confección de una prótesis parcial removible superior y un puente parcial fijo inferior.
 - **Conclusiones:** Este caso se presenta como un ejemplo exitoso en el seguimiento de una paciente con necrosis pulpar y absceso periapical crónico, en el que las radiografías mostraron pérdida de hueso debido a la lesión periapical. Los resultados indican que las lesiones periapicales responden bien a los tratamientos endodónticos y que la rehabilitación post endodoncia es crucial para devolver salud, función y estética al paciente.
- ✓ **Palabras clave:** Maxilares parcialmente edéntulos, Exodoncia, Necrosis pulpar, Fístula oral, Prótesis Dental Parcial Fija.

ABSTRACT

- **Introduction:** Oral rehabilitation aims to restore the proper function of the stomatognathic system in patients suffering from tooth loss, which leads to the alteration of functions such as chewing, phonation and aesthetics; this loss can be caused by factors such as periodontal disease, caries, pulp necrosis, among others. To avoid invasive treatments that lead the patient to more tooth loss, non-surgical treatments must be performed, such as root canals, which eliminate infectious foci and result in functional pieces with a favorable prognosis.
- **Description of the clinical case:** Patient presenting with partial bimaxillary edentulism, pulp necrosis, and chronic periapical abscess with sinuous tract. This case demonstrates the integration of different dental specialties and procedures, which were planned according to the patient's need, such as periodontal treatment, extractions, endodontics, placement of fiberglass post, composite resins, cementation of inlays and manufacture of an upper removable partial prosthesis and a lower fixed partial bridge.
- **Conclusions:** This case is presented as a successful example in the follow-up of a patient with pulp necrosis and chronic periapical abscess, in which radiographs showed bone loss due to periapical injury. The results indicate that periapical lesions respond well to endodontic treatments and that post-endodontic rehabilitation is crucial to restore health, function and aesthetics to the patient.
- ✓ **Keywords:** Partially Edentulous Arches, Tooth Extraction, Dental Pulp Necrosis, Oral Fistula, Fixed Partial Dental Prosthesis.

MARIA LUISA DA SILVA TORRES

REHABILITACION MULTIDISCIPLINARIA DE PACIENTE CON NECROSIS PULPAR ASOCIADO A ABSCESO PERIAPICAL CRON

Trabajos de Suficiencia Profesional

My Files

Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::29427:410501020

Fecha de entrega

29 nov 2024, 10:57 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 nov 2024, 11:47 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TS. DA SILVA TORRES MARIA LUISA.pdf

Tamaño de archivo

4.7 MB

46 Páginas

7,135 Palabras

38,323 Caracteres

4% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 2% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Firma: KATHERINE SERQUEN OLANO

CODIGO ORCID: 0000-0002-4542-6270

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

I. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación oral tiene como objetivo devolver la función adecuada del sistema estomatognático a aquellos pacientes con pérdida de dientes, los cuales padecen dificultades en la masticación, fonación, deglución y estética. La pérdida de dientes puede deberse a múltiples factores, como la enfermedad periodontal, caries, traumatismos, condiciones médicas subyacentes, entre otras¹.

La pérdida de dientes puede conllevar al paciente a desarrollar edentulismo parcial o, en caso más severos, edentulismo total. Esta condición bucodental, que afecta a la población a nivel mundial, es particularmente prevalente en adultos, afectando tanto a hombre como mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pérdida de dientes aumenta con la edad y afecta alrededor del 30% de los adultos de todo el mundo². La evidencia sugiere que esta condición, además de comprometer la función masticatoria y la estética, también influye en la calidad de vida y proporciona un mayor riesgo de enfermedades sistémicas³. Sumado a lo anterior, según la OMS, los pacientes adultos mayores pueden llegar a presentar pérdida de más de 20 dientes por causa de caries, lo que nos sugiere que la población adulta arrastra esta condición a lo largo de los años, llevándolos eventualmente a la necesidad de extraer los dientes comprometidos⁴.

En Perú, se han realizado revisiones de literatura que sugieren que el edentulismo en adultos mayores tiene una alta prevalencia, de 82,35%, donde el edentulismo parcial predomina, y, a su vez, se menciona que la causa más común por la que estos pacientes recurren al tratamiento de exodoncia es la necrosis pulpar causada por caries en etapa avanzada⁵. Asimismo, según el Ministerio de Salud (MINSA), la caries, desde hace muchos años, ha constituido un problema en la salud pública, siendo la enfermedad más común desde la infancia, con una alta prevalencia, de 85,6% en niños de 3 hasta los 15 años⁶.

Esto conlleva a que, en la consulta odontológica, se atiendan adultos jóvenes cuyo deterioro de salud bucodental ha avanzado a tal grado de requerir un tratamiento rehabilitador con enfoque multidisciplinario, debido a la falta de tratamientos preventivos a edad temprana⁷. Esto último, respaldado por investigaciones recientes, donde exponen la importancia de estrategias preventivas para reducir la

aparición de caries y enfermedad periodontal, con el fin de lograr disminuir la necesidad de intervenciones complejas en etapas donde estas condiciones se encuentren en etapas más avanzadas⁸. Sin embargo, si no se logra implementar una etapa preventiva, el tratamiento dental en adultos es más efectivo cuando se enfoca de manera multidisciplinaria. Esto permite restaurar la función masticatoria y mejorar la calidad de vida del paciente, combinando diferentes especialidades como periodoncia, cirugía bucal, endodoncia, prostodoncia, entre otras⁹.

Este caso demuestra la integración de diferentes especialidades y procedimientos odontológicos, los cuales fueron planificados en función de la necesidad del paciente y ejecutados en orden cronológico. En consecuencia, el caso clínico proporciona a la comunidad científica evidencia valiosa sobre el éxito de los tratamientos no quirúrgicos en piezas que presentan necrosis pulpar y pérdida ósea, así como su viabilidad protésica post tratamiento endodóntico, resultando en piezas funcionales con pronóstico favorable¹⁰. Como mencionan Caussin E. *et al*, en su investigación sobre “Estrategias avanzadas de materiales para restaurar los dientes dañados endodónticamente”, donde respaldan la eficacia de tratamientos con enfoque no quirúrgico para la recuperación y preservación dental, en especial cuando en los últimos años la odontología adhesiva ha avanzado e implementado materiales de alta resistencia y estética¹¹. Por lo tanto, la correlación entre la endodoncia y la rehabilitación oral es crucial para el éxito en el tratamiento del paciente. En este contexto, actualmente el uso de espigos de fibra de vidrio y prótesis fijas para la rehabilitación en dientes que fueron sometidos a tratamiento endodóntico sigue siendo considerada una opción viable¹². Además, estudios actuales siguen mencionando el uso de espigos de fibra de vidrio para lograr restaurar la estructura dentaria perdida y mejorar la retención de la corona o restauración final¹³.

Este caso demuestra como la planificación y la combinación de especialidades odontológicas como periodoncia, radiología, cirugía bucal, endodoncia y rehabilitación oral, permiten no solo recuperar la función del sistema estomatognático, sino también la importancia de preservar la salud bucodental a largo plazo.

II. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

2.1 Anamnesis

Paciente femenino de 44 años, procedente de Chiclayo, Lambayeque, con ocupación trabajadora del hogar.

2.1.1 Motivo de consulta

Paciente acude a consultad con motivo de “Quiero hacerme una plancha”

2.1.2 Enfermedad actual

La paciente presenta pérdida de dientes debido a caries dental durante más de diez años. Además, menciona que su última extracción ocurrió hace un año como consecuencia de un accidente automovilístico, en el que perdió los incisivos centrales superiores. Por otro lado, el paciente refiere una lesión en la encía, con presencia de superficie purulenta, que ha estado presente durante más de seis meses.

2.1.3 Antecedentes

La paciente no refiere antecedentes patológicos ni fisiológicos. Sin embargo, menciona como antecedente familiar, madre y padre diagnosticados con hipertensión arterial. Fue sometida a una apendicetomía hace cinco años, sin presentar complicaciones posteriores. Su último tratamiento odontológico consistió en la exodoncia de los incisivos centrales superiores, como consecuencia de un accidente automovilístico, también sin complicaciones postquirúrgicas. Actualmente, refiere no estar bajo tratamiento farmacológico ni consumir medicación alguna.

2.2 Examen clínico

Paciente con aparente buen estado general (ABEG), aparente buen estado nutricional (ABEN), aparente buen estado de hidratación (ABEH), lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), aparentemente sano sin enfermedad sistémica (ASA 1). Se registra en el examen clínico regional como paciente tipo dolicocefalo, con asimetría facial, de perfil convexo, con cuello asimétrico sin dolor

a la palpación. En el examen estomatológico extrabucal se registra una apertura de 32 mm, además dolor a la apertura, ruido articular y desviación de 1.5 mm hacia la derecha durante la apertura bucal.

En el examen intrabucal se registra, pérdida de la guía anterior, relación canina derecha clase III, relación canina izquierda clase II, relación molar derecha e izquierda no registrable por ausencia de los dientes 1.6, 3.6 y 4.6, plano oclusal alterado, recesión gingival registrable en la pieza 4.3, ausencia de las piezas 1.1, 1.5, 1.8, 2.1, 2.4, 2.5, 2.8, 3.6 y 4.6, caries dental a nivel del esmalte (CE) en las piezas 1.2, 2.2, 2.6, 3.7, 3.8, 4.7 y 4.8, caries dental a nivel de dentina (CD) en la pieza 1.4, caries dental a nivel de la dentina con compromiso de la pulpa (CDP) en las piezas 2.7 y 4.5 (Fig. 2-4). Pieza 1.7 con movilidad grado 2. Pieza 4.5, no responde a pruebas de vitalidad pulpar de calor o frío, dolor leve a la percusión vertical, presencia de lesión edematosa con superficie purulenta que sugiere estar asociado a un tracto sinuoso. Remanente radicular de la pieza 1.6. Giroversión en las piezas 3.3 y 4.2.

2.3 Exámenes auxiliares

Se le realizó la toma de impresión para los modelos de estudio, los cuales permitieron la planificación del tratamiento protésico a través del encerado y enfilado (Fig. 8-9). Además, se le indicó la toma de radiografía panorámica donde se puede evidenciar: edentulismo parcial bimaxilar, remanentes radiculares de la pieza 1.6; pieza 1.7 con severo ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal; piezas 1.4 y 4.5, se observa imagen radiolúcida compatible con caries dental; pieza 4.5, con ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal e imagen radiolúcida periapical que sugiere lesión; pieza 2.7, se observa imagen radiolúcida compatible con caries dental coronaria; piezas 4.7 y 4.8, con ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal; y piezas 3.2 y 4.2, giroversadas (Fig. 10). Se hizo la toma de radiografía periapical en las piezas 4.5, a la cual se le hizo el trazado del trayecto sinuoso con un cono de gutapercha y se procedió a hacerle la toma de la fistulografía, donde se evidencia el origen de la lesión (Fig. 13).

2.4 Diagnóstico

Se determinó como diagnóstico presuntivo, gingivitis asociada a biofilm, por la inflamación gingival generalizada que presentaba la paciente durante la exploración clínica, además del sangrado durante el sondaje al momento de realizar el periodontograma y presencia de biofilm supragingival. Para el diagnóstico presuntivo de caries dental se utilizó como criterio el Sistema Internacional para la detección y gestión de caries (ICDAS), para determinar las diferentes etapas de su avance de manera visual y lograr un correcto abordaje a futuro para su tratamiento¹⁴. Adicional a esto, en los exámenes auxiliares se realizó la toma de radiografías periapicales donde el criterio de evaluación para el diagnóstico de caries dental fue el de Pitts, para evaluar su progresión y severidad¹⁵; por lo que, mediante el examen visual y radiográfico se logró establecer el diagnóstico definitivo de caries dental. Además, se utilizaron los parámetros de diagnóstico de vitalidad pulpar en las piezas con posible necesidad de tratamiento endodóntico, mediante las pruebas de vitalidad pulpar, como pruebas térmicas, la prueba de percusión y evaluación radiográfica¹⁶. Además, con la toma de la radiografía periapical se pudo establecer el diagnóstico definitivo con el uso de un cono de gutapercha para realizar el trazado del trayecto sinuoso para la toma de la fistulografía.

Se determino como diagnóstico presuntivo (previo a exámenes auxiliares):

- Gingivitis asociada a biofilm.
- Caries dental de esmalte y dentina.
- Necrosis pulpar.
- Raíz dental retenida (remanentes radiculares).
- Edentulismo parcial bimaxilar.

Al recopilar la información obtenida a través del examen clínico intraoral y los exámenes auxiliares, se obtuvo el siguiente diagnóstico definitivo, que se registra en la historia clínica como lo indica el HIS (Hoja de información del Sistema) de Perú, utilizando los códigos del CIE-10:

K020: Caries dental limitada a esmalte.

K021: Caries dental limitada de la dentina.

K036: Depósitos (Acreciones) en los dientes.

K041: Necrosis de la pulpa.

K046: Absceso periapical con Fístula.

K050: Gingivitis aguda.

K074: Maloclusión de tipo no especificado.

K081: Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local.

K083: Raíz dental retenida.

2.5 Plan de tratamiento

Cod. CPMS

Fase I. Inicial o higiénica

Tratamiento periodontal fase I:

Educación y motivación al paciente.

D1331

Destartraje.

E1311

Profilaxis.

D1110

Fase II: Correctiva

Extracción quirúrgica de restos radiculares pieza 1.6

D7250

Exodoncia diente erupcionado pieza 2.7

D7140

Terapia endodóntica en pieza no vital, pieza 4.5.

E3321

Poste de fibra de vidrio para la pieza 4.5.

D6972

Restauración fotocurable en dientes anteriores.	D2330
Restauración fotocurable en dientes posteriores.	D2341
Incrustaciones Inlay metálicas en piezas 1.4 y 2.6.	D2520
Prótesis parcial fija inferior de tres piezas (4.5, 4.6, 4.7)	D6242
Prótesis parcial removible superior base metálica.	D5213

Fase III: Mantenimiento

Odontograma de evolución.

Índice de placa bacteriana.

Cuidado de la prótesis.

Controles periódicos.

- Objetivos del tratamiento

1. Objetivo general:

Devolver la salud bucal, función y estética.

2. Objetivos específicos:

Educar al paciente en el cuidado y mantenimiento de su salud bucal además de sus futuras prótesis.

Eliminar focos infecciosos a través del destartraje, extracciones, tratamiento endodóntico y restauraciones.

Restaurar las piezas desgastadas y con necesidad de tratamiento endodóntico.

Devolver el tamaño, forma y la posición anatómica de las piezas anteriores y posteriores.

Armonizar el plano oclusal, restablecer la oclusión mutuamente protegida a través de la rehabilitación protésica.

Devolver piezas anteriores y posteriores en el maxilar superior con prótesis parcial removible y piezas posteroinferiores con prótesis parcial fija.

2.6 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:

Cita N°1: Se completó el llenado de la historia clínica, el odontograma inicial, la toma de fotografías extra e intraorales, así como el periodontograma. También se registró el primer control del índice de O'Leary, con un resultado desfavorable de 47,7% (Fig. 1-6). Se realizaron las impresiones de diagnóstico para la planificación del tratamiento rehabilitador, a través del montaje en articulador semiajustable.

Cita N°2: Se realizó la toma del arco facial y el registro intermaxilar con silicona de adición (Oclufast); posteriormente, se realizó el montaje en un articulador semiajustable para realizar el encerado de diagnóstico (Fig. 7-9).

Cita N°3: Se realizó el llenado del consentimiento informado para la exodoncia de los remanente radiculares de la pieza 1.6 y la pieza 2.7. La decisión del tratamiento de exodoncia para la pieza 2.7 se debió a diferentes factores, entre ellos, la presencia de caries extensa a nivel infragingival y limitación de la apertura bucal de la paciente acompañada de dolor articular, lo que conllevaba a dificultades para realizar un tratamiento endodóntico en una pieza posterior. Teniendo en cuenta lo mencionado, su tratamiento rehabilitador era de pronóstico reservado, por lo que se planteó la toma de decisión con la paciente, quien accedió al tratamiento de exodoncia. Ambas exodoncias se realizaron en la misma cita sin ninguna complicación. Para el dolor e inflamación post operatorio, se le indicó la toma de ibuprofeno de 400 mg en tabletas, vía oral, durante tres días cada 6-8 horas. Se citó a la paciente a los siete días de la extracción para retirar los puntos y evaluar su evolución. Se encontró que la cicatrización era buena, y la paciente mencionó que no tuvo dolor.

Cita N°4: Se realizó el llenado de la ficha de endodoncia para la pieza 4.5, como examen auxiliar se hizo la toma de una radiografía periapical para realizar la fistulografía realizando el trazado del trayecto sinuoso con un cono de gutapercha

(Fig. 13). Por lo que, se estableció como diagnóstico definitivo de necrosis pulpar asociada con absceso periapical crónico en la pieza 4.5. Al ser una pieza necrosada con presencia de fístula vestibular, lo primordial es eliminar el foco infeccioso a través del tratamiento endodóntico y realizar una incisión para drenar todo el material purulento acumulado. Una vez colocada la anestesia troncular, se comenzó con una pequeña incisión en el absceso y mediante presión leve se facilitó el drenaje del pus; posteriormente se procedió a realizar un lavado con suero fisiológico. Una vez que se eliminó la mayor cantidad de material purulento, se colocó el aislamiento absoluto para comenzar con la necropulpectomía; realizando la apertura cameral y la preparación biomecánica con uso manual de limas, con la técnica corono-apical, para eliminar la carga bacteriana desde la entrada del conducto hacia el ápice y posteriormente apicocoronal, irrigando constantemente con hipoclorito de sodio al 2,5%, ya que, este irrigante tiene la capacidad de disolver tejido necrótico y posee acción antibacteriana. Una vez terminada la instrumentación, se colocó la medicación intraconducto de Hidróxido de Calcio + anestésico (lidocaína) durante siete días, esto debido a que el hidróxido de calcio cumple con la acción antibacteriana por su pH alcalino, que no permite la proliferación de bacterias y neutraliza las endotoxinas bacterianas, además favorece a la cicatrización periapical estimulando a que se forme tejido de granulación y así promueve la reparación y cicatrización. Por último, se selló el acceso cameral con un material provisional (Coltosol) y se programó la cita de control en una semana para evaluar la reducción de la fístula.

Cita N°5: Se hizo el tallado para incrustaciones tipo Inlay en las piezas 1.4 (OD) y 2.6 (OM), la provisionalización se realizó con un material de restauración fotopolimerizable con fluoruro (Clip F de Voco) indicado para sellado temporal de cavidades en la técnica inlay/onlay.

Cita N°6: Pasados siete días, se observó una disminución del tamaño de la lesión fistulosa en la pieza 4.5, la cual se encontraba con medicación intraconducto; además no se evidenció secreción purulenta en la zona de la lesión ni mal olor proveniente del conducto al momento de retirar el material provisional, se procedió al retiro del hidróxido del calcio dentro del conducto, mediante irrigación con suero fisiológico y una lima de endodoncia, posteriormente se realizó irrigación con hipoclorito de sodio al 2.5% para eliminar el barrillo dentinario que pudiera haberse

formado. Se confirmó con la toma de una radiografía periapical que la longitud de trabajo es la correcta (Fig. 14- A), por lo que, se procedió a realizar la obturación del conducto utilizando conos de gutapercha; primero se colocó el cono maestro y se hizo la toma de una radiografía periapical para asegurar que se ajuste al tope apical creado en la instrumentación (Fig. 14-B), se procedió con la obturación mediante la técnica de condensación lateral. Se colocó el cemento endodóntico en el conducto (Vioseal) y se colocaron los conos accesorios pertinentes, posteriormente se hizo el corte del penacho de gutapercha en la parte superior, se compactó y retiró excedentes dejando la gutapercha hasta el nivel del tercio cervical del diente. Una vez completada la obturación, se colocó material provisional (Coltosol) y se hizo la toma de la radiografía final (Fig. 14-C). A este tratamiento endodóntico se le realizó un control a los tres y seis meses posterior a su rehabilitación, donde se evidenció recuperación ósea, ausencia de ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal ni presencia de lesión periapical (Fig. 15).

En esta misma cita, se retiró el material provisional de las preparaciones para incrustaciones y se realizó la impresión definitiva. Se utilizó la técnica de un paso, con uso de silicona de adición, donde en un mismo tiempo, se colocó la silicona pesada sobre la cubeta de impresión y se inyectó cuidadosamente la silicona fluida de consistencia liviana en las preparaciones para las incrustaciones tipo Inlay, una vez pasado el tiempo de vulcanizado, se retiró de la boca y se verificó la ausencia de burbujas y que las preparaciones estuvieran bien registradas sin ninguna distorsión. Por último, se volvió a colocar el material provisional en las preparaciones (Clip F de Voco). Se realizó el vaciado de la impresión con yeso tipo IV y se montó en un articulador no ajustable, oclusor de bisagra, para mandar a confeccionar las incrustaciones metálicas.

Cita N°7: Se inició el tallado para la prótesis parcial fija tipo metal-cerámica de las piezas pilares 4.5 y 4.7, utilizando fresas de diamante troncocónicas de punta redonda. Estas fresas permitieron obtener una convergencia de 6 grados, fundamental para garantizar una retención macromecánica, evitando paredes excesivamente cónicas que podrían ser expulsivas y comprometer la estabilidad del puente. La terminación cervical realizada fue en chámfer. Se confeccionaron los provisionales utilizando una llave de silicona obtenida previamente del encerado diagnóstico. Posteriormente, los provisionales fueron cementados y se realizaron

los ajustes oclusales necesarios hasta lograr contactos óptimos para asegurar la funcionalidad y comodidad del paciente (Fig. 16).

Cita N°8: Se realizó la desobturación del conducto radicular de la pieza 4.5 con aislamiento absoluto, para el retiro de la gutapercha previamente se hizo la toma de una radiografía para determinar la longitud de desobturación, se optó por desobturar 16 mm, dejando 4 mm en la región apical, considerando que generalmente se recomienda dejar de 3 a 5 mm de material. En este caso, la anatomía que presentaba el premolar influyó en la decisión, debido a su curvatura mesial en el tercio medio de la raíz, por lo cual para minimizar riesgos de perforación se optó por dejar 4 mm en la región apical. Se comenzó con el protocolo para colocar el poste de fibra de vidrio anatomizado, empezando con el acondicionamiento del poste; primero se hizo la prueba dentro del conducto, luego de desinfecto el mismo con ácido fosfórico al 37%, se aplicó silano y luego adhesivo, fotopolimerizándolo durante 20 segundos, se le colocó resina compuesta al poste y se insertó en el conducto, al cual previamente se le colocó glicerina líquida; se fotopolimerizó en intervalos de 5 segundos hasta que estuviese correctamente adaptado al conducto radicular, asegurando una correcta entrada y salida del mismo. Se procedió a realizar el acondicionamiento del conducto, para lo cual primero se debían eliminar los restos de glicerina realizando un lavado con hipoclorito de sodio al 2,5% y suero fisiológico. Luego, se seco el conducto con conos de papel, y se rellenó con cemento resinoso autoadhesivo de polimerización dual (RelyX™ U200), se insertó el poste de fibra de vidrio, limpiando los excedentes del cemento; se fotopolimerizó durante 40 segundos y se esperó de 5-6 minutos para que actuara el mecanismo de autopolimerización en zonas donde no llega la luz de fotocurado. Finalmente, se cortó el excedente y se tomó la radiografía de control. En esta misma cita, se hizo la reconstrucción del muñón usando un cemento resinoso indicado para reconstrucción de muñones (Cemento Allcem Core) y se tallo como pilar para la prótesis parcial fija, como se ha descrito anteriormente; para finalizar se cementó el provisional de acrílico autocurado con un material provisional (Provicol).

Cita N°9: En esta cita se realizó la cementación definitiva de las incrustaciones metálicas. Se comenzó retirando el material provisional de las preparaciones, se lavaron con clorhexidina, se secaron y se probaron las incrustaciones para verificar

que ajuste marginal fuese el correcto. Se procedió a colocar el aislamiento absoluto; para el acondicionamiento de las incrustaciones se comenzó con la limpieza de la superficie interna, con un agente limpiador que está diseñado para realizar una limpieza de tipo no abrasiva en las restauraciones que se contaminaron durante la prueba intraoral (ZirClean™), se dejó actuar el gel durante 20 segundos, se enjuagó y seco; se continuó con la aplicación de una capa de primer, que es un agente de imprimación utilizado para mejorar la fuerza de adhesión a sustratos (Z-Prime Plus), en este caso restauraciones indirectas tipo metálicas. Para acondicionar la pieza dentaria se aplicó ácido fosfórico al 37% en las preparaciones durante 15 segundos, se lavó abundantemente y se secó; se aplicó una capa de adhesivo en las preparaciones (All-Bond Universal) y se fotopolimerizó. Una vez realizado el acondicionamiento de las superficies, se procedió a colocar cemento resinoso de polimerización dual (Duo-Link Universal) en las preparaciones y en las superficies internas de las incrustaciones, se asentaron aplicando presión y limpiando los excedentes de cemento resinoso, se fotopolimerizó por 40 segundos y se esperó a que actuara la fase de autopolimerización. Finalmente, se realizó el ajuste oclusal y el pulido de los márgenes.

Cita N°10: Se realizó resinas compuestas en las piezas 1.2 (M), 1.7 (O), 2.2 (M), 3.7 (O), 3.8 (O) y 4.8 (O). Para la planificación de la PPR, primero se determinó que, según la clasificación de Kennedy, el maxilar superior se clasifica como clase III mod. 2; previamente se había realizado el paralelizado del modelo de diagnóstico para efectuar el diseño preliminar, donde se determinaron los planos guías para la correcta vía de inserción de la futura prótesis, asegurando la ausencia de interferencias y estableciendo las zonas retentivas y no retentivas a través de la identificación de la línea ecuatorial en todas las piezas. Una vez culminado el paralelizado, se realizó el diseño de la prótesis, comenzando con los apoyos principales que fueron las piezas 1.4 (OD), 1.7 (OM), 2.3 (C) y 2.6 (OM). Se seleccionó como retenedores directos los tipo Acker en las piezas 1.4, 1.8 y 2.6; se empleó un retenedor en barra en la pieza 2.3 con un gacho de Roach tipo C. Para los retenedores indirectos se usaron las piezas 1.2, 1.3, 2.2 y 2.3. Finalmente, se diseñó el conector mayor y los conectores menores, donde se seleccionó el conector mayor en herradura, debido a que este conector está indicado para situaciones donde hay ausencia de dientes anteriores, en pacientes con paladar

profundo, además de estar indicado para la clase III de Kennedy. En esta cita se realizó la preparación biostática, haciendo el tallado de los descansos oclusales y asegurando el eje de inserción de los planos guías; posteriormente con una cubeta individual previamente confeccionada para la toma de impresión definitiva, se realizó el sellado periférico mediante el uso de godiva, esto va a permitir una mejor estabilidad y adaptación de la prótesis en las zonas de tejido blando, por lo que, se procedió a la toma de impresión con silicona de condensación de consistencia mediana (Speedex Medium), luego se realizó el vaciado de la impresión definitiva con yeso tipo IV y se mandó a confeccionar la estructura metálica con el diseño planificado.

Cita N°11: Se retiró el puente provisional para prótesis parcial fija, para realizar un retallado de los pilares y poder hacer la toma de la impresión definitiva. Para este protocolo de impresión, primero se realizó la retracción gingival colocando hilo retractor sin astringentes, la técnica empleada fue la técnica de hilo único, por lo cual se empaquetó un solo hilo de código 00 en el surco gingival y se esperó alrededor de 4 minutos para asegurar un adecuado desplazamiento del tejido; luego se retiró el hilo y se secó la zona para asegurar que el surco gingival estuviera bien expuesto y libre de fluidos. Para la impresión, se utilizó la técnica de un paso, con uso de silicona de adición, donde en un mismo tiempo, se colocó la silicona pesada sobre la cubeta de impresión y se inyectó cuidadosamente la silicona fluida de consistencia liviana alrededor de la preparación dental y en los márgenes cervicales de los pilares, a los cuales ya se les había retirado previamente los hilos retractores, una vez que la silicona terminó su tiempo de vulcanización, se retiró la impresión y se verificó que se las terminaciones cervicales estén bien definidas y no haya burbujas en la impresión. Se hizo una impresión de alginato del antagonista y se volvió a cementar de manera provisional el puente confeccionado, con provicol. Se realizó el vaciado de las impresiones con yeso tipo IV para la impresión definitiva y yeso tipo III para la impresión de alginato.

Cita N°12: Se hizo la toma del arco facial y del registro de mordida, con silicona de adición (Oclufast); además se realizó el segundo control del índice de O'Leary, el cual disminuyó en comparación con el primer resultado; sin embargo, sigue considerándose desfavorable 22,7%. Se realizó el montaje en ASA para mandar a confeccionar la estructura metálica de la prótesis parcial fija.

Cita N°13: En esta cita se realizaron las pruebas de estructuras metálicas de la prótesis parcial removible (PPR), y de la prótesis parcial fija. Para la estructura de la PPR, se evaluó en boca la ausencia de interferencias oclusales o desajustes, además de verificar la correcta adaptación y estabilidad. Para la estructura de la prótesis fija, se comprobó el correcto ajuste marginal de las cofias metálicas en los pilares, así como un adecuado eje de inserción, sin interferencias al momento de asentar en los pilares y, por último, se evaluó el espacio interoclusal para asegurar que exista un adecuado espacio para el revestimiento de cerámica. Para la toma de color de la PPR se utilizó el colorímetro de escala Vita, color B2 y para la toma de color de la prótesis fija, se empleo el Chromascop de Ivoclar, se seleccionó el color 2B/210. Por último, se hizo la toma del registro de mordida con Oclufast y se volvió a cementar el puente provisional.

Para enviar ambas estructuras metálicas a laboratorio, con ayuda del registro de mordida se hizo el cambio del modelo diagnóstico superior en el ASA por el modelo definitivo de la PPR, de esta manera se realizaría el enfilado de la estructura metálica para la PPR y el revestimiento de porcelana para el puente fijo en un solo articulador semiajustable.

Cita N°14: En esta cita se realizó la prueba de enfilado de la prótesis parcial removible (PPR), verificando que haya un correcto acople entre los dientes de stock y los dientes naturales, realizando los desgaste pertinentes, además se evaluó la conformidad del paciente con respecto al color y la forma de los dientes, tomando en cuenta la sonrisa y el perfil. Para la prueba de bizcocho de la prótesis parcial fija, se evaluó el correcto ajuste marginal, el color y la ausencia de interferencias oclusales. Una vez que el paciente manifestó estas conforme con lo mencionado, se volvió a cementar el puente provisional y se realizó el envío de las prótesis al laboratorio para el acrilizado de la PPR y el glaseado del puente fijo.

Cita N°15: En esta cita, se realizó el tercer control del índice de O'Leary, donde se evidenció una buena higiene bucal de la paciente de 13,6%. Además, se realizó la instalación de la prótesis parcial removible (PPR), se le indicó a la paciente los cuidados, higienización y la dieta que debe tener en cuenta para su nueva prótesis, además de la necesidad de realizar citas de control para verificar ausencia de molestias o zonas lesionadas a causa del acrílico. Para la prótesis parcial fija, se

hizo la prueba de glaseado, verificando la ausencia de interferencias, un correcto sellado marginal y adecuado contacto interproximal, por lo cual se realizó la cementación provisional con provicol.

Cita N°16: En el primer control de la prótesis parcial removible, se aliviaron zonas donde el acrílico estaba causando molestias, después se procedió a quitar el puente y material provisional tanto de las cofias metálicas como de los pilares, para comenzar con el protocolo de cementación definitiva. Se limpiaron los pilares con clorhexidina, se lavó con agua y se secaron para colocar el ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos; para el grabado de la pieza 4.5 la cual tiene tratamiento de conducto, se hizo un grabado total, mientras que al pilar 4.7 se le realizó un grabado selectivo, es decir únicamente en el esmalte para evitar sensibilidad, una vez removido el ácido se hizo un lavado profuso por el doble de tiempo, es decir 30 segundos, y se secaron los pilares cuidadosamente para no reseca la dentina. Se le aplicó adhesivo universal (All-Bond Universal) en dos capas, la primera se colocó en los pilares frotando durante 15 segundos, luego con ayuda de la jeringa triple durante 10 segundos se aplicó aire indirecto para evaporar el exceso de disolvente, posteriormente se aplicó la segunda capa y se fotopolimerizó durante 20 segundos. Para la preparación del puente, se limpió la superficie interna de las cofias con un gel para limpieza no abrasiva de restauraciones indirectas (ZirClean), y se aplicó una capa de primer, utilizado en estructuras metálicas con el fin de mejorar la adhesión entre el metal y el cemento resinoso (Z-Primer). Luego, se colocó el cemento resinoso de polimerización dual (Duo-Link Universal) en las superficies internas de las cofias metálicas y se asentó el puente parcial fijo en los pilares aplicando presión, a su vez limpiando los excedentes de cemento y se fotopolimerizó durante 40 segundos, se esperó a que actuara la fase de autopolimerización y finalmente se realizó el ajuste oclusal. Se programó una cita de control siete días después de la cementación definitiva.

Cita N°17: En esta cita de control, no se registraron molestias por parte de la paciente ni se evidenció lesiones o inflamación de tejidos durante la inspección clínica. Se instruyó nuevamente los cuidados de higiene y dieta que debe tener para ambas prótesis. Se hizo llenado del odontograma de salida (Fig. 20) y se dio de alta a la paciente, recordándole que debe asistir a un tercer control dentro de un mes

además de indicarle la importancia de agendar citas de control y realizarse limpiezas dentales cada seis meses, es decir, al menos dos veces al año.

III. CONCLUSIONES

El manejo interdisciplinario tiene como finalidad obtener un resultado integral y favorable, permitiendo la evaluación, diagnóstico y planificación del caso clínico mediante la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos. De esta manera, se logra realizar tratamientos exitosos a largo plazo, cumpliendo con el propósito de restaurar la salud, función y estética del paciente. Por lo mencionado, es crucial reconocer la importancia de la salud periodontal, al tratar patologías que afectan a los tejidos de soporte del diente, como la encía y el hueso alveolar; antes de cualquier tratamiento restaurador debemos enfocarnos en eliminar la inflamación o infección periodontal, según sea el caso, con la finalidad de asegurar un entorno óptimo para la rehabilitación oral. En el presente caso, se destacó la importancia de eliminar todos los focos infecciosos, desde los remanentes radiculares hasta el tratamiento de procesos periapicales en piezas necrosadas. El acondicionamiento previo de la cavidad oral del paciente es necesario para asegurar el éxito del tratamiento rehabilitador.

Este caso se presenta como un ejemplo exitoso en el seguimiento de una paciente con necrosis pulpar y absceso periapical crónico, en el que las radiografías mostraron pérdida de hueso debido a la lesión periapical. Los resultados indican que las lesiones periapicales responden bien a los tratamientos endodónticos no quirúrgicos y que la rehabilitación con poste y corona es una opción adecuada para restaurar dientes con gran pérdida de tejido. Como se nos explica en investigaciones, actualmente el uso de espigos de fibra de vidrio es una opción viable para lograr restaurar la estructura dentaria perdida y mejorar la retención de la corona definitiva, además el uso de coronas en dientes tratados endodónticamente ayuda a distribuir adecuadamente el estrés ejercido durante la oclusión, función que se ve alterada a causa de los cambios que presenta este tipo de dientes, como la pérdida de su mecanismo de defensa y de estructura dentaria.

Por lo tanto, este tipo de restauración permite devolver función y estética; es crucial para estos tratamientos mantener un monitoreo constante para garantizar el éxito a largo plazo, tanto del tratamiento endodóntico como de los aparatos protésicos instalados (prótesis parcial fija y prótesis parcial removible).

Además, cabe mencionar que se identifican varias oportunidades para futuras investigaciones, como por ejemplo un estudio que evalúe la reparación de lesiones periapicales en dientes rehabilitados y no rehabilitados, con el fin de observar la importancia de la rehabilitación con prótesis fija posterior a la endodoncia; por otro lado, se podría evaluar el éxito de la combinación de espigos y coronas en dientes tratados endodónticamente realizados por estudiantes universitarios, además esto podría permitir desarrollar en la universidad un protocolo estándar sobre acondicionamiento de la salud bucal del paciente antes de confeccionar cualquier aparato protésico, entre otras.

IV. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ali Z, Baker SR, Shahrabaf S, Martin N, Vettore MV, et al. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2019;121(1):59-68.
2. OMS. Salud bucal: Datos clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Internet) 2021 (citado el 8 de setiembre 2024). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. OMS. Envejecimiento y Salud. (Internet). 2022 (citado 8 de septiembre 2024). Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. MINSA. Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral para la Rehabilitación Oral en Personas Adultas Mayores "Perú Sonríe" 2019-2022. MINSA. (Internet). 2019 (citado 8 de setiembre 2024). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/340422/Resolución_Ministerio_al_N_619-2019-MINSA.pdf
5. Vega BJ, Mercado SL. Integrando evidencia científica: prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura. *Rev OACTIVA UC Cuenca.* 2023;8(3):17-26.
6. MINSA. La caries dental es la enfermedad más común entre la población infantil. (Internet). 2023 (citado 8 de setiembre 2024). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/741092-minsa-la-caries-dental-es-la-enfermedad-mas-comun-entre-la-poblacion-infantil>
7. Coll PP, Lindsay A, Meng J, Gopalakrishna A, Raghavendra S, Bysani P, O'Brien D. The Prevention of Infections in Older Adults: Oral Health. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(2):411-6.
8. Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, Rocha JS, Bettega PVC, Werneck RI, Moysés SJ. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of systematic reviews. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(3):394-421.

9. Badillo BM, Morales GJ, Magaña QJ, Flores HJB, Escutia CGN, Figueroa GMF. Manejo interdisciplinario para una óptima rehabilitación oral. *Rev ADM*. 2021;78(2):106-114
10. Mannocci F, Bitter K, Sauro S, Ferrari P, Austin R, Bhuva B. Present status and future directions: The restoration of root filled teeth. *Int Endod J*. 2022;55(S4):1059-84.
11. Caussin E, Izart M, Ceinos R, Attal JP, Beres F, François P. Advanced material strategy for restoring damaged endodontically treated teeth: a comprehensive review. *Materials (Basel)*. 2024;17(15):3736. doi: 10.3390/ma17153736.
12. Chen S, Hong X, Ye Z, Wu M, Chen L, Wu L, et al. The effect of root canal treatment and post-crown restorations on stress distribution in teeth with periapical periodontitis: a finite element analysis. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):973.
13. Jurema ALB, Filgueiras AT, Santos KA, Bresciani E, Caneppele TMF. Effect of intraradicular fiber post on the fracture resistance of endodontically treated and restored anterior teeth: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent*. 2022;128(1):13-24.
14. Jara JJ, De la Cruz GS, Ventura AK, Perona GA. Herramientas actuales para el diagnóstico, manejo y control de la caries dental. Parte II. Una revisión de la literatura. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2020;8(1):e007.
15. Hoyos M, Esprella A, Saavedra CN, Espinoza H. Radiología de la caries dental. *Rev Act Clin Med*. 2013;38(38).
16. Ozal MA, Petrocco C. Pruebas térmicas de sensibilidad pulpar en dientes permanentes con pulpitis: valor diagnóstico y limitaciones. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2024;14.

ANEXO N°1: DOCUMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO



Figura 1. Fotografías extraorales.



Figura 2. Fotografía intraoral frontal.



Figura 3. Fotografías intraorales laterales.

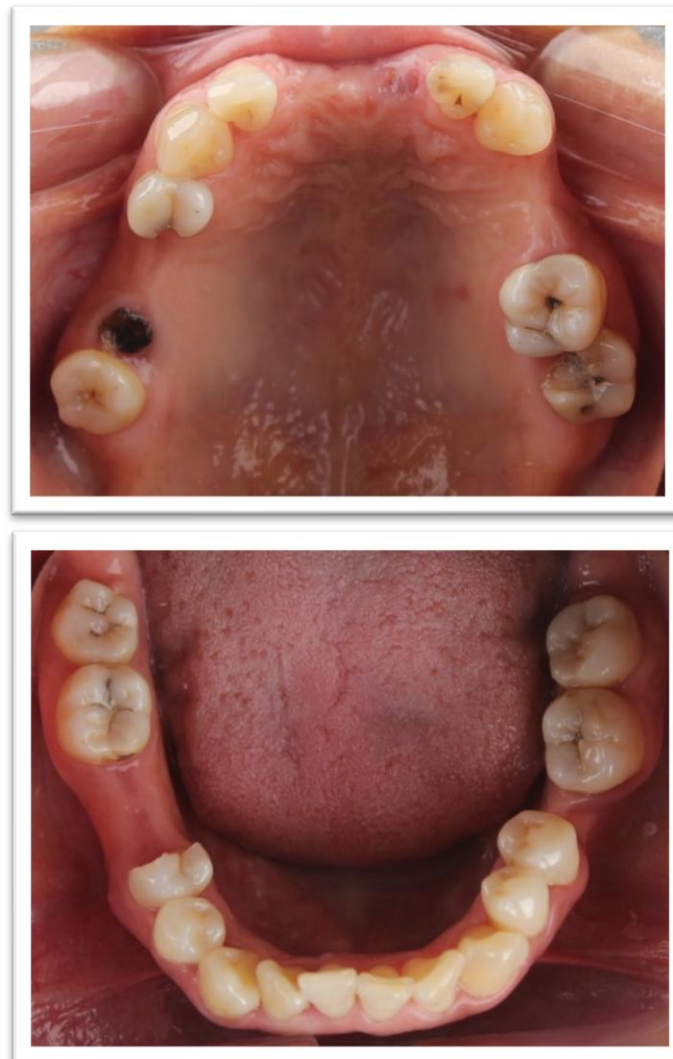


Figura 4. Fotografías intraorales arcada superior e inferior.

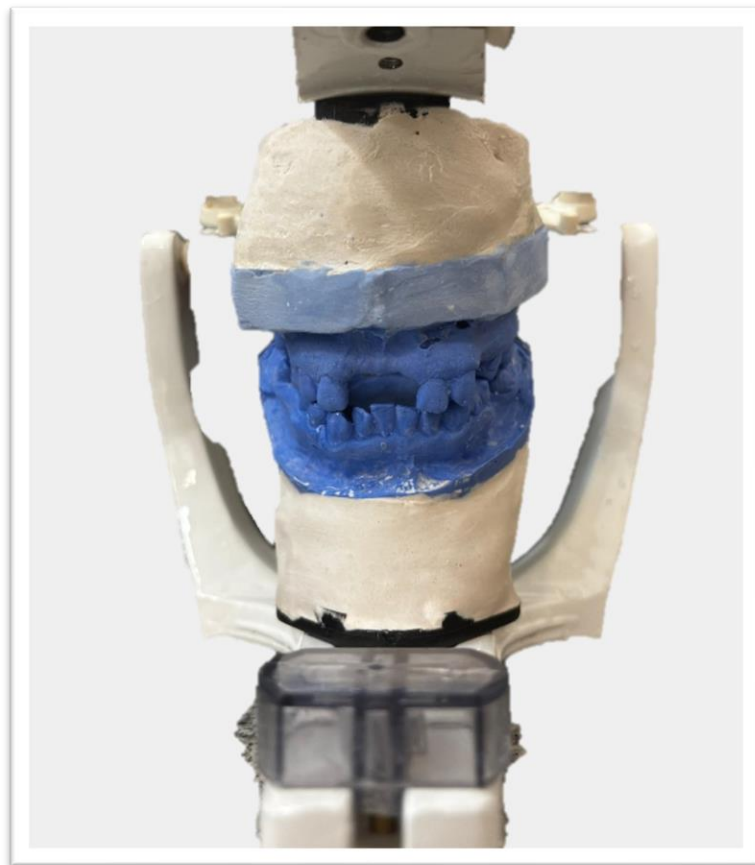


Figura 7. Modelos de estudio.

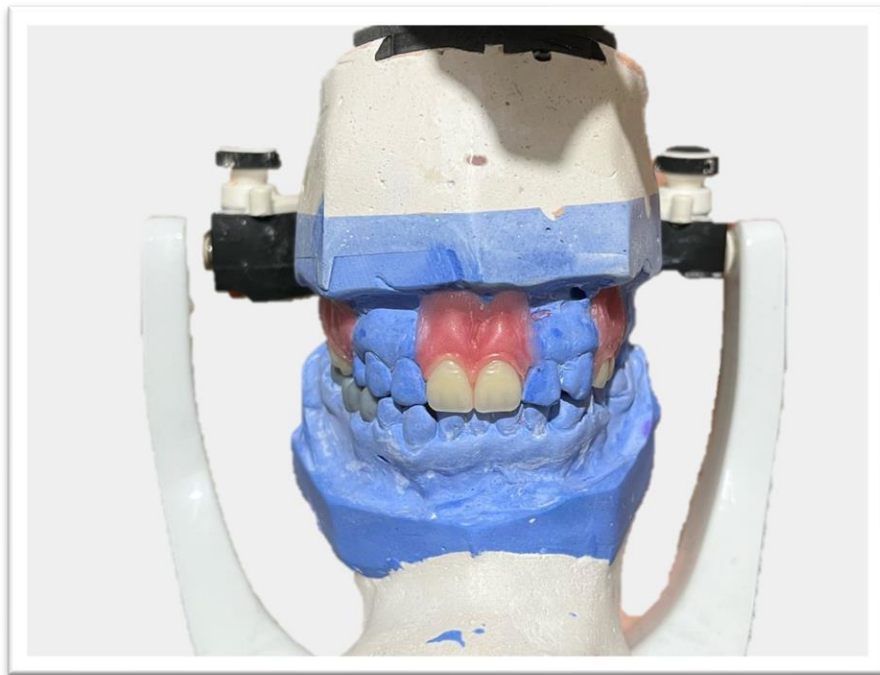


Figura 8. Encerado y enfilado de planificación.

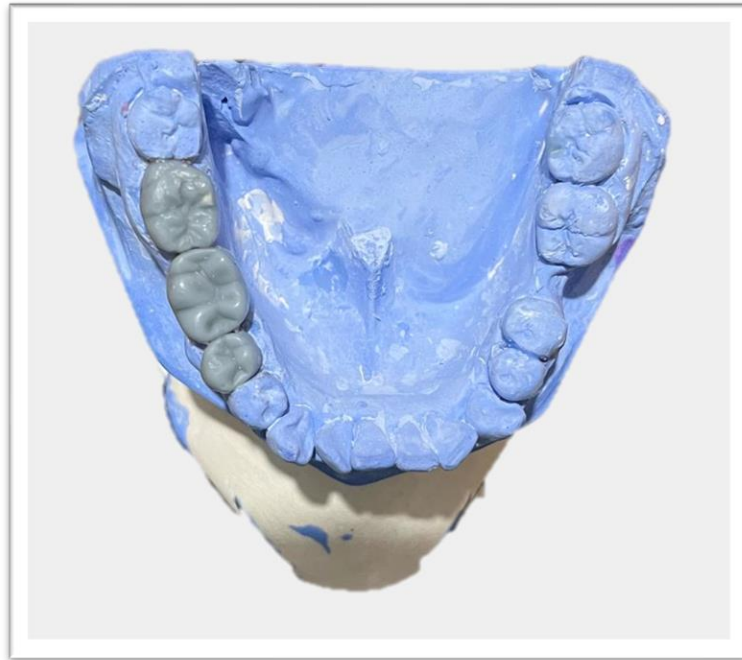


Figura 9. Encerado y enfilado vista oclusal.



Figura 10. Radiografía panorámica.

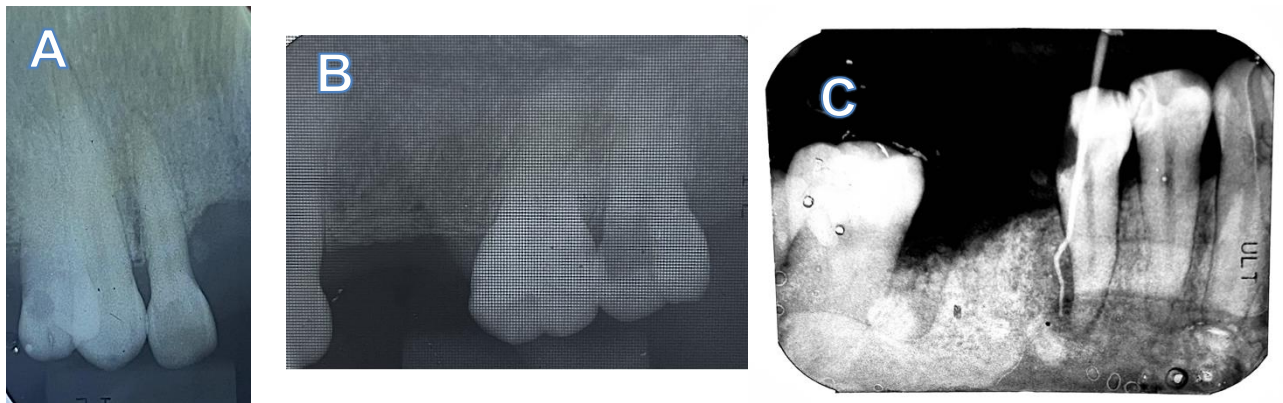


Figura 11. Radiografías periapicales (A) pzas 1.2, 1.3, 1.4. (B) pzas 2.6, 2.7.

(C) Fistulografía pza 4.5.



Clarity

CENTRO IMAGENOLÓGICO
MAXILOFACIAL

- **Paciente:** [REDACTED]
- **DNI:** [REDACTED]
- **Edad:** [REDACTED]
- **Sexo:** Femenino
- **Doctor:** Dra. Maria Da Silva
- **Fecha de adquisición:** 22/01/2024
- **Fecha de informe:** 22/01/2024

INFORME RADIOLÓGICO

A la evaluación de la radiografía panorámica, se observa:

- Severo aplanamiento de apófisis condilar mandibular del lado izquierdo.
- Senos maxilares neumatizados.
- Moderada reabsorción ósea alveolar del maxilar superior e inferior.
- Edéntula parcial bimaxilar.
- Remanentes radiculares de pieza 16.
- Pieza 17, severo ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal.
- Piezas 14 y 45, cavidades coronarias con probable lesión de caries dental. Pieza 45, ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal, imagen radiolúcida periapical que sugiere proceso osteolítico.
- Pieza 27, lesión de caries coronaria.
- Piezas 38,37,47 y 48, en posición mesioangular. Piezas 38 y 37, tártaro dental. Piezas 47 y 48, ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal.
- Piezas 32 y 42, giroversadas.
- Atrición dentaria en piezas dentales antero inferiores.
- Resto de estructuras óseas conservadas.

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

Calle Manuel María Izaga #730 - Chiclayo
 074 - 600 117
 950 715 667
 ClarityCentroImagenologico
 ClarityCentroImagenologicoMaxilofacial
 centroimagenologicoclarity@gmail.com

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



Figura 12. Informe radiográfico.



Figura 13. (A) Tracto sinuoso. (B) Trazado del trayecto sinuoso.
(C) Fistulografía.

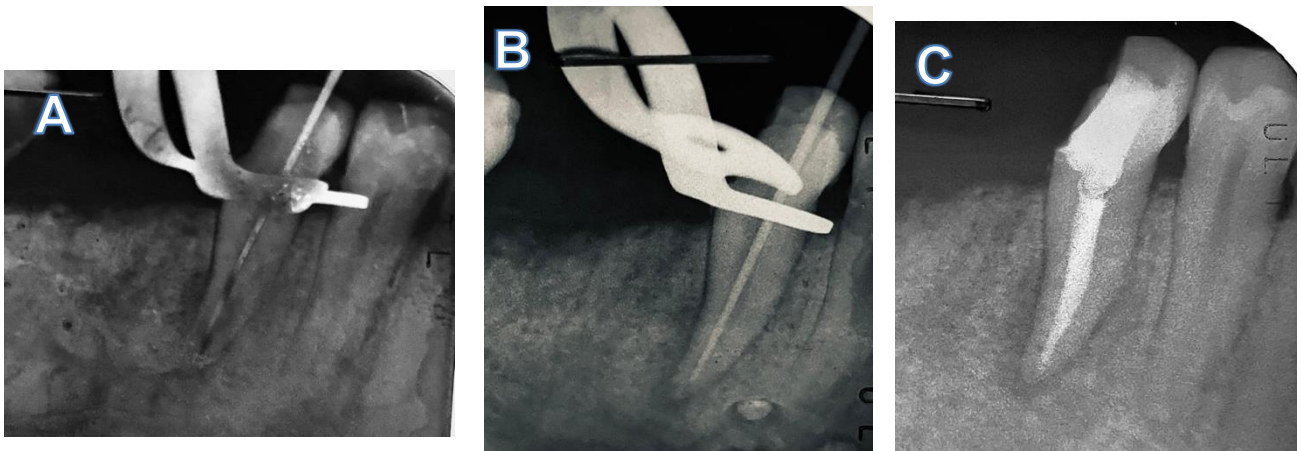


Figura 14. Endodoncia pieza 4.5. (A) Longitud de trabajo. (B) Conometría.
(C) Obturación.

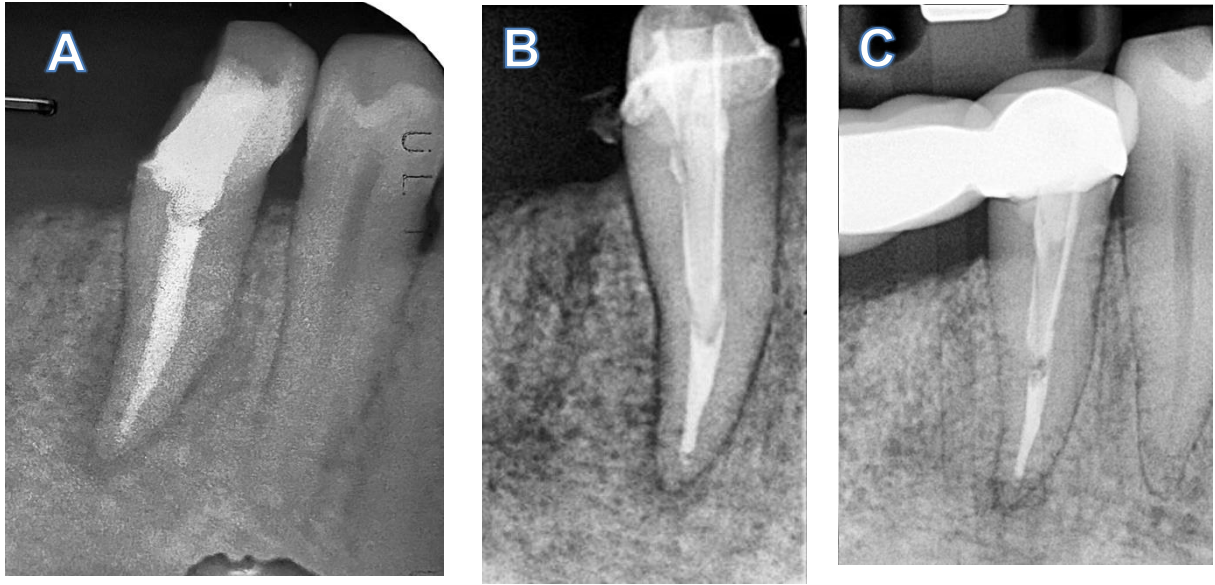


Figura 15. Pieza 4.5 endodonciada. (A) Rx final. (B) Control 3 meses
(C) Control 6 meses.



Figura 16. Provisional de 3 piezas (4.5,4.6, 4.7)



Figura 17. Secuencia fotográfica intraoral, alta del paciente.



Figura 18. Secuencia fotográfica intraoral laterales, alta del paciente.



Figura 19. Secuencia fotográfica intraoral de arcadas, alta del paciente.