



Universidad
Zaragoza

GRADO EN ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS

Integral rehabilitation of patients that attended to the dental school

Autora: Lara Gorricho Lorente

Tutor: Dr. Antonio Lasiera Zuazo

Fecha de presentación: 27 de Junio de 2016

Departamento de Cirugía, Obstetricia y Ginecología

RESUMEN

Se presentan dos casos consistentes en el análisis, estudio y tratamiento de pacientes que acuden al Servicio de Prácticas Odontológicas de la universidad.

Para ello, se realiza una historia clínica con su consecuente anamnesis (datos de filiación, antecedentes familiares y personales, estado de salud actual y motivo de la consulta); así como una exploración física tanto dental como de estructuras adyacentes y las pruebas complementarias necesarias para llegar a un buen diagnóstico.

Se plantean varias opciones entre las cuales los pacientes eligen la que más se ajusta a sus necesidades y recursos. Finalmente, se elabora un plan de tratamiento justificado en base a los estudios científicos más relevantes y se realiza un seguimiento del mismo con el fin de rehabilitar de forma integral su salud oral.

Palabras clave: rehabilitación oral, tratamiento, anamnesis, exploración, diagnóstico.

Two clinical cases are presented. They consist of the analysis, study and treatment of patients that attend to the dental school.

This requires a medical history is done with its consequent anamnesis (personal data, family and personal history, current health status and the reason for the visit). Also, it is necessary a physical exploration of teething and adjacent structures. Not to forget additional tests needed to make a good diagnosis.

Several options are proposed. It is chosen the one that takes account of the need and patients resources. Finally, it is produced a treatment that has been justified on the more relevant scientific studies. Moreover, it is monitored in order to rehabilitate the entire oral health.

Keywords: oral rehabilitation, treatment, anamnesis, exploration, diagnosis .

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1: HC 3378

- 1. Anamnesis e historia clínica**
- 2. Exploración:**
 - 2.1 Extraoral**
 - 2.2 Intraoral**
- 3. Pruebas complementarias**
- 4. Diagnóstico**
- 5. Pronóstico**
- 6. Opciones terapéuticas**
- 7. Desarrollo de la elección del plan de tratamiento:**
 - 7.1 Fase higiénica**
 - 7.2 Fase correctora y protésica**
 - 7.3 Fase de mantenimiento**

CASO 2: HC 1620

- 1. Anamnesis e historia clínica**
- 2. Exploración:**
 - 2.1 Extraoral**
 - 2.2 Intraoral**
- 3. Pruebas complementarias**
- 4. Diagnóstico**
- 5. Pronóstico**
- 6. Opciones terapéuticas**
- 7. Desarrollo de la elección del plan de tratamiento:**
 - 7.1 Fase de urgencia**
 - 7.2 Fase higiénica**
 - 7.2 Fase correctora y protésica**
 - 7.3 Fase de mantenimiento**

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTADO DE ABREVIATURAS

AL: anestésicos locales

ASA: American Society of Anesthesiologists

ATM: articulación temporomandibular

DV: dimensión vertical

LAC: límite amelo-cementario

LAM: lima apical maestra

LF: lesión de furcación

LT: longitud de trabajo

MGL: margen gingival libre

OMS: organización mundial de la salud

PIC: pérdida de inserción clínica

PIM: posición de máxima intercuspidación

PPR: prótesis parcial removible

PS: profundidad de sondaje

SEPA: Sociedad Española de Periodoncia y osteointegración

RAR: raspado y alisado radicular

RC: relación céntrica

TTM: trastornos temporomandibulares

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Así pues, los pacientes serán atendidos en su múltiple condición biológica, psicológica y social para devolver su salud oral.

El éxito en la realización de cualquier tratamiento odontológico radica en un adecuada exploración, diagnóstico, planificación del mismo, de esta manera se logran optimizar los resultados para el beneficio de los pacientes. Es fundamental un enfoque multidisciplinario para obtener todas las perspectivas necesarias y así realizar una correcta resolución del tratamiento¹.

La rehabilitación integral en odontología incluye las distintas especialidades de la profesión requeridas por cada paciente en particular como son: odontología conservadora, estética, periodoncia, endodoncia, ortodoncia, prostodoncia, implantología, etc. La interrelación de las diversas especialidades será un camino fundamental para conseguir el éxito en nuestro tratamiento.

OBJETIVOS

La elaboración de este trabajo pretende desarrollar el correcto análisis diagnóstico de dos casos clínicos desde una visión global que tenga en cuenta la integridad del aparato estomatognático, así como llevar a cabo un tratamiento individualizado en beneficio de la salud oral del paciente, poniendo a prueba los conocimientos aprendidos durante la realización del grado de odontología y justificando las acciones mediante revisión de la literatura científica.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1: HC 3378

1. Anamnesis e historia clínica.

Paciente varón de 54 años de edad sin alergias conocidas, sin antecedentes médicos familiares de interés, ni patología sistémica.

El **motivo de consulta** fue el siguiente: “llevo 20 años sin ir al dentista y quiero arreglarme la boca”.

Se le pidió consentimiento para realizar el estudio del caso como trabajo de fin de grado y dio su aprobación.

Para determinar el riesgo quirúrgico y anestésico en función del estado de salud se utiliza el sistema de clasificación descrito por la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (ANEXO 1). El paciente se incluye dentro del grupo ASA II por ser fumador, así como por su excesiva situación de estrés ante un tratamiento dental sin padecer condiciones sistémicas de limitación funcional².

La **historia odontológica** nos sitúa ante un caso de edentulismo parcial, policaries y con enfermedad periodontal generalizada. La higiene oral es deficiente y refiere una nula asistencia odontológica desde hace décadas.

Atendiendo a los **hábitos orales nocivos**, cabe mencionar fundamentalmente el tabaquismo y el hábito alcohólico. El paciente refiere fumar en torno a 40 cigarrillos diarios, además de consumir bebidas alcohólicas en varias ocasiones durante el día.

2. Exploración.

2.1 Extraoral

El **análisis morfológico facial** es una parte importante de la exploración diagnóstica para devolver, no solamente la función sino también mejorar el aspecto facial del paciente.

Las mediciones que valoran las dimensiones faciales tanto en proyección frontal y de perfil (en reposo como en sonrisa) se realizan sobre las fotografías tomadas al paciente durante la primera visita (ANEXO 2). Fueron realizadas con una cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex. Los parámetros fueron: sensibilidad (ISO 200), velocidad de obturación (1/125), balance de blanco tipo flash, escala (1:10) y apertura del diafragma (F 6.3).

Proyección frontal:

En primer lugar, se valora la *proporción de quintos*, según la cual el ancho total de la cara equivale a cinco anchos oculares. El quinto medio del paciente está ligeramente aumentado.

Tanto la línea bipupilar como la intercomisural son paralelas entre sí y perpendiculares a la línea media, manteniendo una simetría.

En cuanto al *índice facial*, se toma como referencia el *plano superciliar* (unión de la línea de las cejas), que se mide verticalmente hasta el punto *gnation* (punto más bajo del mentón blando). Se relaciona la altura con la anchura facial (distancia bicigomática) para determinar el biotipo facial^{3,4}. Valores superiores a 104% indican un crecimiento dolicofacial; mientras que valores inferiores al 97% indican un crecimiento braquifacial. Los contenidos dentro de

ese rango (97-104%), por su parte, apuntan a un crecimiento mesofacial⁵. Tras los cálculos se obtiene el valor de 126%, lo que indica que posee un biotipo **dolicofacial**.

Los tercios faciales superior, medio e inferior (delimitados por líneas perpendiculares al plano sagital medio tangentes a los puntos *trichion*, *glabella*, *subnasal* y *mentoniano*³) indican un tercio inferior ligeramente aumentado.

En una posición estática, el paciente carece de espacio interlabial. En una posición dinámica, la línea de sonrisa es baja, pues expone menos del 100% del incisivo superior³.

Proyección de perfil:

El perfil puede ser cóncavo (asociado a una clase III esquelética), recto (asociado a una clase I esquelética) o convexo (asociado a una clase II esquelética) en función del ángulo que forme la relación entre las líneas *glabella-subnasal* y *subnasal-pogonion*. Si el ángulo es menor a 165° se tratará de un perfil convexo; si es mayor a 175°, convexo y si se sitúa entre ambos valores será indicativo de un perfil recto³. El paciente posee un perfil recto, puesto que el valor de la medición es de 170°.

El ángulo nasolabial, formado entre el labio superior y la base nasal, mide 105° encontrándose en un valor normal³.

Por último, se valora el plano estético que propuso *Ricketts* uniendo la punta de la nariz con el punto más prominente del mentón. La norma establece que tanto el labio superior como inferior han de situarse dentro de dicho plano en torno a 4 mm por detrás³, como ocurre en el caso del paciente.

Posteriormente, se estudia la **articulación temporomandibular (ATM)**. La prevalencia de los trastornos temporomandibulares (TTM) es muy elevada, por lo que se recomienda que a todo paciente que acuda a una consulta odontológica se le realice una valoración, independientemente de la aparente necesidad o no de tratamiento. La exploración de la ATM pretende identificar cualquier posible variación de la anatomía y la función normales⁶. Comprende, por este orden: inspección de la simetría facial, palpación muscular y articular, auscultación y manipulación mandibular^{6,7}. Todo dolor o sensibilidad a la presión debe considerarse como indicador potencial de un TTM. Los ruidos articulares pueden percibirse colocando las puntas de los dedos sobre las superficies laterales de la articulación e indicando al paciente que abra y cierre la boca. Hay que observar, además, los movimientos de la mandíbula para determinar posibles limitaciones articulares⁶.

El paciente no muestra ningún signo de patología ni en la palpación de los músculos masticatorios ni en la palpación bilateral de las articulaciones. Tampoco se detecta la

presencia de chasquidos ni crepitaciones durante los movimientos de apertura y cierre. La trayectoria de movimiento ante la apertura, protrusión y lateralidad no presenta desviaciones. La distancia interincisal no dolorosa promedio normal es de 35 a 55 mm⁸, siendo de 40 mm en este caso.

Por último, se palpa la musculatura, las regiones cervicales y se inspecciona la mímica facial, que permite valorar la inervación motora a cargo del nervio facial⁹. El paciente no presenta anormalidad alguna.

2.2 Intraoral

Se emplea para ello un kit de exploración compuesto por un espejo intraoral plano, una sonda de exploración, unas pinzas bianguladas y una sonda periodontal hu-friedy.

El examen intraoral consta de la valoración tanto de tejidos blandos como de tejidos duros y dentición, así como de la inspección de las glándulas salivares (parótida, submaxilar y sublingual) mediante palpación bilateral y exploración visual. En la exploración de la mucosa oral se debe tener en cuenta la morfología y coloración de labios, lengua, suelo de boca, región retromolar, paladar duro y blando y tejido gingival. Además, en la exploración del paciente total o parcialmente desdentado, es preciso realizar la inspección y palpación de todas las estructuras que puedan ser de interés para la construcción de futuras prótesis. Sólo de esta manera se podrá realizar un correcto diagnóstico y valorar la posible existencia de lesiones, en algunos casos graves como aquellas preneoplásicas y neoplásicas que de otra forma pasarían inadvertidas¹⁰.

Durante la exploración de tejidos blandos se observó la presencia de **lengua vellosa**. La lengua vellosa representa un trastorno completamente benigno. Se trata de un aumento de tamaño anómalo de las papilas filiformes del dorso de la lengua que a menudo se tiñen con bacterias cromógenas o sustancias extrínsecas¹¹.

La inspección dental consiste en la observación visual de todos los dientes presentes en boca. El paciente presenta numerosas ausencias dentarias **conservando en boca las piezas 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.5, 2.7, restos radiculares del 1.2, 1.7, 2.3, 2.4 y 2.6 e inclusión del 1.8 en la arcada superior; así como las piezas 3.1, 3.2, 3.3, 3.7, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, restos radiculares del 3.4 y 4.7 e inclusión del 4.8 en la arcada inferior**. Estamos pues, ante un caso de **edentulismo parcial adquirido** y rehabilitable.

La inspección deberá seguir una rutina clínica, un mismo orden en todos los pacientes. Lo habitual es comenzar desde el primer cuadrante, segundo, tercero y cuarto. De esta manera, se asegura que no quede ninguna pieza dental sin explorar. Se buscan dientes con

pérdidas de tejido duro (traumatismos, abrasiones, erosiones, atricciones, abfracciones), cavidades o restauraciones. Esta inspección junto con la anamnesis previa posibilita llegar casi a un diagnóstico de certeza de la patología, si bien habitualmente es preciso ratificarlo con otras pruebas¹².

La caries es una enfermedad infecto-degenerativa que produce la desmineralización de los tejidos dentales, la inflamación y ulterior degeneración de tejido pulpar, necrótica o cálcica, así como el desarrollo de la respuesta periapical¹³. Las lesiones cariosas diagnosticadas durante la exploración intraoral han sido categorizadas según la clasificación establecida por G. V. Black a finales del siglo XIX (ANEXO 3). En ella, el autor agrupaba las lesiones dentarias en cinco clases según su localización y las caras dentales implicadas^{14,15}. Según lo expuesto el paciente presenta:

- **Caries clase I en oclusal de 2.7**
- **Caries clase II en oclusodistal del 3.7**
- **Caries clase IV en vestibular de 1.1 y 1.2**
- **Caries clase V tipo C en vestibular de 1.3, 1.4, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 y 4.5**

Una vez finalizado el diagnóstico dental, se procede a la **exploración periodontal**.

Numerosos autores aseguran que realizar un diagnóstico periodontal supone un trabajo dificultoso y continuo, que se debe hacer lo más precozmente posible debiendo valorar parámetros como: **pérdida de hueso, profundidad de sondaje, índice de placa, recesión gingival, pérdida de inserción, afectación furcal, movilidad dentaria e índice de sangrado**^{16,17}. Estos signos fueron recogidos en un periodontograma inicial modelo SEPA (ANEXO 4).

- *Pérdida de hueso*: si ha progresado a velocidades similares en toda la dentición, el contorno de la cresta de hueso remanente en la radiografía es parejo y se define como horizontal. En cambio, los defectos óseos angulares o verticales son resultado de la pérdida ósea que se genera a diferentes velocidades en torno a las diferentes superficies dentarias. La altura del hueso alveolar y el contorno de la cresta ósea se examinan en las radiografías¹⁶.
 - La ortopantomografía, que se presenta posteriormente, confirma una **pérdida de hueso** fundamentalmente del tipo **horizontal**.

Profundidad de sondaje (PS): es la distancia que existe desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa periodontal. Para medir la profundidad de bolsa y

establecer su configuración se utiliza la sonda periodontal. Es un instrumento calibrado en milímetros, con forma piramidal y de extremo romo y redondeado. Para medir una bolsa se introduce con cuidado mediante una presión firme y suave hasta el fondo. El vástago debe alinearse con el eje longitudinal de la superficie dentaria que se explora¹⁸. Se aplica en seis puntos de cada diente: mesial, medio y distal tanto en la superficie vestibular como en la palatina/lingual. Este parámetro es uno de los más relevantes en el diagnóstico periodontal. Profundidades de sondaje mayores a 3 mm son indicativas de enfermedad periodontal^{16,17,19}.

- El paciente mostró **profundidades de sondaje mayores a 3 mm en prácticamente todas las piezas superiores** (tanto en la superficie vestibular como palatina), a excepción del canino superior derecho que presentaba profundidades de 2 y 3 mm. En cuanto al **sector inferior, todas las piezas tienen algún punto con profundidad de sondaje mayor a 3 mm**, siendo más acusados en la cara vestibular que en la lingual.
- **Índice de placa:** la placa bacteriana y la presencia de cálculos son los principales factores etiológicos de la enfermedad periodontal. Junto con el examen de los tejidos periodontales es preciso evaluar los hábitos de higiene bucal del paciente. La presencia o ausencia de placa en cada diente se registra siguiendo el índice propuesto por *Silness y Löe* en 1964. Se determina pasando una sonda por las cuatro caras de cada diente y examinando la punta en busca de placa. Se considerará grado 0 si no hay placa en la zona gingival; 1 si hay una película fina de placa que sólo puede ser reconocida pasando una sonda o revelándola; 2 en acumulación moderada que se reconoce a simple vista; y 3 cuando hay abundante material blando, de 1-2 mm^{20,21}.
 - Durante la exploración periodontal se observó la **presencia de placa bacteriana de manera generalizada**. Además, se evaluaron los hábitos de higiene del paciente durante la anamnesis, que resultaron ser deficientes.
- **Recesión gingival:** *Guinard y Caffesse* definieron el concepto de recesión gingival en 1977 como una denudación parcial del diente como consecuencia de la migración apical del margen gingival desde su posición normal sobre la corona a través de la superficie radicular por debajo del límite amelocementario (LAC)²². Lindhe clasificó la recesión del tejido marginal según su etiología, de manera que existen recesiones asociadas con factores mecánicos, a lesiones inflamatorias localizadas inducidas por placa y a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva¹⁶.

- El paciente mostró **recesiones gingivales de hasta 5 y 6 milímetros** tanto en la arcada superior como inferior asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva.
- *Pérdida de inserción:* el nivel de inserción se evalúa con una sonda graduada y se expresa como la distancia en milímetros el límite amelocementario (LAC) y el fondo de la bolsa periodontal. La evaluación clínica requiere la medición de la distancia entre el margen gingival libre (MGL) y el LAC en cada superficie dentaria. Tras este registro se puede calcular el nivel de inserción. En los casos de retracción gingival, la distancia MGL-LAC se torna negativa y, por lo tanto, habrá que sumarla a la profundidad de sondaje para determinar el nivel clínico de inserción periodontal^{16,19}.
 - El nivel clínico de inserción de la totalidad de los dientes presentes (tanto de la arcada superior como inferior) se sitúa entre 5, 6, 7, 8, 9 e incluso 10 mm en determinadas localizaciones.
- *Afectación furcal:* la periodontitis, al progresar en torno a dientes multirradiculares, puede afectar las estructuras de sostén de la zona de furcación. La lesión de furcación (LF) se explora con una sonda periodontal curva graduada cada 3 mm (sonda de Nabers). La LF se evalúa desde las entradas vestibular y lingual o palatina. Se clasifica como LF de grado I cuando la pérdida horizontal de los tejidos de soporte no sobrepasan 1/3 del ancho dentario. Cuando se sobrepasa pero sin comprometer todo el ancho del área de furcación se considera grado II. Por último, una destrucción horizontal “de lado a lado” de los tejidos de sostén de la furcación se clasifica como grado III¹⁶.
 - Se observó una **lesión furcal de grado I en la pieza número 3.6**, pues la profundidad de sondeo fue menor a 1/3 del ancho dentario en la entrada por vestibular.
- *Movilidad dentaria:* la pérdida continua de tejidos de sostén durante la progresión de la enfermedad periodontal puede dar como resultado el aumento de la movilidad dentaria. La enfermedad periodontal asociada a placa bacteriana no es la única causa de aumento en la movilidad dentaria. Por ejemplo, la sobrecarga y el trauma oclusal pueden generar hipermovilidad. Por ende, hay que saber si la razón de la mayor movilidad es producto del ensanchamiento del ligamento periodontal, de la disminución de la altura de los tejidos de sostén o una combinación de ambas. El grado de movilidad fue medido por medio de una presión en la corona dentaria tras fijar los mangos de dos espejos intraorales en sentido vestíbulo/lingual. El

diagnóstico se establece atendiendo a la clasificación propuesta por *Miller* en 1950. En ella, el autor categoriza el aumento de la movilidad dentaria en cuatro grados según la severidad. Se considerará una movilidad “fisiológica” de grado 0 en aquellos casos donde el diente se mueve dentro del alveolo alrededor de 0,1-0,2 mm en sentido horizontal. El grado 1 incluye las piezas con movilidad de la corona dentaria 0,2-1 mm en dirección horizontal. Si la movilidad es mayor de 1 mm en dirección horizontal se considera grado 2. Por último, si hay movilidad tanto en sentido horizontal como vertical se clasifica en un grado 3^{16,19,23}.

- Según lo expuesto, el paciente presenta **movilidad dentaria de grado 2 en la mayoría de las piezas** (sobre todo en el sector anteroinferior) **y de grado 3 en los dientes 3.7 y 4.5** como consecuencia de la pérdida continua de los tejidos de sostén periodontal, pues existe un movimiento intenso de las coronas tanto en sentido horizontal como vertical (movimiento intrusivo-extrusivo) que llegan a alterar la función del diente.
- **Índice de sangrado:** guarda relación con la presencia de un infiltrado celular inflamatorio. La existencia de sangrado, especialmente en exámenes repetidos, es indicativa de progresión de la enfermedad, aunque el valor predictivo de este único parámetro es bastante bajo. Por otro lado, la ausencia de sangrado durante el sondeo tiene un alto valor predictivo negativo y es un indicador importante de estabilidad periodontal^{16,17}.
 - El paciente mostró **sangrado durante el sondaje en la mayoría de las localizaciones**, siendo más acusada en la superficie vestibular del sector anteroinferior.

3. Pruebas complementarias

- **Examen radiográfico:** se llevó a cabo la realización de una **ortopantomografía** (ANEXO 5). Es la técnica extraoral más utilizada mediante la que se consigue una visión completa de estructuras anatómicas de todo el macizo maxilofacial, con ambos maxilares, ATM, tercio medio del cráneo, senos maxilares, dientes, áreas peridentarias y niveles de hueso alveolar²⁴. Además, se hicieron radiografías **periapicales** (ANEXO 6) de las piezas dentales con diagnóstico dudoso, pues sirven para explorar el diente en su totalidad desde la corona hasta el ápice, el espacio periodontal y el tejido óseo que lo rodea⁹.
 - Las pruebas radiológicas se realizan protegiendo al paciente con delantal y protector tiroideo plomado. Como hallazgos radiográficos se pueden observar

rarefacciones apicales en los dientes 3.4 y 3.7 donde, además, refiere dolor agudo. También se puede apreciar la **inclusión de los dientes 1.8 y 4.8** y una pérdida importante generalizada del hueso alveolar.

- *Prueba de percusión:* se aplica sobre los dientes con el extremo opuesto del mango del espejo de exploración. Se realizan golpes moderados aplicados tanto en sentido vertical como horizontal del diente; ya que si la respuesta es positiva en uno u otro sentido, nos puede estar indicando patología pulpar o periodontal respectivamente^{25,26}. Cuando se trata de un diente avital, permite apreciar un sonido “mate” en comparación con el de los dientes adyacentes vitales. Si simultáneamente existe una periodontitis, esta percusión es dolorosa⁹.
 - Se obtiene como resultado una **respuesta positiva a la percusión en los dientes 1.1, 2.1, 2.2**

- *Prueba de vitalidad térmicas:* La prueba de frío es la más usada. Se utilizan vaporizadores con sustancias que alcanzan temperaturas inferiores a $-40\text{ }^{\circ}\text{C}$, impregnando pequeñas esponjas con ellas y aplicándolas sobre los dientes. Una respuesta positiva al frío es lo habitual en un diente con salud pulpar. En pulpas inflamadas puede hallarse una respuesta similar o ligeramente aumentada; ello sugiere la posibilidad de reversibilidad, pero no lo asegura. Según el grado de inflamación, la respuesta al frío puede ocasionar un dolor que permanezca durante un tiempo prolongado, o bien hallar una respuesta escasa; ambas situaciones sugieren irreversibilidad de la inflamación. La ausencia de respuesta al frío indica generalmente la existencia de necrosis pulpar, aunque no se puede descartar la presencia de una masa gruesa de dentina reactiva o una pulpa fibrosada en un paciente de edad avanzada^{27,28}.
 - **Se obtiene respuesta negativa al estímulo térmico en las piezas 1.1, 2.1, 2.2**

- *Fotografías intraorales (ANEXO 7):* realizadas con cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex. Los parámetros usados fueron: sensibilidad (ISO 200), velocidad de obturación (1/125) y balance de blanco tipo flash, escala (1:2) y apertura del diafragma (F 20).

- *Modelos de estudio:* tanto superior como inferior con alginato usando cubetas estándar U3 y L3.

4. Diagnóstico

Con la información relativa al estado de las diversas estructuras periodontales se puede lograr un diagnóstico del estado periodontal del paciente. Para ello, se ha utilizado la *Clasificación de las Enfermedades Periodontales* propuesto por el Simposio Internacional organizado por la *American Academy of Periodontology* en 1999^{16,19,29,30} (ANEXO 8).

Según esta clasificación, el paciente presenta una **periodontitis crónica generalizada severa localizada**.

La periodontitis crónica tiene mayor prevalencia en adultos^{16,19}. Entre sus características se incluyen la inflamación gingival, el sangrado durante el sondaje, la formación de bolsa periodontal, la pérdida de inserción y la pérdida de hueso alveolar. Además, se observa la presencia de retracciones gingivales, exposición de furca y aumento de la movilidad dentaria¹⁶. La magnitud de la destrucción clínica es proporcional a los niveles de higiene bucal o de placa¹⁶. La extensión de la enfermedad se clasifica como **generalizada** por exceder el 30% de áreas afectadas en boca¹⁹. La severidad puede diferenciarse según el nivel de pérdida de inserción clínica (PIC) en leve (PIC: 1-2 mm), moderada (PIC: 3-4 mm) o severa (PIC mayor o igual a 5 mm)¹⁶. En este caso, es clasificada como **severa por presentar niveles de PIC de hasta 10 mm**.

5. Pronóstico

El pronóstico es una predicción de la evolución, duración y resultado de una enfermedad³¹. Es un apartado clave en la planificación clínica del tratamiento. Está determinado por factores de riesgo tanto generales (del individuo) como individuales (del propio diente afectado)³².

General: según la clasificación de *Lang y Tonetti* (ANEXO 9), las características locales determinan el pronóstico general del paciente. Según lo expuesto, se concluye el pronóstico regular del paciente.

Individual: tras el diagnóstico odontológico y periodontal completo, debe haber suficiente información recopilada para dar un pronóstico concreto a cada diente. Para ello, se ha utilizado el estudio de *Cabello y cols.* basado en la clasificación propuesta y empleada por la Universidad de Berna, Suiza (ANEXO 10). Según esto, el pronóstico sería el siguiente:

- Bueno: 1.3, 1.4, 1.5, 2.5, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4
- Cuestionable:
 - 1.1, 2.1 y 2.2 por caries profunda e incluso patología periapical.

- 4.5 por defecto horizontal de más de 2/3 de la longitud de la raíz.
- No mantenible:
 - 1.2, 1.7, 2.3, 2.4, 2.6, 3.4, 3.7, 4.7 por caries en el canal radicular.

6. Opciones de tratamiento

Una vez realizada la exploración y el diagnóstico, hay que plantear el tipo de tratamiento para la rehabilitación bucodental del paciente. Se le solicita al paciente los correspondientes **consentimientos informados** para la realización de los diversos tratamientos (ANEXOS 11, 12 13, 14, 15, 16, 17). La información dada al paciente será verbal y escrita y permitirá la aclaración de todo tipo de dudas. Finalmente, el documento será firmado tanto por el paciente como del profesional⁹.

La finalidad del plan de tratamiento es coordinar todos los procedimientos de las distintas terapéuticas odontológicas para lograr una rehabilitación integral, funcional y estética del paciente¹⁸.

Cada paciente necesitará un plan de tratamiento distinto e individualizado en base a sus necesidades, expectativas y economía. Para ello, se han instaurado varias fases¹⁶:

1. Fase de control sistémico: el manejo clínico del paciente dependerá directamente de las patologías sistémicas que padezca. Ciertas enfermedades sistémicas influyen en la capacidad de cicatrización que marcará la evolución del tratamiento periodontal. Además, es importante conocerlas para evitar interacciones medicamentosas adversas entre los fármacos que toma y los que el odontólogo necesite administrar. Se debe tener un completo conocimiento del estado general del paciente antes de iniciar la fase higiénica, por lo que puede ser necesario realizar una interconsulta con otros especialistas del ámbito de la salud¹⁶.
 - Se aconseja la realización de una analítica actual para verificar su estado de salud. Pese a obtener algún valor ligeramente alterado, el médico de cabecera no considera instaurar tratamiento alguno.
2. Fase higiénica: se eliminan los factores etiológicos y favorecedores del acúmulo de placa con el objetivo de detener la progresión de la enfermedad periodontal. Incluye la instrucción en técnicas de higiene oral, control de infecciones, tartrectomía supragingival y raspados y alisados radiculares. Esta fase concluye con un análisis de los resultados obtenidos que, dependiendo de la mejoría o no obtenida, ayudará a instaurar un tratamiento definitivo.

- En esta fase se llevarán a cabo los siguientes tratamientos:
 - Higiene bucal.
 - Raspado y alisado radicular superior e inferior.
 - Exodoncia de los restos radiculares 1.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.4 y 4.7
 - Exodoncia simple de 3.8
 - Remisión al máster de periodoncia e implantología para valorar la exodoncia quirúrgica de 1.7
 - Opción de mantenimiento o exodoncia de 4.5 por estrategia protésica.
 - Endodoncias y reconstrucción de los dientes 1.1, 2.1 y 2.2 mediante las distintas opciones: perno de fibra de vidrio, corona o resinas compuestas estéticas.
 - Obturaciones de composite en 1.4, 1.5, 2.5, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4

3. Fase correctora y protésica: rehabilitación de los tramos edéntulos que hará recobrar al paciente tanto la morfo-función como la estética.

- En esta fase se podrían llevar a cabo los siguientes tratamientos:
 - Ferulización del grupo anteroinferior.
 - Tallado y rehabilitación mediante corona dentosoportada metal cerámica de la pieza 3.3
 - Tratamiento rehabilitador para sustituir las piezas ausentes de la arcada superior (1.6, 1.7, 2.3, 2.4, 2.6) e inferior (3.4, 3.5, 3.6, 4.5, 4.6, 4.7) mediante:
 - Opción 1: prótesis implantosoportada.
 - Opción 2: prótesis parcial removible esquelética.
 - Opción 3: prótesis parcial removible de acrílico .

4. Fase de mantenimiento: una vez finalizada la terapia inicial causal y la terapia correctora, el paciente deberá incorporarse a un sistema de visitas periódicas de control, destinado a prevenir la recidiva de la enfermedad.

7. Desarrollo de la elección del tratamiento

7.1 Fase higiénica

TRATAMIENTO BÁSICO PERIODONTAL

La periodoncia es la disciplina de la odontología que estudia los tejidos que rodean la pieza dentaria, sus patologías y el tratamiento de estas. Por lo tanto, se entiende que cualquier tratamiento integral de la cavidad oral se inicia por esta rama. Si estamos en presencia de alteraciones gingivoperiodontales cuyo factor etiológico es la placa, será necesario el tratamiento que corresponda para que los tejidos blandos recuperen el estado de salud. No hay terapia exitosa que no esté basada en un adecuado control de placa²⁶. Realizado de manera adecuada, es posible confiar en el tratamiento periodontal para eliminar el dolor, la inflamación gingival^{18,33} y la hemorragia de la encía, reducir las bolsas periodontales, erradicar la infección, detener la formación de pus, detener la destrucción del tejido blando y hueso^{18,34}, disminuir la movilidad dentaria^{18,35}, establecer una función oclusiva óptima, restituir el tejido destruido por la enfermedad, restablecer el contorno gingival fisiológico, evitar la recurrencia de la enfermedad y atenuar la pérdida de piezas dentales^{18,35}.

Se comienza instruyendo al paciente en **técnicas de higiene oral** adecuadas (técnica de Bass para el cepillado y uso de limpiador lingual) y se inicia una terapia periodontal básica que incluye la **tartrectomía** supra y subgingival con ultrasonidos y el raspado y alisado radicular (RAR) (ANEXO 18).

El **raspado** es el proceso mediante el cual se eliminan placa y cálculo de las superficies radiculares supragingivales y subgingivales; mientras que el **alisado radicular** es el proceso por el cual se elimina el cálculo residual incluido y partes de cemento de las raíces para dejar una superficie lisa, dura y limpia¹⁸.

Para ello, será necesario hacer uso de anestésicos locales (AL). Son sustancias químicas que bloquean la conducción nerviosa de manera específica, temporal y reversible, sin afectar a la conciencia del paciente. Provocan, por tanto, la pérdida de sensibilidad, especialmente dolorosa⁹.

Es conveniente realizar el RAR inicial en una o dos sesiones largas en lugar de cuatro sesiones por cuadrante más breves^{18,28}. Esto retira patógenos de toda la boca lo más rápido posible para que no estén presentes para reinfestar zonas instrumentadas con anterioridad¹⁸.

La cureta es el instrumento más indicado para eliminar el cálculo subgingival profundo y el cemento radicular alterado y remover de una bolsa periodontal el revestimiento de tejido blando. Las Gracey® en particular, representan un conjunto de instrumentos diseñados y angulados para adaptarse a áreas anatómicas específicas de la dentición¹⁸.

En este caso se reparte en dos sesiones (superior e inferior) llevado a cabo mediante curetas Gracey® (5-6 para dientes anteriores y premolares, 7-8 para dientes posteriores en sus caras vestibular y lingual, 11-12 para la superficie mesial de dientes posteriores y 13-14 para la superficie distal de dientes posteriores).

En la técnica se sostiene la cureta con la toma en pluma modificada y se establece un apoyo digital estable. El borde cortante correcto se adapta apenas al diente y el vástago inferior se mantiene paralelo a la superficie dentaria. Se inserta la hoja debajo de la encía y se introduce hasta el fondo de la bolsa con un movimiento exploratorio suave. Cuando el borde cortante alcanza el fondo de la bolsa, se establece una angulación de trabajo de 45 a 90° y se ejerce presión lateral contra la superficie dentaria. El cálculo se retira con una serie de movimientos controlados, cortos y enérgicos. Conforme se quita el cálculo, la resistencia al paso del borde cortante disminuye hasta que sólo queda una aspereza mínima. Entonces se efectúan movimientos de alisado de mayor amplitud y suavidad con menor presión lateral hasta que la superficie radicular quede suave y dura¹⁸.

Finalmente, se prescribió gel y colutorio Perio-Aid® con clorhexidina al 0.12% como tratamiento coadyuvante¹⁸.

Se recomienda reevaluar el caso al cabo de cuatro semanas tras completar el RAR. Éste es un tiempo suficiente para la cicatrización epitelial y conectiva, y un lapso adecuado para adquirir destreza en la higiene bucal¹⁸.

No fue posible evaluar el estado periodontal del paciente al mes, pues se interpuso el verano. Con el comienzo del nuevo curso, se realizó la evaluación del tratamiento en un nuevo periodontograma (ANEXO 19) y se obtuvieron resultados favorables. Tanto las profundidades de sondaje, como el sangrado y la movilidad se redujeron de forma considerable aunque no se consiguió reducir totalmente las bolsas periodontales en las piezas 1.4, 1.5, 2.7 y 4.5. A pesar de la mejoría, el paciente volvió con un índice de placa similar al observado en la primera visita así que se optó por repetir tanto la tartrectomía como el raspado y alisado de las raíces, así como insistir en la reeducación de los hábitos de higiene oral (ANEXO 20).

La motivación para que los pacientes realicen el control de placa eficaz es uno de los elementos más decisivos y difíciles del resultado favorable y duradero del tratamiento

periodontal. Es preciso que adquiera hábitos nuevos de control de placa diario y realice visitas periódicas de mantenimiento y refuerzo¹⁸.

Siguiendo las indicaciones, se reevaluaron de nuevo los resultados cuatro semanas más tarde que revelaron un buen control de la enfermedad periodontal que consiguió estabilizarse con profundidades de sondaje menores o iguales a 3 mm, excepto en la pieza dental 4.5 que seguía manteniendo profundidades de sondaje de hasta 7mm. Además, el paciente demostró haber mejorado considerablemente su hábito de higiene oral.

EXODONCIAS

El tratamiento integral continúa con las **exodoncias** oportunas, tanto de restos radiculares como de piezas no mantenibles (ANEXO 21).

Se le prescribe tratamiento antibiótico para la realización de las exodoncias de los dientes que presentan focos apicales³⁶.

Procedimiento:

1. Anestesia: un paciente que siente dolor es un paciente que no cooperará y estará inquieto durante el transcurso del tratamiento. Una adecuada anestesia se traduce en un procedimiento más cómodo y menos estresante para el operador⁸.

- Se utilizó benzocaína tópica y articaína 1:200.000 con técnica infiltrativa en 1.2, 2.3, 2.4 y 2.6 y troncular para 3.4, 3.7, 4.5 y 4.7

2. Sindesmotomía: consiste en la sección o el desprendimiento de las inserciones gingivales que se dirigen hacia el diente. Esto tiene por objeto además de permitir la extracción del órgano dentario sin desgarrar los tejidos blandos, dar acceso a los instrumentos tanto de luxación como de extracción⁸.

3. Luxación: se lleva a cabo con el elevador, asegurando su introducción sin apoyo en la papila gingival y haciendo presión con movimientos lentos en sentido apical. La luxación con el elevador previa a la utilización de fórceps, tiene por objetivo la movilización de la pieza incluyendo su porción radicular y con ello reducir las posibilidades de fracturas a ese nivel⁸.

4. Extracción propiamente dicha: se hace con fórceps cuando la luxación de la pieza ha sido completa, de tal manera que no se requieren grandes fuerzas de tracción para retirar la pieza de su alveolo⁸.

5. Limpieza del lecho quirúrgico: en los casos en los que la pieza dentaria presente un proceso infeccioso agudo o aquellos que hay evidencia radiográfica de lesiones periapicales se procede a curetear escrupulosamente la superficie alveolar hasta asegurar la eliminación del tejido de granulación que pudiera estar presente. Debe tenerse especial cuidado en las zonas posterosuperiores para evitar una comunicación con el seno maxilar, y en las posteroinferiores de no lesionar el paquete vasculonervioso dentario inferior⁸.

6. Reparación del lecho quirúrgico: aún en las técnicas más cuidadosas ocurre cierto grado de lesión de los tejidos. La luxación sucede a expensas de una deformación del hueso alveolar, que en muchos de los casos se acompaña de fracturas en tallo verde de la tabla ósea vestibular. En estos casos, posterior a la limpieza del lecho se presiona con los dedos índice y pulgar ambas tablas para devolver al proceso alveolar su anatomía original⁸.

7. Hemostasia: una vez que se ha terminado el procedimiento, es necesario asegurar la hemostasia de la herida, valorando la necesidad de colocar puntos de sutura para dar una mejor estabilidad. A través de la sutura se consigue la reposición de los bordes de una herida. Debe ser lo suficientemente resistente para soportar la continua actividad muscular a la que se le va a someter (masticación y habla). Se coloca, además, una gasa húmeda para que el paciente muerda y realice presión sobre la herida de 30 minutos a 1 hora⁸.

- Se realizan puntos en cruz y puntos simples con sutura de 3/0.

8. Consejos postextracción (ANEXO 22).

Complicaciones e inconvenientes:

Se citó al paciente 7 días tras la exodoncia del diente 1.2 para retirar la sutura. Refería dolor agudo en la zona y visualmente se podía observar supuración en el alveolo.

El diagnóstico realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico y se confirma al pasar una cureta dentro del alvéolo seco y encontrar hueso desnudo con gran sensibilidad³⁷. Se confirma así la presencia de **alveolitis seca** (ANEXO 23).

La alveolitis es la complicación más frecuente de la extracción dental y la causa más común de dolor en el posoperatorio tardío de las consultas de urgencias. Su frecuencia varía del 1 al 4 %³⁷. El tabaquismo, en determinados estudios, ha supuesto un aumento de la frecuencia de alveolitis del 500 % (12% frente a 2,6%)³⁸.

Si la alveolitis no se trata remite en 15 a 20 días. Sin embargo, con un adecuado tratamiento disminuye notablemente el intervalo de curación. La terapéutica deberá estar encaminada a eliminar la sintomatología dolorosa y promover la curación de la herida alveolar³⁷.

Se quita el punto de sutura para poder limpiar bien el alveolo y se rellena con Alvogyl®, que asocia un principio activo antiséptico y otro anestésico con un excipiente hemostático. El cuadro sintomático desaparece en unos días.

ENDODONCIAS

La **endodoncia** es la rama de la odontología que se ocupa de la biología de la pulpa, así como la etiopatogenia, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y lesiones de la misma y de los tejidos perirradiculares asociados^{39,40}.

El tejido conectivo pulpar se encuentra rodeado por tejidos duros, esmalte y dentina que, mientras permanezcan íntegros, actúan como una barrera defensiva mecánica frente a los agentes patógenos. Cuando la caries o los traumatismos rompen esta barrera, los microorganismos pueden alcanzar el tejido pulpar, desencadenando una respuesta inflamatoria. En función de la intensidad y duración de los irritantes y de la resistencia del huésped, la patología pulpar puede variar desde una inflamación temporal o pulpitis reversible hasta una inflamación grave y progresiva, o pulpitis irreversible, que evolucionará hacia la necrosis³⁹.

Tras realizar al paciente las pruebas pertinentes, se diagnostica **necrosis pulpar en las piezas dentales 1.1, 2.1 y 2.2** por presentar caries extensa con invasión pulpar, ausencia de dolor, prueba de percusión positiva y de frío negativa. Es por esto, que la orientación terapéutica será el tratamiento de conductos o endodoncia. Este tratamiento es registrado paso a paso radiográficamente (ANEXO 24).

Material e instrumental: guantes, mascarilla y gafas de protección, kit de exploración de tres piezas: espejo, pinzas bianguladas y sonda de exploración, sonda DG16, posicionador de periapicales verde, anestésico local, jeringa de anestesia con aguja corta, instrumental rotatorio, fresas redondas, troncocónicas o piriformes, fresa endoZ, kit de aislamiento absoluto (dique de goma, perforador, clamps 1 y A2 y portaclamps), seda dental, localizador de ápices Morita, esponja y esponjero, juego de limas K 21 mm, 25 mm, 28mm o 31 mm con tope de goma, gates-Glidden números 2 y 3, regla de endodoncia, jeringa con aguja de salida lateral, hipoclorito concentración 5.25% diluido, EDTA al 17%, puntas de papel, espaciadores amarillo y rojo, gutapercha, cemento AH Plus y espátula de cemento.

Técnica:

1. Anestesia: se obtiene la anestesia de los dientes problema mediante el uso de benzocaína tópica y una técnica infiltrativa de articaína 1:200.000 en la zona a tratar.

2. Remoción de la dentina careada: favorece la asepsia, evita filtraciones por debajo del dique de goma y permite un mejor campo de visión³⁹.

3. Apertura y localización del conducto: la cavidad de acceso coronal o apertura comprende la comunicación con la cámara pulpar, la determinación de la forma de conveniencia y la remodelación de las paredes laterales para eliminar cualquier interferencia con los instrumentos endodóncicos³⁹. Resulta más práctico hacer el acceso antes de colocar el dique para reducir el riesgo de avanzar en dirección errónea y perforar⁴¹.

- Al tratarse de dientes anteriores, las aperturas de acceso realizadas son de tipo triangular, en forma de embudo.

4. Aislamiento del campo operatorio mediante el dique de goma: permite una delimitación del diente a tratar, mejora el campo operatorio, protege a los tejidos blandos, facilita la asepsia, protege contra la aspiración, así como contra las sustancias irrigadoras (tóxicas o irritativas), ahorra tiempo, disminuye el estrés del profesional, proporciona bienestar al paciente y es muy económico³⁹.

5. Conductimetría: la determinación de la longitud de trabajo (LT) consiste en el cálculo de la posición apical o punto final de la preparación⁴². Se toma un punto de referencia (cúspide o borde incisal) que se mantenga estable durante todo el tratamiento. Junto con la sensación táctil, para medir la LT se utilizan tanto localizadores de ápice como radiografías. La técnica radiográfica era la más utilizada hasta hace poco. Además de mostrar la situación del instrumento respecto al ápice radiográfico, proporciona información acerca de las curvaturas del conducto³⁹.

Actualmente, la técnica de elección es el localizador electrónico apical. El uso de estos dispositivos con varias frecuencias permite una localización de la constricción apical, con una fiabilidad y reproducibilidad de los resultados esperanzadora³⁹.

- En el diente 1.1 la LT fue de 20 mm, en el 2.1 fue de 20.5 mm y en 2.2 de 24.5 mm.

6. Instrumentación y desinfección del conducto: la preparación de los conductos radiculares tiene como objetivo, en primer lugar, la modificación de su morfología,

respetando al máximo la anatomía interna original, de manera que los conductos adquieran una forma progresivamente cónica desde la cámara pulpar hasta el ápice, manteniendo la posición y el diámetro de la constricción y del orificio apical. Con ello se favorece el segundo objetivo, la limpieza del contenido del conducto (tejido pulpar, bacterias, componentes antigénicos y restos hísticos necróticos) y su desinfección³⁹.

Existen técnicas *apicocoronales* y *coronoapicales*. Actualmente, la mayoría de técnicas son combinadas, es decir, van precedidas de un ensanchamiento previo de las zonas coronales del conducto una vez permeabilizado³⁹.

La instrumentación de los conductos radiculares sólo elimina parte de su contenido. Los instrumentos no pueden alcanzar las múltiples irregularidades de la anatomía interna radicular. La limpieza y desinfección de las paredes de los conductos principales y de todos los conductos laterales y accesorios, especialmente frecuentes en la zona apical, es una tarea reservada a la irrigación mediante agujas con orificio de salida lateral para evitar la extrusión por el periápice. Una de las soluciones para la irrigación más empleada es la de hipoclorito sódico (NaOCl)³⁹. Los movimientos de instrumentación o el uso de ultrasonido acelerarán el proceso de disolución tisular^{41,43}.

- En este caso se realizó una **técnica Step-back** o apicocoronal con ensanchamiento de los 2/3 coronales mediante las fresas gates-Glidden. En primer lugar se selecciona una lima de permeabilización apical (#15). Se aumenta progresivamente el calibre de las limas (irrigando entre una y otra). Aquella con el calibre más alto que llegue a la LT establecida se convertirá en la lima apical maestra (LAM). En el diente 1.1 la LAM fue de #35, en el 2.1 fue de #40 y en 2.2 de #35.

Son de gran ayuda en endodoncia también los quelantes, sustancias ácidas que sustraen iones de calcio de la dentina, con lo que la reblandecen y favorecen la limpieza de las paredes y la instrumentación³⁹.

7. Obturación con gutapercha: la finalidad básica de la obturación de los conductos radiculares es aislarlos por completo del resto del organismo para mantener los resultados de su preparación. Consiste en rellenar, de la manera más hermética posible, la totalidad del sistema de conductos radiculares con un material que sea estable y que se mantenga de forma permanente en el, sin alcanzar el periodonto. El sellado apical es importante, ya que junto al orificio apical pueden existir bacterias que pueden penetrar de nuevo en un conducto mal obturado y reanudar la inflamación. No hay que olvidar la necesidad de un sellado lateral a lo largo de todas las paredes del conducto, por la posible existencia de conductos laterales.

La gutapercha es el principal material usado para la obturación de los conductos radiculares desde su introducción por *Bowman* en 1867. En cuanto a los cementos, su objetivo es sellar la interfase existente entre el material núcleo de la obturación y las paredes dentinarias del conducto para conseguir una obturación del mismo en las 3 dimensiones del espacio³⁹.

- En este caso se usó la **técnica manual de condensación lateral** que, por su simplicidad, bajo costo y óptima calidad final es la más utilizada en el marco universal⁴⁴.

OBTURACIONES

La **odontología restauradora** busca devolver la función o la estética al órgano dental cuando se ve alterado por la caries o por algún traumatismo²⁶.

Además de la función adecuada de la dentición, las consideraciones estéticas desempeñan un papel de importancia. Los pacientes valoran la estética de modo diferente de acuerdo con su edad, género, profesión y estado social, entre otras razones. El clínico debe evaluar el resultado final del tratamiento, que sea aceptable para el paciente sin perjudicar la finalidad básica de alcanzar la salud¹⁸.

Tras la anestesia, la selección del color (en este caso Grandio® A3 y A3.5), el manejo de tejidos blandos con el uso de hilo retractor cuando sea oportuno y el aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio, se lleva a cabo la preparación cavitaria. Sus objetivos son conseguir acceso a la lesión, extender la brecha hasta tejido dentario sano, eliminar el infectado sin producir daño pulpar ni periodontal y facilitar la restauración de la pieza²⁶.

Cuando se trata de una pérdida extensa de una o varias restauraciones de clase IV o cuando es necesario realizar un alargamiento de los bordes incisales conviene, previamente, tomar impresiones y registros intermaxilares con la finalidad de obtener modelos donde poder realizar un encerado diagnóstico (ANEXO 25), en el que se completa el área afectada. La impresión de dicho encerado mediante una llave de silicona facilitará la restauración⁴⁵.

Se realiza un grabado ácido con ortofosfórico al 37% durante 30 segundos en esmalte y 15 en dentina. Esto produce microporosidades en esmalte y dentina, permitiendo que la resina penetre y se sostenga mecánicamente. Posteriormente, se aplica un agente adhesivo que sella herméticamente la interfase existente entre el material restaurador y las paredes de la cavidad, eliminando de este modo la posible microfiltración, pigmentación marginal y caries secundaria²⁶.

El siguiente paso es rellenar la cavidad con composite siguiendo la técnica incremental o técnica sándwich, que consiste en la aplicación y polimerización de pequeñas capas de no más de 2 mm intentando reproducir la anatomía dental.

Es necesario un acabado y pulido de la restauración con fresa de balón de aro amarilla y fresa de Arkansas, respectivamente. Para las superficies interproximales se usan, además, tiras de pulido.

Por último, se chequea la oclusión con el fin de descartar puntos de contactos prematuros en la restauración que podrían incluso dar lugar a problemas articulares²⁶ y se registra fotográficamente (ANEXO 26).

7.2 Fase correctora y protésica

La ferulización del sector anteroinferior proporcionará mayor estabilidad al diente 3.2 que ha sufrido pérdida de estructura de soporte ocasionada por la enfermedad periodontal. Se realiza mediante **férula fija de alambre reforzada con resina** y se registra de manera fotográfica (ANEXO 27). Es el método más usado y más sencillo de ferulización extracoronal⁴⁶.

La rehabilitación en un paciente parcialmente desdentado trata de restablecer el equilibrio del aparato masticador, creando unas condiciones de relación armónica entre la oclusión dentaria, la musculatura, ambas articulaciones craneomandibulares y el sistema nervioso central. Sus objetivos serán: restaurar la función y estética perdidas o alteradas, mantener las estructuras residuales y contribuir a la salud general del paciente⁴⁷.

Su realización se pospone para el próximo curso académico. Se basará en la clasificación de *Kennedy* de 1925 con la aportación de *Applegate* en 1960 (ANEXO 28) y seguirá el proceso indicado en para su confección: toma de impresiones en cubetas individuales para la obtención de modelos de trabajo, prueba de planchas base y rodetes articulares en la PPR inferior de acrílico y prueba del armazón metálico en la PPR superior dentosoportada, toma de color, prueba de dientes en cera, colocación de la prótesis definitiva e instrucciones de uso y mantenimiento de la misma⁴⁸.

7.3 Fase de mantenimiento

El paciente se incorporará a un sistema de visitas periódicas de control, destinado a prevenir la recidiva de la enfermedad.

CASO 2: HC1620

1. Anamnesis e historia clínica:

Paciente mujer de 45 años de edad sin alergias conocidas, antecedentes médicos familiares de interés ni patología sistémica.

El **motivo de consulta** fue el siguiente: “me duele este diente cuando se mueve”.

Se le pidió consentimiento para realizar el estudio del caso como trabajo de fin de grado y dio su aprobación.

Según el estado de salud actual y en función del sistema de clasificación descrito por la *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, la paciente se incluye dentro del grupo ASA II por ser fumadora, así como por su excesiva situación de estrés ante un tratamiento dental sin padecer condiciones sistémicas de limitación funcional.

La **historia odontológica** nos sitúa ante un caso de edentulismo parcial con restauraciones fijas dentosoportadas en el primer, segundo y cuarto cuadrante donde la higiene oral deficiente es evidente y la asistencia odontológica se realiza únicamente cuando hay dolor o con patología claramente observable. La paciente refiere haber tenido experiencias traumáticas en tratamientos dentales anteriores y desconfía de todo.

Atendiendo a los **hábitos orales nocivos**, cabe mencionar el tabaquismo (3 cigarros/día).

2. Exploración:

2.1 Extraoral

Para el **examen extraoral**, las mediciones que valoran las dimensiones faciales tanto en proyección frontal y de perfil (en reposo como en sonrisa) se realizan sobre las fotografías tomadas al paciente durante la primera visita (ANEXO 29). Se obtienen los siguientes resultados:

1. La línea bipupilar y la intercomisural no son paralelas entre sí ni perpendiculares a la línea media, mostrando una pequeña desviación.
2. Tras los cálculos del índice facial, se obtiene el valor de 104%, lo que indica que posee un biotipo **mesofacial**.
3. Los tercios faciales indican un tercio medio ligeramente aumentado.
4. En una posición estática, el espacio interlabial de la paciente es de 1 mm. En una posición dinámica, la línea de sonrisa es baja, pues expone menos del 100% del incisivo superior.

5. La paciente posee un perfil recto, puesto que el valor de la medición es de 171°.
6. El ángulo nasolabial mide 83'5° encontrándose disminuido, así como la distancia interincisal de 32 mm.
7. Según el plano estético que propuso *Ricketts* tanto el labio superior como inferior se sitúan dentro de dicho plano en torno a 2-3 mm por detrás.

La paciente no presenta anomalía alguna a la palpación de la musculatura, las regiones cervicales ni a la inspección de la mímica facial.

Posteriormente, se estudia la **articulación temporomandibular (ATM)**. La paciente no muestra ningún signo de patología ni en la palpación de los músculos masticatorios ni en la palpación bilateral de las articulaciones. Tampoco se detecta la presencia de chasquidos ni crepitaciones durante los movimientos de apertura y cierre. La trayectoria de movimiento ante la apertura, protrusión y lateralidad no presenta desviaciones.

2.2 Intraoral

La exploración de tejidos blandos (mucosa oral, labios, lengua, paladar duro y blando, suelo de boca) no revela signos de patología.

Se palpa e inspecciona la cresta alveolar de la brecha edéntula. Según la clasificación de los maxilares edéntulos por *Cawood y Howell* de 1991 (ANEXO 30), se trata de una clase IV con cresta en filo de cuchillo, de altura adecuada pero anchura inadecuada⁴⁹.

La exploración dental muestra las siguientes características:

- Mordida borde a borde.
- La paciente presenta numerosas **ausencias dentarias: 1.4, 1.7, 1.8, 2.7, 2.8, 3.5, 3.6, 3.8, 4.4, 4.5, 4.6 y 4.7**
- **Abfracciones en la porción cervical de 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1 y 4.2 que no producen sensibilidad.**
- Presencia de **coronas metal cerámica en el sector anterosuperior (1.3, 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2), así como en el 2.3 y 2.4 y de oro en las piezas 2.5 y 2.6.**
- Presencia de **prótesis fija dentosoportada metal cerámica** de 1.4 a 1.6 con pilares en 1.6 y 1.5 y extensión voladiza hacia mesial o cantiléver. También presenta una prótesis fija dentosoportada de 4.3 a 4.8 con pilares en 4.3, 4.4 y **4.8 (pieza con movilidad grado III y dolor, motivo de consulta).**
- Obturación previa de amalgama de plata oclusodistal fracturada en 3.7

Se continúa con la exploración periodontal valorando y anotando en el periodontograma modelo SEPA (ANEXO 31) los siguientes parámetros: pérdida de hueso, profundidad de sondaje, índice de placa, recesión gingival, pérdida de inserción, afectación furcal, movilidad dentaria e índice de sangrado.

- Basándonos en el índice de Ramfjord²¹, se evalúan únicamente los dientes 1.6, 2.1, 2.4, 3.6 (ausente, en su lugar se evalúa el 3.7), 4.1 y 4.4 en las que se obtienen como resultados profundidades de sondaje menores o iguales a 3 mm pese al amplio sangrado al sondaje de las piezas.

3. Pruebas complementarias

- *Examen radiográfico:* se llevó a cabo la realización de una **ortopantomografía** (ANEXO 32). Además, se hicieron radiografías **periapicales** (ANEXO 33) de las piezas dentales con diagnóstico dudoso.
 - Como hallazgos radiográficos se pueden observar la presencia de una **zona radiolúcida en la parte apical del diente 4.8** donde, además, refiere dolor agudo.
 - También se revelan **tratamientos de conductos previos en las piezas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.7, 4.3 con zona apical radiolúcida y 4.4; todos ellos infra o supraobturados o con el material de obturación poco condensado.**
 - Se puede apreciar una **pérdida generalizada del hueso alveolar.**
- *Prueba de percusión:* se realizan golpes moderados aplicados tanto en sentido vertical como horizontal del diente.
 - Se obtiene como único resultado una **respuesta positiva a la percusión únicamente en el diente 4.8**
- *Fotografías intraorales* (ANEXO 34): realizadas con cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR-14Ex. Los parámetros usados fueron: sensibilidad (ISO 200), velocidad de obturación (1/125) y balance de blanco tipo flash, escala (1:2) y apertura del diafragma (F 20).
- *Modelos de estudio:* tanto superior como inferior con alginato usando cubetas estándar U4 y L4.

4. Diagnóstico

Paciente con varias ausencias dentales y fracaso de la prótesis fija dentosoportada por pérdida del pilar distal 4.8, cuya realización no era viable desde el punto de vista de las leyes de *Ante y Tylman*⁵⁰. Presenta numerosas piezas endodonciadas supra e infraobturadas que no provocan sintomatología, así como una fractura de la restauración oclusodistal del 3.7 de amalgama de plata.

5. Pronóstico

General: según la clasificación de *Lang y Tonetti* expuesta con anterioridad, se puede afirmar que el pronóstico general de la paciente es bueno.

Individual: como en el caso anterior, se ha utilizado el estudio de *Cabello y cols.* basado en la clasificación propuesta y empleada por la Universidad de Berna, Suiza. Según lo expuesto, el pronóstico sería el siguiente:

- Bueno: 1.5, 1.6, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1 y 4.2
- Cuestionable:
 - 1.1, 1.2 por supraobturación del canal radicular tras terapia endodóntica.
 - 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.7, 4.3 y 4.4 por infraobturación del canal radicular tras terapia endodóntica.
 - 2.5 por lesión radiolúcida en el ápice y presencia de perno de gran tamaño. La pieza 4.3 también presenta lesión en la zona.
- No mantenible:
 - 2.4 por fractura
 - 4.8 por lesión endo-periodontal compleja.

6. Opciones de tratamiento

La paciente firma los consentimientos informados del servicio de prácticas de la facultad correspondientes a los tratamientos a efectuar.

1. Fase de urgencia: el control del dolor es prioritario. Tiene como objetivo mitigarlo²⁶.
 - Sección de la prótesis fija dentosoportada de la arcada inferior por distal de 4.4
 - Exodoncia de la prótesis remanente junto con la pieza 4.8
2. Fase higiénica:
 - Higiene bucal.

- Obturación clase II oclusodistal del 3.7
 - Opción 1: amalgama.
 - Opción 2: composite.

3. Fase correctora y protésica: la paciente solicita una opción rehabilitadora lo más económica posible, pues su intención es volver en un tiempo a su país para realizarse una rehabilitación definitiva mediante implantes.

- Tratamiento rehabilitador para sustituir las piezas ausentes de la arcada inferior (3.5, 3.6, 4.5, 4.6 y 4.7) mediante:
 - Opción 1: prótesis parcial removible esquelética.
 - Opción 2: prótesis parcial removible de acrílico.

4. Fase de mantenimiento: una vez finalizada la terapia inicial causal y la terapia correctora, el paciente deberá incorporarse a un sistema de visitas periódicas de control.

7. Desarrollo de la elección del plan de tratamiento:

7.1 Fase de urgencia

El motivo de consulta fue el dolor en el diente 4.8, pilar de prótesis fija. Para paliarlo, se realiza su exodoncia tras el corte y remoción del pónico por distal del 4.5. El resultado se registra mediante fotografía (ANEXO 35).

7.2 Fase higiénica

Se insiste en la motivación e instrucción en técnicas adecuadas de higiene oral y se lleva a cabo la **tartrectomía supragingival ultrasónica**, así como el pulido con pasta de profilaxis mediante cepillos y copas de goma.

Se realiza, además, la obturación con composite Grandio® A3 tras retirar la amalgama fracturada en oclusodistal del 3.7 y biselar los bordes de la cavidad.

Por último, se informa a la paciente del dudoso pronóstico de las piezas endodonciadas con supra o infraobtención del conducto.

7.2 Fase correctora y protésica

ELABORACIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE (PPR)

Se confeccionará la prótesis siguiendo los siguientes pasos, registrados por medio fotográfico (ANEXO 36):

1. Toma de impresiones para la confección de cubeta individual:

El objetivo es registrar las superficies que se puedan utilizar como soporte de una prótesis para proporcionar retención, soporte y estabilidad⁵¹.

Para llevarla a cabo empleamos cubetas metálicas estándar, siendo el alginato el material de impresión elegido por sus adecuadas propiedades.

2. Toma de impresiones con la cubeta individual:

Se ha confeccionado en laboratorio una cubeta individual a partir del modelo inicial que es suplementadas con godiva. Para la impresión se pueden emplear tres tipos de materiales: polisulfuros tipo mercaptano, pastas ziquenólicas o silicona fluida⁵¹, que fue el material elegido.

3. Planchas base y rodillos articulares:

Las planchas base son moldes de acrílico fotopolimerizable adaptados a las áreas previstas para conferir el soporte y retención de la futura prótesis.

Los rodillos articulares son prismas rectangulares de cera que representan los dientes perdidos. Sus objetivos son: establecer la altura en oclusión (DV), determinar la relación céntrica (RC) y transferirlas al articulador para que el laboratorio reemplace el rodillo articular por dientes artificiales y servir como prueba de dientes. Además, sirven como registro de información de función estética (línea media, de sonrisa y líneas de caninos)⁵¹. Se realiza también la selección del color tomado en referencia a la guía Vita Classical en relación a la el color de los dientes remanentes.

4. Prueba de dientes montados en cera:

Se verifica la estética (soporte labial, línea media y de sonrisa, exposición de dientes en reposo y pasillo bucal), fonética, relación intermaxilar y oclusión (contactos simultáneos entre los dientes naturales y los protésicos opuestos, manteniendo un soporte óptimo)⁵¹ del paciente.

5. Prueba final:

Antes de insertar la prótesis se controlará que el acrílico no interfiera en la inserción ni en la remoción de la prótesis (no debe cubrir los planos guía) y que el acrílico no presente cresta ni vértices muy agudos que puedan dañar los tejidos subyacentes.

Insertada la prótesis se comprobará que no realiza presión excesiva en ningún punto. Se controlará también la oclusión, ajustando si es necesario la PIM, la RC y las excursiones. Es muy importante en esta fase enseñar al paciente a quitarse y ponerse la prótesis y los cuidados que ésta requiere⁵¹.

7.3 Fase de mantenimiento

La paciente se incorpora a un sistema de visitas periódicas de control.

DISCUSIÓN

Ambos pacientes declararon una fuerte ansiedad ante el tratamiento dental, bien por la incertidumbre y el miedo a las agujas del primer caso o por experiencias previas traumáticas del segundo.

El miedo y la ansiedad son señalados por muchos pacientes como un motivo para no acudir de forma regular al dentista. Esta circunstancia de origen multifactorial dificulta la atención odontológica de un gran número de pacientes^{52,53}. Es indudable que la ansiedad y los miedos dentales afectan negativamente a la promoción y la viabilidad del tratamiento odontológico⁵².

La utilización de las benzodiazepinas es frecuente. Los pacientes tienden a reducir sus niveles de ansiedad y a experimentar menos miedo a medida que se visita al dentista periódicamente, siempre que no existan experiencias negativas. Es fundamental optimizar el trato humano dado por los profesionales de los servicios dentales⁵².

Durante las primeras sesiones hubo que prescribir benzodiazepinas al caso nº1 pero a medida que pasaban los días ganó confianza y el tratamiento dental pudo ser realizado sin necesidad de medicación. En cuanto al paciente nº2, la inversión de tiempo en explicar cada procedimiento para reducir su sensación de incertidumbre y el uso de benzocaína tópica previa a la punción para la anestesia, fueron clave para conseguir una rápida reducción de la ansiedad.

La ausencia dental también era una característica común en ambos pacientes. Se elegirá el tratamiento rehabilitador más oportuno que se adecúe a las necesidades individuales de cada uno, así como a su situación económica.

La pérdida dental provoca una resorción del hueso alveolar circundante y da lugar a la formación de rebordes edéntulos atróficos⁵⁴. Al perder un diente, la cresta residual no se beneficia nunca más del estímulo funcional que recibía y, en consecuencia, se produce una pérdida de volumen de la cresta tanto en anchura como en altura. Junto a la pérdida de dientes aparece una transformación de la mucosa oral. La encía adherida del hueso alveolar se reemplaza con mucosa menos queratinizada y más fácilmente traumatizable⁴⁷. Esto puede causar molestias cuando los tejidos tienen que soportar la carga de una prótesis mucosoportada. La mandíbula con atrofia avanzada suele estar recubierta por tejido gingival poco o nada adherido. La encía queda expuesta a abrasiones por parte de la prótesis móvil, y se acompaña de inserciones musculares desfavorablemente altas y un tejido muy móvil⁵⁴. No solamente se pierde la función, sino que la pérdida dental junto con los cambios secundarios que pueden aparecer en las características faciales (aspecto prognático, adelgazamiento de los labios, ptosis muscular...) ocasionan un impacto estético^{47,54}.

El reemplazo protésico de los dientes aporta una función que acostumbra ser menor que la de la dentición natural completa. Se considera que la funcionalidad está más cerca del estado natural cuando las restauraciones se realizan con prótesis fijas soportadas por dientes o implantes; con un grado de funcionalidad intermedia cuando se emplean prótesis removibles dentosoportadas; con una funcionalidad baja cuando las prótesis están soportadas por dientes y crestas edéntulas y, por último, la menor funcionalidad cuando las prótesis están soportadas solamente por las crestas edéntulas⁴⁷.

El empleo de implantes dentales para proporcionar apoyo a las prótesis ofrecen gran número de ventajas: mantenimiento del hueso, dientes con buena posición estética, mantenimiento de las dimensiones verticales, buena oclusión, cargas oclusales directas, mayores porcentajes de éxito, aumento de la fuerza oclusal, mejor función masticatoria, mayor estabilidad y retención, mejor fonética, mayor propiocepción y reducción del paladar o los flancos⁵⁴.

La opción de rehabilitación mediante prótesis implantosoportada, pese a ser la mejor alternativa de tratamiento, fue descartada en un primer momento por ambos pacientes debido a su alto presupuesto.

El tratamiento mediante prótesis fija dentosoportada en estos pacientes no es viable por ausencia de pilares distales donde anclar el pónico o porque el área de las superficies de las raíces de los dientes remanentes no es suficiente para reemplazar las piezas ausentes, incumpliendo la ley de Ante. Cuando existen extensiones distales solamente se pueden emplear las prótesis parciales removibles y las implantosoportadas⁴⁷.

Una vez descartadas las dos opciones anteriores, la alternativa de elección son las **prótesis parciales removibles (PPR)** que podrán ser metálicas (dentosoportadas) o de acrílico (dentomucosoportadas). Las prótesis parciales removibles se diseñan con el fin de utilizar los dientes pilares y tejidos de soporte para conseguir estabilidad, soporte y retención⁴⁷.

De la clasificación de *Kennedy* (1925) y las reglas de *Applegate* (1960), se derivan las siguientes consideraciones orientativas para la rehabilitación oclusal⁵⁵:

- Las clases I y II sólo pueden tratarse con prótesis dentomucosoportadas.
- Las clases III, IV y VI son casos ideales para solucionar con prótesis dentosoportada, fija o removible.
- Los casos extensos de clases III, IV y V deben ser estudiados detenidamente y tratados con prótesis de apoyo mixto: dentario y mucoso.

El paciente número 1 presentaba una clase III de Kennedy en el maxilar superior, por lo que se diseñará para su rehabilitación una PPR dentosoportada; y una clase I inferior que será rehabilitada mediante PPR dentomucosoportada.

Por su parte, la paciente número 2 presentaba una clase I de Kennedy. Es por esto que se decide realizar una rehabilitación dentomucosoportada con ganchos en 3.4, 3.7 y 4.4.

Todas las categorías diagnósticas tienen en cuenta la localización y extensión de las áreas edéntulas, el estado de los pilares, las características oclusales y las características de la cresta residual⁵⁶.

En el caso del primer paciente, se diseñó la prótesis de tal manera que los pilares elegidos en el sector superior fuesen 1.4, 1.5, 2.5 y 2.7. En cuanto al sector inferior, los dientes pilares serán 3.3 (que necesitará una reconstrucción mediante prótesis fija metal-cerámica por gran destrucción de corona clínica) y 4.4. Se planteó mantener en boca el diente 4.5 que, pese a haber sido tratado mediante una terapia periodontal básica, seguía manteniendo profundidades de sondaje de hasta 7 mm y un grado III de movilidad. Se propuso realizar un colgajo de reposición apical que facilitaría el acceso al hueso y a las superficies radiculares para su completa instrumentación^{16,47} pero el paciente rechazó la cirugía, así que se decidió extraer pues estratégicamente no es una elección adecuada para pilar de la prótesis. En cuanto a la extracción o conservación de un diente, su valor para el paciente se mide en años de funcionamiento sano de toda la dentición, no en la cantidad de dientes conservados al momento del tratamiento. El bienestar de la dentición no debe arriesgarse por hacer un intento heroico para conservar dientes dudosos. El estado periodontal de los dientes que se conservan es más importante que su cantidad¹⁸.

Otra de las características comunes a los dos pacientes era la presencia de piezas dentales endodonciadas que necesitaban una restauración final, ya sea porque se ha fracturado una restauración previa o como fase final del tratamiento de conductos realizado durante las sesiones clínicas. Cuanto ya se ha realizado el tratamiento endodóncico y el diente tratado no presenta ningún signo de patología se puede realizar su reconstrucción⁵⁶. Se analizan las diferentes opciones y se decide la más adecuada para cada caso en particular.

El diente desvitalizado pierde el efecto biológico que la pulpa ejerce sobre la dentina que, al final, se traduce en una pérdida de elasticidad que poco a poco va haciendo al diente más sensible a la fractura^{39,56}. El diseño de una restauración para un diente endodonciado depende primordialmente de la cantidad de estructura dental remanente, aunque también son factores importantes el tipo de diente, su morfología y ubicación en la arcada, el patrón de oclusión y las posibles fuerzas protésicas y oclusales que se aplicarán sobre él y su periodonto⁵⁷.

En el diente endodonciado existe la posibilidad de utilizar el conducto radicular para ayudarse en la restauración, ya sea para apoyar la retención o para mejorar la simbiosis entre la corona dentaria restaurada y la raíz³⁹. La restauración de un diente endodonciado se puede abordar desde dos perspectivas diferentes: con un material de obturación de forma convencional o preparando el diente para recibir una corona de recubrimiento total^{39,58}.

Los dientes anteriores (incisivos y caninos superiores e inferiores) endodonciados no deben, necesariamente, ser sometidos a una restauración protésica para mejorar su duración y su permanencia en la cavidad oral. De hecho, la restauración protésica indirecta no mejora la supervivencia de estos dientes, en comparación con una restauración directa con resinas de composite⁵⁶. Cuando presenten una destrucción del 40-60% de la corona clínica, como ocurre en el primer paciente, podrán ser restaurados con composite.

Los dientes posteriores, al estar sometidos a fuerzas oclusales con componente horizontal, corren mayor riesgo de fractura, razón por la cual debe contemplarse siempre el recubrimiento cusπίdeo⁵⁶. Cuando falta menos del 40% de la corona clínica, como ocurre en la restauración fracturada del 3.7 la segunda paciente, podrá ser reconstruidos con composite, amalgama o incluso con un inlay u onlay⁵⁹.

La restauración de amalgama, con cavidades interproximales y sin recubrimiento de las cúspides, es una opción insistentemente desaconsejada desde hace décadas por la literatura internacional debido al altísimo porcentaje de fracaso⁵⁶.

Finalmente, la decisión acorde con los pacientes fue restaurar las piezas dentales endodonciadas mediante resinas compuestas.

CONCLUSIONES

- El estudio del paciente a través de una exploración clínica completa y exhaustiva es fundamental para poder llegar a un diagnóstico, establecer el pronóstico y confeccionar el plan de tratamiento adecuado en cada caso⁹.
- La interrelación de las diversas especialidades dentro del campo de la odontología es fundamental para conseguir un tratamiento exitoso.
- La motivación e instrucción en higiene oral es un paso esencial previo a cualquier tratamiento.
- La ansiedad puede llegar a producir dificultades a la hora de realizar un tratamiento dental, por lo que será necesario solventarla mediante medios psicológicos, farmacológicos o incluso sedación.

BIBLIOGRAFÍA

¹Lamas Lara C, Paz Fernández JJ, Paredes Coz G, Angulo de la Vega G, Cardoso Hernández S. Rehabilitación Integral en Odontología. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1): 31-34

²Plaza A, Silvestre FJ. *Odontología en pacientes especiales*. Universidad de Valencia. 2007:17.

³Canut B, J. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. 2da Edición. Ed. Masson. Barcelona – España. 2000

⁴Peck M, Peck S. A concept of facial esthetics. *The Angle Orthod* 40 (4): 248-300.

⁵Kammann MA, Quirós O. *Análisis facial en ortodoncia interceptiva*. 2013.

⁶Okeson JP. *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares*. 5º Ed. Elsevier – Mosby.

⁷Quirós P, et al. Diagnóstico de la patología de la ATM. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2006. 19:267-323.

⁸Martínez Treviño J.A. *Cirugía oral y maxilofacial*. Editorial Manual Moderno. 2009

⁹Donado M. *Cirugía Bucal Patología y Técnica*. 3ª Edición. 2005. Editorial Masson.

¹⁰Bascones A, Llanes F. *Medicina Bucal*. Ediciones Avances: Madrid. 2º Ed. 1996.

¹¹Bagán JV. *Medicina y Patología Bucal*. 1ª Edición. Medicina Oral S.L

¹²Bascones A. *Tratado de Odontología (Tomo I): Historia clínica en medicina bucal*. Exploración general de la cavidad bucal. Ediciones Avances, 1999.

¹³Ardines Limonchi P, Langeland K. Clasificación Terapéutica de la Caries Dental. *Revista Médica Odontología Actual* 2012. 26-45

¹⁴Sathyanarayanan R, Carounnidy U. Classification and management of dental caries. *New conceptrs. Indian J Dent Res*. 2002 Jan-Mar; 13(1): 21-5.

¹⁵Mount GJ, Hume WR. A revised classification of carious lesions by site and size. *Quintessence Int*. 1997 May; 28(5): 301-3.

¹⁶Lindhe J. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Editorial Médica Panamericana. 4º Ed.

- ¹⁷Zafiroopoulos GG, Mengel R, Flores-de-Jacoby L. Clinical índices in periodontal diagnosis. A review. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd Zentralbl. 1991; 79(2): 125-40. German.
- ¹⁸Carranza FA, Takei H. Periodontología Clínica. 9ªEdición. Mc Graw Hill.
- ¹⁹Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. Aust Dent J. 2009 Sep;54 suppl 1:S11-26.
- ²⁰Zorrilla Romera C, Vallecillo Capilla M. Importancia de los índices periodontales en la evolución de los implantes osteointegrados. Av Periodon Implantol. 2002; 14,2: 75-79
- ²¹Aguilar Agullo M.J, Cañamas Sanchis M.V, Ibáñez Cabanell P, Gil Loscos F. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. Periodoncia jul-sept2003; 13,3(8):233-44
- ²²Geiser EJ, Kleisner J, Marinello CP. Gingival recession. A review of its prevalence, etiology and classification. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 1993;103(10): 1278-87.
- ²³Giargia M, Lindhe J. Tooth mobility and periodontal disease. J Clin Periodontol. 1997 Nov;24(11):785-95.
- ²⁴Gay Escoda C, Berini Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo 1. Ediciones Ergón, S.A. Madrid, 2004.
- ²⁵Chimenes Küster E. La historia clínica en Odontología. Editorial Masson S.A. Barcelona 2002
- ²⁶Barrancos Mooney J. Operatoria Dental: Integración Clínica. 4ª Edición. Editorial Médica Panamericana 2006
- ²⁷Oliver RC. Tooth loss with and without periodontal therapy. Periodont Abst 1969; 17:8
- ²⁸Mongardini C, Van Steenberghe D, Dekeyser C, et al. One stage full-versus partial-mouth disinfection in the treatment of chronic adulto r generalized early-onset periodontitis. Long-term clinical observations. J Periodontol 1999; 70(6):632
- ²⁹International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Papers. Oak Brook, Illinois. Ann Periodontol. 1999 October30-November2. Dec;4(1):1-112.
- ³⁰Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol. 1999 Dec;4(1):1-6.
- ³¹Barbieri G, Vignoletti F, Barbieri G, Costa L.A, Cabello G. Pronóstico de un diente. Revisión de la literatura y propuesta de clasificación.
- ³²Cabello Domínguez G y cols. Pronóstico en Periodoncia. Análisis de factores de riesgo y propuesta de clasificación. Periodoncia y osteointegración. Abril-Junio 2005. 15:2.
- ³³Rateitschak K. The therapeutic effect of local treatment on periodontal disease assessed upon evaluation of different diagnostic criteria. 2. Changes in gingival inflammation. J Periodontol 1964; 35:155
- ³⁴Rateitschak K. The therapeutic effect of local treatment on periodontal disease assessed upon evaluation of different diagnostic criteria. 3. Radiographic changes in appearance of bone. J Periodontol 1964; 35:263
- ³⁵Ferris RT. Quantitative evaluation of tooth mobility following initial periodontal therapy. J Periodontol 1966; 37:190
- ³⁶Villagrana C, et al. Terapia antibiótica en odontología de práctica general. ADM 2012; 69(4): 168-175.
- ³⁷Martín Reyes O,Lima Álvarez M,Zulueta Izquierdo_M.M. Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. Rev Cubana Estomatol sep.-dic. 2001; 38,3
- ³⁸Torres Lagares D, Serrera Figallo M.A. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.). Ene./feb. 2005;10,1
- ³⁹Canalda Sahli C, Brau Aguadé E. Endodoncia. Técnicas y bases científicas. Editorial Elsevier Masson. 3ªEdición. 2014
- ⁴⁰American Association of Endodontists. Glossary of Endodontic Terms. 7th ed. Chicago: AAE; 2003.
- ⁴¹Bergenholtz G, Hørsted-Bindslev P. Endodoncia. Editorial Manual Moderno. 2ª Edición. 2011

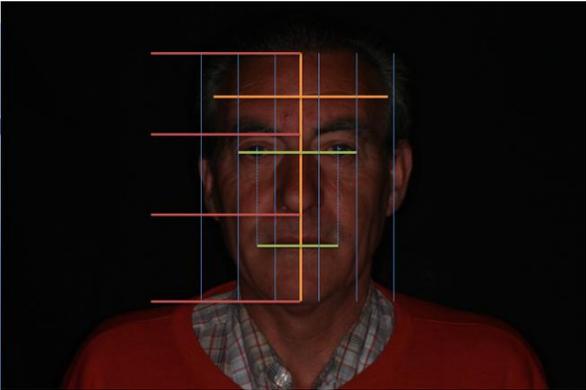
- ⁴²Roig M, Morelló S. Manual de endodoncia. Parte 1. Concepto de endodoncia. Rev Oper Dent Endod. 2006;5:20
- ⁴³Moorer WR, Wesselink PR: Factors promoting the tissue dissolving capability of sodium hypochlorite. Int Endod J. 1982;15:187-196.
- ⁴⁴Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia técnica y fundamentos. Editoriam Panamericana. 2003
- ⁴⁵Henostroza Haro G et al. Estética en Odontología Restauradora. 1ªEdición. Editorial médica Ripano, 2006
- ⁴⁶GabrielJ, Cadavid V, Fainboim D. Ferulización. ¿Cómo, cuándo y por qué? Rev CES Odontología. 1988. 1(3):121-7
- ⁴⁷Carr A, Magivney G, Brown D. McCracken Protésis Parcial Removible. Editorial Elsevier Mosby. Undécima edición. 2006
- ⁴⁸Samsó Manzanedo J, Peraire Ardevol M, Salsench Cabré J. La prótesis parcial removible paso a paso.
- ⁴⁹Cawood JI, Howell RA. A classification of the edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988 Aug;17(4):232-6.
- ⁵⁰Osorio Vélez L.S, Ardila Medina C.M. Prosthetic restoration on teeth with reduced periodontal tissue support. Av Odontoestomatol sep./oct. 2009; 25,5
- ⁵¹Bascones, A. Tratado de odontología (tomo IV). Ediciones Avances, 1999.
- ⁵²Márquez-Rodríguez J.A, Navarro-Lizaranzu M.C, Cruz-Rodríguez D, Gil-Flores J. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. RCOE. 2004. 9(2):165-74
- ⁵³Aguilera F, Osorio R, Toledano M. Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. Rev Andal Odontol Estomatol 2002;12:21-4
- ⁵⁴Misch C.E. Implantología contemporánea. Editorial Elsevier, 2009.
- ⁵⁵San Martín Martínez J.A, Gil Lozajo J. Elementos esenciales de la prótesis parcial removible.
- ⁵⁶Brenna F. Odontología restauradora: Procedimientos terapéuticos y perspectivas de futuro. Elsevier Masson.2010
- ⁵⁷Segura Egea J.J. Reconstrucción del diente endodonciado: Propuesta de un protocolo restaurador basado en la evidencia. ENDODONCIA. Julio-Septiembre 2001.19(3).
- ⁵⁸Lopez Calvo JA, Garcia Barbero J. Anclajes complementarios de retencion. En: Garcia Barbero J, ed. Patología y terapeutica dental. Madrid: Sintesis; 1997. p. 388.
- ⁵⁹Suárez Rivaya J, Ripollés de Ramón M.J, Pradíes Ramiro G. Restauración del diente endodonciado. Diagnóstico y opciones terapéuticas.

ANEXOS

ANEXO 1. Sistema de clasificación por la American Society of Anesthesiologists (ASA)

MODIFICACIONES GENERALES EN EL TRATAMIENTO DENTAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN ASA		
ASA I	Pacientes sanos. Toleran bien el estrés	No es necesaria ninguna modificación
ASA II	Enfermedad leve. Ansiedad extrema	Adecuación del tratamiento a sus necesidades
ASA III	Enfermedad sistémica grave no incapacitante	Protocolo de minimizar riesgo
ASA IV	Enfermedad incapacitante	Odontología hospitalaria
ASA V	Moribundo	Tratamiento paliativo. Urgencias

ANEXO 2. *Fotografías frontales y de perfil*



ANEXO 3. *Clasificación de Black*

CLASE I	Cavidades de puntos, fosas y fisuras en las caras oclusales de molares y premolares superiores e inferiores, en sus caras vestibulares, linguales ó palatina y en el cingulo de incisivos y caninos superiores e inferiores.
CLASE II	Cavidades en caras proximales de molares y premolares.
CLASE III	Cavidades en caras proximales de dientes anteriores (caninos e incisivos) que no abarque el ángulo incisal.
CLASE IV	Cavidades en caras proximales de incisivos y caninos donde si involucra ángulos y bordes incisales.
CLASE V	Cavidades en el tercio gingival por vestibular, palatino o lingual de todas las piezas.
	A: afecta al tercio gingival en la zona de esmalte.
	B: afecta al tercio gingival en la zona de esmalte y cemento.
	C: afecta al tercio gingival en la zona de cemento.

ANEXO 4. Periodontograma inicial modelo SEPA

SUPERIOR																
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Implante																
Movilidad	0	0		0	0	0	0	0	0	0			0		0	
Pronóstico individual		Exo		D	D	B	Exo	D	D	D	Exo	Exo	D	Exo	D	
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Anchura encía																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0		3 4 2	2 4 2	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0			2 5 2		2 2 3	
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0		3 2 3	4 3 4	2 2 3	0 0 0	3 2 4	4 3 4	4 4 5			5 2 5		5 4 4	
Vestibular																
Palatino																
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0		5 5 3	5 5 4	2 3 2	0 0 0	4 4 4	4 3 3	5 3 4			6 6 5		5 6 6	
Margen gingival	0 0 0	0 0 0		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0			0 0 0		0 0 0	
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Nota	Incluido						RR				RR	RR		RR		

INFERIOR																
	Incluido	RR												Dolar		Dolar
Nota																
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0			2 3 1	0 0 0	2 4 4	2 3 3	2 4 3	3 3 3	5 5 4	4 2 3					
Profundidad de sondaje	0 0 0			4 3 4	3 3 2	3 2 2	2 2 2	3 3 3								
Lingual																
Vestibular																
Profundidad de sondaje	0 0 0			7 4 6	4 3 3	3 4 4	4 3 4	5 4 5	5 4 4	4 3 5	5 3 2					
Margen gingival	0 0 0			3 5 4	2 4 2	2 4 3	3 5 3	3 5 3	4 6 3	5 6 3	5 6 4					
Anchura encía																
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Pronóstico individual		Exo		D	D	D	D	D	D	D	D	Ex			Ex	
Movilidad	0			3	0	0	2	2								
Implante	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ANEXO 5. Ortopantomografía



ANEXO 6. Radiografías periapicales



ANEXO 7. *Fotografías intraorales*



ANEXO 8. Workshop on the Classification of Periodontal diseases, 1999

- I. Gingival Diseases
 - A. Dental plaque-induced gingival diseases*
 - 1. Gingivitis associated with dental plaque only
 - a. without other local contributing factors
 - b. with local contributing factors (See VIII A)
 - 2. Gingival diseases modified by systemic factors
 - a. associated with the endocrine system
 - 1) puberty-associated gingivitis
 - 2) menstrual cycle-associated gingivitis
 - 3) pregnancy-associated
 - a) gingivitis
 - b) pyogenic granuloma
 - 4) diabetes mellitus-associated gingivitis
 - b. associated with blood dyscrasias
 - 1) leukemia-associated gingivitis
 - 2) other
 - 3. Gingival diseases modified by medications
 - a. drug-influenced gingival diseases
 - 1) drug-influenced gingival enlargements
 - 2) drug-influenced gingivitis
 - a) oral contraceptive-associated gingivitis
 - b) other
 - 4. Gingival diseases modified by malnutrition
 - a. ascorbic acid-deficiency gingivitis
 - b. other
 - B. Non-plaque-induced gingival lesions
 - 1. Gingival diseases of specific bacterial origin
 - a. *Neisseria gonorrhoea*-associated lesions
 - b. *Treponema pallidum*-associated lesions
 - c. streptococcal species-associated lesions
 - d. other
 - 2. Gingival diseases of viral origin
 - a. herpesvirus infections
 - 1) primary herpetic gingivostomatitis
 - 2) recurrent oral herpes
 - 3) varicella-zoster infections
 - b. other
- 3. Gingival diseases of fungal origin
 - a. *Candida*-species infections
 - 1) generalized gingival candidosis
 - b. linear gingival erythema
 - c. histoplasmosis
 - d. other
- 4. Gingival lesions of genetic origin
 - a. hereditary gingival fibromatosis
 - b. other
- 5. Gingival manifestations of systemic conditions
 - a. mucocutaneous disorders
 - 1) lichen planus
 - 2) pemphigoid
 - 3) pemphigus vulgaris
 - 4) erythema multiforme
 - 5) lupus erythematosus
 - 6) drug-induced
 - 7) other
 - b. allergic reactions
 - 1) dental restorative materials
 - a) mercury
 - b) nickel
 - c) acrylic
 - d) other
 - 2) reactions attributable to
 - a) toothpastes/dentifrices
 - b) mouthrinses/mouthwashes
 - c) chewing gum additives
 - d) foods and additives
 - 3) other
- 6. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, accidental)
 - a. chemical injury
 - b. physical injury
 - c. thermal injury
- 7. Foreign body reactions
- 8. Not otherwise specified (NOS)

ANEXO 9. Clasificación de *Lang y Tonetti. Determinación del pronóstico*

ESCALA	CARACTERÍSTICAS LOCALES
Bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Sin enfermedades sistémicas • Pérdida del hueso alveolar 20% • Compromiso de bifurcaciones grado I • Profundidad de sondaje menor o igual a 4 mm <ul style="list-style-type: none"> • Buena respuesta a la terapia
Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades sistémicas adecuadamente controladas <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del hueso alveolar 20-40% • Profundidad de sondaje de 5-7 mm • Compromiso de bifurcaciones grados I-II <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta variable a la terapia
Malo	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de enfermedades sistémicas <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del hueso alveolar 40% • Profundidad de sondaje <8 mm • Compromiso de bifurcación grado II-III <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta pobre al tratamiento

ANEXO 10. Clasificación de la Universidad de Berna

- Dientes con buen pronóstico: se incluyen dentro de este grupo todos aquellos dientes que no se encuadran dentro de las dos siguientes clasificaciones.
- Dientes con pronóstico cuestionable:
 - A. Por criterios periodontales:
 - Furca grado II o III.
 - Defectos angulares profundos.
 - Defectos horizontales de más de 2/3 de la longitud de la raíz.
 - B. Por criterios endodóncicos:
 - Infraobturación del canal tras terapia endodóncica.
 - Patología periapical.
 - Postes y pernos de gran tamaño (cuando se requiere retratamiento endodóncico).
 - C. Por criterios dentales:
 - Caries radicular profunda o en la zona de la furcación.
- Dientes no mantenibles («Irrational to treat»):
 - A. Por criterios periodontales:
 - Abscesos de repetición.
 - Lesiones endo-periodontales complejas.
 - Pérdida de inserción hasta el ápice.
 - B. Por criterios endodóncicos:
 - Perforaciones del canal radicular en el tercio medio.
 - C. Por criterios dentales:
 - Fracturas horizontales complejas o fracturas verticales.
 - Caries en canal radicular.
- Preferentes de exodoncia: Terceros molares no funcionales (sin antagonista) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del segundo molar; o bien, segundos molares sin antagonista (no funcionales) con profundidad de sondaje mayor de 6 mm en distal del primer molar.

ANEXO 11

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO GLOBAL

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	

D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO: que no tengo conocimiento de haber padecido o tener en la actualidad ninguna enfermedad contagiosa.
 En caso de tener conocimiento de haber padecido o padecer alguna, especifique cual

COMPRENDO los posibles riesgos y complicaciones involucradas en el tratamiento odontológico, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible seguir una higiene oral escrupulosa y los controles clínicos programados.

ENTIENDO y acepto que la Clínica Odontológica no se compromete a la continuación inmediata del tratamiento asistencial, en caso de saturación de las Unidades Docentes.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo Fdo.: El paciente Fdo.: El representante legal
 Profesor Facultad CCSyD
 Odontología.
 Nº de colegiado

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 12

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D/Dña..... Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº, me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de ANESTESIA LOCAL.

1. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
2. La anestesia consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos, de tal manera que se interrumpe transitoriamente la función sensitiva.
3. El/la odontólogo/a, estomatólogo/a, me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente va a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el lugar 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 y sensación de mareo.

Comprendo que, aunque según se me ha explicado, de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, pueden requerir tratamiento urgente.

4. El facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.
5. Acepto que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada materialmente por alumnos de la Titulación en Odontología, bajo la supervisión del Facultativo firmante, profesor de la Universidad.

6. También acepto que los documentos y registros que se obtengan en la clínica antes, durante y después de la intervención puedan ser empleado por la Universidad para fines científicos y educativos, preservado en todo caso mi derecho a la protección de datos personales y a la intimidad.
7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitados en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me administre ANESTESIA LOCAL.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 13

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D....., Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO PERIODONTAL.

En consecuencia, comprendo que si no realizo tal tratamiento, no mantendré ese diente/molar y que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores imitativos e infecciosos advertidos en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo (con curetas) y a las pocas semanas, la operación de cirugía o colgajo para eliminar las bolsas, de aumentar la encía, o bien tratar los defectos óseos.
4. Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento.

Se que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria y movilidad de los dientes, que normalmente desaparecerán, bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Igualmente, comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me han indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que se debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin mi

1

esmerada contribución en el control de la placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.
6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me practique el TRATAMIENTO DE PERIODONCIA.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 14

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	

D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D..... Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la EXTRACCIÓN DEL DIENTE/MOLAR.

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

1. El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alveolo donde está insertada.
4. Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría para cohibirla, la colocación en el alveolo de una gasa seca.

También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interradial o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me EXTRAIGA LA PIEZA DENTAL

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 15

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGIA CONSERVADORA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D....., Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la OBTURACIÓN DEL DIENTE/MOLAR.

1. El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada.
2. La intervención requiere anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado, hermético, conservando el diente/molar.
4. El/la facultativo/a me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También se me ha recomendado que vuelva a visitarle dentro de 24 horas, especialmente si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal o trauma.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones .

6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me practique el TRATAMIENTO DE ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 16

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D./Dña.Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la ENDODONCIA del diente/molar.

En consecuencia, comprendo que de no realizar tal tratamiento, no mantendré ese diente/molar y que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

1. El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, o de un proceso granulomatoso o quístico.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.
4. El/la facultativa me ha advertido que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico/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. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una reendodoncia, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.

El/la facultativo/a me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente.

También sé que es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.
6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se practique **TRATAMIENTO DE ENDODONCIA**

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 17

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D./DÑA....., Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la COLOCACIÓN DE UNA PRÓTESIS DENTAL.

1. El propósito principal de la intervención es la reposición total o parcial de los dientes/molares ausentes o la reconstrucción anatómica de los dientes que hayan perdido estructura.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la preparación de la boca mediante tallado de los dientes adyacentes o bien del correcto manejo de los tejidos en la toma de impresión para realizar la reposición ordenada de los dientes ausentes.
4. El/la facultativo/a me ha explicado que la prótesis completa superior puede producirme náuseas, que desaparecerán poco a poco y que la prótesis inferior va a producir molestias, casi con total seguridad durante los primeros días o incluso durante las primeras semanas.

También me ha explicado con detalle que, a veces, al tener poco soporte óseo, la prótesis puede movilizarse al masticar o al hablar, lo que constituiría un problema difícil o improbable de solucionar, sobre todo en las prótesis completas inferiores, en cuyo caso, si no llegará a adaptarme, la única solución sería la colocación de implantes para conseguir una prótesis más fija.

Entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques y que puede ser largo en el tiempo, por lo que deberé acudir periódicamente a visitarle. También me informa que cada cierto número de años las prótesis deben adaptarse a los maxilares, para corregir la reabsorción de hueso, mediante reglaje.

5. El facultativo me ha explicado que todo acto odontológico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me practique el **TRATAMIENTO DE PRÓTESIS**.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos que carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

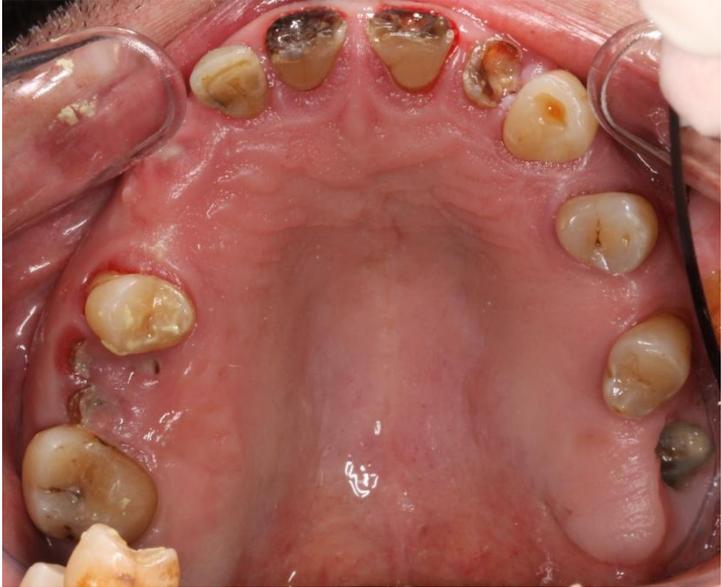
Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

ANEXO 18. *Fotografías tras terapia periodontal básica*



ANEXO 19. Periodontograma de reevaluación

SUPERIOR																	
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
Implante																	
Movilidad	0	0		0	0	0		0	0	0			0		0		
Pronóstico individual																	
Furca																	
Sangrado / Supuración				■	■	■		■	■	■			■		■		
Placa	■	■		■	■	■		■	■	■			■		■		
Anchura encía																	
Margen gingival	0 0 0	0 0 0		3 4 1	1 2 1	0 0 0		0 0 0	0 0 0	0 0 0			3 4 2		2 2 3		
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0		3 2 2	3 2 3	2 2 2		2 2 3	2 2 2	3 3 3			3 2 3		3 2 3		
Vestibular																	
Palatino																	
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0		3 3 3	3 3 3	2 3 3		3 3 3	3 3 2	3 2 3			3 3 3		3 3 3		
Margen gingival	0 0 0	0 0 0		0 0 0	0 0 0	0 0 0		0 0 0	0 0 0	0 0 0			0 0 0		0 0 0		
Placa	■	■		■	■	■		■	■	■			■		■		
Sangrado / Supuración	■	■		■	■	■		■	■	■			■		■		
Furca	■	■		■	■	■		■	■	■			■		■		
Nota																	
INFERIOR																	
Nota																	
Furca																	
Sangrado / Supuración	■	■		■	■	■		■	■	■							
Placa	■	■		■	■	■		■	■	■							
Margen gingival	0 0 0			0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0							
Profundidad de sondaje	0 0 0			0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0							
Lingual																	
Vestibular																	
Profundidad de sondaje	0 0 0			7 3 6	2 2 3	3 2 3	2 2 3	2 1 1	2 2 2	3 3 3	3 2 3						
Margen gingival	0 0 0			0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0						
Anchura encía																	
Placa	■	■		■	■	■		■	■	■							
Sangrado / Supuración	■	■		■	■	■		■	■	■							
Furca	■	■		■	■	■		■	■	■							
Pronóstico individual									0	2	0						
Movilidad	0			3	0	0	0	0									
Implante																	
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	

ANEXO 20. *Repetición de tartrectomía y RAR*

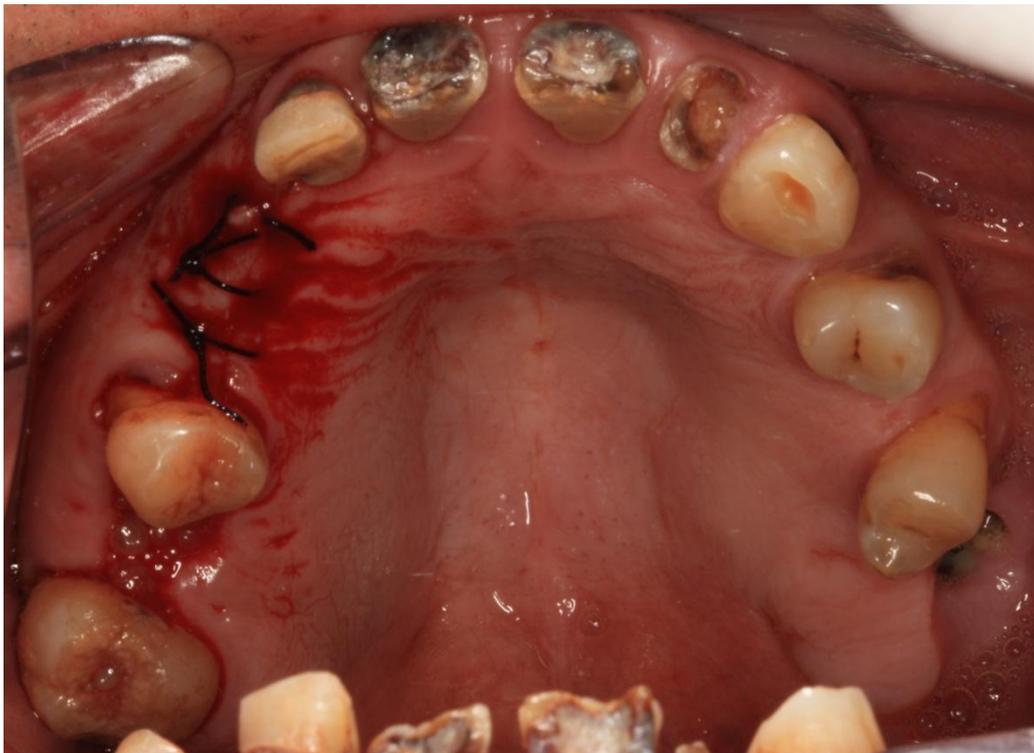


ANEXO 21. *Exodoncias*

- Primer cuadrante (1.2):



- Segundo cuadrante (2.3, 2.4 y 2.6):



- Tercer cuadrante (3.4 y 3.7):



- Cuarto cuadrante: 4.5 y 4.7:



ANEXO 22. Consejos postextracción



Universidad
Zaragoza

Consejos post-cirugías bucales. Información para pacientes.

Si se le ha realizado una extracción dentaria o una cirugía:

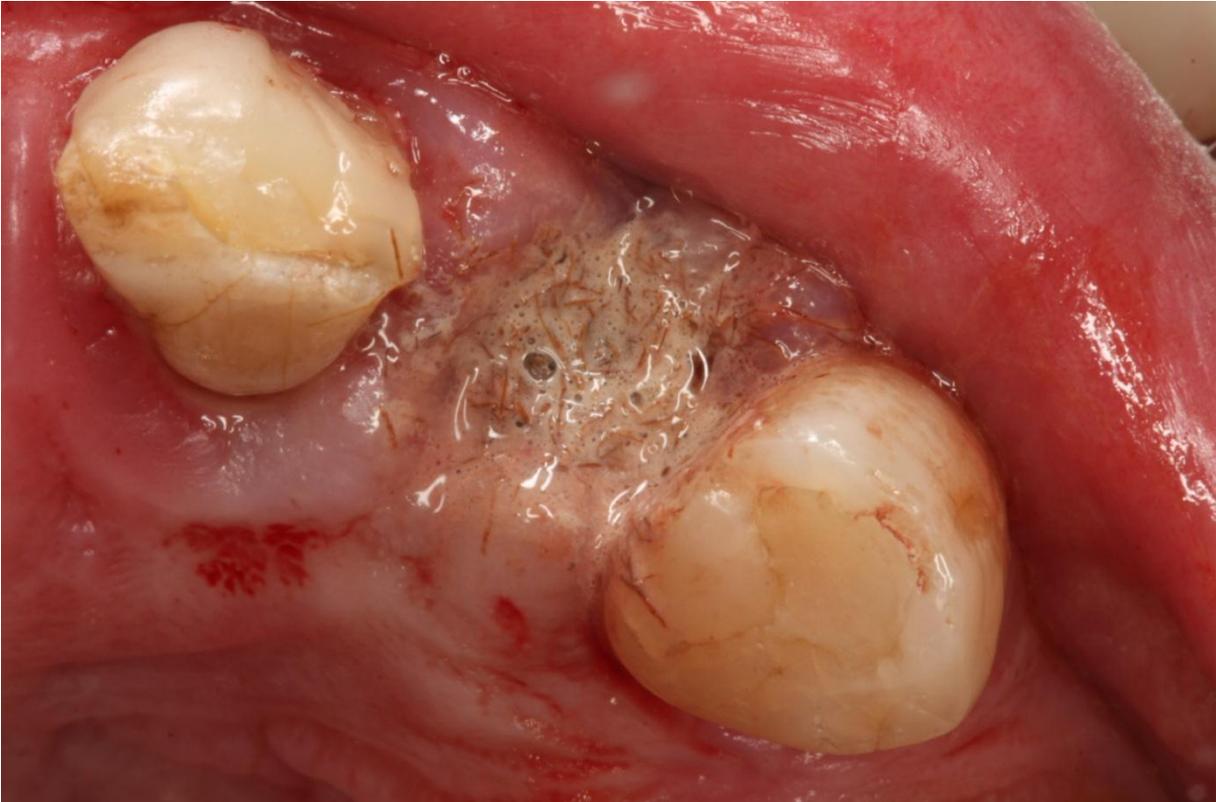
- Muerda una gasa estéril en la zona de la extracción presionando con los dientes durante 30-45 minutos y luego retirarla.
- Tenga cuidado con la zona anestesiada. Es preferible no comer mientras tenga anestesia ya que puede morderse con facilidad la zona anestesiada sin darse cuenta.
- Se puede comer, siempre y cuando haya pasado el efecto de la anestesia, alimentos blandos, fríos, en trozos pequeños y líquidos (durante por lo menos 48 horas después de la intervención) por ejemplo: leche, helados, yogur, etc. Evite la ingesta de alimentos excesivamente calientes y duros.
- Procure no fumar durante las primeras 24 horas mínimo.
- Mantenga la cabeza elevada las primeras horas, evitando acostarse; si debe dormir, apoye la cabeza sobre dos almohadas.
- No hacer ningún esfuerzo físico durante 1 o 2 días después de la cirugía.
- Puede colocarse compresas frías en la zona de la cirugía o extracción, por ejemplo hielo envuelto en un paño durante 20 minutos, descanse otros 20 minutos y vuelva a colocarlo.
- Recuerde que sangrado no equivale a hemorragia. Es normal que luego de una cirugía o una extracción escupa algo de sangre o vea la saliva con tinte rosado.
- No se enjuague la boca en las siguientes 6 horas. Pasado ese tiempo podría hacerlo suavemente con una solución de agua y sal o con un antiséptico bucal recetado por su Dentista. A las 24 horas la higiene de la boca debe ser normal. Procure no hacer enjuagues enérgicos, y realizar un cepillado suave.
- Siga la medicación del Odontólogo, no tome medicamentos por su cuenta.
- Consultar con el Odontólogo en caso de complicaciones:

* hemorragia (salida profusa de sangre)

* Inflamación (hinchazón de la cara)

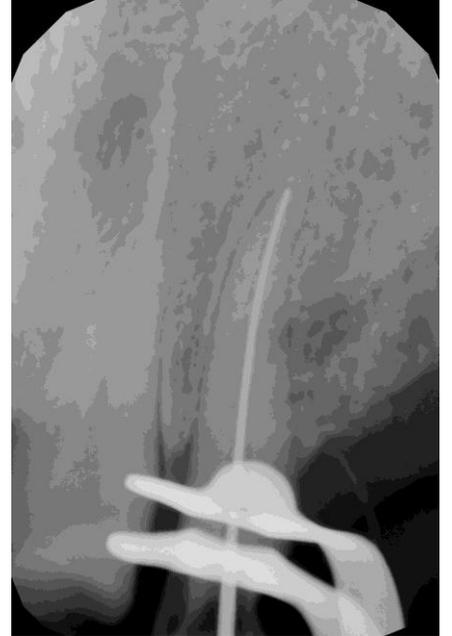
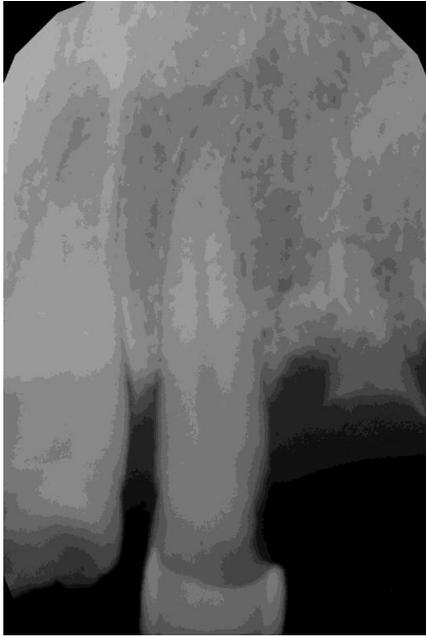
* Dolor, infección o retardo de la cicatrización de la herida.

ANEXO 23. *Tratamiento de la alveolitis*

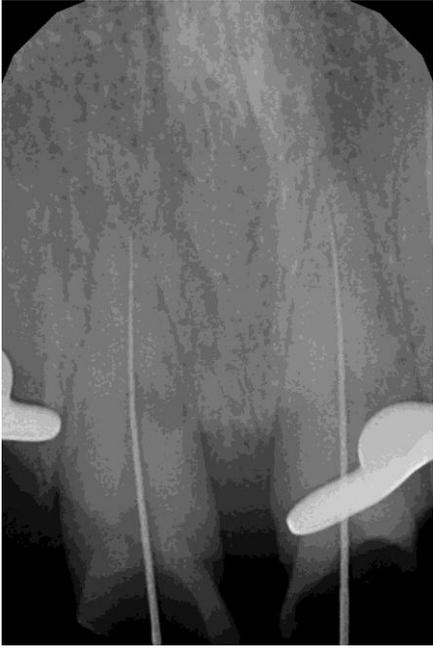


ANEXO 24. *Tratamiento de conductos paso a paso*

- Diente 2.2



- Dientes 1.1 y 1.2



ANEXO 25. *Encerado diagnóstico*



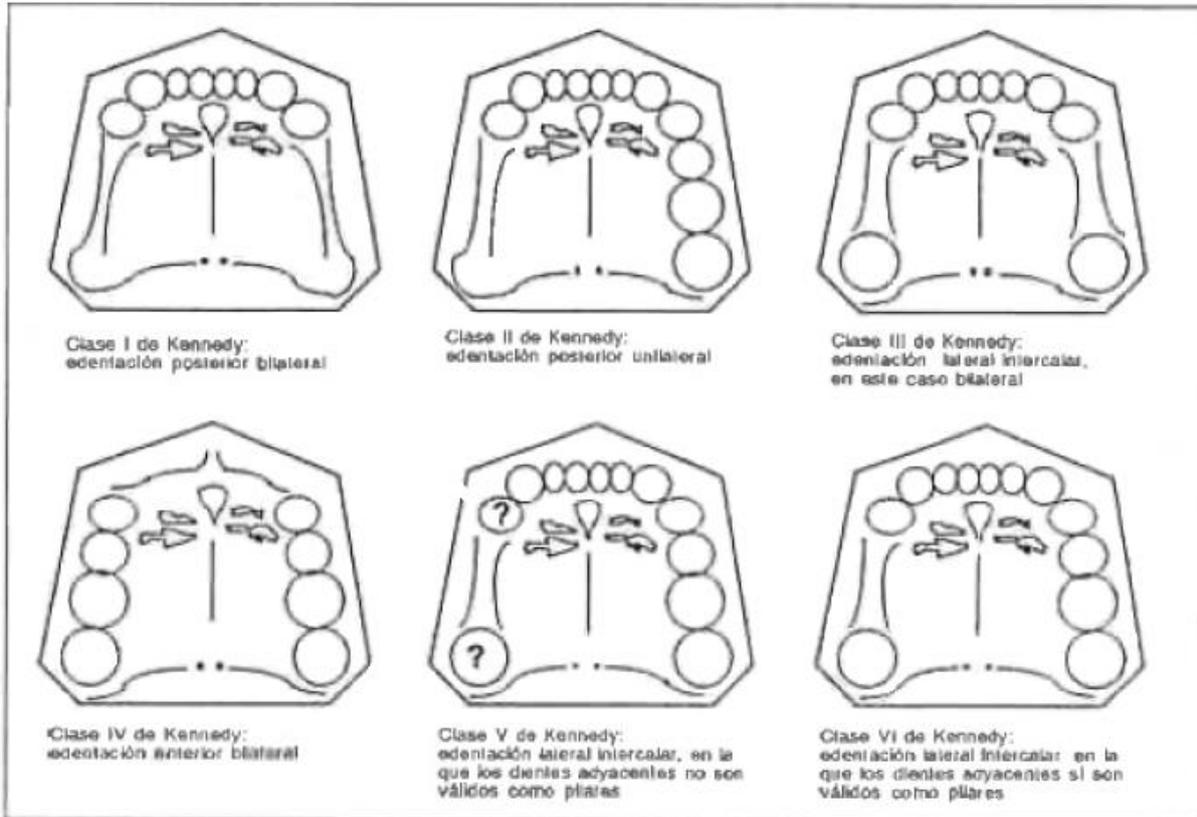
ANEXO 26. *Obturaciones*



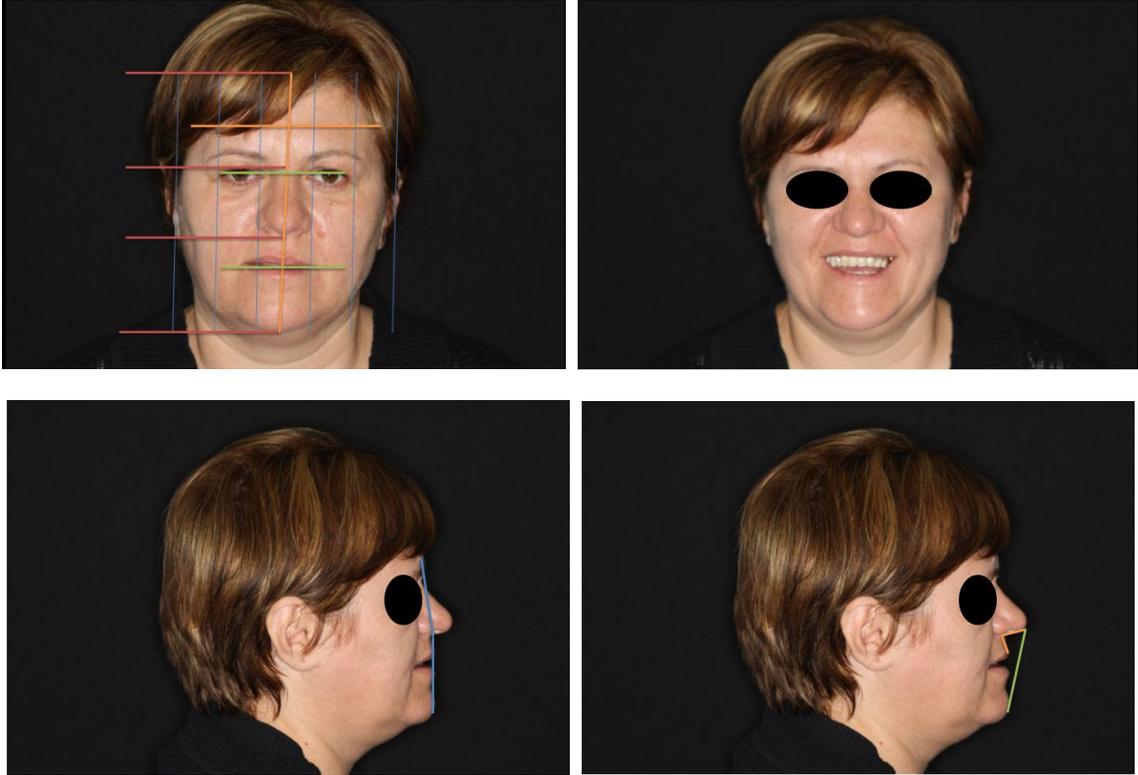
ANEXO 27. Ferulización del sector anteroinferior



ANEXO 28. Clasificación de Kennedy (1925)



ANEXO 29. Fotografías frontales y de perfil realizadas durante la primera visita



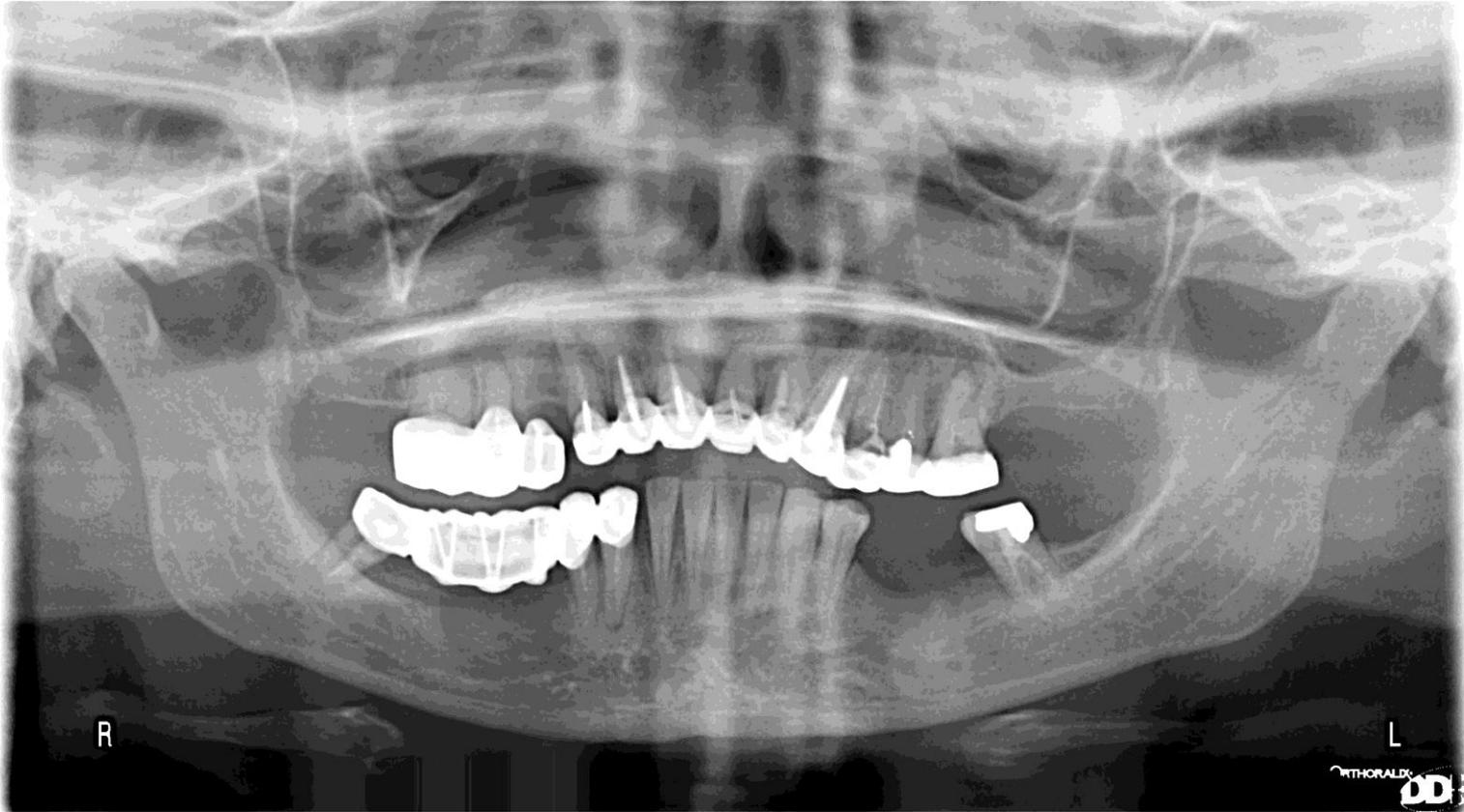
ANEXO 30. Clasificación de los maxilares edéntulos por Cawood y Howell (1991)

I	Dentado
II	Postextracción
III	Cresta redondeada, altura y anchura adecuadas
IV	Cresta en filo de cuchillo, altura adecuada y anchura inadecuada
V	Cresta plana, altura y anchura inadecuadas
VI	Cresta deprimida con grados variables de pérdida de hueso basal, que puede ser extensa, aunque impredecible

ANEXO 31. Periodontograma modelo SEPA inicial

SUPERIOR																
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Implante																
Movilidad			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Pronóstico individual																
Furca																
Sangrado / Supuración			■ ■ ■	□ □		□ □ □ □	□ □	□ □ □ □	■ ■ ■	□ □	□ □ □ □	■ ■	□ □	□ □ □ □		
Placa			□ □ □ □	□ □		□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □	□ □ □ □		
Anchura encía																
Margen gingival			0 0 0	0 0 0		0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0		
Profundidad de sondaje			2 2 2	0 0 0		0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 3 3	0 0 0	0 0 0	3 2 2	0 0 0	0 0 0		
Vestibular																
Palatino																
Profundidad de sondaje			2 3 3	0 0 0		0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 2 3	0 0 0	0 0 0	3 2 2	0 0 0	0 0 0		
Margen gingival			0 0 0	0 0 0		0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0		
Placa			□ □ □ □	□ □		□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □	□ □ □ □		
Sangrado / Supuración			□ □ □ □	□ □		□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □	□ □ □ □		
Furca			□									□		□		
Nota																
INFERIOR																
Nota																
Furca																
Sangrado / Supuración	□ □ □ □					□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □				□ □ □ □	
Placa	□ □ □ □					□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □				□ □ □ □	
Margen gingival	0 0 0					0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0			0 0 0	
Profundidad de sondaje	0 0 0					0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0			0 0 0	
Lingual																
Vestibular																
Profundidad de sondaje	0 0 0					3 3 3 0 0 0 0 0 0	3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0				1 3 3	
Margen gingival	0 0 0					0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0				2 3 2	
Anchura encía																
Placa	□ □ □ □					□ □ □ □ □ □	□ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □				□ □ □ □	
Sangrado / Supuración	□ □ □ □					■ □ □ □ □ □	□ □	■ □ □ □ □ □	■ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □	□ □ □ □ □ □				□ ■ ■ ■	
Furca						■ □		■ □		□ □	□ □					
Pronóstico individual																
Movilidad						0	0	0	0	0	0	0			0	
Implante																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

ANEXO 32. Ortopantomografía



ANEXO 33. Radiografías periapicales



ANEXO 34. *Fotografías intraorales*



ANEXO 35. Sección de la prótesis fija dentosoportada y exodoncia del 4.8



ANEXO 36. *Confección de PPR de acrílico*

