

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : **PROPIEDADES ESTÉTICAS EN UNA RESTAURACIÓN CLASE III DE BLACK. CASO CLÍNICO**

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Emerson Giovanni Santa Cruz Santiago

Asesor : Dr. Daniel Roque Felen Hinostroza

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

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Dental Particular

HUANCAYO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirme, por guiarme por ser el apoyo y fortaleza en aquel en los momentos difíciles y de debilidad.

Gracias a mis padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar en mí y creer.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela Profesional de odontología de la Universidad Peruana Los Andes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	17
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	18
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	19
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	23

CAPÍTULO IV

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

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	28
-----------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES	29
--------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	30
ANEXOS	31
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	37

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo devolver al diente las características perdidas como consecuencia de su proceso fisiopatológico.

En los últimos años del progreso de las prácticas técnicas de operación y la mejora constante las características físicas, químicas y mecánicas de los materiales de reconstrucción permitieron al odontólogo centrarse en la búsqueda permanente de aspecto estético de las restauraciones.

Ya que mucho de ellos se debe a que los pacientes son más exigentes en la estética de las piezas dentarias, es por ello que muchas de las técnicas se han dejado atrás a si mismo los materiales que presentan poca estética, bajo resistencia y susceptibilidad al cambio color, gracias a la evolución de los materiales restauradores podemos ver que la estética de los pacientes en el tratamiento odontológico ha mejorado y gracias a las técnicas empleadas, en el presente trabajo mostraremos un caso clínico de una restauración de clasificación III según Black con resinas nanohíbridas se les incorpora partículas de relleno inorgánico en las cuales presentan tamaños diversos de partículas como manométricas para mejorar las propiedades físicas y tener un menor grado de contracción, mayor grado de dureza y mejor calidad de la superficie de Pulido (1).

Palabra clave: caries, restauración, resina

INTRODUCCIÓN

La operatoria dental ha evolucionado definiendo en diferentes épocas en 1970 – 80 mencionan que es una disciplina que nos enseña a restaurar la salud, fisiología, anatomía y estética que ha sufrido lesiones en su estructura, Julio Barranco Mooney define como la enseñanza de prevenir, diagnosticar y curar enfermedades, que alteran a la estructura dentaria en su estética, función dentro del aparato masticatorio y en armonía de la cavidad oral. (2)

En el siglo XVIII muchos investigadores hicieron grandes avances de la profesión odontológica como Pier Fauchard es en ese momento que la odontología salió del empirismo publicando en 1746 la segunda edición de un libro que tenía conocimientos de la odontología de la época siendo así el primero en recomendar la eliminación del tejido careado con un aparato, seguido por Chapin Harris en 1840 quien creó la primera escuela dental en Baltimore. (3)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental a pesar de los grandes avances sigue siendo una de las enfermedades mas prevalentes en la población mundial siendo un progreso de la lesión cariosa a través de los tejidos dentales siendo la causa de la perdida de tejidos duros en el diente antes de llegar al órgano pulpar existiendo. (4)

La demanda de los tratamientos odontológicos ha aumentado de tal forma que los pacientes muestran mayor interés en mejorar su aspecto estético y funcional, es mayor cuando se ve afectado el sector anterior, Black en 1908 realizo una clasificación de lesiones cariosas basándose en tratamiento lo dividió en dos grupos, grupo 1 de lesiones en fosas y fisuras , grupo 2 lesiones de superficies lisas, subdividiéndola en clases, la clase III menciona que son preparaciones cavitarias en superficies proximales a nivel mesial y distal de dientes anteriores sin involucrar el ángulo incisal, en la actualidad es un problema con mayor frecuencia en la práctica profesional cobrando mayor importancia en la realización de una adecuada rehabilitación , es por ello que debemos hacer una buena rehabilitación conocer las características básicas tanto estéticas como funcionalidades de las piezas dentales, las resinas son una alternativa valiosa para la reconstrucción en el sector anterior nos permite conservar el aspecto biológico y estructura, independientemente del material debemos desarrollar una ciertos parámetros para una adecuada rehabilitación conoce las características anatómicas y funcionalidades de los sectores anteriores es de vital importancia la clasificaciones que realizo. (5) (6)

2.2. OBJETIVOS

- Devolver al diente las características perdidas como consecuencia de su proceso fisiopatológico.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Aldana S. Et al. En el año 2019 se presentó una tesis teniendo como objetivo actualizar la guía de práctica clínica para planimetría cavitaria de Clase I,II, III, IV, V y modificaciones para resina compuesta, metodología es de tipo experimental, realizando una búsqueda electrónica en PubMed, Science Direct, Journal of Dental Research, American Journal of Dentistry, los resultados muestran que las cavidades convencionales de black reconocen como poco conservadores en la literatura principalmente, se concluye que las modificaciones de las cavidades convencionales han demostrado tener excelentes propiedades mecánicas y estéticas. (7)

Iñiguez J. en el año 2018 se desarrolló una investigación teniendo como objetivo evaluar el conocimiento de los estudiantes con respecto a las restauraciones de clase III y IV teniendo como resultados que la investigación en estudiantes el 13.4% no utiliza colorímetro al realizar las restauraciones de clase III, IV, llegando a la conclusión que las mujeres tienen mayor percepción de los colores que los hombres y que los estudiantes de clínica IV tienen mayor conocimiento en la realización el procedimiento y uso de color en la restauración mejorando su criterio profesional. (8)

Quiroz K. en el año 2018 se desarrolló un trabajo académico teniendo como objetivo es clasificar las lesiones cariosas estableciendo los primeros principios

de las preparaciones cavitarias, metodología es bibliográfico, donde menciona que las cavidades para asegurar el éxito y la longevidad de las restauraciones con el material gold usando la clasificación de Mount y Hume en la conservación de los tejidos dentales, que se aplica con más énfasis en el concepto de odontología mínimamente invasiva remojando la remoción dental y las técnicas aplicadas en las preparaciones es por lo que existe varias clasificaciones de caries dental según la OMS. (4)

Cáceres J. en el año 2017 se presentó una investigación teniendo como objetivo devolver la anatomía natural de los incisivos centrales superiores mediante una restauración, metodología es mediante la técnica de guía palatina de silicona usando una resina híbrida los resultados nos muestran que fueron muy satisfactorios, es decir, logramos restaurar los bordes mesiovestibulares perdidos, concluyendo que el uso de resinas compuestas para la restauración de dientes con fracturas, siendo una alternativa cuando el paciente tiene como prioridad y primera opción el tiempo y costo, además no se puede devolver la forma anatómica y estética de los incisivos centrales superiores. (9)

Chiluzza E. En el año 2016 se desarrolló una investigación teniendo como objetivo incorporar la técnica restaurativa a base de resina fluida como base cavitaria y sellado marginal en cavidades medianas, metodología de tipo cualitativa, cuantitativa, casi experimental, longitudinal, descriptivo, explicativo, se utilizó como instrumentos de evaluación una encuesta la muestra estuvo conformada por 40 estudiantes de séptimo semestre, los resultados muestran que la causa de filtración en la mala técnica restaurativa es de 92.50%, falta de aislamiento es de 5%, marca especial de material es de 2.5%, sellado marginal el 95-% si, 5% no, micro- relleno 5%, híbrida 0%,

micro híbrida 0%, nano partículas 95%, técnica convencional 90%, técnica sandwich 7.5%, técnica de Baratieri de esferas cuspídeas 2.5% , base cavitaria 2.5%, sellador de fosas y fisuras 90%, material restaurador 7.5%, llegando a la conclusión que se puede verificar la menor existencia de filtración marginal en la técnica restaurativa con sellado marginal a la mitad de su muestra no siendo el caso de la técnica convencional. (10)

Chaple A. en el año 2015 se elaboró un artículo científico titulado Comparación de dos clasificaciones de preparaciones cavitarias y lesiones cariosas: Mount y Hume y Black, teniendo como objetivo es comparar las clasificaciones , metodología es el estudio bibliográfico sobre las clasificaciones de las preparaciones cavitarias que incluyen artículos publicados desde 2006 hasta 2014, la población fue de 163 artículos científicos tamizados teniendo la muestra de 52 artículos científicos más completos, se consideró clasificar las teorías de clasificación según cada autor ya que por el tiempo y la evolución de la tecnología y conceptos actuales permite orientar a logros de terapias mínimas invasivas. (11)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Caries

Es una enfermedad crónica desarrollándose en un periodo de meses o años siendo el proceso dinámico presente en la placa bacteriana llegando a producir un disturbio del equilibrio entre la fase mineral del diente y del medio bucal circundante a través de la producción de ácidos producida por el microbiota. (10)

Factores etiológicos:

- según el modelo de Keyes modificado o esquema terafactorial de Newbrum en el año 1978 lo clasifica como a la dieta, Huésped, tiempo y microorganismo. (12)
- Según Uribe Echevarria en el año de 1990 lo grafica de manera pentagonal incluyendo a la tiempo, dieta, huésped, microorganismo y edad. (12)

Preparación de cavidades

Es el tratamiento biomecánico de las caries y de las lesiones de los tejidos duros, recibiendo una restauración de las estructuras remanentes que prevenga la reincidencia de caries.

La correcta preparación garantiza una confiable eliminación de la lesión, la integridad del remanente frente a la demanda funcional, cantidad y calidad adecuada en la relación dentaria que facilita la técnica de restauración.

Esmalte dental

Es una estructura mineralizada que existe en los tejidos calificados del cuerpo, los cristales de hidroxiapatita son los que se observa en otras estructuras calcificadas que se ubican en la superficie dental, son translucidos y birrefringentes, adoptando la forma de barras y plaquetas siendo radiopacos.
(2)

Superficie del esmalte

Interna

Limite amelo-dentinario: son tejidos que se relacionan con un límite irregular festoneado, con alientes de la dentina respecto del esmalte, formándose por

células colágenas mineralizadas y los cristales de dentina quedando integrados con los de esmalte, dejándolo irregular.

Penachos del esmalte: menos mineralizado que tienen más sustancias orgánicas en una lámina, pero en un corte se ven sus bordes con un arbusto.

Husos: son puntos de las prolongaciones de odontoblastos

Libre

Líneas de imbricación o periqueamos o periquematias: son surcos en sentido horizontal, hacia el cuello, sin afectar la zona oclusal. Las estrías de Retzius.

(2) El desgaste masticatorio y del cepillado hace que con los años desaparecen.

Extremo de los prismas

Composición química del esmalte

Sustancia inorgánica 95%

Sustancia orgánica 1.8%

Agua 3.2%

Propiedades físicas del esmalte

- Módulo de elasticidad 6.7
- Coeficiente de expansión térmica 12
- Conductibilidad térmica 2.23
- Densidad 2.8
- Dureza 5

La dentina

Es el tejido surco por innumerables conductillos en su interior que alojan a las fibrillas de tomes, siendo las prolongaciones protoplasmáticas de los odontoblastos.

Composición

- Las fibrillas de tomes
- La dentina del manto o periférica
- La dentina peritubular
- Dentina intertubular
- Dentina circumpulpar
- Predentina

Clasificación de la caries dental y restauraciones según Black

Son lesiones cariosas y restauraciones propuestas en 1908:

Clase I: son caries a nivel de fosas o fisuras oclusal de las piezas posteriores temporales y permanentes, en las piezas anteriores se localiza a nivel de la cara lingual o palatina.

Clase II: Son lesiones que se localizan a nivel de superficies proximales de premolares y molares, comprometiendo dos a más superficies.

Clase III: la caries se localiza en las superficies en piezas posteriores comprometiendo en ángulo incisal.

Clase IV: son lesiones que se ubican en las superficies proximales de incisivos y caninos temporales permanentes

Clase V: son cuando se localizan en el tercio incisal o cuspeo de la pieza dental.

Clasificación de las preparaciones dentarias según su finalidad

Finalidad terapéutica: son preparaciones cavitarias con la finalidad de colocar restauraciones en su función producto de una lesión cariosa.

Finalidad estética: Son cavidades que modifican y mejora la estética de la pieza dentaria.

Finalidad protésica: Son tratamientos protésicos de sostén en las cavidades del diente.

Finalidad preventiva: Son cavidades que evitan una lesión cariosa futura.

Finalidad mixta: Son combinaciones (4)

Clasificación de G. Mount y R. Hume

La clasificación de las lesiones de la caries se basa en la ubicación de su extensión decidiendo dirigir hacia el tratamiento, incorporación en las lesiones no cavitarias que facilita el sustento del tratamiento no restaurador.

Zonas:

Se describen tres zonas en las cuales se acumula la placa dental, siendo mas susceptibles den la formación de caries.

Zona 1: lesión en los surcos, fosas oclusales, vestibulares y linguales de los dientes.

Zona 2: lesión en áreas proximales de los dientes.

Zona 3: lesión en la superficie cervical coronal, radicular en dientes.

Grado de avance de la lesión

Se describen cuatro estados sin embargo LASFARGUES añade un estado adicional llamado cero.

Estado 0: lesión a nivel de esmalte desmineralizado no presenta cavidad.

Estado 1: Afectación mínima de la dentina con pigmentación de la superficie distinguibles.

Estado 2: Compromiso del tejido, alcanzando la dentina sin involucrar las cúspides.

Estado 3: Preparación de la cavidad con lesión extendidas alcanzado las vertientes.

Estado 4: Compromiso extensa que alcanza una o mas cúspides.

Clase III

Son preparaciones cavitarias realizadas en los incisivos y caninos en superficies lisas sin involucras los bordes incisales estas lesiones se detectan por medio de la sonda periodontal y radiografías en zonas o transiluminación.

(2)

En el 2002 Albers realiza restauraciones III con la apertura de fresa redonda, determinando una lesión equidistante entre la superficie vestibular, y lingual o palatina conservando la estructura vestibular para mantener la estética. (2)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

NOMBRES Y APELLIDOS: Olinda Yupanqui Torres

EDAD: 39 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Casada

DOMICILIO: Calle Belén N° 257-Palian

OCUPACIÓN: Ama de casa

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo - 23-03-1982

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero que me cures mis dientes”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente acude a la consulta por motivo que desea que le curen sus dientes, menciona que en el año 2012 le hizo una restauración de la pieza 27 por dolor a la actualidad no le molesta, pero le incomoda las manchas oscuras que presenta.

- **ANTECEDENTES**

- Ocupación: Ama de casa
 - Horario de trabajo: todo el día
 - Alimentación: balanceada, a base de proteínas, carbohidratos, minerales, etc.
 - Hábitos nocivos: no refiere
 - N° de parejas sexuales: 1
- **Antecedentes familiares:**
 - Padres: papa vivo sano, mama presento cuadro de osteoporosis.
 - Otros familiares: abuelos fallecieron de cáncer
 - Enfermedades hereditarias no refiere
- **Antecedentes patológicos:**
 - Enfermedad anterior: cálculos renales
 - Intervención quirúrgica: no refiere
 - Hospitalización: no refiere
 - Medicamentos de uso frecuente: no refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **Signos vitales**
 - Peso: 72 kg
 - Talla: 1.65 cm
 - IMC: 24.1
 - Presión arterial: 118/68 mmHg
 - Frecuencia respiratoria: 19 rpm
 - Pulso: 82 ppm
 - Temperatura: 36 °C
 - SPO2: 92

- **Piel**
 - Textura: suave
 - Turgencia: conservada
 - Color: trigueña
 - Cicatrices: no presenta
 - Pigmentación: presenta manchas en la cara
 - Lesiones: no refiere

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
 - Facie: no características
 - Cráneo: Normocefalo
 - Cara: Normofacial
- **Examen intraoral**
 - Labios, carrillos y comisura labial: sin alteraciones
 - Vestíbulo, Frenillos, Orofaringe, Lengua, Piso de Boca: Sin alteraciones
 - Falta o ausencia a nivel de pieza: 3.6-3.7;4.6;1.4
 - Pálida: 3.8
 - Manchas melánicas vestibulares: 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 1.1, 1.2, 2.1, 2.2.
 - Textura: sin alteraciones
 - Consistencia fibrosa: 1.3 vestibular
 - Encía papilar: normal
 - FRENILLOS: sin alteraciones
 - SALIVA: viscosa, fluida.
 - ATM: crepitación en el lado derecho al momento de hacer apertura, crepitación en el lado izquierdo0 en lateralidad derecha

- Maxilares
 - Maxilar superior: arco en V hiperbólica
 - Maxilar inferior: arco en V hiperbólica
- Dientes
 - Forma: rectangulares de color blanco amarillento
 - Número: superior 15 piezas dentales, inferior 13 piezas dentales
- Zonas edéntulas y reborde alveolar
 - 1.4; 3.6-3.7; 4.6 ausentes
- Alteración de posición
 - 4.5, 3.3, 2.1 giroversadas; 1.5, 4.7, 3.8 mesializadas
- Facetas de desgaste
 - 1.4, 2.4, 3.4, 4.4, 2.2, con faceta de desgaste
- Relación Molar:
 - Derecha: CLASE I
 - Izquierda: CLASE I
- Relación canina:
 - Derecha: CLASE I
 - Izquierda: CLASE I
- Trayectoria mandibular
 - Apertura: desviación izquierda corregida
 - Cierre: desviación izquierda corregida
- Interferencias oclusales y movimientos excéntricos
 - 1.6 x 2.7 en guía incisal; 1.2 x 2.2 en guía canina derecha
- Posición de reposo y espacio libre: 2mm
- Relación habitual y oclusión habitual: coinciden

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

Fotografía frontal



Fotografía perfil izquierda



Fotografía perfil derecho



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



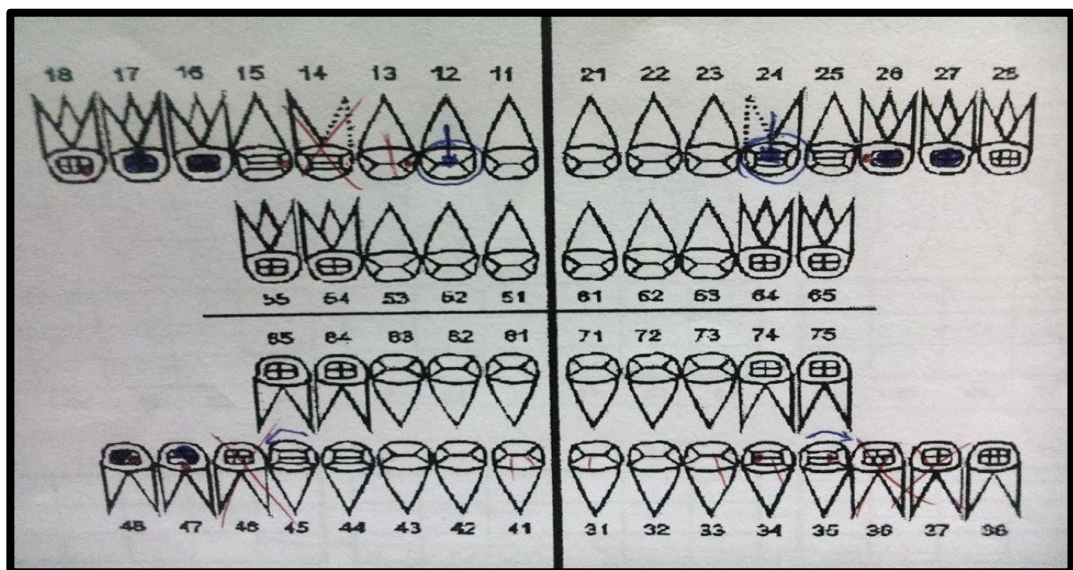
Fotografía Intraoral superior



Fotografía Intraoral inferior

- **Región anatómica comprendida zona problema:**
 - Inspección: De la pieza 1.1 a nivel interproximal mesial
 - Exploración: Aparentemente normal sin alteración.
 - Percusión: asintomático
 - Palpación: asintomático
 - Conducta observada durante el examen clínico: Relajado, tranquilo

- **Odontograma**



3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **Diagnostico presuntivo**
 - Del estado general: Aparente buen estado de salud, no refiere enfermedad sistémica y no hubieron interconsulta.
 - De las condiciones estomatológicas
 - Caries recidivante en piezas: 26, 48, 47.
 - Caries interproximal en piezas: 11,15
 - Fisuras en lado vestibular de piezas: 13, 41, 31, 33, 34

- Giroversión de piezas 45, 35
- Ausencia de piezas: 14, 46, 36, 37.

Exámenes auxiliares

- **Radiografía Periapical:**

Informe: PIEZA 11: -IRL compatible con caries a nivel interproximal mesial

- **Diagnostico definitivo**

- Del estado general: Aparente buen estado de salud, no refiere enfermedad sistémica y no hubieron interconsulta.
- De las condiciones estomatológicas
- Caries recidivante en piezas: 26, 48, 47.
- Caries interproximal en piezas: 11,15
- Fisuras en lado vestibular de piezas: 13, 41, 31, 33, 34
- Giroversión de piezas 45, 35
- Ausencia de piezas: 14, 46, 36, 37.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- **Materiales a utilizar**
 - **Aplicación de anestesia**
 - Se colocó anestesia tópica con ayuda de un rollito de algodón alrededor de la encía de la pieza dentaria para evitar la sensibilidad, posteriormente se aplicó la anestesia (lidocaina al 2% con epinefrina) a nivel vestibular y palatino.
 - **Colocación del aislamiento absoluto**
 - El aislamiento absoluto de la pieza 1.1 se realizó en conjunto con el dique de goma perforando el dique, clamps y hilo dental para obtener una buena asepsia y visibilidad del diente, teniendo de esta manera el diente a tratar sin penetración de saliva en el interior de la cavidad.
 - **Eliminación del tejido careado**
 - Con la pieza de alta velocidad y la fresa redonda de diamante medianre retiramos el tejido cariado que está en el diente y poder restaurar mejor la pieza dentaria
 - **Lavado y secado de la cavidad**
 - Se lava la cavidad para poder observar con claridad las zonas afectadas con caries para que haya mejor adhesión del material.
 - **Colocación de ácido ortofosfórico**
 - Para la obturación de la cavidad debemos de aplicar el grabado ácido por 20 segundos mediante los siguientes sistemas. Colocamos ácido ortofosfórico al 37% en la superficie de la cavidad.

- **Lavamos por 30 segundos**
- **Aislamiento con teflon**
 - Se coloca el teflon en las piezas del lado para evitar que al restaurar comprometamos la pared de la pieza dental adjunta.
- **Aplicación del Adhesivo y fotocurado**
 - Se aplica sobre la superficie de la dentina y el esmalte despues del grabado con ayuda del aplicador colocado el adhesivo se espera 30 segundos para que penetre sobre los tubulos dentinarios.
 - **Aplicación de la resina y la cinta matriz**
 - Despues de haber realizado la colocacion del sistema matriz se aplica la insercion, adaptacion y modelado de la restauracion.
 - **Pulido de la resturacion**
 - Retiramos el aislamiento y procedemos a tallar con piedra de diamante de grano mediano a fino, lija de pulido, discos de pulido.
 - **Termino de la pieza restaurada**



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- **Motivo del paciente**

- La reconstrucción de la pieza dentaria hay varias operaciones de tratamiento que son:
- Restauraciones clase III con resina compuesta mediante la técnica de mano alzada.
- Conseguir que el paciente se sienta motivado para poder tratar la pieza dentaria y seguir un plan de tratamiento y mantenimiento establecido, sobre todo en el momento del procedimiento de restauración de la pieza 1.1.
- A menudo la persona no es consciente de la importancia de mantener una buena salud general, ni las consecuencias de su deterioro de la salud bucodental afectando al paciente de manera general.

- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE: ANNA ESCOBAR PRECEDENCIA: _____
FECHA: 11/01/18 CLÍNICA: I

Yo, ANNA ESCOBAR, identificada con DNI N° 231234567 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, sin coacción alguna al Docente CLAYTON para que por intermedio y con el consentimiento del estudiante adscritos a su dirección así como los asistentes que el elija o asistente intervenciones quirúrgicas yo realice el siguiente procedimiento: Restauración de pieza 1.1.

2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.
3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.
4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.
5. Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil prevención, los cuales por esta razón, no pueden ser advertidos y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.
6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a esta respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o depurado sin efecto por la simple decisión del suscriptor tomada antes de la intervención realización del tratamiento.
8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.
9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

ANNA ESCOBAR
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N°: 23 123 456 789

CLAYTON
FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

ANNA ESCOBAR
FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Cáceres J. En el año 2017 menciona en su trabajo de grado titulado Restauración clase IV de incisivos centrales superiores mediante la técnica de guía palatina menciona que el uso de resinas compuestas para la restauración de diente con fracturas es una gran alternativa cuando el paciente tiene como prioridad y primera opción el tiempo y costo, es por lo que hay varias técnicas para el uso de resinas, la guía palatina de silicona te permite tener una impresión que nos facilitara la colocación de la resina.

Chiluza E. En el año 2016 es su proyecto de investigación titulado estudio comparativo in vitro de dos técnicas restaurativas a base de resina en lesiones cariosas 1.2 para determinar la existencia o no de filtración marginal, concluye que mediante esta técnica restaurativa habrá varios beneficios tanto para pacientes como para los profesionales, aplicando resina fluida como base cavitaria y sellador marginal.

Sarmiento G. En el año 2019 en su tesis titulado Evolución de grado de microfiltración in vitro de resinas microhíbridas y nanohíbridas en preparaciones cavitarias clase I en oclusal de premolares, concluye la comparación estadísticamente el grado de microfiltración entre las resinas nanohíbridas y microhíbridas, no existiendo diferencia significativa entre ambas resinas. (13)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

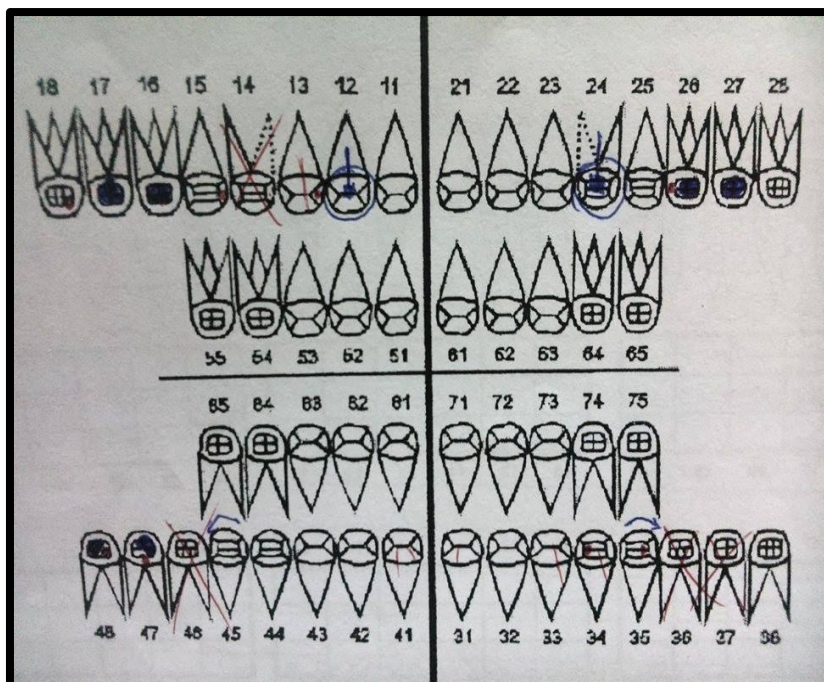
- Se debe hacer un buen diagnóstico clínico antes de iniciar el tratamiento, para poder analizar cual es el daño causado y así poder resolver de manera estética mediante una restauración.
- Se debe realizar un correcto aislamiento absoluto, con dique de goma y seda dental, para evitar la entrada de saliva y humedad al área de restauración.
- Las resinas microhíbridas presentan grados de microfiltración mayor, en cuando a las resinas nanohíbridas la microfiltración es menor.

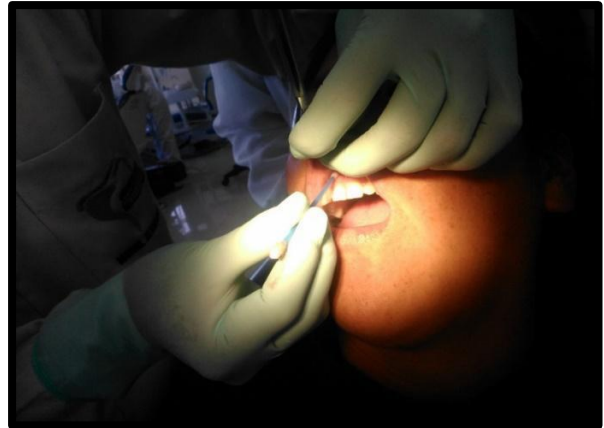
CAPITULO VII

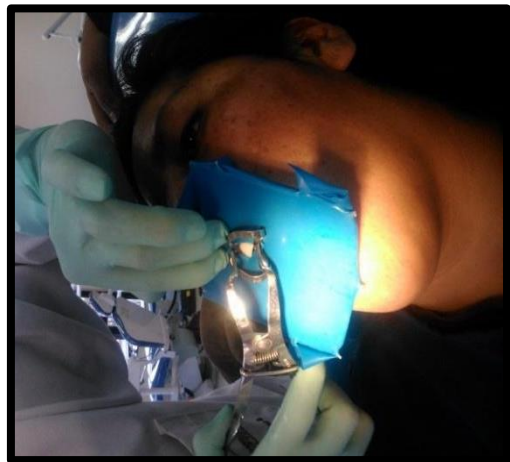
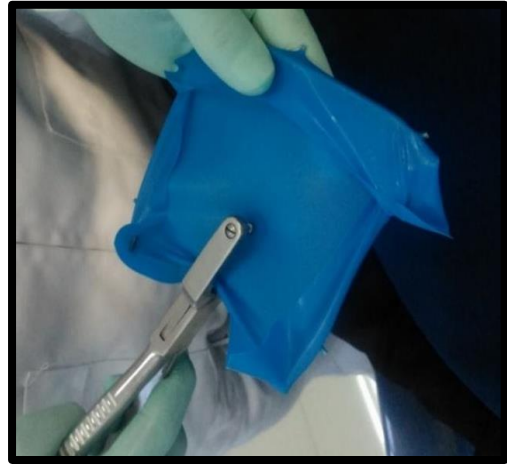
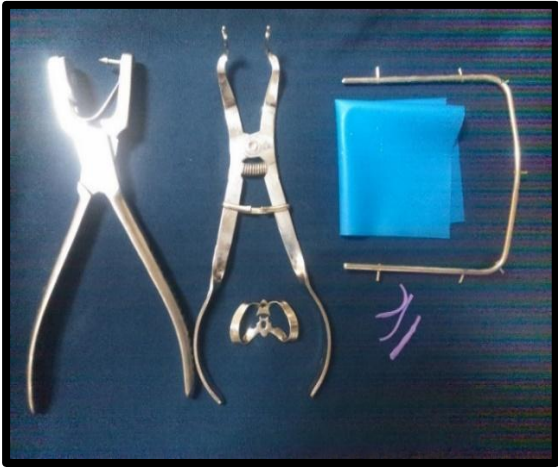
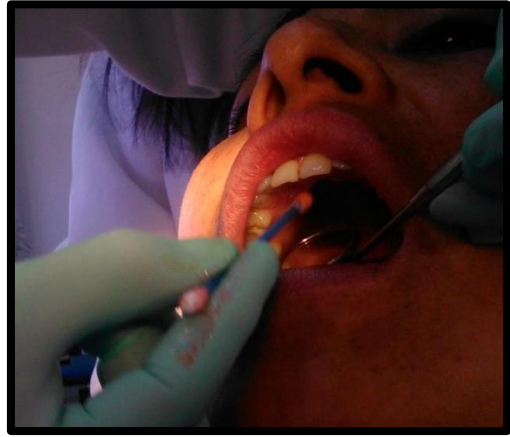
RECOMENDACIONES

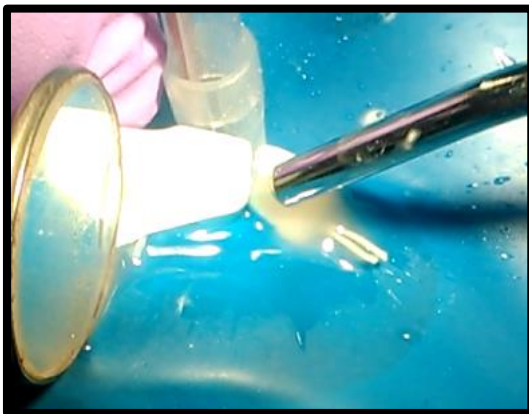
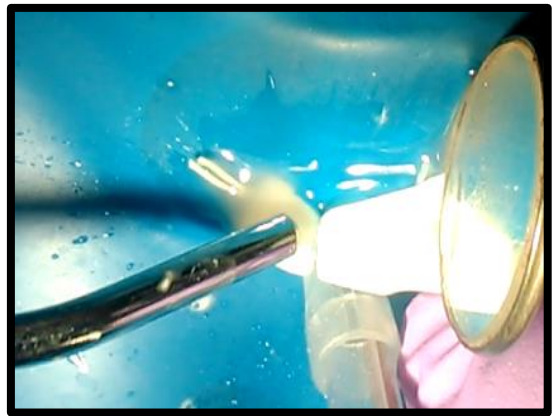
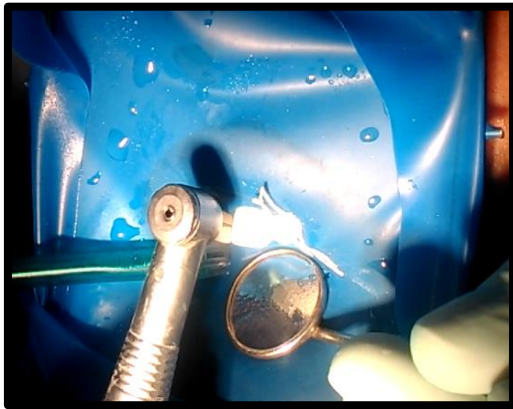
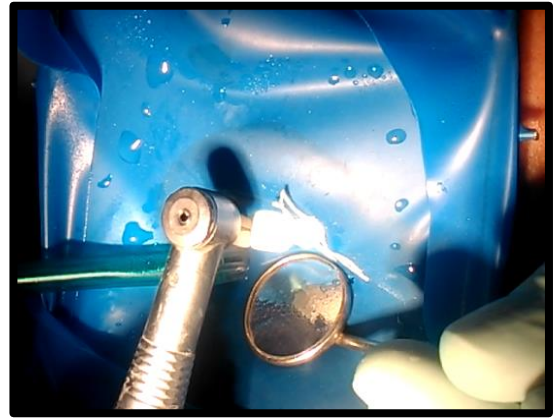
- Realizar un buen diagnostico de la cavidad bucal, analizar la oclusión del paciente y tejidos de sostén del diente a trata van a garantizar el éxito del tratamiento.
- El uso de resinas compuestas para restauraciones clase III es una alternativa muy favorable para los pacientes.
- Realizar estudios de investigación similares comparando en dientes deciduos y permanentes.

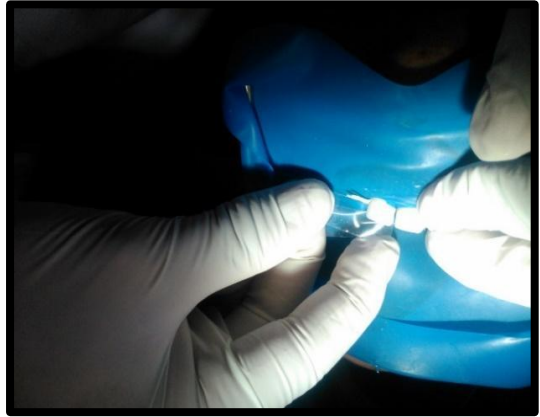
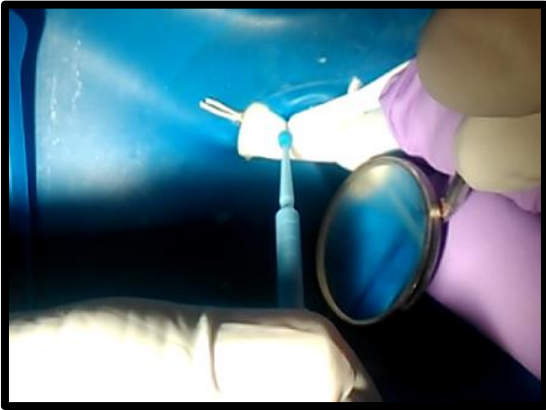
ANEXOS

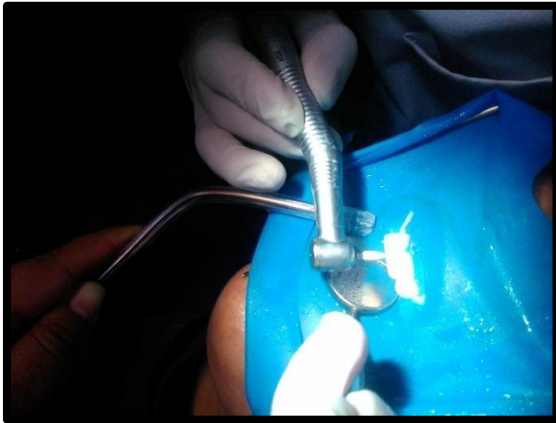












REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Trejo P. Efecto de sustancias pigmentantes sobre el color de dos resinas nanohíbridas con y sin pulido. tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Peru:, Tacna; 2017.
2. Leandro R, Galan J, Lojo A. Operatoria Dental : Edulp.
3. Historia de la operatoria dental. DentalDeal. 2018.
4. Quiroz K. Preparaciones Cavitarias. Trabajo academico para optar el titulo de segunda especialidad en odontopediatria. Lima : Universidad Inca Garcilazo de la Vega ; 2018.
5. Melgarejo C. Restauraciones directas Clase I con composite aplicando la tecnica de replica anatomica oclusal en pacientes de la clinica estomatologica Luis Vallegos Santoni Semestre 2018 - I. Tesis para optar al titulo profesional de Cirujano Dentista. Peru:, Cusco; 2018.
6. Perdomo Y. Restauraciones esteticas en el sector anterior con resina compuesta Reporte de caso. Oodntologica colombia. 2011 enero- Junio ; 1(1).
7. Aldana S, Calderon P, Padilla P. Actualizacion de guia practica clinica parar planimetria cavitaria de clase I, II, III, IV, V y modificaciones para resina compuesta. Posgrado - Revision de literatura. Universidades el Bosque ; 2019.
8. Iniguez J. Analisis de la seleccion apropiada del color despues de realizar restautaciones de la clase III y IV en pacientes atendidos por estudiantes de clinica

- integral III y IV de la facultad de odontología de la universidad de las Americas. Tesis para optar el título de Odontóloga. Universidad de las Americas, Chile; 2018.
9. Caceres J. Restauración clase IV de incisivos centrales superiores mediante la técnica de Guía Palatina. Trabajo de grado previo a la obtención del título de Odontólogo. Guayaquil : Universidad de Guayaquil ; 2017.
 10. Chiluzza E. Estudio comparativo in vitro de dos técnicas restaurativas a base de resina en lesiones cariosas 1.2 para determinar la existencia o no de filtración marginal. Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes; 2016.
 11. Chaple A. comparación de dos clasificaciones de preparaciones cavitarias y lesiones cariosas: Mount y Hume, Black. Revista Cubana de Estomatología. 2015; 52(2).
 12. Barrancos J, Rodríguez G. Operatoria dental. primera ed. Buenos Aires : médica panamericana; 2006.
 13. Sarmiento G. Evolución de grado de microfiltración in vitro de resinas microhíbridas y nanohíbridas en preparaciones cavitarias clase I en oclusal de premolares. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.