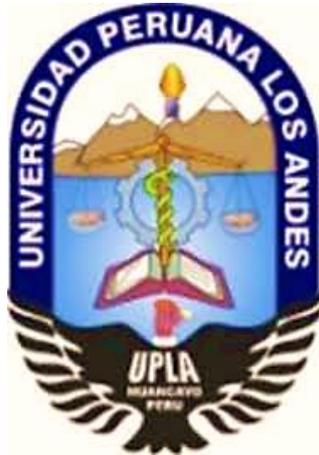


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : ENDODONCIA EN DIENTE UNIRRADICULAR - TECNICA ESCALONADA O DE STEP BACK

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Estefani Katterin Uscuvilca Rosales

Asesor : Mg. Chirstian Willy López Gonzales

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: CLINICA PARTICULAR

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primero a Dios por permitirme estar bien de salud a pesar de las circunstancias en las que nos encontramos. A su vez agradecer a mi familia por el apoyo incondicional que día a día me brindan, gracias a su amor y comprensión que me dan y las fuerzas de seguir con perseverancia y dedicación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mis padres por ser motivo de perseverancia y apoyo. Por darme el mejor regalo que un hijo puede recibir que es culminar la carrera. A mis docentes por su comprensión y apoyo, a mi tutor por su tiempo y paciencia para poder llevar a cabo este trabajo.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2. OBJETIVOS.....	8
2.3. MARCO TEÓRICO.....	9
2.3.1. Antecedentes.....	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	12

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO.....	16
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	17
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL.....	17
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	¡Error! Marcador no definido.

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO.....	27
-------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	28
----------------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....	29
-------------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	30
-----------------------	----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
---------------------------------	--------------------------------------

RESUMEN

En las últimas décadas la conceptualización y diseño de los sistemas de adecuación de conductos radiculares ha tenido una evolución predominante para el avance que se ha simplificado cierto grado de trabajo operatorio para conseguir mejores resultados clínicos y la adecuación y obturación de conductos han mejorado sus diseños y evolucionando, generando la necesidad en los especialistas de adquirirlos para el uso de los sistemas que permitan mejorar la técnica del tratamiento empleado en la cavidad oral.

Es por ello que se realiza la presentación del caso clínico que nos permite tener como objetivo conocer la técnica para preparar conductos fáciles, relativamente fáciles de dificultad y de cuidados especiales en las endodoncias monorradiculares. En donde paciente del sexo masculino acude a la consulta C. V. L. acude a la consulta por motivo de Paciente refiere que hace unos años se rompió su diente anterior y que me curaron, pero posteriormente al masticar sintió que se rompió su diente, no recibió tratamiento a falta de economía le molestaba, pero no le daba importancia se automedico, pero ahora en la actualidad no siente dolor, pero no le gusta verse así desea que le curen.

Palabra clave: Endodoncia; Monorradicular; Obturación

INTRODUCCIÓN

La endodoncia es un tratamiento reconocido por la asociación dental americana en 1963 estudia la estructura de la morfología y fisiología de las cavidades dentarias coronal y radicular de la región periapical. Permitiendo que los avances en esta ciencia, como las técnicas de asepsia y los principios de preparación y obturación de los conductos radiculares has permitido incrementar las tasas de éxito del tratamiento endodóntico, sobre los dientes. (1)

Durante la preparación mecánica con el uso de instrumentos endodónticos por productos químicos, que permiten limpiar, con formar, tornar viales las condiciones para que pueda obtenerse, para comprender los objetivos de conjunto de procedimientos que constituyen la preparación mecánica, es preciso recordar que los tratamientos endodónticos radicales en casos de pulpectomía y tratamiento de los dientes necróticos. (2)

El tratamiento endodóntico es la ultima fase del tratamiento de conductos radiculares y no por ello la menos importante está demostrado que la mayoría de fracasos endodónticos se relacionan con obturaciones deficientes es decir aquellas que no cumplan los principios básicos de una óptima obturación de la preparación químico quirúrgica de proceder a obturar el sistema de conductos radiculares con materiales biocompatibles, antiséptico que alcanzar una obturación lo más herméticamente. (3)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las dificultades al llevar un tratamiento en conductos restos no representa problema para el clínico en conductos curvos, requiere de rehabilitación, destreza y entrenamiento, siendo imperativo para la continuación de las maniobras operatorias, dentro del conducto pues el clínico desconoce lo que retira con que lo realiza los medios que facilita este tipo de maniobras. (4)

En la actualidad las endodoncias un sin número de avances tecnológicos, de técnicas, procedimientos especializados, biomateriales, que cumplen el objetivo de simplificar procesos, aumentar el confort del paciente, del operador y la calidad de los procedimientos que permiten utilizar y seleccionar la técnica que facilitan el trabajo clínico al residente, pues este de forma didáctica procesará la información que previamente ha adquirido, teniéndola al alcance en el momento de la elección y ejecución del tratamiento a seguir. (5)

2.2. OBJETIVOS

- Conocer la técnica para preparar conductos fáciles, relativamente fáciles de dificultad y de cuidados especiales en las endodoncias monorradiculares.
- Conseguir un relleno lo más hermético en la obturación de las endodoncias.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Sánchez G. Et al. se realizó un trabajo con el objetivo determinar la frecuencia de retratamiento endodóntico de acuerdo al tipo de restauraciones post endodoncia, metodología descriptiva, retrospectivo, transversal, observacional con una muestra de 1228 historias clínicas, los resultados indican que los dientes con retratamiento en restauraciones provisional el 21.96%, restauraciones definitiva 7.57%, ausencia de restauración 68.93%, el total de 771 muestra el 16.86% dientes con retratamiento, 83.14% dientes sin retratamiento, dentro de las restauraciones provisional un 13% corresponden a ionómero de vidrio, 0% a policarboxilato, 9% a eugenato, con restauraciones definitivas un 1% corresponden a espigo, 2% con corona, 0% a incrustaciones, un 5% con resina y 0% amalgama y ausencia de restauraciones un 69%, conclusión la mayor frecuencia de retratamiento endodóntico de acuerdo al tipo de restauraciones fue de 68.93% correspondiente a la ausencia de restauración.

(6)

Ilizarbe S. Se planteo una tesis con el objetivo de determinar cuál de los métodos de entrenamiento es mejor en el logro de la calidad de tratamiento endodóntico en dientes unirradiculares, metodología es de tipo experimental, analítica, transversal, con enfoque cualitativo y cuantitativo, en los resultados indican que el método tradicional recuento con el 50%, método propuesto 50%, en cuanto a la comparación de la calidad de tratamiento endodóntico en dientes unirradiculares método tradicional el 8.3% regular, 36.7% bueno, 5.0% muy

bueno en el método propuesto el 0.0% regular, 40% bueno, el 10% muy bueno con un nivel de significancia de 0.05, prueba de U de Mann – Whitney para muestras independientes, comparación en cuanto a la conometría, el método tradicional el 15% regular, 23.3% bueno 11.7% muy bueno, método propuesto 0.0% regular, 21.7% bueno, 28.3% muy bueno, en conclusión las modalidades o métodos entrenamiento ejercen influencia en el aprendizaje, para el desempeño de la actitud clínica en endodoncia. (7)

Soria M. Se realizó un trabajo con el objetivo de comparar la microfiltración apical in vitro de los conductos radiculares obturados con cemento endodóntico a base de óxido de zinc y eugenol, metodología es de tipo experimental, prospectivo, transversal, comparativo, la muestra estuvo comprendida por 115 premolares, los resultados indican que los tres grupos de cementsos utilizados en la obturación de conductos radiculares a través del test de Kruskal Wallis $P= 0.0291$ con la microfiltración apical, la obturación con cemento endodóntico a base de óxido de zinc y eugenol es de 1.55 ± 0.69 mayor que fueron obturados con cemento a base de resina, en conclusión existe microfiltración entre las obturaciones realizadas con los cementsos a base de óxido de zinc – eugenol, cemento a base de resina y con cemento a base de MTA. (8)

Tuesta N. Presento un trabajo con el objetivo determinar la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la clínica estomatológica, la metodología es descriptivo, retrospectivo, transversal, la población es de 5036 historias clínicas, los resultados indican que la prevalencia del tratamiento de conductos radiculares si el 15%, no el 85%, el diagnóstico pulpar pulpa normal es de 7.2%, pulpitis reversible 8.2%,

pulpitis irreversible 23.5%, terapia previamente iniciado 100%, previamente tratado 99.6%, diagnostico periapical tejido periapical sano 13.2%, ,periodontitis apical asintomática 73.1% , periodontitis apical sintomática 54.8%, osteítis 73.5% absceso periapical 80.9%, conclusión la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en dientes permanentes fue de 15% en el periodo de 2013 al 2015 de la clínica estomatológica. (9)

Ramírez R. Se presento un trabajo con el objetivo de durante las etapas de conductos radiculares, si ni respetan los procedimientos establecidos se pueden ocasionar diversos accidentes y complicaciones que influyen directamente en el pronostico del tratamiento y pueden llevar incluso a la perdida de la pieza dentaria, por ello la finalidad tomar conocimiento de los diversos accidentes que pueden ocurrir durante el tratamiento de conductos, así como de las normas seguir para evitar la ocurrencia de ellos y de las diferentes alternativas de tratamiento cuando esto haya ocurrido en el factor más importante para evitar los accidentes durante la terapia endodóntica. (10)

Guiracocha J. Se desarrollo un trabajo con el objetivo de comparar los beneficios de la técnica manual y la técnica rotatoria en la preparación biomecánica de conductos curvos, metodologia es de tipo analítico, sintético, es documental, inductivo, no experimental, con una muestra de 30 dientes permanentes, los resultados indican que la población estudiada el segate mayor se produce en el tercio coronal con el 47%, el 33% a nivel del tercio medio , el 20% en el tercio apical, en el tercio coronal con el 49%, el 30% a nivel del tercio medio, profundidad la forma de cada uno de los cortes del tercio medio, apical y corona se puede observar al analizar ambas técnicas se puede comparar que la técnica rotatoria es el 50% más rápida que la técnica manual, conclusión

que para iniciar una u otra técnica, tenemos que realizar todo el procedimiento habitual que va desde la interpretación radiográfica hasta la conductimetría con la lima K 10 ya que no podemos hacer conductimetría con el sistema rotatorio.

(4)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Endodoncia

Es un conjunto de conocimientos que forman y ordena una ciencia integrada en el conjunto de las ciencias de la salud, el ámbito de la endodoncia incluye el diagnóstico diferencial y el tratamiento del dolor bucal de origen pulpar y periapical; de los tratamientos para mantener la vitalidad de la pulpa. (11)

Accidentes y complicaciones durante el acceso cameral

Es el acto que se expone la cámara pulpar con el objetivo de proyectar la anatomía interna de la cámara pulpar sobre la superficie del diente, en el acto operatorio permite el acceso al interior del diente por medio de la remoción del techo de la cámara pulpar, así como de la realización de desgastes compensatorios y de extensiones complementarios.

El error que sea cometido en esta fase nos llevara a cometer sistemáticamente errores con las fases de consecuencia del tratamiento endodóntico.

- Fracaso en identificar y eliminar la caries
- Fracaso en establecer un acceso adecuado al espacio de la cámara pulpar al sistema de conductos radiculares.

- Fracaso en reconocer el eje del conducto radicular debido a presencia de coronas restauraciones amplias, giroversiones , variaciones anatómicas. (7)

Fracaso en identificar y eliminar la caries:

La caries y restauraciones apunta hacia un tratamiento aséptico y al establecimiento de estructuras solidas para evitar complicaciones posteriores como contaminación salival, fracturas de restos dentarios o de restauraciones que pueden ser impulsadas hacia la parte interna del conducto.

Preparación biomecánica del conducto radicular

Los sistemas de conductos radiculares se deben limpiar y preparar como limpiar los restos orgánicos y preparara internamente y con un objetico de desinfección y conformación pata así recibir una obturación impenetrable en todo el espacio del conducto.

La preparación biomecánica de conductos consiste en tratar de obtener un acceso directo y generoso a la unión cemento dentina, conducto llamado límite para así tener una completa limpieza interradicular.

- Acceso
- Conformación apical
- Confirmación del cuerpo
- Conocidad convergente
- Luz del foramen

Es preciso recordar que el éxito es el manejo de conductos curvos resulta del cumplimiento de ciertos principios básicos.

- Conocimiento de la anatomía

- Mantener la posición original del foramen apical
- Mantener la anatomía del conducto
- Desgaste compensatorio
- Preparación apical mínima hasta llegar a la lima N° 35

Acceso a conducto radicular

Es el conjunto de procedimiento que se inicia con la apertura coronaria, que permite la limpieza de la cámara pulpar y la rectificación de sus paredes y se continua con la localización y preparación de su entrada.

Un acceso bien realizado permite tener iluminación y visibilidad de la cámara pulpar y de la entrada de los conductos, y facilita un incremento de los accesos ejecutados de manera descuidada o sin observar los postulados básicos que permiten el fracaso de la terapia.

Acceso de la cámara pulpar em incisivos superiores

El primer lugar dividimos la cara palatina de los dientes anteriores en tercio medio estando ubicado en cingulo e iniciamos la apertura utilizando una fresa redondeada a dirección del conducto exactamente en el extremo superior de este tercio menor luego nos ubicamos al extremo inferior de este profundizamos la fresa encontrada en una sensación de vacío.

Pulpa necrótica

Es la muerte de la pulpa, parcial dependiendo de que sea toda la pulpa o una parte a que este involucra la necrosis es una secuela de la inflamación, puede también ocurrir por traumatismo, donde la pulpa es destruida antes de que se desarrolle una reacción inflamatoria. (11)

Anatomía dental interna

La cavidad rodeada de tejido duros y ocupada por un tejido laxo, denominado pulpa, que se encuentra en el interior de todos los dientes es la cavidad pulpar.

Están conformadas por un conjunto de partes como:

- Cámara pulpar
- Conductos radiculares
- Ápice radicular

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**
- NOMBRE: C.V.L.
- EDAD: 34 AÑOS
- SEXO: Masculino
- ESTADO CIVIL: Casado
- LUGAR DE NACIMIENTO: La Merced
- FECHA DE NACIMIENTO: 28 – 12 - 87
- LUGAR DE PROCEDENCIA: La Merced
- OCUPACIÓN: Cerrajero
- **MOTIVO DE CONSULTA**
**QUIERO QUE ME CUREN MI DIENTE PORQUE NO ME GUSTA
COMO SE VE AL SONREÍR**
- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que hace unos años se rompió su diente anterior y que me curaron, pero posteriormente al masticar sintió que se rompió su diente, no recibió tratamiento a falta de economía le molestaba, pero no le daba importancia se automedico, pero ahora en la actualidad no siente dolor, pero no le gusta verse así desea que le curen.

- **ANTECEDENTES**

- **MÉDICOS FAMILIARES:**
- Papá: vivo sano
- Mamá: viva sufre de hipertensión arterial
- Hermana: Vivos sanos
- **PERSONALES (HÁBITOS):** No refiere
- **PATOLÓGICOS:** no refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **FUNCIONES VITALES**

- PA: 115/65 mmHg
- PULSO: 60 x min
- T°: 36.6°C
- FR: 20 x min

- **PIEL**

- Textura: rugosa
- Turgencia: conservada
- Color: mestizo
- Cicatrices: presenta una cicatriz por el labio derecho superior de 1 cm
- Pigmentación: presenta efélides en la nariz ojeras oscuras

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

- **CABEZA:** Normocraneo

- OJOS: color marrón café
- OÍDOS: Permeable
- NARIZ: Permeable
- CARA: Normofacial
- ATM: asintomático
- GANGLIOS: conservados
- **Examen intraoral**
 - LABIOS: hidratados, sin lesión aparente
 - CARRILLOS: Sin lesión aparente
 - PALADAR DURO: forma: ovoidal, color: rosado pálido sin alteración evidente
 - PALADAR BLANDO: color: rosado Sin lesión aparente
 - LENGUA: color: rosado pálido, tamaño: normal, forma: ovoidal
 - ISTMO DE LAS FAUCES: Uvula móvil, sin lesión aparente.
 - PISO DE BOCA: Sin lesión evidente
 - REBORDE GINGIVAL: pigmentación superior del margen gingival.
 - OCLUSIÓN:
 - RMD : NR y RMI: NR
 - RCD y RCI: Clase II

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Fotografía Intraoral superior



Fotografía Intraoral inferior



Fotografía lado derecho



Fotografía lado izquierdo

- **Región anatómica comprendida zona problema:**
 - Piezas N° 2.1
 - Inspección: corona totalmente rota.
 - Percusión: H asintomático V asintomático
 - Exploración: no presenta retención
 - Palpación: sintomático a nivel vestibular y lingual, no presenta movilidad dental.

- PVP: Calor: asintomático - Frio: asintomático

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**
 - Necrosis pupar
- **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**
 - Necrosis pulpar de la pieza 2.4

EXÁMENES AUXILIARES

Radiografía panorámica



Informe radiográfico:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

C.- RADIOGRAFIAS PANORAMICAS:

- Area Maxilar superior:
 - Piso de órbita ocular: IRO compatible con piso de órbita conservado
 - Cavidad nasal: IRO compatible con cavidad nasal asimétrica (lado derecho más grande)
 - Tabique nasal: IRO compatible con tabique nasal sin alteración evidente
 - Espina nasal anterior: IRO compatible con espina nasal anterior sin alteración evidente
 - Senos maxilares: IRO compatible con senos maxilares sin alteración evidente
 - Arco cigomático: IRO compatible con arco cigomático sin alteración evidente
 - Otras estructuras anatómicas: Máxila de la pieza 1.6, 2.9, submaxila, carónoma 2/3
 - Hallazgos radiográficos:
- Area Mandibular:
 - Conducto mandibular: IRO compatible con conducto mandibular sin alteración evidente
 - Triángulo mentoniano: IRO compatible con triángulo mentoniano sin alteración evidente
 - Agujeros mentonianos: IRO compatible con agujeros mentonianos sin alteración evidente
 - Cóndilo mandibular: IRO compatible con cóndilo mandibular sin alteración evidente
 - Ángulo mandibular: IRO compatible con ángulo mandibular sin alteración evidente
 - Rama ascendente: IRO compatible con rama ascendente sin alteración evidente
 - Sinfisis mentoniana: IRO compatible con sinfisis mentoniana sin alteración evidente
 - Corteza mandibular: IRO compatible con corteza mandibular sin alteración evidente
 - Hallazgos radiográficos:
- Area dento alveolar:
 - N° de piezas dentarias: 28 piezas dentarias
 - Crestas óseas: IRO compatible con crestas óseas
 - Lesiones periapicales: sin alteración evidente conservada
 - Zonas edéntulas: 1.6, 3.4, 3.2, 4.6
 - Reborde alveolar residual: Borde conservado
 - Hallazgos radiográficos:

Observaciones:

Nombre del Operador: Lucy Khena Villalón León V° B° Docente Responsable: [Firma]
 Firma Firma

Modelos de estudio



PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

RELLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación: _____

ESTUDIOS: _____

EXAMENES: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

EVOLUCIÓN: _____

ANÁLISIS DE PIEZA DENTARIA SINTOMÁTICA:

Inspección: _____
Perusión: _____
Estimación: _____
Palpación: _____
PVP: Frio: _____ Color: _____

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE _____

Inspección: _____
Perusión: _____
Exploración: _____
Palpación: _____
PVP: Frio: _____ Color: _____

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE _____

OCLUSIÓN:

Relación Molar:	Derecha:	Izquierda:	Relación canina:	Derecha:	Izquierda:
Línea media:					
Trayectoria mandibular:			Apertura:		
Dimensión vertical:			Cierre:		
Grado de apertura bucal:			Over jet:		
Interferencias oclusales:					
Movimientos en centría:					
Movimientos excéntricos:					
Posición de reposo y espacio libre:					
Relación oclusal y oclusión habitual:					

FECHA: _____ SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE _____

NOMBRE DEL OPERADOR: _____

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL DE DIAGNOSTICO



Para la evaluación de la pieza a tratar debemos de sacar una radiografía periapical para observar como se encentra la pieza dental.

MATERIALES DE TRABAJO



ACCESO A CÁMARA PULPAR

Con una fresa redonda se apertura la pieza dentaria hasta llegar a la cámara pulpar, con la fresa endo Z se desgasta las paredes para que haya una buena visibilidad.

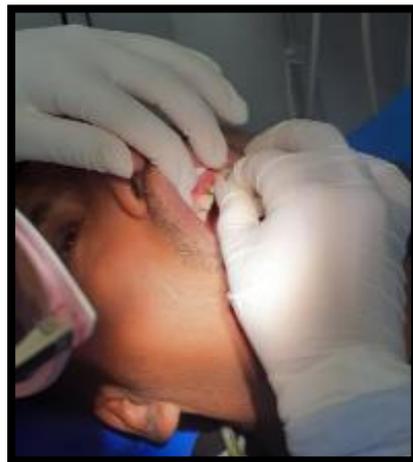
CONDUCTOMETRIA

Se realiza la toma de la radiografía con una lima para permitirnos ver hasta donde se debe de instrumentar.



LIMADO DE LAS PAREDES

Con la lima a partir del N° 15 se empiezan a limar hasta llegar a la lima N° 35 en cada limado se lava con hipoclorito de sodio al 5%.



LAVADO DE LA CÁMARA PULPAR

Con hipoclorito de sodio al 5% se lava el conducto y con conos de papel se seca el conducto.



CONOMETRIA

Con el cono maestro se coloca en la cámara pulpar y se toma radiografía periapical.



OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR

Con los conos y con ayuda de condensadores se coloca en cono maestro y los conos accesorios para obturar la pieza dentaria.





RECORTE DE LOS CONOS

Con los PKT y a través del mechero se elimina los conos sobresalientes.



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA 02372

PLAN DE TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Cusumbe Caza Vilca FECHA: 29-10-2020

DIAGNÓSTICO: PERIAPIC IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA P20.14

Plan de Tratamiento ENDODONCIA P20.14

Pieza	Fecha de iniciado	Tratamiento	Tipo de Anestesia
4.C	29-10-2020	ENDODONCIA P20.14	TÉCNICA (Lubricando)

Apertura cameral: Se inicia con la lixa redonda, haciendo los canales convergiendo con el
Conductometría inicial (mm.) un casillero para Cada conducto

--	--	--	--

Conductometría final (mm.) un casillero para Cada conducto

--	--	--	--

Zona o cúspide de referencia

--	--	--	--

Técnica de Instrumentación:
Técnica convencional

Instrumentos empleados en preparación biomecánica:

Fresas Gates-Glidden empleadas _____
 Lima maestra apical _____
 Limas _____
 otros _____
 Sustancias irrigadoras _____

Nombre del Operador: José Esteban Villalón León

- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Yo, paciente Cusumbe Caza Vilca con DNI No. 42399233, mayor de edad, y con domicilio en Av. 28 de Julio, 1228, Lima, Perú.

DECLARO

Que el Estudiante de Odontología _____ me ha explicado que es necesario en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria, para lo que me ha informado debidamente de lo siguiente:

- El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado, necrótico o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas e infecciosas.
- El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en la inyección de una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se reduce transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado también que tras la terminación de elaboración del labio o de la cara que normalmente va a desaparecer en dos o tres horas.
- Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administra la inyección, hinchazón de la mucosa y dolor, y menor frecuentemente, embotamiento en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la inyección puede provocar ligadura de tejido que, más frecuentemente, pueden provocar un edema o fibrosis vestibular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, raramente, evolutivamente, la muerte. También puede provocar la administración de anestesia sistémica, durante, entre, o fuera del procedimiento, es decir, anestesia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
- Entiendo que los antibióticos, y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunas de las cuales son, erupción o hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos y alergia no provocados y para evitarlos. Entiendo que los medicamentos y drogas pueden causar somnolencia y pérdida de la coordinación, lo cual puede ser incrementado por el uso del alcohol y otras drogas. Se me ha notificado que no consumo alcohol ni que opere cualquier vehículo o aparato pesado mientras estoy tomando medicamentos y/o drogas, o hasta que me ha recuperado completamente de sus efectos (esto incluye un período de por lo menos 24 horas después de la salida de la Clínica Odontológica).
- La intervención consiste en la eliminación y el sellado de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que sella la cavidad e impide el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente, prevenir e evitar.
- Se me ha informado, que a pesar de analizar correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía posterior o la extracción si el caso de alguna infección, muerte o incluso sépsis. Igualmente es posible que no se obtenga el sellado total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el sellado quede corto o largo.
- También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente, presentar o sufrir en el que se ha realizado la endodoncia se desdiente y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intracanalares. Entiendo que los riesgos del tratamiento pueden incluir:

- La dificultad para localizar el conducto y/o rellenar con material obturado, ya sea por accidentes anatómicos de las raíces o por modificaciones del conducto, no permitiendo realizar un tratamiento ideal.
- Intoxicación post-operativa que puede durar unas cuantas horas o varios días.
- Fractura de los instrumentos en el conducto radicular durante el tratamiento, los cuales a juicio del ODONTÓLOGO se pueden dejar el conducto radicular tratado, como parte del material de relleno, o en caso necesario requieren cirugía.
- Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones corrales y potencialmente serias que pueden requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

Entiendo que un procedimiento de ENDODONCIA que se lleva a cabo durante una urgencia no es el tratamiento permanente y que según termine el tratamiento del conducto radicular. Si el tratamiento del conducto radicular no es finalizado, con o sin un tiempo y/o pérdida del diente. Si no concuerdo con el tratamiento de preparación instrumental después de terminado el tratamiento de conductos, puedo optar por no realizar un tratamiento, discontinuando el diente del mismo.

El paciente, desde de toda LA INTERVENCIÓN DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO, repetirá su atención únicamente dentro de la Institución de Formación Profesional; y, de la contrario si desea a proceder a recibir TRATAMIENTO ENDODONTICO DIVERSOS fuera de la Institución será de RESPONSABILIDAD del alumno(a) practicante y del paciente directed a los riesgos de su Salud a asociarse.

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo consultado todas las dudas que se me han planteado, y la información oportunamente que he solicitado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, yo puedo revocar este consentimiento.

Entoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y riesgos de este tratamiento, y en consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.

En Huanuco, a 29 de Octubre del 2020.

 
 FIRMA DEL PACIENTE ACIDENTE FIRMA DEL DOCENTE
 DNI N° 42399233 DNI N° 51234567


 FIRMA DEL ESTUDIANTE
 DNI N° 42399233

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Tuesta N. En el año 2016 menciona que la prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias, la enfermedad pulpar mas prevalencia fue de la pulpitis irreversible sintomática 48.0% seguida de necrosis pulpar con el 23.1% en cuanto a enfermedad periapical la mas prevalente fue periodontitis apical sintomática con el 41.6% seguida de absceso periapical crónica 19.1%.

Ramírez R. Concluye que el conocimiento de cada una de las etapas que constituyen parte del tratamiento endodóntico, así como el respeto a las normas y recomendaciones establecidas en la literatura constituyen los factores que impedirán la ocurrencia de complicaciones.

Flores A. Et al. menciona en su articulo titulado técnicas y sistemas actuales de obturación en endodoncia, que el sistema de obturación que se emplee dependerá de los conocimientos, destrezas y recursos disponibles teniendo en cuenta las características anatómicas a la se enfrentan con el objetivo de conseguir una obturación lo más tradicionalmente posible.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La técnica de endodoncia es un tratamiento alternativo para no perder la pieza dentaria.
- Se recomienda realizar exámenes complementarios que permitan tener un buen diagnóstico.
- La obturación permite tener un sellado hermético y uniforme en toda la extensión del conducto radicular.

CAPITULO VII
RECOMENDACIONES

- Realizar estudios sobre causas de enfermedad pulpar.
- Realizar estudios sobre la eficacia de los tratamientos de conducto.
- Se recomienda realizar una buena limpieza de las piezas dentarias.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Toledo L, Alfonso M, Barreto E. Evolucion del tratamiento endodontico y factores asociados al fracaso de la terapia. *Medicentro*. 2016 Julio ; 20(3).
2. Goldberg S. Endodoncia Tecniva y fundamentos. In. Argentina : Editorial Medica Panamericana ; 2013.
3. Flores A, Pastenes A. Tecnicas y sistemas actuales de obturaciòn en endodoncia, revision crítica de la literartura. *KIRU*. 2018 Abril - Junio ; 15(2).
4. Guiracocha J. Estudio comparativo in vitro en la preparacion biomecánica de conductos curvos por medio de la técnica manual vs la técnica rotatoria realizado en los consultorios médicos asociados centro endodóntico de quito en el periodo Diciembre 2013 - Mayo 2014. Tesina de grado previo a la ontención del título de Odontólogo. Riobamba : Universidad Nacional de Chimborazo ; 2014.
5. Manrique J, Triana I. Manual de procedimientos endodonticos. Trabajo de grado para optar al título de especialista en endodoncia. Bucaramanga : Universidad Santo Tomas Bucaramanga ; 2016.
6. Adrianzen G, Chunga L. Frecuencia de retratamientos endodonticos de acuerdo al tipo de restauraciones post endodncia en el centro especializado en formacion odontologica chiclayo - Peru 2015-2018. Tesis para optar el titulo profesional. Chiclayo : Universidad Catòlica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2020.

7. Ilizarbe S. Comparacion de la calidad del tratamietno endodontico en dientes unirradiculares bajo dos metodos de entrenamiento. Tesis para optar el titulo profesional. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2020.
8. Soria M. Estudio comparativo in vitro de la microfiltracion apical en dientes premolares unirradiculares utilizando tres cementos endodònticos. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Federico Villarreal ; 2018.
9. Tuesta N. Prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias pernenantes en la clinica estomatologiva USS peridod 2013 I al 2015 I. Tesis prar optar el titulo profesional de cirujano dentista. Pimentel : Universidad Señor de Sipan ; 2016.
10. Ramirez R. Accidentes y complicaciones en el tratamiento endodóntico. Investigación bivliografica del proceso de suficiencia profesional para obtener el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2010.
11. Castilla L. Google. [Online].; 2011 [cited 2021 Noviembre 15. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3224/1/TESIS.pdf>.