

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PROBLEMAS CON LAS PRÓTESIS PROVISIONALES Y SU INCIDENCIA EN LA GINGIVITIS

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: David Cristian Huatuco Arge

Asesor: MG. ANTICONA GONZALES JAMES RAUL

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

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica
y Patológica

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por las bendiciones que me permitió terminar esta carrera a mis padres por el apoyo incondicional que siempre me brindaron.

A mis amigos por su amistad y apoyo que me mostraron.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las bendiciones que me da día a día, a mis padres y mi hermano por el apoyo incondicional y los consejos que me brindaron en este tiempo



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suiciencia Profesional titulado:

PROBLEMAS CON LAS PRÓTESIS PROVISIONALES Y SU INCIDENCIA EN LA GINGIVITIS

Cuyo autor (es) : HUATUCO ARGE DAVID CRISTIAN
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : ODONTOLOGÍA
Asesor (a) : MG. ANTICONA GONZALES JAMES RAUL

Que fue presentado con fecha: 24/10/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 24/10/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 29%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 24 de octubre de 2022


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud

PH.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 405 – DUI – FCS – UPLA/2022

e.c.: Archivo
EAG:vdhp

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO	5
CONTENIDO DE FIGURAS	7
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
II. INTRODUCCIÓN	11
Planteamiento del Problema.....	12
Diagnóstico de la salud general.....	13
Objetivo.....	13
III. MARCO TEORICO.....	14
IV. CONTENIDO	18
DESARROLLO DEL CASO CLINICO.....	18
Historia clínica	18
Examen clínico general	19
Evaluación integral.....	19
Diagnóstico y pronóstico.....	21
V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	30

Formulación del Plan de tratamiento general.....	30
Plan de control y mantenimiento.....	31
VI. DISCUSION	33
VII. CONCLUSIONES	34
VIII. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura	Pagina
Fig. N° 1 Fotografía extraoral frontal	21
Fig. N° 2 Fotografía intraoral oclusal	22
Fig. N° 3 Fotografía intraoral superior	22
Fig. N° 4 Fotografía intraoral inferior	22
Fig. N° 5 Fotografía intraoral lado derecho	22
Fig. N° 6 Fotografía intraoral lado izquierdo	23
Fig. N° 7 Radiografía periapical superior pzas 1.1, 2.1.	23
Fig. N° 8 Radiografía periapical inferior pzas . 3.1, 3.2, 4.1, 4.2	23
Fig. N° 9 Modelo superior	24
Fig. N° 10 Medición de la radiografía para la eliminación de gutapercha	25
Fig. N° 11 Eliminación de gutapercha	25
Fig. N° 12 Observación del conducto limpio	26
Fig. N° 13 Limpieza de la corona	26
Fig. N° 14 Colocación de la fibra de vidrio	26
Fig. N° 15 Fotopolimerización de la resina dual	26
Fig. N° 16 Espigo de fibra de vidrio retruido	27

Fig. N° 17	Cementación de la fibra de vidrio	27
Fig. N° 18	confección de la prótesis provisional	27
Fig. N° 19	Listo para la colocación de la prótesis provisional	28
Fig. N° 20	Colocación del hilo retractor	28
Fig. N° 21	Impresión definitiva	28
Fig. N° 22	Articulado	29
Fig. N° 23	Instalación Y Cementación De Coronas Estéticas	29
Fig. N° 24	Terminación del caso clínico	29

RESUMEN

Las prótesis se colocan en boca para evitar que el paciente sienta incomodidad al masticar y en la fonación, estableciéndolo como un periodo de establecer y brindar la mejoría y satisfacción del paciente.

Es por ello que se presenta un caso clínico donde paciente refiere que cuando era joven se extrajo sus dientes porque le dolían y que posteriormente le pusieron una prótesis para que no se vea mal al sonreír, pero en la actualidad menciona que no le gusta mucho porque siente que ingresa comida y desea cambiarse esa prótesis.

Palabra clave: Prótesis provisional, acrílico, resina

ABSTRACT

Prostheses are placed in the mouth to prevent the patient from feeling discomfort when chewing and phonation, establishing it as a period of establishing and providing improvement and patient satisfaction.

That is why a clinical case is presented where the patient refers that when he was young he had his teeth extracted because they hurt him and later he was fitted with a prosthesis so that he would not look bad when smiling, but nowadays he mentions that he does not like it very much because he feels that food gets in and he wants to change that prosthesis.

Keywords: Provisional prosthesis, acrylic, resin

I. INTRODUCCIÓN

Para la colocación de la prótesis parcial fija es obligatorio hacer la preparación del tallado de las piezas dentarias y tomar impresiones para obtener los modelos en yeso con los que el técnico dental confeccionara la prótesis dental fija, durante el tiempo en que se confeccionan la prótesis definitiva las piezas dentarias deben de estar protegidas con una prótesis provisional. (1)

Las prótesis provisionales fija poseen un gran valor terapéutico en la rehabilitación que buscan realizar cambios en la morfología dentaria y de los esquemas oclusales para devolver la adecuada función masticación y estética, que otorgan una protección compleja dentinopulpar. (2)

Es por lo que las prótesis provisionales se utilizan durante el periodo de tiempo variado protegiendo a los tejidos duros y blandos hasta la cementación definitiva. Siendo que la fuerza estructural del diente depende de la cantidad y la fuerza inherente de la dentina, así como su integridad y forma anatómica. (3) Después del tratamiento endodóntico hay una pérdida considerable de dentina. Stockton afirma que la resistencia a la fractura radicular está directamente relacionada con el grosor de la dentina remanente (4). La ausencia de remanente de la porción coronaria ocasiona un mayor riesgo de fractura Sorensen y Martinoff (1984) (5) siguiendo un estudio retrospectivo de los 1273 dientes tratados endodónticamente, concluyeron que no había un incremento en la resistencia a la fractura, cuando se empleaba un perno intrarradicular (6). Diversos estudios clínicos indican que los postes causarían un importante índice de fracturas en dientes tratados endodónticamente (5), sin

embargo, no todos los dientes con tratamiento endodóntico requieren de un poste para ser restaurados satisfactoriamente (7).

Planteamiento del Problema

La prótesis provisional está diseñada para satisfacer necesidades importantes en los pacientes en la odontología siendo indispensable en el tratamiento de rehabilitación ya que la condición de temporal en una restauración provisional puede carecer de ciertas características que le permita cumplir función en la boca sin causar daño y esto puede estar ligado al tiempo que vaya a estar en la prótesis provisional en la cavidad oral del paciente. (8)

Los parámetros que utilizan a nivel mundial en la confección de prótesis provisionales sugiere que el tejido dental permitido debe ser sustituido por un material que sea compatible y tolerable en los tejidos gingivales que no permita la formación de placa bacteriana y que no contribuya a producir la inflamación gingival para que pueda ser colocado en la boca sin provocar ningún tipo de irritación en diversos países como Chile el estado periodontal en pacientes rehabilitados mediante prótesis fija provisionales demostraron que debido a que la prótesis fija constituye un elemento artificial que sí no es debidamente confeccionado que si no está realizado en forma correcta pudiera transformarse en un elemento o factor de riesgo que altera la salud periodontal en zonas que se encuentre ubicada. (9)

La gingivitis es una enfermedad que afecta la mayoría a nivel mundial pero también se puede dar por una prótesis provisional mal adaptada causando inflamación y sangrado a nivel de la encía en diversos estudios estiman que la magnitud de gingivitis en la población se da entre un 43% y un 86% índices que evalúan la condición periodontal general sin embargo se puede separar obteniendo prevalencias con base a indicadores de

gingivitis y periodontitis de 7 a 10 el sistema de vigilancia epidemiológica y patologías bucales reportó que el 49.9% de gingivitis en población de 20 a 34 años de edad usaría de los servicios públicos. (10)

También reportaron que un 25.3% de la población que utiliza prótesis provisionales por largo tiempo tienden a aparecer de gingivitis por el acumulo de placa bacteriana o por lo que la higiene bucal deficiente es un factor de riesgo para desarrollarla existe una asociación también entre la caries y la gingivitis debido a escalas lesiones caries acumuladas la placa avanza apicalmente hacia la encía y se encuentra asociación con el apiñamiento dental obturación de defectuosas empaquetamiento alimenticio y diastemas con el aumento de frecuencia de gingivitis esto debido a la dificultad de realizar una correcta higiene bucal cuando los dientes se encuentran encimados o con puntos de contactos deficientes en donde se empaqueta alimentos. (11)

Diagnóstico de la salud general

Paciente de 24 años de edad de sexo masculino con aparente buen estado de salud general, aparente buen estado de hidratación, lucido, orientado en tiempo y espacio.

Objetivo

Objetivo general

- ✓ Determinar los problemas con prótesis provisionales y su incidencia en la gingivitis.

Objetivos específicos

- ✓ Evaluar las características de las prótesis provisionales referente a los criterios de acabado, pulido, adaptación y cementado.
- ✓ Conocer la prevalencia de gingivitis después de la colocación de prótesis provisionales.

II. MARCO TEORICO

Antecedentes Nacionales

Ortegal K. En el año 2017 se presentó un trabajo titulado “Estado periodontal de pacientes con prótesis fija en relación al tipo y adaptación marginal, evaluados en el área de diagnóstico de la clínica odontológica”, con la finalidad determinar el estado periodontal de pacientes con prótesis fija en relación al tipo y adaptación marginal, metodología es de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, analítico, en los resultados indican que la distribución de frecuencia en corona es de 63%, puente 64%, distribución de frecuencia por calidad de la adaptación marginal buena %, regular 40%, mala 32%, distribución de frecuencia por estado periodontal según tipo de corona sano 77.78%, gingivitis el 22.22%, periodontitis crónica el 0%, puente sano el 3.13%, gingivitis 87.50%, periodontitis crónica 9.38%, distribución de frecuencia por estado periodontal según la adaptación marginal buena en diente sano es 100%, gingivitis 0.00%, periodontitis crónica 0%, regular en diente sano es de 5%, gingivitis 95%, periodontitis crónica es de 0%, mala en diente sano es de 0.00%, gingivitis es de 81.25%, periodontitis crónica es de 18.75%, en conclusión el estado periodontal según el tipo de prospectivo y adaptación marginal, donde del total de personas que usan coronas individuales y presentan una calidad de adaptación marginal regular, el 100% presenta gingivitis, mientras que el total de pacientes que tienen una buena calidad de adaptación marginal, el 100% se encuentran periodontalmente sanos. (12)

Huivin R. et al. En el 2015 se desarrolló un trabajo con la finalidad de identificar las características clínicas gingivales de las piezas portadoras de prótesis fijas de pacientes que acudieron a la clínica, metodología es de diseño retrospectivo con un universo conformado por historias clínicas, en los resultados indican que de las 196

historias clínicas evaluadas, se encontraron 250 prótesis fijas , las cuales tuvieron un total de 339 pilares, entre los tipos ; coronas unitarias 63.2% y pilares de puente 36.8%, existió mayor prevalencia de varones 53.06, con una edad media de 42.61 años, el análisis descriptivo invariado de los datos con mayor prevalencia de piezas pilares posterosuperior 45.2%, gingivitis moderado 51.6%, ausencia de retención de placa 50.4%, ausencia de movilidad dentaria 90.3% y estado malo de la prótesis fija 71.7% con el p valor menor de 0.05 entre las variables tipo de prótesis retención de placa, tipo de prótesis movilidad, estado de prótesis, índice gingival y estado de prótesis en conclusión se encontró relación entre el estado periodontal y la presencia de prótesis fija, lo cual se expresa a través en la alta prevalencia de gingivitis moderada y presencia de retención de placa en las piezas pilares de la prótesis. (13)

Antecedentes Internacionales

Coveña E. En el a2019 en Guayaquil se desarrolló un trabajo titulado “Lesiones periodontales causadas por provisionales desajustadas”, determinar las condiciones clínicas de los provisionales para evitar lesiones periodontales que se presentan en los pacientes, a través de encuestas aplicadas a los estudiantes, metodología es de tipo descriptivo, exploratorio, transversal, no experimental, basándose en observar y describir las características del grupo en estudio, sirviendo de complementos y bases para establecer los fundamentos teóricos en la que se basa la investigación, en los resultados indican que el conocimiento que poseen los estudiantes entrevistados respecto a las manifestaciones periodontales que causa un provisional mal adaptada en boca con el 78.15% de la población entrevistada, el espacio biológico normal de las medidas en las opciones en su mayor opción dos un 65.54% , en las funciones de los provisionales es biológica, estética y mecánica de 71.42%, estética, física y térmicas de 6.72%, protección, térmicas y estéticas 15.96%, mecánica, biológicas y

químicas es de 5.88%, requisitos que deben cumplir el borde de un provisional es contorno, ajuste y pulido 59.66%, definición, lisura y pulido 15.96%, lisura, definición y contorno 14.28%, ajuste, pulido y lisura es de 10.08% llegando a la conclusión de que la mayoría si están preparados con los conocimientos necesarios para llevar a cabo una técnica de colocación de provisionales en los pacientes. (14)

Pinto M. et al. En el año 2019 se presentó el trabajo con el título “Prevalencia de enfermedad periodontal en historias clínicas de pacientes con tratamiento de prótesis parcial fija atendidos en la Clínica Integral del Adulto IV desde febrero de 2013 a diciembre 2017”, con el objetivo estimar la prevalencia de enfermedad periodontal en historias clínicas de pacientes atendidos con prótesis, metodología es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, que permitió observar y estimar la prevalencia de enfermedad periodontal, en los resultados indican que existe mayor prevalencia de pacientes del género femenino, 69.1% con una edad promedio de los participantes de 44.5 +- 12.0 años con una mediana de 45 años y un rango entre 18 a 85 años, en el análisis estadístico se observó mayor prevalencia de sangrado al sondaje localizado en dientes pilares 58.2%, 16.6% dientes pilares presentaban bolsas periodontales localizadas, 37.8% deformidad mucogingival localizada tipo recesión, 27.5% gingivitis asociada a placa bacteriana, en conclusión la mayor prevalencia de enfermedad periodontal en dientes pilares rehabilitados con prótesis parcial fija y corona unitaria y en relación a la ausencia de la enfermedad 24.2% en diente pilar, corresponde un 27.5% a gingivitis asociada a placa bacteriana. (15)

Guillen L. En el año 2015 se presentó el trabajo con la finalidad establecer la casualidad de gingivitis posterior a la colocación de prótesis provisionales fijas en los pacientes del Área Clínica de restaurativa, metodología de tipo analítico y prospectivo, ya que se estudió la aparición de gingivitis en los dientes pilares,

relacionada a la colocación de prótesis provisionales fijas de resina, la cual se tuvo como el análisis el cuadrante de estudio que recibió la prótesis provisional y el cuadrante contralateral como grupo de control en el mismo paciente, en ambos se examinaron utilizando el índice PMA en 3 momentos uno previo a la colocación de las prótesis provisionales fijas, en los resultados indican que las características de la prótesis provisional es el acabado de 66.70%, es liso bueno, 33.3.% rugoso o poroso, márgenes el 66.70% liso bueno, 33.30% bordes irregulares malo, la adaptación marginal es de 75.80% bueno, 24.20% deficiente, el exceso de cemento sin remover el 60.60% ausente, el 39.40% presente, isquemia 54.50% si, el 45.50% no, causas modificadores en relación al paciente uso de seda dental el 60.6%, uso de enjuague bucal el 54.5%, cepillado tres veces al día 54.5%, cepillado dos veces al día 45.5%, en conclusión la casualidad de gingivitis posterior al uso de la prótesis no se logró determinar con pruebas de asociación encontrando en condiciones donde se presentó mayor prevalencia posterior a la colocación de prótesis provisionales en los pacientes. (1)

Alcívar A. Se desarrollo un trabajo titulado “El provisional en prótesis fija y su incidencia en la gingivitis”, con el objetivo de establecer la incidencia del provisional en prótesis fija en la gingivitis de los pacientes atendidos, metodología es bibliográfico, nivel descriptivo, exploratorio, analítico, sintético, propositiva, con la muestra de 85 casos de prótesis provisionales adaptadas, en los resultados indican que la corona provisional la superficie es lisa 49.4%, rugosa 50.6%, tiempo que mantuvo la provisional en boca es de retención de restos de comida a nivel del provisional es de 23.5%, no retuvo restos de comida es de 70.6%, no se dio cuenta 5.9%, momento del cepillado sangran si el 4.7%, no el 95.3% a veces el 0%, cambio el color en la encía alrededor de la corona provisional es de 25.9% si, 74.1% no,

índice gingival encía sana el 75.3%, inflamación leve el 23.5%, inflamación moderada es de 1.2%, inflamación grave 0%, retracción gingival es de 2.4% si, 97.6% no, en conclusión de pudo determinar el estado de la superficie del provisional en prótesis fija si influye en la retención de placa bacteriana, así tenemos que el 72.9% de placa bacteriana fue encontrada en las coronas provisionales rugosas. (8)

3.2. Bases teóricas o científicas

Periodonto

Se les llama así a los tejidos que rodean a las piezas dentales tanto del maxilar superior como del inferior dando como función la resistencia, aplicación de fuerzas masticatorias y deglución.

Estando conformado por el periodonto de inserción (encía y diente) y periodonto de protección (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar).

Cemento

Es un tejido conjuntivo mineralizado de origen ectomesenquimatoso del folículo dentario el cemento cubre la superficie de la dentina en la porción radicular y la conecta con el ligamento periodontal al hueso alveolar.

Ligamento periodontal

Es el tejido conjuntivo fibroso que se une el hueso alveolar con el diente dándole soporte y resistencia durante la masticación, en el ápice dentario el ligamento se pone en contacto con el tejido pulpar, encía formando un conjunto de fibras en diferentes direcciones, pero con una misma función de fijar el diente al hueso alveolar, con la edad el ligamento periodontal disminuye siendo compensado con el cemento.

Hueso alveolar

Se presenta en las estructuras del maxilar y en la mandíbula, en la que se encarga de sostener a los alveolos dentarios, formándose mediante la erupción dentaria y proporcionan ligamento periodontal en su nivel de reinserción, en las que se reabsorben de forma espontánea una vez que se pierde la pieza dentaria. (16)

Espacio biológico

Es la unión dentogingival, descrita como una unidad funcional compuesta de dos partes:

La unión fibrosa del tejido conectivo de la encía

La unión epitelial siendo un espacio que se extiende desde el margen gingival hasta la cresta ósea estando conformado por componentes como: las fibras supracrestales, el epitelio de unión y el surco gingival.

Este espacio biológicamente determina el estudio clásico en 1961, estableció las dimensiones de espacio requerido para los tejidos gingivales encontrando que el ser humano, la medida del surco gingival era de 0.69 mm, la inserción de epitelio de unión por debajo de la base del surco gingival ocupaba 0.97 mm del espacio y la inserción del tejido conjuntivo ocupaba 1.07 mm del espacio por encima de la cresta del hueso alveolar.

El epitelio de unión y la inserción de tejido conjuntivo supracrestal con las dimensiones promedio de 0.5 a 1 mm cuando se examina en diferentes superficies dentales, este estudio y otros mostraron que las dimensiones del epitelio de unión y la inserción de tejido conjuntivo supracrestal variando de manera considerable con otros factores asociados al tipo de diente , superficie, biotipo, pérdida de inserción, presencia de restauraciones y largo de corona, definiendo una dimensión del ancho biológico fija.

La clasificación en el 2017 reemplaza el termino ancho biológico por la expresión de inserción de tejido supracrestal insertado, siendo estas dimensiones variables y evaluadas histológicamente. (17)

Factores locales relacionados con los dientes que modifican o predisponen a enfermedades gingivales inducidas por biopelícula dental

Factores anatómicos del diente

Varía de acuerdo a la morfología relacionado con la anatomía dental que contribuye con la etiología en el pronóstico del diente.

Las proyecciones cervicales y perlas de esmalte se localizan a nivel cervical siendo como una estructura continua del esmalte desde la unión cemento – esmalte generalmente tiene forma triangular o cónica con un factor anatómico relevante para la invasión en la furcación.

Grado I: cambio en la posición del límite cemento – esmalte con una proyección hacia la furcación.

Grado II: proyección a nivel cervical del esmalte que se aproxima a la furcación sin hacer contacto con esta.

Grado III: la proyección cervical de esmalte hacia el interior de la furcación.

Anatomía y ubicación de la furcación

Una compresión profunda de la anatomía radicular es esencial para las decisiones diagnóstico y terapéuticas adecuadas. Tales como la longitud del tronco radicular, la entrada de la furcación. (18)

Surcos de desarrollo

Las anomalías en los incisivos maxilares, son los surcos del desarrollo, sin embargo, también pueden estar presentes en otros dientes. Son anomalías mayormente ubicadas en las áreas interproximales, que comienzan en la región coronal hacia el cingulo y se continua distoapicalmente, interrumpiendo la continuidad entre la cresta marginal distal y el cingulo. (19)

III. CONTENIDO

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia clínica

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**
 - ✓ Paciente: R.L.C.L.
 - ✓ Edad: 24 años
 - ✓ Sexo: Masculino
 - ✓ Domicilio: Jr. Sebastián Lorente
 - ✓ Ocupación: Estudiante
 - ✓ Lugar y Fecha de nacimiento: Huancayo – 11-11- 1999
- **ENFERMEDAD ACTUAL**
 - ✓ **Motivo de consulta:** “Quiero recuperar mi diente perdido”
 - ✓ **Enfermedad Actual:** Presenta vestibularización y destrucción coronaria de los 2/3 de la corona clínica.
- **ANTECEDENTES**
 - ✓ Padre fallecido de Cáncer de Pulmón hace 01 año.

- ✓ Madre portadora de prótesis debido a la mala posición de sus dientes.

Examen clínico general

Signos vitales:

- ✓ Talla: 162 cm
- ✓ Peso: 55 kg
- ✓ Presión Arterial: 120/60 mm Hg
- ✓ Pulso: 72 pulsaciones por minuto (ppm)
- ✓ Frecuencia Respiratoria: 18 respiraciones por minuto (rpm)
- ✓ Temperatura: 37° C

Piel y anexos:

- ✓ Textura: suaves
- ✓ Color: trigueña
- ✓ Anexos: Cabello: Buena implantación, color castaño oscuro.
Uñas: rápido llenado capilar, convexo

Evaluación integral

✓ Orofaringe:

Pilar Anterior ligeramente eritematosa, Pilar Posterior

✓ Encías:

Textura: Lisa a nivel de la pieza 1.3 y 2.3

Consistencia: Dura

Encía Papilar: Alterada a nivel de la pieza 2.1 y 2.2 por vestibularización de la pza. 2.1.

✓ Maxilar Superior: Cuadrangular – Apiñado

✓ **Dientes:**

Número: 16 dientes

Tamaño: Macrodoncia en las piezas 1.3, 1.1 y 2.3

✓ **Alteración de posición:** Pza. 1.8, 1.7 Vestibularizado, 1.3 Mesiogiroversado e intruida; 2.1 Mesiogiroversado y Vestibularizado y 2.4 2.6 Palatinizado

✓ **Maxilar Inferior:** Ovalado - Alineado

✓ **Dientes:**

Número: 12 dientes

✓ **Diastemas:** Entre las piezas 3.1-3.2 y entre las piezas 4.2-4.3

✓ **Zonas Edéntulas y reborde Alveolar:** Delgada entre las piezas 3.5-3.8 y 4.5-4.8

✓ **Facetas de desgaste:** Piezas 4.4

Derecha:

✓ **Relación molar:** No registrable

✓ **Relación canina:** Clase II

Izquierda:

✓ **Relación molar:** No registrable

✓ **Relación canina:** Clase I

Tejidos duros

✓ **Trayectoria mandibular:** Apertura con desviación a la izquierda

✓ **Grado de apertura bucal:** 36mm

✓ **Over Bite:** 44.4 % **Over Jet:** 3mm

✓ **Posición de Reposo y espacio libre:**

✓ Dimensión Vertical postural = 57 mm

✓ Dimensión Vertical oclusal = 55 mm

✓ Espacio Libre = 2mm

Diagnóstico y pronóstico

Diagnóstico Presuntivo

Aparente Buen estado de Salud General.

No presenta Enfermedad Sistémica.

Paciente presenta: Obturaciones diversas

Disfunción de la Articulación Temporomandibular

Vestibularización de la Pieza 2.1

EXÁMENES AUXILIARES

✓ Fotografía extraoral



Fig. N°1 Fotografía extraoral frontal

✓ Fotografía intraoral



Fig. N° 2 Fotografía intraoral oclusal



Fig. N° 3 Fotografía intraoral superior



Fig. N° 4 Fotografía intraoral inferior



Fig. N° 5 Fotografía intraoral lado derecho



Fig. N° 6 Fotografía intraoral lado izquierdo

✓ **Radiografías periapicales**

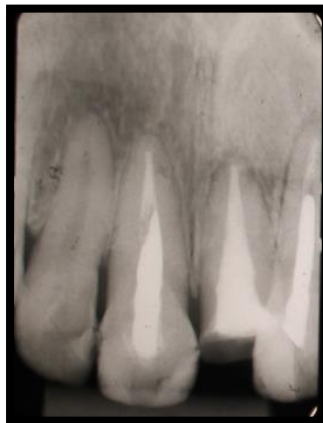


Fig. N°7 Radiografía periapical superior pzas 1.1, 2.1.



Fig. N°8 Radiografía periapical inferior pzas . 3.1, 3.2, 4.1, 4.2

✓ **Modelos de estudio**



Fig. N°9 Modelo superior

✓ **Diagnostico definitivo**

- Resorción de la encía papilar entre la pieza 2.1 y 2.2
- Vestibularización y Mesio giroversión de la pieza 2.1
- Estado de destrucción coronaria: Clase 03 tipo C según la clasificación de Kurer
- Alteración de posición: Pza. 1.8, 1.7 Vestibularizado, 1.3 Mesio giroversado e intruida, 2.1 Mesio giroversado y Vestibularizado y 2.4 2.6 Palatinizado.
- Tratamiento de conducto de las piezas 1.1., 2.1 y 2.1
- Over Bite: 44.4 % Over Jet: 3mm
- Maloclusión clase II división 1 con perfil convexo
- Relación Molar:
Derecha: Registrable Izquierda: No Registrable
- Relación Canina:
Derecha: Clase II Izquierda: Clase I
- Línea Media Inferior desviado en 1mm a la Izquierda
- Clase III modificación 1 inferior de Kennedy

- Discrepancia alveolo dentaria según análisis de Bolton
- Disfunción Temporomandibular con Clic del lado derecho
- Dolicocefalo, Dolicofacial.

PROCEDIMIENTO DEL TRATAMIENTO

✓ Tratamiento de espigos

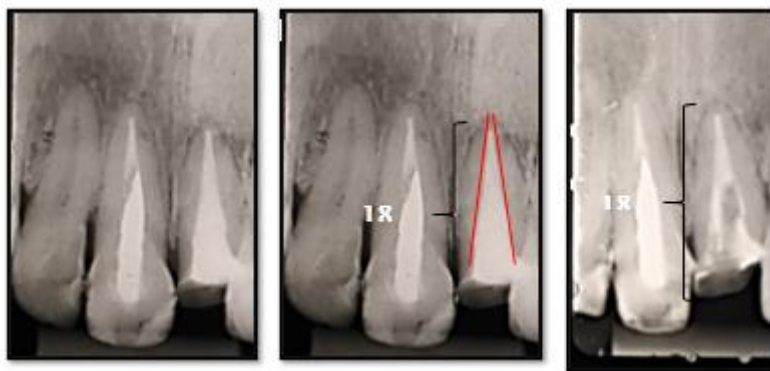


Fig N° 10 medición de la radiografía para la eliminación de gutapercha

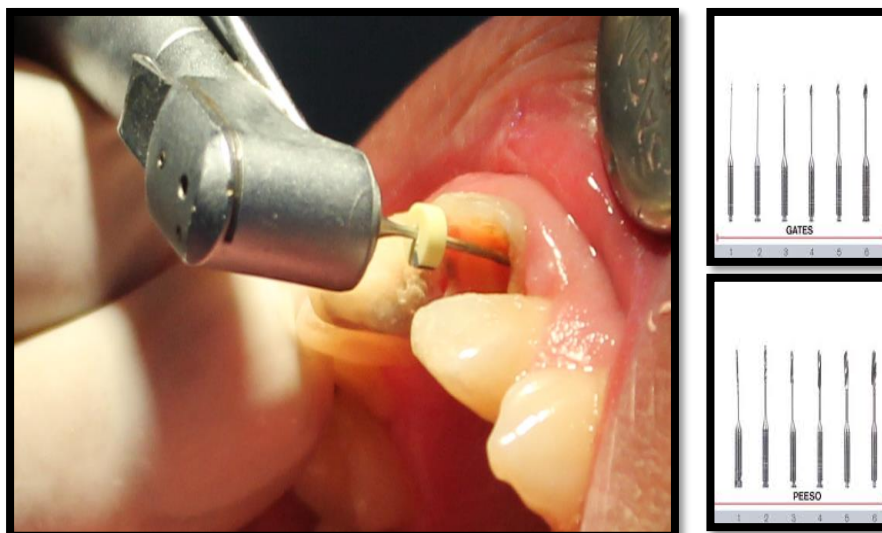


Fig N° 11 Eliminación de gutapercha



Fig N° 12 Observación del conducto limpio



Fig N° 13 Limpieza de la corona



Fig N° 14 Colocación de la fibra de vidrio

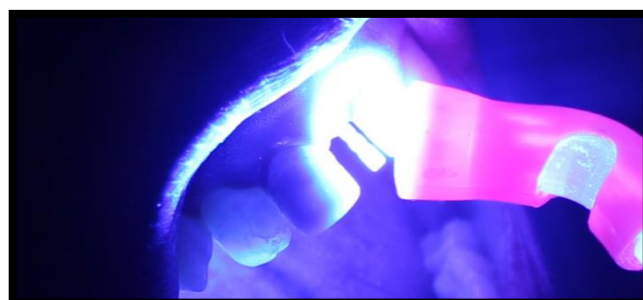


Fig N° 15 Fotopolimerización de la resina dual



Fig N° 16 Espigo de fibra de vidrio retruido

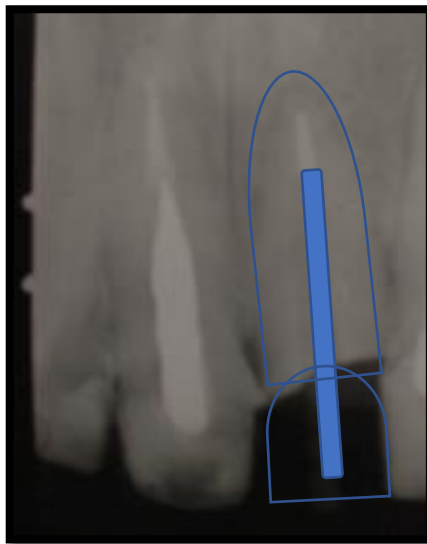


Fig N° 17 Cementación de la fibra de vidrio



Fig. N° 18 confección de la prótesis provisional



Fig. N° 19 listo para la colocación de la prótesis provisional



Fig N° 20 Colocación del hilo retractor

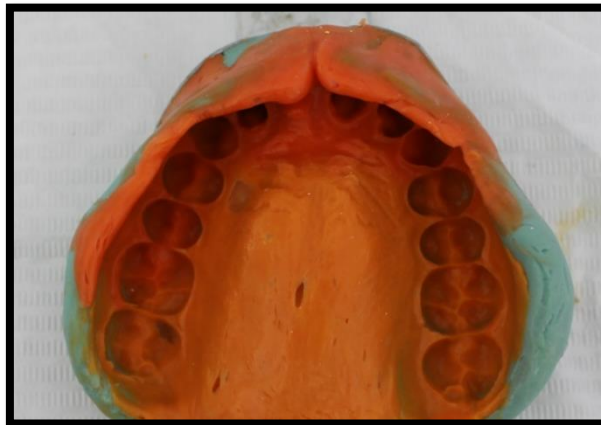


Fig N° 21 Impresión definitiva



Fig N° 22 Articulado



Fig N° 23 Instalación Y Cementación De Coronas Estéticas



Fig N° 24 Terminación del caso clínico

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Formulación del Plan de tratamiento general

TRATAMIENTO DE ESPIGOS

- ✓ Se inicia tratamiento con la remoción de los 2/3 de material endodóntico con las fresas Gates Glidden N° y fresas Peso N°, se retiró aprox. 18 mm.

TALLADO

- ✓ El tallado se realizó con una fresa cilíndrica N°08 diamantada, así mismo se utilizó la fresa con punta de lápiz N° diamantada.

PREPARACIÓN DE ESPIGO – FIBRA DE VIDRIO

- ✓ Se preparó un espigo para la obturación de la pieza dentaria en tratamiento.

FOTOPOLIMERIZACIÓN DE LA RESINA DUAL

- ✓ Se utilizó la resina dual para cementar el espigo.

DESObTURACIÓN DEL CONDUCTO -DIRECCIÓN A PALATINO

- ✓ Se desobturó el conducto con la finalidad de palatinizar la pieza dentaria en tratamiento.

ESPIGO DE FIBRA DE VIDRIO RETRAÍDO

- ✓ Se obturó un nuevo espigo ya palatinizado con resina dual.

COLOCACIÓN DE HILO RETRACTOR

- ✓ Se colocó el hilo retractor para tomar la impresión definitiva.

ARTICULADO

- ✓ Se articuló los modelos para la preparación de la corona y el diseño de la sonrisa.

INSTALACIÓN Y CEMENTACIÓN DE CORONAS ESTÉTICAS

- ✓ Se utilizó para la cementación de las coronas un ionómero de cementación “MERON” de la casa VOCCO.

CIRUGÍA PERIODONTAL

- ✓ Al no existir proporción se realizó una cirugía periodontal para lograr el diseño de sonrisa previamente planificado

CASO CLÍNICO TERMINADO

CONTROLES

Plan de control y mantenimiento

1º Fase:

Área Periodoncia

- Fase de higiene:
 - ✓ Fisioterapia oral
 - ✓ Técnica de cepillado.
 - ✓ Profilaxis dental.

2º Fase

Área endodoncia

- Fase de evaluación:
 - ✓ Evaluación radiográfica de los tratamientos de conductos: piezas, 1.1, 2.1, 2.2

3º Fase:

Área Laboratorio Clínico

- ✓ Análisis de laboratorio Clínico de Glucosa, Coagulación y Sangría

4º Fase

Área Laboratorio Dental

- ✓ Confección de Modelos de Estudios

5º Fase

Área Rehabilitación Oral

- Fase de restauración:
 - ✓ Espigo muñón de la pieza 2.1
 - ✓ Corona Estética en las piezas 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

V. DISCUSION

Yupan A. En el año 2017 menciona en su tesis que en las complicaciones periodontales de los dientes pilares de prótesis fija convencional post cementación en pacientes de 30 a 70 años atendidos en la Posta Medica Construcción Civil de la Victoria, se concluye que se presenta complicaciones periodontales después de la cementación de las prótesis fijas convencionales. (20)

Huivin R. Et al. en el año 2015 menciona en su artículo que los estudios como del de Pretzl y col, Carnevale y col., demostraron que los dientes usados como pilares de prótesis fijas tiene mayores posibilidades de pérdida. Por otro lado, Okai y col, reportaron que no hay estudio que muestren en detalle las condiciones de las piezas pilares de prótesis fija antes del tratamiento protésico, por lo que sugieren establecer una clasificación para las piezas pilares, en la cual se refleje la predictibilidad de los resultados del tratamiento basados en las condiciones pretratamiento. (21)

Manrique J. En el año 2010 concluye en su artículo que la confección de las prótesis dentales, son un problema serio que afecta directamente a la calidad del servicio y por ende a la satisfacción del usuario o paciente que se tiene que resolver con el diseño de controles más estrictos en este proceso. (22)

VI. CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye que el estado periodontal y la presencia de prótesis fija, expresa a través la alta prevalencia de gingivitis moderada y retención de placa en las piezas pilares de las prótesis fijas y que las prótesis provisionales por mucho tiempo ocasionan gingivitis.
- ✓ La utilización de la prótesis fija conduce a cambios en la cantidad y calidad de la placa bacteriana, por ello, la ejecución de medidas adecuadas de higiene es fundamental para reducirlos el acumulo de placa bacteriana.
- ✓ A pesar de las múltiples propuestas en técnicas y materiales disponibles solo un exhaustivo análisis crítico de todos los factores expuestos en este caso clínico, pueden suponer la diferencia entre éxito y fracaso a medio o largo plazo.

VII.RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar futuros estudios con respecto a necesidad y situación de prótesis añadiendo como variable el salario que gana cada persona a ser investigada.
- ✓ Estos conocimientos son fácilmente aplicables en la atención de pacientes que requieren tratamiento post endodóntico.
- ✓ Se recomienda controles pertinentes y ajustes oclusales conforme a la guía condilar y guía anterior en los movimientos en céntrica y de lateralidad.
- ✓ Para futuros casos clínicos considerar el trabajo especializado e integrado de las diferentes áreas de la odontología, tratando de alcanzar el éxito en el pronóstico de la pieza dentaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guillén L. Gingivitis posterior al uso de prótesis provisionales en pacientes de la clínica de restaurativa, facultad de odontología, Universidad de el Salvador. Trabajo de graduación para optar al título de doctorado en Cirugía Dental. El Salvador : Universidad de el Salvador ; 2015.
2. Paredes J. Eficacia del tratamiento con prótesis parcial fija y removible en relación al grado de satisfacción del paciente adulto que acude a la clínica docente asistencial odontológica ULADECH católica Trujillo segundo semestre 2015. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública. Trujillo: Universidad Católica los Ángeles Chimbote ; 2016.
3. Assif D, Gorfil C. Biomechanical considerations in restoring endodontically treated teed. *J Prosthet Dent.* 1994; 71(6).
4. Dent JP. Factors affecting retention of post systems: a literature review. *J Prosthet Dent.* 1999; 81(4).
5. Sorensen JA, Martinoff JT. Intracoronal reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent.* 1984; 51(6).
6. González S, Haro F, Vílchez M, Manuel L. Effect of restorative procedures and occlusal loading on cuspal deflection. *Oper Dent.* 2006 Jan - Feb; 31(1).
7. Fox K, Wood D, Youngson C. An investigation of the constituent elements and modes of fracture of in vivo fractured metallic posts. *J Dent.* 2007 Jan; 35(1).

8. Alcívar A. El provisional en prótesis fija y su incidencia en la gingivitis. Tesis de grado previo a la obtención del título de odontóloga. Portoviejo : Universidad San Gregorio ; 2013.
9. Huete R. BINASSS. [Online]. [cited 2023 04 04. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v1n2/art6.pdf>.
10. Romero N, Paredes S, Legorreta J, Reyes S, Flores M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev. Cubana Estomatol. 2016; 53(2).
11. Rocha M, Serrano S, Fajardo M, Servín V. Prevalencia y grado de gingivitis asociado a placa dentobacteriana en niños. Rev. de Invest. de la Universidad de la salle Bajío. 2014; 6(4).
12. Ortegál K. Estado periodontal de pacientes con prótesis fija en relación al tipo y adaptación marginal, evaluados en el área de diagnóstico de la clínica odontológica de la Universidad Privada de Tacna 2016. Tesis para optar el título profesional. Tacna : Universidad Privada de Tacna ; 2017.
13. Huivín R, Gonzáles G, Chávez B, Manrique J. Características clínicas gingivales de pacientes portadores de prótesis fija tratados en una clínica dental docente. Rev. Estomatol Herediana. 2015 Enero - Marzo ; 25(1).
14. Coveña E. Lesiones periodontales causadas por provisionales desajustadas. Trabajo de grado previo a la obtención del título de odontóloga. Guayaquil : Universidad de Guayaquil ; 2019.

15. Pinto M, Rincón A, Dávila I, Rueda D. Prevalencia de enfermedad periodontal en historias clínicas de pacientes con tratamiento de prótesis parcial fija atendidos en la Clínica Integral del Adulto IV desde febrero de 2013 a diciembre 2017. Trabajo de grado para otorgar el título de odontólogo. Bucaramanga : Universidad Santo Tomás Bucaramanga ; 2019.
16. Ortiz T, Barrientos L. Incidencia de gingivitis causada por la presencia de prótesis dental fija en pacientes atendidos en las clínicas integrales de adulto en la UICUI durante el periodo Marzo - Julio de 2018. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. México: Universidad de Ixtlahuaca CUI; 2019.
17. Rojas T, Lugo G, Dávila L, Yibrin C, Giménez X, Romero I, et al. Factores dentales y protésicos relacionados con la enfermedad periodontal. Rev. Odontologica de los andes. 2019; 14(2).
18. Blieden TM. Tooth Related issues. Ann Periodontol. 1999; 4(1).
19. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth - related factors. J Clin Periodontol. 2018 Jun; 45.
20. Yupan A. Complicaciones del periodontales en dientes pilares de prótesis fija convencional post cementación de pacientes entre 30 a 70 años atendidos en la posta medica construcción civil de la Victoria en el año 2016. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Inca Garcilaso de la Vega ; 2017.
21. Huivin R, Gonzales G, Chavez B, Manrique J. Características clínicas gingivales de pacientes portadores de prótesis fija tratados en una clínica dental docente. 2015 Enero - Marzo ; 25(1).

22. Manrique J. Adaptacion del colado en protesis fija y removible en pacientes de la clinica odontologica de la UNFV. Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(3).