

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Académica Profesional de Odontología



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TÍTULO:           EXAMEN CLÍNICO Y TRATAMIENTOS EN  
PACIENTES    ODONTOPEDIATRICOS    –  
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

**Para optar :**       El título profesional de Cirujano Dentista

**Autor         :**       Bachiller Yeny Aiquipa Enciso

**Asesor        :**       MG. López Gonzales Christian Willy

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

**Lugar o Institución De Investigación:** Consultorio Odontológico  
Especializado DENTICARE

**HUANCAYO – PERÚ**

**2022**

## DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia, a mis queridos docentes, mis pacientes y amigos que siempre me brindaron su apoyo y confianza hacia mi persona, porque sin ellos no hubiese podido lograrlo.

## AGRADECIMIENTO

Mi gratitud más grande es a Dios divino, por darme vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente mis estudios.

A mis familiares por brindarme su apoyo, confianza incondicional y motivarme siempre a seguir adelante y cumplir mis objetivos.

A mi ángel divino, que desde el cielo me cuida y protege cada día de mi vida, gracias infinitas a cada uno de ellos.

## CONTENIDO

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN

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

### CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2. OBJETIVOS.....	8
2.3. MARCO TEÓRICO.....	9
2.3.1. Antecedentes.....	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	11

### CAPÍTULO III

#### DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO.....	15
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	15
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL.....	1616
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	¡Error! Marcador no definido.0

### CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO.....	34
-------------------------------	----

### CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	366
----------------	-----

## CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....	377
-------------------	-----

## CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES .....	388
-----------------------	-----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.9</b>
---------------------------------	---------------------------------------

## RESUMEN

La odontología identifica nuevos métodos para mejorar la salud bucal de la población y la indagación de productos nuevos que incrementan la calidad de vida con respecto a la salud bucal de los seres humanos esta avanzando a pasos agigantados conforme va avanzando la tecnología y la ciencia, con el inicio de las visitas del niño al odontólogo así se ayudaría muchísimo a identificar las mejores técnicas sobre el manejo que se deben usar en los diferentes casos para el tratamiento odontológico adecuado a las diferentes enfermedades odontológicas. (1)

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad vino a la consulta con su mamá para realizarse varios tratamientos con el motivo de consulta “A mi niño le cures sus dienteitos que están picados”, enfermedad actual cuyo motivo de consulta es «Caries múltiples»; al examen se muestra muy activo y con ganas de colaborar.

La evaluación integral de forma del cráneo dolicocefalo, cara dolicofacial, con simetría facial alterada, con perfil vertical hipo divergente, con 19 piezas dentarias con lesiones cariadas, focos infecciosos, desgastes funcionales, llegando a la conclusión que verificar la oclusión luego de colocar un mantenedor de espacio.

Palabra clave: Tratamientos, ortopedia, oclusión

## INTRODUCCIÓN

La odontopediatría puede considerarse un servicio sumamente necesitado y que tiene gran importancia, ya que los tratamientos insatisfactorios pueden dañar permanentemente en el aparato masticatorio, con el riesgo de dejar al niño con problemas dentales aun en su vida adulta, asumiendo la responsabilidad de trabajar con los niños. (2)

La asistencia de pacientes de los servicios de la clínica odontológica de los tratamientos odontológicos integral que efectué una reevaluación después de un tiempo variable de haber dado por determinado el plan de tratamiento con el fin de dar seguimiento clínico, en la reevaluación en pacientes niños. (1)

La ortodoncia ha habido gran interés por el estudio y comprensión de crecimiento y desarrollo de estructuras craneofaciales y sus relaciones con el sobre tratamiento de maloclusiones hay quienes piensan que creciendo puede ser parcialmente modificado por medio de tratamiento de ortodoncia y por otro está en quiénes creen que es poco que se puede hacer más allá mover diente sobre un patrón estructural el precoz diagnóstico de las alteraciones craneofaciales y de la dentición es fundamental para prevenir, planificar realizar un correcto plan de tratamiento que permita corregir dichas alteraciones la importancia que quiere los cambios en la dirección y ritmo examen durante el tratamiento de muchos números no toma necesario su consideración durante la planificación, diagnóstico y tratamiento. (3)

## CAPÍTULO II

### 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud odontológica se debe realizar una historia clínica que permite conocer al paciente en todos los aspectos tanto a nivel social, médico y dental, una exploración minuciosa, un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado serán la base común previa a cualquier actuación en el área bucal. (2)

La odontopediatría es un área de la odontología donde el cirujano dentista enfrenta los mayores retos, ya que tiene que interactuar con un ser en pleno desarrollo físico y emocional con reacciones impredecibles y con una particular percepción de su entorno. (4) la salud integral en los niños permite conocer al paciente en todos sus aspectos de manera que actúan en el área bucal, de la exploración para llegar a un diagnóstico que se establece el primer contacto con el niño y debe considerarse como una sesión de valoración mutua donde el odontólogo evalúa al niño y esta aquel y su medio. promoviendo la futura salud dental del niño generando actitudes que debe proporcionar información esencial acerca de las condiciones de salud bucal del niño, familia, razón de su visita, así como también sus aptitudes y prácticas de higiene bucal. (2)

### 2.2. OBJETIVOS

- Devolver la salud gingival.
- Devolver la morfología del diente.
- Preservar la pieza dentaria.
- Desfocalización de focos infecciosos.
- Preservar en espacio fisiológico.

## 2.3. MARCO TEÓRICO

### 2.3.1. Antecedentes

**Huamán Z.** En el año 2018 se presentó un trabajo con el objetivo de describir el nivel de ansiedad en el tratamiento odontológico en niños de 8 a 10 años que asistan al Hospital, metodología es de tipo descriptivo, no experimental, con el diseño representación esquemática y simbólica del proceso de investigación, la muestra es de 70 niños de 8 a 10 años, los resultados indican en el tratamiento odontológico sin ansiedad 18.6%, leve 60%, moderada 17.1%, nivel de ansiedad del tratamiento odontológico ansiedad leve 68.6%, ansiedad leve moderada 24.3%, ansiedad moderada 5.7%, ansiedad moderada a severa 1.4%, según el sexo sin ansiedad 18.6%, leve 60%, moderada 17.1%, severa 4.3%, en conclusión se determinó que el nivel de ansiedad en el tratamiento odontológico en el total de niños de 8 a 10 años evaluados que asisten al consultorio odontológico del Hospital aplican el instrumento de investigación se tiene el 18.6% de la muestra no tienen ansiedad moderada y solo el 4.3% de la muestra tienen ansiedad severa. (1)

**Huayapa B.** En el año 2017 se desarrolla un trabajo teniendo como propósito determinar el motivo de consulta, diagnóstico y plan de tratamiento más frecuente, con la muestra de 324 historias clínicas de pacientes mayores de edad la recolección de datos fue con una fuente indirecta, se utilizó el análisis estadístico, con los resultados indican que la mayor frecuencia en motivos de consulta fueron patológicos en el 69% de los casos clínicos, el diagnóstico más tardío en el 71% de los casos y el plan de tratamiento más frecuente fue la fase de higiene con el 79%, de los casos clínicos en conclusión el motivo de consulta más frecuente fue el patológico siendo su mayor prevalencia en el grupo etario

adulto joven y sexo femenino y el plan de tratamiento más frecuente fue la fase de higiene siendo su mayor prevalencia en el grupo etario joven y sexo femenino de los pacientes mayores de edad. (5)

**Espinoza O.** Et al. En el año 2016 se desarrolló un trabajo con el objetivo de herramientas de la evaluación de la competencias clínica en lo estudiantes, metodología es de tipi observacional, transversal con la muestra de 120 estudiantes en un ECOE con el diseño del circuito de 18 estaciones, los resultados indican que la media y desviación estándar global de las características en el examen corresponde a 44%, con las medias por estación variado entre el 23 y el 66% , el estudio generalizado mostro que las facetas corresponden a las evaluaciones explico una parte de significancia de la variación en los resultados por estación, más que la competencia clínica de los sustentantes 6%, en conclusión a la luz de los coeficientes de generalizabilidad relativamente bajos en el estudio de decisión es importante más allá el desarrollo del ECOE-O para minimizar el efecto de las fuentes que introducen varianza irrelevante al constructor en los resultados. (6)

**Diaz A.** En el año 2016 se presentó un trabajo con el objetivo de determinar la influencia de la técnica de distracción audiovisuales en el manejo de la ansiedad en pacientes pediátricos, metodología es cuantitativa, experimental, prospectivo, transversal, analítico, con la muestra de 80 pacientes pediátricos entre 6 a 9 años de edad previo a la autorización de los padres fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria, con el grupo A, con la técnica de distracción audiovisuales y el grupo B sin técnica de distracción, se le mostro al niño con anestesia infiltrativa y aislamiento absoluto, los resultados indican que por lo existente los dos grupos evaluados con el p valor de  $< 0.01$  por lo existe

diferencias significativas en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos, con la técnica de distracción audiovisual si influye de manera positiva en el manejo de ansiedad dental. (7)

**Palacios W.** En el año 2014 se desarrolla un trabajo con el objetivo determinar la efectividad del tratamiento de ortodoncia removible por medio de la presentación de los casos clínicos a través de los cambios en las relaciones interdentes, metodología es de tipo descriptivo, longitudinal, denominado serie de casos clínicos que se presenta el seguimiento de 10 casos clínicos con edad en su oclusión, tratados con aparatología removible, los resultados indican la progresión favorable en las relaciones interdentes de los pacientes intervinientes durante un periodo de 6 meses se encontró con participación que acudió como mínimo a 4 controles de los 6 establecidos, el análisis estadístico se realizó la prueba chi cuadrado exacta, reflejando valor de 0.02. (8)

### 2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

#### **HISTORIA**

La idea del proyecto de elaboración del manual de referencia para los procedimientos odontopediátrico surge en el siglo XX en la ciudad de Recife en el año 2005 crearon el primer manual en el año 2010 teniendo una gran aceptación por parte de los profesionales y profesores brasileños como está previsto en el proyecto más un manual fue revisado dentro de la propuesta actualizada de la obra.

El manual contribuye a los diferentes profesionales que tratan de proporcionar el mejor nivel de atención a los niños y adolescentes. (9)

## **SEGUIMIENTO ORTODÓNTICO PREVENTIVO E INTERCEPTIVO POR ODONTOPEDIATRAS**

Se actúa sobre las maloclusiones en tres niveles como:

- preventivo
- interceptivo
- correctivo

La ortodoncia preventiva es utilizados principios y métodos que puedan evitar el que la maloclusión se desarrolle por lo que tanto no existe maloclusión ante su actuación. El mantenimiento de espacio, presenta pérdida precoz de dientes primarios, la supervisión de la erupción dental y las orientaciones generales sobre salud aplicadas a la odontología clásicos de procedimientos ortodónticos preventivos que competen y hacen parte de la rutina del odontopediatra.

### **FACTORES DETERMINANTES DE LA EFICACIA DEL ACOMPAÑAMIENTO ORTODÓNTICO PREVENTIVO E INTERCEPTIVO**

Los diversos factores pueden interferir en la eficacia del manejo del desarrollo de los arcos dentarios, mencionados son:

- Edad cronológica- mental – emocional del paciente y su capacidad con el tratamiento.
- Intensidad, frecuencia y duración de un habito oral.
- Apoyo del núcleo familiar al tratamiento.
- Aceptación de las instrucciones clínicas.
- crecimiento craneofacial

- enfermedades o condiciones sistémicas
- Precisión del diagnóstico
- Tratamiento apropiado (9)

## **CARIES DENTAL**

Es una enfermedad no infecciosa, no transmisible, dinámica y multifactorial, modulada por microorganismos y la dieta que trae como consecuencia a la destrucción y desmineralización de los tejidos duros del diente, debido a la producción del ácido que se da por la fermentación bacteriana de los alimentos.

## **ETIOLOGÍA**

Tiene una etiología compleja y multifactorial la cual involucra aspectos ambientales, socioeconómicas, conductuales y factores biológicos, que originan por interacciones entre la biopelícula microbiana la estructura dental y los azúcares, influenciados por la saliva y genética del individuo. (10)

## **FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN DE LA CARIES**

- Factores ambientales
- Factores socioeconómicos
- Factores conductuales
- Factores biológicos

## **TEORÍAS DE LA CARIES DENTAL**

En el año de 1891 Miller propuso una teoría en donde las bacterias que se encuentran a la cavidad oral, pueden originar procesos infecciosos en las partes del organismo, es por ello actualmente se aplican profilaxis pre quirúrgicas.

Priotto y Uribeechevarria basándose en la importancia de la edad en la etiología proponen en el año de 1990 la Grafica pentofactorial donde añaden la edad a los factores ya antes mencionados.

## **TRATAMIENTOS DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA**

Es el término que los profesionales de la odontología emplean para poder explicar el reemplazo de los dientes faltantes o dañadas, ya sea como prótesis fijas o removibles, implantes, restauraciones, etc.

### **RESTAURACIONES CON AMALGAMA**

La amalgama como material dental forma parte de los biomateriales empleados en las restauraciones directas de piezas dentales posteriores, siendo una de las alternativas más usadas por los profesionales dentales gracias a su costo y beneficio, en la propiedad como mecánicas y es de confianza en personas con salud bucal deficiente que tienden a tener un alto riesgo de caries. (2)

### **RESTAURACIONES CON RESINAS COMPUESTAS**

Se han iniciado en la odontología conservadora con el fin de ocultar los defectos que dejaban las resinas acrílicas que en la odontología antigua eran los únicos materiales estéticos presentes, estos cambios actuales han hecho que los composites vallan evolucionando de manera correctiva, con unos tipos de tonos de saturación distintos para poder de una u otra forma reemplazar de manera correcta el esmalte y la dentina artificial. (1)

### **RESTAURACIONES CON IONÓMERO**

El cemento de ionómero o también llamado poloalquenolato de vidrio, se desarrolla en 1969 por Wilson y Kent

## **CAPÍTULO III**

### **DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

#### **3.1 HISTORIA CLÍNICO**

##### **ANAMNESIS**

- **DATOS DE FILIACIÓN**
- NOMBRE: C.P.L.A
- EDAD: 7AÑOS Y 8 MESES
- SEXO: MASCULINO
- FECHA DE NACIMIENTO: 12 - SETIEMBRE - 2014
- LUGAR DE PROCEDENCIA: HUANCAYO
- OCUPACIÓN: ESTUDIANTE
- **MOTIVO DE CONSULTA**

c

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente niño, de 7años de edad y 8 meses, se presenta a la clínica odontológica de la Universidad Peruana los Andes, cuyo motivo de consulta es «Caries múltiples»; al examen se muestra muy activo y con ganas de colaborar.

#### **3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

- **FUNCIONES NEUROSENSORIAL Y ESTADO GENERAL DEL PCT.**
- ABEG, ABEH, LOTEPE
- **FUNCIONES VITALES**
  - PA: 115/65 mmHg
  - PULSO: 60 x min

- T°: 36.6°C
- FR: 20 x min

### 3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **EXAMEN EXTRABUCAL**
- FORMA DE CRÁNEO: Dolicocéfalo.
- FORMA DE CARA: Dolicofacial (– 30°).
- SIMETRÍA FACIAL: Alterada ( 1\3 inferior).
- PERFIL: Cóncavo.
- PERFIL VERTICAL: Hipodivergente
- (se une por detrás de la oreja).
- FONACIÓN: Sin alteración evidente.
- DEGLUCIÓN: Sin alteración evidente.
- REPIRACIÓN: Nasal.
- OTROS HÁBITOS: Ausente.
- A.T.M: Sin alteración evidente.
- GÁNGLIOS: No palpables.
- **EXAMEN INTRAORAL**

#### **TEJIDOS BLANDOS**

- LABIOS: De color rosado, humedad normal, delgados, sin alteración evidente.
- VESTÍBULO: De color rosado, textura lisa, de humedad normal, sin lesión evidente.
- FENILLOS: Sup: Inserción en línea media ; Inf: Inserción en línea media.

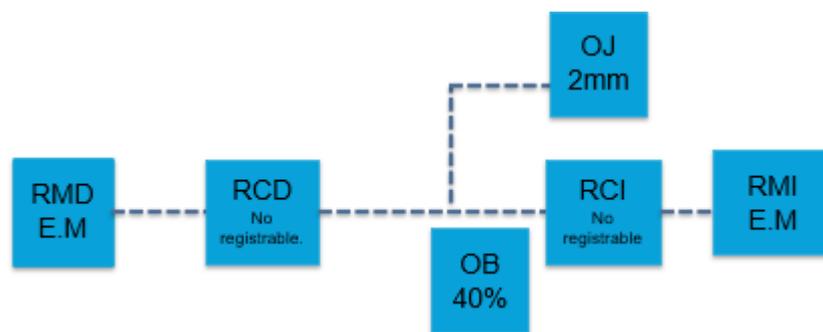


## MOMENTOS DE LA ERUPCIÓN

		16				11	21					26		
		4.6			4.2	4.1	3.1	3.2				3.6		

5.5		5.3					6.3		6.5
8.5	8.4	8.3					7.3	7.4	

## OCLUSIÓN



- CURVA DE SPEE: No registrable.
- MORDIDA ABIERTA: No presenta.
- MORDIDA PROFUNDA: No presenta.
- MORDIDA CRUZADA: No presenta.

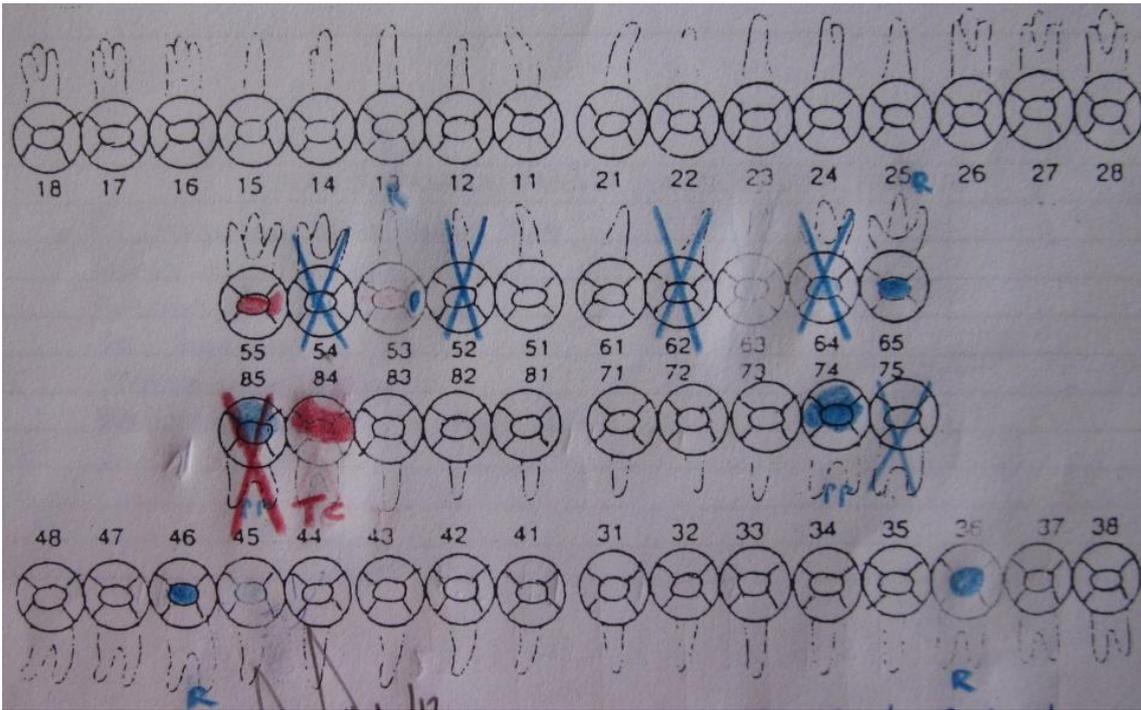
## ODONTOGRAMA

- PRESENTA: 19 piezas.

08 superiores.

11 inferiores.

- CARIES: Lesiones cavitadas: 5.5(OM), 8.4(OM).
- FOCOS INFECCIOSOS: Extracción de la pieza 8.5.
- DESGASTE FUNCIONAL: Piezas 5.1;6.1; 7.3; 8.3.



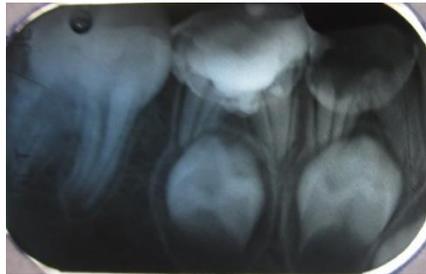
## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES





- IRL compatible con caries amplia a nivel oclusal, mesial y distal, aparentemente con compromiso de la cámara pulpar.
- IRO compatible con reabsorción radicular a nivel distal.

**PIEZA 8.5:**



- IRO compatible con la lámina dura discontinua.
- IRL compatible con el espacio del ligamento periodontal ligeramente ensanchado.
- IRO compatible con material de restauración a nivel oclusal.
- IRO compatible con tratamiento de cámara pulpar en mal estado.
- IRO compatible con reabsorción radicular a nivel distal y mesial.

**RADIOGRAFÍA PERIAPICAL**



**INFORME RADIOGRÁFICO:**

## REGIÓN DEL TERCIO MEDIO SUPERIOR:

- IRL compatible con senos maxilares, donde el lado izquierdo se encuentra más neumatizado que el lado derecho.
- IRL compatible con el tabique nasal, donde se encuentra desviado hacia el lado izquierdo.
- IRO compatible con cornetes nasales, donde el lado izquierdo se encuentra más neumatizado que el lado derecho.

## REGIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR – PIEZAS PERMANENTES

- PIEZA 1.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 1.2 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 1.3 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 1.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 1.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 1.6 IRO compatible con estadio de Nolla 9.
- PIEZA 1.7 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 2.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 2.2 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 2.3 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 2.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 2.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.

- PIEZA 2.6 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 2.7 IRO compatible con estadio de Nolla 6.

#### PIEZAS DECIDUAS

- PIEZA 5.1 Ausente.
- PIEZA 5.2 Ausente.
- PIEZA 5.3 IRO compatible con reabsorción radicular.
- PIEZA 5.4 Ausente.
- PIEZA 5.5 IRO compatible con reabsorción radicular.
- PIEZA 6.1 Ausente.
- PIEZA 6.2 Ausente.
- PIEZA 6.3 IRO compatible con reabsorción radicular.
- PIEZA 6.4 Ausente.
- PIEZA 6.5 IRO compatible con reabsorción radicular.

IRO compatible con material de restauración a nivel oclusal.

#### REGIÓN AURICULAR

- IRO compatible con ángulo mandibular, donde el lado derecho es más asimétrico que el lado izquierdo.
- IRO compatible con el cóndilo mandibular, donde el lado derecho se encuentra de poco grosor que el lado izquierdo.

#### REGIÓN DEL MAXILAR INFERIOR

- **Piezas permanentes**

- PIEZA 3.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 3.2 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 3.3 IRO compatible con estadio de Nolla 6.
- PIEZA 3.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 3.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 3.6 IRO compatible con estadio de Nolla 9.
- PIEZA 3.7 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 4.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 4.2 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 4.3 IRO compatible con estadio de Nolla 6.
- PIEZA 4.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 4.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 4.6 IRO compatible con estadio de Nolla 9.
- PIEZA 4.7 IRO compatible con estadio de Nolla 5.

- **Piezas Permanentes**

- PIEZA 3.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 3.2 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 3.3 IRO compatible con estadio de Nolla 6.
- PIEZA 3.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 3.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.

- PIEZA 3.6 IRO compatible con estadio de Nolla 9.
- PIEZA 3.7 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 4.1 IRO compatible con estadio de Nolla 8.
- PIEZA 4.2 IRO compatible con estadio de Nolla 7.
- PIEZA 4.3 IRO compatible con estadio de Nolla 6.
- PIEZA 4.4 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- PIEZA 4.5 IRO compatible con estadio de Nolla 4.
- PIEZA 4.6 IRO compatible con estadio de Nolla 9.
- PIEZA 4.7 IRO compatible con estadio de Nolla 5.
- **Piezas deciduas**
- PIEZA 7.1 Ausente.
- PIEZA 7.2 Ausente.
- PIEZA 7.3 IRO compatible con reabsorción radicular.
  - IRO compatible con material de restauración a nivel distal.
- PIEZA 7.4 IRO compatible con reabsorción radicular.
  - IRO compatible con tratamiento de camara pulpar.
- PIEZA 7.5 Ausente.
- PIEZA 8.1 Ausente.
- PIEZA 8.2 Ausente.
- PIEZA 8.3 IRO compatible con reabsorción radicular.
- PIEZA 8.4 compatible con reabsorción radicular.
- PIEZA 8.5 IRO compatible con reabsorción radicular.
  - IRO compatible con tratamiento de camara pulpar.

## MODELO DE ESTUDIO

PERÍMETRO DE ARCO: Medición ósea que es del hueso para albergar a los dientes permanentes - Mesial de la 1ra. molar decidua derecha. hasta la 1ra. mesial decidua izquierda.

MODELO SUPERIOR



MODELO INFERIOR



LONGITUD DE ARCO: Distancia del punto de contacto del Incisivo central hasta la línea trazada a distal de la 1ra. molar.

MODELO SUPERIOR



MODELO INFERIOR



## ANÁLISIS DE BOLTON

Mide si hay exceso de masa dentinaria (análisis de tamaño dentinario).

$\sum$  12 piezas NO REGISTRABLE

$\sum$  6 Sup.: 45.6mm

$\sum$  6 Inf: 36.2mm

Discrepancia total		Media 77.2	D.S 1.65
$\sum$ 6 Inf.	36.2	X 100 =	79.38
$\sum$ 6 Sup.	45.6		

$$X/45.6 \times 100 = 77.2$$

$$X = 35.6$$



$$EX = 36.2 - 35.6$$

$$EX = 1\text{mm}$$

### Interpretación:

79.38 > 77.2 el problema es del maxilar inferior. Presenta un exceso de masa dentinaria de 1mm en la arcada inferior.

### DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DEL ESTADO GENERAL: Paciente de sexo masculino con ABEG, ABEN, ABEH Y LOTEPE.

### DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

- Gingivitis asociada a placa bacteriana leve generalizada.
- Caries de la pieza 5.5
- Hiperemia pulpar de la pieza 8.4
- Extracción de la pieza 8.5.
- Edentulo parcial con clasificación de Kennedy clase II en el Maxilar Inferior.

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:

- Devolver la salud gingival.
- Devolver la morfología del diente.
- Preservar la pieza dentaria.
- Desfocalización de focos infecciosos.
- Preservar en espacio fisiológico.

## **PROCEDIMIENTO**

### **PROCEDIMIENTO DE LA INSTALACIÓN DEL MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO.**

1°CITA: Toma de impresión de la arcada superior e inferior.





### TOMA DE IMPRESIÓN





### **ANESTESIA TÓPICA**



### **ANESTESIA INFILTRATIVA**



### **DEBRIDACIÓN Y LUXACIÓN**



### **PREHENSIÓN**



**TRACCIÓN**



**AVULSIÓN**



**EXTRACCIÓN DE LA PIEZA**



**COLOCACIÓN DEL MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO**



## CAPITULO IV

### 4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

**Fase sistémica:** No requiere.

**Fase estomatológica:**

- Motivación al paciente (técnica de cepillado, uso del hilo dental).
- Operatoria dental de la pieza 5.5.
- Pulpectomía de la pieza 8.4.
- Extracción de la pieza 8.5.

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:**

- Devolver la salud gingival.
- Devolver la morfología del diente.
- Preservar la pieza dentaria.
- Desfocalización de focos infecciosos.
- Preservar en espacio fisiológico (instalación del mantenedor de espacio fijo).

**FASE DE MANTENIMIENTO:**

- Controles periódicos.

## • Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Cristian Esteban Villalón

FECHA: 12 de Julio CLÍNICA: 1 PRECEDIENCIA:

1 Yo, Dr. Cristian Esteban Villalón, identificado con DNI N° 72723113 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de sus facultades mentales, otorgo en buena fe, mi consentimiento al Docente, para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometido a su dirección así como los asistentes que él seleccione y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Exodoncia por extracción de terceros molares

2 El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que se autorizaron en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exige.

3 El Docente informa al paciente de la existencia de riesgos generales y específicos irreversibles que por sus propias características no se pueden evitar y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la importancia, consecuencias 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 el paciente ha hecho al docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínicas patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, previos y consecuencias que pueden generarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido en forma clara y comprensible las explicaciones sobre sus antecedentes y que han sido acordes a lo que me he referido y manifestado al respecto.

5 Si en el momento que ocurre después de imposible o casi prevenible, los costos por esta razón, no pueden ser cobrados y es consecuencia, declaro expresamente que no seré 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 se acepta su paternidad.

6 Igualmente otorgo mi consentimiento para que la asistencia que pueda llegar a requerirse, sea autorizada y me sean satisfechos los riesgos que para el caso corresponde la autorización de ANES/INSA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las decido que he leído y comprendido me han sido acordes.

7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, podrá ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del paciente tomada antes de la intervención, realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es dispensada 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 en expresa aprobación 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 antecedentes del laboratorio de patología, los radiográficos y fotografías, pueden ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

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


  
 FIRMA DEL PACIENTE  
 DNI N° 720930113


  
 FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO  
 RESPONSABLE DEL AREA


  
 FIRMA DEL ESTUDIANTE

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

Palacios W. En el año 2014 menciona en su tesis que la ortodoncia es un acto ortontico, ortopédico y odontológico que evita el desarrollo de un mal oclusión (eliminación de hábitos parafuncionales, mantenedores de espacio, análisis de espacio, desgaste selectivo). (8)

Pachas L. En el año 2014 en sus tesis concluye que los valores obtenidos para la clase II en los niños peruanos comprendidos entre 7 y 12 años según el análisis cefalométrico USP fue entre -3 y 5 con una media y desviación estándar. (11)

Mesones M. Et al. En el año 2018 menciona en sus tesis que la relación significativa entre necesidad de tratamiento ortodóntico en niños según componente de salud del índice de necesidad de tratamiento (IOTN) y el nivel de información de padres acerca de oclusión y maloclusión. (12)

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

- Verificar la oclusión luego de colocar un mantenedor de espacio.
- Mantener la pieza dental decidua en boca el mayor tiempo posible, pero sin que este ocasiona destrucción del hueso.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

- Evaluar mensualmente al paciente para controlar el espacio y la erupción de dientes permanentes.
- Realizar aplicación de flúor barniz.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Huamàn Z. Ansiedad en el tratamiento odontológico en niños de 8 a 10 años que asisten al Hospital Domingo Olavegoya Jauja 2018. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Huancayo : Universidad Peruana los Andes ; 2018.
2. Ruiz L. Tratamientos mas frecuentemente realizados durante la etapa de reevaluación en pacientes integrales niños de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 1999 al 2004. Examen General Público previo a optar al título de Cirujano Dentista. Guatemala ; 2005.
3. García P. Cambios en la dirección de crecimiento en pacientes clase II esqueléticas con tratamientos de primera fase. Tesis para optar el título de Especialista y Magister en Ortodoncia y Ortopedia. Santiago : Universidad Finis Terrae; 2016.
4. Hirose M. Odontopediatria. .
5. Huayapa B. Motivo de consulta, diagnóstico y plan de tratamiento mas frecuentes de los pacientes mayores de edad que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad nacional del Altiplano en el periodo Académico 2016. Tesis para optar el título profesional. Puno: Universidad Nacional del Altiplano ; 2017.
6. Espinoza O, Martínez A, Sánchez M, Leenen E. Análisis de un examen clínico objetivo estructurado en odontología desde la teoría de la generalizabilidad. Investigación en Educación Médica. 2017; 6(22).

7. Díaz A. Influencia de la técnica de distracción audiovisuales en el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán 2016. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Pimentel : Univerisdad Señor de Sipan ; 2016.
8. Palacios W. Efectividad de tratamientos de ortodoncia en pacientes con aparatología removible atendidos en la Facultad de Odontología en 2013 presentación de casos clínicos. Trabajo de graduación para obtener el título Doctor en cirugía dental. Ciudad Universitaria : Universidad de el Salvador ; 2014.
9. Andrade M, Barbosa P. Manual de Referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. Segunda ed. España ; 2017.
10. Chalan K. Tratamientos de la caries dental basados en odontología mínimamente invasiva en tiempos de Covid - 19. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2021.
11. Pachas L. Evaluación de la relación sagital de los maxilares de una población peruana de niños comprendidos entre 7 y 12 años de edad según el análisis cefalométrico de la proyección USP. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2014.
12. Mesones M, Romero G. Necesidad de tratamiento ortodóntico en niños y sus relación con el nivel de información en padres acerca de oclusión y maloclusión en un colegio de la provincia de Chiclayo 2017. Proyecto de tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Chiclayo : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2018.