

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO : OBTURACIÓN ENDODÓNTICA CON LA TÉCNICA DE CONDENSACIÓN LATERAL EN UN DIENTE NECRÓTICO, REPORTE DE UN CASO

Para optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Gutierrez Pariona Mishel Estefani

Asesor : Dr. Washington Manuel Ordóñez Hospinal

Líneas de Investigación de Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución de Investigación: Huancayo

HUANCAYO – PERU 2022

DEDICATORIA

Mi trabajo de investigación la dedico a mis padres que con el apoyo diario que me dan, principalmente a mi papá que siempre estuvo dándome el aliento necesario para lograr mis metas trazadas, a todos ellos mis eternas gracias.

AGRADECIMIENTO

Siempre al todo poderoso que nos guía para poder cumplir los objetivos propuestos, a mis docentes que, gracias a ellos y a su persistencia diaria, lograre este gran objetivo que es ser mejor cada día.

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE	iv
INDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Objetivo.....	10

CAPÍTULO II

2.1. Marco Teórico	11
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	11
2.1.2 Antecedentes internacionales	14
2.2. Bases Teóricas o científicos	16
2.2.1. Técnicas de Obturación Endodóntica.....	16
2.2.2. Necropulpectomía.....	17
2.3. Marco Conceptual	22

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1. Historia Clínica	24
3.2. Exámen General	25
3.3. Evaluación Integral.....	26
3.4. Exámenes Auxiliares.....	30
3.5. Diagnóstico General.....	31

3.6. Diagnóstico Estomatológico Por Especialidades	31
CAPITULO IV	
4.1. Plan de tratamiento.....	32
4.2. Procedimiento.....	33
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	41
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS.....	46

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fotografías extraorales	26
Figura 2. Exámenes Intraorales	28
Figura 3. Odontograma.....	29
Figura 4. Exámenes auxiliares.....	30
Figura 5. Radiografía de Diagnostico.....	33
Figura 6. Aislamiento absoluto.....	34
Figura 7. Apertura cameral.....	34
Figura 8. Conductometría.....	35
Figura 9. Preparación biomecánica – Instrumentación:	36
Figura 10. Técnica Ápico Coronal	37
Figura 11. Conometría o Cono maestro	37
Figura 12. Obturación.....	38
Figura 13. Control	39

RESUMEN

La obturación endodóntica, consiste en rellenar tridimensionalmente los conductos radiculares una vez eliminado los restos de contaminación alojados dentro de los conductos radiculares continuamos con la obturación con el propósito de concluir clínicamente la terapia endodóntica con lo que respecta al tratamiento del conducto radicular. Sin embargo, debemos considerar que en la actualidad existe distintas técnicas de obturación, lo que nos ha llevado a elegir una en específica “técnica de condensación lateral” con el objetivo de analizar si es efectiva en un diente con necrosis pulpar.

Por esa razón, el presente reporte de un caso clínico es de una paciente de sexo femenino de 29 años de edad que presenta una necrosis pulpar de la pieza 2.2, Cuyo tratamiento realizado es una endodoncia de tipo necropulpectomía, evitando así la proliferación de las bacterias remanentes en el interior del conducto y tejidos periapicales para asegurar la higiene y la desinfección del conducto radicular así logrando la conservación del diente.

Los resultados de este trabajo de investigación “Obturación endodóntica con la técnica de condensación lateral en un diente necrótico: Reporte de un caso” fueron favorables ya que a los 9 días de su obturación verificamos con una placa radiográfica el tratamiento realizado y no existe dolor a la percusión, palpación ni molestia de la pieza dentaria.

Palabras clave: Obturación, conducto radicular, terapia, bacterias, diente.

ABSTRACT

The endodontic obturation consists of filling the root canals three-dimensionally, once the remains of contamination lodged within the root canals have been eliminated, we continue with the obturation with the purpose of clinically concluding the endodontic therapy with regard to the treatment of the root canal. However, we must consider that at present there are different obturation techniques, which has led us to choose a specific "lateral condensation technique" in order to analyze whether it is effective in a tooth with pulp necrosis.

For this reason, this clinical case report is of a 29-year-old female patient with pulpal necrosis of tooth 2.2, whose treatment is a necro pulpectomy type endodontics, thus avoiding the proliferation of the remaining bacteria inside the canal and periapical tissues to ensure hygiene and disinfection of the root canal thus achieving the conservation of the tooth.

The results of this research work "Endodontic obturation with the lateral condensation technique in a necrotic tooth: A case report" were favorable since 9 days after its filling we verified the treatment carried out with a radiographic plate and there is no pain on percussion, palpation or discomfort of the tooth.

Keywords: Filling, root canal, therapy, bacteria, tooth

INTRODUCCIÓN

La muerte pulpar es el resultado de una inflamación aguda que pasa a ser crónica en la pulpa ocasionando un daño irreversible al tejido dentario, comúnmente conocido “muerte pulpar” (1).

Leal en el año 1990 nos menciona que el logro de un tratamiento endodóntico en las piezas dentarias con necrosis pulpar depende de la capacidad de eliminar la infección en el conducto radicular, los túbulos dentinarios y la superficie externa del ápice de la raíz, ante estas situaciones es recomendable el manejo de una buena técnica de endodoncia para el sellado periférico de la pieza dentaria.

Varas en el 2018 realizó una investigación donde obtuvo que, 132 personas fueron atendidos por necrosis pulpar y fue la más frecuente teniendo la edad entre los 39-48 años de sexo femenino (2).

La técnica de Condensación lateral por la eficacia fue comprobada tanto por su facilidad en el control hacen que sea la técnica más utilizada; con el objetivo del cierre tridimensional del conducto dentario (3).

Grove en el año 1980 incluye la técnica de condensación lateral, por las cuales expone una buena adecuación a la gutapercha en la preparación periapical, actualmente es la técnica más empleada a nivel mundial, por su facilidad y la calidad que realiza un buen de sellado periapical.

La necrosis pulpar siendo una de las causas más frecuente en la consulta odontológica por ello es muy importante que el odontólogo esté capacitado para realizar buen tratamiento de endodoncia.

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

La terapia endodóntica en una necropulpectomía a comparación de una biopulpectomía requiere más cuidado e higiene porque se relaciona con el aumento de la invasión bacteriana, producción de supuración y dolor; para conseguir la descontaminación del sistema de conductos radiculares y la remoción bacteriana que estén presentes, las maniobras de obturación buscan el cierre del sistema de conductos radiculares aislando el medio interno del medio externo (4).

Por otro lado, la necrosis pulpar ha despertado un enorme interés en los odontólogos e investigadores abordando los diversos aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos y terapéuticos desde diferentes puntos de vista (4).

La técnica de condensación lateral su objetivo principal es la obliteración tridimensional del conducto radicular con un sellado periférico condensados lateralmente en el diente previamente desinfectado y libre de microorganismos. Con la técnica de condensación lateral se debe mantener la condición de limpieza y prevenir el aumento de posibles colonias de bacterias sobrevivientes (5).

Es por ello que el presente trabajo muestra que realizar la obturación del conducto con la técnica de condensación lateral en un diente con necrosis pulpar tiene una evolución favorable y evita la pérdida de la pieza dentaria y ofrece un conocimiento más detallado a los odontólogos para que sirva como apoyo a sus diagnósticos y planes de tratamientos, además a través las consultas que pueden proporcionar una mejor atención a los pacientes.

1.2. Objetivo

Realizar la obturación endodóntica con la Técnica de Condensación Lateral en un diente necrótico.

CAPÍTULO II

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Antecedentes nacionales

Rildo T. (2017). Hace referencia en su trabajo de investigación titulada “Eficacia de la preparación biomecánica de conductos radiculares en el crecimiento microbiológico en piezas dentarias anteriores con necrosis pulpar en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez de Juliaca, Perú”.

Teniendo como objetivo comparar el tipo y cantidad de microorganismos antes y después de la preparación biomecánica de los conductos radiculares de piezas dentarias anteriores con necrosis pulpar, con un estudio experimental de 30 unidades de estudio por pacientes con piezas dentarias anteriores con necrosis pulpar, y se utilizó la técnica de la observación microbiológica, se tomó una primera muestra de los conductos radiculares, previa a la preparación biomecánica, a través de un hisopado con cono de gutapercha para realizar el cultivo respectivo, posteriormente, se realice la preparación biomecánica con la técnica de instrumentación corona ápice e irrigación con solución de hipoclorito de sodio al 2.5% para finalmente proceder a la toma de muestra post tratamiento radicular y cultivo microbiológico, resulta que se observó la cantidad y el tipo de microorganismos después de la preparación biomecánica del sistema de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores con necrosis pulpar disminuyo significativamente, pero con una cantidad de microorganismos persistentes y concluyendo se aprecia la preparación mecánica no es apto para la eliminación de los microorganismos que se encuentran en el conducto radicular con necrosis pulpar, recomendamos medicar facilitar el trabajo y conseguir el éxito en el tratamiento. (6).

Arturo R. (2017) Hace referencia en su trabajo titulada “Técnicas de Condensación lateral y vertical en tratamientos de conductos”. Universidad Católica San Pablo, Arequipa; teniendo como objetivo comparar ambas técnicas realizadas en pacientes, midiendo la densidad radiográfica mediante una escala de tonos de gris a través de imágenes digitalizadas por medio de un

radiovisiógrafo, que se envía a través de fibras ópticas la imagen radiográfica a un procesador que digitaliza la imagen y proyecta en un monitor donde se le pueden aplicar diferentes funciones, una de ellas es la medición de densidad, con un estudio experimental se efectuaron 60 endodoncias en piezas dentales superiores centrales y laterales de 53 personas adultas , la muestra se dividió en dos grupos de 30 cada uno, los primeros 30 casos se obturaron con la técnica de condensación vertical, los siguientes 30 casos se obturaron con la técnica de condensación lateral. A cada uno de los casos una vez terminado, se le tomó la radiografía final con el radiovisiógrafo, utilizando la técnica de cono largo y planos paralelos, resultados que el análisis inicial mostró valores de densidad más altos en los casos trabajados con técnica lateral, con un promedio de 191.85, contra la técnica vertical con un promedio de 179.97, pero al someter estos datos al análisis estadístico correspondiente, tanto global como por tipo de diente, el comportamiento matemático de ambos grupos fue muy similar, estableciéndose que las diferencias de ambos grupos no fueron estadísticamente significativas, se llegó a la conclusión que ambas técnicas de obturación son confiables y ofrecen buenos resultados a largo plazo, el autor recomienda utilizar el método con el que se tenga mayor destreza y se puedan garantizar mejores resultados en beneficio del paciente (7).

Munive D. (2018) llevó una investigación que se titula “Evaluación in vitro de la calidad de obturación en conductos radiculares tratados endodónticamente utilizando la técnica de condensación lateral y la técnica de condensación modificada AMD” Universidad Nacional Federico Villarreal Lima, Perú; teniendo como **objetivo** evaluar la obturación en conductos radiculares tratados endodónticamente utilizando la técnica de condensación lateral y la técnica de condensación lateral modificada AMD en Lima en el año 2018, con un estudio experimental y estadístico 32 dientes unirradiculares fueron divididos en 2 grupos, según la técnica de obturación. Una vez realizada el tratamiento endodóntico, se tomó una radiografía periapical, para evaluar la calidad radiográfica, y una tomográfica, para evaluar la calidad según el volumen tomográfico de espacios, comparado con la tomografía post preparación biomecánica, resultando que la densidad radiográfica fue de 182.89 ± 9.81 y

186.72 ± 6.97 para los dientes tratados con la técnica de condensación lateral y para los dientes tratados con la técnica de condensación lateral modificada AMD respectivamente. El volumen de vacíos fue de 3.75 ± 2.35mm³ y 2.43 ± 1.18mm³ para los dientes tratados con la técnica de condensación lateral y para los dientes tratados con la técnica de condensación lateral modificada AMD, concluyendo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas en ambos parámetros de calidad de la obturación (8).

Andrea F. (2019). Hace referencia en su trabajo de investigación titulada “Comparación del sellado medio y apical mediante la técnica termo mecánica con gutacondensador versus condensación lateral en piezas dentarias unirradiculares. Estudio in vitro”, Lima Perú de la “UNDAC”; teniendo como objetivo determinar la magnitud del sellado según la técnica de obturación empleada y tercio radicular evaluado en piezas dentarias unirradiculares. La fase de obturación está íntimamente relacionada con los porcentajes de éxito o fracaso del tratamiento endodóntico, es por ello que en la constante búsqueda de lograr una obturación tridimensional con un sellado lo más herméticamente posible que se propone la presente investigación donde se comparó dos técnicas de obturación distintas, con un estudio de investigación experimental, transversal y comparativa, para la muestra se seleccionaron 20 piezas dentarias que fueron divididas en dos grupos: grupo I, obturados con la técnica de condensación lateral y grupo II, obturados con la técnica de termo compactación, resultando se encontró una desigualdad estadísticamente significativamente en el sellado, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los tercios radiculares medio y apical, no se encontró diferencias estadísticamente significativa en las técnicas de obturación endodóntica y tercios de evaluación, concluyendo aún existe diferencia estadísticamente significativa en la magnitud de sellado entre las técnicas de obturación empleadas, la técnica termo mecánica presentó un mejor sellado en comparación con la técnica de condensación lateral (9).

2.1.2 Antecedentes internacionales

Ormaza M, (2019). Hace referencia en su trabajo de investigación la “Eficacia de la obturación del conducto con las técnicas de cono único y condensación lateral”. Universidad de Guayaquil, Ecuador; teniendo como objetivo establecer la eficiencia de la obturación del conducto radicular con la técnicas de Condensación Lateral y de cono único, aplicando las técnicas de instrumentación rotatoria analizando los tipos de obturación en endodoncia: cono único, condensación lateral, la investigación fue de tipo cualitativa; Dentro de la muestra se analizaron 6 dientes extraídos, a los cuales se les realizó ambas técnicas de obturación de cono único y condensación lateral, se le realizaron cortes horizontales y se dividió en tres partes los diente (apical, medio y cervical) se realizaron la comparación del sellado en la obturación final, luego de preparados los conductos llegando hasta la lima #25. Las 3 primeras muestras se obturaron con la técnica de cono único y en las otras 3 muestras se obturaron con la técnica de condensación lateral, resultando que en los dientes obturados con la técnica de condensación lateral produjeron un sellado mayor en todos sus tercios, en comparación de los dientes que fueron obturados con la técnica de cono único que presento un sellado menor en los tercios medio y el apical. Se podría decir que la técnica de condensación lateral es más efectiva porque existe un mayor sellado en los tercios apicales, medio y cervical (10).

Guerrero F, (2017). Hace referencia en su trabajo de investigación la “Endodoncia en un Incisivo Central Superior Izquierdo con Necrosis Pulpar”, Universidad de Guayaquil, Ecuador; teniendo como **objetivo** determinar de qué manera beneficiaran las endodoncias a los pacientes con necrosis pulpar poniendo en práctica los conocimientos aprendidos durante la carrera universitaria. El estudio, solo se describe los problemas que ocasiona la necrosis pulpar, se realizó un tratamiento endodóntico lo cual salió satisfactoriamente cumpliendo los pasos establecidos perfectamente logrando la completa eliminación de los microorganismos bacterianos presente, siguiendo la correcta biomecánica, medicación y una adecuada obturación del conducto radicular, logrando así que la pieza dental siga cumpliendo sus diversas funciones en la cavidad oral (11).

León M, (2017) Llevó a cabo una investigación sobre la “Etiología de necrosis pulpar en pacientes atendidos en la Clínica de la Especialidad en Endodoncia de la Universidad Autónoma de Sinaloa”. Sinaloa, Estado de México; teniendo como objetivo determinar la etiología de la necrosis pulpar en los pacientes de la clínica de endodoncia de la UAS durante el periodo de agosto del 2017, fue un estudio observacional retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de 167 pacientes, atendidos durante el periodo enmarcado, resultando que de 167 pacientes revisados y diagnosticados con necrosis pulpar, el 77.6% fue ocasionada por caries, el 21.6% de necrosis pulpar por restauración y el 1.2% de necrosis pulpar por traumatismo, concluyendo que la caries sigue siendo la enfermedad bucal que afecta a la mayoría de la población, siendo la principal causante de necrosis pulpar en nuestra clínica (12).

Natalia M. (2019) Llevó a cabo una investigación sobre “Incidencia de necrosis pulpar con y sin rarefacción apical según sexo, edad y localización”. Universidad del Nordeste, Argentina; teniendo como objetivo determinar la incidencia de casos con necrosis pulpar con y sin rarefacción apical, según sexo, edad y localización de las piezas dentarias a las que se les realizó tratamiento de conducto, fue un estudio observacional retrospectivo, las variables analizadas fueron: sexo, edad, localización de la pieza dentaria afectada y diagnóstico, Se determinó el porcentaje de mujeres y varones afectados, para analizar la variable edad se agrupó en rangos etáreos, de 12 a 20 años; de 21 a 30 años; 31 a 50 años y 51 a 75 años. Se identificó la localización de las piezas dentarias con diagnóstico de necrosis pulpar Incisivo Central, Incisivo Lateral, Canino, primero y segundo Premolar, tanto superiores como inferiores, resultando que de los 768 correspondían a diagnóstico de necrosis pulpar; 492 (64%) sexo femenino y 276 (36%) al sexo masculino, con la distribución de rango etáreo; entre 21 y 30 años: 307 (40%), 195 (25%) del sexo femenino y 112 (15%) del sexo masculino; entre 31 y 50 años: 237 pacientes (31%) ,174 (23%) para el sexo femenino y 63 (8%) para el sexo masculino, el diagnóstico que más incidencia tuvo en ambos sexos fue el de necrosis y lo gangrena con signos radiográficos periapicales normales, posteriormente le siguió el diagnóstico de necrosis y lo gangrena con proceso periapical y finalmente el diagnóstico de

necrosis y /o gangrena con ensanchamiento, según la localización; las piezas dentarias que más incidencia tuvieron en ambos sexos fue: el incisivo central superior, incisivo lateral superior y primer premolar superior. Concluyendo que las más afectadas fueron las mujeres que los hombres con una incidencia significativa de 13 a 30 años, siendo en el incisivo central superior la localización más frecuente para ambos sexos (13).

2.2. Bases Teóricas o científicos

2.2.1. Técnicas de Obturación Endodóntica

La técnica de obturación en endodóntica es un procedimiento que consiste en el relleno hermético y tridimensional de un conducto radicular con el sellado del foramen apical y con materiales compatibles que no obstaculice con los procesos biológicos del periápice. (14).

Una buena obturación del conducto dentario impide la reinfección de los conductos radiculares que han sido limpiados, conformados y desinfectados, crea un medio biológicamente permisible para su proceso de reparación y cicatrización periapical (14).

Actualmente existen muchas técnicas de obturación del conducto radicular antiguo y nuevo, todos ellos como característica física la gutapercha, de acuerdo a la revisión de diversas literaturas se ha evidenciado que existen diversas técnicas para efectuar la obturación en los conductos radiculares siendo las más utilizadas:

- **Por condensación o compactación:** Lateral en frío, vertical, lateral, termo mecánica
- **Por inyección termoplástica**
- **Gutapercha en Vástagos o Carriers** (15).

Protocolos en las técnicas de obturación en endodoncia:

Materiales para la obturación endodóntica:

- Conos de gutapercha de 1ra serie.
- Cemento sellador

Instrumentos para la obturación endodóntica:

- Condensadores (15).

- Reglas milimetradas
- Espaciadores
- Espejo
- Pinza porta algodón
- Pinza porta gutaperchas
- Instrumental para aislamiento absoluto

2.2.2. Necropulpectomía

Es un tratamiento endodóntico que se realiza en los conductos radiculares del diente necrótico. Se pueden clasificar en dos condiciones: (16).

- **Necropulpectomía I:** Es un tratamiento endodóntico que se realiza en dientes infectados sin lesión del periápice y se dividen en: necrosis pulpar, gangrena pulpar, periodontitis apical aguda y absceso alveolar agudo (16).
- **Necropulpectomía II:** Es un Tratamiento endodóntico que se realiza en dientes infectados con reacción del priapice crónica y puede ser observada radiográficamente (radiolúcida) y se dividen en: absceso alveolas crónico, granulomas, quiste apical. El objetivo del tratamiento endodóntico es combatir al microorganismo localizados en el conducto radicular (16).

Protocolos para realizar la necropulpectomía tipo II

Según los pasos a seguir en una necropulpectomía son los siguientes:

Primera cita

Paso 1.- Aplicación de anestesia, como ya se sabe es un diente no vital por lo tanto no es necesario aplicar esta técnica, sin embargo, para que nuestro paciente no presente dolor al colocar el aislamiento absoluto aplicaremos la anestesia infiltrativa.

Paso 2.- Aislamiento absoluto

Paso 3.- Apertura cameral para la entrada a la cámara pulpar.

Paso 4.- Mediante la conductometria conoceremos la longitud del diente, a partir del borde incisal del diente hasta el foramen apical, como sabemos en una pieza dental con necrosis pulpar por su contaminación propia de los microorganismos que se encuentra dentro del conducto radicular y que llega afectar parte del hueso alveolar restamos un 1mm de la longitud del diente para la preparación

biomecánica según el Método de Ingle, lo cual llamaremos la longitud real del diente.

Paso 5.- La preparación biomecánica consiste en la eliminación de bacterias y microorganismos que se alojan dentro de un conducto radicular, con el empleo de las limas y el Hipoclorito de sodio al 2.5%.

Paso 6.- La medicación intraconducto con el uso del hidróxido de calcio químicamente puro incorporando suero fisiológico dentro del conducto radicular por una semana, y colocar una provisional.

Paso 7.- Recetamos un analgésico y un antiinflamatorio para ayudar a combatir la infección (17).

Segunda cita

Si el paciente no presenta ningún tipo de dolor ni exudado continuaremos con el tratamiento.

Paso 8.- El cono maestro consiste en introducir una gutapercha con el último número de la lima introducida en la preparación biomecánica con la longitud real del diente.

Paso 9.- Secamos el conducto radicular con conos de papel, previa desinfección e iniciamos a obturar con conos gutapercha y cemento sellador.

Paso 10.- Una vez rellenado tridimensionalmente hacemos un corte a nivel de la entrada del conducto con el gutaperchero al rojo vivo con la ayuda del mechero. (17).

TÉCNICAS PARA LA CONFORMACIÓN DEL CONDUCTO (PREPARACIÓN BIOMECÁNICA)

Técnica Ápico coronal

Radica en su preparación a nivel de la corona del conducto radicular como índole a la instrumentación apical, mantiene el diámetro apical original creando suficiente espacio para que la limpieza más la desinfección de los conductos sea excelente y no deforme su anatomía, entre ellas tenemos:

- Técnica convencional.
- Técnica escalonada.

- Técnica en llama.
- Limado anticurvas (18).

Técnica seriada

Es la técnica más utilizada si se trabaja biomecánicamente, consiste en una ampliación conforme va aumentando. Este método se reitera entre cuatro y cinco veces eliminando un milímetro cada número posterior, entre ellas tenemos:

- Crown down.
- Técnica mixta.
- Doble conicidad.
- Fuerza balanceada.
- Step down.
- Limas de níquel y titanio.
- Instrumentos rotatorios. (18).

LIMPIEZA Y CONFORMACIÓN EN UN DIENTE NECRÓTICO

Una pieza dentaria con pulpa contaminada fácilmente se desarrolla muchos microorganismos manteniendo la infección, por esa razón se debe realizar la preparación mecánica con la irrigación que remueva esos restos tisulares dando forma en todas sus dimensiones para facilitar la obturación, reduciendo el cantidad de microorganismos encontrados en el conducto radicular (19).

Existen diversas técnicas de instrumentación, ya depende del odontólogo que técnica utilizar la que le parezca más sencilla. Es importante emplear una buena sustancia irrigadora para disolver esos restos de tejido pulpar y eliminar los microorganismos con todos sus componentes; generalmente utilizamos el hipoclorito de sodio al 2% si consiste en necropulpectomía tipo I y si 2.5% si es necropulpectomía II (20).

Es importante la medicación sistémica para la prevención de reagudización de los procesos endodónticos con antibióticos, que individualmente será medicada por el odontólogo.

Una vez destruida las bacterias se procede a la obturación para rellenar en su totalidad los conductos radiculares.

TÉCNICAS DE OBTURACIÓN DE CONDUCTOS EN UNA NECROPULPECTOMÍA

En la actualidad se emplean muchas técnicas de obturación de un conducto radicular empleando la gutapercha con el cemento, muchos son antiguos pero exitosos, otros son nuevos y se espera la opinión de cada uno de ellos. Existen técnicas para obturar el conducto radicular con gutapercha y cemento sellador entre ellas se encuentran: (21).

- Cono único.
- Condensación lateral.
- Condensación vertical.
- Condensación seccional.
- Uso del ultrasonido
- Técnica termo plastificada o inyectables.
- Gutapercha químicamente plastificada.
- Thermafil.
- Compactación.
- System B. (21).

TÉCNICA DE CONDENSACIÓN LATERAL

Sostiene como objetivo la obturación tridimensional de los conductos radiculares aislando el conducto radicular de los periapicales hacia la cavidad bucal, evitando la introducción de agentes tóxicos al conducto radicular y respetando el 1mm del ápice por ser necropulpectomía (22).

Se selecciona el cono de gutapercha llamado cono maestro a partir del último instrumento utilizado y sucesivamente el resto de gutapercha incluyendo su longitud para el acondicionamiento del conducto radicular. El tamaño debe ser preciso de la gutapercha y debe adecuarse individualmente (10).

En cuanto al relleno con los conos de gutapercha, se debe utilizar un material sellador (cemento) para revestir las paredes laterales antes de sumergir el conducto radicular en su totalidad. Seguidamente se coloca el cono adecuado hasta la longitud real e inicia el proceso de condensación. (21).

Los condensadores se utilizan para apretar la gutapercha hacia las paredes de los conductos radiculares, y para adicionar conos accesorios de su mismo o menor grosor que el condensador empleado (21).

El desarrollo de espaciamiento con el condensador se reitera varias veces, hasta que impidan el ingreso de otro de otro cono (23).

Con un instrumento o gutaperchero calentándolo al rojo vivo se corta el extremo de los conos a nivel de la corona, y la gutapercha debe ser compactada verticalmente. (21).

A pesar de ser la técnica más utilizada nos muestra Carlos Canalda (24) nos muestra que existe algunas ventajas y desventajas:

Ventajas:

- Está indicada en la mayoría de casos de endodoncia.
- El uso del instrumento es sencillo.
- Concierne sencillo.
- Se ha demostrado que es más eficaz que otras técnicas.
- Eficiencia de un buen sellado del conducto radicular.
- Se puede controlar el límite del ápice mediante la obturación y el empleo del instrumento (25).

Desventajas:

- Los conductos dilacerados que obstaculizan una obturación óptima del conducto radicular.
- La gutapercha puede ser movilizadada o retirada fácilmente si sumergimos a presión con una mala manipulación (25).

Es importante mencionar que la necrosis pulpar es la destrucción del nervio dentario (pulpa), la necrosis es el resultado de una inflamación producida por la caries, periodontitis, también puede ocurrir por traumatismos que destruye el nervio dentario y desarrolla una reacción inflamatoria, como resultado causa una pulpa necrótica gangrenosa seca (26).

La pulpa dentaria está conformada por: nervios, tejido conectivo laxo, vaso sanguíneo, fibras colágenas, reticulares y elásticas que la hacen sencillamente

alterable debido a procesos periodontales, iatrogenias, infecciones y afectación a la pulpa (27).

Según Vier FV en el 2004 en el trabajo menciona que la pulpitis aguda puede avanzar rápida o lentamente, dependiendo de los factores intrínsecos hacia la muerte de la pulpa, con un proceso de dolor que evoluciona y puede llegar a producir necrosis pulpar. Se puede diagnosticar con la sintomatología, radiografía, palpación, percusión, estímulos al frío y al calor, etc. (28).

En la mayoría de casos con necrosis pulpar es totalmente asintomática, puede presentar decoloración de la pieza dentaria, clínicamente se evidencia salida purulenta (fistula), en la radiografía se puede evidenciar de color radiopaco con ensanchamiento del espacio apical, esta patología se puede extender y causar daños a los dientes continuos (26).

ETIOLOGÍA

Las infecciones que se producen por los microorganismos anaerobios y bacterias gramnegativos (16) son las más responsables que afectan a la pulpa dentaria.

Según Kakehashi y cols. (17) mencionaron que el valor de estos microorganismos como responsables de estos padecimientos. La infección inicia a través de la corona o de la raíz del diente llegando hacia la pulpa dental.

Otras causas más frecuentes para la contaminación pulpar son: Los procesos cariosos y proceso embrionario de la pieza dentaria (16).

Los traumatismos como luxaciones, fracturas, fisura, bruxismo, abrasión, tratamiento ortodóntico, tallado dentario para prótesis y los cambios repentinos de temperatura (16).

El uso de rayos x en pacientes o tratamiento con radioterapia en cuello y cabeza. (16).

2.3. Marco Conceptual

Necrosis pulpar. - Es la muerte del nervio pulpar provocada por un estímulo o mediante contaminación externa o interna. (29).

Microorganismos. – Se denominan a los seres vivos que solo pueden ser vistos microscópicamente. (30).

Diente. – Cuerpo duro conformada por varios tejidos ubicada en la mandíbula y en el maxilar de los hombres y animales, ayuda como órgano de masticación o de defensa (31).

Endodoncia. – Es un tratamiento dental que se realiza dentro de la pieza dentaria y que consiste en eliminar los restos de contaminación que se alojó en la pulpa y/o periápice. (32).

Obturación. – Es el relleno tridimensional y permanente con un cemento que sella los espacios vacíos dejados por la preparación biomecánica al ser eliminada la pulpa dental. (33).

Bacterias. - Son infecciosas porque producen toxinas y al reproducirse dentro de nuestro cuerpo provocan múltiples enfermedades. (34).

Infección. –Es el proceso que causa un microorganismo invadiendo una zona del cuerpo y llega a multiplicarse provocando daño, enfermedades (35)

Pulpa dental. – Es un conjunto de tejido conectivo, innervado y vascularizado, contiene fibras colágenas y está delimitada por la dentina de la pieza dentaria. (36)

Condensación lateral. – Tiene como propósito una obturación que sella completamente los conductos radiculares utilizando los conos de gutapercha y un cemento sellador (37).

Instrumentación. – Es el procedimiento que se realiza con las limas ya sean manuales o mecánicas para la extirpación de la pulpa dental con una sustancia que nos permita facilitar el trabajo. (38).

CAPÍTULO III

CASO CLÍNICO

3.1. Historia Clínica

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDOS: X.D.R.C.

SEXO : Femenino

EDAD : 29 años

OCUPACIÓN : Estudiante

TELÉFONO : 915748576

DOMICILIO : Prolongación Jorge Chávez mz b lote 18

RELIGIÓN : Mormona

ESTADO CIVIL : Soltera

LUGAR DE NACIMIENTO: Mazamari

FECHA DE NACIMIENTO : 03/03/1992

MOTIVO DE CONSULTA

Ligero dolor al estímulo, incomodidad en sus dientes en la parte anterior.

Enfermedad Actual

Paciente femenino se presenta a la consulta para continuar con su tratamiento dental de 1 año aproximadamente, refiere un ligero dolor en la zona palatina a dirección del ápice de la pieza antero superior 2.2 al contacto con la comida y el cepillado, en la actualidad le incomoda y desea continuar con el tratamiento.

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Antecedentes personales:

- Hábitos nocivos: No refiere.
- Enfermedades hereditarias: Cáncer al estómago.

Antecedentes patológicos:

- Enfermedad anterior: No refiere.
- Intervención quirúrgica: No refiere.
- Hospitalización: No refiere.
- Medicamentos de uso frecuente: No refiere.
- Enfermedades sistémicas: Aparentemente no presenta.

Antecedentes familiares:

- Padres: no refiere enfermedades sistémicas
- Hermanos: 5 hermanos, no refiere problemas algunos.
- Abuelos: Abuela paterna falleció por cáncer al estómago, abuelo paterno vivo y sano, abuelos maternos vivos y sanos.
- Otros familiares: No refiere.

3.2. Exámen General

Signos vitales:

- Peso: 48 kg.
- Talla: 1.55 cm.
- IMC: 19.1
- Presión arterial: 119/67 mmHg.
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm.
- Pulso: 80 ppm.
- Temperatura: 37°C.

Piel:

- Textura: Suave.
- Turgencia: Conservada.
- Color: Blanca.
- Cicatrices: Aparentemente no presenta.
- Pigmentación: Presenta nevo en la ceja izquierda, y pequeñas manchas melánicas en ambas mejillas
- Lesiones: Aparentemente no presenta.

3.3. Evaluación Integral

Exámen extraoral

- Facie: Facie normal.
- Cráneo: Normocéfalo.
- Cara: Normofacial.

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

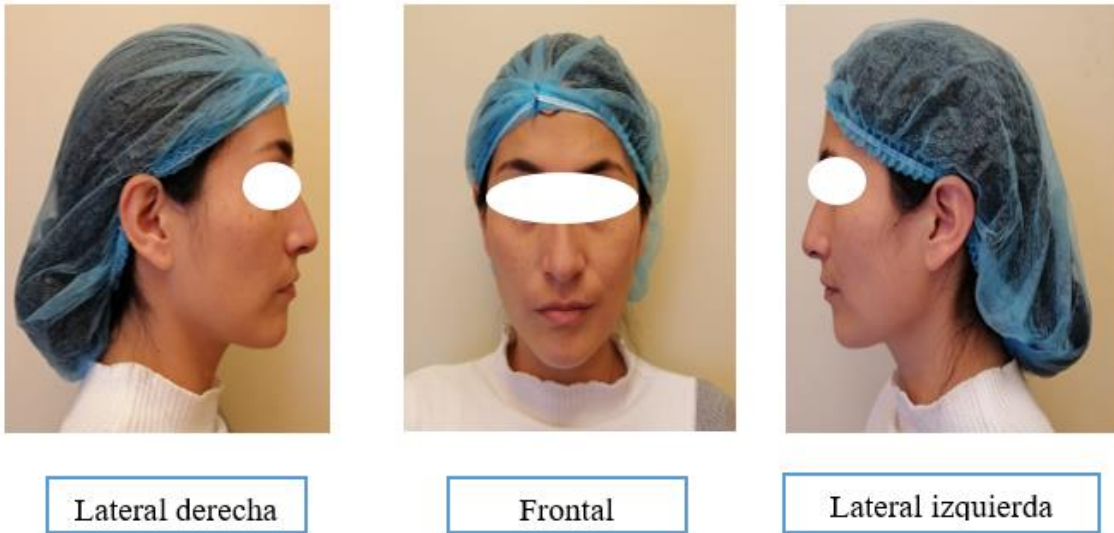


Figura 1. Fotografías extraorales

Exámen intraoral:

- Labios: Rosados, simétricos, labio superior e inferior delgados.
- Paladar duro: Presencia de rugas palatinas prominentes transversales asimétricas, rosado.
- Paladar blando: Mucosa lisa con abundantes glándulas, rosada, presencia de la línea de postdam.
- Carrillo: Presencia de los gránulos de fordyce, mucosa hidratada, rosada.
- Orofaringe: Úvula pequeña, amígdalas palatinas sin alteración evidente.
- Lengua: Normoglosia, papilas gustativas anteriores pequeñas, papilas gustativas posteriores grandes, dorso de la lengua aparentemente normal, movimientos normales.
- Piso de boca: Presencia de mucosa color rosada, lisa, brillante, húmeda, profundidad mediana.

- Gíngiva: Sin recesión gingival, color rosado, sonrisa gingival media.

Encía: Normal.

Color: Normal.

Textura: Normal.

Consistencia: Normal.

Encía Papilar: Normal.

- Frenillos: Frenillo labial superior de inserción media, y frenillo lingual de inserción media.
- Saliva: Abundante, serosa y transparente.
- Número de piezas dentarias: 29
- Análisis de la pieza sintomática:

Pza N° 2.2

Inspección: Se evidencia una coloración oscura en la cara vestibular.

Percusión: Sintomática.

Exploración: Se evidencia placa bacteriana.

PVP: Frio asintomática, Calor asintomática.

- Oclusión:

Relación molar derecha: Clase I.

Relación molar izquierda: Clase I.

Relación canina derecha: Clase I.

Relación canina izquierda: Clase I.

Línea media: Coincide.

Trayectoria mandibular: Apertura y cierre sin desviación.

Dimensión vertical: Fisiológica.

Grado de apertura bucal: 40mm

Overbite: 2%.

Overjet: 3mm.

Interferencias oclusales: No presenta.

EXÁMENES INTRAORALES



Derecha



Izquierda



Superior



Inferior

Figura 2. Exámenes Intraorales

Odontograma:

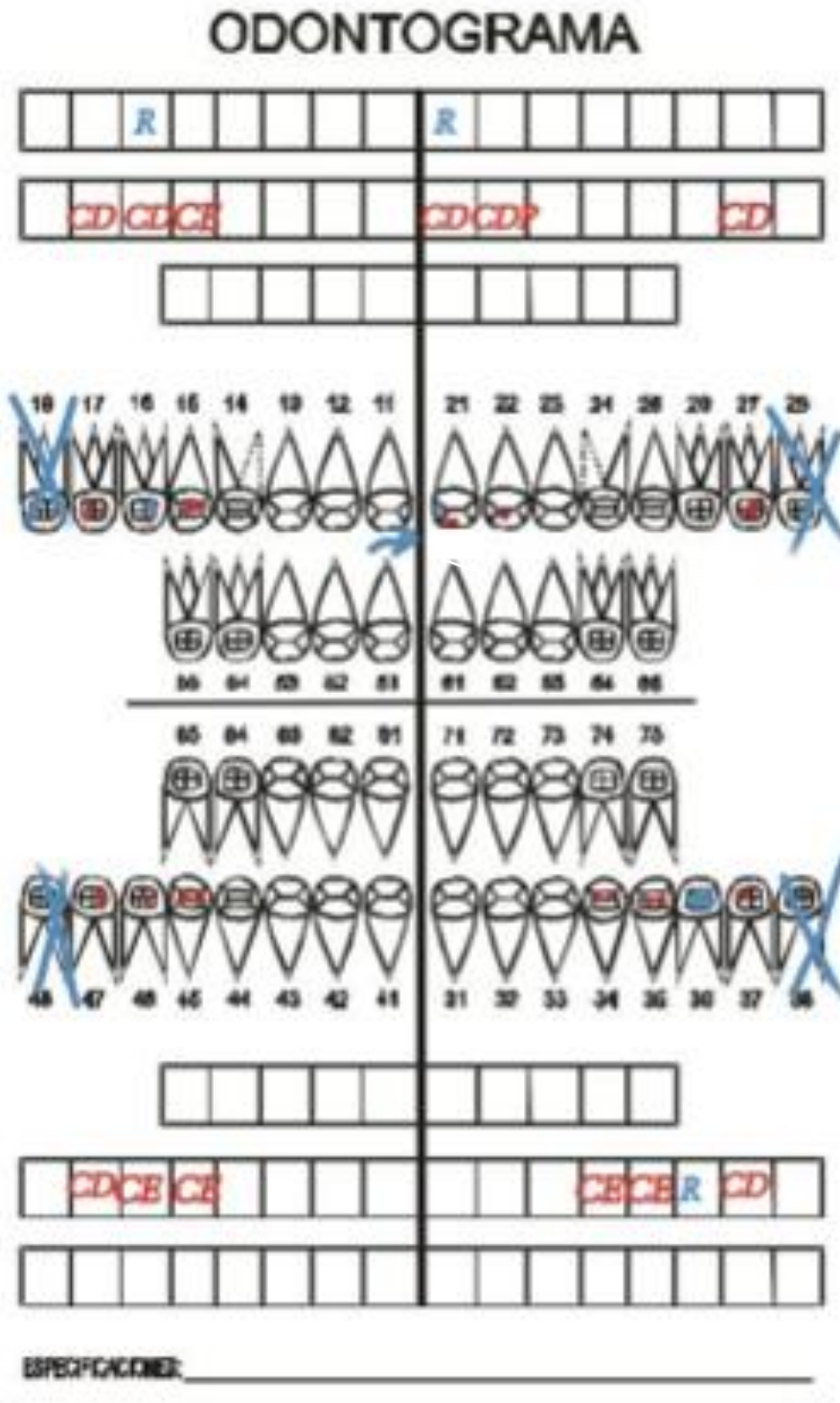


Figura 3. Odontograma

3.4. Exámenes Auxiliares

Se practicó la toma de una radiografía periapical, mediante la técnica paralelismo observándose:

- **Pieza 2.1:** Elongación moderada de cámara pulpar, imagen radiolúcida en relación probable absceso periapical.
- **Pieza 2.2:** Imagen radiolúcida a nivel apical en relación probable a absceso periapical, con diagnóstico diferencial a granuloma periapical, con ligero, ensanchamiento periodontal, dilaceración apical divergente
- Reabsorción ósea horizontal moderada de forma horizontal entre las piezas 21 y 22.



Figura 4. Exámenes auxiliares

Receta médica

Para aliviar el ligero dolor un antiinflamatorio no esteroideo.

Naproxeno sódico 550mg #06 tabletas

Tome una tableta V.O cada 12 horas por 3 días

9:00 a.m. – 9:00 p.m.

Después de las comidas.

Para eliminar las bacterias que causan las infecciones como el absceso apical crónico un antibiótico.

Amoxicilina más ácido clavulánico 500/125mg #15 tabletas

Tome una tableta V.O cada 8 horas por 5 días

Después de las comidas.

3.5. Diagnóstico General

Paciente con aparente buen estado de salud general, buen estado de salud nutricional, lúcida orientada en el tiempo y en el espacio.

3.6. Diagnóstico Estomatológico Por Especialidades

PERIODONCIA: Gingivitis localizada inducida por placa bacteriana.

OPERATORIA: Caries múltiple en esmalte y dentina

ENDODONCIA: Necrosis pulpar y absceso apical crónico de la pieza 2.2

CAPITULO IV

4.1. Plan de tratamiento

- Periodoncia: Fisioterapia y profilaxis
- Operatoria dental: Restauraciones múltiples.
- Endodoncia: Tratamiento de conducto necropulpectomía II de la pieza 2.2.

FICHA DE ENDODONCIA

DIAGNÓSTICO: Necrosis pulpar y absceso apical crónico de la pieza 2.2.

Momentos operatorios

Apertura Cameral: Se procedió hacer el acceso cameral con una fresa redonda diamantada mediana halo azul, luego procedemos con la fresa endoz de carburo de tungsteno para mejorar la visibilidad y facilitar al acceso hacia los conductos radiculares.

- Conductimetría inicial: 22mm.
- Conductimetría final: 21mm.
- Zona o cúspide de referencia: Cara palatina por debajo del cingulo de la pieza 2.2.
- Técnica de instrumentación: Técnica convencional.

Instrumentos empleados en preparación biomecánica

- Limas empleadas: Lima tipo K Maillefer.
- Lima maestra apical: #40.
- Limas: 15-20-25-30-35-40.
- Otros: Escariadores 15-20-25-30-35-40.
- Sustancias irrigadoras: Hipoclorito de sodio 2.5%, EDTA.

Medicación intraconducto : Paramonoclorofenol alcanforado

Obturación de conducto

- Cono maestro: #40.
- Pasta obturatriz: Cemento Endofeal.
- Evolución: Favorable.

Fecha de control

- 28/Agosto/2021

- 06/Septiembre/2021

4.2. Procedimiento

1ra cita

1. Radiografía de diagnóstico:

Iniciamos con la toma radiográfica periapical de la pieza 2.2. La toma de radiografía de diagnóstico es imprescindible para las siguientes etapas del tratamiento endodóntico ya que nos ayuda a fundamentar el pronóstico, nos ayuda a comprobar la longitud de trabajo y nos ayuda a diagnosticar si presenta alguna lesión a nivel del periápice



Figura 5. Radiografía de Diagnostico

2. Aislamiento absoluto:

El aislamiento absoluto consiste en aislar en forma general las piezas dentarias de la encía, lengua, dientes, saliva y mucosa, con el objetivo de evitar la contaminación, mayor visibilidad, y evitar la ingesta de material accidental o la absorción de sustancias tóxicas. Los instrumentos a utilizar son: arco de Young, clamp, porta clamp y dique de goma para realizar el aislamiento absoluto determinamos la posición del agujero, marcamos, perforamos, seleccionamos el clamp #00 y lo colocamos en el del dique de goma, luego con la porta clamp lo llevamos a la pieza dentaria asegurando con el arco de Young.



Figura 6. Aislamiento absoluto

3. Apertura cameral:

Para realizar la apertura cameral es nuestra obligación conocer la morfología de la estructura del diente para evitar el fracaso al inicio del tratamiento, se procedió hacer el acceso cameral con una fresa redonda diamantada mediana halo azul e iniciamos la apertura que se realizará en la cara palatina por debajo del cíngulum siguiendo el eje longitudinal del diente, la sensación al llegar a la cámara pulpar “es de caer en un vacío”, luego procedemos con la fresa endoz de carburo de tungsteno para la conformación de la cámara pulpar.



Figura 7. Apertura cameral

4. Conductometría:

Según la Técnica de Ingle ingresamos al conducto con la lima tipo K más fina de 25mm #15, pasamos a tomar una radiografía periapical y medimos la Longitud del Diente con una regla endodóntica del borde incisal hasta la punta del ápice, en este caso la LD: 22mm, al ser una necropulpectomía existe mayor contaminación a nivel del ápice por ende restamos -1 para una eliminación más completa, una vez restada la Longitud de Trabajo sería 21mm. Determinar la LT nos muestra hasta qué punto se debe instrumentar a la hora de trabajar con los conductos (39)

Esta metodología nos recomienda Ingle y fue revisado por otros autores, mencionando que la técnica de Ingle es excelente comparando con otras técnicas, por lo que se recomienda en las prácticas preprofesionales y profesionales.



Figura 8. Conductometría

5. Preparación biomecánica – Instrumentación:

Tiene como objetivo la eliminación del contenido de la cámara pulpar y conductos radiculares como: microorganismos, tejidos contaminados, barro dentinario, dándole una conformación de ensanchado y alisado.

Para realizar la instrumentación utilizaremos desinfectantes y agentes quelantes.

Hipoclorito de sodio que tiene como propiedades:

- Acción detergente.
- Acción antiséptica.
- Acción blanqueante.

Ventajas:

- Acción de lavado y barrido mecánico
- Disuelve tejido orgánico.
- Desodoriza.
- Virucida y anti fúngico.

Desventajas:

- Solo actúa en material orgánico.
- Al contacto con la mucosa puede ocasionar severas lesiones en la cavidad oral.

Para una necrosis pulpar Hipoclorito de Sodio al 2,5% en solución “Labarraque” 1 parte de lejía y 1,1 parte de agua destilada según la siguiente formula:

% hipoclorito de sodio concentrado – 1

% hipoclorito de sodio deseado

5,25% - 1 = 2,1-1= 1,1 parte de agua destilada por cada parte de Hipoclorito.

2,5%



Figura 9. Preparación biomecánica – Instrumentación:

Para la instrumentación haremos uso la técnica convencional o técnica ápico coronal ya que está indicado para conductos rectos y amplios, consiste en introducir las limas en orden sucesivo toda la longitud de trabajo, el instrumental indicado para esta técnica, iniciaremos con la lima más delgada #15 que debe estar calibrada a LT: 21 mm y así sucesivamente hasta llegar a la lima #40 ya que es una necropulpetomía,

evitar penetrar más allá del ápice, la irrigación con EDTA es muy importante para no almacenar barro dentinario en el conducto radicular.



Figura 10. Técnica Ápico Coronal

6. Conometría o Cono maestro:

La última lima empleada en toda la longitud de trabajo se dominará lima maestra, en este caso la Longitud de trabajo es 21mm y la última lima utilizada #40, si el conducto se encuentra en condiciones para la obturación realizamos una irrigación final para eliminar todos los restos de barro dentinario y medicación, seguidamente secamos e introducimos el cono maestro #40 en el conducto 21mm, es recomendable una radiografía periapical para comprobar su exactitud.



Figura 11. Conometría o Cono maestro

7. Obturación con la Técnica de Condensación Lateral:

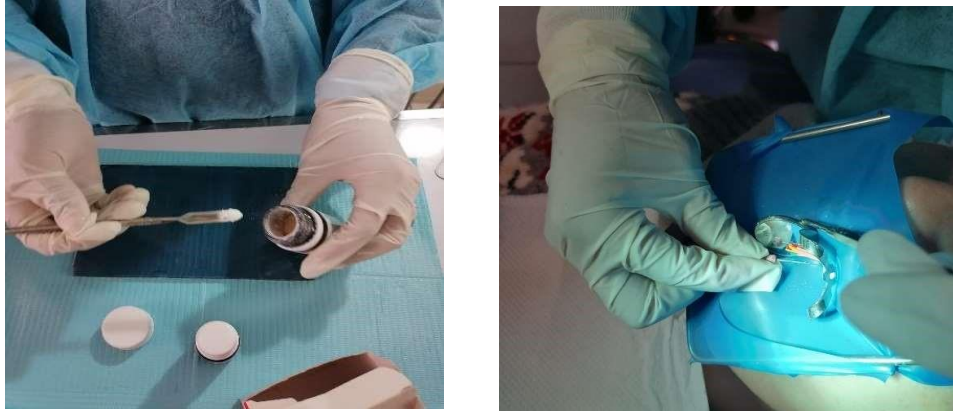


Figura 12. Obturación

1. Irrigamos con suero fisiológico el conducto radicular y secamos con conos de papel.
2. Selección del cono principal de 1ra serie #40 y los conos accesorios #15, #20, #25, #30, #40.
3. Desinfectamos los conos de gutapercha sumergiendo en alcohol de 5 a 6 minutos.
4. Realizamos una pasta cremosa con el cemento elegido, en este caso al ser una necropulpectomía utilizaremos el cemento Endoseal ya que nos proporciona acciones antiinflamatorias, antisépticas y germicidas.
5. Con el ultimo instrumento utilizado llevamos cemento endodóntico dentro del conducto radicular hasta LT girando anti horario y así nuestro cemento endodóntico quedara en las paredes.
6. Secamos los conos de gutapercha.
7. Procederemos al sellado radicular con el mismo cono untamos con cemento endodontico endoseal e introducimos al conducto radicular.
8. Iniciamos con la técnica de condensación lateral, colocando el cono principal e introducimos condensador #15 para llevarlo más apicalmente a la longitud del trabajo, luego retiramos lentamente con movimientos de rotación en los sentidos horarios y anti horarios de esa manera nos quedara espacio para los conos accesorios.

9. Colocamos el cono accesorio del par introduciendo el condensador para ejercer tensión, retiramos el condensador e introducimos los siguientes conos accesorios, realizamos este procedimiento hasta que el condensador no pueda ingresar al conducto radicular.
10. Verificamos con una placa radiográfica si la condensación fue correcta o si presenta algún inconveniente.
11. Si la condensación fue correcta procederemos a cortar la gutapercha con un instrumento calentándolo al rojo vivo, cortamos la gutapercha en la parte superior y para finalizar hacemos la desinfección correspondiente para colocar material provisional.
12. Al estar limpia la cámara pulpar colocamos un cemento temporal como el óxido de zinc y eugenol hasta la siguiente cita.
13. Retirar el aislamiento absoluto y verificar la oclusión.

8. Control:

1er control: Después de la obturación hacemos una reevaluación a los 9 días y verificamos con una placa radiográfica si continuamos o no con el tratamiento. Si no existe dolor a la percusión, palpación ni molestia pasamos a restaurar la pieza dentaria.



Figura 13. Control

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La Obturación endodóntica con la Técnica de Condensación lateral tiene como propósito recuperar el espacio vacío que dejó la instrumentación con un material que sea biocompatible reemplazando la pulpa y sellando el conducto evitando la reinfección. (22).

Ormaza M. en su trabajo de investigación al evaluar 6 dientes extraídos se realizaron ambas técnicas de obturación, concluyendo que la técnica de condensación lateral produce mejor sellado del cono único y presentó un sellado menor en el tercio medio y apical (10).

Arturo R. en su trabajo de investigación de 60 tratamientos endodónticos, 30 se obturaron con la técnica de condensación lateral, otros 30 con la técnica de condensación vertical, al evaluarse concluye que las densidades radiográficas de ambas técnicas son fiables y ofrecen excelentes resultados (7).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- En base al caso tratado de un diente con necrosis pulpar, es fundamental un buen diagnóstico para el tratamiento adecuado.
- Es muy importante asistir a las infecciones a tiempo y así evitamos una muerte pulpar, en caso de descuido del paciente existe una solución que es el tratamiento de endodoncia en fin de recuperar el diente dañado.
- La técnica de condensación lateral produce mejores resultados a comparación de otras técnicas.
- Si realizamos un tratamiento de conducto en un diente con necrosis pulpar la asepsia es algo fundamental, porque requiere de una eliminación completa de los microorganismos presentes, con una correcta biomecánica, medicación y una precisa obturación de los conductos.
- La técnica de obturación de condensación lateral nos ayudó a culminar la endodoncia de la manera más sencilla y así obteniendo un buen resultado del tratamiento endodóntico y preservando la pieza dentaria.
- En la actualidad existen diversos tipos de obturación endodóntica, cabe resaltar que para un buen diagnóstico existe un tratamiento efectivo según la técnica elegida.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Realizar un buen diagnóstico los exámenes auxiliares como la radiografía periapical, antes y al finalizar el tratamiento.
- Es importante al realizar la técnica de condensación lateral sigamos los pasos correspondientes a la técnica para no fracasar en el tratamiento endodóntico.
- Es importante guiarnos radiográficamente para corroborar nuestro diagnóstico definitivo.
- La técnica de condensación lateral es la más rápida lo que permite una mayor productividad clínica ya que se puede llevar a cabo en todos los casos clínicos (dientes necróticos, canales atrésicos, raíces curvas y raíz incompleta)
- La medicación es importante para contrarrestar la infección.
- Debemos realizar un buen examen intraoral para realizar un tratamiento efectivo.

Referencias

1. Guía de las clases. Anatomía Patológica de 2º Odontología de la URJ.
2. K. V. Frecuencia de patologías pulpares y periapicales en los pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, en el año 2018.. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Áncash; 2018.
3. M L. Endodoncia – Ciencia y Tecnología. Tomo 2. Sao Paulo.
4. BEER R , BAUMANN MA, Kim S.. Atlas de endodoncia Masson. Necrosis del tejido pulpar.; 2000.
5. Chemim H , Figueiredo W , Vinicius M , Carlos R.. Técnicas de obturación endodónticas. Revista Faipe. ; 2017.
6. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, Perú. Rev. Científica. 2017.
7. Arturo Reyes, JA. Artículo de revisión.; Arequipa;Perú.: Universidad Católica San Pablo ; 2017.
8. Munive D , Arnaldo A. eu-repo/semantics/openAccess UNFV Lima Perú ; 2018.
9. F A. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión 2019; Lima Perú.
10. Schettini. MCO. Artículo de revisión.; Universidad Católica San Pablo Arequipa;Perú : Universidad de Guayaquil, Facultad piloto de Odontología., ; 2017.
11. Saona. FAG. Universidad de Guayaquil, Facultad piloto de Odontología 2017.: Universidad de Guayaquil,; 2017.
12. María T. León GY. Odontoestomol vol. 31 no.1 Madrid ene./feb. 2015. 23rd ed. Sinaloa Méxic; 2017.
13. Natalia B SF. Infecciones orofaciales. Diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ed. Avances médicos-dentales; 1 Madrid: Universidad Nacional del Nordeste. ; 2019.
14. ABH. F. Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa. 3rd ed.: Verbete.; 2004.
15. Rodríguez DPA. endodoncia. [Online].; 2016. Available from: <http://od.odontologia.uba.ar/uacad/endodoncia/docs/2017/obturacion2016.pdf>.
16. Sahli CC. Endodoncias – Tecnicas Clinicas y Bases Cientificas.. 2nd ed. España: Elsevier; 2006.

17. Carlos E. Ciencia Endodóntica. 1st ed.: Artes Médicas Latinoamérica ; 2005.
18. Rodríguez JA, Vázquez TdJC. PREPARACION_BIOMECANICA_DE_CONDUCTOS_RADICULARES. [Online].; 2016. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Javier-Alvarez-Rodriguez/publication/303961868_PREPARACION_BIOMECANICA_DE_CONDUCTOS_RADICULARES/links/5760567808ae227f4a3f24d2/PREPARACION-BIOMECANICA-DE-CONDUCTOS-RADICULARES.pdf.
19. Lea Bezerra da Silva. TRATADO DE ODONTOPEDIATRIA (TOMO 2), Periapical Visible Radiograficamente (Necropulpectomia I). 1st ed.; 2008.
20. ABH. F. Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa.. Verbete. 3rd ed. Brasil: Curitiba: Positivo; 2004.
21. Rodríguez-Alonso. E. Tratamiento antibiótico de infección odontogénica.IT del sistema Nacional de Salud. Volumen 33 N° 3/2099. [Online]. Available from: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_3TratAntibInfecOdont.pdf Consultado Julio 5, 2012.
22. Luis Botia AP, Ruiz de Temiño Malo P,ydlMGJC. Tecnicas de obturacion en endodonciam. Rev. Esp. Endodon., 5, 111 (91-104), ; 1987.
23. Cohen S,yBRC. Obturacion del sistema de conductos radiculares)). Buenos Aires: Interamericana,; 1982.
24. Sahli CC. Endodoncias – Tecnicas Clinicas y Bases Cientificas.. 2nd ed. España: Elsevier ; 2006.
25. Ortega Núñez C, Luis Botia AP, Ruiz de Temiño Malo P,ydlMGJC. Tecnicas de obturación en endodonciam. Rev. Esp. Endodon., ed.; 1987.
26. Cohen S,yBRC(). Obturacion del sistema de conductos radiculares Buenos Aires: Interamericana; 1982.
27. Sahli CC. Endodoncias – Tecnicas Clinicas y Bases Cientificas.. 2nd ed. España ; 2006.
28. Vier FV FJ. Internal apical resorption and its correlation with the type of apical lesion.: Int Endod J; 2004.
29. Iztacala..
NOTAS/Notas7Patpulpar/necdefinicion.html#:~:text=Necrosis%20es%20la%20muerte%20de,se%20desarrolle%20una%20reacción%20inflamatoria.

30. Ucha F. Definicionabc.com. [Online].; 2009. Available from: [URL: https://www.definicionabc.com/ciencia/microorganismos.php](https://www.definicionabc.com/ciencia/microorganismos.php).
31. Real academia española. Real academia española. [Online]. Available from: <https://dle.rae.es/diente>.
32. mouthhealthy.org/. [Online].; 2020. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/e/endodontics>.
33. Cohen. OBTURACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. [Online].; 2020 [cited 2022 Febrero 20. Available from: <https://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas12Obturacion/gendefiniciones.html#:~:text=DEFINICI%C3%93N%20DE%20OBTURACI%C3%93N%20RADICULAR%3A&text=Seg%C3%BAAn%20Weine%2C%20la%20obturaci%C3%B3n%20es%20bucal%20y%20del%20parodonto%20profundo>.
34. MedlinePlus. medlineplus.gov. [Online].; 2019. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/bacterialinfections.html>.
35. Dobme MS&. endodoncia España.; 2010.
36. Informacion clinica. consejodontistas.es/. [Online]. Available from: <https://www.consejodontistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/173-informacion-sobre-endodoncia.html>.
37. Jordan F. <http://www.odontologia.unal.edu.co/>. [Online]. Available from: http://www.odontologia.unal.edu.co/endodoncia/html/Und3_cont3.html#:~:text=3%200%2F%203-%20T%C3%A9cnica%20de%20condensaci%C3%B3n%20Lateral,gutapercha%20y%20un%20cemento%20sellador.
38. tecnicas de instrumentacion en ondodoncia. dentisalut.com. [Online].; 2010. Available from: <https://www.dentisalut.com/tecnicas-instrumentacion-endodoncia/>.
39. dentisalut.com. PREPARACIÓN PARA LA TERAPIA DE LOS CONDUCTOS RADICULARES. [Online].; 2011. Available from: <https://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas10Preparacion/condmetingle.html#l4>.

ANEXOS

1. Consentimiento informado



Colegio Odontológico del Perú

Consejo Administrativo Nacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Yo, paciente Xiomara Dalja Rodríguez Chanco, con DNI No. 70.412289, mayor de edad, y con domicilio en Prolongación Jorge Chávez Mz B lote 18 - E.Tambo
o Yo con DNI No.
mayor de edad, y con domicilio en
representante legal de en calidad de

DECLARO

Que el Cirujano Dentista Bachiller Mishell Gutierrez Pasana me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria, para los que me ha informado debidamente de lo siguiente:

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas o infecciosas

2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado también que tendré la sensación de adormecimiento 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 administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte.

También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfixia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.

Decano Nacional: Esp. C.D. David Ignacio Vera Trujillo
Vicedecano Nacional: Esp. C.D. Elmer Hamilton Salinas Prieto
Director General Nacional: C.D. Javier Román Quispe Martínez
Director de Economía Nacional: Mg. C.D. César Augusto Adriansén Acurio
Director de Administración Nacional: C.D. Luisa Lozano Guerra
Director de Logística Nacional: Esp. C.D. Juan Carlos Cerna Basto
Director de Planificación Nacional: Esp. C.D. Marlon Amílcar Tenorio Anicama

Sede Central
Calle Oceano Ártico 261
Urb. Santa Constanza, Monterrico,
Santiago de Surco
Tel.: (+511) 435-6050 - 434-0969

www.cop.org.pe
secretariacop@cop.org.pe



Colegio Odontológico del Perú
Consejo Administrativo Nacional

4. Se me ha informado, que a pesar de realizar 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 periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno 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 o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.


He comprendido lo que se me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

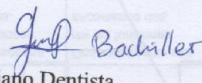
Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.

En Lima, a21.....de Agosto de 2021


El Paciente o
Representante Legal


El Cirujano Dentista
COP .D.N.L. 7.49.4.9098

Decano Nacional: Esp. C.D. David Ignacio Vera Trujillo
Vicedecano Nacional: Esp. C.D. Elmer Hamilton Salinas Prieto
Director General Nacional: C.D. Javier Román Quispe Martínez
Director de Economía Nacional: Mg. C.D. César Augusto Adrianzen Acurio
Director de Administración Nacional: C.D. Luisa Lozano Guerra
Director de Logística Nacional: Esp. C.D. Juari Carlos Cerna Basto
Director de Planificación Nacional: Esp. C.D. Marlon Amílcar Tenorio Anicama

Sede Central
Calle Océano Ártico 261
Urb. Santa Constanza, Monterrico,
Santiago de Surco
Tel.: (+511) 435-6050 - 434-0969

www.cop.org.pe
secretariacop@cop.org.pe


WASCO UNIVALENTE
Esp. Odontopediatría
COP 13575 R.N.E 143

2. Historia clínica



UNIVERSIDAD PERUANAS ANDES
Escuela Profesional Odontología



RIESGO SISTÉMICO	RIESGO ESTOMATOLÓGICO	CONDUCTA
Bajo	Regular	Catehoredora, Buena
FECHA	21-Agosto-21	H.C. N° 70412289

HISTORIA CLÍNICA

ECTOSCOPÍA:
Paciente de aproximadamente 28 años, aparentemente buen estado de salud, lúcido, orientado en el tiempo y el espacio.

1. ANAMNESIS

1.1. FILIACIÓN _____

NOMBRE

 APELLIDO PATERNO: Rodríguez APELLIDO MATERNO: Chanco NOMBRES: Yomara Dalga

Como lo llaman en casa: Yomi Edad: 28 m 9 Sexo: F

Fecha de Nacimiento: 03/04/92 Lugar: Mazamari Religión: Maimona Estado Civil: Soltero

Procedencia: Huancayo Tiempo de residencia en Huancayo: 2 años

Domicilio: Píscar, Jorge Chávez Mz lote 10 Distrito: El Tumbó

Grado de Instrucción: 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6
 PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR

En caso necesario comunicar a: José Rodríguez Parentesco: Papá

Domicilio: Jr. La Florida, S/A - Mazamari Teléfono: 948 214300

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA:
Ligero dolor al estimular, incomodidad en los dientes en la parte anterior

ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente femenino se presenta a la consulta para continuar con su tratamiento dental de fono aproximadamente, refiere un ligero dolor en la zona palatina a nivel del base de la pieza onhosuavier 7.2 al contacto con la comida y el cepillado, en la actualidad le incomoda y desea continuar con el tratamiento.

1.3. ANTECEDENTES

Personales: Estudiante de Tecnología Médica, trabaja 8 horas de lunes a sábado, alimentación balanceada a base de proteínas, minerales y carbohidratos, FUR: 12-09-2021

Familiares: Abuela paterna falleció por cáncer al estómago

Patológicos: No refiere

Alergias: No refiere

2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

2.1. PESO Y TALLA:	48 kg - 1.55 cm	IMC: 19.1
2.2. PIEL Y ANEXOS:	Presenta un nevo en la ceja izquierda	
2.3. SIGNOS VITALES:		
- Presión Arterial:	119/67 mmHg	Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Pulso:	80 ppm	Temperatura: 37°C

FECHA:

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

3.1. EXAMEN EXTRABUCAL				
Facies: <u>Norma/</u>				
Cráneo	Normocefalo (X)	Braquicéfalo ()	Dolicocéfalo ()	
Cara:	Normo facial (X)	Braquifacial ()	Dolicofacial ()	
MUSCULOS	Der.	DOLOR (SEMIOLÓGIA)	Izq	Der.
				TONICIDAD
Temporal	Asintomático	Asintomático		Tónico
Masetero	Asintomático	Asintomático		Tónico
Pterigoideo Externo	Asintomático	Asintomático		Tónico
Pterigoideo Interno	Asintomático	Asintomático		Tónico
Digástrico	Asintomático	Asintomático		Tónico
Esternocleidomastoideo	Asintomático	Asintomático		Tónico
Cervicales Posteriores	Asintomático	Asintomático		Tónico
Ampliación:				
ATM: <u>Sin alteración evidente a la palpación de los músculos y articulaciones ni auscultación.</u>				
Región hioidea o tiroidea: <u>Sin alteración evidente a la palpación de la región hioidea, sin alteración evidente a la región tiroidea.</u>				
Ganglios: <u>Impalpables, sin alteración evidente.</u>				
3.2. EXAMEN INTRABUCAL				
• TEJIDOS BLANDOS				
Labios y comisura labial: <u>Color rosado, simétricos, hidratados, delgados, comisura labial conservada.</u>				
Carrillos: <u>Color rosado, mucosa hidratada, presencia de los gránulos de Fordyce.</u>				
Paladar duro y blando: <u>PD: color rosado pálido, presencia del fite medio; PB: color rosado presencia de la línea postdum.</u>				
Orofaringe: <u>Úvula pequeña, presencia de las amígdalas palatinas sin alteración evidente.</u>				
Lengua: <u>Normoglosia, hidratada, dorso de la lengua aparentemente normal, movimientos normales.</u>				
Piso de boca: <u>Presencia de cuñuculos sublinguales, mucosa rosada, lisa, brillante y húmeda.</u>				

Encías:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Falta o ausencia	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Inconsistencia	A nivel de piezas: _____
Otros: _____			
Color:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Eritematosa	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Pálida	A nivel de piezas: _____
Otros: _____			
Textura:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Lisa	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Rugosa	A nivel de piezas: _____
Otros: _____			
Consistencia:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Edematosa	A nivel de piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Fibrosa	A nivel de piezas: _____
Otros: _____			
Encía papilar:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Entre piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Aplazada	Entre piezas: _____
		<input type="checkbox"/> Crateriforme	Entre piezas: _____
Otros: _____			
Frenillos: Superior de inserción media, inferior de inserción media			
Saliva: Abundante, serosa, transparente			
Ampliación: _____			

• TEJIDOS DUROS			
Maxilares:			
Superior: tamaño mediano ; forma ovalada			
Inferior: tamaño mediano ; forma ovalada			
Dientes:			
Número:	28 piezas dentarias	Tamaño:	
Forma:	ovalada	Color:	umacilenta
		Diastemas:	-
Zonas edéntulas y reborde alveolar:			
No presenta zonas edéntulas, reborde alveolar conservado			
Alteración de Posición:			
no presenta			
Facetas de desgaste:			
no presenta			
• ANÁLISIS DE PIEZA DENTARIA SINTOMÁTICA:			
Pza N° 1-2			
Inspección: Se evidencia una coloración oscura en la cara vestibular			
Percusión: Sintomática			

ODONTOGRAMA

R					R										
CO CO CE						CO CO			CO						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
36 34 33 32 31				31 32 33 34 35											
85 84 83 82 81				71 72 73 74 75											
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CO CE CA						CE CE R CO									

ESPECIFICACIONES: _____

4. RESUMEN DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO: (considerar resumen de lo patológico)

Paciente R.C.D. de 29 años ingresa a la consulta "por un ligero dolor al estímulo e incomodidad en sus dientes en la parte superior", en enfermedad actual refiere que desea continuar con su tratamiento dental de 1 año aproximadamente, refiere dolor en la zona palatina o asociada del 5º pie de la pieza anterior superior 22 al contacto con la comida y al cepillado, en la actualidad le incomoda y desea continuar con el tratamiento. En antecedentes familiares comenta que su abuela materna falleció de cáncer al estómago. Presenta caries dental en las piezas 17-16-15-21-22-27-47-48-49-34-35-37. Análisis de la pieza dentaria sintomática: Pieza 22 Inspección se evidencia una coloración oscura en la cara vestibular y percusión → sintomática. exploración → se evidencia placa bacteriana a nivel palatino.

VºBº

5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**5.1 DEL ESTADO GENERAL:**

Aparente Buen Estado de Salud General: Si No:
 Enfermedad sistémica: Sin alteración evidente
 Interconsulta: Si No Fecha:

5.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

Pareso carioso en las piezas 17-16-15-21-22-27-47-48-49-34-35-37

VºBº

6. EXÁMENES AUXILIARES Y OTROS: (UTILIZAR FICHA ANEXA SI ES NECESARIO)

Radiografía Periapical
 Flecha médica

VºBº

7. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

7.1 DEL ESTADO GENERAL:

Aparente Buen Estado de Salud General:

Si:

No:

Enfermedad sistémica: *negativa*

7.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

Caries dental en los piezas → 12-16-15-21-22-27-47-46-45-34-35-37

FECHA:

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

8. PLAN Y CRONOGRAMA DE TRATAMIENTO: (POR AREAS)

Operativa dental: Restauraciones múltiples

Endodoncia: Necropulpectomía II

FECHA:

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:

10. EPICRISIS

Paciente en ABSC, BSCN, ABEN, de sexo femenino P.C x.O de 29 años
ingresa a la consulta "por intenso dolor al estirarlo e incomodidad en sus
dientes en la parte superior", en enfermedad actual refiere que desea continuar
con su tratamiento dental de largo plazo, manifestando, intenso dolor en la
zona palatina o dirección del ápice de la pieza anterior superior 22 al contacto
con la comida y al cepillado, en la actualidad le incomoda y desea continuar
con el tratamiento. En antecedentes familiares nos comenta que su
abuela padeció falleció de cáncer al estómago. Presenta caries dental en
las piezas 17-18-13-21-22-27-47-48-49-34-35-39. Análisis de los piezas
dentales sintomática: Por 22 intrusión → se evidencia una calcificación
oscura en la cara vestibular; Perimixión → sistémica; Exploración → se
evidencia placa bacteriana a nivel palatina = diagnóstico definitivo presenta
caries dental múltiple.

Fecha de ingreso 21-Agosto-21

Fecha de egreso 21-Agosto-21

Procedimiento: Se realizó la endodoncia (retrocurvatura) en 2
citas con la técnica de condensación lateral más el uso de hipoclorito
al 2.5% y EDTA, gutapercha de tixotro, cemento endodonta 5-100
biológico.

Condición: Paciente con mejoría clínica posterior a la intervención
realizado, sin complicaciones. Toleró alimentos, de ha acudido a su
hogar solo a la semana para su control.

Recomendaciones: Tratarse con antibióticos por 7 días, analgésicos
solo en casos de dolor, prohibido consumir pescados, mariscos,
alcohol, café por 7 días.

Profesional tratante: Mikel Estefani Gutierrez Paredes con DNI 7409202
Universidad Cesar Vallejo, Los Andes.

FECHA:

Y FIRMA DEL DOCENTE:

3.Ficha de endodoncia

PLAN DE TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Rodríguez Chaves Dionicio FECHA: 21-Agosto-21

DIAGNOSTICO:

Plan de Tratamiento

Pieza	Fecha de iniciado	Tratamiento	Tipo de Anestesia
22	21-Agosto-21	Normalizafemur	Infiltrativa

Apertura cameral:

Conductometría inicial (mm.) un casillero para Cada conducto

22 mm				
-------	--	--	--	--

Conductometría final (mm.) un casillero para Cada conducto

21 mm				
-------	--	--	--	--

Zona o cúspide de referencia _____

Cara palatina por debajo del cíngulo de la pieza 2.2

Técnica de Instrumentación:

Técnica convencional

Instrumentos empleados en preparación biomecánica:

Fresas Gates-Glidden empleadas

Lima maestra apical


Limas

otros

Sustancias irrigadoras

Lima h.p.o.k. Maillefer
40
15-20-25-30-35-40
estratificadas 15-20-25-30-35-40
Un paquete de sodio 2.5%
Gda

4. Receta medica


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

RP:
PACIENTE: Rodriguez Chanco Xiomara D.
EDAD: 29 años
HC.: 70412289

① Naproxeno sodico 550 mg
#06 tabletas

② Amoxicilina más ácido clavulánico
500/125 mg
#15 tabletas

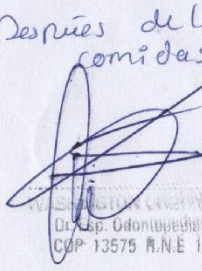
Fecha: 21/08/2021


ALUMNO

INDICACIONES

① Tome una tableta V.O cada
12 horas por 3 días
• 9 am - 9 pm
• Después de las comidas

② Tome una tableta V.O
cada 8 horas por 5 días
• Después de las
comidas


Od. Esp. Odontopediatria
COP 13575 R.N.E 143

5.Informe radiológico

INFORME RADIOGRÁFICO

PACIENTE	:	[REDACTED]
EXAMEN	:	Radiografía Periapical
FECHA	:	19.01.2022
REFERENTE	:	MISHEL GUTIERREZ PARIONA

TÉCNICA:

Se practicó estudio con radiografía periapical, observándose:

HALLAZGOS:

- Piezas 21: elongación moderada de cámara pulpar, imagen radiolucida en relación probable absceso periapical
- Piezas 22: imagen radiolucida a nivel apical en relación probable a absceso periapical, con diagnóstico diferencial a granuloma periapical, con ligero ensanchamiento periodontal, dilaceración apical divergente
- Reabsorción ósea moderada de forma horizontal entre las piezas 21,22



DR. WASHINGTON M ORDOÑEZ HOSPINAL
DOCENTE -ASESOR