



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

TEMA

**REMANENTES RADICULARES Y SU RELACIÓN CON
LAS PATOLOGÍAS BUCALES EN CONSCRIPTOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO N°
13 DEL FUERTE MILITAR ATAHUALPA DE LA
CIUDAD DE MACHACHI EN EL PERÍODO
NOVIEMBRE 2013 - ABRIL 2014.**

AUTORA

MARÍA LOURDES CATOTA CEVALLOS

TUTOR

DR. LUIS FRANCISCO ALDAZ

RIOBAMBA - ECUADOR

JULIO - 2014

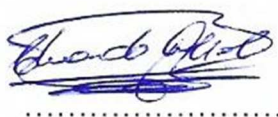
Riobamba, 23 de julio del 2014.

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

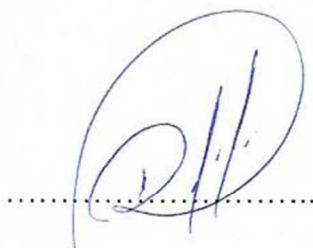
El tribunal de defensa privada conformada por el Presidente del Tribunal Dr. Eduardo Dillon. Y los Miembros del Tribunal Dr. Francisco Aldaz y Dr. César Rodríguez, Certificamos que la Srta. María Lourdes Catota Cevallos con cédula de identidad No. 170722196-4 Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apta para la defensa pública de su tesina previa a la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación:

“REMANENTES RADICULARES Y SU RELACIÓN CON LAS PATOLOGÍAS BUCALES EN CONSCRIPTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO No. 13 DEL FUERTE MILITAR ATAHUALPA DE LA CIUDAD DE MACHACHI EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014”.

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.



Dr. Eduardo Dillon.
Presidente del tribunal



Dr. Francisco Aldaz.
Miembro del Tribunal



Dr. César Rodríguez
Miembro del Tribunal

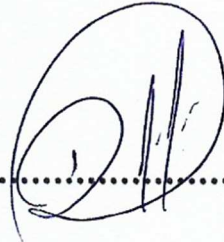
DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **María Lourdes Catota Cevallos**, portadora de la cédula de identidad N° 170722196-4, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de tesina de Grado presentado por la señorita **MARÍA LOURDES CATOTA CEVALLOS** para optar al título de **ODONTÓLOGA**, y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 12 de Mayo de 2014.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'L' and 'F' intertwined, positioned above a horizontal dotted line.

Dr. Luis Francisco Aldaz H.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo por permitirnos culminar nuestra carrera.

Al Dr. Luis Francisco Aldaz Herrera. Tutor de esta investigación, por la orientación, el seguimiento, y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación, y el apoyo recibido.

A mis jefes, que autorizaron permisos, y me otorgaron facilidades porque creyeron en mí, para la culminación de mi carrera.

DEDICATORIA

A Dios por no permitirme flaquear y seguir adelante.

En esta ocasión regalo mi esfuerzo, mis alegrías mis penas a mi querido y amado hijo.

Él que con sólo su presencia, me llena de vida, alegría y ganas de luchar cada día más.

A mis padres por la comprensión, la paciencia y el ánimo recibido.

RESUMEN

Uno de los principales objetivos de la odontología contemporánea es la conservación de la dentición natural (evitar las extracciones dentales). Sin embargo, la extracción dental esta frecuentemente indicada y sigue siendo una parte muy importante de la cirugía cotidiana. Identificar las patologías bucales que tienen su origen en los remanentes radiculares y establecer los tratamientos adecuados en conscriptos atendidos en el Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa de la ciudad de Machachi en el período Noviembre 2013 - Abril 2014. Los métodos que se utilizaron en esta investigación son el científico, deductivo y, descriptivo. La investigación planteada, fue realizada sobre una muestra de 100 conscriptos a los cuales se les realizará un control y la toma de datos. Se identificaron las siguientes patologías: quistes radiculares con mayor incidencia en la población, seguido por abscesos apicales respectivamente. Se determinaron las siguientes patologías: 17 pacientes (41,5%) con absceso dental, 11 pacientes (27%) con quistes radiculares, 8 pacientes (19,5%) con granulomas y 5 pacientes (12%) con pulpitis hiperplásica. Se concluyó la investigación, describiendo las patologías más frecuentes, causadas por los remanentes radiculares y se entregó una copia de la investigación a la institución, para realizar campañas educativas, en los conscriptos que ingresan periódicamente al servicio militar voluntario, y evitar así, las complejas patologías analizadas. Es necesario llevar a cabo controles y tratamientos específicos para cada patología, ya que éstas, pueden desencadenar o desarrollar patologías más complejas, como ser: cáncer oral. También es importante considerar que los remanentes radiculares, deben ser tratados específica y oportunamente, ya que de esta manera, se podría asegurar una mejor calidad de salud bucal en los conscriptos, y por ende, una mayor autoestima y desempeño.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

One of the main objectives of modern dentistry is to conserve the natural dentition (avoid dental extractions). However, tooth extraction is frequently indicated and continue been an important part of surgery. Identify oral pathologies that have their origin in root remnants and establish appropriate treatments conscripts attended in the Urban Health Center No. 13 Fuerte Militar Atahualpa from Machachi city in the period, November 2013 - April 2014. The methods used in this investigation are experimental, deductive and descriptive. The research posed, was conducted on a sample of 100 conscripts who got control and data collection. It was identified different pathologies like: radicular cysts with greater incidence in the population, followed by apical abscesses respectively, the following conditions were identified. 17 patients (41.5%) with dental abscess, 11 patients (27%) with radicular cysts, 8 patients (19.5%) and 5 patients with granulomas (12%) with hyperplastic pulpitis: the following conditions were determined. The investigation concluded by describing the most common diseases caused by root remnants and we gave a copy of this research to the institution with the aim to conduct educational campaigns, regular conscripts entering voluntary military service, and thus avoid the complex pathologies analyzed. It is necessary to carry out tests and specific treatments for each disease, as they may trigger or develop more complex pathologies, such as: oral cancer. Also, it is important to consider that the remaining root must be treated specifically and timely, therefore in this way, we could ensure better oral health quality of conscripts, and a greater self-esteem and performance.

Reviewed by:


Lic. Monica Castillo
ENGLISH TEACHER

CENTRO DE IDIOMAS



C O U R S E

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
ÍNDICE DE TABLAS.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	4

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	6
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.2.1.	REMANENTES RADICULARES.....	7
2.2.2.	EXTRACCION DE REMANENTES RADICULARES.....	8
2.2.3.	RAICES QUE EMERGUEN DE PROCESO ALVEOLAR....	8
2.2.4.	EXTRACCIÓN CON ALVEOLECTOMÍA.....	11
2.2.5.	EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCION	11
2.2.6.	TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	13
2.2.3.	PATOLOGÍAS BUCALES.....	15
2.2.3.1.	ABSCESOS DENTAL.....	15
2.2.3.2.	CAUSAS DEL ABSCESO.....	17
2.2.3.3.	PREVALENCIA DEL ABSCESO.....	18
2.2.3.4.	SÍNTOMAS DEL ABSCESO.....	18
2.2.3.5.	DIAGNÓSTICO DEL ABSCESO	19
2.2.3.6.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.....	19
2.2.3.7.	TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS.....	19
2.2.3.8.	COMPLICACIONES DE LOS ABSCESOS.....	20
2.2.3.9.	PREVENCIÓN DE LOS ABSCESOS.....	20
2.2.4.	QUISTE RADICULAR	21
2.2.4.1.	ORIGEN DE LOS QUISTES RADICULARES.....	22

2.2.4.2.	SÍNTOMAS DEL QUISTE RADICULAR.....	23
2.2.4.3.	DIAGNÓSTICO DEL QUISTE RADICUAR.....	23
2.2.4.4.	PREVALENCIA DEL QUISTE RADICULAR.....	23
2.2.4.5.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.....	24
2.2.4.6.	TRATAMIENTO DEL QUISTE RADICULAR.....	25
2.2.4.7.	COMPLICACIONES DEL QUISTE RADICULAR.....	25
2.2.4.8.	PREVENCIÓN DEL QUISTE RADICULAR.....	26
2.2.5.	GRANULOMA DENTARIO.....	27
2.2.5.1.	MECANISMO DE FORMACIÓN DEL GRANULOMA.....	27
2.2.5.2.	SÍNTOMAS DEL GRANULOMA.....	28
2.2.5.3.	DIAGNÓSTICO DEL GRANULOMA.....	28
2.2.5.4.	CAUSAS DEL GRANULOMA.....	29
2.2.5.5.	PREVALENCIA DEL GRANULOMA.....	30
2.2.5.6.	TRATAMIENTO DEL GRANULOMA.....	30
2.2.5.7.	COMPLICACIONES DEL GRANULOMA.....	31
2.2.5.8.	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL GRANULOMA.....	32
2.2.6.	PÓLIPO PULPAR O PULPITIS HIPERPLÁSICA.....	33
2.2.6.1.	CAUSAS PARA QUE SE FORME UN PÓLIPO PULPAR.....	33
2.2.6.2.	SÍNTOMAS DEL PÓLIPO PULPAR.....	34
2.2.6.3.	DIAGNÓSTICO DEL PÓLIPO PULPAR.....	34
2.2.6.4.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	35
2.2.6.5.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.....	35
2.2.6.6.	TRATAMIENTO DEL PÓLIPO PULPAR.....	36

2.2.6.7. COMPLICACIONES DEL PÓLIPO PULPAR.....	36
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	37
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	38
2.4.1. HIPÓTESIS.....	38
2.4.2. VARIABLES.....	39
2.4.2.1.VARIABLE INDEPENDIENTE.....	39
2.4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.....	39
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	39
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO.....	40
3.1.MÉTODOS.....	40
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.1.3. TIPO DE ESTUDIO.....	41
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1. POBLACIÓN.....	41
3.2.2. MUESTRA.....	42
3.2.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
3.2.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3.3.1. MATERIALES.....	42
3.3.2. INSTRUMENTAL.....	43
3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	

DE RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS...	44
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1. CONCLUSIONES.....	49
5.2. RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1.2: ABSCESO APICAL.....	16
FIGURA N° 2.2: QUISTE RADICULAR.....	25
FIGURA N° 3.2: GRANULOMA APICAL.....	27
FIGURA N° 4.2: PÓLIPO PULPAR.....	33
FIGURA N° 5.4: PACIENTES CON ABSCESO DENTAL.....	44
FIGURA N° 6.4: PACIENTES CON QUISTE RADICULAR.....	45
FIGURA N° 7.4: PACIENTES CON GRANULOMAS.....	46
FIGURA N° 8.4: PACIENTES CON PÓLIPO PULPAR.....	47
FIGURA N° 9.4: PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS POR REMANENTES RADICULARES.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1.4: PACIENTES CON ABSCESO DENTAL.....	44
TABLA N° 2.4: PACIENTES CON QUISTES RADICULAR.....	45
TABLA N° 3.4: PACIENTES CON GRANULOMAS.....	46
TABLA N° 4.4: PACIENTES CON PÓLIPO PULPAR.....	47
TABLA N° 5.4: PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS POR REMANENTES RADICULARES.....	48

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se la realizó con un buen meditado tema, como es el tratado de las patologías más frecuentes que se establecen en la cavidad oral como consecuencia de los remanentes radiculares de los conscriptos que acuden al servicio de Odontología del centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa.

Se exponen las patologías obtenidas de una manera comprensible, práctica, en forma simple y accesible, de los problemas que implican las enfermedades de la boca en esta población, es fundamental que estas afecciones que están en manos del profesional odontólogo sean diagnosticadas de manera precoz y eficaz. Así se evita numerosos problemas graves en los que se juega la vida del paciente.

El conocimiento de las enfermedades que se producen en la boca es esencial para el buen éxito en clínica, el diagnóstico certero es de vital importancia para realizar un correcto tratamiento. Como futuros odontólogos necesitamos conocer todo lo que se sabe acerca de las enfermedades que afectan a la cavidad bucal.

La patología bucal nos enseña las causas, características de las enfermedades los cambios que tienen lugar en los tejidos enfermos que debemos curar, para la seguridad y calidad de un tratamiento excelente por parte de los profesionales de la odontología.

Por lo tanto, el reconocimiento a tiempo de las patologías que afectan a los conscriptos, permitirá que ellos concienticen, reconozcan y aprecien que en su boca existen enfermedades que pueden desencadenar patologías peligrosas, de no ser tratadas de manera oportuna, y que desarrollen hábitos de acudir al odontólogo por lo menos dos veces al año, para mejorar su salud oral y calidad de vida.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La patología bucal es más que una ciencia básica, enseña a los estudiantes y profesionales de la odontología sobre las causas y características clínicas de la enfermedad de la cavidad oral, los cambios macroscópicos, microscopios que suceden en los tejidos enfermos. Instruye al odontólogo la mejor forma de enfrentar los tratamientos y sus probables resultados.

La mucosa bucal contiene una amplia gama de enfermedades que va desde infecciones -piógenas, virales, micóticas, entre otras-, hasta cáncer originado en los tejidos bucales o provenientes de otros territorios en forma de metástasis. Es menester destacar que existen lesiones que anteceden al cáncer de la boca pero que al diagnosticarse oportunamente pueden evitar o mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida del paciente; de ahí lo significativo de la visita al odontólogo al menos una vez al año o en el momento que se perciba alguna anomalía en su boca, anomalías que pueden ser tratadas por el odontólogo o en conjunto con otros especialistas.

Por lo tanto los ciudadanos que ingresan al servicio militar voluntario se nominan conscriptos los mismos que en su mayoría provienen de un nivel socioeconómico bajo, de poca o nula educación; lo que predispone que mantengan malos hábitos de higiene bucal, presentando un alto índice de remanentes radiculares en su boca, esto puede ser a causa de falta de conocimiento o educación, sumándose a esto la falta de acceso a la atención odontológica lo que desencadena problemas como: proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido parte o todo el tejido dentario y coronal. Las raíces quedan sumergidas en mayor o menor grado en la encía, desencadenando patologías mayores como: quistes radiculares, abscesos, granulomas, pólipos pulpares.

Acompañados de cuadros clínicos como dolor, edema o hinchazón y a veces fiebre. Lo que requiere de atención urgente para evitar desencadenar en un cáncer oral y tratamientos más costosos. El tratamiento puede consistir en: recetar antibióticos, tratamiento de endodoncia y en la mayoría de los casos la extracción dental. Que es un acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de un diente de la arcada dentaria. En este proceso desgarramos la articulación alveolo-dentaria que se denomina Gonfosis y romperemos el enlace entre las siguientes estructuras:

- Encía - inserción apical,
- Hueso - lamina dura alveolar,
- Ligamento periodontal - fibras de Sharpey,
- Diente - cemento radicular.

El objetivo principal del odontólogo, es realizar una exodoncia a traumática que consiste en una técnica anestésica adecuada junto a una técnica quirúrgica precisa y a traumática. En la cirugía para la extracción dental el dentista emplea diferente tipo de instrumental como los fórceps y los elevadores.

El fórceps es un instrumento que el dentista usa para la luxación, tracción y avulsión del diente. La elección del fórceps para las extracciones dentales vendrá determinado por el diente a extraer, dependiendo si está en maxilar o mandíbula, si es para dientes temporales o bien si son restos radiculares.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Es de importancia conocer si los remanentes radiculares guardan relación con las patologías bucales en conscriptos atendidos en el centro de salud urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa de la ciudad de Machachi en el período Noviembre 2013 - Abril 2014?.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar las patologías bucales que tienen su origen en los remanentes radiculares a través de exámenes intraorales para establecer tratamientos adecuados en los conscriptos atendidos en el Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diagnosticar las patologías bucales asociadas con los remanentes radiculares mediante examen clínico intraoral y rayos X, para procurar tratamientos oportunos.
- Clasificar las patologías bucales más comunes, obtenidas por medio de las historias clínicas, establecer conductas a seguir frente a situaciones de riesgo.
- Evaluar los resultados de la investigación, a través de datos estadísticos para plantear medidas de prevención, concientizar a la población de los peligros que representan los remanentes radiculares.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

Es relevante justificar la realización de esta investigación como un tema factible y de vital importancia en nuestro medio ya que permitió analizar las diferentes patologías que resultaron a causa de los remanentes radiculares en los conscriptos, es trascendental no sólo para una vida sana, sino para la relación social del individuo.

Para realizar esta investigación se contó con el apoyo de las autoridades de la Universidad Nacional de Chimborazo. Con la autorización del comandante del Fuerte Militar Atahualpa y el Director del Centro de Salud Urbano N° 13. Al no

encontrar estudios relacionados con este tema, es difícil localizar casos relacionados, el objetivo es identificar las diferentes patologías que originan los remanentes radiculares, en los conscriptos atendidos en el Centro de Salud urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa.

Para diagnosticar y tratar a tiempo de esta forma evitar que desencadene en patologías más graves, lo que se lograría mediante un examen bucodental.

Al concluir esta investigación se pudo emitir un informe estadístico de las patologías más frecuentes a causa de remanentes radiculares que se detectaron en los conscriptos, al Director del Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa. Para que juntamente con el personal de odontólogos, se difunda sobre la gravedad de mantener restos radiculares en la boca y la urgencia, de erradicar severas enfermedades en la cavidad oral mediante charlas a cerca de la importancia de; prevención diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías identificadas, para que los conscriptos logren un mejor estado de salud bucal y a futuro un buen estilo de vida.

Los remanentes radiculares son focos de infección para la boca, en muchas ocasiones no presentan dolor, pueden afectar los nervios de la cara. Si no son tratados a tiempo, a veces presentan: dolor, inflamación, infección.

La extracción dentaria suele ser una operación sencilla y básica en la mayoría de las ocasiones, aunque no debemos olvidar que pueden surgir una serie de complicaciones de forma inesperada y ante las que debemos estar preparados para solucionarlas.

Por estas razones, es imperioso que conozcamos a la perfección la anatomía de los dientes sus estructuras anatómicas vecinas, las diferentes técnicas, el instrumental necesario para llevarlas a cabo, y por supuesto si está o no indicada la exodoncia de los remanentes radiculares.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

La presente investigación consistió en determinar si los remanentes radiculares guardan relación con las patologías bucales en conscriptos atendidos en el Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa de la ciudad de Machachi, período Noviembre 2013 – Abril 2014. Ya que las patologías pueden ocurrir a partir caries avanzadas que generan destrucción de la corona dental.

Para esto se realizó una ficha odontología y examen intraoral en el que se observó la presencia de restos radiculares en un índice elevado, luego se diagnosticó el tipo de patología bucal que había desencadenado.

Ampliando de este modo los conocimientos sobre la presencia de patologías bucales por los remanentes radiculares, determinando los signos y síntomas que presentaron.

Se analizó y se procedió a los diferentes posibles tratamientos para cada patología presentada entre ellas, la receta de antibióticos con el riesgo de que los conscriptos no puedan adquirir por falta de recursos económicos, tratamientos de endodoncia, y en la gran mayoría se procedió a la extracción.

Se procedió a la exodoncia de los dientes que habían sufrido procesos de caries que habían destruido totalmente la corona y separado las raíces entre sí, para la extracción de los remanentes radiculares existen varios tipos de instrumental dependiendo del caso.

Por ello es necesario conocer perfectamente la anatomía de los dientes y sus estructuras vecinas, las diferentes técnicas, el instrumental necesario para poder llevarlas a cabo, y por supuesto cuando está o no indicada la exodoncia.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Existen varios estudios de las patologías bucales analizadas individualmente así tenemos que en: La Universidad de Valencia se realizó una tesis doctoral CON EL TEMA: “ ESTUDIO DE LOS QUISTES BUCALES EN UNA APOBLACION ANCIANA EN EL AÑO 2007”.

Se realizó un estudio retrospectivo (lapso enero 1992 - enero 2002), para determinar la prevalencia de lesiones quísticas bucales en los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

En la clínica estomatológica "Enrique Núñez". provincia la Habana. Se realizó un estudio observacional transversal y descriptivo para evaluar los resultados en el tratamiento del Absceso Dentoalveolar y la Celulitis Facial Odontógena en un período de noviembre del 2005 a mayo del 2006 en pacientes que acudieron a la Atención Primaria

En la universidad Rey Juan Carlos de Madrid se realizó una tesis doctoral “SOBRE ANÁLISIS Y VALORACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS CON LA DIFICULTAD DE EXODONCIA DE RESTOS RADICULARES EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.”

2.2.1 REMANENTES RADICULARES.

Los restos radiculares resultan de patologías dentales que generan destrucción de la corona dental, como caries y/o fracturas coronarias, no presentan ninguna posibilidad de rehabilitación oral convencional, la indicación de mayor convencionalidad es la extracción. Si no se realiza la extracción de los dientes afectados estos pueden provocar con facilidad infecciones óseas crónicas, incluso conducir a una osteomielitis, causando dolor y destrucción del hueso.

Los restos radiculares si no se tratan a tiempo logran establecer en la boca patologías en un gran porcentaje, dentro de la investigación realizada se pudo

identificar: abscesos, quistes radiculares, granulomas y pulpitis hiperplásica o pólipo pulpar, las que son indeseadas y sus tratamientos muchas veces muy costosos. Estas afecciones con facilidad producen halitosis (mal aliento) molestias a la masticación, los remanentes radiculares que no tengan ninguna posibilidad de tratamiento es necesario retirarlos de la cavidad bucal mediante las diferentes técnicas de extracción además del instrumental indicado para dichos procedimientos.

2.2.2 EXTRACCIÓN DE REMANENTES RADICULARES.

Encontrar remanentes radiculares en los maxilares de nuestros pacientes es muy frecuente en la práctica diaria por diversos motivos de entre los que destacamos: la poca o nula educación sobre salud bucal de los ciudadanos, la poca preocupación que muestran las entidades públicas por la salud bucal de sus administrados tanto en sus aspectos preventivos como curativos, etc. Por ende el resultado es un desinterés generalizado por la salud bucal lo que no es alarmarse ver bocas sépticas llenas de restos radiculares. Por tanto, la extracción de restos radiculares constituyó un tema muy importante en la presente investigación.

Cotidianamente los profesionales odontólogos procuramos al máximo la conservación de los dientes de nuestros pacientes, incluyendo de los remanentes radiculares ya que en ocasiones la terapéutica dental nos ofrece técnicas conservadoras, como los tratamientos de conductos, las reconstrucciones coronarias, etc. A veces se puede optar en casos seleccionados por la extrusión mediante tracción ortodóncica del resto radicular o por técnicas de alargamiento de coronas, para luego efectuar el tratamiento rehabilitador adecuado al caso.

Desde el punto de vista didáctico vamos a considerar los siguientes tipos de restos radiculares:

2.2.3 RAÍCES QUE EMERGEN DEL PROCESO ALVEOLAR:

Por medio del examen bucal son perfectamente visibles, presentan suficiente tejido dentario a la vista para poder realizar una correcta prensión con un fórceps. En

este caso también la exodoncia puede hacerse con botadores o de forma combinada (con el elevador se luxa la raíz y la ex-tracción se completa con fórceps).

Estos restos radiculares pueden existir:

- Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil.
- Estos restos radiculares son tributarios de extracción con botadores, con o sin ostectomía (exodoncia quirúrgica o a colgajo), dependiendo de cada caso en particular.
- Como consecuencia de un proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido todo el tejido dentario coronal, y las raíces quedan sumergidas en mayor o menor grado en la encía.
- Por tratarse de raíces antiguas originadas después de exodoncias frustradas e incompletas anteriores, raíces fracturadas por debajo del cuello dentario en el mismo acto operatorio o en fracturas radiculares por traumatismos accidentales.

Los restos radiculares que no sean relativamente recientes pueden ser bien tolerados, ya sea porque se produce una osificación correcta a su alrededor, o bien porque pueden presentar la llamada osteítis expulsiva.

Ésta se caracteriza por la existencia de una infección crónica alrededor de las raíces que se traduce por una imagen radiotransparente más o menos amplia que representa el tejido de granulación existente en la zona. En el primer caso será precisa la extracción quirúrgica con la preparación de un colgajo y de un grado variable de ostectomía. En el segundo caso, una vez expuestos los restos radiculares, la extracción es muy sencilla puede efectuarse con botadores sin necesidad de ostectomía, ya que los restos radiculares están como “flotando” dentro del tejido de granulación característico de la “osteítis expulsiva”.

Cuando en el transcurso de una exodoncia se produce la fractura de una raíz, ésta debe ser extraída, a ser posible, en el mismo acto operatorio. Para ello actuaremos con los fórceps si es posible hacer una prensión adecuada o con los botadores o los elevadores, ayudados eventualmente por otras técnicas como la odontosección o la ostectomía. No se puede hacer un estudio exhaustivo de todas las posibilidades existentes de restos radiculares y de su tratamiento correspondiente pero sí que se pueden agrupar las técnicas a utilizar en:

- Extracción de restos radiculares con fórceps.
- Extracción de restos radiculares con botadores o elevadores.

En la extracción de restos radiculares también pueden ser precisas técnicas de odontosección o la preparación de un colgajo y ostectomía.

Estudio clínico de las raíces: Por lo general se trata de dientes que están sin su corona, porque esta se ha destruido por procesos de caries, son raíces que emergen prácticamente de los alveolos y no están cubiertas por encía.

En los dientes multirradiculares el proceso destructivo ha separado entre sí, individualizando perfectamente, las raíces del diente en cuestión. Pueden también estas raíces quedar en los maxilares, a causa de fracturas antiguas y que por los procesos óseos de expulsión se elevan en sus alvéolos, permitiendo así una práctica aplicación de la pinza sobre sus cuellos.

Examen radiográfico: Estas raíces deben mostrarse rectas, sin dilaceraciones, encurvamientos ni cementosis que los retenga en el espesor del hueso. La dentina y el cemento deben conservarse relativamente sólidos, para permitir, sin fracturarse, la aplicación y prehensión del instrumento. Raíces profundamente destruidas o descalcificadas no permiten esta clase de maniobras se fracturan, complicando la extracción. (Cirugía Bucal: Guillermo A. Ries Centeno, 1981 pág. 253).

2.2.4 EXTRACCIÓN CON ALVEOLECTOMÍA.

La alveolectomía es la reducción (exéresis) de las corticales alveolares con finalidad protésica con un mínimo colgajo gingival y a expensas normalmente de la cortical externa (vestibular). Se puede acompañar de la eliminación de parte de los tabiques interdentarios o interradiculares. También puede aplicarse el término de alveolectomía a la eliminación de porciones específicas de hueso alveolar que faciliten el abordaje, por ejemplo a raíces incluidas, quistes radiculares, etc.

Está indicada en los pacientes que tienen el hueso alveolar denso o trastornos intraóseos, y en quienes no se puede efectuar la extracción dentaria con fórceps. Es la intervención de Cirugía Bucal que tiene mayor tendencia a funcionar mal y una de las que proporciona más dificultades para resultar favorable.

El profesional inexperto siempre corta demasiado hueso y, muchas veces, pierde profundidad en el fondo vestibular, al retraer y recortar excesivamente los tejidos blandos. Raras veces está indicada una alveolectomía agresiva y, la que se hace de forma apropiada, se caracteriza por la cantidad del hueso alveolar conservado y no por la magnitud del eliminado.

Sólo debe quitarse el hueso que impide el asentamiento preciso de una prótesis sobre los tejidos de soporte. El proceso alveolar ideal tiene forma de U y no de V; las superficies vestibulares y palatinas/linguales del hueso alveolar tienen que ser lo más paralelas posible, si bien la parte superior del proceso debe ser plana.

2.2.5 EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.

La odontosección es uno de los pilares de una correcta exodoncia y consiste en la sección del diente a diferentes niveles y en distintos fragmentos para facilitar su extracción. “Divide y vencerás”, en este caso podemos aconsejar “has una correcta odontosección y conseguirás una exodoncia fácil y elegante”. Se pretende que la extracción dentaria sea una intervención lo más traumática posible y con gestos

sencillos y elegantes. Nada más contrario a esta idea que la fractura de un diente en el intento de la extracción y los desesperados e impulsivos esfuerzos del odontólogo inexperto para eliminar estas raíces que quedan en el alvéolo.

La odontosección puede efectuarse dentro de una secuencia de extracción quirúrgica con ostectomía o llevarse a cabo sin la preparación de un colgajo gingival vestibular a fin de no lesionar la encía adherida. Indicaciones de la odontosección en la extracción dental. Las indicaciones de la odontosección son muy parecidas a las de la exodoncia quirúrgica y siempre se establecerán tras un estudio clínico y radiográfico detallado. Las indicaciones más frecuentes son:

- Dientes incluidos. La odontosección permite economizar la resección del hueso u ostectomía.
- Molares superiores o inferiores que presentan sus coronas muy destruidas o con obturaciones que debiliten su resistencia a la fuerza que transmite el fórceps.
- Dientes multirradiculares en que las raíces son divergentes o presentan anomalías como dilaceraciones, curvaturas del tercio apical, etc. Las raíces cuyas vías de salida son antagónicas, pueden extraerse si previamente se dividen e individualizan.
- Dientes unirradiculares con raíces incurvadas o hipercementosis.
- Molares deciduos o temporales con raíces que engloban el germen del premolar permanente.
- Dientes implantados en el hueso hipercalcificado, con cementosis y/o patología local o sistémica, que altere su índice de elasticidad.

Radiográficamente podremos observar la rarefacción o imagen característica de cada tipo de lesión. El estudio radiográfico es un pilar fundamental para la aplicación de esta actividad. Deben valorarse:

- La corona dentaria. Consideraremos el tamaño y la forma de la caries, el grado de descalcificación de la corona, presencia de obturaciones que

debiliten el diente, etc. Puede llegarse a la conclusión de que la corona no es útil para la exodoncia, y decidir que es más práctico y conveniente cortarla y separar las raíces antes de intentar la extracción dental convencional y que se nos fracture la raíz por debajo del reborde óseo.

- La zona radicular. Es importante comprobar la forma, el tamaño y dirección de las raíces, existencia de dilaceraciones y cementosis, endodoncia, presencia de un septum interradicular potente y amplio, hueso periapical con gran condensación o esclerosis, etc.

2.2.6 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

Hay dos principios importantes: adecuada visibilidad y ayudantía. La visibilidad depende de tres cosas: acceso adecuado, buena luz y campo quirúrgico libre de sangre y fluidos. El acceso adecuado requiere buena apertura bucal por parte del paciente y una buena exposición quirúrgica. La retracción de los tejidos del campo operatorio da un buen acceso y además protege los tejidos de heridas accidentales. El ayudante debe conocer los procedimientos y anticiparse a las necesidades del cirujano. Es muy difícil hacer buena cirugía con mala ayudantía.

INCISIONES: Se debe utilizar una hoja de bisturí de tamaño adecuado. En cirugía oral se usa la hoja N° 15. Una hoja aguda permite hacer incisiones sin necesidad de repetirlas. Al hacer la incisión ésta debe ser continua. Es preferible hacer incisión continua y larga que varias cortas e interrumpidas, ya que se produce menos daño tisular y menor sangrado.

Al incidir se debe evitar cortar estructuras vitales como vasos grandes y nervios, por lo tanto se incide solo lo suficiente para definir el próximo plano. Las incisiones sobre epitelio que se re aproximará se hacen en ángulo de 90 grados dando mejor sutura y evitando necrosis de los bordes. Las incisiones en cirugía oral son mejores sobre encía adherida y hueso sano ya que permiten que se aproximen bien los márgenes y que haya un buen soporte para la cicatrización.

DISEÑO DE COLGAJOS: Los colgajos se hacen para dar acceso quirúrgico a un área o para mover tejido de un sitio a otro. Prevención de necrosis:

- El extremo del colgajo nunca debe ser mayor que la base a menos que una arteria mayor esté incluida en la base.
- La longitud del colgajo no debe ser mayor que dos veces la longitud de la base.
- Cuando sea posible se debe incluir un aporte sanguíneo axial en la base del colgajo. Por ejemplo un colgajo palatino.
- La base de los colgajos no debe ser doblada o estrechada excesivamente ya que se puede comprometer el aporte vascular.
- La incisión se hace paralela a los vasos mayores.

Prevención por dehiscencia: Se previene al aproximar los bordes del colgajo sobre hueso sano y que no haya tensión.

Prevención por desgarramiento: Ocurre cuando se intenta hacer un procedimiento usando un colgajo que no da acceso suficiente., Una incisión suturada bien, cicatriza igual si es grande o si es pequeña. La incisión relajante se hace en ángulo de 45 grados.

SUTURA: Dos tipos básicos de sutura son: material absorbible o no absorbible.

Sutura absorbible: Hay tres tipos. Intestinal, ácido poliglicólico y ácido glicólico más ácido poligolactín 910. La intestinal se hace de la submucosa del intestino de la oveja o de la serosa del intestino de res.

Para darle mayor resistencia a las enzimas proteolíticas, también viene como cat gut crómico, que es recubierto por sales de cromo básicas. Viene en empaques con aceite para prevenir la desecación. El ácido poliglicólico y el poligolactín sufren hidrólisis lenta y se reabsorben por macrófagos. Son menos rígidas que el intestinal. El cat gut simple y el crómico no se usan para suturar cerca de la superficie de la piel ya que producen reacción inflamatoria interna que puede impedir la cicatrización.

Sutura no absorbible: Los tipos más usados son: seda, nylon, poliéster y polipropileno. Pueden ser monofilamento, multifilamento o ambos. La seda y el poliéster solo son multifilamentos. El polipropileno solo es monofilamento; y el nylon es de ambas formas. Todos causan algún grado de reacción inflamatoria. (Cirugía Bucal. Cosme Gay Escoda Leonardo Berini Ayles)

2.2.3 PATOLOGÍAS BUCALES.

La patología bucal u oral es una rama de la odontología y patología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamiento de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios, así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos. La patología bucal es lo más importante dentro de la carrera de odontología. Su conocimiento imparte al clínico seguridad y calidad en tanto que su ignorancia reduce al profesional a la categoría de un técnico y limita sus aptitudes.

2.2.3.1 ABSCESO DENTAL.

Definición Un **absceso** es una infección e inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus. Puede ser externo y visible, sobre la piel, o bien interno.

Los abscesos aparecen cuando se infecta un área de tejido y el cuerpo es capaz de "aislar" la infección y evitar que se extienda. Los glóbulos blancos, que son la defensa del organismo contra algunos tipos de infección, migran a través de las paredes de los vasos sanguíneos al área de la infección y se acumulan dentro del tejido dañado. Durante este proceso, se forma el pus, que es una acumulación de líquidos, glóbulos blancos vivos y muertos (principalmente Polimorfonucleados Neutrófilos, tejido muerto y bacterias o cualquier otro material o invasor extraño.

Los abscesos pueden formarse en casi cualquier parte del organismo y pueden ser causados por organismos infecciosos, parásitos y materiales extraños. Los abscesos en la piel son fácilmente visibles, de color rojo, elevado y doloroso; mientras que los

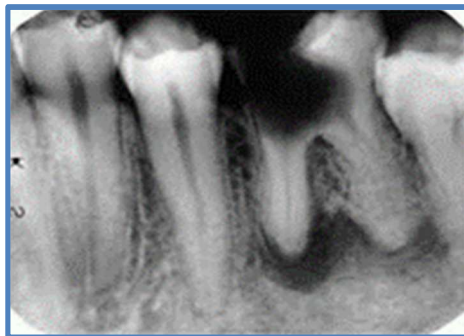
abscesos que se forman en otras áreas del cuerpo pueden no ser tan obvios, pero pueden causar mucho daño si comprometen órganos vitales.

La prevalencia de los abscesos periodontales fue estudiada en clínicas de atención odontológica de emergencia, en clínicas de odontología general, en pacientes con periodontitis antes de ser tratados y en pacientes con periodontitis durante la terapia periodontal de mantenimiento.

Entre todas las afecciones dentales que requieren tratamiento de emergencia, los abscesos periodontales representan 8-14 % del total. Gray y col., (1994) controlaron a pacientes periodontales en una clínica del ejército y hallaron que los abscesos periodontales tenían una prevalencia del 27,5 %.

Un absceso dental es una acumulación de pus e inflamación de los tejidos internos del diente. Esto causa un dolor intenso. Si la pulpa del diente muere, el dolor se puede detener, a menos que se desarrolle un absceso. La infección puede permanecer activa y seguir diseminándose, causando más dolor y destruyendo tejido.

Figura N° 1.2 Absceso Apical



Fuente: [/www.google.com.ec/search?q=absceso+apical](http://www.google.com.ec/search?q=absceso+apical)

Son sinónimos de absceso dental: absceso agudo, absceso apical agudo, absceso dentoalveolar agudo, absceso periapical agudo, absceso radicular agudo.

El absceso se presenta con las encías hinchadas y enrojecidas, sensación de calor y sangrado se manifiestan problemas al masticar acompañado de fiebre y cansancio.

Al tercer o cuarto día aparece pus. No se debe confundir con una reacción estrictamente inflamatoria causada por alimento atrapado entre los dientes o un edema posoperatorio como resultado de la extracción de una muela de juicio.

Dependiendo de su origen, los abscesos odontogénicos han sido definidos como abscesos endodónticos o periapicales, abscesos periodontales y abscesos pericoronarios. Los términos abscesos dental, periapical o dentoalveolar deben usarse cuando se refiere a abscesos de origen endodóntico para evitar confusiones con la nomenclatura. (http://www.tuotromedico.com/temas/absceso_dental.htm.)

Entre los abscesos odontogénicos, los abscesos dentoalveolar son la patología aguda más frecuente, seguidos de las pericoronaritis y los abscesos periodontales. Los abscesos pueden afectar el periodonto presentando cuadros clínicos distintos, significando siempre un reto en términos de diagnóstico, etiología y tratamiento del paciente como ente biopsicosocial.

2.2.3.2 CAUSAS DEL ABSCESO.

Generalmente las causas suelen ser por complicaciones de las caries que destruyen parte del diente o toda su corona dental, por infección de la pulpa de alguna pieza dental que se denomina pulpitis.

La mala o nula higiene dental y oral, lesiones en la boca o los dientes, incluyendo las fracturas de los diente, por intentos de extracciones que se no se realizaron. Bacterias que invaden los tejidos después de una cirugía oral. Las bacterias pueden proliferar, surgir una infección bacteriana y conducir a un absceso gingival o periodontal. También se puede formar un absceso periodontal por el uso inapropiado de aparatos para la irrigación bucal que introduzcan bacterias dentro de los tejidos. Otras causas pueden ser las personas con enfermedades sistémicas como la diabetes no controlada, personas con adicciones a las drogas, al tabaco, anomalías genéticas entre otras.

2.2.3.3 PREVALENCIA DEL ABSCESO.

Los abscesos que más prevalecieron dentro de la presente investigación fueron a nivel de molares tanto del maxilar como de la mandíbula. Las razones más probables para esta prevalencia serían las lesiones cariosas de cuarto grado, que afectaron la morfología radicular compleja de estos dientes. Los hábitos de higiene inadecuados o ausencia de ellos. La aparición de abscesos periodontales fue importante no solo por su prevalencia relativamente elevada, sino también por la forma en que esta infección influyó en el pronóstico de los dientes afectados de 17 conscriptos que presentaron esta patología.

2.2.3.4 SÍNTOMAS DEL ABSCESO

Los síntomas que presentan los abscesos pueden afectar a todo el organismo o sólo a la boca, los síntomas más frecuentes son:

- dolor fuerte y continuo se presenta a veces en forma de punzadas,
- sensibilidad de los dientes al calor y al frío,
- dolor al masticar o al palpar el área afectada o inflamada,
- enrojecimiento e inflamación de la boca y encías,
- a veces se aprecia inflamación de los ganglios del cuello,
- dificultad para abrir la boca,
- mal aliento y sabor amargo en la cavidad oral,
- dolor generalizado en el maxilar superior e inferior,
- náuseas, vómito, diarreas, escalofríos, fístulas por donde drena pus.

2.2.3.5 DIAGNÓSTICO DEL ABSCESO.

Se realiza el examen físico e intraoral con máximo cuidado, verificando la presencia de pus, enrojecimiento, inflamación o cualquier desarrollo anormal de la cavidad bucal. Se toma radiografías periapicales. Para observar las diferentes anomalías que presenta la pieza dental, buscar dientes rotos, alguna infección de la mandíbula u otros problemas. El paciente siente dolor cuando el profesional odontólogo golpea ligeramente el diente. El dolor se incrementa al cerrar la boca o al morder con fuerza. Las encías pueden presentarse inflamadas, enrojecidas, y pueden drenar un material espeso. El dolor es difuso y puede afectar a todo un lado de la cara con posibilidad de dolor en el lado contrario. Dolor afectado por los cambios térmicos.

2.2.3.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.

El absceso periapical se asocia con un comienzo agudo, tumefacción, dolor, enrojecimiento de la piel suprayacente, extrema sensibilidad a la percusión y en casos graves presencia de fiebre. Según su duración y localización, el absceso puede “presentarse” en sentido intrabucal o extrabucal. Si se dirige hacia el interior de la cavidad bucal, puede localizarse en la cara vestibular o lingual, La radiografía es una ayuda para confirmar el diagnóstico al determinar la localización exacta del absceso, y si este ha afectado la estructura que apoya a los dientes (estructura periodontal). Las radiografías presentan un aspecto normal o revelan una zona difusa de

2.2.3.7 TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS.

El tratamiento siempre se dirige a salvar el diente, este tratamiento debe ser de forma inmediata para aliviar el dolor, inicialmente consiste en un drenaje, que puede realizarse a través de la cámara pulpar o desde la zona periapical. Una vez que los síntomas agudos decrecen, se lleva a cabo el tratamiento del conducto radicular.

Se trata farmacológicamente mediante la prescripción de antibióticos para eliminar cualquier infección residual y analgésicos. En algunos casos, la extracción constituye la única posibilidad.

2.2.3.8 COMPLICACIONES DE LOS ABSCESOS.

Un absceso dental que no es aseado puede llevar a serias complicaciones que pueden perjudicar la salud de una persona de manera muy importante y a veces inevitable. En algunos pacientes, el pus de un absceso dentoalveolar puede drenar al través del hueso alveolar hacia el tejido blando que está por debajo, y causar inflamación o incluso infección de la sangre (bacteriemia).

Si esta clase de infección ocurre en pacientes que presentan antecedentes de fiebre reumática o válvulas cardíacas artificiales, son los que tienen mayor riesgo de inflamación del revestimiento interno del corazón, en especial las válvulas cardíacas (endocarditis). El pus de un absceso podría propagarse desde los dientes hasta el cerebro a través de las venas. Una infección del cerebro puede conducir a un coma.

Puede desarrollarse infección de los senos maxilares ya que las raíces de las muelas se localizan cerca de los senos. Si el absceso dental genera pus, los senos pueden entonces llenarse con este pus que proviene de los dientes. Es esencial buscar ayuda del profesional odontólogo lo más pronto posible. Si no se elimina completamente el pus, la infección puede extenderse a la parte inferior de la boca o al cuello afectando las vías respiratorias dificultando o impidiendo la respiración, constituyendo entonces una amenaza para la vida.

2.2.3.9 PREVENCIÓN DE LOS ABSCESOS.

Para mantener una boca saludable es precisa la prevención porque juega un papel fundamental en la conservación de los dientes. El cepillado y el uso del hilo dental a diario reducen el riesgo de sufrir caries y abscesos dentales. Si por alguna razón se sufre golpes en los dientes, se fracture alguno de ellos, se afloje o se nota que se desprende el esmalte. Se debe buscar atención profesional rápidamente.

Son imprescindibles las visitas regulares al dentista para un buen chequeo de la boca, no se puede olvidar que una caries, por pequeña que sea, debe tratarse enseguida para evitar el desarrollo de los abscesos. Esta es la mejor manera de mantener una buena salud bucal, puesto que es una parte importante de la salud general. (BHASKAR.S.N. Patología Bucal tercera Edición. Editorial EL ATENEO Buenos Aires.)

2.2.4 QUISTE RADICULAR.

Definición., Es el más frecuente del grupo de quistes odontogénicos inflamatorios de origen odontológico. Se origina a partir de una lesión pulpar que alcanza el tejido periodontal, determinado un granuloma apical.

El quiste radicular se compone a partir de resto de origen odontogénico, formando islotes epiteliales que se fusionan creando la cavidad quística. Según su tamaño pueden, cursar o no con sintomatología de deformidad facial, aparición de trayectos fistulosos, desplazamiento de dientes adyacentes y afectación de regiones anatómicas colindantes.

El quiste radicular suele ser asintomático, sin embargo a veces el diente afectado es sensible a la percusión, en contados casos la lesión puede asociarse con la fístula. El diente desvitalizado puede presentar un proceso de necrosis pulpar. A menudo los pacientes tienen antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente afectado, los quistes radiculares habitualmente no producen una gran deformación en el maxilar afectado. El quiste radicular es más común de encontrar, en el maxilar superior que en la mandíbula

La investigación propuesta, se centró exclusivamente en los quistes radiculares, en donde se puede encontrar el origen, la presentación clínica y radiográfica, así como también su tratamiento. Existen diferentes tipos de quistes en donde se nota que el origen de la mayoría de estos, se halla en alguna extravagancia en el desarrollo dentígero, que provoca una serie de problemas que son detectados cuando ya

encontramos a la estructura completamente formada y por lo tanto los métodos para reparar estas situaciones son en su mayoría invasivos.

2.2.4.1 ORIGEN DE LOS QUISTES RADICULARES.

Estos quistes se originan a partir de una lesión pulpar (pulpitis) de la que el diente no se recupera. Esto conlleva a la necrosis, o bien la inflamación avanza desde la cámara pulpar al conducto radicular y de ahí al ápice.

La inflamación crónica se vincula con la formación de tejido de granulación (es decir, fibroblastos, vasos sanguíneos, e infiltración de plasmocitos y linfocitos. Se originan en los restos epiteliales odontogénicos (restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal).

Existen dos variantes de quiste radicular:

- El quiste residual, aquel quiste radicular que permanece en el hueso luego de la extracción de la pieza que provocó su origen y,
- El quiste radicular propiamente tal, que se ubica en la zona apical o más raro lateralmente a la superficie radicular como consecuencia de la presencia de conductillos aberrantes colaterales.

El quiste radicular apical es común, pero no es una secuela inevitable del granuloma periapical, originado como resultado de infección bacteriana o necrosis de la pulpa dental, casi siempre posterior a caries con compromiso pulpar. Es el más frecuente de los quistes odontogénicos, sobre todo en hombres. Se localizan más frecuentemente en el maxilar superior, afectando sobre todo a los incisivos centrales, la mayoría son asintomáticos y se detectan de forma casual. (BARRETO D.C., CHIMENOS E. (2001) Nuevas consideraciones en el diagnóstico del queratoquiste odontogénico. Medicina Oral.)

2.2.4.2 SÍNTOMAS DEL QUISTE RADICULAR.

El quiste radicular es el más común no presenta síntomas es asintomático, lo que hace posible que varias ocasiones pase por desapercibido para los pacientes, puede presentarse tan grande causando inflamación o a su vez movimiento de los dientes afectados.

En el caso de presentar un quiste de gran tamaño debido a una infección, se puede llegar a sentir un dolor muy agudo e intenso, así como también provocará una inflamación del hueso maxilar o mandibular dependiendo donde este localizado el diente afectado

2.2.4.3 DIAGNÓSTICO DEL QUISTE RADICULAR.

No existe respuesta a pruebas térmicas como el calor y el frío, ni a la percusión o palpación, en principio el quiste es asintomático, se aprecia solo mediante procedimientos radiográfico. El diagnóstico entre quiste y granuloma es difícil, aunque el factor tamaño no es decisivo para establecer este diagnóstico. Se admite que a partir de 2 cm la lesión se considera quística y es capaz de presentar sintomatología.

2.2.4.4 PREVALENCIA DEL QUISTE RADICULAR.

Dependiendo de su localización se distinguen diferentes formas topográficas. Siendo en el maxilar encontrar estos quistes con más frecuencia, especialmente en la zona de los dientes incisivos, la evolución se presenta hacia el vestíbulo, fosa nasal, región palatina, senos maxilares y raramente en la tuberosidad. En la mandíbula la evolución es hacia vestibular, a lo largo del cuerpo de la mandíbula llegando a veces a la rama ascendente, es más frecuente en la segunda y tercera década de vida de los seres humanos prevaleciendo más en el sexo masculino.

2.2.4.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.

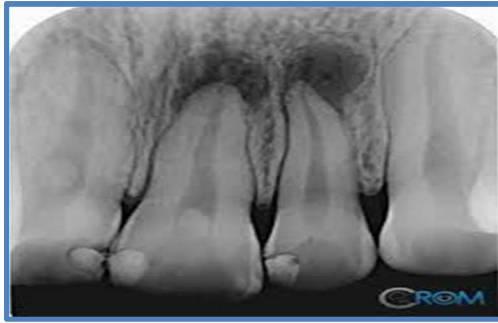
Se le asocia con una pieza dental sin vida, en sus inicios es asintomático, va creciendo en forma lenta, si logra desarrollarse excesivamente deforma la cara del paciente, a la palpación se presenta duro. Dolor intenso en el área del diente desvitalizado debido a la presión y los efectos, hipersensibilidad a la percusión del diente, enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad de las encías, el exudado de un quiste ejerce presión sobre el tejido circundante, provocando con frecuencia una ligera extrucción del diente. Formación anormal del tejido duro del diente. Engrosamiento leve del espacio de la membrana periodontal apical, degeneración pulpar (dentículos pulpar) calcificaciones.

Las lesiones más grandes muestran un crecimiento lento hinchazón. En la primera ampliación ósea es duro, pero a medida que aumenta el tamaño del quiste en el hueso que cubre se vuelve demasiado delgado, a pesar de la posición subperióstica y la hinchazón, sólo cuando quiste se ha convertido completamente erosionado, el hueso mostrará fluctuación.

En las radiografías, el quiste radicular se caracteriza por una radiolucidez delimitada, de forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado, la lesión varía considerablemente en tamaño, generalmente es más grande que un granuloma dentario pudiéndose extender a dos o más dientes.

Radiográficamente no es posible distinguir entre un quiste radicular, un granuloma dentario y otras lesiones quísticas de las zonas. Considerando el tamaño de la radiolucidez apical, se ha sugerido que si sobrepasa los 200 mm² trata casi siempre de un quiste radicular. (CECCOTTI E., SFORZA R. (2003) El diagnóstico en clínica estomatológica. Buenos Aires.)

Figura N°2.2 Quiste Radicular



Fuente <http://www.propdental.es/blog/odontologia/quiste-radicular>

2.2.4.6 TRATAMIENTO DEL QUISTE RADICULAR.

El tratamiento de un quiste radicular inicialmente es la terapia endodóntica convencional, acompañado de un seguimiento cuidadoso de forma periódica, es decir tratar los conductos radiculares, con o sin sobreobtención intencionada con pastas reabsorbibles.

Por medio de tratamiento quirúrgico, es decir la exéresis del quiste. Mediante drenaje ya sea del propio diente o a través del tejido blando mandibular circundante si se ha desarrollado celulitis. Para ello se requiere prescribir antibióticos que ataquen los microorganismos agresores.

Y por medio de la extracción cuando ya no es posible conservar el diente afectado, esta técnica se realiza solamente si la afección es demasiado grave, ya que el objetivo es eliminar el quiste manteniendo las estructuras dentaria. Si el quiste radicular se lo extrae íntegramente, ofrece el aspecto de una bolsa, una vez cortado, emana líquido o a su vez se encuentra lleno de restos necróticos, la superficie interna es lisa. (Patología Oral - Regezi - Sciubba tercera edición. MacGraw Hill Interamericana=

2.2.4.7 COMPLICACIONES DEL QUISTE RADICULAR.

El quiste puede infectarse secundariamente y manifestarse como una celulitis, además puede fistulizarse y supurar regiones como la boca y piel, puede provocar parestesia, puede provocar fracturas mandibulares y desviación de los dientes

aledaños. Es posible que cause fractura de la mandíbula, el quiste puede desplazar el canal del nervio alveolar mandibular en dirección inferior,

Los quistes tienen una potencialización de transformación maligna, a expensas del revestimiento epitelial intracavitario y sus excrescencias y prolongaciones papilares que a veces presenta. Se han descrito diversos tipos tumorales malignos originados primitivamente en la pared de quistes, especialmente carcinomas epidermoides más o menos diferenciados y carcinomas mucoepidermoides.

En el maxilar superior la comunicación oro-sinusal, oro-nasal, la deformidad de la cortical ósea y el efecto estético por pérdida de estructuras, compone las principales complicaciones de los quistes radiculares. Mientras que en la mandíbula, la parestesia mentoniana o del dentario inferior, el abombamiento de la cortical ósea e incluso el compromiso de la vía aérea ante presencia de celulitis, suponen los efectos secundarios no deseados del quiste radicular en esta región anatómica.

2.2.4.8 PREVENCIÓN DEL QUISTE RADICULAR.

La buena higiene dental, la prevención y el tratamiento a tiempo de la caries son medidas efectivas contra la formación de quistes radiculares, que son los más comunes y frecuentes. La mejor condición de prevenir un quiste es visitar al dentista por lo menos dos veces al año para chequeos regulares. Esto permitirá a su odontólogo mantener un ojo en la boca y observar cualquier anormalidad o cambios en los dientes. Los conductos radiculares pueden prevenir quistes dentales rellenando el espacio alrededor de un nervio muerto después de haber sido eliminado. Se trata de una medida preventiva eficaz, porque los quistes dentales a menudo se forman cerca o encima de los nervios muertos, que por lo general producen las caries, infección o una lesión en la boca. (MEDICINA ORAL (2004) Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa) Versión impresa ISSN 1698-4447 Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. Valencia.)

2.2.5 GRANULOMA DENTARIO.

Definición.- Es un fenómeno de inflamación crónica mantenida por el hecho de que constantemente existen bacterias ya sea en la región misma o provenientes desde una caries, un conducto infectado, una bolsa periodontal o una corona alta que genera maloclusión traumática en el periápice ó bruxismo.

(http://es.wikipedia.org/wiki/Patolog%C3%ADa_periapical)

Figura N° 3.2 Granuloma apical



Fuente: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid>

Es una tumoración formada por tejido de granulación. Suele encontrarse en procesos infecciosos u otras enfermedades de la cavidad oral, o como reacción a ciertas agresiones externas del organismo. El granuloma representa la extensión apical de la inflamación de la pulpa. El granuloma puede poseer excelente capacidad de regeneración y convertirse rápidamente en tejido periapical normal, cuando la afección es removida, es decir que el canal radicular es tratado.

2.2.5.1 MECANISMO DE FORMACIÓN DEL GRANULOMA.

La etiología se basa en que el proceso inflamatorio agudo es una respuesta exudativa, mientras que el crónico es más bien una respuesta proliferativa. La patogenia es, cuando al tejido periapical llegan gérmenes poco virulentos, en escasa cantidad, o productos tóxicos. El mecanismo de formación del granuloma dentario, en primera etapa es una pulpitis de la que el diente no se recupera. Esto conduce a una necrosis o a su vez la inflamación avanza desde la cámara pulpar al conducto

radicular y desde allí hacia el ápice. En los dos casos la inflamación crónica se extiende hacia el interior de la membrana del periodonto periapical.

La inflamación crónica se relaciona con la formación de tejido de granulación, fibroblastos, vasos sanguíneos, plasmocitos, linfocitos. El hueso que rodea al tejido de granulación se reabsorbe, esto ocurre debido a la presión del tejido de granulación en crecimiento. Tan pronto se destruye parte del hueso periapical se reemplaza por tejido de granulación, y la lesión se visible en la radiografía.

2.2.5.2 SÍNTOMAS DEL GRANULOMA.

En una periodontitis los síntomas aparecen lentamente. Generalmente, la periodontitis aparece siempre en primer lugar por una gingivitis con enrojecimiento, sangrado e inflamación de las encías. Algunos pacientes afectados registran un aliento modificado muy especial, a veces algo dulce, lo que indica la presencia de una infección bacteriana. En estadios avanzados también aparece dolor. En otros, es el profesional odontólogo el descubre los síntomas de la periodontitis dentro de un control de rutina. Si existe periodontitis, se manifiestan los típicos cambios en la encía: falta la adhesión, así como la superficie regular rosada, ligeramente puenteada. Se pueden presentar otros cambios, como indentaciones en forma de hendidura (la llamada hendidura de Stillman) o aumentos de volumen de la encía marginal (el llamado festón de McCall) cuando reacciona a estímulos mecánicos.

En otros casos aparece pus en la encía marginal o se puede palpar un absceso en la encía. En caso de evolución lenta de la periodontitis el dolor del tejido de sostén pasa inadvertido.

2.2.5.3 DIAGNÓSTICO DEL GRANULOMA.

Para determinar el diagnóstico de periodontitis, el odontólogo primeramente ejecuta una minuciosa anamnesis del paciente observando las encías para confirmar su estado. El odontólogo examina si existe presencia de placa dental y tendencia al sangrado. Se realiza un sondeo de las bolsas periodontales con un instrumento dental

especial para comprobar la profundidad, localización y grado de infección. En este procedimiento se realiza el llamado examen periodontal (PSI), que aporta información sobre la gravedad (0 = encía sana, 4 = periodontitis grave) de la enfermedad.

Además, con una prueba de la saliva puede determinarse el tipo de bacterias que habitan en las bolsas y que han colonizado el espacio bucal. Nos ayudamos de radiografías para determinar el alcance y tipo de la reducción ósea, así como zonas alteradas por debajo de la mucosa, se pueden presentar, en forma de deposiciones (concreciones). También puede evaluar los márgenes salientes de las coronas y si vale la pena, conservar el diente.

2.2.5.4 CAUSAS DEL GRANULOMA.

Las causas más frecuentes para que se desarrollen presencia de granulomas en nuestra cavidad bucal son tres:

Caries: Algunas bacterias que forman parte de la flora bacteriana de la cavidad oral se alimentan del azúcar que perduran como residuo de nuestra alimentación estos se transforman en ácidos que corroen al esmalte dental.

Cuando el esmalte se debilita demasiado, varios microorganismos destruyen la corona y llegan al centro (dentina y pulpa) de la pieza afectada. Si no se recurre a la atención del odontólogo, la infección puede avanzar hasta la parte inferior de la raíz dental.

Enfermedad periodontal: Acontece cuando la sobrepoblación de bacterias que permanecen en la boca retraen y dejan descubierta la raíz. Al principio, se manifiesta con hipersensibilidad (tomar alimentos calientes, fríos, o incluso aspirar aire por la boca resulta doloroso), y más adelante con gingivitis (sangrado de las encías). Si el problema continúa evolucionando, los gérmenes llegan al periodonto, pudiendo ocasionar pérdida del diente y presencia de abscesos.

Accidentes y golpes: Si las piezas dentales llegan a soportar fuertes golpes, puede generar su ruptura, condición que, como en el caso de la caries, se forman aberturas que permiten el paso de bacterias al centro y a la raíz del diente.

2.2.5.5 PREVALENCIA DEL GRANULOMA.

El granuloma dentario es una de las lesiones periapicales con mayor frecuencia que se desencadenan en la boca. Estas lesiones son más comunes en el maxilar que en la mandíbula.

2.2.5.6 TRATAMIENTO DEL GRANULOMA.

Generalmente para tratar el granuloma apical existen dos tipos de tratamientos que consisten en:

Tratamiento conservador: Se lleva a cabo por medio de endodoncia y rehabilitación de la pieza dentaria. Es muy lamentable que muchos de los pacientes a los que se les realiza la endodoncia, no regresen a realizarse la rehabilitación.

La re-exposición de los conductos tratados al medio permite la infiltración bacteriana, y el proceso apical se puede reagudizar llegando inclusive a perder la pieza dentaria. Una vez eliminado el foco infeccioso, la lesión perirradicular puede resolverse con la formación de tejido óseo o fibroso; en este último caso puede permanecer como una cicatriz apical. El odontólogo que atiende un granuloma dental busca eliminar la infección tratando de preservar el diente en todo momento, a la vez que busca prevenir las desfavorables consecuencias.

El odontólogo prescribe antibióticos para combatir la infección, recomienda el uso de enjuagues bucales especiales que esterilizan la región afectada, alivian el dolor y estimulan la restauración de los tejidos. El dolor y la fiebre, pueden controlarse con medicamentos de venta libre o realizar buchadas de agua tibia con sal; nunca se debe colocar pastillas analgésicas (ácido acetilsalicílico, paracetamol, ibuprofeno)

directamente sobre el diente o la encía, porque aumenta la infección y provoca ulceraciones.

Quirúrgico: En casos graves, o en los que el tratamiento convencional no da resultados, se recurre a realizar apicectomía, intervención en la que se remueven las partes afectadas del diente y la sección apical junto con el granuloma. La mayor parte de la de la raíz y de la superficie dental permanecen en su sitio, en tanto que la cavidad resultante se cierra. Desafortunadamente, hay casos muy avanzados en que no es posible salvar al diente, de modo que se extrae definitivamente

2.2.5.7 COMPLICACIONES DEL GRANULOMA.

La falta de atención de una patología en la cavidad oral aunque no lo parezca, presenta consecuencias severas, que van de la pérdida de la pieza a la propagación de la infección, generando uno o más de estos padecimientos:

Celulitis facial: Los tejidos blandos y profundos del rostro se infectan por bacterias estas regiones afectadas lucen enrojecidas, tensas y en ocasiones con granitos (erupción). Su tratamiento requiere antibióticos.

Osteomielitis de maxilar: Acontece cuando las bacterias se implantan en el hueso; generando fuerte dolor, fiebre, hinchazón y malestar general en la zona afectada. Se combate con antibióticos por vía intravenosa a veces se realiza procedimientos con cirugía para remover las partes del hueso que ha muerto.

Endocarditis: Es una infección de las válvulas cardiacas se manifiesta con fatiga, fiebre, dificultad para respirar, anormalidades en el ritmo cardiaco y sudoración. Esta patología se trata con antibióticos pudiendo durar hasta 6 semanas y, en casos severos, puede desencadenar insuficiencia (incapacidad del corazón para bombear sangre adecuadamente).

Neumonía: Tos con expectoración (flemas), fiebre, escalofrío, dolor torácico y problemas para respirar son algunas de las manifestaciones de la infección de los pulmones. Su tratamiento también requiere la administración de antibióticos.

Angina de Ludwig: Es una infección de los tejidos localizados debajo de la lengua y en la parte inferior de la boca. Genera inflamación y dolor en cuello, fiebre, fatiga, confusión y dificultad respiratoria. Puede provocar la hospitalización del paciente.

Abscesos cerebrales: En la región del encéfalo se acumula pus cuando las bacterias del granuloma viajan por las vías sanguíneas. Los síntomas que se manifiestan son dolor de cabeza, rigidez del cuello, fiebre, malestar general y alteraciones de la vista; pueden presentarse paulatinamente (en dos semanas) o de manera súbita.

2.2.5.8 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL GRANULOMA.

Ninguna de estas enfermedades antes descritas, tiene por qué ocurrir si tomamos en cuenta que las patologías presentes en la boca pueden evitarse en la mayoría de los casos manteniendo medidas básicas de higiene bucal:

- Cepillar los dientes y encías, tres veces al día de tres a cinco minutos, haciendo énfasis el cepillado, antes de dormir.
- De preferencia utilizar los cepillos dentales de cerdas suaves, redondeadas, ya que así no maltratará al esmalte o las encías.
- Opte por utilizar pasta dental con fluoruro, antes que aquellas con bicarbonato o de “limpieza total”, ya que pueden ser muy fuertes.
- La lengua también merece atención dentro de la higiene de la boca.
- El uso regular de hilo o seda dental es importante en el control de la placa bacteriana en las superficies y espacios interdentes, el cepillo no llega a esta zona formándose caries interdentes y gingivitis.

- El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.
- Por último, se aconseja visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año, para verificar periódicamente la salud de los dientes como para solucionar dudas o deficiencias respecto al cepillado, uso del hilo y enjuagues dentales; así le será más fácil prevenir el surgimiento de caries y de enfermedades periodontales, que son las principales causantes de los molestos y peligrosos granulomas.

2.2.6 PÓLIPO PULPAR O PULPITIS HIPERPLÁSICA.

Definición.- Pulpitis Hiperplásica: También conocida como pólipo pulpar, ocurre generalmente en dientes temporales y jóvenes, donde lesiones cariosas y extensas dejan amplias zonas de tejido pulpar al descubierto, los cambios inflamatorios son característicos y termina en lo que se denomina un pólipo pulpar.

Figura N° 4.2 Pólipo pulpar



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C

2.2.6.1 CAUSAS PARA QUE SE FORME UN PÓLIPO PULPAR.

Grandes exposiciones cariosas progresivas y lentas, por la irritación mecánica durante la masticación, por la infección de bacterias, provocan la estimulación de baja intensidad necesaria para la formación del pólipo pulpar, amplia destrucción coronal (principalmente en molares) La siguiente serie de acontecimientos da lugar a que se produzca un pólipo pulpar. La caries provoca una pulpitis aguda, sin embargo

a causa de la amplia exposición, la pulpitis aguda no conduce a una necrosis pulpar, sino gradualmente a una pulpitis crónica que se caracteriza por formación de abundante tejido de granulación, este avanza desde la zona pulpar descubierta al interior de la cavidad. Luego las células descamadas de mucosa bucal, muchas de las que están vivas, se implantan en el tejido de granulación, proliferan y migran rápidamente, cubriendo la superficie.

2.2.6.2 SÍNTOMAS DEL PÓLIPO PULPAR.

La apariencia es clínicamente caracterizada mediante: una masa pulpar roja, que llena la cámara pulpar y se extiende a la cavidad cariosa, con menor sensibilidad al tejido pulpar normal y más sensible que el tejido gingival. Si se realiza un corte a este tejido no causa dolor, pero si la presión transmitida al tercio apical. Por su rica vascularidad sangra con facilidad. La pieza dentaria responde poco o nada a la prueba térmica a menos que se use aplicación extremo de frío. Es necesario diferenciar el pólipo pulpar de la papila hiperplásica que se introduce en la cavidad cariosa grande comunicante.

2.2.6.3 DIAGNÓSTICO DEL PÓLIPO PULPAR.

Su diagnóstico se realiza mediante la inspección, observándose un glóbulo de color rosado protruyendo a través de la cámara pulpar.

Al tacto es indoloro y rugoso, debido a la proliferación vascular en su interior, sangra abundantemente al menor rozamiento, aunque en ocasiones se recubren de un epitelio escamoso semejante al de la mucosa bucal, y se puede confundir con la propia encía. La pulpitis hiperplásica casi no presenta terminaciones nerviosas, por lo que su sensibilidad es bastante inferior a la típica de un tejido pulpar normal.

2.2.6.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Puede ser reconocido con facilidad porque su apariencia es muy característica, se debe distinguir del tejido proliferante gingival. Se manifiesta dolor más o menos intenso localizado, principalmente aparece al masticar y entra en contacto con el diente afectado, aunque también responde a la presencia de frío intenso y del calor. Es menos frecuente que la pulpitis aguda serosa y que la pulpitis aguda purulenta.

2.2.6.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS.

Las características clínicas son las siguientes: generalmente se observa en niños, el diente afectado presenta una gran cavidad en la cara oclusal; una masa roja y carnosa de tejido, que yace en la cavidad o se proyecta sobrepasando la superficie de oclusión, este pólipo no es doloroso, el diente permanece vital, los dientes afectados con mayor frecuencia son los molares temporales y los primeros molares permanentes. En este caso se observa una hiperactividad de las fuerzas proliferativas (crónicas), que tienen un papel dominante. No hay dolor debido a la escasa actividad inflamatoria exudativa (aguda) y a la consiguiente disminución de la presión intrapulpal por debajo del umbral de los receptores. Se caracteriza por la presencia de tejido de granulación en el área de la exposición pulpar, denominado pólipo pulpar. Es típico de las pulpas con alto potencial de defensa (principalmente jóvenes), donde el tejido de granulación, estimulado por traumas sucesivos, prolifera y llena la cavidad existente llegando a articularse con el diente antagonista.

Esa estructura se caracteriza por ser muy vascularizada y rica en células, con poca resistencia. Como la presencia del pólipo es clínicamente característica, el diagnóstico es relativamente fácil. La compresión de los alimentos durante la masticación. El examen radiográfico podrá revelar una comunicación directa de la cámara con la cavidad de caries, y un periodonto normal o ligeramente ensanchado.

2.2.6.6 TRATAMIENTO DEL PÓLIPO PULPAR.

El tratamiento consiste en escisión quirúrgica del pólipo, desde el piso de la cámara pulpar y recubrimiento pulpar. En casos favorables se forma después un puente de dentina en unión del área escindida con el material que cubre a la pulpa. La biopulpectomía es el tratamiento más indicado. En caso de existir dientes con rizogénesis incompleta, podemos recomendar la pulpectomía coronaria, debiendo tenerse gran cuidado, mientras tanto, en la remoción de la masa de granulación, dado aunque la misma se presente congruente con el remanente pulpar, no lo es con la estructura dentinaria. En estas condiciones, generalmente la solución de continuidad entre el pólipo y la dentina se produce realmente en el interior del conducto radicular, constituyéndose así en un medio propicio para la proliferación de microorganismos y la retención de diversos residuos. En casos muy seleccionados puede intentarse la pulpectomía

2.2.6.7 COMPLICACIONES DEL PÓLIPO PULPAR.

Se ha observado que las bacterias presentes en este tipo de infecciones migran desde la boca hasta la circulación sanguínea, lo que produce un daño directo en el endotelio (componente principal de la pared arterial) con la consecuente formación de ateromas (engrosamiento de la pared arterial debido al depósito de colesterol) y trombos. Incluso, en pacientes fallecidos, se han realizado biopsias de ateromas, y se han encontrado bacterias periodontales, patógenos propios de las encías.

Los factores de riesgo genéticos pueden influir en la historia natural de las enfermedades periodontales y sistémicas. La presencia del factor de riesgo genético aumenta la probabilidad de desarrollo de algún tipo de enfermedad periodontal cuando se expone a complejos microbianos organizados en un biofilm. La investigación genómica y proteómica ha demostrado recientemente que la susceptibilidad se debe a múltiples polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) en la región no codificante del cromosoma 9p21 para la periodontitis agresiva, y que puede compartir un gen con la enfermedad coronaria, lo que sugiere que los

mecanismos patogénicos inflamatorios cuando son comunes, pueden contribuir en la aparición y progresión de ambas enfermedades.

2.2.6.8 COMPLICACIONES DEL PÓLIPO PULPAR.

Las principales complicaciones de la pulpitis son las infecciones las que dan lugar a la formación de absceso dental y la periodontitis apical. La periodontitis apical que es la inflamación de todas las estructuras de soporte de los dientes. A menudo va acompañada por la destrucción del hueso y de vez en cuando, la raíz del diente. El tratamiento oportuno en la aparición de los síntomas de pulpitis puede evitar que una infección más grave se desarrolle en algunos casos.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Absceso: Colección de pus en una cavidad formada a expensas de los tejidos circundantes, destruidos o desplazados.

Alvéolos: Son las divisiones en compartimentos que presenta el hueso alveolar donde van insertados los dientes, separados entre sí por un tabique interalveolar óseo.

Apófisis alveolar: Parte del maxilar o de la mandíbula que constituye la arcada dentaria, sirviendo como anclaje óseo para los dientes.

Bacterias: Son microorganismos procariotas que presentan un tamaño de unos pocos micrómetros (por lo general entre 0,5 y 5 μm de longitud) y diversas formas incluyendo filamentos, esferas, barras, sacacorchos y hélices.

Colgajo mucoperióstico: en términos simples es encía despegada del el hueso para facilitar el acceso a una zona específica de la boca.

Granuloma dental: Proceso caracterizado por una masa de tejido de granulación rodeada de una cápsula fibrosa fijada al ápex de un diente con lesión de la pulpa.

Osteotomía: Operación que consiste en la sección de un hueso. Se utiliza para corregir malformaciones congénitas, entre otras.

Pulpitis hiperplásica: E un tipo crónico de pulpitis que se observa generalmente en dientes con grandes lesiones cariosas y que afecta casi siempre a niños y adultos jóvenes.

Pulpitis: Inflamación de la pulpa, especialmente de la dentaria, debida generalmente a infección bacteriana en caries dental, fractura del diente u otros estados que causan exposición de la pulpa a la invasión bacteriana, irritantes químicos, factores térmicos como una restauración dental.

Quiste radicular: Saco epitelial de crecimiento lento, relleno de líquido, que se sitúa en el ápice de un diente con pulpa no vital o que tiene una restauración defectuosa del canal radicular.

Sindesmotomía: Consiste en liberar al diente, a nivel del cuello y en todo su contorno, de las inserciones ligamentosas *que* unen a este con la encía. Disección anatómica de los ligamentos.

Tejido gingival: Conjunto de células semejantes entre sí que tienen un origen común y la misma fisiología, es decir, están diferenciadas en un mismo sentido, que se localiza en la zona de la encía.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. HIPÓTESIS.

H_i: (Hipótesis de la investigación): Los remanentes radiculares son el factor clínico anatomopatológico que favorece la aparición de patologías bucales.

2.4.2. VARIABLES.

2.4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Remanentes radiculares.

2.4.2.2.VARIABLE DEPENDIENTE.

- Patologías bucales.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TECNICAS E INST.
<i>Independiente</i> Remanentes Radiculares	Son focos infecciosos que generan destrucción de la corona dental	Visibles No visibles	Caries Fracturas coronarias	Observación Examen <u>intraoral</u> Historias clínicas
<i>Dependiente</i> Patologías Bucales	Son enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios	Absceso apical Quiste radicular Granulomas Pulpitis hiperplásica	Dolor Sensibilidad Inflamación Mal olor	Observación Examen <u>intraoral</u> Historia clínica

Fuente: Investigación propia.
 Autora: María Lourdes Catota Cevallos

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODOS.

Científico: La presente investigación se fundamentó en la recopilación de información extraída de textos, enciclopedias, permitiéndome realizar la respectiva fundamentación teórica.

Deductivo: A través de éste método se analizó el tema, detallando las características de las diferentes patologías, Mediante el examen intraoral y la respectiva ficha odontológica.

Descriptivo: Porque me permitió el análisis de las patologías identificando sus causas, evolución, prevalencia, características clínicas, signos síntomas, y elaborar el respectivo plan de tratamiento.

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Exploratoria: Atraves de la observación y exámen intra oral a los conscriptos se reconoció, la presencia de un elevado índice de remanentes radiculares en sus cavidades bucales y que estos provocaron graves afecciones.

Descriptiva: Se determinó una población de 100 conscriptos, a los que se les realizó un examen extraoral e intraoral con la finalidad de evidenciar remanentes radiculares en su cavidad bucal y a su vez percibir si éstos guardaban relación con las patologías bucales, logrando identificar 41 pacientes con este tipo de afecciones.

Explicativa: Porque los ciudadanos que ingresan al servicio militar voluntario generalmente provienen de un nivel sociocultural bajo, esto implica la poca o nula educación además de un descuido en su salud oral, tomando en cuenta la resistencia de acudir al odontólogo por falta de recursos económicos para pagar una consulta, y frecuentemente por temor. Todo lo expuesto trae como consecuencia la presencia de

remanentes radiculares acompañado de varios síntomas como: caries, dolor, fiebre, tumefacciones, que ocasionan la aparición de patologías en la cavidad bucal.

3.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Bibliográfica: Se documentó esta investigación mediante la recopilación de información con contenido científico. Información de libros, páginas web, es indispensable partir de un análisis crítico y doctrinario de fuentes bibliográficas, para brindar un aporte científico a futuras generaciones.

Campo: La presente investigación se aplicó a los conscriptos que acudieron al Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa de la ciudad de Machachi. En el periodo Noviembre 2013 – abril 2014. Mediante un estudio estadístico se determinó que los remanentes radiculares si presentaron relación con las patologías bucales.

3.1.3. TIPO DE ESTUDIO.

Transversal: A través del examen intraoral realizado a los 41 conscriptos que presentaban remanentes radiculares, en el periodo de Noviembre 2013 – Abril 2014. Se pudo reconocer la presencia de patologías tales como. Abscesos, Quistes radiculares, Granulomas y pólipos pulpares.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. POBLACIÓN.

La investigación planteada, se llevó a cabo con una población de 100 conscriptos a los que se les realizó un control intraoral y la toma de datos.

Luego de éstos, se analizaron las diferentes patologías asociadas a los remanentes radiculares.

3.2.2. MUESTRA.

Para establecer la cantidad de pacientes involucrados en la presente investigación, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, llegándose a constituir 41 conscriptos.

3.2.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Conscriptos que acudieron al Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa en el periodo de Noviembre 2013 - Abril de 2014.
- Conscriptos que presentaban remanentes radiculares.

3.2.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Personal de tropa que no son conscriptos.
- Conscriptos que no tenían remanentes radiculares.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Según el tipo de investigación se utilizó técnicas como: la observación y examen intraoral, lo que sirvió de soporte para la investigación, diagnóstico y desarrollo del proyecto.

3.3.1. MATERIALES.

- Autorización del Centro de Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa.
- Ficha odontológica de los remanentes radiculares.
- Cámara fotográfica.
- Esferos.
- Lápiz bicolor.

3.3.2. INSTRUMENTAL.

- Mandil.
- Guantes de manejo.
- Mascarilla.
- Gorros.
- Campos desechables.
- Espejos bucales.
- Desinfectante (Lysol).
- Bandeja para instrumental.
- Abreboca.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La técnica a utilizar es el examen intraoral y recopilación de fichas odontológica para determinar cómo se relacionan los remanentes radiculares con las patologías bucales.

La interpretación de los datos obtenidos directamente del registro de observación se organizó en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2010Y posteriormente se remitieron como base de datos al programa SPSS versión 22, con el que se elaboraron las tablas de frecuencia, y pruebas de independencia entre las variables propuestas.

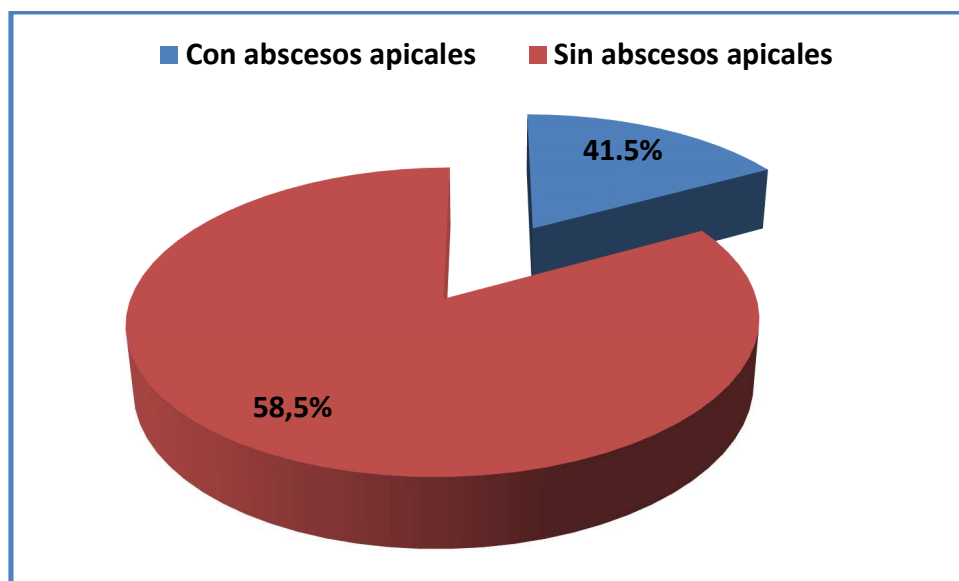
CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla N° 1.4: Pacientes con absceso dental.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con absceso dental	17	41,5 %
Sin absceso dental	24	58,5 %
TOTAL	41	100 %

Figura N° 5.4: Pacientes con absceso dental.



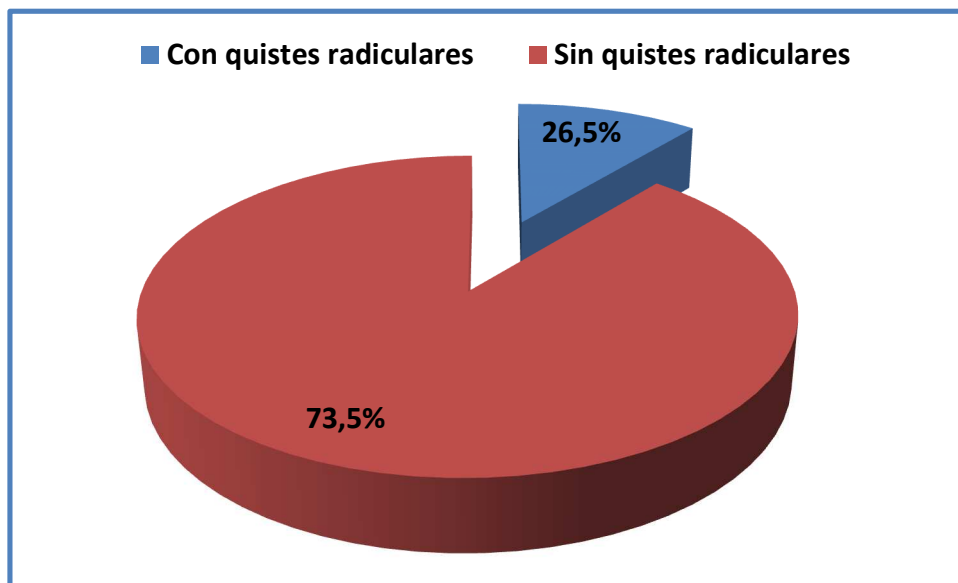
Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.

Análisis e interpretación: De la población estudiada, 17 pacientes presentaron abscesos dentales, representando el 41,5 % de la población y 24 pacientes no presentaron abscesos, representando el 58,5 % restante de la población. Se interpreta que en este tipo de población, es muy frecuente encontrar esta patología.

Tabla N° 2.4: Pacientes con quiste radicular.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con quiste radicular	11	26,5 %
Sin quiste radicular	30	73,5 %
TOTAL	41	100 %

Figura N° 6.4: Pacientes con quiste radicular.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.

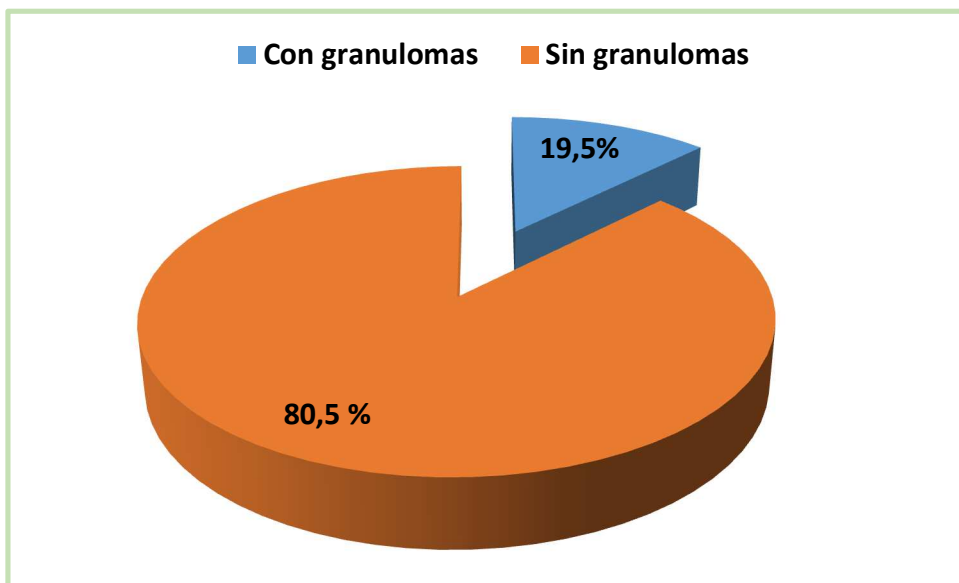
Análisis e interpretación: De la población involucrada, se presentaron 11 pacientes con quistes radiculares, representando el 26,5 % de la población y 30 pacientes sin quistes radiculares, representando el 73,5 % de la población.

Se interpreta, que el quiste radicular es la segunda patología más frecuente, fruto de los remanentes radiculares.

Tabla N° 3.4: Pacientes con granulomas.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con granulomas	8	19,5 %
Sin granulomas	33	80,5 %
TOTAL	41	100 %

Figura N° 7.4 : Pacientes con granulomas.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.

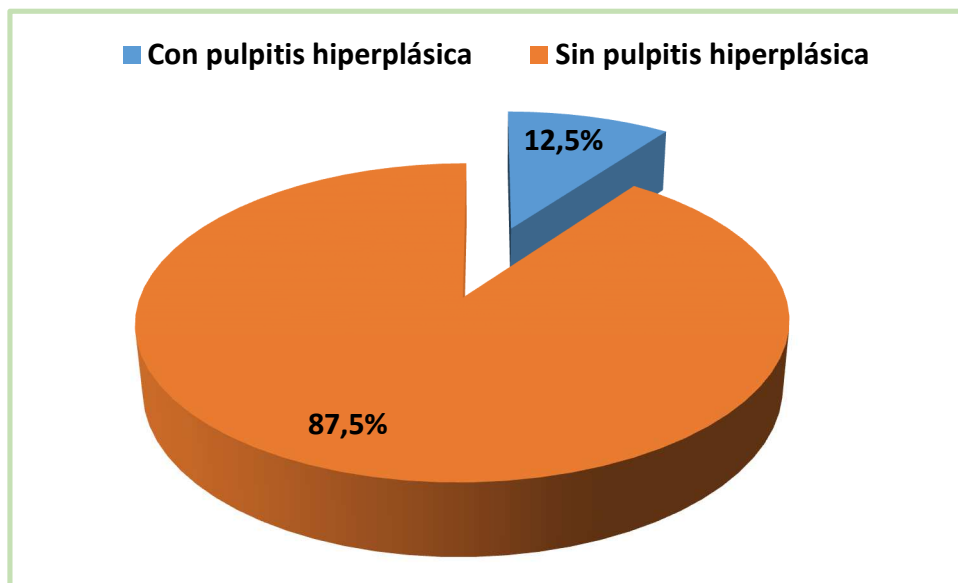
Análisis e interpretación: De la población analizada, 8 pacientes, presentaron granulomas, representando el 19,5 % de la población y 33 pacientes no presentaron granulomas, representando el 80,5% de la población objeto de estudio.

Se interpreta que en este tipo de población, en tercer lugar, es frecuente encontrar este tipo de patología.

Tabla N° 4.4: Pacientes con pólipo pulpar.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con pólipo pulpar	5	12,5 %
Sin pólipo pulpar	36	87,5 %
TOTAL	41	100 %

Figura N° 8.4: Pacientes con pólipo pulpar.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.

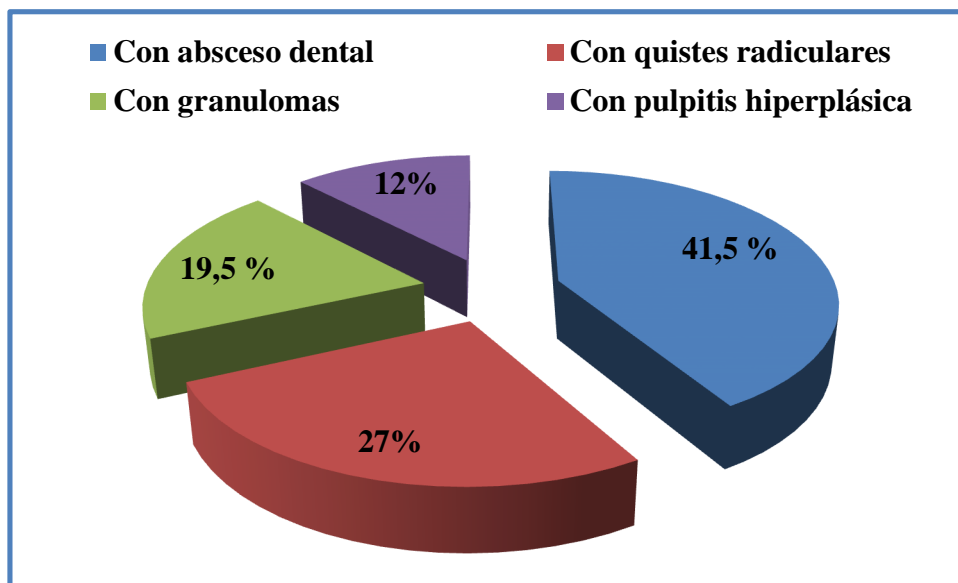
Análisis e interpretación: De la población investigada, se presentaron 5 pacientes con pólipo pulpar o pulpitis hiperplásica, representando el 12,5 % de la población y 36 pacientes sin pólipo pulpar, representando el 87,5 % restante de la población.

Se interpreta, que pólipo pulpar es la cuarta patología más frecuente, fruto de los remanentes radiculares en los conscriptos.

Tabla N° 5.4: Prevalencia de patologías por remanentes radiculares.

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con abscesos dentales	17	41,5 %
Con quistes radiculares	11	27 %
Con granulomas	8	19,5 %
Con pólipo pulpar	5	12 %
Total	41	100 %

Figura N° 9.4: Prevalencia de patologías por remanentes radiculares.



Fuentes: Investigación propia.
 Autora: Ma. Lourdes Catota C.

Análisis e interpretación: De la población involucrada, se presentaron las siguientes patologías: 17 pacientes con absceso dental (41,5 %), 11 pacientes con quistes radiculares (27 %), 8 pacientes con granulomas (19,5 %) y 5 pacientes con pulpitis hiperplásica (12 %). Se interpreta, que estas patologías son las consecuencia de los remanentes radiculares en la población objeto de la investigación.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

- Durante la fase de investigación fue posible identificar las diferentes patologías bucales, que presentaban los 41 conscriptos que se atendieron en el Centro de Salud urbano No. 13 del Fuerte Militar Atahualpa, obteniendo : 17 abscesos dentales, 11 quistes radiculares, 8 granulomas y 5 pulpitis hiperplásica.
- Al realizar la ficha odontológica se pudo analizar la prevalencia de las patologías más frecuentes como: abscesos, quiste radicular, granulomas y pólipo pulpar, causadas por los remanentes radiculares.
- Se presentó un informe de la investigación realizada en los conscriptos. Al Director del Centro Salud Urbano N° 13 del Fuerte Militar Atahualpa. El mismo que se comprometió a informar a los profesionales odontólogos a cerca de las patologías bucales investigadas, para tomar medidas en cuanto a educación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. De esa forma evitar complicaciones mayores, favoreciendo de esta manera al mejoramiento del estado bucal de los conscriptos.

5.2. RECOMENDACIONES.

- Difundir este estudio mediante charlas, campañas educativas, con el afán de que se conozca como guardan relación los remanentes radiculares con las patologías bucales. Despertando el interés en nuevas generaciones.
- Adiestrar a los nuevos profesionales de la odontología, enfocarse en un diagnóstico oportuno, en todos los pacientes y en todas las edades, porque los remanentes radiculares presentan todos los pacientes aún los niños en mayores porcentajes.

- A los alumnos de la Universidad Nacional de Chimborazo recomiendo realizar nuevos estudios acerca de las patologías bucales causadas por los remanentes radiculares en otros tipos de población y en diferentes edades. Para realizar estudios y análisis comparativos.
- A las autoridades de la carrera de odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo se considere incluir en las charlas de prevención, sobre los remanentes radiculares y su relación con las patologías bucales, contando como guía con esta investigación, de esta forma ayudar a prevenir patologías más severas costosas e incluso la muerte por desencadenar en un cáncer oral.

BIBLIOGRAFÍA.

BARRETO D.C., CHIMENOS E. (2001) Nuevas consideraciones en el diagnóstico del queratoquiste odontogénico. Medicina Oral.

BASCONES A., LLANES F. (1996) Patología quística de los maxilares. En: Medicina Bucal. Madrid: Ediciones Avances.

CECCOTTI E., SFORZA R. (2003) El diagnóstico en clínica estomatológica. Buenos Aires.

CHIMENOS E. (2013) Ed. Mosby, Diccionario de odontología. Barcelona España.

GARCÍA I., PINCHU D. (2004) Salud Bucal. Buenos Aires. República Argentina.

HARRISON T. R., M. D. (1979) Medicina Interna. Ed. Mosby. Barcelona. España.

LÓPEZ P. (2002) Alteraciones de las glándulas salivales. Universidad de Murcia.

MEDICINA ORAL (2004) Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa) Versión impresa ISSN 1698-4447 Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. Valencia.

MEJÍA A., LOMELÍ I. GUADALUPE, GAXIOLA M. (2003) Manual de procedimientos estandarizados par la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales. México.

METODOLOGIA de la Investigación Segunda Edición Mc Graw Hill. Best Seller Internacional.

RIES. CENTENO GUILLERMO. Cirugía Bucal, con Patología Clínica y Terapéutica Séptima edición.

BHASKAR.S.N. Patología Bucal tercera Edición. Editorial EL ATENEO Buenos Aires.

HARPER COLLINS. Diccionario Médico Ilustrado. MARBÁN LIBROS. S.L.

SITIOS WEB

http://www.tuotromedico.com/temas/absceso_dental.htm

<http://www.ehowenespanol.com/drena-absceso-dental-dentista-}>

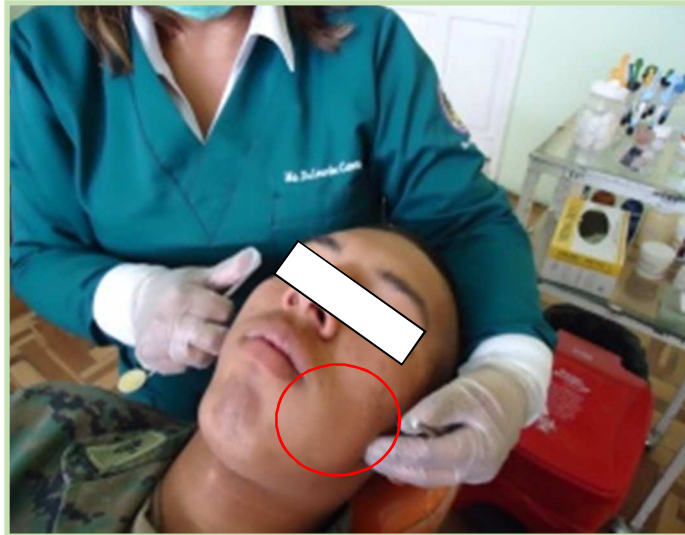
[como_137984/http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.%281%29_12/p12.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.%281%29_12/p12.html)

<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/5-enfermedades-bucales-mas-comunes>

ANEXOS.

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Paciente con absceso



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C

Paciente con quiste radicular.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C

Paciente con granuloma apical



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.

Paciente con pólipo pulpar.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota C.



Fuentes: Investigación propia.
Autora: Ma. Lourdes Catota.



GOBIERNO NACIONAL DE
LA REPÚBLICA DEL
ECUADOR



EJÉRCITO ECUATORIANO

Panamericana Sur
Km 32 ½ vía a Machachi
Telf.: (02) 2 310 429
Policlinico13pichincha@gmail.com

CENTO DE SALUD URBANO FMA.

Oficio N° 2013-173-CSU. FMA.- 1

Aychapicho, 15 de Julio del 2013

SRA. DRA. KATHY LLORI
DIRECTORA DE CARRERA DE ODONTOLOGIA


En su Despacho.-

Asunto: Aceptación de Investigación

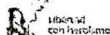
Adjunto al presente me permito informar a Ud. Sra. Dra., que La Sra. LOURDES CATOTA CEVALLOS realizará la investigación previa la obtención de su TITULO DE ODONTOLOGA, en este Centro de Salud Urbano FMA.

Es todo cuanto puedo informar para los trámites pertinentes.

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


MOYA R. ALVARO G.
TCRN. DE SND.

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD URBANO FMA.



Original : Dest.
Arch. 13-BI-4.

Elaborado por: Cbop. Pinto J -----
Revisado por Tcrn. Moya A. -----

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA																																																																																																																																		
C.S.U. N.º 13	Robin Alejandro	Parrisi Yanangomez	H	18																																																																																																																																			
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA																																																																																																																																	
1 MOTIVO DE CONSULTA <small>INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA REGIÓN DEL ESPINADO</small>																																																																																																																																							
Dolor de la muela.																																																																																																																																							
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL <small>REGISTRAR SÍMBOLOS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTERSIO, CAUSA APARENTE, SÍMPTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL</small>																																																																																																																																							
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																																																																																																																																							
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HIBO RINORRÉAS	4. VIRSIDIA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO																																																																																																																														
4 SIGNOS VITALES																																																																																																																																							
PRENSIÓN ARTERIAL	110/70	FRECUENCIA CARDÍACA (b.t.)	70	TEMPERATURA °C	36°	F. RESPIRAT. (min)	20																																																																																																																																
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO <small>DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA INDICANDO EL NÚMERO</small>																																																																																																																																							
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS																																																																																																																																
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS																																																																																																																																				
6 ODONTOGRAMA <small>PISTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECEPCIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA</small>																																																																																																																																							
<table border="0"> <tr> <td>RECEPCIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VESTIBULAR</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>LINGUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VESTIBULAR</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MOVILIDAD</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RECEPCIÓN</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>										RECEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RECEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																						
LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																						
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
RECEPCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL																																																																																																																																							
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	PLAQUIS	8 INDICES CPO-ceo																																																																																																																																
PIEZAS DENTALES				LEVE	ÁNGULO I	LEVE	C	P	O	TOTAL																																																																																																																													
10	17	55	/	2	/		14	4		18																																																																																																																													
11	21	51	2	1	/																																																																																																																																		
20	27	65	/	1	/																																																																																																																																		
30	37	75	2	1	/																																																																																																																																		
31	41	71	/	2	/																																																																																																																																		
40	47	85	/	1	/																																																																																																																																		
TOTALES																																																																																																																																							
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA																																																																																																																																							
* azul	BELLANTE NECESARIO	○	PÉRDIDA (CTRA GALBA)	≡	PRÓTESIS TOTAL																																																																																																																																		
* azul	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA																																																																																																																																		
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	○	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OTURADO																																																																																																																																		
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	○	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES																																																																																																																																		

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNÓSTICO

PRE- PRELIMINARIO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1			3		
2			4		

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONAL FIRMA NUMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 15/10/2018	Remanente radiol. - dolor.	Historia Clínica Examen mbaooral. Anestesia Exodoncia	No ejercicios físicos no estar en el sol. Amoxicilina 500 mg #14 V.O. x 7 días Molaxem 15 mg. #4 V.O. x 2 días	CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 2				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9				CÓDIGO FIRMA

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA	
C.S.U. 11:13		Juan Gabriel		Melina Andagaya		M	19		
MEJOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA		

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Tengo mal olor.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL INDICAR SÍNTOMAS, CROMOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. MEMO INFIAGIB	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	------------------	------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 110/60 FRECUENCIA CARDÍACA/min: 70 TEMPERATURA °C: 36° F. RESPIRAT. /min: 20

6 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABajo LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA, ANOTANDO EL RESULTADO

1. LABIOS	2. MUELLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LARINGEA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. OÍDO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECEPCIÓN. MARCAR "X" (1, 2 o 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
16	17	55	
11	21	51	
26	27	65	
36	37	75	
31	41	71	
46	47	85	
TOTALES			

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
LEVE	ÁNGULO I	LEVE
MODERADA	ÁNGULO B	MODERADA
SEVERA	ÁNGULO C	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
	14	2		16
d	C	e	O	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* \square BELLANTE NECESARIO	\square PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	\square PRÓTESIS TOTAL
* \square BELLANTE REALIZADO	\square ENDODONCIA	\square CORONA
X \square EXTRACCIÓN INDICADA	\square PRÓTESIS FIJA	\square OCLUIDO
X \square PÉRDIDA POR CARIES	\square PRÓTESIS REMOVIBLE	\square CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1		3		
2		4		

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 15/ENE/14.	Remanente Radicular - Turmefacción - dolor.	Historia clínica Prescripción médica	Amoxicilina 1 ácido clavulánico 625 mg q/10 c/8 horas por 7 días	CÓDIGO K50 FIRMA
SESIÓN 2 FECHA 20/ENE/14.	Remanente Radicular sin complicación	Reamen inbu oral. Anestesia Extracción	fumaras metilacil - Diclofenaco 50 mg v.o c/8 horas por 3 días	CÓDIGO K58 FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
C.S.U. N° 13	Jenn Omar	Pillajo Gaudencio	M	19	

MEMOR DE AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
--------------	----------	----------------------	-------------------------	-----------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VISIÓN DEL PACIENTE

Tengo la cara hinchada

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, EXTENSIÓN, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICA	2. ALERGIA ANESTÉSICA	3. HERIDA INFECCIONADA	4. TUBERCULOSIS	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. INF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------	------------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 120/80
 FRECUENCIA CARDÍACA: 60
 TEMPERATURA: 36°
 F. RESPIRATORIA: 20

6 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ASÍ COMO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ROTANDO EL SÍMBOLO

1. LABIOS	2. MUCILAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FIDO	8. CARILOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PISTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECEPCIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3) SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUJOSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GRINGIB	LEVE	ÁNGULO I	LEVE
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
				SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA
10	17	65				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	13	3	16	
d				

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- * = SELLANTE NECESARIO
- * azul = SELLANTE REALIZADO
- X rojo = EXTRACCIÓN INDICADA
- X azul = PERDIDA POR CARIES
- = PERDIDA OTRA CAUSA
- △ = ENDODONCIA
- = PROTÉSIS F.P.P.
- = PROTÉSIS REMOVIBLE
- ≡ = PROTÉSIS TOTAL
- = CORONA
- = BRILLO ORTURADO
- = RULO CARIES

SMS-MSP / HCLL-6mm 033/ 2008

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL


BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1			3		
2			4		

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONAL FIRMA NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 13/01/2013	Restos radiológicos no presentes complicaciones	História Clínica Ex. brucella	Aceon 120 mg 1#/día x 2 días	CÓDIGO FIRMA 
SESIÓN 2 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA

ESTABLECIMIENTO: C.S.U. N.º 13. NOMBRE: Edison Fabian. APELLIDO: Aguirre Tapia. SEXO (M-F): H. EDAD: 18. N.º HISTORIA CLÍNICA:

MENOR DE 1 AÑO: 1-4 AÑOS: 5-9 AÑOS PROGRAMADO: 10-14 AÑOS PROGRAMADO: 15-18 AÑOS: MAYOR DE 20 AÑOS: EMBARAZADA:

1 MOTIVO DE CONSULTA
 DESCRIBIR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE:
me duele la muela no puede dormir

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 DESCRIBIR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, EXTENSIÓN, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL:

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO: 2. ALERGIA ANESTESIA: 3. FIBRO PRAGIAS: 4. MIGRAJA: 5. TUBER CULOSIS: 6. ASMA: 7. DIABETES: 8. HIPER TENSION: 9. ENF. CARDIACA: 10. OTRO:

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL: 110/60. FRECUENCIA CARDÍACA (bpm): 70. TEMPERATURA (°C): 36. F. RESPIRAT (bpm): 20.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
 DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA MARCANDO EL MARCADO:

1. LABIOS: 2. MEJILLAS: 3. MANDÍBULA SUPERIOR: 4. MANDÍBULA INFERIOR: 5. LENGUA: 6. PALADAR: 7. FIBRO: 8. CARIBLLOS:

9. GLANDULAS SALIVALES: 10. ORO FARINGE: 11. A.T.M.: 12. GANGLIOS:

6 ODONTOGRAMA

PAINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECEPCIÓN: MARCAR "1", "2" O "3" SI APLICA.

RECEPCIÓN: 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

MOVILIDAD: 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

VESTIBULAR: 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

LINGUAL: 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78

RECEPCIÓN: 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78

MOVILIDAD: 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78

VESTIBULAR: 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	ORIGENTIS			
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE
16	17	65		MODERADA	ANGLE II	MODERADA
11	21	51		SEVERA	ANGLE III	SEVERA
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

C	P	O	TOTAL
11	4	3	18
c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* azul: SELLANTE RECEPCIÓN; * rojo: SELLANTE REALIZADO; X rojo: EXTRACCIÓN INDICADA; X azul: PERÍODONTO POR CARIES.

○: PÉRDIDA (OTRA OMBRA); △: ENDODONCIA; □: PROTÉSIS FIJA; ○: PROTÉSIS REMOVIBLE.

○: PROTÉSIS TOTAL; ○: ORONA; ○: SELL; ○: OBTURADO; ○: CARIES.

SNS-MSP / NCL/ Form 033/ 2008

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL			
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEP	CIE	PRE DEP
1				3		
2				4		

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	--------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO				
SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN 1 FECHA 05/MAR/14.	Reses oculares. sin complicaciones	Historia clínica Colocación de anestésico Extracción	Amoxicilina 500 mg. V.O c/8 horas y 7 días - no ejercicio físico - no sol. - no comer exiguo	CÓDIGO K03 FIRMA
SESIÓN 2 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 3 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 4 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 5 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 6 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 7 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 8 FECHA				CÓDIGO FIRMA
SESIÓN 9 FECHA				CÓDIGO FIRMA