

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



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**  
**TRATAMIENTO DE UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO CON**  
**ENDODONCIA**

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR: BACH. LISSET MELISSA BELLEZA LIZARRAGA

ASESOR: MG. HOSPINAL P ESCAJADILLO JANE

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

Lugar o institución de investigación : Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2021

*Dedicatoria:*

*Dedico este presente trabajo a Dios por ser mi guía  
y mi fortaleza a mis Padres, que son un ejemplo para  
mí de la perseverancia y por el gran amor que me  
han dado .*

Agradecimiento:

A la Universidad Peruana Los Andes y a la Escuela Profesional de Odontología, por cobijarme en sus aulas, a mis docentes por su entereza en compartir su sapiencia.

A mis padres, por todo el apoyo desde siempre a ellos mi reconocimiento gratitud y profundo amor.

*Lisset Melissa Belleza Lizarraga.*

## CONTENIDO

	Págs.
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Contenido	4
Contenido de figuras	5
Resumen	6
Abstract	7
II.-INTRODUCCIÓN	8
2.1. Planteamiento del problema	9
2.2. Diagnóstico de la Salud en general	10
2.3. Objetivos	11
III.-MARCO TEÓRICO	12
Antecedentes	12
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	19
Historia Clínica	19
Examen clínico general	21
Evaluación integral	22
Diagnóstico y pronóstico	24
IV.PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	26
Formulación del Plan de tratamiento general	26
Plan de control y mantenimiento	32
V.DISCUSIÓN	32
VI.CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40

## Contenido de figuras

### Páginas

Figura 1. Fotografía de la zona anatómica comprometida	24
Figura 2. Radiografía peri apical de la pieza 21	24
Figura 3. Anestesia	26
Figura 4. Fotografía de apertura cameral del diente 21	27
Figura 5. Fotografía de la odontometría y drenaje a través del conducto radicular	27
Figura 6. Fotografía de la limpieza y remoción producto séptico	28
Figura 7. Fotografía del apósito antimicrobiano como hidróxido de calcio	28
Figura 8. Fotografía de antibióticos	28
Figura 9. Fotografía de la endodoncia propiamente dicha	29
Figura 10. Fotografía de secado conducto	29
Figura 11. Fotografía de medicación intraconducto	30
Figura 12. Fotografía de la desinfección del conducto	30
Figura 13. Fotografía de la conometría.	30
Figura 14. Fotografía de la obturación del conducto	31
Figura 15. Fotografía del proceso de sellado	31
Figura 16. Fotografía de radiografía peri apical de control	31

## **RESUMEN**

El absceso alveolar agudo es un proceso séptico bucal donde el organismo crea una barrera defensiva circunscribiendo el área afectada dando lugar a la multiplicación de bacterias, degradación tisular, formación de pus, el absceso alveolar agudo debe ser tratado adecuadamente y sin pérdida de tiempo para evitar la extracción del diente en caso de complicaciones severas (7).

En el presente caso clínico tiene como objetivo describir el manejo clínico de una pieza dental 21 con diagnóstico de absceso alveolar agudo en una paciente femenina de 40 años su motivo de consulta “Siento mucho dolor”. Al examen clínico extraoral presenta inflamación en la zona anterior superior vestibular de los incisivos centrales, la paciente refiere que hace 2 meses sintió leve dolor a la masticación, el cual se ha ido incrementado hasta el día de la consulta.

Se realizó tratamiento de la endodoncia en la pieza 21,

**Palabra clave:** séptico, degradación tisular .

## **ABSTRACT**

The acute alveolar abscess is an oral septic process where the body creates a defensive barrier circumscribing the affected area, giving rise to the multiplication of bacteria, tissue degradation, pus formation, the acute alveolar abscess must be treated properly and without loss of time to avoid extraction of the tooth in case of severe complications (7).

In the present clinical case, the objective is to describe the clinical management of a dental piece 21 with a diagnosis of acute alveolar abscess in a 40-year-old female patient whose reason for consultation was "I feel a lot of pain". The extraoral clinical examination showed inflammation in the anterior upper vestibular zone of the central incisors. The patient reported that 2 months ago she felt slight pain when chewing, which has increased until the day of the consultation.

Endodontic treatment was performed on piece 21.

**Key word:** septic, tissue degradation.

## **II.- INTRODUCCIÓN**

Los abscesos alveolares son una infección de etiología bacteriana, que se presenta con mucha frecuencia en la consulta diaria, se produce por caries penetrantes y profundas , en la mayoría de veces se acompaña con una fistula enrojecida ,el absceso apical alveolar es una emergencia, el paciente entrará en contacto con el consultorio dental con dolor y varios síntomas relacionados con la enfermedad aguda, solicitando alivio, en esta situación, se debe realizar un diagnóstico correcto en forma rápida e iniciar ya el tratamiento, es de vital importancia evitar que la infección se propague en el organismo del paciente y pueda causar problemas graves.

El absceso alveolar agudo es un proceso séptico bucal donde el organismo crea una barrera defensiva circunscribiendo el área afectada dando lugar a la multiplicación de bacterias, degradación tisular, formación de pus, el absceso alveolar agudo debe ser tratado adecuadamente y sin pérdida de tiempo para evitar la extracción del diente en caso de complicaciones severas, por lo que se precisa un tratamiento de endodoncia siguiendo un protocolo definido.

## 2.1. Planteamiento del problema

El propósito de este trabajo de suficiencia profesional, ha sido el de presentar, un caso de absceso alveolar agudo tratado con endodoncia en una pieza dentaria la 21 teniendo como objetivo describir el manejo clínico y el diagnóstico de absceso alveolar agudo, y como, objetivo específico, conocer el uso adecuado de materiales e instrumental, para efectuar dicho procedimiento, con el cual se preserva tejido adyacente y la propia pieza dental.

Las infecciones de la cavidad bucal, usualmente, son resultado del deterioro que provoca la caries, que conlleva a la exposición de la pulpa dental, otra de las causas es la higiene dental descuidada o inadecuada, y complicaciones asociadas a enfermedades periodontales, que pueden repercutir en la aparición de procesos infecciosos; el absceso alveolar agudo (AAA) es un proceso inflamatorio agudo, caracterizado por la formación de pus, que afecta los tejidos que envuelven la región apical y tiene una evolución rápida que causa un dolor violento, este puede ser causado por agentes físicos, químicos y microbianos que son originados por alteraciones inflamatorias irreversibles del órgano pulpar y una posterior infección; los microorganismos que causan la infección pulpar pueden pasar del interior del canal radicular para el periápice y provocar la infección, en algunos casos puede ser causado por el estomatólogo, por medio de movimientos inadecuados, en casos de penetración del desinfectante, provoca extrusión de materiales tóxicos y microorganismos para la región apical <sup>1</sup>.

## 2.2. Diagnóstico de la Salud en general

El diagnóstico del absceso alveolar agudo se da en forma cotidiana en la consulta odontológica, siendo muy importante conocer la manifestación, de esa concentración que se circunscribe y contiene pus, que es en si el absceso, variara de acuerdo a lo formado y a la excreción de exudado, además de la intensidad de dolor, ausencia o presencia de signos y síntomas generales, dividiéndose en sintomático y asintomático, el tratamiento a realizarse consistirá en un drenaje inmediato, de preferencia por el conducto, se debe controlar la reacción sistémica, en casos de que haya poco drenaje y presencia de fiebre se podrá prescribir antimicrobianos, será no necesario sellar el conducto, y de preferencia desocluir el diente; en un absceso, es de señalarse que hay excesiva concentración bacteriana, presentes están los estafilococos y estreptococos, los cuales se pueden cultivar, es de señalar que en algunos casos de absceso alveolares agudos no se pudo demostrar un tipo específico de microorganismo, debido a que el material purulento está constituido en forma mayoritaria, por células leucocitarias y de bacterias muertas, entre los signos y síntomas, se presentan, tumefacción ligera o intensa, dolor a la percusión y palpación como sensibilidad al diente que cede al presionar continuamente el diente en su alveolo, más adelante el dolor es severo, pulsátil con inflamación de tejidos blandos, el diente se siente elongado, doloroso y móvil, afectando de igual a los dientes vecinos y puede aparecer fistula que sana por granulación y presentarse lejos del diente afectado, dentro de su sintomatología general puede presentarse palidez, irritabilidad, decaimiento por dolor, pérdida del sueño y absorción de toxinas y en algunos casos más avanzados el paciente tendrá fiebre, síntoma significativo para el clínico, porque constituye un indicio de que existe una infección<sup>2</sup>.

### 2.3. Objetivo General

Describir el manejo clínico de una pieza dental 21 con diagnóstico de absceso alveolar agudo.

Objetivo específico

Conocer el uso adecuado de materiales e instrumental.

### III.-MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

Tapia<sup>3</sup> et al; en un artículo de categoría de casos clínicos titulado “Absceso Alveolar Agudo como Urgencia Odontológica; afirma que los Abscesos Alveolares Agudos constituyen una de las infecciones de etiología bacteriana más frecuentes que se observan en el servicio de prácticas odontológicas integrales (SEPOI) con motivo de urgencia, consideran realizar una historia clínica completa y determinar un diagnóstico certero, para lograr un tratamiento eficaz que elimine el foco infeccioso, como conclusiones, dicen que; la asistencia urgente de pacientes que presentan como diagnóstico un Absceso Alveolar Agudo, permite mediante los conocimientos necesarios resolver, la infección, la inflamación, considerando siempre el drenaje como primera acción de tratamiento en presencia de un caso clínico como éste, el tratamiento puede ser conservador o no dependiendo del estado general del paciente y de la pieza dentaria en cuestión, resulta de suma importancia adquirir estos conocimientos para identificar la causa y decidir el tratamiento correspondiente a cada caso en particular que se presente con urgencia en el en el servicio de prácticas odontológicas integrales (SEPOI)”<sup>3</sup>.

Cuzco<sup>4</sup> da conocer su trabajo de investigación al que llama “Absceso Dentoalveolar Agudo en pieza dentaria #11 en paciente de 40 años sexo femenino; presenta el caso de una paciente con dolor pulsátil, con fistula en el diente 1,1,este presenta, restauración simple por la cara palatina, a la radiografía periapical, IRL a nivel apical y el ligamento periodontal engrosado y caries recidivante, ante los signos y síntomas, diagnostica que se trata de un absceso dentoalveolar agudo el que se define como una colección localizada de pus en el hueso alveolar que envuelve el ápice de un diente que presenta muerte pulpar con extensión de la infección por medio del foramen apical a los tejidos perirradiculares, como conclusión afirma que la

causa más común de los abscesos dentoalveolares agudos son los desajustes cavitarios y las caries recidivantes, las cuales sumados a otros factores ,producen esta patología a los pacientes; depende de la fase clínica en que se encuentre el Absceso Dentoalveolar Agudo, para que su evolución sea satisfactoria, la cual será directamente proporcional a ella, considera que, la fase I de esta patología constituye la más importante para diagnosticar, tratar y así disminuir considerablemente la gravedad del mismo ofreciendo menos complicaciones del cuadro clínico”<sup>4</sup>.

Ruiz<sup>5</sup> presenta una investigación denominada “Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico; considera que las bacterias presentes en un conducto radicular pueden migrar a los tejidos perirradiculares, llegando a provocar un absceso apical agudo (AAA), que podría evolucionar a una celulitis, el diente de por si es un foco de infección, se presenta como un cuadro clínico con dolor leve o intenso e inflamación, que se puede extender a los espacios faciales, como síntomas hay, fiebre, escalofríos, cefalea y náuseas, da a conocer el caso de Paciente masculino de 50 años de edad, quien manifestaba, dolor en la región posterosuperior derecha, al explorar presenta, inflamación y asimetría facial, intraoralmente, observó inflamación de la encía por vestibular a nivel de los dientes 1.4 y 1.5 y radiológicamente, observó caries interproximal que se extendió en sentido apical de la unión cemento-esmalte del diente 1.4 y 1.5; como plan de tratamiento realizo el drenaje del absceso, extracción del diente 1.4 y endodoncia, para el diente 1.5; como conclusión sustenta que : El tratamiento de endodoncia y extracción redujeron los síntomas del paciente, por tanto el tratamiento se considera exitoso”<sup>5</sup>.

Tomer <sup>6</sup> et al presenta una investigación a la que llaman “Treatment of Acute Apical Abscess by Endodontic Management (Tratamiento del absceso apical agudo mediante manejo

endodóntico; El absceso apical agudo es la enfermedad dental más común. Se forma cuando la infección del conducto radicular viaja a los tejidos periapicales seguidos de la formación de pus. Un médico debe tener una idea completa sobre el manejo y regímenes que se administran mejor para tratar la enfermedad, el propósito de este artículo fue describir la endodoncia tratamiento de un absceso apical agudo en una joven mujer de 21 años, quien presentó inflamación extra oral de tejidos; como conclusión; Para una endodoncia exitosa, se debe reducir la hinchazón periapical, el cual se obtiene por una combinación entre un antibiótico sistémico y el tratamiento de endodoncia”<sup>6</sup>.

### 3.2. Bases teóricas

#### A) Definición del Absceso alveolar agudo

“El absceso alveolar agudo es un proceso séptico bucal donde el organismo crea una barrera defensiva circunscribiendo el área afectada dando lugar a la multiplicación de bacterias, degradación tisular, formación de pus”<sup>7</sup>.

“El Absceso Alveolar Agudo puede ser resultado de un trauma o irritación química o mecánica. La causa generalmente es la invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico, en la mayoría de los casos el absceso se presenta en un saco periodontal preexistente; siendo éste un factor importante en la etiología, los tejidos epiteliales pueden volver a adherirse a la raíz del diente mientras que permanecen bacterias y desechos en la porción apical del saco, el absceso contiene bacterias, subproductos bacterianos, células inflamatorias, productos de la degradación tisular y suero, la destrucción tisular es causada principalmente por las células inflamatorias y sus enzimas extracelulares”<sup>7</sup>.

El absceso alveolar agudo “Es una colección de pus localizada en el hueso alveolar a nivel del ápice radicular de un diente, resultante de la muerte de la pulpa, con expansión de la infección a los tejidos periapicales a través del foramen apical, se acompaña de reacción local intensa y a veces reacción general, en consecuencia, el absceso agudo puede considerarse un estadio evolutivo ulterior de una pulpa necrótica o putrescente, en el que los tejidos periapicales reaccionan intensamente ante la infección”<sup>8</sup>.

Sinónimos del absceso alveolar agudo

“El absceso alveolar agudo (Grossman, Castellucci), absceso agudo, absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo (Lima Machado, Leonardo), absceso periapical agudo, absceso radicular agudo, absceso apical sintomático (Ingle), periodontitis apical irreversible sintomática purulenta (Canalda)”<sup>9</sup>.

B) Causas

“A pesar de que un absceso agudo puede ser resultado de trauma o de irritación química o mecánica, la causa inmediata es generalmente la invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico, a veces, ni cavidad ni restauración están presentes en el diente, pero el paciente refiere historia de trauma, debido a que el tejido pulpar está encerrado sólidamente, el drenaje es imposible y la infección continúa extendiéndose en la dirección de menor resistencia, esto es, a través del foramen apical y consecutivamente el ligamento periodontal y el hueso perirradicular”<sup>9</sup>.

C) Clasificación del absceso alveolar agudo en etapas:

Fase inicial o Absceso periapical sin fístula: “En esta etapa podemos observar Dolor intenso, espontáneo, pulsátil, localizado, dolor a la percusión apical y a la percusión, sensación de tener un diente agrandado, el material purulento se localiza en la membrana periodontal, en las

alternativas terapéuticas ante esta fase tenemos el alivio oclusal del diente que refiere dolor, abertura coronaria, penetración desinfectante, ampliación del foramen apical, medicación intraconducto, prescripción de antibiótico y analgésico, se debe llevar un estudio continuo de la evolución de la patología al tratamiento”<sup>10</sup>.

Fase evolucionada: “Presenta dolor espontaneo, edema evidente con punto de fluctuación, aumento volumétrico del área agredida, el material purulento alcanzó la región del subperiosteo y submucosa, para su tratamiento además del protocolo mencionado en las fases anteriores se analiza la presencia o no de drenaje intraconducto; drenaje intrabucal o extrabucal cerca del punto de fluctuación; atención especial y asistencia completa al paciente hasta el término del tratamiento, además del uso de antiinflamatorio y antibiótico”<sup>2,10</sup>.

#### D) Vías microbianas de acceso

“Para que la colonización de las bacterias llegue al conducto radicular y a la porción apical de la raíz es necesario conocer las vías de acceso que estas tienen para producir enfermedades, las vías de acceso son: Túbulos dentinarios, por medio de la lesión cariosa o durante intervenciones odontológicas y así los microorganismos pueden llegar a la pulpa, estudios experimentales sugieren que la invasión se da cuando el grosor de la dentina alcanza como máximo 0.2mm entre los límites cariosos y pulpar y que es garantizado por el proceso de división celular favorecido a veces por los efectos de la masticación”<sup>11</sup>.

Cavidad abierta: “La exposición pulpar directa, sea de origen traumático u origen operatorio que rompe la barrera física impuesta por las estructuras dentarias poniendo a la pulpa en contacto con el ambiente séptico de la cavidad oral”<sup>11</sup>.

Membrana Periodontal: “Por medio de la membrana periodontal, los microorganismos del surco gingival pueden alcanzar la cámara pulpar utilizando un conducto lateral o el foramen apical, pueden ingresar los microorganismos, por ejemplo durante una profilaxis dentaria, y a consecuencia de una luxación, y más significativamente a partir de la migración de la inserción epitelial durante el establecimiento de una bolsa periodontal”<sup>11</sup>.

Corriente sanguínea: “La invasión microbiana a través de esta vía depende de una bacteriemia y septicemia, según investigaciones la colonización de la pulpa por este medio es favorecida por el fenómeno de la anacoresis, que consiste en la localización de microorganismos en las áreas del hospedero que presenta previamente resistencia disminuida favoreciendo los mecanismos del agresor, mecanismo aún discutido en la actualidad”<sup>12</sup>.

#### E) Tratamiento de endodoncia en absceso alveolar agudo

“Un absceso alveolar puede clasificarse en agudo y crónico, dependiendo la cronicidad de la enfermedad, el absceso alveolar agudo se caracteriza por su comienzo súbito, y rápida evolución, el paciente afectado presenta dolor espontáneo e intenso, además de sensibilidad del diente a la presión”<sup>12</sup>.

“El diagnóstico se realiza por medio de una exploración clínica, luego respuesta ante estímulos térmicos. “La infección siempre tenderá a expandirse hacia las zonas de menor resistencia, hasta encontrar una salida donde pueda drenar, formando una fístula. Cuando esto ocurre, identificaremos al absceso como crónico”<sup>12</sup>.

“El diagnóstico diferencial, en un absceso alveolar agudo debe ser diferenciado del absceso periodontal y de la pulpitis irreversible”<sup>12</sup>.

Hacer radiografías, examen auxiliar para observar la presencia de lesión radiolúcida apical, y el ligamento periodontal si esta ensanchado.

#### Diagnóstico radiográfico

“Las radiografías dentales son obligatorias para el diagnóstico final, en presencia de un absceso apical agudo radiográficamente, se puede ver una radio lucidez, alrededor de la parte apical del diente afectado, esta lesión puede variar considerablemente de tamaño y puede ser muy pequeña o incluso ausente por completo, si se puede detectar una radiolucidez, el absceso apical, agudo se deriva de la exacerbación de una situación asintomática crónica previa, lo que también se puede observar radiográficamente es que el diente, afectado suele presentar una lesión cariosa profunda, un tratamiento restaurador o endodóntico previo o una fractura”<sup>13</sup>.

#### La terapia:

1. Se extirpa el tejido pulpar necrótico, drenaje para la evacuación del pus.
2. En presencia de hinchazón, el pus es posible eliminar realizando, una incisión para el drenaje, en determinados casos se puede colocar drenaje, también se puede drenar a través del conducto radicular, inclusive combinar ambas técnicas, se puede sobreinstrumentar levemente.
3. Limpiar el conducto radicular infectado, para lograr eliminar microorganismos “La selección de una solución irrigadora, parámetro debe ser regido por el caso clínico en cuestión, para que se obtenga el mejor resultado cuanto a la limpieza, saneamiento e instrumentación, es muy importante que el profesional reconozca las propiedades químicas de la solución irrigadora seleccionada”<sup>13</sup>. Como solución irrigadora se podría emplear hidróxido de calcio diluido en solución anestésica, para luego lavar con agua destilada.

4. Realizada la limpieza dejar apósito antimicrobiano como hidróxido de calcio; si bien hay controversia sobre si dejar o no el diente abierto para el drenaje, dejar el diente abierto presenta una oportunidad para que los microorganismos de la cavidad bucal reinfecten o colonicen el conducto radicular, en muy raras ocasiones, no se puede controlar el drenaje de pus o exudado presente en el conducto radicular; para controlar esta situación, dejar el diente abierto puede ser una opción y, de ser así, se recomienda ver al paciente dentro de las 24 h para un tratamiento adicional y una reevaluación<sup>13</sup>.

5. Antibióticos: “La literatura disponible apoya el uso de antibióticos cuando el paciente presenta complicaciones sistémicas, situaciones, como fiebre, celulitis, linfadenopatía, disfagia, cierre del ojo, hinchazón facial y / o trismo y para abscesos en pacientes inmunodeprimidos, la razón principal para recetar antibióticos a estos grupos es porque existe un mayor riesgo de una infección secundaria, que puede llevar a la propagación de bacterias a la circulación sanguínea, en general si hay condiciones predisponentes adversas se receta un antibiótico, actualmente la American Association of Endodontists (AAE) AAE y la ESE, European Society of Endodontology (ESE) parecen haber llegado a un acuerdo en cuanto al uso de antibióticos como coadyuvante al tratamiento endodóntico ”<sup>13</sup>.

### **3.3 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

#### **3.3.1. Historia Clínica**

Paciente de sexo femenino, de 40 años , acude a consulta por un severo dolor en la zona de los incisivos superiores.

#### **ANAMNESIS**

**NOMBRE Y APELLIDO:** R. L. S. **EDAD** 40 años

SEXO: Femenino. ESTADO CIVIL: Casado

DOMICILIO: Av., José Olaya 520-Huancayo

OCUPACIÓN: Empleada

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Churcampa- Huancavelica 01/02/1981

**LUGAR DE PROCEDENCIA:** Huancayo

**MOTIVO DE CONSULTA:** “Siento mucho dolor”

**TIEMPO DE ENFERMEDAD:** 2 meses

- **INICIO:** Refiere que hace 1 año se hizo un tratamiento de operatoria en el incisivo central superior izquierdo. Apareció una mancha negra en la zona palatina, que luego se formó una cavidad más amplia

**CURSO:** La cavidad se hizo más grande cada día, en ocasiones presentaba ligero dolor a la ingesta de líquidos fríos y calientes; presencia de dolor a la masticación que se incrementó en los dos últimos meses.

- **SIGNOS Y SINTOMAS:**

Actualmente es asintomático a la prueba de vitalidad pulpar.

Sintomático a la percusión vertical y horizontal pieza 2,1

**ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)**

Al examen clínico extraoral presenta inflamación en la zona anterior superior vestibular de los incisivos centrales, la paciente refiere que hace 2 meses sintió leve dolor a la masticación, el cual se ha ido incrementado hasta el día de la consulta, el dolor se caracteriza por ser un severo

dolor pulsátil, continuo intenso, localizado en pieza dentaria 2,1 con inflamación por vestibular de los tejidos, presencia de posible colección de pus localizado, dolor a la masticación y tumefacción de tejidos blandos.

#### **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

- SUEÑO: Alterado SED: Normal APETITO: Normal
- ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 65 kg

#### **ANTECEDENTES**

##### **A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:**

Mama: No refiere Papa: No refiere

##### **B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):**

Ninguno

##### **C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Ninguno**

➤ HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

➤ INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Cesaría

➤ TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

#### **3.2.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

✓ Funciones vitales

❖ PA: 120/80mmHg

❖ PULSO: 70ppm

❖ TEMPERATURA: 37.5°

❖ FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

A.- EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL:

❖ CABEZA: Normocéfalo

❖ OJOS: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ OIDOS: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ NARIZ: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ CARA: Normo Facial Sin Alteración Evidente

❖ ATM: S.A.E. Sin Alteración Evidente

❖ GANGLIOS: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

3.2.3.-EVALUACIÓN INTEGRAL

❖ LABIOS: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

CARRILLOS: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ PALADAR DURO: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ PALADAR BLANDO: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ LENGUA: Presencia de saburra en toda la cara dorsal de la lengua

❖ ISTMO DE LAS FAUCES: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ PISO DE BOCA: Sin Alteración Evidente (S.A.E).

❖ REBORDE GINGIVAL: Inflamada y edematosa zona anterior

❖ OCLUSIÓN:

Relación molar derecha (R.M.D): Clase I

Relación Molar Izquierda (R.M.I) : Clase I

Relación Canina Derecha (R.C.D) : Clase I

Relación Canina Izquierda (R.C.I): Clase I

SISTEMA DENTARIO: Superior: 14; Inferior: 14

➤ REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:

Región superior anterior en la pieza dental 21

➤ INSPECCIÓN: restauración por cérvico palatino en mal estado compatible con material provisorio, extenso con caries recidivante, inflamación.

➤ PERCUSIÓN: Sintomático

➤ PALPACIÓN: Sintomático

➤ MOVILIDAD DENTARIA: No presenta

### **Figura 1. Fotografía de la zona anatómica comprometida**

Región anterior superior vestibular-Región del incisivo



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga.

En antecedentes odontológicos refiere que se realizó obturaciones en las piezas 11; 15; 16; 21; 24; 26; 36; 46 .Y exodoncias de piezas 17; 24; 37; 48.

#### 3.2.4. Diagnóstico y pronóstico

Diagnóstico presuntivo:

Absceso apical agudo del diente 21

Estudio imagenológico

#### **Figura 2. Radiografía peri apical de la pieza 21**



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

Interpretación Imagenológica: sombra radiolúcida en diente 21, presenta bordes definidos a nivel apical lo hace compatible con absceso apical.

### 3.2.3. Diagnóstico definitivo

Absceso alveolar agudo diente 21

### 3.2.5. Tratamiento

Primera sesión.

Se debe realizar el drenaje del absceso. Se inicia con la apertura de la cámara pulpar con tal finalidad se emplea una fresa redonda, para introducir una lima número 15, para generar vía del drenaje y para realizar la odontometría. se receta antimicrobianos el conducto se debe dejar abierto con un dren hasta el siguiente drenaje

Segunda sesión

Se anestesia, y se coloca el aislamiento absoluto, para conformar la apertura con una fresa troncocónica.

Se conforma el conducto empleando las limas, encontrando la longitud de trabajo (20mm)

Una vez conformados el conducto, hasta llegar a la lima #35, se dejó medicamento intraconducto (Hidróxido de calcio durante 15 días.

**Tercera sesión**

Cita en la que se retira el medicamento intraconducto se utiliza una lima #30 se irriga con hipoclorito para luego lavar con suero fisiológico.

Se coloca el cono maestro en relación a la lima memoria número 35 para realizar la prueba radiográfica.

El conducto debe estar limpio y seco para proceder a preparar cemento Grossman para insertar el cono maestro, colocando el espaciador para colocar conos accesorios hasta compactar perfectamente, luego se corta excedentes de gutapercha, sellándolo con ionómero de vidrio. Para que posteriormente se realice una restauración final.

#### IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

##### 4.1. Desarrollo del Plan de tratamiento Integral

###### PRIMERA CITA

###### **Figura 3. Anestesia**

Se emplea anestesia tópica al 5%, para luego por medio de la técnica infiltrativa evitando diseminar el proceso infeccioso.



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

###### **Figura 4. Fotografía de apertura cameral del diente 21**

Se aísla el campo operatorio y con una fresa diamantada, mediana redonda, se realiza la remoción de la obturación defectuosa, hasta llegar a la cámara pulpar.



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 5. Fotografía de la odontometría y drenaje a través del conducto radicular**

Se empleó una lima tipo k # 20 con 22mm, se procede con la radiografía la longitud real fue de 22mm llegando al CDC que es la región cemento-dentina-conducto para drenar se agrega 1 mm y con sumo cuidado se introduce la lima.



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 6. Fotografía de la limpieza y remoción producto séptico**

Para neutralizarlo, se empleó una solución de hidróxido de calcio disuelto en una solución de lidocaína



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 7. Fotografía del apósito antimicrobiano como hidróxido de calcio**



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 8. Fotografía de antibióticos**

“Amoxicilina con ácido clavulánico. 875 mg/125 mg cada doce horas durante siete días”<sup>14</sup>.

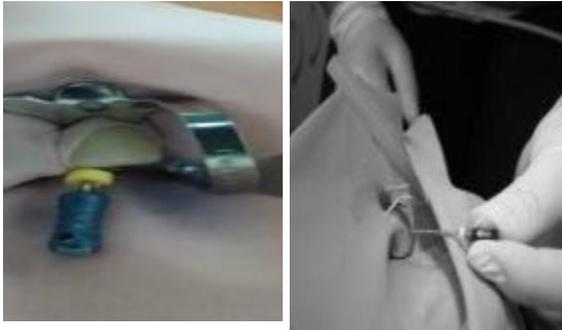


Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

SEGUNDA CITA

**Figura 9. Fotografía de la endodoncia propiamente dicha** (se instrumentó con longitud real de

22 mm se empleó limas 15,20 25, 30, 35,40.hasta la lima 80 con técnica retrograda, cada vez que la lima se retiraba se lavaba con son una solución de hidróxido de calcio.



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

### **Figura 10.Fotografía de secado conducto**

Con cono de papel número 80



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

### **Figura 11.Fotografía de medicación intraconducto**

Se deja hidróxido de calcio químicamente puro en asociación con suero fisiológico colocar en forma pastosa con una lima en este caso se empleó la lima 40, taponándolo con un algodón pequeño



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

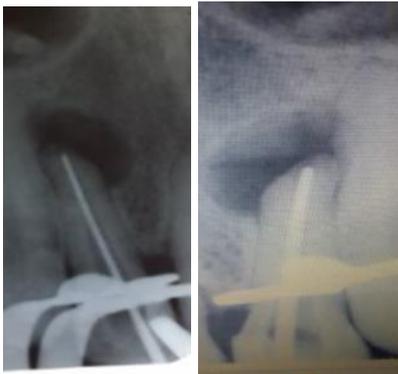
### TERCERA CITA

**Figura 12. Fotografía de la desinfección del conducto** (Fue realizada con hidróxido de calcio diluido en agua destilada).



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 13. Fotografía de la conometria.** (se esperó 30 días hasta que cedieron los signos y síntomas del Absceso alveolar agudo para obturar)



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 14. Fotografía de la obturación del conducto** (colocación de gutapercha)



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 15. Fotografía del proceso de sellado** (Efectuado con ionómero de vidrio)



Autor: Lisset Melissa Belleza Lizarraga

**Figura 16. Fotografía de radiografía peri apical de control** ( 7 días después de obturado)



Fuente: Propia de la investigación

## 4.2 Pronostico

No es posible dar un pronóstico para el tratamiento del absceso apical agudo basado en la literatura disponible actual, ya que no se encontraron datos sobre el resultado del tratamiento, hay grandes estudios disponibles que investigan el resultado del tratamiento de conducto inicial tratamiento, sin embargo, estos estudios no especifican el absceso apical agudo como factor pronóstico o por estar presente al comienzo de los estudios de resultado, los únicos datos que se pueden encontrar con respecto al resultado del absceso apical agudo son sobre el beneficio de la suplementación con antibióticos sobre los síntomas durante el proceso de curación, debido al hecho de que estos estudios solo analizan el posible efecto sobre el alivio del dolor, los datos recopilados no se pueden utilizar para determinar el pronóstico<sup>13</sup>. En el trabajo de suficiencia profesional se pudo observar una reducción de la lesión periapical y la hinchazón observada en el presente caso clínico, que se obtuvo mediante tratamiento endodóntico seguido de combinación con un antibiótico sistémico, para una endodoncia exitosa<sup>6</sup>.

## 4.3. Plan de control y mantenimiento

El cuidado postoperatorio es sumamente importante, se realizara controles periódicos, recomendando exámenes radiográficos, el paciente deberá mantener buena higiene oral y realizar colutorios con antiséptico.

## V.DISCUSIÓN

Considera, Tapia<sup>3</sup> et al; que los Abscesos Alveolares Agudos, constituyen una de las infecciones de etiología bacteriana más frecuentes.

Para Cuzco<sup>4</sup>; un absceso dento alveolar agudo, se define como una colección localizada de pus, en el hueso alveolar que envuelve el ápice de un diente, que presenta muerte pulpar con extensión de

la infección, por medio del foramen apical a los tejidos perirradiculares, la causa más común de los abscesos dentoalveolares agudos, son los desajustes cavitarios y las caries recidivantes”<sup>4</sup>

Ruiz<sup>5</sup> sostiene que “Las bacterias presentes en un conducto radicular pueden migrar a los tejidos perirradiculares, llegando a provocar un absceso apical agudo (AAA), que podría evolucionar a una celulitis, el diente de por si es un foco de infección, se presenta como un cuadro clínico con dolor leve o intenso e inflamación, que se puede extender a los espacios faciales, como síntomas hay, fiebre, escalofríos, cefalea y náuseas”<sup>5</sup>

Tomer <sup>6</sup> et al el absceso apical agudo es la enfermedad dental más común. Se forma cuando la infección del conducto radicular viaja a los tejidos peri apicales seguidos de la formación de pus”<sup>6</sup>.

definición que se condice con nuestro trabajo además es de señalar que hay sinónimos, para el “absceso alveolar agudo (Grossman, Castellucci), absceso agudo, absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo (Lima Machado, Leonardo), absceso periapical agudo, absceso radicular agudo, absceso apical sintomático (Ingle), periodontitis apical irreversible sintomática purulenta (Canalda)”<sup>9</sup>. En referencia al tratamiento antibiótico, utilizado frente al absceso alveolar agudo Sanchez<sup>11</sup> afirma “Con respecto al tratamiento estrictamente antibiótico que puede emplearse Según Soares y Goldberg tenemos la Penicilina G benzatínica 600,000 UI por vía IM, la Amoxicilina 500mg por vía oral, para pacientes alérgicos a la penicilina se recomiendo el uso de Clindamicina 300mg vía oral o Azitromicina 500 mg, administrado por vía oral, en el que la cobertura antibiótica deberá extenderse como mínimo 48 horas después de la remisión de los signos y síntomas, por lo común se emplean hasta, por 7 días casos de infecciones q no responda al uso de penicilinas se puede recetar Metronidazol de 350 y 400 mg administrados juntos con la amoxicilina

“Puede considerarse necesario el uso de presentaciones alternativas de amoxicilina/ácido clavulánico (por ejemplo, aquellas que proporcionan dosis más altas de amoxicilina y/o diferentes proporciones de amoxicilina y ácido clavulánico como las de 875 mg); la dosis de amoxicilina/ácido clavulánico que se elige para tratar a un paciente en concreto debe tener en cuenta: - Los patógenos esperados y la posible sensibilidad a agentes antibacterianos.- La gravedad y el sitio de la infección .- La edad, peso y función renal del paciente”<sup>15</sup>.

En casos de terapia profiláctica en pacientes con portadores de válvulas cardíacas protésicas, de cardiopatías congénitas, cardiopatías reumáticas una posología de 2 g de Amoxicilina tomadas 2 horas antes de la intervención reducirá los riesgos de diseminación del proceso infeccioso”. Es de acotar que a este respecto Oei y Hülsmann<sup>13</sup>; en una revisión reciente, “Analizaron el efecto de los antibióticos sistémicos para el tratamiento de los abscesos apicales agudo, en su revisión basada en Cochrane llegaron a la conclusión de que la literatura disponible hasta la fecha es de muy baja calidad, sin evidencia sobre la eficacia de los antibióticos para este propósito, sin embargo, la pregunta sigue siendo por qué no se produjo ningún efecto, especialmente porque se sabe que las bacterias involucradas son susceptibles a la penicilina. Fouad et al explicaron que “Un antibiótico solo puede funcionar si puede infiltrarse en el tejido inflamado y llegar al área infectada., en segundo lugar, incluso si puede llegar al lugar de la inflamación, debe haber una concentración suficientemente alta del antibiótico para que sea eficaz, la literatura disponible apoya el uso de antibióticos cuando el paciente presenta complicaciones sistémicas, como fiebre, celulitis, linfadenopatía, disfagia, cierre del ojo, hinchazón facial y / o trismo y para abscesos en pacientes inmunodeprimidos”<sup>13</sup>. En referencia al pronóstico del absceso alveolar agudo “No es posible dar un pronóstico para el tratamiento del absceso apical agudo basado en la literatura que se dispone en la actualidad”<sup>13</sup>.

Pudimos observar en el trabajo de suficiencia profesional desarrollado una reducción de la lesión peri apical y la hinchazón observada en el presente caso clínico descrito, que se obtuvo mediante tratamiento endodóntico seguido de combinación con un antibiótico sistémico, lográndose una endodoncia correcta.

## VI. CONCLUSIONES

- Es muy importante realizar un adecuado y minucioso análisis clínico radiográfico en casos de absceso alveolar agudo que nos permite solucionar casos de urgencia por ser una patología dolorosa.
- Se pudo comprobar un resultado prometedor en el caso de la pieza dentaria 21 diagnosticado con absceso apical agudo, comprobándose clínica y radiográficamente la remisión de la enfermedad.
- A resultas de este tratamiento, se logró una total anulación de signos y síntomas de la patología apical, en la pieza dentaria 21, mostrando el éxito del procedimiento, patentizando un tejido óseo en proceso de curación, a causa de la desinfección por medio de la irrigación y medicación con hidróxido de calcio.

## VII. RECOMENDACIONES

- En el tratamiento de un absceso alveolar agudo con endodoncia se deben efectuar, un diagnóstico completo, acompañado de exámenes auxiliares adecuados, antes de un tratamiento.
- Se debe efectuar un control habitual del tratamiento endodóntico, hasta garantizar que el absceso haya desaparecido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas A, et al. Absceso alveolar agudo en pacientes mayores de 19 años. Municipio Unión de Reyes. Revista Médica Electrónica, [Internet] 2017 [ 2 Junio 2022]; vol. 39, no 3, p. 451-459. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300004)
2. Quito K. Papel del agente microbiano en la etiología de la infección pulpar y periapical. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.
3. Tapia M, Colombo C, Zanelli. R. Absceso alveolar agudo como urgencia odontológica. II Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI-PPS) [Internet] 2017 [ 2 Junio 2022]. Disponible: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/65870/P%C3%B3ster\\_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/65870/P%C3%B3ster_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Cuzco L. Absceso Dentoalveolar Agudo en pieza dentaria# 11 en paciente de 40 años sexo femenino. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017.
5. Ruiz L. Tratamiento de absceso periapical agudo: Reporte de caso clínico. Revista Mexicana de Estomatología [Internet] 2017 [ 2 Junio 2022]. 4.1 (2017): 71-72. Disponible en : <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/142>
6. Tomer A, et al. Treatment of Acute Apical Abscess by Endodontic Management. Asian Pacific Journal of Health Sciences. [Internet] 2018 [ 2 Junio 2022]; 5. 257. 10.21276/apjhs.2018.5.3.37. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/331175184\\_Treatment\\_of\\_Acute\\_Apical\\_Abscess\\_by\\_Endodontic\\_Management](https://www.researchgate.net/publication/331175184_Treatment_of_Acute_Apical_Abscess_by_Endodontic_Management)
7. Rodríguez M; Tejeda N. Tratamiento pulpar radicular con ozono en pacientes con absceso alveolar agudo. Gaceta Médica Espirituana , [Internet] 2018 [ 2 Junio 2022]; 2017, vol. 19, no 3.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300007)

8. Pacheco V. Manejo de emergencia en pacientes con absceso alveolar agudo en la Facultad Piloto de Odontología en el año 2015. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.

9. Patología periapical de origen pulpar Mexico Iztacala [Consultado el 25 de Junio del 2021].

Disponible en:

<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas8Patperiapical/aguabsdefinicion.html>

10. Sharma R, et al. Vuelva a hacer una revisión de la lesión endo-perio. IP Revista Internacional de Periodoncia e Implantología , 2020, vol. 5, no 2, pág. 48-52.

11. Sánchez D. Importancia de la antibiòticoterapia en abscesos alveolares agudos. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.

12. Ramírez et al. Tratamiento Endodòntico de un Absceso Alveolar Agudo. Departamento de Estomatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. [Consultado el 25 de Junio del 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.

13. Oei A, Hülsmann M. Acute apical abscess: etiology, microbiology, treatment and prognosis, ENDO (Lond Engl) [Internet] 2018 [2 Junio 2022]; 12 (2): 75–85. Disponible en: [http://www.quintpub.com/userhome/endo/endo-ept\\_12\\_2\\_oei\\_p75.pdf](http://www.quintpub.com/userhome/endo/endo-ept_12_2_oei_p75.pdf)

14. Lorenty L. Análisis comparativo de la Azitromicina y la Amoxicilina en el Absceso Alveolar Agudo. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017.

15. Cima. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Amoxicilina. [Internet]. 2020 [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/80066/FichaTecnica\\_80066.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/80066/FichaTecnica_80066.html)

## Anexos

### Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA Yo, R. L. S. , con DNI No. 10879787, mayor de edad, y con domicilio en la Av. José Olaya N° 520, DECLARO Que el Bachiller en Odontología Lisset Melissa Belleza Lizarraga me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el tratamiento endodóntico de mi pieza dentaria , para los que me ha informado debidamente de lo siguiente: 1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, del interior del diente para evitar secuelas dolorosas o infecciosas 2. El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan el bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado también que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara que normalmente va a desaparecer en dos o tres horas. Igualmente me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, más infrecuentemente, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e incluso, excepcionalmente, la muerte. También puede provocar la administración de anestesia urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico, es decir asfixia, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente. 3. La intervención consiste en la eliminación y el relleno de la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente. 4. Se me ha informado, que a pesar de realizar correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se

eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo. También me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares. 5. Me ha informado de que todo acto quirúrgico que lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. He comprendido lo que se me ha explicado mi cirujano dentista de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de endodoncia.

Huancayo Julio del 2021

Ritallo

R.L.S.

DNI 10879787

Anexo 2

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo Lisset Melissa Belleza Lizarraga Con DNI N°46737688, domicilio legal en Jr. Huánuco 1239, bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Odontología, me **COMPROMETO** a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: “**TRATAMIENTO DE UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO CON ENDODONCIA**”, se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos auténticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.

Huancayo, Julio del 2021



-----  
Lisset Melissa Belleza Lizarraga

DNI 46737688



