



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“TÉCNICA DE DOBLE HILO Y TÉCNICA SIN
HILOS (“CORDLESS”): COMPARACIÓN
CLÍNICA EN RETRACCIÓN GINGIVAL
TEMPORAL.”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO (A)

AUTORA:

SOFÍA VERÓNICA CHANG DÍAZ

DIRECTOR ACADÉMICO:

DR. JUAN CARLOS GALLARDO BASTIDAS

Guayaquil-Ecuador

2011-2012

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecirme con salud, fuerza y sabiduría para alcanzar esta gran meta.

Agradezco a mi familia y, muy especialmente, a mis padres por su incondicional apoyo en todos mis proyectos y en cada momento de mi vida.

Quiero agradecer a mi tutor por su paciencia, orientación y sus mil consejos. También a mis profesores, que por sus enseñanzas, cimentaron la realización de este trabajo.

Y finalmente, agradezco a mis compañeros y amigos; y con mucho cariño a Diana y Kaori, por toda su ayuda, comprensión y palabras de aliento.

Dedico este trabajo a Dios, por permitirme la oportunidad de alcanzar este sueño y de servir al prójimo, siguiendo Su ley.

Dedico este trabajo también a mis padres, quienes son los pilares de mi vida y mis modelos a seguir.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: ANATOMÍA DEL PERIODONTO.....	2
1.1. ENCÍA.....	3
1.1.1. <i>Encía libre</i>	3
1.1.2. <i>Encía adherida</i>	3
1.1.3. <i>Encía interdental</i>	4
1.2. ESTRUCTURAS EPITELIALES DE SOSTÉN.....	4
1.2.1. <i>Encía bucal</i>	4
1.2.2. <i>Epitelio de surco</i>	5
1.2.3. <i>Epitelio de unión</i>	6
1.3. TEJIDO CONECTIVO TISULAR.....	6
1.4. LIGAMENTO PERIODONTAL.....	9
1.5. CEMENTO RADICULAR.....	10
1.6. HUESO ALVEOLAR.....	10
1.6.1. <i>Dehiscencia y fenestración</i>	12
1.7. IRRIGACIÓN E INNERVACIÓN SANGUÍNEA DEL PERIODONTO.....	14
CAPÍTULO 2: RELACIONES PROTÉSICO – PERIODONTALES.....	15
2.1. GROSOR BIOLÓGICO.....	15
2.2. CAUSAS DE INVASIÓN AL ESPACIO BIOLÓGICO.....	17
2.2.1. <i>Líneas de terminación subgingivales</i>	17
2.2.2. <i>Separación gingival</i>	17
2.2.3. <i>Impresiones</i>	17
2.2.4. <i>Restauraciones provisionales</i>	18
2.2.5. <i>Durante el proceso de cementación</i>	18
2.2.6. <i>Diseño de la restauración</i>	18
2.2.7. <i>Materiales restauradores</i>	21
2.2.8. <i>Otros</i>	22
2.3. LONGITUD DEL PERIODONTO.....	23
2.4. ANCHO DEL TEJIDO GINGIVLA SUPRACRESTAL.....	24

2.5. BIOTIPOS PERIODONTALES.....	24
2.6. OPCIONES DE TRATAMIENTO FRENTE A LA INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO.....	26
2.7. LOCALIZACIÓN DEL MARGEN PROTÉSICO.....	32
2.7.1. <i>Margen supragingival y yuxtagingival</i>	33
2.7.2. <i>Margen subgingival</i>	34

CAPÍTULO 3: MÉTODOS DE RETRACCIÓN GINGIVAL EN PRÓTESIS

FIJA	36
3.1. MÉTODO MECÁNICO.....	37
3.1.1. <i>Bandas de cobre o de aluminio</i>	38
3.1.2. <i>Dique de goma</i>	38
3.1.3. <i>Magic FoamCord (Coltène Whaledent)</i>	39
3.2. MÉTODO MECÁNICO – QUÍMICO O COMBINADO.....	40
3.2.1. <i>Traxodent Hemodent Paste Retraction System (Premier Products Company)</i>	41
3.2.2. <i>Gingitrac (Centrix)</i>	41
3.3. MÉTODO QUIRÚRGICO.....	42
3.3.1. <i>Electrocirugía</i>	42
3.3.2. <i>Curetaje gingival rotatorio (Gingettage)</i>	43
3.3.3. <i>Láser</i>	44

CAPÍTULO 4: MATERIALES DE IMPRESIÓN Y CUBETAS EN PRÓTESIS

FIJA	45
4.1. MATERIALES DE IMPRESIÓN.....	45
4.1.1. <i>Materiales no elásticos</i>	46
4.1.2. <i>Materiales elásticos</i>	46
4.2. CUBETAS.....	52
4.2.1. <i>Cubeta estándar</i>	52
4.2.2. <i>Cubeta individual</i>	53

CAPÍTULO 5: HILOS RETRACTORES.....55

5.1. GENERALIDADES DEL HILO RETRACTOR.....	55
5.2. SUSTANCIAS QUÍMICAS.....	59
5.3. CLORURO DE ALUMINIO.....	61
5.4. SULFATO FÉRRICO.....	62
5.5. TÉCNICAS DE COLOCACIÓN DE HILOS RETRACTORES.....	64

5.5.1. <i>Técnica de un solo hilo</i>	65
5.5.2. <i>Técnica de doble hilo</i>	66
5.5.3. <i>Técnica selectiva de doble hilo</i>	66
5.6. EFECTOS DE HILOS RETRACOTRES EN EL PERIODONTO.....	70
CAPÍTULO 6: EXPASYL™: SISTEMA DE RETRACCIÓN GINGIVAL SIN HILO (“CORDLESS”)	71
6.1. JUSTIFICACIÓN.....	71
6.2. INDICACIONES.....	72
6.3. CONTRAINDICACIONES.....	73
6.4. PRESENTACIÓN.....	73
6.5. COMPONENTES.....	74
6.6. MECANISMO DE ACCIÓN.....	74
6.7. TÉCNICA DEL USO DE EXPASYL.....	75
6.8. ALMACENAMIENTO.....	78
6.9. VENTAJAS.....	79
6.10. DESVENTAJAS.....	79
6.11. EFECTO DEL EXPASYL SOBRE EL PERIODONTO.....	79
6.12. COMPARACIÓN CLÍNICA ENTRE EXPASYL E HILOS RETRACTORES CON HEMOSTÁTICOS.....	80
6.13. OTROS ESTUDIOS.....	81
MATERIALES Y MÉTODOS	83
RESULTADOS	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	113

RESUMEN

Introducción

Se han empleado diferentes técnicas para lograr una efectiva retracción gingival sin lesionar los tejidos periodontales, sin embargo suelen acompañarse de ciertas desventajas durante la práctica clínica. Es preciso recurrir a técnicas innovadoras y simples que faciliten la manipulación de los tejidos gingivales. Se comparará los efectos de la pasta Expasyl e hilos retractores impregnados con cloruro de aluminio en la retracción gingival, control en la hemorragia y comodidad para el paciente.

Metodología

Se incluyeron 20 pacientes que requerían de prótesis fija en el estudio. Al azar, se colocó dos hilos retractores impregnados en $AlCl_3$ (ViscoStat Clear, Ultradent) y Expasyl (Kerr Corp.) previo a la toma de impresión en 10 pacientes, cada uno. Se observaron bajo estereomicroscopio el desplazamiento gingival en los modelos vaciados.

Resultados

El uso de Expasyl produjo relativamente mayor control de la hemorragia y menor dolor postoperatorio, en comparación con el uso de hilos retractores impregnados. Los valores obtenidos no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, hubo diferencia significativa en la retracción gingival del Expasyl e hilos impregnados, siendo estos últimos los que produjeron mejor desplazamiento de los tejidos.

Palabras clave: retracción gingival, hilos retractores, Expasyl.

INTRODUCCIÓN

La finalidad del uso de retractores gingivales en prótesis fija es de exponer temporalmente los márgenes gingivales de la preparación tallada, permitiendo que se aloje el material de impresión. Al obtener un registro preciso de la preparación, el técnico dental podrá fabricar satisfactoriamente una restauración que se ajuste de manera biológica, funcional y estéticamente.

El objetivo del presente estudio consiste en comparar los resultados clínicos de dos técnicas de retracción gingival: técnica de doble hilo, impregnados en hemostático, cloruro de aluminio (ViscoStat Clear®, Ultradent); y técnica sin hilo, o tipo “cordless”, mediante la pasta Expasyl® (Kerr Corp.).

Entre los objetivos específicos:

- Determinar cuál de las técnicas produce mejor desplazamiento gingival.
- Destacar cuál técnica tiene mayor control sobre la hemorragia.
- Establecer cuál de las técnicas produce menor incomodidad al paciente.

Para esto, se incluyó en el estudio a 20 personas que requerían de prótesis fija. Previo a la toma de impresión y de manera aleatoria, se colocó dos hilos retractores impregnados en cloruro de aluminio en 10 pacientes y pasta Expasyl a otros 10. Luego, se vaciaron los modelos y se observaron bajo estereomicroscopio la distancia del desplazamiento gingival. Se encuestó al paciente del grado de incomodidad y la hemorragia se determinó al momento de la toma de impresión.

CAPÍTULO 1: ANATOMÍA DEL PERIODONTO

El periodonto (*gr.* peri: alrededor; odontos: diente) comprende los tejidos que rodean al diente. Es también llamado “aparato de inserción” o “tejidos de sostén de los dientes”, que tiene la función de mantener a los dientes adheridos al tejido óseo de los maxilares y a la vez que mantiene la superficie masticatoria de la cavidad bucal íntegra. Se compone de los siguientes tejidos: (1)

- Ligamento periodontal
- Cemento radicular
- Hueso alveolar
- Encía

Se diferencia a la mucosa bucal en *mucosa masticatoria*, que es la que recubre el paladar duro y la encía propiamente dicha, *mucosa especializada*, que tapiza la cara dorsal de la lengua, y lo remanente es cubierto por *mucosa de revestimiento*. (1)

1.1. ENCÍA

La encía es parte de la mucosa masticatoria que se localiza en la apófisis alveolar y rodea el tercio cervical de los dientes. Topográficamente se diferencia en 1) encía marginal o libre, 2) encía insertada o adherida, y 3) encía o papilas interdentes. Apicalmente, la encía continúa con la mucosa alveolar, de color rojo oscuro y de consistencia laxa, hasta llegar a la unión o línea mucogingival. (2)

1.1.1.- Encía libre

La encía libre se caracteriza por un color rosado coral, de consistencia firme, que corresponde 1.5 a 2 mm, aproximadamente, desde el sentido coronario hasta la unión cementoadamantina. Alrededor del 30-40% de los casos, se reconoce una depresión lineal superficial que separa de la encía insertada, denominada *surco gingival libre*. Posee cerca de 1 mm de ancho y puede abrirse artificialmente de la superficie dental mediante la inserción de una sonda periodontal. (1)(2)

El surco gingival es aquel espacio más coronal que rodea al diente. Es limitado por la superficie dental y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía. La sonda periodontal es el instrumento clínico que estima su profundidad. En un surco gingival sano, la profundidad de sondaje es de 2 a 3 mm. (2)

1.1.2.- Encía adherida

El surco gingival continúa con la encía adherida. Ésta se extiende apicalmente hasta la unión mucogingival, donde se continúa con la mucosa alveolar de revestimiento. Se caracteriza por una consistencia firme, color rosado coral y presenta, en el 40% de los adultos, un punteado superficial fino que le confiere un aspecto de cáscara de naranja. Se adhiere fijamente al periostio subyacente del hueso alveolar y el cemento dentario por medio de fibras de tejido conectivo. La variabilidad del ancho de la encía adherida se puede observar en diferentes zonas de la boca. Generalmente, en la región incisiva es mayor (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y

3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. Al nivel de los premolares, el ancho es mínimo (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula). (2)

1.1.3.- Encía interdental

La encía interdental es la que otorga un curso festoneado a lo largo de los dientes, puesto a que ocupa el espacio interproximal por debajo del área de contacto. Su forma depende en la relación de contacto entre los dientes adyacentes, el ancho de las superficies dentarias proximales y el delineado de la unión cemento adamantina. En los dientes anteriores éste toma una forma piramidal, ya que la papila se halla por debajo del punto de contacto; mientras que en los posteriores, su forma es más aplanada en sentido vestibulolingual o llamada en forma de “col”. (1)(2)

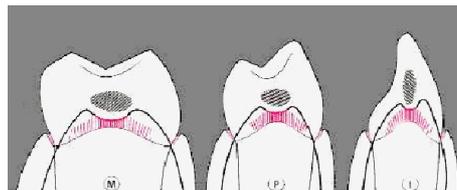


Fig. No. 1: Forma de la encía interdental dada por el punto de contacto (molar, premolar e incisivo).

Fuente: Sueng LI. **DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y OTRAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira. Perú. 2007.

1.2. ESTRUCTURAS EPITELIALES DE SOSTÉN

Bajo criterios morfológicos y funcionales, se puede diferenciar al epitelio de la encía libre en 3 partes: 1) encía bucal o externo, 2) epitelio de surco, y 3) epitelio de unión. (1)

1.2.1.- Encía bucal

La encía bucal es la que se proyecta a la cavidad bucal, cubriendo la cresta y la superficie externa de la encía marginal y superficie de encía insertada. El epitelio

es queratinizado, paraqueratinizado o una combinación de ambos; siendo el epitelio paraqueratinizado el que más prevalece. El grado de queratinización gingival disminuye con el pasar de los años y al inicio de la menopausia. (1)

En cortes histológicos, se pueden observar proyecciones del tejido conectivo subyacente que se “engranan” a las crestas epiteliales de la encía bucal. Este recorrido ondulado es el que le confiere el aspecto punteado como cáscara de naranja en la superficie de la encía. (1)

El epitelio bucal es de tipo plano estratificado queratinizado. Los estratos celulares determinan el grado de diferenciación de las células productoras de queratina y son divididas de la siguiente manera: (1)

1. Capa basal (estrato basal o geminativo)
2. Capa de células espinosas (estrato espinoso)
3. Capa de células granulosas (estrato granuloso)
4. Capa de células queratinizadas (estrato córneo)

Aparte de las células productoras de queratina, que conforma el 90% del total de células, también se encuentran los siguientes tipos de células: (1)

- Melanocitos, sintetizan la melanina que pigmenta la encía.
- Células de Langerhans, que cumplen en rol de mecanismo de defensa de la mucosa bucal.
- Células de Merkel, responsables de dar la función sensitiva.
- Células inflamatorias, que activan la respuesta inflamatoria.

1.2.2.- Epitelio de surco

El epitelio de surco es aquel que recubre el surco gingival, situado entre el esmalte y la parte superior de la encía libre. Tiene una altura aproximada de 0.5 mm Morfológicamente, es similar al epitelio bucal. Desde el punto de vista histológico, se compone de un epitelio escamoso estratificado delgado, no queratinizado que

posee la capacidad de queratinizarse en caso de que éste se revierte y es expuesto a la cavidad bucal, o si se elimina la microflora bacteriana del surco. También se considera como una membrana semipermeable que permite el paso de agentes tóxicos propios de las bacterias hacia la encía, a la vez que filtra el líquido gingival hacia el surco. (1,2)

1.2.3.- Epitelio de unión

El epitelio de unión es una banda de aproximadamente 2 mm que rodea en forma de anillo al cuello del diente. Se conforma de un epitelio escamoso estratificado no queratinizado. Las células son constantemente renovadas, migrando desde la capa basal hacia los estratos suprabasales. (1)

Es importante recalcar que el epitelio de unión, el epitelio de surco y el epitelio bucal difieren entre ellos. En lo que concierne al volumen tisular, el tamaño de las células y el espacio intercelular del epitelio de unión es mayor que en el epitelio bucal. Además de que hay menor número de desmosomas en el epitelio de unión que en el epitelio bucal. (1)

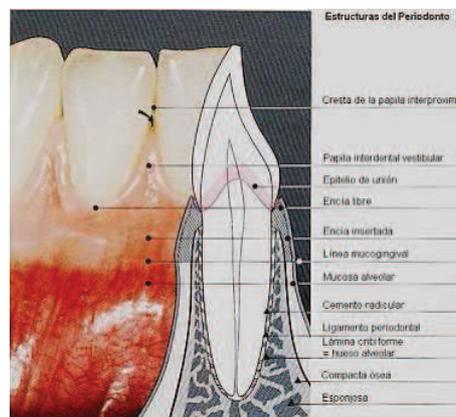


Fig. No. 2: Componentes del periodonto

Fuente: Sueng LI. **DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y OTRAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira. Perú. 2007.

1.3. TEJIDO CONECTIVO TISULAR

El tejido conectivo, o también llamado lámina propia o corion, compone su matriz de: (1)

- 60% de fibras de colágeno
- 5% aproximadamente de fibroblastos
- 35% corresponde a vasos y nervios

Esta matriz extracelular es la responsable de regular las actividades y funciones del ligamento periodontal. Las fibras de colágeno de la encía marginal, llamadas también fibras gingivales, aseguran la encía marginal contra el diente, evita que se separe del diente frente a las fuerzas de masticación, y unen a la encía marginal libre con el cemento radicular y la encía insertada contigua. Los fibroblastos son células que sintetizan ciertas fibras que promueven el desarrollo, estructura y función del aparato de inserción. (2)(3)(4)



Fig. No. 3: Haces fibrosos gingivales y periodontales.

Fuente: Sueng LI. **DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y OTRAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira. Perú. 2007.

Pese a que se disponen aleatoriamente, la mayoría de las fibras de colágeno gingivales y del ligamento periodontal se encuentran dispuestas en 4 grupos según su orientación: (1)

1. *Fibras circulares:* Haces de fibras que circundan al diente en forma de anillo. Corresponden a la encía libre e interproximal.
2. *Fibras dentogingivales:* Proyectadas en forma de abanico desde el cemento radicular supraalveolar hasta el tejido gingival vestibular, lingual e interproximal.
3. *Fibras dentoperiósticas:* Junto con las fibras dentogingivales, se proyectan desde el cemento supraalveolar hacia apical sobre la cresta ósea vestibular y lingual, hasta el tejido de la encía adherida.
4. *Fibras transeptales:* Se disponen en un trayecto recto, por encima del tabique interdental, entre el cemento supraalveolar de dientes contiguos.

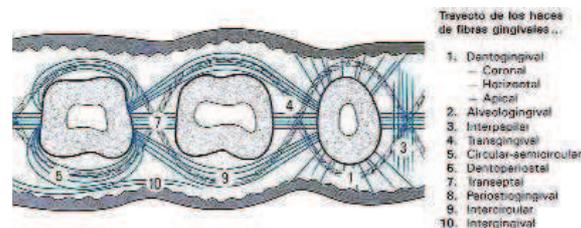


Fig. No. 4: Trayecto de los haces de las fibras gingivales.

Fuente: Sueng LI. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y OTRAS ALTERACIONES DEL PERIODONTO. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología Roberto Beltrán Neira. Perú. 2007.

Entre los elementos celulares encontramos: (1)

- *Fibroblastos*, predominantemente, son responsables de producir diversos tipos de fibras, como las colágenas, de reticulina, oxitalamo y las elásticas.
- *Mastocitos*, que produce algunos componentes de la matriz, y sustancias vasoactivas.

- *Macrófagos*, encargados de la fagocitosis. Especialmente numerosos en el tejido inflamado.
- *Células inflamatorias*

1.4.LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal es un tejido vascularizado, que se encuentra alrededor de las raíces de los dientes, entre el cemento radicular y el hueso alveolar. Las fibras principales son las fibras de colágeno de 0.25 mm aproximadamente de espesor, denominadas fibras de Sharpey. El ligamento periodontal sirve de “almohadilla”, puesto que distribuye las fuerzas generadas durante la masticación y otros contactos dentarios, en la apófisis alveolar y que son posteriormente absorbidas mediante el hueso alveolar fasciculado. (1)(2)(5)

Como aparato de suspensión seguro, el ligamento periodontal depende de las siguientes condiciones: 1) el número de haces fibrosos por unidad de superficie, y 2) la superficie radicular disponible para la inserción de fibras. (6)

Las fibras principales del ligamento periodontal pueden ser clasificadas en los siguientes grupos: (1)(2)

- *Fibras crestalveolares*: Evitan la extrusión de la pieza dentaria. Se extienden desde el cemento debajo del epitelio de unión hasta la cresta alveolar.
- *Fibras horizontales*: Distribuidos perpendicularmente al eje longitudinal del diente, desde el cemento hasta el hueso alveolar.
- *Fibras oblicuas*: Se encuentran entre el cemento, hacia coronal y oblicua, hasta el hueso. Es el grupo más voluminoso del ligamento periodontal, facilitando la transmisión de la tensión masticatoria vertical hacia el hueso alveolar.
- *Fibras apicales*: Recorren irregularmente desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo.

A medida que el diente erupciona, las fibrillas provenientes del cemento y del hueso se proyectan aleatoriamente hacia el espacio del ligamento periodontal. Progresivamente, aumentan tanto en longitud y grosor hasta llegar a fusionarse. Las fibras son sometidas en estado de remodelación y, posteriormente, son organizadas en haces dirigidas una vez que el diente entra en oclusión y función. (1)

1.5.CEMENTO RADICULAR

El cemento es un tejido calcificado especializado que recubre las superficies radiculares, y en algunos casos, pequeñas porciones de la corona dentaria. Carece de riego sanguíneo, vasos linfáticos y nervios. No es remodelado ni sufre de resorción fisiológica, pero sí se deposita durante el largo de la vida. El cemento brinda inserción a las fibras de ligamento periodontal, y a la vez que favorece el proceso de reparación de la superficie radicular si ésta ha sido lesionada. (1)

Se reconocen tres formas de cemento: (1)

- *Cemento acelular con fibras extrínsecas*: Encargado de fijar el diente al hueso fasciculado. Se halla en las porciones coronal y media de la raíz y contiene principalmente fibras de Sharpey.
- *Cemento celular mixto estratificado*: Situado en el tercio apical y en las furcaciones. Contiene fibras extrínsecas e intrínsecas y cementocitos.
- *Cemento celular con fibras intrínsecas*: En su mayoría, se encuentra en lagunas de resorción. Contiene fibras intrínsecas y cementocitos.

Los cementocitos son células que anidan en lagunas del cemento radicular que poseen la capacidad de comunicarse entre ellos mediante prolongaciones citoplasmáticas que atraviesan los canaliculos del cemento. Gracias a estas prolongaciones, los cementoblastos de la superficie, los cuales secretan la matriz de cemento orgánico, y la presencia de cementocitos permite el paso de nutrientes a

través del cemento de tal manera que favorece el mantenimiento de la vitalidad del mismo. (7)

1.6. HUESO ALVEOLAR

La apófisis alveolar es una estructura del maxilar y la mandíbula que le propina forma y sostén a los alveolos dentarios. Se conforma junto al cemento radicular y el ligamento periodontal, el aparato de inserción. (1)(2)

El hueso alveolar se compone de 2 tipos de tejidos:

El “hueso cortical”, también llamado lámina dura, que recubre las paredes de los alveolos dentarios, y “hueso esponjoso”, que ocupa el espacio entre los alveolos (tabiques interdentes) y una pequeña parte de las tablas óseas vestibulares y palatinas. (1)(2)

Las trabéculas óseas del hueso esponjoso se disponen de manera como lo exijan las funciones de los dientes. En la región de los molares, la tabla ósea es más gruesa tanto en la tabla vestibular como en la palatina. Por el contrario, la región anterior es comparativamente más delgada. (1)(2)

La lámina dura contiene pequeñas perforaciones llamadas conductos de Vokmann. Por ellos pasan vasos sanguíneos, vasos linfáticos y fibras nerviosas que se proyectan en el espacio periodontal. Es de recalcar que en esta capa de hueso se insertan las fibras de Sharpey provenientes del cemento radicular. (1)

Durante el crecimiento fetal, el hueso alveolar se forma de manera que los osteocitos se albergan en espacios o “lagunas” en su matriz calcificada. Estos osteocitos emiten prolongaciones que llevan los respectivos nutrientes, oxígeno y desechos metabólicos a través de los canalículos organizados por las lagunas. Los

osteoblastos, siendo las células responsables de la producción de la matriz orgánica ósea, permite el crecimiento de hueso por el proceso de aposición. (2)

En el hueso cortical albergan unidades funcionales denominadas osteones, o sistema de Havers. Los osteones se constituyen por un canal de Havers donde se sitúa un vaso sanguíneo, que en conjunto con los vasos conectores de los conductos de Volkmann, permite la nutrición del hueso. Se disponen alrededor de 4 a 20 laminillas alrededor del canal donde existen lagunas que alojan células óseas, como osteocitos u osteoblastos, y fibras colágenas. (1)

Debido a la erupción compensatoria por el desgaste masticatorio y la constante migración de los dientes, el hueso alveolar se adapta mediante el proceso de remodelación. Las trabéculas óseas y el hueso cortical son reabsorbidos y disueltos por células especializadas llamadas osteoclastos. Los osteoclastos disuelven la matriz orgánica ósea mineralizada (hueso, dentina, cemento) mediante la liberación de ácidos, creando depresiones llamadas lagunas de Howship. Poco tiempo después, los osteoblastos llegan a depositar nuevo hueso. (1)

1.6.1.- Dehiscencia y fenestración

En ciertos casos se pueden observar defectos del hueso alveolar, tales como la dehiscencia y la fenestración. Dehiscencia indica la pérdida de la cortical ósea que compromete el margen del hueso alveolar. Ésta se extiende a lo largo de la raíz, exponiendo su superficie, y puede ser acompañado con o sin recesión gingival. Fenestración es la pérdida parcial de la cortical ósea a nivel del ápice radicular, sin comprometer el margen del hueso alveolar. (2)(8)(9)



Fig. No. 5: Dehiscencia.

Fuente: Alarcón C. CASO CLÍNICO- RECESIÓN GINGIVAL, FENESTRACIÓN ÓSEA, BIO TIPO PERIODONTAL FINO (1RA PARTE). Disponible en: <http://www.clinicaperiodoncia.cl/?p=211>. Enero 17, 2011.

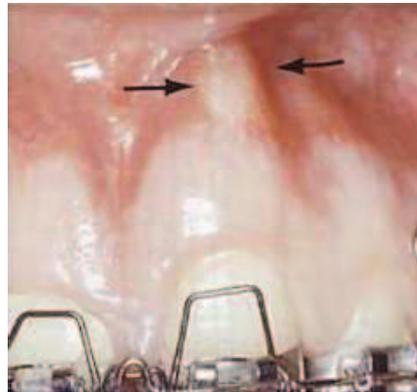


Fig. No. 6: Fenestración.

Fuente: Graber TM, Vanarsdall RL, Vig KWL. ORTODONCIA: PRINCIPIOS Y TÉCNICAS ACTUALES. España: Elsevier, 2006. p. 201.

Tanto la dehiscencia como la fenestración se presentan en el 20% de los dientes, aproximadamente. Se registra con más frecuencia en los dientes anteriores que en los posteriores, de manera bilateral, con afección en el hueso bucal más que en el lingual. Aunque se hayan propuesto varias teorías, la causa principal es incierta. (2)

Entre las posibles causas se encuentra el trauma oclusal, anomalías durante el desarrollo, por el tamaño y posición de los dientes, patologías tanto periodontales como endodónticas, movimientos ortodónticos, etc. Existen ciertos factores que predisponen a estos defectos, tales como raíces con contornos prominentes, malposición y protrusión radicular combinado con tablas óseas delgadas. Estas

alteraciones pueden ser descubiertas durante procedimientos mucogingivales que consecuentemente pueden complicar la intervención. (2)(8)

1.7. IRRIGACIÓN E INNERVACIÓN SANGUÍNEA DEL PERIODONTO

La irrigación del ligamento periodontal provienen principalmente de las arterias dentarias superior e inferior. Sus ramificaciones transcurren por el hueso alveolar, donde emiten arterias intraseptales. Estas últimas son también llamadas ramas perforantes, ya que sus terminaciones penetran el hueso fasciculado hacia el ligamento, lugar donde se anastomosan con vasos sanguíneos provenientes de la región apical del ligamento periodontal. (1)

La irrigación de la encía está dada por las venas suprapariosteales, que son terminales de la arteria sublingual, arteria mentoniana, arteria bucal, arteria facial, arteria palatina mayor, arteria infraorbitaria y arteria dental posterosuperior. (1)

La irrigación de los tejidos duros y blandos, tanto del maxilar superior como el de la mandíbula, se da por la anastomosis de diversas arterias. Es por ello que no se debería considerar a un grupo arterial como responsables de la irrigación de ciertas regiones, sino percibirlo como una unidad, un “sistema de vasos sanguíneos”. (1)

La inervación se da por las ramas terminales sensitivas del nervio trigémino. Estas terminaciones poseen receptores que son capaces de transmitir sensaciones de dolor, el tacto y la presión. Los propioceptores del ligamento periodontal dan información acerca de los movimientos y posiciones de los dientes, por lo que posibilita la detección del estrés mecánico de la masticación y objetos entre ellos. (1)(10)(11)

CAPÍTULO 2: RELACIONES PROTÉSICO- PERIODONTALES

Al incluir las prótesis parciales fijas, removibles o coronas individuales dentro del plan de tratamiento dental, se cuenta tanto con el funcionamiento mecánico y los patrones estéticos, como la compatibilidad de éstos con las estructuras periodontales. Un tratamiento es considerado exitoso cuando coexisten armónicamente un periodonto saludable junto a las restauraciones adyacentes. Es importante recalcar ciertos factores para poder establecer una correcta interrelación protésico-periodontal. (12)

2.1. GROSOR BIOLÓGICO

El grosor biológico, también conocido como ancho biológico, complejo dentogingival o espacio biológico periodontal, es una dimensión del espacio que se

extiende desde el margen gingival hasta la cresta ósea alveolar. Basándose en estudios de la anatomía del periodonto, el espacio comprende de fibras supracrestales, epitelio de unión y el surco gingival. Una publicación realizada por Gargiulo y col. (1961), y posteriormente por Vacek (1994), observaron que las medidas en promedio resultaban de 1 mm de epitelio de inserción, 1 mm de tejido conjuntivo y 1 mm de surco gingival basándose en necropsias de pacientes. Nevins y col. (1984) consideraron que el espacio biológico como la suma de la longitud del surco gingival, el tejido epitelial y conectivo, dando un resultado de 3mm medido desde la cresta alveolar. (13)(14)(15)

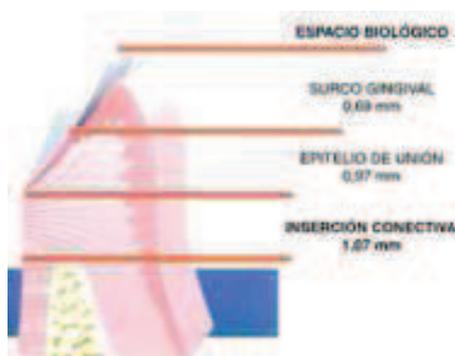


Fig. No 7: Espacio biológico

Fuente: De Rossi C. LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS: LA LESIÓN DENTAL DEL FUTURO. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 2009. p. 72.

	Según Gargiulo	Según Vacek
<i>Surco gingival</i>	0,69 mm (0,0 – 5,3)	1,32 mm (0,2 - 6,0)
<i>Epitelio de union</i>	0,97 mm (0,08 – 3,7)	1,14 mm (0,3 – 3,2)
<i>Inserción conectiva</i>	1,07 mm (0,0 – 6,5)	0,77 mm (0,2 – 1,8)

Tabla No. I: Resultados obtenidos en dos estudios que analizan la longitud de la inserción dentogingival.

Fuente: Delgado Pichel A, Inarejos Montesinos P, Herrero Climent M. ESPACIO BIOLÓGICO. PARTE I: LA INSERCIÓN DIENTE-ENCÍA. Av Periodon Implantol. 2001; 13, 2: 101-108.

2.2.CAUSAS DE INVASIÓN AL ESPACIO BIOLÓGICO

Al preservar el espacio biológico se promueve la salud gingival y el éxito de la restauración. Existen numerosas causas por las cuales se puede violar esta zona en procedimientos restauradores, entre ellas figuran: (16)

2.2.1.- Líneas de terminación subgingivales

Conduce a una inflamación crónica de la encía o recesión ósea con pérdida de inserción gingival y retracción gradual de la misma. Este tipo de preparación favorece a la estética. (17)

2.2.2.- Separación gingival

Para la obtención de modelos óptimos de las preparaciones, se recurre a la retracción gingival. Los diferentes métodos para el desplazamiento gingival, como los mecánicos, físico-químicos, electros quirúrgicos y rotatorios, permite el acceso y grosor suficiente para el material de impresión. Cada técnica cuenta tanto con ventajas como desventajas; entre lo último, ciertos riesgos en los tejidos periodontales. (16)

2.2.3.- Impresiones

Existe una variedad de materiales de impresión usados en la actualidad. Se puede contar con hidrocoloides irreversibles, hidrocoloides reversibles, polímeros polisulfuros, siliconas por adición y por condensación, poliéteres, híbridos (poliéter + siliconas) etc., que son usados de acuerdo a las indicaciones del caso. Como todo material, cada uno de ellos presenta sus ventajas y desventajas. (16)

Sin embargo, independientemente del material a utilizarse, los residuos de éstos pueden quedar atrapados en el surco gingival al momento de la toma de impresión. Con una manipulación y evaluación correcta cuando se toma impresiones, se puede evitar el daño hacia los tejidos periodontales. De tal forma que es

recomendable examinar el surco gingival para retirar cualquier residuo que haya quedado tras la toma de impresión (16).

2.2.4.- Restauraciones provisionales

Márgenes indefinidos, rugosos, sobrecontorneados y mal adaptados originan respuestas inflamatorias y una imagen antiestética. Residuos de resina acrílica y cemento provisional pueden quedar dentro del surco gingival. (16)

2.2.5.- Durante el proceso de cementación

Al dejar cemento residual subgingival, o durante el intento de eliminar dicho material sobrante. (22)

2.2.6.- Diseño de la restauración

Se toma en cuenta el contorno y el punto de contacto:

Contorno: La curvatura de las paredes coronarias de un diente natural influye en la protección y estimulación a los márgenes gingivales durante la masticación. Según Wheeler se pueden clasificar como: (A) Contorno Normal, (B) Infracontorno y (C) Sobrecontorno. (16)

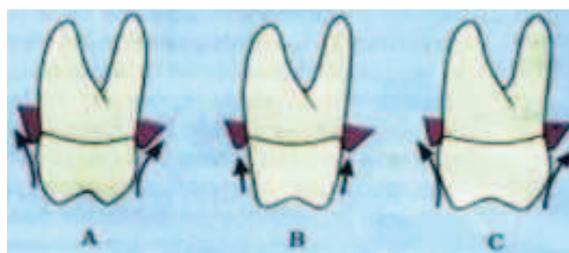


Fig. No 8: Clasificación de Wheeler.

Fuente: Salazar JR, Gimenez X. AGRESIÓN GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. Acta Odontol. Venez. Sep. 2009, 47(3), p.116-121. ISSN 0001-6365.

En casos de infracontorno, el margen gingival queda expuesto a lesiones debido al choque directo con los alimentos; mientras que en restauraciones

sobrecontorneadas, la estimulación mecánica se ve comprometida, favoreciendo así la retención de placa bacteriana y consecuentemente la inflamación gingival. No obstante el contorno ideal se alcanza cuando existe una armonía diente-encía. Shigemura (18) cita a Kusakari y col quienes sugieren un ligero infracontorno que ayude a la autolimpieza, un mejor acceso para la eliminación de placa y, como asegura Eismann (1971), estimula a la encía de manera que se promueve la salud periodontal. (16)

En resumen, se puede simplificar la clasificación en: (16)

1. **Sobrecontorno:** cuando el ángulo de apertura es mayor que el de la reposición dental y la superficie cervical.
2. **Contorno Inverso:** cuando el ángulo de apertura es igual que el de la reposición dental y la superficie cervical
3. **Infracontorno:** cuando el ángulo de apertura es menor que el de la reposición dental y la superficie cervical.

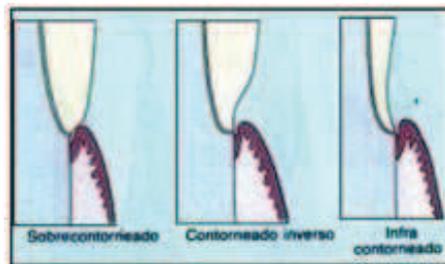


Fig. No 9: Contornos.

Fuente: Salazar JR, Gimenez X. AGRESIÓN GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. Acta Odontol. Venez, Sep. 2009, 47(3), p.116-121. ISSN 0001-6365.

Shigemura (18) también cita la teoría de Abrams, Keough y Kay que refiere a la reciprocidad entre la curvatura del diente a restaurarse y la de del tejido blando que representa la figura de “ala de gaviota”. Éste perfil se forma por vestibular entre la protuberancia de la corona y la forma de la encía.

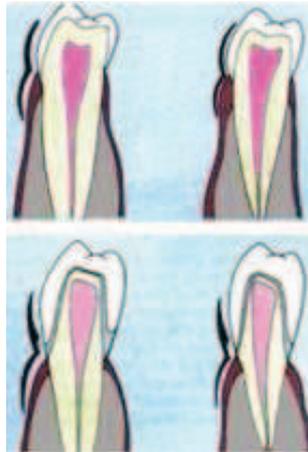


Fig. No 10: Protuberancia de la corona, “ala de gaviota”.

Fuente: Salazar JR, Gimenez X. AGRESIÓN GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. Acta Odontol. Venez, Sep. 2009, 47(3), p.116-121. ISSN 0001-6365.

Shigemura (18) cita la teoría de Tjan, la cual asegura que el contorno de la corona inevitablemente produce daños sobre el periodonto, por lo que recomienda la ubicación del margen a nivel supragingival. Debido a que no es aplicable en todos los casos, el margen de la restauración puede descansar dentro del surco, sin tocar el epitelio de unión.

El “perfil de emergencia” es el punto en el que el tejido duro surge del blando. Hagiwara e Igarashi (19) en su publicación citan a Stein y Kuwata, quienes afirman que una terminación rectilínea debajo del margen gingival facilitará la higiene, mientras que Ross y col. cercioran que al haber una convexidad a nivel subgingival se evita el engrosamiento de la encía libre y depósito de placa bacteriana.

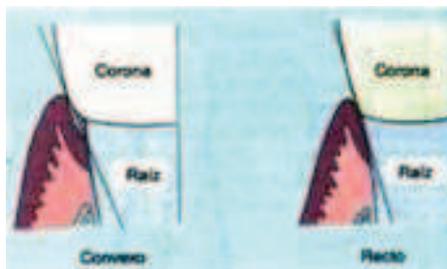


Fig. No 11: Perfil de emergencia.

Fuente: Salazar JR, Gimenez X. AGRESIÓN GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. Acta Odontol. Venez, Sep. 2009, 47(3), p.116-121. ISSN 0001-6365.

Hagiwara (19) también reconoce a Keough y Kay, quienes concuerdan que el margen subgingival convexo proporciona la encía de manera más natural con la desventaja de que dificulta la limpieza mecánica por el cepillo y la instrumentación, eventualmente provocando gingivitis. Por ende, comparten la ideología de Stein y Kuwata acerca de la terminación rectilínea.

- **Punto de contacto:** Salazar (16) menciona en su artículo a Boner (1983) y Rossi (2004), quienes indican que al haber salud periodontal, la altura del punto de contacto determina la concavidad del “col”. Los nichos interproximales son ocupados por la encía papilar, la cual posee un epitelio escamoso estratificado de pocas capas celulares y poca queratinización, además de ser de difícil acceso para la limpieza. Por consiguiente el buen cuidado de ellas descarta la posibilidad de su alteración, pudiendo asumir de un margen gingival incorrecto, contorno proximal exagerado y/o nichos muy pequeños.

2.2.7.- Materiales restauradores

Se consta de varios estudios acerca de las propiedades físicas y químicas de los diferentes materiales empleados en odontología restauradora, pero son pocos los que describen los efectos de éstos sobre tejidos biológicos.

Willershausen y col. (20) en el 2001, y Paolantonio y col. (21) en el 2004, evaluaron diversos materiales restauradores sobre el tejido gingival en un lapso de 6 meses y 1 año, respectivamente. Entre los materiales estudiados incluyen restauraciones a base de amalgama, aleaciones de oro, cemento de vidrio ionomérico y resina compuesta. Ambos estudios concluyeron que en contacto con la encía, la resina es más propensa a producir inflamación gingival e incrementa la cantidad de bacterias anaeróbicas Gram negativas, las cuales dan origen a la enfermedad periodontal, encontradas a nivel subgingival.

2.2.8.- Otros

Entre otros motivos como por querer obviar el alargamiento de corona quirúrgico, ganar retención para la restauración, querer reducir gastos y tiempo de tratamiento, evitar la hipersensibilidad radicular, por desconocimiento de las bases biológicas, etc. se invade el espesor biológico. (22)

Machón realizó un estudio que las causas más frecuentes de invasión del espacio biológico son dadas por caries, márgenes subgingivales de restauraciones y fracturas dentales. (12)

Siempre que se invade el ancho biológico, habrá mayor acúmulo de placa bacteriana, inflamación gingival, así como una pérdida de inserción (bolsas periodontales), hiperplasia gingival, recesión del tejido blando marginal, pérdida ósea horizontal y/o vertical (defectos infraóseos), mayor exposición a la caries dental y mayor desajuste de la restauración. La encía marginal de los dientes afectados se torna a una coloración rojo-azulada llamada “síndrome azul”. (23,24)



Fig. No 12: Margen subgingival iatrogénico (“síndrome azul”)

Fuente: Mallat Callís E, Mallat Desplats E, et al. **PRÓTESIS FIJA ESTÉTICA. UN ENFOQUE CLÍNICO E INTERDISCIPLINARIO.** España: Elsevier; 2007. p. 30

Se puede prevenir la invasión del espacio biológico, antes de realizar cualquier restauración que involucre el margen subgingival, midiendo con una sonda periodontal la distancia entre el margen gingival libre y la cresta ósea, utilizando anestesia local. Al conocer las medidas del grosor biológico, es posible determinar la correcta ubicación del margen dentro del surco gingival. Rossi et al (25) señalan que al no presentar suficiente estructura dentaria se puede recurrir al alargamiento de corona quirúrgica o la erupción forzada mediante tracción ortodóntica, siempre conservando un grosor biológico de al menos 2 mm entre la cresta alveolar y la unión cemento-esmalte. Indican que de esta modo se asegura la salud del aparato de inserción. (22)

Ahora, cuando se habla del espacio biológico no solamente se debe concentrar en la longitud de la inserción gingival. Entre otros parámetros que lo constan se encuentra el grosor de la encía, el biotipo periodontal y la profundidad del surco gingival. Al conocer sobre este sistema íntegro, se comprende de mejor manera la morfología del tejido gingival supracrestal. (26)

2.3.LONGITUD DEL PERIODONTO

La dimensión transversal, la anchura de la encía, guarda relación con la longitud del periodonto. La extensión que ocupa los componentes epiteliales y conectivos varía entre las personas, e incluso en uno mismo. Por ende, es importante considerarlo para evitar su invasión, especialmente en alargamientos de la corona clínica. (26)

1. La adherencia epitelial es mayor en pacientes más jóvenes. El promedio es de 1,35 mm hasta los 24 años de edad, aproximadamente. Éste va disminuyendo a 0,71 mm aproximadamente a los 39 años. Con respecto a los dientes, son los molares los que presentan mayor longitud. Los molares poseen un promedio de 1,54 mm, mientras que los incisivos 1,19.
2. La inserción conectiva, según Vacek y cols., es menos variable: $0,7 \pm 0,29$ mm.

Los sujetos jóvenes presentan un surco gingival menos profundo, la adherencia epitelial más larga y la cresta ósea más coronal. La distancia entre la unión amelocementaria con la cresta es menor de 1 mm antes de los 20 años de edad. En cambio, los adultos tienen la adherencia epitelial más corta y la cresta ósea más alejada de la unión amelocementaria (2,15 mm, aproximadamente). Esto se debe, cuando hay salud periodontal, a la erupción activa en sujetos mayores. (26)

2.4. ANCHO DEL TEJIDO GINGIVAL SUPRACRESTAL

El espesor de la encía es relevante por tres motivos (26):

1. Por la relación entre el ancho y la longitud periodontal.
2. Por la relación de la anchura con el biotipo periodontal.
3. El grosor de la encía es uno de los factores claves para el tipo de cicatrización luego de la remodelación ósea. Una encía fina suele sufrir recesiones después de la cirugía, mientras tanto que una gruesa tiende a volver a su posición original.

2.5. BIOTIPOS PERIODONTALES

Antes de realizar cualquier tratamiento restaurador o técnica quirúrgica periodontal, es imperativo meditar sobre las consideraciones pre, peri y posquirúrgicas del biotipo periodontal del cual se va a intervenir. Se puede clasificar a los biotipos periodontales en cuanto al grosor: biotipo periodontal fino y biotipo periodontal grueso o aplanado. A continuación se detallan las particularidades que diferencian a cada uno de ellos: (24)



Fig. No 13: Biotipo fino frente a biotipo grueso.

Fuente: Delgado Pichel A, Inarejos Montesinos P, Herrero Climent M. **ESPACIO BIOLÓGICO. PARTE I: LA INSERCIÓN DIENTE-ENCÍA.** Av Periodon Implantol. 2001; 13, 2: p. 105.

El biotipo periodontal fino se caracteriza por tener márgenes gingivales finos y festoneados. Los tejidos blandos son delicados y friables. A la vez, presentan una banda estrecha de encía queratinizada y ligeras convexidades a nivel del tercio cervical de las superficies vestibulares. Las papilas interdentes son altas y estrechas. El hueso es fino, festoneado, y frecuentemente presentan fenestraciones y dehiscencias. Las coronas son largas y cónicas con puntos de contacto finos. Habitualmente, los puntos de contacto se ubican en el tercio incisal u oclusal, y son estrechas en sentido vestibulo-lingual. Los dientes tienen forma triangular y las cúspides en los dientes posteriores son prominentes. Las raíces se definen como convexas y prominentes. (24)(27)

En cambio, se puede observar en el biotipo periodontal grueso, márgenes gingivales grueso y levemente festoneado. Los tejidos blandos son más densos y

considerablemente más fibróticos. Hay grandes cantidades de encía queratinizada. Las convexidades en el tercio cervical de las superficies vestibulares son más prominentes que las del biotipo fino. Las papilas son cortas y más anchas. El hueso alveolar es grueso, ancho y más plano. Las coronas son cortas y cuadradas con puntos de contacto anchos. Los puntos de contacto son más anchos en sentido vestibulo-lingual y se localizan más apicalmente. En sectores posteriores, las cúspides son más planas. Sus raíces o contornos radiculares son, también, aplanados. (24) (27)

2.6. OPCIONES DE TRATAMIENTO FRENTE A LA INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO

Como se mencionó anteriormente, hay diversas causas por las cuales se puede invadir el espacio biológico, entre ellas las restauraciones sobreextendidas, durante el tallado, en el cementado de restauraciones, etc. Cualquier diente cuyo espacio biológico sea invadido, y dependiendo de la susceptibilidad del huésped, se produce una inflamación y patología periodontal en corto plazo. Al no cumplir con los requisitos necesarios para devolver la integridad al diente a tratar y mantener la salud periodontal, se induce una constante irritación a los tejidos que poco a poco deteriora su capacidad de sellado y protección. (22)(24)

La manera en el que los tejidos responde se ve atribuido por: (26)

- La cantidad, densidad y dirección de las fibras de tejido conectivo.
- La densidad del trabeculado óseo
- La localización de los vasos sanguíneos y su emergencia desde la cresta ósea.
- La interacción inmunológica entre las bacterias y el huésped.

Frente a la agresión, el periodonto puede reaccionar de diferentes maneras. Una de ellas es mediante la *pérdida de la cresta ósea*, con la formación de una bolsa

infraósea. Otra es por una *recesión gingival y pérdida ósea localizada*, que es más común cuando hay crestas finas. Esto se debe al número de células pluripotenciales, que pueden diferenciarse en osteoblastos, que se hallan en el hueso medular. Al ser tan escaso, la capacidad de osteogénesis es casi nula, complicando la recuperación tras una reabsorción postquirúrgica. La *hiperplasia gingival* se manifiesta mayoritariamente en periodontos gruesos, especialmente en espacios interproximales, comprometiendo así la estética. Generalmente se observa en dientes con márgenes de restauraciones subgingivales con erupción pasiva alterada. Aquí, la pérdida de hueso es mínima y es posiblemente el cuadro con mejor pronóstico para el diente. Por último, se puede manifestar combinaciones de las respuestas mencionadas.(26)

Conjuntamente a sus particularidades opuestas, la manera en que los biotipos reaccionan frente a agresiones también difiere evidentemente. En un periodonto fino, al invadir espacio biológico en vestibular posiblemente conllevaría a una recesión del tejido blando marginal. Por el contrario, el biotipo grueso puede responder con la formación de bolsas infraóseas y un defecto vertical de hueso. Un periodonto “resistente” resultaría con una hiperplasia gingival. (24)

En presencia de alteraciones patológicas debido a la invasión del espacio biológico, las alternativas terapéuticas disponibles se enfocan a alargar la corona dentaria. El objetivo del alargamiento coronal es de trasladar el margen gingival hacia apical por procedimientos quirúrgicos, consiguiendo la elongación de la corona clínica y a su vez, respetar el espacio biológico de inserción. Teniendo en consideración el espacio suficiente para el tejido gingival supracrestal y una adecuada planificación, las opciones son: 1) Gingivectomía, 2) Colgado de reposición apical con cirugía ósea (osteoplastia y ostectomía) o sin cirugía ósea, 3) Extrusión ortodóncica, y 4) Extrusión quirúrgica. (22)(28)(26)

1. La **gingivectomía**, o gingivoplastia, es el procedimiento quirúrgico en el cual se realiza la excisión y eliminación de tejido gingival. Goldman (1950) la

refirió como la incorporación de un bisel externo de 45° que pretende restaurar el contorno gingival fisiológico. Actualmente, puede ser a bisel externo, interno o mixto. Primero se determina y se marca la profundidad, que será la guía para la incisión. Para esto se puede utilizar bisturí, bisturí eléctrico, tijeras o instrumentos rotatorios de alta velocidad o láser. Se realiza la incisión primaria por vestibular y lingual, y luego la secundaria por interproximal. Se retiran los tejidos separados con una cureta o una azada quirúrgica. Posteriormente, bajo constante irrigación, se retira el tejido de granulación, cálculo y cemento necrótico para dejar la raíz limpia y lisa. Finalmente, se cubre con apósito periodontal. Es indicado cuando la cresta ósea se encuentra en un nivel adecuado, cuando la distancia entre la cresta ósea - encía marginal es mayor a 3 mm. Es decir, cuando hay suficiente cantidad de encía insertada, en biotipo periodontal fino, agrandamientos fibrosos o edematosos de la encía, y en sonrisas gingivales debido a una erupción pasiva alterada. Es contraindicada cuando hay insuficiente encía insertada, debido al riesgo de exposición de la raíz. Generalmente, se completa la epitelización de la superficie en un promedio de 8 a 14 días. El tiempo para su completa cicatrización va a depender de la extensión de la superficie y la interferencia de la irritación e infecciones locales. (26)(29)



Fig. No 14: Guía con carillas de prueba para gingivectomía.

Fuente: Ejimeno L. **TINCIÓN POR TETRACICLINAS. SONRISA GINGIVAL. RETRUSIÓN DEL GRUPO ANTERIOR.** Disponible en: <http://www.disenodesonrisas.com/profesionales10.html>. 2006.

2. Al no haber suficiente encía queratinizada se recurre al **colgajo de reposición apical**. Se trata de una técnica quirúrgica que aumenta la dimensión oclusoapical de la encía adherida, se eliminan las bolsas periodontales y permite la re inserción de la bolsa infraósea. Básicamente, se realizan las incisiones liberadoras, se eleva el colgado y se elimina el rodete de tejido, se raspa y alisan las raíces y, mediante instrumentos rotatorios, se remodela el hueso.

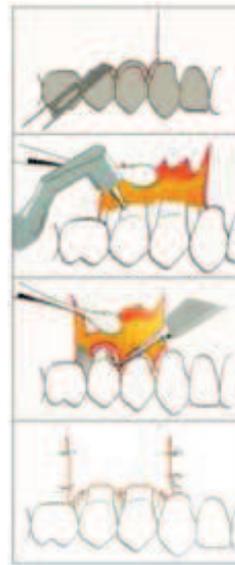


Fig. No 15: Es quema del proceso del colgajo de reposición apical.

Fuente: Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. COLGAJO DE REPOSICIÓN APICAL. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2011 Ago. 23(2)

Es el tratamiento de elección cuando hay escasez de encía insertada y se quiere exponer la superficie radicular de mínimo 3 dientes, para tanto biotipo fino como grueso (modificado a un biotipo fino y festoneado). Es contraindicado cuando no hay suficiente inserción periodontal y cuando sólo se proyecta el alargamiento en un diente, especialmente en los anteriores. (26)(30)(31)

Las ventajas de este procedimiento es que su cicatrización es por 1º intención, lo que es más rápido y menos doloroso. Como hay mayor

recubrimiento óseo por los tejidos, se evitan secuestros óseos, mejor respuesta de la encía postoperatoria, el colgajo se queda rehabilitado en los dientes tratados y se profundiza el vestíbulo. En ocasiones donde hay escasa cantidad de encía prequirúrgica, suturar firmemente y adelgazar el colgajo es uno de los pasos más importantes y a la vez dificultosos. En casos de segundos y terceros molares inferiores con vestíbulos poco profundos, se recomienda el uso de técnicas alternativas. (30)



Fig. No 16: Técnica en molares inferiores con vestíbulos poco profundos.

Fuente: Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. COLGAJO DE REPOSICIÓN APICAL. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2011 Ago. 23(2)

3. Al no contar con el contorno deseado con sólo la cirugía, se acude a la ***erupción forzada con ortodoncia***. Ésta es indicada cuando se interviene en un único diente, el cual debe de estar endodonciado y sin patología periapical. También cuando la longitud radicular dentro del hueso es adecuada, puesto que se sacrifica parte de la inserción, y la cuando la proporción corona-raíz sea proporcional para recibir su restauración posterior. El paciente debe de estar consciente de lo que conlleva el tratamiento, es decir el uso de aparatología, el número de citas, etc. Hay 2 tipos de extrusión ortodóncica: (22)(26)(28)
 - a. ***Extrusión rápida o erupción forzada con fibrotomía***: La aplicación de fuerza sobre uno o varios dientes que no tengan férula o suficiente espacio biológico sin afectar los tejidos blandos o duros, de manera

rápida. Está indicado en tratamientos de defecto infraóseo aislado, en fracturas verticales en un diente aislado, y en caso de deformidades del tejido blando (especialmente en el sector anterior). Una vez que el diente esté propiamente endodonciado, se colocan pernos que se enganchan a un alambre o a un elástico. Luego, se féruliza fijamente los dientes adyacentes, ya sea con un alambre o con aparatología removible, y se procede a activar el elástico o alambre con movimientos rápidos para que ejerza fuerzas de tracción. Mediante fibrotomías, se evita mover el aparato de inserción junto con el diente durante su extrusión. Habitualmente, se requiere de 3 meses de retención post-tratamiento para evitar recidivas. (22)

- b. **Extrusión lenta o erupción forzada:** Es el movimiento ortodóncico hacia coronal, mediante una suave y continua fuerza, a la vez que se alteran los tejidos blandos y el hueso que los rodea. Ésta modifica la relación espacial entre los dientes de la arcada superior e inferior. Se desvitaliza el o los dientes a tratarse y se ejercen fuerzas lentas y continuas de extrusión. No se ejecutan fibrotomías para que el periodonto se desplace con el diente. (22)

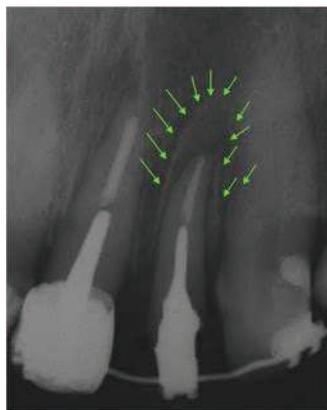


Fig. No 17: Vista radiográfica de la extrusión ortodóncica forzada.

Fuente: Complementación académica para residentes de la Especialidad de Ortodoncia de la USMP. EXTRUSIÓN DE DIENTES POR MOTIVOS PROTÉSICOS. <http://ortodnciavirtua3.blogspot.com/2009/09/extrusion-de-dientes-por-motivos.html> 2009.

4. Con la *extrusión quirúrgica* se consigue tejido dentario supracrestal sano, sin eliminar tejido de soporte, propinando espacio para el grosor biológico y, posteriormente, la recuperación de la función y estética. Este procedimiento se basa en la avulsión del diente, manteniendo las tablas óseas intactas. Al tener el diente luxado, se lo mueve hacia coronal dentro del mismo alveolo hasta que esté en la posición deseada. Finalmente, se lo fija mediante la férulización de los dientes contiguos o con una sutura interdental. Se encuentra indicado en casos que se requieren respuestas rápidas para determinar la evolución de dientes o restos radiculares con pronóstico incierto. Entre las posibles complicaciones dadas por el traumatismo quirúrgico está la reabsorción radicular, la anquilosis o la pérdida de hueso marginal. (22)

2.7.LOCALIZACIÓN DEL MARGEN PROTÉSICO

Uno de los factores que suele asociarse con la inflamación de los tejidos gingivales es la ubicación del margen de restauraciones indirectas. Pese a que una correcta preparación no asegura una restauración idónea, son los tejidos los que más reaccionan frente a la violación de los principios de preparación. La reducción axial inadecuada y márgenes excesivamente subgingivales son dos de las causas más comunes de inflamación gingival y periodontal, produciendo sobrecontornos e invadiendo el epitelio de inserción y el grosor biológico, respectivamente. Este tipo de restauración comprime la encía interproximal y las papilas, al igual que compromete la correcta higiene y remoción de placa bacteriana por parte del paciente. El margen de la preparación puede situarse a tres niveles, que son supragingival (encima del tejido), yuxtagingival (al nivel del tejido) y subgingival (debajo del tejido). (24)(32)(33)

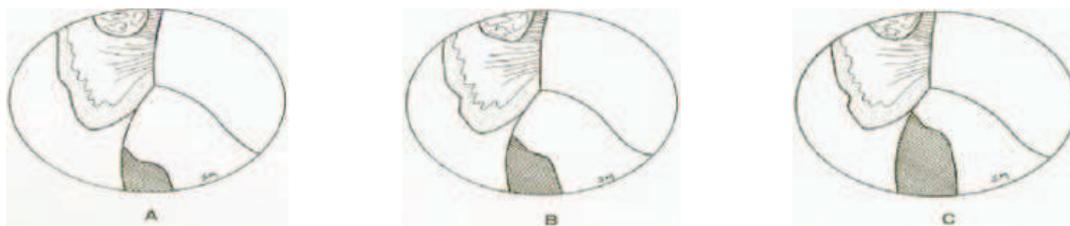


Fig. No 18: A) Preparación supragingival. B) Preparación Yuxtagingival. C) Preparación Intrasulcular o Subgingival.

Fuente: Carrión M. **PRINCIPIOS PERIODONTALES I.** Disponible en: <http://principiosperiodontales.blogspot.com>. 2007.

2.7.1.- Margen Supragingival y Yuxtagingival

El margen supragingival y el yuxtagingival son de fácil ubicación, ya que no requieren de manejo tisular. Para este tipo de margen es necesario utilizar materiales restauradores, como la porcelana feldespática o prensada, que exhiba mayor translucidez cervical. La cantidad de desgaste requerido será dado por el tipo de material restaurativo. Tanto el margen supragingival como yuxtagingival son los ideales para evitar enfermedades periodontales iatrogénicas.(33)(34)

Las ventajas de una terminación supragingival son: (32)

- Facilidad en toma de impresiones.
- Fácil evaluación de las preparaciones y las restauraciones.
- Control de placa mejorado.
- Mejor acceso para el terminado, recontorneado y la remoción de excesos de cemento.

Pese a las ventajas que presentan este tipo de margen, las exigencias estéticas actuales dictan que los márgenes se escondan debajo de los tejidos gingivales. Los pacientes son muy observadores y se percatan de pequeños detalles que de otra manera no se revelarían en posiciones fisiológicas normales, como en la sonrisa. Teniendo en cuenta que la encía tiende a migrar, es necesario considerar las medidas apropiadas al preparar márgenes subgingivales. Por otro lado, una preparación interproximal yuxtagingival o supragingival no proveería al técnico del laboratorio el

espacio adecuado para crear un perfil de emergencia suave. Esto último podría resultar en restauraciones desbordantes, sobrecontorneados, triángulos negros, un aspecto de dientes cuadrados, o invadir las papilas interdentes. (32)

2.7.2.- Margen Subgingival

Estéticamente hablando, el margen subgingival sería el más indicado. Esto se aplica especialmente cuando se involucran los dientes anterosuperiores. A diferencia del margen intracrevicular, el cual se sitúa entre el diente y el epitelio de unión sin invadirlo, el margen subgingival invade el grosor biológico, ubicándose dentro de la unión dentogingival. Esto implica un mayor sangrado y recesión gingival, comprometiendo así, la salud periodontal. A raíz de esto, se debe de considerar ciertos puntos antes de realizar la preparación, como: (22)(24)(32)(33)

- Medir el surco gingival preoperatorio.
- Respetar el espacio biológico.
- Seleccionar adecuadamente el diámetro de la fresa a emplearse.
- Retracción gingival atraumático para minimizar laceraciones (p.ej. hilos retractores)

Al crear una restauración con margen subgingival que invade el grosor biológico, que mide aproximadamente 2 mm, eventualmente tendrá repercusiones sobre los tejidos circundantes. Al ser violado, se produce una respuesta inflamatoria como mecanismo de defensa. Esto acelera la pérdida ósea para dar más espacio a que se adhiera tejido conectivo nuevo, lo que implica la formación de bolsas periodontales profundas. Entonces se concluye que una restauración que invade de grosor biológico se sacrificaría parte del hueso, tejido conectivo y encía adherida. (35)

Schätzle y colaboradores hicieron una investigación que relacionaba las restauraciones subgingivales con la pérdida de inserción. Inicialmente, se determinó que la medida promedio de pérdida de tejido de inserción en dientes con márgenes

subgingivales fue de 0,78 mm; mientras que la de los controles fue de 0,57 mm. Luego de 19 años, el promedio de pérdida de inserción en el grupo experimental fue de 1,58 mm, el cual es significativamente mayor al del grupo de control que fue de 1,12 mm. Se concluyó que las restauraciones con márgenes que se extienden subgingivalmente sufren considerablemente mayor pérdida de inserción. Esto último se puede reconocer especialmente en los primeros tres años luego de haberse realizado la restauración. (36)



Fig. No 19: A) Inflamación gingival asociada a corona con margen subgingival B) Recesión gingival posterior a cementación de prótesis fija.

Fuente: Ardila Medina CM. INFLUENCIA DE LOS MÁRGENES DE LAS RESTAURACIONES SOBRE LA SALUD GINGIVAL. Av. Odontostomatol. 2010 Mar-Abr. 26(2).

Un estudio realizado por Rabeah y col. se investigó sobre los efectos de las restauraciones fijas en el número y tipos de bacterias cariogénicas. Mediante curetas estériles, se tomaron muestras de placa bacteriana de coronas o puentes fijos y de dientes naturales contiguos sin restauraciones de 38 sujetos. Se determinó que hay más bacterias en dientes con restauraciones que en dientes naturales, entre ellas se encontraron *Streptococcus mutans*, especies de *Lactobacillus* y especies de *Actinomyces*. A la vez que el conteo de bacterias cariogénicas fue mayor en coronas con márgenes subgingivales que en márgenes supragingivales o yuxtagingivales. (37)

CAPÍTULO 3: METODOS DE RETRACCIÓN GINGIVAL EN PRÓTESIS FIJA

En prostodoncia fija, la separación, o retracción, gingival es el término dado para la retracción del tejido gingival que, de manera temporal, expone los márgenes de la preparación tallada. Tiene como fin, proporcionar espacio en sentido lateral y vertical entre el margen gingival y la línea de terminación para el acceso del material de impresión y para controlar los fluidos gingivales sin perjudicar a los tejidos (38).

Cabe recalcar que antes de comenzar cualquier tratamiento restaurador, los tejidos periodontales deben de estar completamente sanos; también, hay que identificar el biotipo fino, donde hay pequeña cantidad de encía adherida, por lo que pueden provocar retracciones gingivales traumáticas de manera irreversible (38).

Los tres criterios que debe cumplir un material de retracción gingival son: (39)

1. Efectividad en el desplazamiento de la encía y hemostasia
2. Ausencia de lesión irreversible de la encía
3. Escasos efectos sistémicos desfavorables.

Los objetivos de la retracción gingival, según describió Craig en 1989, son (39):

- Permitir exponer la línea de terminación, ya que separan la encía.
- Proveer el espacio suficiente para alojar el material de impresión y evitar que se produzcan desgarros al ser muy delgado.
- Mantener campo operatorio seco, por su efecto astrigente, evitando el líquido sulcular y la hemorragia.

Entre otros motivos en el que es necesario la retracción gingival, se mencionan los siguientes (40):

- Separar el surco gingival para que el material de impresión acceda y registre líneas de terminación subgingivales.
- Ayuda a determinar el perímetro de los márgenes preparados, lo cual permite la colocación del margen y los contornos de la restauración.
- Ayuda en la colocación y pulido de los márgenes del diente preparado.
- Durante la cementación, éste facilita la eliminación del cemento sin lastimar los tejidos.
- Mejora la visualización del asentamiento del margen de la restauración, y caries si hubiese presente.
- En casos en los que fuera necesario extender la restauración bajo el margen gingival para aumentar la retención.
- En preparaciones de cavitarias, puede ser necesario cierto grado de retracción gingival puesto que mejora el acceso y previene lesiones en los tejidos blandos.

En la actualidad, hay 3 métodos disponibles para acceder a la retracción gingival:

1) mecánico; 2) mecánico-químico o combinados; y 3) quirúrgico (38)(39)(40).

3.1.MÉTODO MECÁNICO

Fundamentalmente, los métodos mecánicos consiguen la retracción de la encía bajo el efecto mecánico de la presión tras colocar un material entre la preparación dentaria y el tejido gingival (39)(41). Dentro de esta técnica se incluye los aros de cobre, hilos retractores sin impregnar, dique de goma, Magic FoamCord (Coltène Whaledent), etc (41)(42)(43)(44)(45).

3.1.1.- Bandas de Cobre o de Aluminio

Para colocar las bandas de cobre o de aluminio, se recortan, se alisan y se adaptan al margen gingival sin presionar los tejidos blandos. Una vez que se haya ajustado la altura incisal u oclusal, se rellena con elastómeros o modelina de baja fusión reblandecida, que será el responsable de desplazar los tejidos blandos, separando la encía y registrando la preparación (38). Actualmente, esta técnica está en desuso (41).



Fig. No 20: Prueba y adaptado de banda de cobre.

Fuente: Salazar JR. MÉTODOS DE SEPARACIÓN GINGIVAL EN PRÓTESIS FIJA. Acta Odontológica Venezolana. 2007. 45(40)

3.1.2.- Dique de Goma

Otro método de retracción mecánica es el uso de dique de goma. Aparte de su empleo en operatoria dental como aislamiento absoluto, la retracción gingival que provee es igual de efectiva. La desventaja de éste, entre otros métodos de retracción, son las molestias postoperatorias dadas por el clamp (42).

3.1.3.- Magic FoamCord (Coltène Whaledent)

Magic FoamCord está hecho a base de polivinilsiloxano, elastómero tipo silicona por adición, no impregnada, que se expande dentro del surco gingival. Se dispone a base de base, en color blanco, y catalizador, en color azul. (44)

Para su aplicación, primero se lava con agua y se seca el diente preparado. Se arma el cartucho de Magic FoamCord en el dispensador y se retira la respectiva tapa. Dispensar un poco del material para que tanto la base como el catalizador fluyan en cantidades iguales, asegurando una mezcla óptima. Después, se coloca una punta mezcladora intraoral y se inyecta en el surco, sin presionar. Se le pide al paciente que muerda el Comprecap sobre la preparación de 3-5 minutos. Gracias a la contra presión del Comprecap, la expansión ocurre dentro del surco. Luego se retira el Comprecap y el Magic FoamCord. Se lava el surco gingival y se seca. (40)(44)



Fig. No 21: Técnica del uso de Magic FoamCord.

Fuente: Mary A. Baechle; Kanokraj Srisukho; Ronald E. Kerby. **ALTERNATIVE METHOD OF GINGIVAL DISPLACEMENT FOR CROWN IMPRESSIONS.** Inside Dentistry 2008 Abr; 4(4)

Debido a que respeta al periodonto, a diferencia de los hilos retractores, la respuesta histológica es mejor (44). A nivel celular, estudios demuestran que Magic FoamCord sólo denuda y descama el epitelio. Los resultados indican que no induce sangrado durante ni después de la retracción, pero sí causa inflamación gingival de manera temporal (45).



Fig. No 22: Corte histológico tras el uso de Magic FoamCord.

Fuente: Phatale S, Marawar PP, Byakod G, Lagdive SB, Kalburge J. **EFFECT OF RETRACTION MATERIALS ON GINGIVAL HEALTH: A HISTOPATHOLOGICAL STUDY.** J Indian Soc Periodontol. 2010 Ene-Mar; 14(39): 35-39.

3.2.MÉTODO MECÁNICO-QUÍMICO O COMBINADO

Las técnicas mecánico-químicas son las más utilizadas. Éstas surgen efecto con la combinación de las fuerzas mecánicas y la de sustancias químicas con propiedades astringentes y hemostáticas. (39)

El uso de hilos retractores de diversos diámetros es el que ha dado resultados más eficaces y, a la vez, la técnica más empleada de este método (41)(46). Se impregnan previamente con químicos, tales como cloruro de aluminio, cloruro férrico, o sulfato férrico; los cuales se insertan en el surco gingival para lograr la retracción (47). Otra de las sustancias utilizadas es la epinefrina y la norepinefrina, que actualmente se encuentran en desuso debido a que podría provocar efectos sistémicos adversos (48). Se disponen también de métodos alternativos como los geles o sistemas de pastas, éstos últimos requiriendo de una ligera presión durante su

empleo (46). El hilo impregnado y la pasta astringente Expasyl se explicará detalladamente en los siguientes capítulos.

3.2.1.- Traxodent Hemodent Paste Retraction System (Premier Products Company)

El sistema de retracción de pasta Traxodent Hemodent es una pasta que contiene 15% de cloruro de aluminio que se ofrece en el mercado en presentaciones de jeringas (43)(49). Clínicamente, se inyecta el material directamente al surco, donde puede accionar por sí para la hemostasis o, con “Retraction caps” (Premier) o hilos retractores, para obtener mayor retracción. Se recomienda dejar la pasta por 2 minutos antes de proceder al lavado (50).



Fig. No 23: Impresión tomada luego del uso de Traxodent.

Fuente: Stean H. RESTORATIVE DENTISTRY: CLARIFYING MARGINS OF PREPARATION. Premium Practice Dentistry. <http://www.ppdentistry.com/dental-news/article/restorative-dentistry-margins-preparation>. 2010.

3.2.2.- GingiTrac (Centrix)

GingiTrac es un producto mejorado del Retrac (Centrix), el cual es parte de la primera generación de los sistemas de retracción y manejo de tejidos sin-hilos (“cordless”) (65). El principio del uso de GingiTrac es el de empujar el gel astringente dentro del surco usando la presión de la mordida del paciente. En caso de usarse en un único diente, se aplica presión con GingiCap (Centrix) por 5 minutos. Al trabajar en múltiples dientes, se presiona el gel con una pasta firme en una cubeta de plástico por 3-5 minutos. En ambas situaciones, se debe de retirar el gel antes de tomar la impresión definitiva (40).



Fig. No 24: Aplicación de GingiTrac y GingiCap, y luego de ser retirado.

Fuente: Poss S. MINIMALLY INVASIVE TISSUE MANAGEMENT FOR RESTORATIVE PROCEDURES. The Academy of Dental Therapeutics and Stomatology. p.7. Disponible en: <http://www.ineedce.com/courses/1462/PDF/MinimallyInvasiveTissueMgmt.pdf>

3.3.MÉTODO QUIRÚRGICO

El método quirúrgico comprende el uso dispositivos para remodelar y retirar el tejido gingival para controlar el sangrado y para acceder a preparaciones marginales (65). Entre los métodos se incluye la electrocirugía, el curetaje rotatorio gingival y tratamiento con láser (66).

3.3.1.- Electrocirugía

Mediante una unidad de electrocirugía, se elimina el epitelio interno del surco para poder acceder a la línea de terminación. Se requiere de mucha habilidad, preparación y experiencia del profesional para realizar el procedimiento con éxito (38). La agresividad de este método podría causar necrosis del tejido, si no es correctamente ejecutado. No es recomendable la toma de impresión luego de la cirugía, ya que puede haber cierta recesión postoperatoria, haciendo que la posición final de la encía sea incierta (41).



Fig. No 25: Electrocirugía en premolar en la cara palatina y proximal debido a una preparación subgingival.

Fuente: Lowe RA. USING ELECTROSURGERY TO HELP MANAGE GINGIVAL TISSUES IN RESTORATIVE/ESTHETIC DENTISTRY. Parkell Online Learning Center. Disponible en: <http://cde.dentalaegis.com/courses/4370-using-electrosurgery-to-help-manage-gingival-tissues-in-restorative-esthetic-dentistry>

3.3.2.- Curetaje Gingival Rotatorio (Gingettaje)

En periodoncia, el curetaje gingival rotatorio se refiere al procedimiento quirúrgico en el cual se elimina tejido enfermo de la pared interna del surco. Posteriormente, se cicatriza por regeneración del tejido conectivo. Controlar que haya ausencia de sangrado durante el sondaje, surco gingival menor de 3mm y una adecuada altura de encía adherida. Se puede colocar hilo retractor impregnado con cloruro de aluminio para controlar la hemorragia provocado por el curetaje. Se lo deja por 4-8 minutos y se irriga con agua. (38)



Fig. No 26: Piedras de diferentes calibres y esquema de la técnica de curetaje gingival rotatorio.

Fuente: Salazar JR. MÉTODOS DESEPARACIÓN GINGIVAL EN PRÓTESIS FIJA. Acta Odontológica Venezolana. 2007. 45(2)

3.3.3.- Láser

Con el avance de la tecnología en la odontología moderna, el láser es una de las innovaciones más notables para mejorar los tratamientos. Un estudio realizado por Enrico F. Gherlone y col. se evaluó la retracción y cicatrización gingival mediante el uso de láser, en comparación con otras técnicas de retracción mecánicas y quirúrgicas. Se demostró que la técnica con láser fue menos agresiva para los tejidos periodontales. También hubo menos recesión gingival, menos sangrado del surco y correcta hemostasia durante la toma de impresión. (67)



Fig. No 27: Uso de láser para la retracción gingival.

Fuente: Marinic D. GUM TISSUE RECONTourING – SMILE LINE FRAME. Reshaping Cosmetic Gum Lines. Chicago Metro Cosmetic Implant Dentist. Disponible en: http://www.chicagometrocosmeticimplantdentist.com/laser_gum_lift.html

CAPÍTULO 4: MATERIALES DE IMPRESIÓN Y TIPOS DE CUBETAS EN PRÓTESIS FIJA

Al confeccionar una corona o un puente fijo, tanto el odontólogo como el técnico de laboratorio deben de localizar precisamente la configuración de la línea de terminación. Por ende, la selección del material de impresión y cubetas más adecuadas es un paso crucial para lograr réplicas exactas de las preparaciones y posiciones de los dientes pilares. Al conocer las características y propiedades de cada una de ellas, se facilitará el proceso de elección de los materiales a utilizarse.

4.1. MATERIALES DE IMPRESIÓN

En prótesis fija, el material de impresión ideal debe cumplir con ciertos requisitos tales como (54)(55):

- Tener un tiempo de trabajo y de polimerización aceptables para su manipulación.
- Biocompatibilidad.
- Color que contraste de la mucosa, facilitando su identificación y remoción.
- Capacidad de reproducción de detalles.
- Completa recuperación elástica y resistente a la ruptura, para que no sufra alteraciones al retirarlo de boca.
- Poseer estabilidad dimensional adecuada.
- Compatibilidad con los yesos.
- Permita la manipulación con guantes de goma.
- Que sea posible su desinfección.
- Precio y tiempo de caducidad razonables.

Los materiales de impresión pueden ser clasificados en elásticos y no elásticos. Entre los materiales no elásticos constan las ceras, el yeso y los materiales termoplásticos. Los hidrocoloides y elastómeros forman parte de los materiales elásticos. Los hidrocoloides pueden ser reversibles (tipo agar) o irreversibles (alginatos). Los materiales elastoméricos abarcan las siliconas por adición y por condensación, los poliéter, los híbridos (vinilpolieter), y los polisulfuros.(56)

4.1.1.- Materiales no elásticos

Los materiales de impresión no elásticos, o rígidos, son: yeso de París (escayola), compuestos zinquenólicos, modelina (godiva), y ceras.

El yeso de París, ahora en desuso, no era lo suficientemente elástico para la toma de impresión. La modelina, los compuestos cinquenólicos y las ceras son colocadas en zonas sin retención o sin dientes. También sirven para el registro de mordida. (57)(58)

4.1.2.- Materiales elásticos

Hidrocoloides:

Hidrocoloide Irreversible

Se lo obtiene mediante una mezcla viscosa de polvo de alginato con agua, en proporciones indicadas por el fabricante. A raíz de un proceso química, la mezcla de alginato llega a gelificarse, volviéndose irreversible. (58)

- Una vez retirado de la boca, el alginato tiene estabilidad dimensional por un corto periodo de tiempo.
 - Dependiendo de cómo se almacene antes del vaciado, puede sufrir de contracciones por pérdida de agua (sinéresis) o, puede expandirse por absorción de agua (imbibición). (58, 59)
 - El vaciado debe de ser inmediato. La impresión no se verá comprometida si se almacena por 30 minutos, aproximadamente, siempre que se proteja en una atmósfera húmeda. (59)
- No puede reproducir pequeños detalles.
- Fácil de utilizar.
- Mezcla manual (no requiere de maquinaria especial).
- Económico.

Hidrocoloide Reversible

Los hidrocoloides reversibles se basan en agar-agar (“alimento gelatinoso de algas”). Como agente gelificante para tomas de impresión, contiene también glicol o glicerol (glicerina) y ciertos aditivos propios de cada fabricante. (60)

Se requiere que este material de impresión:

- Buen contraste de color.
- Bajo índice de contracción.
- Económico.
- Precisión en los detalles.

- Fácil procesamiento.
- Corto tiempo de enfriamiento y calentamiento.
- Alta elasticidad, durabilidad, capacidad de almacenamiento.

Elastómeros:

Silicona por Condensación y Silicona por Adición:

Según su consistencia, se pueden diferenciar en 4 tipos: tipo 0: plástico; tipo 1: alta consistencia; tipo 2: consistencia media; tipo 3: baja consistencia. (61)

Silicona por Condensación

Las siliconas por condensación, K, o C (del inglés, “condensation”) se dispensan en dos tubos, que deben ser mezclados homogéneamente. (61)

La pasta de base contiene:

1. Polidimetilsiloxano (oleoso).
2. Entre 10 a 80% de materiales de relleno, que según el tipo pueden ser dióxido de titanio u óxido de zinc.

El catalizador, en forma líquida o en pasta, contiene: (61)

1. Alcoxisilano tetrafuncional (mayoritariamente tetraetilsilicato)
2. Octoato de cinc o dilaurato de dibutil estaño.



Fig. No 28: Silicona por condensación: Viskoflex y Softflex (Kohler).

Fuente: Kohler. **VISKO FLEX: KNEADABLE IMPRESSION MATERIAL, C-SILICONE BASED. SOFTFLEX: LIGHT BODIED PRECISION IMPRESSION MATERIAL, C-SILICONE BASED.** Disponible en: <http://www.kohler-medizintechnik.de/en/dental-silicones.html>

Este tipo de silicona fragua mediante una reacción de condensación. El proceso de condensación se ve acompañado por una contracción del material, ya que después de endurecer, el alcohol se volatiliza. La magnitud de contracción es directamente proporcional al contenido de materiales de relleno (hasta en un 0,7%, en las primeras 24 horas). (61)

El tiempo que transcurre entre la toma de impresión y el vaciado debe de ser, mínimo, 30 minutos. Este lapso permitirá que se reposicionen las partes deformadas cuando se retiró el material de la boca. (61)

Siliconas por Adición

Las siliconas por adición, a base de polivinilsiloxano, son también proveídos en dos pastas: base y catalizador. (58)(61)

- La pasta catalizadora contiene compuestos orgánicos de platino y caucho de silicón.
- La pasta base contiene polivinilsiloxano y 60% de material de relleno (silice),



Fig. No 29: Silicona por adición EXAFLEX® (GC America) de consistencia Putty.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.



Fig. No 30: Silicona por adición Express™ (3M ESPE) de consistencia liviana.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

Ya que se polimeriza por una reacción de adición, mas no por condensación, no se forma ningún sub-producto de condensado adicional. Esto lo confiere como uno de los materiales de impresión con mayor estabilidad dimensional, ya que no se contrae y la deformación permanente es casi nula. La durabilidad de la impresión es de hasta 7 días. (58)(61)

No se debe usar guantes de látex en la manipulación del material. El catalizador de la silicona por condensación, igualmente, inhibe al catalizador de la silicona por adición, por lo que no se debería usar ambos tipos de siliconas en una misma impresión. (61)

Poliéter

Al igual que las siliconas, el poliéter consta de sistemas pasta-pasta, las cuales pueden ser procesados manualmente o con la ayuda de un equipo de mezcla (58)(61):

- *Pasta base:* Polímeros de poliéter, rellenos y plastificadores.
- *Pasta catalizadora:* Como acelerador de la reacción, ácido sulfónico. También ablandador y materiales de relleno.

A raíz de que no emite subproductos durante la reacción química, las alteraciones dimensionales son mínimas. El índice de contracción es similar al del polivinilsiloxano. (58)(61)

Se disponen de 2 tipos de viscosidad (58):

- De viscosidad única o monofase (rígido).
- De viscosidad regular o mediana (relativamente más flexible).

Se ha introducido en el mercado una nueva versión del poliéter con el término “soft”. Promete mejorar clínicamente, facilitando su remoción de la boca (61).

Si la impresión va a ser almacenada, se debe conservar en un lugar oscuro, fresco y seco. Los materiales para el vaciado ideal son el yeso y el acrílico. (61).

Al reposar las impresiones de poliéter en soluciones desinfectantes acuosas por mucho tiempo, éstas pueden hincharse. Se recomienda sumergirlo por una hora, como máximo. (61).

La biocompatibilidad de los poliéteres no es tan buena, comparado con la de las siliconas. Se han presenciado reacciones alérgicas, en especial a la pasta catalizadora. (61).

Polisulfuros

Este material de impresión que se distribuye en un sistema de pastas: la base, que contiene polímero de polisulfuro, rellenos, plastificadores y azufre; y el catalizador. (58)

Los polisulfuros se caracterizan por su estabilidad dimensional relativa. La razón de esta inestabilidad se explica por la pérdida de uno de los subproductos, el agua, durante la polimerización. Esto conlleva a su contracción y, por sus propiedades viscoelásticas, no se recupera de la deformación en su totalidad. (58)

Las 3 viscosidades disponibles de los polisulfuros son: alta, regular y baja: Las dos últimas tienen una rigidez similar a las de las siliconas en las mismas viscosidades, lo que permite una cómoda remoción de la boca del paciente. Se cataloga a los polisulfuros como uno de los materiales de impresión más flexibles. (58)

4.2. CUBETAS

La función de las cubetas es de transportar y adaptar el material de impresión a la superficie a reproducir. La selección de las cubetas depende de la finalidad de la impresión. Pueden ser de 2 tipos (62)(63):

- Cubeta estándar.
- Cubeta individual.

4.2.1.- Cubeta estándar



Fig. No 31: Cubetas estándar de metal y plástico.

Fuente: Damodara E, Litaker M, Rahemtulla F, McCracken M. A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL TO COMPARE DIAGNOSTIC CASTS MADE USING PLASTIC AND METAL TRAYS. The Journal of Prosthetic Dentistry 2010 Dic; 104(6): 364-371.

Cubeta plástica

Las cubetas plásticas perforadas son consideradas como cubetas semirígidas, lo que permite su perforación según el caso. Tienen un grosor de 1,5 mm,

aproximadamente. Se refuerza la retención del material mediante la colocación de adhesivo en la cubeta. (63)(64)

Cubeta metálica

Las cubetas metálicas son rígidas y retienen satisfactoriamente el material. Pueden ser perforadas o sin perforar con “rim-lock”. Es posible su esterilización en autoclave, lo que permite su reutilización. Debido a que no está hecho a la medida del paciente, hay que emplear mayor cantidad de material de impresión. (63)(64)

4.2.2.- Cubeta individual

En comparación con cubetas estándar, la cubeta individual reproduce menos errores en cuanto a distancia de los pilares y distorsión de la arcada. El grosor de la cubeta debe de ser uniforme en toda su extensión (de 2 a 4mm). Una de las cualidades es el de poder controlar los cambios dimensionales que sufren ciertos materiales de impresión, después del fraguado. (55)

Entre otras características, figuran:

- Estabilidad dimensional al contacto con el aire y el medio húmedo.
- Variación de volumen postpolimerización es limitada.
- Resistencia a la humedad y a la deformación.
- Lograr un grosor uniforme del material de impresión.
- Permite el refuerzo químico y mecánico del material de impresión a la cubeta.

Las cubetas individuales de acrílico deben ser fabricadas con 24 horas de anticipación. En este lapso de tiempo, el material se distorsiona y se alterará dimensionalmente debido a la evaporación del monómero. En caso de no poder cumplir con esto, se puede: 1) sumergir la cubeta en agua hirviendo por 15 minutos para que se elimine el exceso de monómero, o 2) utilizar acrílico fotoactivo, o un material termoplástico. La aplicación de adhesivo ayudará a retener el material elástico. (55)

Entonces, los materiales con los que se puede confeccionar la cubeta individual son (63):

- Resinas acrílicas activadas por el calor (termo-polimerizable).
- Resinas acrílicas autopolimerizables.
- Resinas acrílicas fotopolimerizables.



Fig. No 32: Cubeta individual con resina acrílica fotopolimerizable.

Fuente: KM DENTAL: PRIVATE MEDICAL COLLEGE OF DENTAL TECHNIQUE. Disponible en:
<http://www.kmdental.com.pl/english/news/7/107/Staz---Dentaltech-Ltd.html>

Se ha descrito al uso combinado de materiales de impresión elastoméricos, en especial el polivinilsiloxano, con cubetas individuales como el estándar de oro para impresiones exactas. (64)

CAPÍTULO 5: HILOS RETRACTORES

5.1. GENERALIDADES DEL HILO RETRACTOR

Entre los tantos métodos usados para la retracción gingival, el más popular, o también llamado la técnica “clásica”, es el hilo retractor. Están hechos a base de fibras naturales como la seda, lana y el algodón. Se comercializan de manera simple (sin químicos), impregnados, o previamente tratados con medicamentos hemostáticos. (41)(51)(65)(66)

Los hilos son colocados dentro del surco gingival, presionando mecánicamente las fibras periodontales circunferenciales, mediante instrumentos llamados empacadores. Son de punta roma, de diámetro pequeño, con superficie plana de extremo doble. Los empacadores no-serrados son ideales para colocar hilos anudados, deslizándolo hacia el surco. Pueden también presentar indentaciones en su parte activa que agilitan la colocación del hilo, especialmente de tipo trenzado, ya que las finas sierras de la cabeza penetran en su superficie, impidiendo que se resbale y traumatice el epitelio de unión. Los hilos trenzados de grandes diámetros no deberían ser usados, porque tienden a duplicar de su tamaño original y puede llegar a lastimar a los tejidos circundantes al momento de colocarlos. En surcos muy

estrechos, es preferible utilizar hilos hechos con materiales similares a la lana ya que tienen la capacidad de aplanarse. (38)(41)(46)(67)



Fig. No 33: Empacadores de hilo.

Fuente: Mallat Callís E, Mallat Desplats E, et al. **PRÓTESIS FIJA ESTÉTICA. UN ENFOQUE CLÍNICO E INTERDISCIPLINARIO.** España: Elsevier; 2007. p. 164.

El hilo retractor ideal debe de tener las siguientes características (41)(39):

- De color oscuro para que contraste con los tejidos y los dientes al colocarlo.
- Tener la capacidad de absorber y retener la humedad de la sustancia química.
- Presentaciones de diferentes diámetros para cada profundidad y morfologías del surco gingival
- De fácil colocación.
- Biocompatible con los tejidos.

El tejido gingival puede ser desplazado de dos maneras, lateral y verticalmente. El desplazamiento lateral, dado por el hilo, es el responsable de proporcionar espacio para que el material de impresión pueda alojarse entre la encía y la preparación dental. El desplazamiento vertical, por acción de las sustancias químicas, es el espacio creado desde la línea de terminación hacia apical, donde se ubica la porción del diente no preparada. (39)(68)

En la actualidad, hay varios tipos de hilos retractores que se pueden clasificar de acuerdo a su tamaño, la disposición de sus fibras, o la solución en la que están impregnados (39). Los hilos retractores pueden presentarse como tejido, trenzado o

tricotado, lo que le proporciona diferentes diámetros y grosores. La selección depende de las preferencias del operador. Una de las ventajas del hilo trenzado es su fácil colocación dentro del surco gingival con empacadores de hilo (51).



Fig. No 34: Uno de los diseños de los hilos retractores.

Fuente: Abadzhiev M. COMPARATIVE RESEARCH OF THE SUBGINGIVAL IMPRESSION QUALITY BY FIXED PROSTHESIS USING ONE AND DOUBLECORD RETRACTION TECHNIQUE. Journal of IMAB. 2009; book 2: 52-54.

En cuanto al grosor, se pueden encontrar en diversos diámetros, ordenados en números. Por ejemplo, Ultrapak (Ultradent Products, Inc.) se puede encontrar, de mayor a menor grosor, en números 3, 2, 1, 0, 00 y 000. Por otro lado, GingiPak cuenta con GingiAidZ-Twist que disponen de hilos impregnados en sulfato de aluminio en 0, 1, 2, 3; y no impregnados, Gingiplain Soft, en 1, 2 y 3. Hilos impregnados Unibraid (Van R) en 0, 1 y 2. Pascal Company, Inc. comercializa hilos Pascord con numeración 7, 8, 9 y 10. Otras marcas, como Sultan Healthcare, categorizan los diámetros de sus hilos Sulpak y Ultrax en Small, Medium y Large. (39)(43)

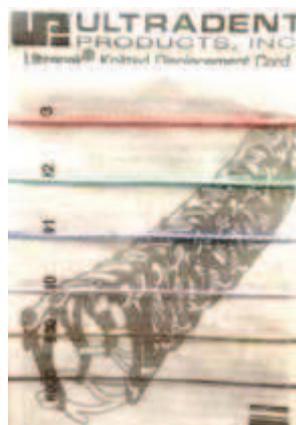


Fig. No 35: Diferentes grosores del hilo retractor Ultrapak® (Ultradent Products, Inc.)

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

Usualmente, se distribuyen en contenedores o botellas. También hay dispensadores que vienen consigo una superficie diseñada para cortar el hilo, como el Hemodent Cord (Premier), los cuales resultan problemáticos a la hora de cortar hilos trenzados o tejidos. A la vez, facilita la contaminación de los mismos. (51)



Fig. No 36: Contenedores del hilo Ultrapak® (Ultradent Products, Inc.) en #0 y #00.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

El hilo no impregnado puede ejercer retracción mecánica por sí solo, al dejarlo por un tiempo suficientemente largo en el surco. Otra manera de utilizar los hilos retractores es mediante el método mecánico-químico al impregnarse con sustancias vasoconstrictoras (epinefrina) o astringentes (sulfato férrico, cloruro de aluminio, etc.), siendo éste último el que produce mejor desplazamiento de los tejidos. Los tejidos regresan a su posición original a los 30 segundos de retirar el hilo, por lo que es recomendable tomar la impresión inmediatamente.(41) (46)

5.2. SUSTANCIAS QUÍMICAS

Al incorporar sustancias químicas en el hilo retractor, se es posible un mayor control sobre los fluidos bucales, ya sea de tipo glandular (saliva) y/o tisular (sangre y fluido crevicular), alcanzando condiciones apropiadas para el registro de la impresión (38). El control se da al cohibir la salida de estos fluidos mediante la constricción de capilares y arteriolas. El mecanismo de acción de los astringentes es el de producir contracción de vasos sanguíneos pequeños, extrayendo agua de los tejidos y precipitando las proteínas. Esto inhibe el movimiento transcapilar de las proteínas del plasma, reduciendo su elasticidad y sangrado. (38)(41)(69)

Existe una gran variedad de sustancias químicas con efecto hemostático y astringente para acompañar la retracción gingival con hilos. Los más conocidos son: sulfato férrico, sulfato potásico de aluminio, sulfato de aluminio, cloruro de aluminio, y epinefrina (41). Otros medicamentos incluyen: alumbre, ácido tánico, cloruro de hierro, Tetrazolina HCl, cloruro de zinc, etc. (38)(39)

Se puede destacar de entre ellos:

Sulfato potásico de aluminio, o alumbre. Sulfato de aluminio

Ambas sustancias presentan un control moderado sobre la hemorragia y no tiene efectos sistémicos. De todos los agentes usados para hilos retractores, es el que produce menor inflamación. El colapso del surco luego de retirar el hilo es mínimo. Es irritante a bajas concentraciones. La inflamación postoperatoria es mínima a concentraciones terapéuticas, mientras que a concentraciones elevadas puede provocar inflamación severa y necrosis tisular. El sabor es desagradable. (39)(70)

En fin, el sulfato de aluminio y potasio son escasamente utilizados, pese a su inocuidad, debido a que la retracción tisular y la hemostasia que induce son limitadas. (69)

Cloruro de aluminio tamponado (Hemodent solution®, Racestypine®)

Agente ideal para tejidos finos y delicados, ya que evita lesión hística y la recesión. No posee efectos sistémicos. (39)

Epinefrina al 8%

Muy efectiva en el control de la hemorragia. Debido a sus efectos sistémicos, se debe restringir su uso. Se ha demostrado que en solo un hilo de 2.5 cm tiene doce veces más epinefrina que en un cartucho de anestésico de concentración 1/100000. Es también asociado al “Síndrome de Adrenalina”, que se caracteriza por taquicardia, hiperventilación, aumento de la presión sanguínea, ansiedad, etc. (39)

Csillag y col. (2007) tomaron en cuenta el problema de que luego de retirar el hilo del surco gingival, empieza una respuesta hiperémica que puede ser prevenida con epinefrina. Sin embargo, la epinefrina puede causar adversidades tanto locales como sistémicas en la circulación. Quisieron identificar la concentración más efectiva de epinefrina para prevenir esa respuesta, y de esta manera, mantener la producción del fluido crevicular bajo sin efectos secundarios. El estudio concluyó que con la aplicación de una solución con 0.01% de epinefrina puede prevenir el incremento de producción de fluido crevicular y respuesta hiperémica, sin cambios sistemáticos, después de retirar el hilo retractor. (71)

Cloruro de zinc

Una de las sustancias más cáusticas. Al ser utilizado por más de 30 segundos, puede probar recesión irreversible. El ADA (American Dental Association) desaconseja su uso. (39)

Tetrazolina HCl (Vispring®, Visine®)

Son colirios (soluciones oftálmicas) con efecto vasoconstrictor. No presenta efectos nocivos. (39)

En la actualidad, se impregnan los hilos con cloruro de aluminio y sulfato férrico (38).

5.3. CLORURO DE ALUMINIO

El cloruro de aluminio es uno de los agentes retractores más eficientes. Tiene la capacidad de reducir secreciones y disminuir la hemorragia. En comparación con la epinefrina, esta sustancia causa menos vasoconstricción. (69)(74)

Se ha comprobado que el cloruro de aluminio es el menos irritante y puede dejarse en el surco gingival por hasta 15 minutos sin producir daños permanentes. Sin embargo, en altas concentraciones, es capaz de traumatizar a los tejidos gingivales al igual que el cloruro de zinc. (43)



Fig. No 37: Gel hemostático viscoso de cloruro de aluminio al 25%, ViscoStat® Clear (Ultradent Products Inc.).

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

Ha probado ser más efectivo en mantener el surco desplazado que la epinefrina después de retirar el hilo retractor (70).

Aunque el cloruro de aluminio no presenta efectos cardiovasculares, sí puede causar injurias en los tejidos gingivales a largo plazo. Durante la aplicación de esta sustancia, debe de estar húmedo para evitar laceraciones gingivales y recurrencia de sangrado. Estudios in vitro demostraron que tanto el sulfato férrico como el cloruro de aluminio interfiere en cuanto a la calidad de las impresiones con polieter y polivinil siloxano. (70)(76)

Polat y col. llevaron a cabo un estudio en el que se comparó los efectos de 2 agentes retractores en el sangrado gingival y en la presión sistémica de 30 pacientes con tejidos periodontales sanos. Se colocaron hilos retractores impregnados con cloruro de aluminio en el surco gingival del lado derecho de la boca e hilos sin

impregnar en lado izquierdo en el grupo 1. De la misma manera, se colocó en el grupo 2, hilos impregnados con epinefrina en el lado derecho e hilos sin impregnar en el izquierdo. Se evaluó la hemorragia en los márgenes gingivales retraídos mediante la flujometría láser de Doppler, mientras que la presión arterial sistémica fue registrada antes y después del proceso de retracción. Los resultados indican que hubo una reducción estadísticamente significativa en el flujo sanguíneo gingival en los sujetos del grupo 2, pero que no hubo un cambio significativo en cuanto al grupo 1. También se presentó una reducción en la presión sanguínea diastólica en pacientes del grupo 2. No hubo cambios significativos en la presión arterial por parte del grupo 1. Entonces, se concluye que la retracción gingival afecta temporalmente en el flujo sanguíneo gingival. Los hilos impregnados con epinefrina pueden ser empleados en personas quienes gocen de encías sanas; siempre y cuando no se estresen y no se traumatizan a los tejidos gingivales durante la colocación de los hilos.(73)

5.4. SULFATO FÉRRICO

Indicado en encías sangrantes. La desventaja es la formación de pequeños coágulos que deben de ser eliminados previo a la toma de impresión. Además de que posee contenido férrico, puede llegar a manchar por días después de su aplicación al tejido gingival de un color amarillo-café, hasta incluso de negro. Es cuestionable su uso ya que puede alterar la reacción en materiales de impresión como el del polieter y polivinil siloxano. (39)(70)



Fig. No 38: Solución acuosa de sulfato férrico al 15.5%, Astringedent (Ultradent Products Inc.).

Fuente: Ultradent Products Inc. Disponible en: https://store.ultradent.com/index.php?_a=viewProd&productId=120

Conrad y col. concluyó en su investigación de caso que la combinación de sulfato férrico como agente de retracción gingival y restauraciones de porcelana translúcida es seguro que resulte en una descoloración negra interna de la dentina, y con eso, la insatisfacción del paciente. (72)

A la vez, la acidez este químico resulta desagradable para el paciente. Incluso es capaz de quitar el barrillo dentinario, por lo que puede inducir hipersensibilidad dentinaria, afectar el mecanismo de adhesión y consecuentemente, provocar microfiltración marginal y cambio en la coloración. (70)(73)

El sulfato férrico actúa como agente coagulante. En combinación con hilos retractores, es frecuente que al sacarlos del surco, el coágulo salga consigo, provocando la hemorragia. Esta sustancia química, de por sí, no produce retracción de los tejidos. (43)

Una publicación de Akca y col. del 2007, se evaluó los efectos histopatológicos de una solución de cloruro de aluminio al 10% y una de sulfato férrico al 15,5% sobre la encía de perros. Se colocaron hilos impregnados de ambas soluciones en el surco gingival de los perros por 3 minutos. Se procedió a tomar biopsias gingivales a los 30 minutos, 24 horas, 7 días, y 12 días, luego de retirar los hilos. Se valoró el grado de pérdida epitelial, alteración del tejido conectivo, y la inflamación. En el proceso, se observó que el sulfato férrico tuvo varios efectos significativos en los tejidos gingivales, pero que al culminar el día 12 del estudio, el tejido volvió a su normalidad. Se concluye que la solución de sulfato férrico presenta resultados más satisfactorios en cuanto a los efectos biológicos. A pesar de aquello, ambas sustancias son fiables y viables para la retracción gingival. (75)

Un estudio realizado por Nowakowska y col. (2010) estudiaron la citotoxicidad dinámica de los agentes de retracción entre el sulfato férrico, el cloruro de aluminio y el sulfato de aluminio. Los resultados demostraron que el sulfato férrico es el más citotóxico, seguido por el cloruro de aluminio y el sulfato de aluminio. (77)

5.5. TÉCNICAS DE COLOCACIÓN DE HILOS RETRACTORES

Como se mencionó anteriormente, antes de realizar cualquier tratamiento restaurador es necesario que haya salud periodontal. En todas las técnicas, es idóneo que el campo operatorio se encuentre lo más seco posible para asegurar una buena impresión. Es inminente que los hilos retractores estén húmedos antes de retirarlos del surco, ya que de otra forma podría traumatizar a los tejidos e incitar el sangrado. (41)

Para escoger la técnica de retracción, hay que tomar en cuenta la localización del margen de la preparación. En márgenes supragingivales, usualmente no es necesario el uso del hilo. En márgenes yuxtagingivales o poco subgingivales, es recomendable colocar un solo hilo. Y, en márgenes localizados más hacia subgingival, frente a la presencia de sangrado, la mejor técnica es la de doble hilo. (39)

El empaquetamiento de los hilos dentro del surco gingival debe ser realizado suavemente, sin ejercer mucha presión. Se puede comenzar desde la cara distal, luego hacia la palatina y llegar hasta mesial y vestibular. Estos dos últimos, generalmente, presentan menor profundidad. Es aconsejable comenzar por zonas interproximales, ya que ahí el surco es más profundo. Durante todo el proceso de empaquetamiento, el hilo debe de estar siempre contra el diente, mas no contra el surco. (38)(39)

5.5.1- Técnica de Un Solo Hilo

La técnica de un solo hilo es un método práctico y sencillo, y el más utilizado de todos. Indicada en casos donde la impresión solamente abarca de una a tres preparaciones dentarias. Las líneas de terminación de estas preparaciones deben de localizarse supragingival o yuxtagingival. (41)

En general, la técnica de un hilo se lleva a cabo de la siguiente manera (41):

1. Se procede a preparar al diente y a delimitar el margen de la restauración. En ciertos procesos, se coloca el hilo retractor antes de realizar el tallado para proteger a los tejidos periodontales.
2. Se escoge el hilo y se recorta la cantidad suficiente para rodear todo el perímetro del diente tallado. Siempre se optará por utilizar el hilo de menor diámetro que se adapte correctamente al surco.
3. Si fuese a tomar la impresión con el hilo puesto, no se impregnará con químicos con el fin de mantener el campo seco. Sino, se impregna el hilo con el químico de elección y se seca el exceso con algodón estéril.
4. Empaquetar el hilo alrededor de la preparación.
5. Una vez en boca, revisar que la línea de terminación sea visible y que haya espacio para que se aloje el material de impresión.
6. Esperar el tiempo que indique el fabricante (alrededor de 8 minutos) antes de retirar el hilo. En este tiempo, el hilo logra el desplazamiento lateral de los tejidos, mientras que el medicamento crea hemostasia y control del fluido crevicular.
7. Tomar la impresión. Es de recalcar que para quitar el hilo, tiene que estar completamente húmedo antes de ser eliminado. Si se va a tomar la impresión con el hilo, no se lo moja para mantener seco el campo operatorio.



Fig. No 39: Es quema de retracción con técnica de un solo hilo.

Fuente: Pitel M. AN INTRODUCTION TO TISSUE MANAGEMENT. Inside Dental Assisting 2008; 4(6) (Suppl), 12-19.

5.5.2.- Técnica de Doble Hilo

La técnica de doble hilo es indicada cuando se va a tomar una impresión de múltiples preparaciones dentarias. (41)

1. Se empaqueta un hilo de menor diámetro alrededor del surco gingival.
2. Se procede al tallado de la preparación. El hilo sirve de protección a la encía en este paso.
3. Se coloca un segundo hilo impregnado encima del hilo de menor diámetro. El grosor del segundo hilo debe ser mayor al primero.
4. Limpiar los excesos de hemostático. Esperar alrededor de 8 minutos con el segundo hilo puesto.
5. Continuar con la remoción del segundo hilo. Secar las preparaciones para la toma de impresión con el primer hilo.
6. Luego de la impresión, se empapa de agua el primer hilo y se lo retira cuidadosamente del surco.

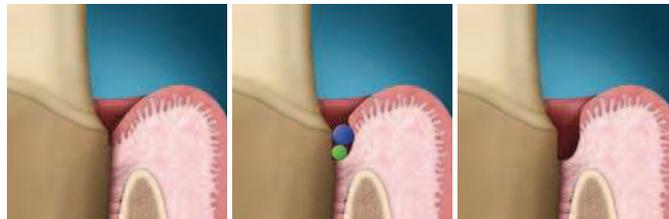


Fig. No 40: Es que ma de retracción con técnica de doble hilo.

Fuente: Pitel M. AN INTRODUCTION TO TISSUE MANAGEMENT. Inside Dental Assisting 2008; 4(6) (Supl), 12-19.

5.5.3.- Técnica Selectiva de Doble Hilo

Se aplica en casos donde los tejidos sanos sufren de una irritación localizada, propia del tallado. Es muy similar a las otras dos, sólo que con ciertas modificaciones (41):

1. Se empaqueta el primero hilo extrafino en el surco inflamado. Éste será responsable de la hemostasia.
2. Se coloca el segundo hilo como se describió anteriormente, siendo éste de mayor diámetro que el primero.
3. Luego de haber transcurrido el tiempo necesario para que ocurra el desplazamiento lateral, se retira el segundo hilo.
4. El primer hilo es dejado en el surco. Se seca y se toma la impresión. El hilo sale retirado con el material de impresión.



A



B



C



D



E



F

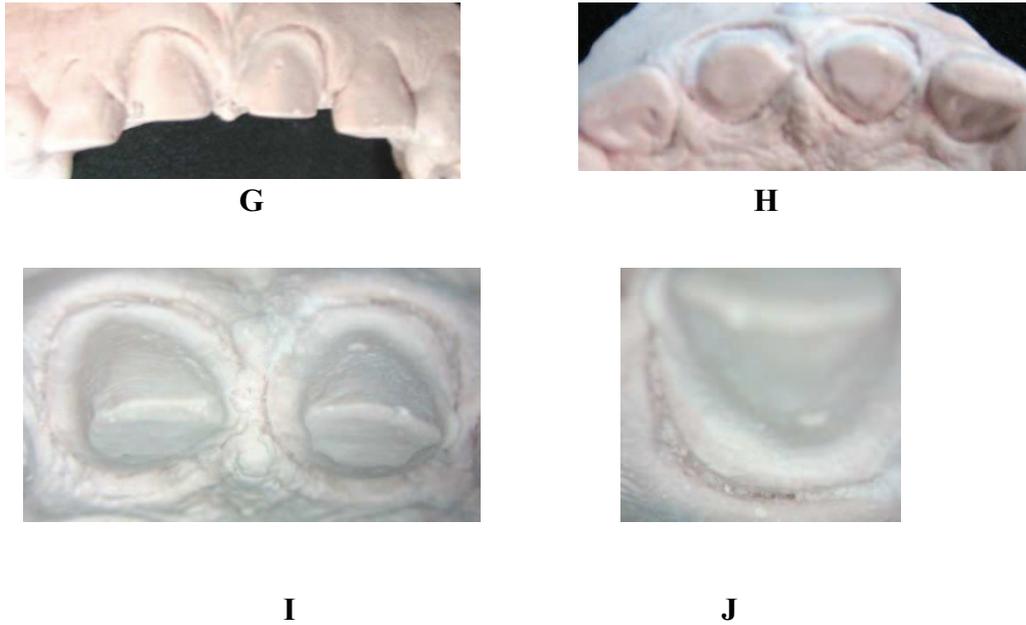
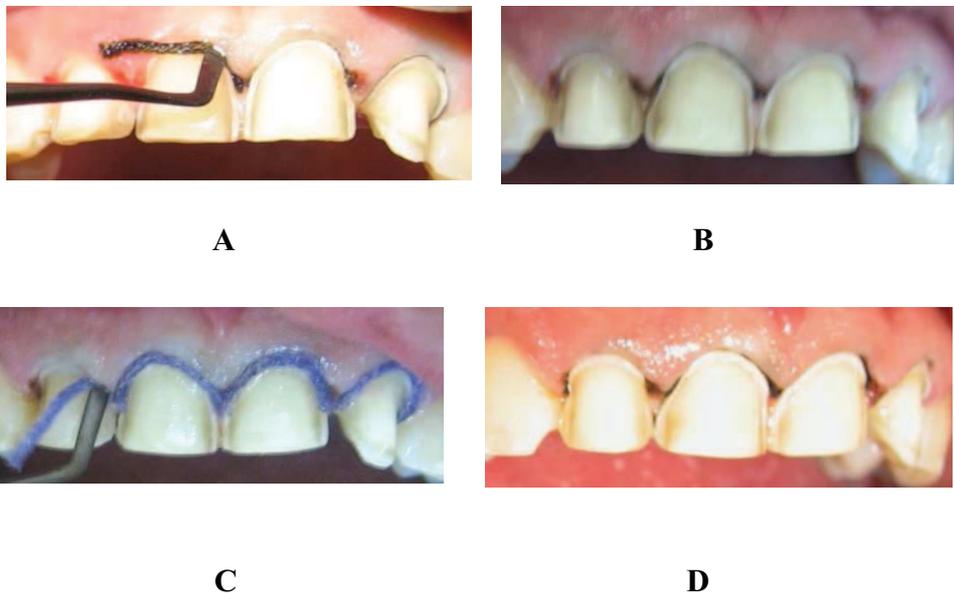


Fig. No 41: A) y B) Colocación del primer hilo. C) y D) Colocación del segundo hilo. E) Impresión del primer tiempo. F) Impresión del segundo tiempo. G) Vista vestibular del modelo vaciado. H) Vista oclusal del modelo vaciado. I) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x1.0). J) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x2.0)

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.



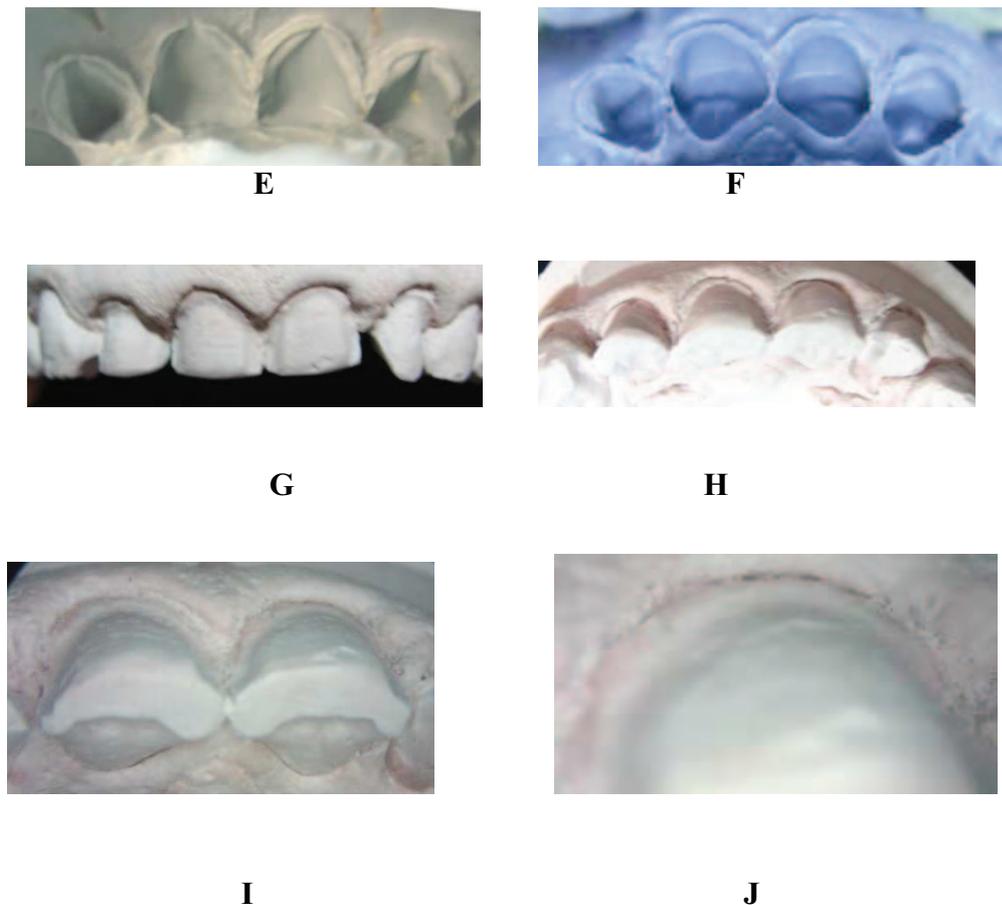


Fig. No 42: A) y B) Colocación del primer hilo. C) Colocación del segundo hilo. D) Al retirar el segundo hilo. E) Impresión del primer tiempo. F) Impresión del segundo tiempo. G) Vista vestibular del modelo vaciado. H) Vista oclusal del modelo vaciado. I) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x1.0). J) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x2.0).

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

Una encuesta realizada por Hansen y col. mostraron que el 98% de los protesistas utilizan hilos para la retracción. De éstos, el 48% emplean la técnica de doble hilo y el 44% usan la técnica de un solo hilo. La ventaja de la técnica de doble hilo es que impide que el surco regrese a su posición, lo que puede alterar la impresión definitiva. (70)

5.6.EFECTOS DE HILOS RETRACTORES EN EL PERIODONTO

Para obtener una impresión con polivinil siloxano no distorsionada del área sulcular retraída, es necesario que haya un espacio mínimo de 0,2 mm. Es posible lograrlo al dejar el hilo empaquetado por lo menos 4 minutos antes de tomar la impresión. Debido al colapso casi inmediato del surco, el operador debe de tomar las impresiones una vez que se retire el material utilizado para la retracción. (70)

Se ha demostrado histológicamente que tanto el epitelio del surco como la inserción del tejido conectivo son traumatizadas en el proceso de colocación de los hilos retractores. Incluso, la inflamación del surco puede ser exacerbada debido a la contaminación de las heridas por restos de fibras o filamentos del hilo. Parte de la inflamación gingival y recesión de los tejidos marginales puede ser ocasionada por la aplicación exagerada de fuerza al momento de empaquetarlos. La aplicación de hilos secos, es decir que no estén embebidas de algún medicamento adecuado, contribuye en la hemorragia sulcular debido a que no puede ser controlada por la presión ejercida solamente. Al humedecer los hilos antes de retirarlos del surco puede ayudar en el control de la hemorragia gingival. (70)



Fig. No 43: Corte histológico tras el uso de hilo retractor.

Fuente: Phatale S, Marawar PP, Byakod G, Lagdive SB, Kalburge J. **EFFECT OF RETRACTION MATERIALS ON GINGIVAL HEALTH: A HISTOPATHOLOGICAL STUDY.** J Indian Soc Periodontol. 2010 Ene-Mar; 14(1): 35-39.

CAPÍTULO 6: EXPASYL™: SISTEMA DE RETRACCIÓN GINGIVAL SIN HILO (“CORDLESS”)

Los sistemas de retracción gingival sin hilos, o “cordless”, son métodos alternativos para el manejo de los tejidos periodontales. A diferencia de los métodos tradicionales, éstos no requieren del empaquetamiento del hilo retractor. No obstante, para lograr una impresión definitiva de calidad, se debe recordar que también influye la localización de la línea de terminación, salud periodontal y sangrado sulcular (78).

Expasyl es la pasta de retracción gingival más reconocida y más utilizada. Fue introducido por Satelec Pierre Rolland. (40)

6.1. JUSTIFICACIÓN

Para que el material de impresión tenga un acceso satisfactorio, se requiere de hemostasia y desplazamiento del surco. Técnicas quirúrgicas, como el láser y el

curetaje rotatorio, puede ser doloroso e incluso lesionar al periodonto. Usualmente, la retracción gingival a base de hilos puede ser muy laborioso, doloroso en ausencia de anestesia y figura como una amenaza para la inserción epitelial. De ésta última se puede mencionar, el riesgo de separación epitelial, el riesgo de de retracción gingival irreversible e incluso sangrado. El nivel del margen gingival es difícil de predecir tras la cicatrización periodontal, pudiendo comprometer con la estética. Ciertos hemostáticos han resultado ser inestables, inhibiendo la adhesión y dejan debris en el área sulcular. (79)

Se desarrolló Expasyl para lidiar con todos esos problemas, ahorrando tiempo para el clínico y mejorando en la comodidad del paciente. Se fundamenta en componentes mecánicos y químicos para abrir el surco gingival y la hemostasis. (79)



Fig. No 44: Expasyl

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

6.2.INDICACIONES

El uso de Expasyl es indicado en cualquier situación en el que se necesite hemostasis o desplazamiento gingival. En tales casos como antes de la toma de impresión, en preparaciones para restauración de caries Clase II y V, antes del bonding o cementación de las restauraciones (coronas, carillas, provisionales), colocación del clamp del dique de goma, o colocar brackets de ortodoncia. (40)(79)

6.3.CONTRAINDICACIONES

El uso de Expasyl es contraindicado en casos de (40)(79):

- Presencia de bolsas periodontales y furcas.
- Alergia al aluminio.

6.4.PRESENTACIÓN

Expasyl se comercializa en forma del equipo de inicio o “starter kit”, que contiene: (80)

- 6 cápsulas (1 gramo cada una)
- 12 cánulas de inyección flexibles
- 1 aplicador manual

También está disponible con sabor a frutilla, “Expasyl Strawberry Premium Kit”, el cual contiene (80):

- 10 cápsulas (1 gramo cada una)
- 40 cánulas de inyección flexibles
- 1 aplicador manual

El repuesto, o “refill”, se comercializa de 6 a 20 cápsulas de 1 gramo, en original o sabor a frutilla. También se disponen las cánulas, el aplicador manual y el aplicador para el sillón dental, por separado. (80)



Fig. No 45: Aplicador manual, cápsula con el material y cánula de inyección Expasyl.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

6.5.COMONENTES

Se compone principalmente de tres materiales (40)(43)(45)(79):

1. Cloruro de aluminio (15%): Descrito anteriormente, se encarga de la acción hemostática.
2. Caolín: Es una arcilla blanca que asegura la consistencia de la pasta y su acción mecánica.
3. Excipientes: Agua.

6.6.MECANISMO DE ACCIÓN

Su mecanismo de acción es tanto mecánico como químico. La pasta de Expasyl es inyectada dentro del surco a una presión inocua de 0.1 N/nm. Es capaz de crear el espacio gracias a la característica viscosa dado principalmente por el caolín. Al dejar Expasyl en el surco por un minuto, la presión ejercida es suficiente como para obtener un desplazamiento de 0,5 mm de los tejidos por dos minutos, aproximadamente. (40)(79)

6.7.TÉCNICA DEL USO DE EXPASYL

Desde armar la pistola de aplicación hasta su inyección, colocar Expasyl es un procedimiento sencillo (40)(79):

1. Se coloca la cánula en la cápsula y luego es insertada en la pistola de aplicación. Una vez que se arma, se dobla la punta de la cánula para agilizar la colocación.
2. El campo operatorio debe de estar completamente seco.
3. La punta de la cánula debe de tocar el espacio entre la superficie del diente y el margen gingival.
4. Se inyecta el material dentro del surco, procurando que la punta de la cánula cree un sellado hermético.
5. A medida que recorre el perímetro del diente, se va inyectando lentamente el material hacia el surco.
6. Es importante verificar que el material haya entrado al surco mediante el blanqueo (de rosado a blanco) del margen gingival.
7. Dejar que el material actúe por 1 o 2 minutos.
8. Se retira el material con spray de agua y aire.
9. Asegurar que no queden residuos del material en el surco.
10. Después de ser utilizado, se separa el aplicador, la cápsula y la cánula. Se elimina la cánula. Se cierra con la respectiva tapa y se descontamina la cápsula. El aplicador puede ser esterilizado, por lo que se limpia y se desinfecta antes de hacerlo. Se guarda el producto por separado.



Fig. No 46: Aplicación de Expasyl en el surco gingival.

Técnica de Doble Hilo y Técnica Sin Hilos (“Cordless”): Comparación Clínica en Retracción Gingival Temporal.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.



A



B



C



D



E



F



G



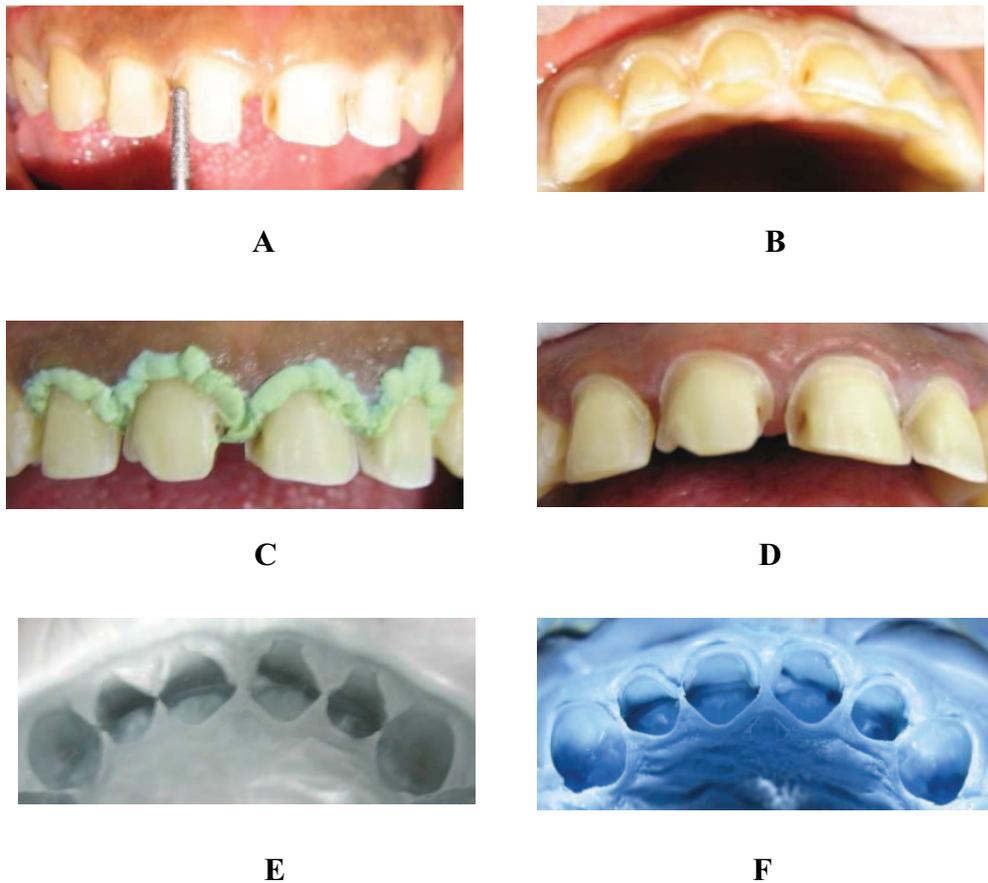
H



Fig. No 47: A) y B) Campo preparado y seco. C) y D) Expasyl aplicado en los surcos gingivales. E) Impresión del primer tiempo. F) Impresión del segundo tiempo. G) Vista vestibular del modelo vaciado. H) Vista oclusal del modelo vaciado. I) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x1.0). J) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x2.0).

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.



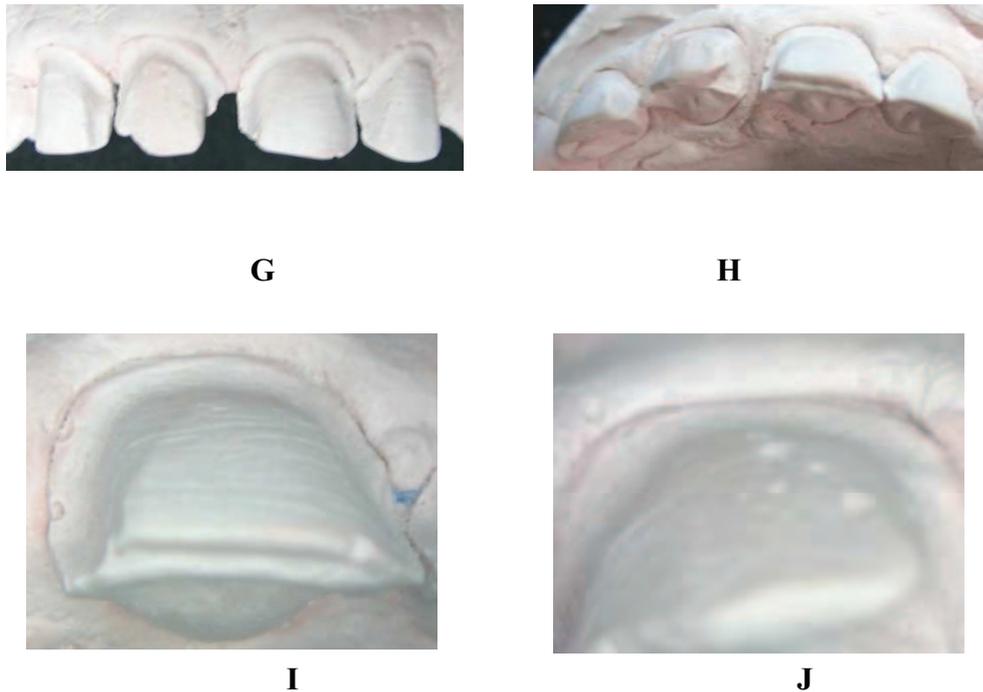


Fig. No 48: A y B) Campo preparado y seco. C) Expasyl aplicado en los surcos gingivales. D) Surco gingival tras el lavado de Expasyl. E) Impresión del primer tiempo. F) Impresión del segundo tiempo. G) Vista vestibular del modelo vaciado. H) Vista oclusal del modelo vaciado. I) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x1.0). J) Modelo visto bajo estereomicroscopio (x2.0).

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

También se dispone de un aplicador para el sillón dental. Su diseño ergonómico mejora el acceso intraoral, a la vez que distribuye la pasta con precisión con mínimo esfuerzo. El material se dispensa en un ritmo de 2 a 5 mm por segundo con solo pisar el pedal. Puede acomodarse en la mayoría de los micromotores. (40)

6.8. ALMACENAMIENTO

La naturaleza viscosa del material es muy dependiente de la humedad y la temperatura. Se debe almacenar las cápsulas a temperatura ambiente (20°C). Al dejar la cápsula destapada, la viscosidad aumentará debido al contacto con el aire. Esto podría dificultar la salida del material. Por ende, hay que cerrar las cápsulas

inmediatamente después de su uso. Guardar la pasta por separado, ya que el cloruro de aluminio podía corroer el metal de las cánulas y del aplicador. (79)

6.9.VENTAJAS

Las ventajas del uso de Expasyl son (40):

- Desplaza el tejido para un mejor acceso marginal.
- Como la presión es mínima y segura, no hay peligro de que se lesione la adherencia epitelial.
- Se requiere menor tiempo y fuerza, comparado con el empaquetamiento del hilo retractor.
- Controla el sangrado y los fluidos creviculares.

6.10.DESVENTAJAS

El uso de Expasyl también presenta ciertas desventajas (40):

- Es costoso.
- Es efectivo sólo bajo condiciones limitadas y específicas.
- El grosor de de la pasta dificulta a ciertos clínicos para colocarlo dentro del surco.
- Las cánulas son muy grandes, dificultando la distribución dentro de los surcos interproximales.

6.11.EFECTO DEL EXPASYL SOBRE EL PERIODONTO

Estudios realizados por Pescatore (2002), Shannon (2002), y Poss (2002) demostraron que utilizando Expasyl , hay menor daño tisular. (39)

Estudios clínicos revelaron la efectividad del Expasyl y Magic FoamCord, como métodos de retracción gingival “cordless” y en el control sobre el sangrado durante y después de la retracción. Dientes con Expasyl mostraron ligeramente mayor inflamación que los que tuvieron Magic FoamCord e hilo trezado de Ultrapack. También hubo mayor número de hipersensibilidad de la dentina postoperativa por parte del Expasyl. A la vez, Magic FoamCord y Expasyl mostraron menor daño histológico que con la técnica tradicional de hilos. (45)(81)

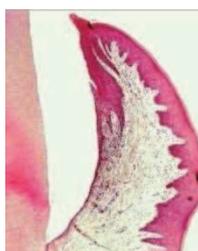


Fig. No 49: Corte histológico tras el uso de Expasyl.

Fuente: Phatale S, Marawar PP, Byakod G, Lagdive SB, Kalburge J. **EFFECT OF RETRACTION MATERIALS ON GINGIVAL HEALTH: A HISTOPATHOLOGICAL STUDY.** J Indian Soc Periodontol. 2010 Ene-Mar; 14(1): 35-39.

6.12.COMPARACIÓN CLÍNICA ENTRE EXPASYL E HILOS RETRACTORES CON HEMOSTÁTICO

Se realizó un estudio comparativo realizado por Kazemi y col. en 2009, donde se determinó los efectos entre la pasta Expasyl con los del hilo retractor presaturado con cloruro de aluminio. Los aspectos a evaluarse fueron: 1) retracción gingival, 2) recesión gingival, e 3) inflamación. (82)

Se tomaron de muestra a 10 pacientes que necesitaban de retracción gingival previo a la toma de impresión. Al azar, se colocaron hilos presaturados con cloruro de aluminio o pasta Expasyl en cada surco gingival. Se hicieron vaciados de esas impresiones, donde fueron cortados vestibulo-lingualmente con un disco de diamante rotatorio. El ancho del surco gingival fue medido desde el diente hasta el margen gingival con un “travelling microscope”. La recesión gingival fue definido como la

distancia entre la línea de referencia marcada en los dientes de los modelos y el nivel de la encía. Esto último fue medido con un jig en 4 fases: día 0, 7, 14 y 28. (82)

Se concluyó en esta investigación que el ancho sulcular producido por el hilo retractor presaturado fue mayor que el de la pasta Expasyl, pero la cantidad de retracción en ambos grupos fue suficientemente efectivo. En comparación con el hilo presaturado con cloruro de aluminio, la pasta de Expasyl presentó menos inflamación y menos recesión gingival. (82)

6.13. OTROS ESTUDIOS

En el 2006, Von Arx y col. realizaron un estudio con el propósito de evaluar la eficacia como hemostático y la reacción tisular al aplicar diferentes agentes para el control de la hemorragia: cera de hueso, Stasis®, y Expasyl™ en cirugías perirradiculares. (83)

En la bóveda craneal de 6 conejos, con defectos óseos de 4mm, se colocó:

- Cera de hueso, por 10 minutos
- Stasis, el cual contiene sulfato férrico, por 5 segundos.
- Expasyl por 2 minutos, y también permanentemente *in situ*.
- Combinación de Expasyl (2 minutos) y Stasis (5 segundos)

Los resultados concluyen que hubo mayor control de la hemorragia por parte del Expasyl en combinación con Stasis, y con Expasyl sólo. La cera de hueso produjo menor efecto hemostático. A las 3 semanas, el estudio histológico demostró que hubo reacción inflamatoria en todos los casos. En la semana 12, la respuesta de los tejidos al usar cera de hueso o con Expasyl seguía presente pero en menor grado de intensidad. La inflamación en todos los casos fue localizada. (83)

Otra investigación llevada a cabo por Jensen y col. (2010), se comparó el efecto hemostático y reacciones tisulares de dos agentes y métodos usados para el control de hemorragia en la cirugía apical (84).

Se prepararon 6 defectos óseos estándar en conejos Burdeos. Se probaron 5 modalidades de hemostáticos por su efecto hemostático y reacción tisular, los cuales fueron comparados con defectos de control no tratados. Estos fueron (84):

- Expasyl® + Stasis®
- Expasyl® + Stasis® + fresado del hueso
- Spongostan®
- Spongostan®+ epinefrina
- Electrocauterización.

Posteriormente, 2 grupos de 3 animales fueron evaluados histológicamente por las reacciones en los tejidos blandos y duros, en relación con las diferentes medidas hemostáticas, después de 3 y 12 meses de cicatrización, respectivamente. (84)

Los resultados mostraron que Expasyl + Stasis y la electrocauterización probaron ser más efectivos en cuanto a la hemostasis. Sin embargo, hubo la presencia de hueso necrótico, células inflamatorias y ausencia de reparación ósea. Con el tiempo estas reacciones no fueron curadas en su totalidad. No se observaron reacciones adversas en la capa superficial de hueso cuando fue resuelto con un instrumento rotatorio. En cambio, con Spongostan + epinefrina mostraron moderados efectos hemostáticos, a la vez acompañados con menores efectos adversos en los tejidos. (84)

En conclusión, la hemorragia fue efectivamente controlada con Expasyl + Stasis, y mediante electrocauterización. Sin embargo, los defectos óseos deben ser fresados con instrumentos rotatorios antes de suturar, de esta manera, se evita comprometer la cicatrización. (84)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionó a 20 pacientes, de entre 18 a 53 años de edad, que fueron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Av. Carlos Julio Arosemena, km 1,1/2), por método de muestreo aleatorio de personas con necesidad de tratamiento prostodóntico.

Los materiales usados para el examen inicial fueron: espejo intrabucal, explorador, sonda periodontal radiografías periapicales, separador de labios, espejos intraorales para fotografías, cámara Cannon PowerShot A510, cubetas prefabricadas de metal perforadas, alginato, yeso piedra, taza de caucho, espátula, torundas de algodón, guantes, mascarilla, gorro, succionador, babero, y la respectiva historia clínica.

Antes de realizar el tratamiento, todos los pacientes seleccionados gozaban de un periodonto sano y, si fuera necesario el caso, dientes tratados endodónticamente. No presentaban problemas de salud significativos y tampoco tenían antecedentes de abuso de alcohol, tabaco, u otras drogas.

Primero, se anestesió al paciente (Scandonest® 2%, Septodont) y se prosiguió al tallado del diente. La línea de preparación chamfer, a nivel yuxtagingival, fue realizado con fresas cilíndricas diamantadas de grano grueso y fino, de 1,5 mm de grosor.

De modo aleatorio, se empaquetaron hilos retractores (Ultrapak® Cord #00 y #0, Ultradent Products Inc.) presaturados con cloruro de aluminio al 25% (ViscoStat® Clear, Ultradent Products Inc.) por 5 minutos para la técnica de doble hilo en 10 pacientes, y se inyectó la pasta de Expasyl (Expasyl®, Kerr), dejando que actúe por 2 minutos, en los otros 10 pacientes. Los hilos fueron humedecidos antes de ser retirados, mientras que la pasta Expasyl fue lavada del surco bajo spray de agua y

aire. Las impresiones fueron manejadas con guantes de vinilo (Nipro®, Nipro Medical Corp.), con la combinación de silicona de polivinil siloxano de cuerpo liviano (Express®, 3M ESPE) y putty (Exaflex®, GC America Inc.) en dos tiempos, tomadas en cubetas metálicas prefabricadas altamente perforadas. La primera impresión con putty se realizó luego de sacar el segundo hilo, #0, y antes de colocar Expasyl, respectivamente. Se recortó la impresión con bisturí #15 para evitar la sobreimpresión a segundo tiempo con la silicona liviana. Ésta fue tomada con el hilo #00 aún en el surco, y luego de haber colocado y removido Expasyl, respectivamente.

Las restauraciones provisionales se fabricaron con acrílico (Alike®, GC America Inc). Se ajustaron, se pulieron y se cementaron provisionalmente (Tempbond® NE, Kerr). El vaciado de los modelos se realizó con yeso extra-duro.

Después de 7 días, aproximadamente, se volvió a citar a los pacientes para la cementación de sus carillas y coronas libre de metal. Se preparó la porcelana con ácido fluorhídrico al 9% (Porcelain Etch, Ultradent Products Inc.) por un minuto, se lavó y se secó. Luego se colocó silano (Silane, Ultradent Products Inc.) por un minuto y se secó. Las coronas fueron cementadas a base de cemento ionómero de vidrio (Luting & Lining Cement, GC Corp.) y las carillas con cemento resinoso dual (Allcem, FGM).

Se detalló en una planilla de recolección de datos si hubo sangrado al momento de hacer la retracción, si el paciente sufrió de dolor postoperatorio y, luego de revisar los modelos, si hubo una buena o mala retracción de los tejidos gingivales.

Al organizar la información, se analizó la base de datos con una Matriz de Riesgo modificado con la ponderación de las variables cualitativas dicotómicas: Sangrado (Sí o No), Dolor (Sí o No), Retracción (Buena o Mala), y Efectividad (Efectivo o No Efectivo). Y finalmente, se determinó si la diferencia en los resultados de ambas técnicas fue estadísticamente significativa entre ellas.

Se registraron los datos en Microsoft Office Excel 2007 para obtener los resultados respectivos y para la elaboración de tablas y gráficos.

RESULTADOS

De los 10 pacientes asignados para la técnica de doble hilo, el número total de dientes trabajados es 30.

TÉCNICA DE DOBLE HILO	
<i>PACIENTE</i>	NÚMERO DE DIENTES
1	1
2	2
3	4
4	1
5	4
6	4
7	4
8	4
9	4
10	2
TOTAL	30

Tabla No. II: Número de dientes trabajados con la técnica de doble hilo.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

De los 10 pacientes asignados para la técnica sin hilos, con Expasyl, el número total de dientes trabajados es 34.

EXPASYL	
<i>PACIENTE</i>	NÚMERO DE DIENTES
1	4
2	2
3	2
4	4
5	4
6	4
7	4
8	4
9	4
10	2
TOTAL	34

Tabla No. III: Número de dientes trabajados con Expasyl.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

La cantidad promedio de dientes trabajados es relativa en ambas técnicas.

Teniendo en consideración que tanto el equipo utilizado, las condiciones en los que fueron sometidos, y el clínico operador fueron los mismos para los todos 20 pacientes de ambas técnicas, se obtuvieron los siguientes datos:

TÉCNICA DE DOBLE HILO			
PACIENTE	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	NO	SI	BUENA
2	NO	NO	BUENA
3	NO	NO	BUENA
4	NO	NO	BUENA
5	SI	NO	MALA
6	SI	NO	BUENA
7	NO	NO	BUENA
8	SI	NO	BUENA
9	SI	NO	BUENA
10	NO	NO	BUENA

Tabla No. IV: Base de datos de la técnica de doble hilo.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

EXPASYL			
PACIENTE	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	NO	NO	MALA
2	NO	NO	MALA
3	SI	NO	MALA
4	NO	NO	MALA
5	NO	NO	MALA
6	NO	NO	MALA
7	NO	NO	MALA
8	NO	NO	MALA
9	NO	NO	BUENA
10	NO	NO	BUENA

Tabla No. V: Base de datos del uso de Expasyl.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

La ponderación de cada variable fue dada según el grado de importancia, o de relevancia, para obtener una impresión óptima de la preparación de los dientes.

Entonces, se otorga según la variable con:

- 1 punto, si el paciente no presentó dolor postoperatorio.
- 2 puntos, si no hubo sangrado al emplearse los métodos de retracción.
- 3 puntos, si se pudo apreciar buena retracción en los modelos vaciados de las impresiones de definitivas.

		DOLOR			SANGRADO			RETRACCIÓN
<i>SI</i>	0		<i>SI</i>	0		<i>BUENA</i>	3	
<i>NO</i>	1		<i>NO</i>	2		<i>MALA</i>	0	

Tabla No. VI: Escala de medición del nivel de relevancia para obtener una óptima impresión.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

De esta manera, se tiene las siguientes tablas:

TÉCNICA DE DOBLE HILO			
<i>PACIENTE</i>	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	1	0	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4	1	2	3
5	0	2	0
6	0	2	3
7	1	2	3
8	0	2	3
9	0	2	3
10	1	2	3
TOTAL	6	18	27

Tabla No. VII: Base de datos de la técnica de doble hilo en valores ponderados.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

EXPASYL			
<i>PACIENTE</i>	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	1	2	0
2	1	2	0
3	0	2	0
4	1	2	0
5	1	2	0
6	1	2	0
7	1	2	0
8	1	2	0
9	1	2	3
10	1	2	3
TOTAL	9	20	6

Tabla No. VIII: Base de datos de la técnica con Expasyl en valores ponderados.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

Teniendo en cuenta que H_0 (hipótesis nula) implica que no hay diferencia entre ambas técnicas, y que H_a (hipótesis alternativa), sí existe diferencia; se evaluará a cada variable y se determinará si los resultados obtenidos son significativamente diferentes entre ellos, mediante la fórmula:

$$|p_1 - p_2|$$

Si $|p_1 - p_2|$ es mayor que el producto de 1.96 * el error estándar, se entiende que la diferencia es significativa.

Error estándar: $\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}$, siendo $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$

Variable 1: DOLOR

Al calificar la ausencia de dolor postoperatorio con 1 punto, la calidad de la variable DOLOR debe de dar un total de 10 puntos en ambas técnica para representar el 100% de efectividad.

DOBLE HILO	
PACIENTE	DOLOR
1	1
2	1
3	1
4	1
5	0
6	0
7	1
8	0
9	0
10	1
TOTAL	6

EXPASYL	
PACIENTE	DOLOR
1	1
2	1
3	0
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
TOTAL	9

Tabla No. IX: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Presencia de dolor postoperatorio.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

El grado de éxito en la técnica de doble hilo dio una suma de 6 puntos. Lo que resulta en una probabilidad de 0,6. Esto indica que en un 60% de los casos cuando se use la técnica de doble hilo, el paciente no tendrá signos de dolor postoperatorio.

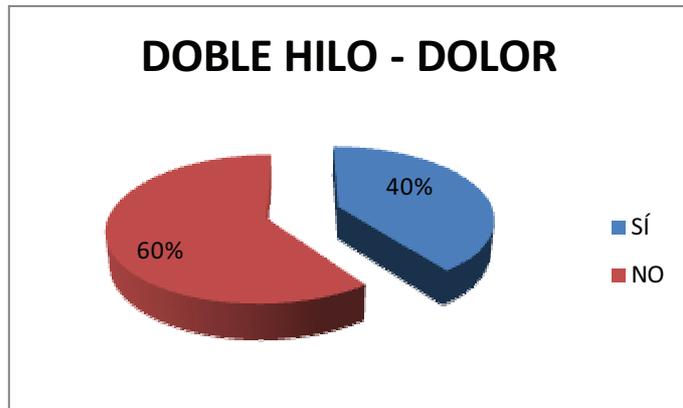


Gráfico No. 1: Técnica de doble hilo: Presencia de dolor postoperatorio.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

En cuanto a la aplicación de Expasyl, sólo un paciente presentó signos de dolor postoperatorio. Esto le confiere un total de 9 puntos a la técnica. Con una probabilidad positiva de 0,9, se puede decir que solamente en el 10% de los casos se exhibirá dolor postoperatorio al emplear Expasyl para la retracción gingival.

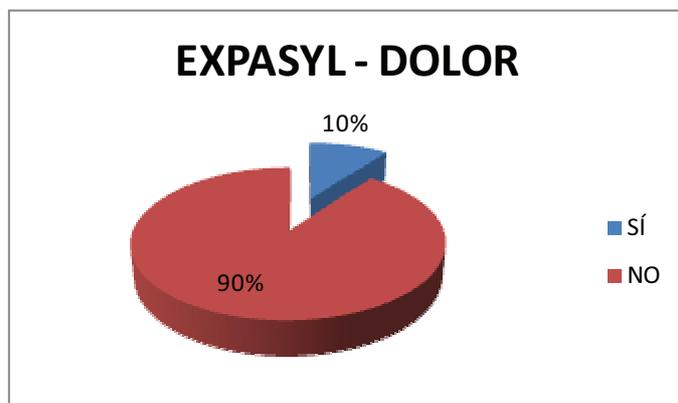


Gráfico No. 2: Expasyl: Presencia de dolor postoperatorio.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

TÉCNICA	TOTAL DE PACIENTES	PROBABILIDAD
DOBLE HILO	10	6/10= 0,6
EXPASYL	10	9/10= 0,9

Tabla No. X: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Probabilidad de dolor postoperatorio.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

$$|p_1 - p_2| = 0,3$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,75$$

$$\sqrt{p(1-p) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)} = 0,19 * 1,96 = 0,37$$

Ya que 0,3 no supera al valor de 0,37; la diferencia entre el porcentaje de respuesta en entre ambas técnicas no es significativa en cuanto a la presencia de dolor postoperatorio.

Variable 2: SANGRADO

Se califica con 2 puntos en la variable de SANGRADO si el material usado en la técnica posee buen control de la hemorragia durante la toma de impresión. Para que la calidad de la variable sea 100% efectiva, cada técnica debe de dar una suma de 20 puntos.

DOBLE HILO		EXPASYL	
PACIENTE	SANGRADO	PACIENTE	SANGRADO
1	0	1	2
2	2	2	2
3	2	3	2
4	2	4	2
5	2	5	2
6	2	6	2
7	2	7	2
8	2	8	2
9	2	9	2
10	2	10	2
TOTAL	18	TOTAL	20

Tabla No. XI: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Presencia de sangrado en la toma de impresión.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

El grado de éxito en la técnica de doble hilo dio un total de 18 puntos. Lo que resulta en una probabilidad de 0,9. Esto implica que al usar la técnica de doble hilo, habrá buen control de sangrado en el 90% de los casos.

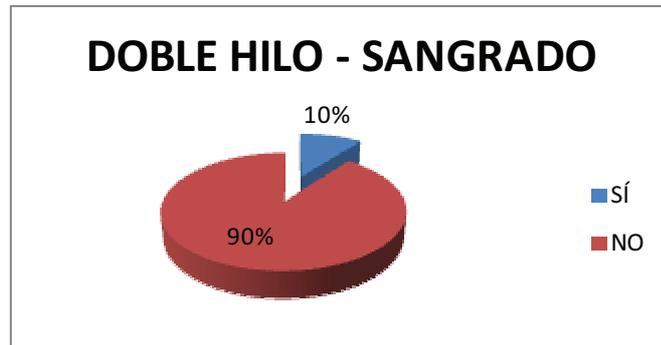


Gráfico No. 3: Técnica de doble hilo: Presencia de sangrado en la toma de impresión.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

En el grupo de Expasyl, se presenció un buen control de sangrado en todos los 10 pacientes, al momento de tomar la impresión. El Expasyl acierta su efectividad al 100% como hemostático.

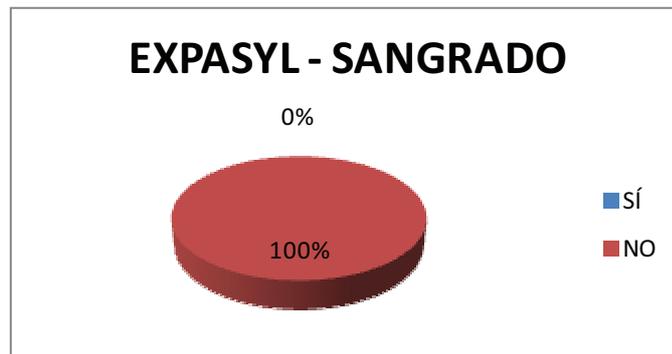


Gráfico No. 4: Expasyl: Presencia de sangrado en la toma de impresión.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

TÉCNICA	TOTAL DE PACIENTES	PROBABILIDAD
DOBLE HILO	10	18/20= 0.9
EXPASYL	10	20/20= 1

Tabla No. XII: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Probabilidad de sangrado en la toma de impresión.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

$$|p_1 - p_2| = 0,1$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,95$$

$$\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)} = 0,097 * 1,96 = 0.19$$

Ya que 0,1 no supera al valor de 0,19; la diferencia entre el porcentaje de respuesta entre ambas técnicas no es significativa en el control de sangrado.

Variable 3: RETRACCIÓN

Para determinar la variable RETRACCIÓN, se estudiaron los modelos de yeso que fueron vaciados directamente de la impresión definitiva. Aplicada en ambas técnicas, se concedió con 3 puntos si en los modelos se pudo observar con claridad la configuración de la preparación y los límites de la línea de terminación. Para que la calidad de la variable tenga una efectividad del 100%, cada técnica debe de dar una suma total de 30 puntos.

DOBLE HILO		EXPASYL	
PACIENTE	RETRACCIÓN	PACIENTE	RETRACCIÓN
1	3	1	0
2	3	2	0
3	3	3	0
4	3	4	0
5	0	5	0
6	3	6	0
7	3	7	0
8	3	8	0
9	3	9	3
10	3	10	3
TOTAL	27	TOTAL	6

Tabla No. XIII: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Retracción gingival.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

En el grupo de la técnica de doble hilo, el grado de éxito resultó con un total de 27 puntos. Con una probabilidad positiva de 0,9, se podrá observar un correcto desplazamiento de los tejidos en el 90% de los casos que se use esta técnica.

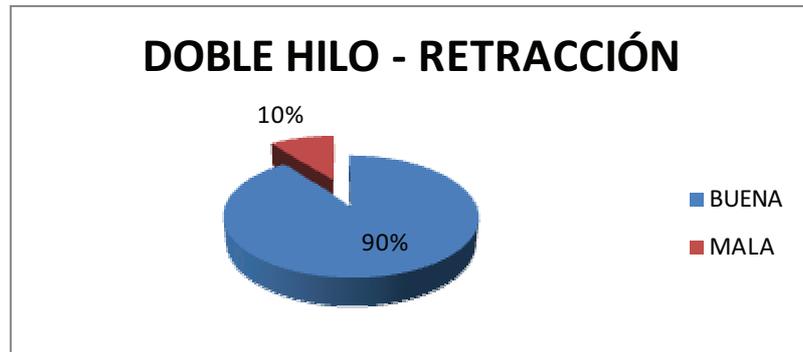


Gráfico No. 5: Técnica de doble hilo: Retracción gingival..

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

El grado de éxito del uso de Expasyl, en los 10 pacientes, es de 6 puntos. Lo que resulta en una probabilidad del 0,2. Esta probabilidad se refleja en el porcentaje de efectividad con un 20%.

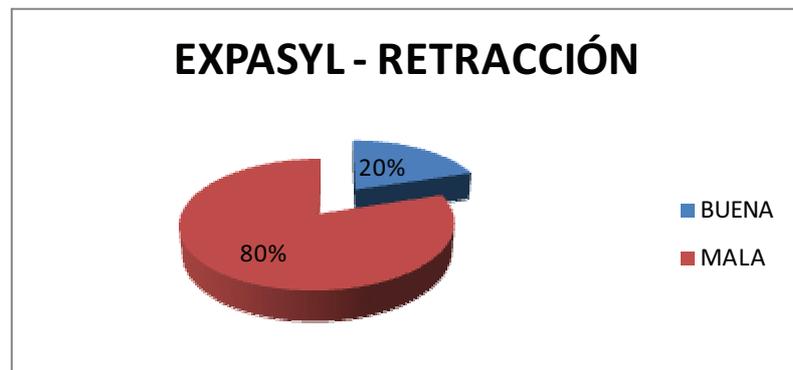


Gráfico No. 6: Expasyl: Retracción gingival.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

TÉCNICA	TOTAL DE PACIENTES	PROBABILIDAD
DOBLE HILO	10	$27/30= 0.9$
EXPASYL	10	$6/30= 0,2$

Tabla No. XIV: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Probabilidad de Retracción gingival.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

$$|p_1 - p_2| = 0,7$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,55$$

$$\sqrt{p(1-p)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)} = 0,21 * 1,96 = 0,41$$

Ya que 0,7 supera al valor de 0,41; la diferencia entre el porcentaje de respuesta entre ambas técnicas es significativa en la retracción de los tejidos.

Variable 4: EFECTIVIDAD

Como última variable, el grado de efectividad general de cada técnica se obtiene a partir de la suma de las 3 variables ya evaluadas: DOLOR, SANGRADO y RETRACCIÓN. Teniendo en cuenta la ponderación de cada variable, la suma neta debe de resultar con 60 puntos para demostrar el 100% de efectividad.

TÉCNICA DE DOBLE HILO			
PACIENTE	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	1	0	3
2	1	2	3
3	1	2	3
4	1	2	3
5	0	2	0
6	0	2	3
7	1	2	3
8	0	2	3
9	0	2	3
10	1	2	3
TOTAL	6	18	27

Tabla No. XV: Efectividad de la técnica de doble hilo.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

Comenzando por la técnica de doble hilo, la variable DOLOR dio una suma de 6 puntos, SANGRADO resultó con 18 puntos, y RETRACCIÓN, 27 puntos. El total neto de es de 51 puntos. Con una probabilidad positiva de 0,85, se puede decir que el porcentaje de efectividad es de del 85%.

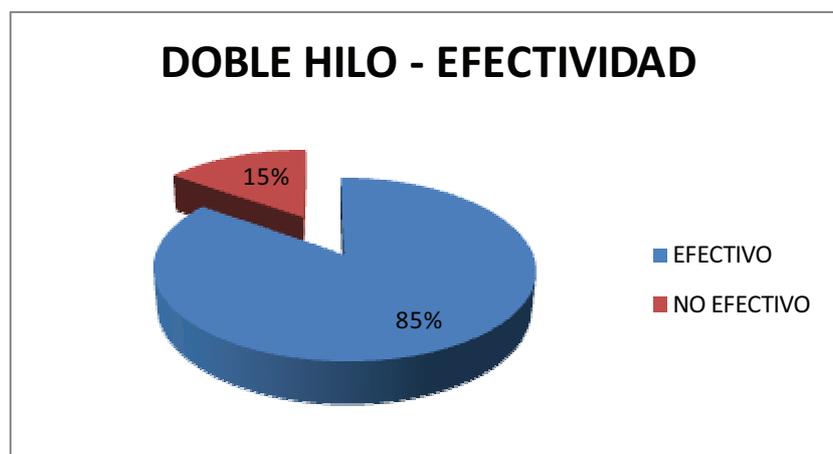


Gráfico No. 7: Efectividad de la técnica doble hilo.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

EXPASYL			
PACIENTE	DOLOR	SANGRADO	RETRACCIÓN
1	1	2	0
2	1	2	0
3	0	2	0
4	1	2	0
5	1	2	0
6	1	2	0
7	1	2	0
8	1	2	0
9	1	2	3
10	1	2	3
TOTAL	9	20	6

Tabla No. XVI: Efectividad de la técnica con Expasyl.

Fuente: Sofía Chang Díaz

Guayaquil – Ecuador.

En cuanto a la técnica de Expasyl, la variable DOLOR sumó 9 puntos, la de SANGRADO, 20 puntos y, la RETRACCIÓN obtuvo 6 puntos. El total neto es de 35

puntos, con una probabilidad positiva es del 0,583. Esto indica que el porcentaje de efectividad neta de la técnica es de 58.33%.

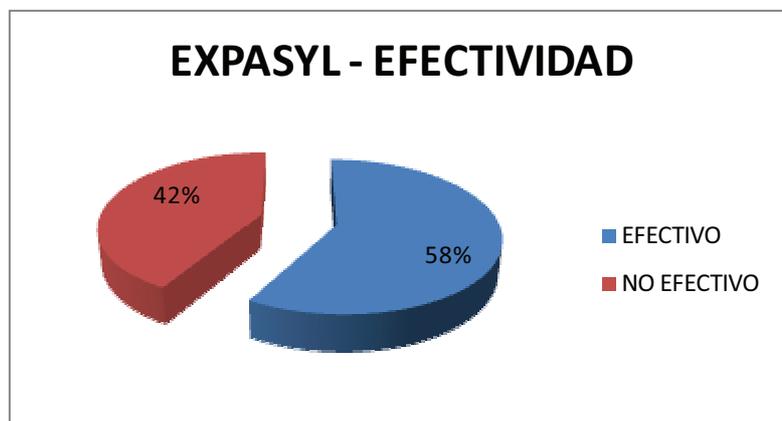


Gráfico No. 8: Efectividad de la técnica con Expasyl.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

TÉCNICA	TOTAL DE PACIENTES	PROBABILIDAD
DOBLE HILO	10	51/60= 0,85
EXPASYL	10	35/60= 0,5833

Tabla No. XVII: Técnica de doble hilo VS. Expasyl: Probabilidad de efectividad.

Fuente: Sofía Chang Díaz
Guayaquil – Ecuador.

$$|p_1 - p_2| = 0,2667$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,72$$

$$\sqrt{p(1-p) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)} = 0,20 * 1,96 = 0,39$$

Ya que 0,2667 no supera al valor de 0,39; la diferencia entre el porcentaje de respuesta entre ambas técnicas no es significativa en la efectividad neta.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. A los pacientes que se les usó Expasyl como material de retracción gingival manifestaron menor dolor postoperatorio, comparado con los que se les colocó hilo. Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa.
2. El control del sangrado fue mayor al utilizar Expasyl, en comparación con el hilo retractor impregnado en cloruro de aluminio. Aunque también es de recalcar que estos valores no fueron significativamente diferentes entre ellos.
3. En cuanto a la retracción gingival, la técnica de doble hilo fue estadísticamente significativa comparado con Expasyl.
4. El tiempo de trabajo al usar Expasyl fue menor, comparado al que se utilizó para la técnica de doble hilo.
5. Al usar Expasyl, los pacientes mostraron más tranquilidad y cooperación, en relación a los del grupo de doble hilo. Éstos últimos manifestaron incomodidad por la utilización de anestésico local.

Recomendaciones:

- Usar Expasyl en casos seleccionados, es decir, pacientes en los cuales necesiten retracción en un solo diente, que tengan biotipo fino y una correcta salud periodontal.
- Llevar a cabo un estudio en el que combinen las propiedades y ventajas del uso de hilo retractor y Expasyl, como una tercera técnica.
- Debido a las limitaciones de este trabajo, se recomienda realizar más estudios sobre el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lindhe J, Lang N, Karring T. **PERIODONOLOGÍA CLÍNICA E IMPLANTOLOGÍA ODONTOLÓGICA**. 5ta ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2008.
2. Carranza A. **PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA**. 9na ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
3. Christopher A, McCulloch G, Lekic P, D. McKee M. **ROLE OF PHYSICAL FORCES IN REGULATING THE FORM AND FUNCTION OF HE PERIODONTAL LIGAMENT**. *Periodontology* 2000. 2000; Vol. 24, 56–72.
4. Mjör I; Fejerskow O; **EMBRIOLOGÍA E HISTOLOGÍA ORAL HUMANA**. Ed. Salvat Editores S.A; 1989.
5. Gomez de F. **HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL**. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1999.
6. Glickman I. **CLINICAL PERIODONTOLOGY**. 4ta ed. Ed. Saunders; 1972: 32-43.
7. Berkovitz B. **THE PERIODONTAL LIGAMENT IN HEALTH AND DISEASE**. 2da ed. Ed. Mosby; 1995.
8. Rupprecht, R., Horning, G., Nicoll, B., Cohen, M. **PREVALENCE OF DEHISCENCE'S AND FENESTRATIONS IN MODERN AMERICAN SKULLS**. *Journal Periodontology*. 2001; 72(6).
9. Yang, Z-P. **TREATMENT OF LABIAL FENESTRATION OF MAXILLARY CENTRA INCISOR**. *Endodontic Dental Traumatology* 1996; 12: 104-108.
10. Cate, T. **HISTOLOGÍA ORAL**. 2a ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1986.
11. Ozaki S, Kaneko S, Podyma-Inoue KA, Yanagishita M, Somak K. **MODULATION OF EXTRACELLULAR MATRIX SYNTHESIS AND ALKALINE PHOSPHATASE ACTIVITY OF PERIODONTAL**

- LIGAMENT CELLS BY MECHANICAL STRESS.** J Periodont Res. 2005. 40: 110-117.
12. Machón L, Hernández M, Espinoza MA, Hidalgo de Andrade LE, Andrade Acevedo RA. **EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS Y TIPOS DE TRATAMIENTO EFECTUADOS EN DIENTES CON INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO O CON NECESIDAD DE CIRUGÍA PREPROTÉSICA.** Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 113-121. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>
 13. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. **DIMENSIONS AND RELATIONS OF THE DENTOGINGIVAL JUNCTION IN HUMANS.** J Periodontol. 1961; 32:261-7.
 14. Vacek JS, Gher MF, Assad DA. **THE DIMENSIONS OF THE HUMAN DENTOGINGIVAL JUNCTION.** J Periodont Restor Dent 1994; 14(2): 155.
 15. Nevins M, Skurow HM. **THE INTRACREVICULAR RESTORATIVE MARGIN, THE BIOLOGIC WIDTH, AND MAINTENANCE OF THE GINGIVAL MARGIN.** Int J Periodontics Restorative Dent 1984; 4(3): 31-49.
 16. Salazar JR, Gimenez X. **AGRESIÓN GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES.** Acta Odontol. Venez, Sep. 2009, 47(3), p.116-121. ISSN 0001-6365.
 17. Santos Gusmao E, Lima Dos Santos R, Rocha Medeiros C et al. **FRACTURA DENTAL CON INVASIÓN DEL ESPACIO BIOLÓGICO – UNA CONDUCTA MULTIDISCIPLINAR.** Acta Odontol. Venez, Mar. 2010; 48(1): 157-162. ISSN 0001-6365.
 18. Shigemura H. **EL CONTORNEADO DE LA CORONA DE PRÓTESIS DENTAL.** Quintessence. 1994; 5(2): 65-89.
 19. Hagiwara Y. and Igarashi T. **EMERGENTE PROFILE.** Quintessence. 1991; 10(1): 55-64.

20. Willershausen B, Köttgen C, Ernst CP. **THE INFLUENCE OF RESTORATIVE MATERIALS ON MARGINAL GINGIVA.** J. Med Res. 2001; 6(10): 433-439.
21. Paolantonio M, Dércole S, Perinetti G, Tripodi D, Catamo G, Serra E, Bruë C, Piccolomini R. **CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL EFFECTS OF DIFFERENT RESTORATIVE MATERIALS ON THE PERIODONTAL TISSUES ADJACENT TO SUBGINGIVAL CLASS V RESTORATIONS.** J Clin Periodontol. 2004; 31(3): 200-207.
22. Rossi GH, Cuniberti de Rossi NE. Cirugía periodontal con finalidad protésica. **ATLAS DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y PERIODONCIA : WORKSHOP DE CIRUGÍA PERIODONTAL PARA EL PRÁCTICO GENERAL.** Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 2004. 261-310.
23. Escudero-Castaño N., García-García V., Bascones-Llundain J., Bascones-Martínez A. **ALARGAMIENTO CORONARIO, UNA NECESIDAD DE RETENCIÓN PROTÉSICA, ESTÉTICA Y BIOLÓGICA.** Revisión bibliográfica. *Acta odontol. venez,* jul-ago. 2007, vol.23, no.4, p. ISSN 0213-1285
24. Mallat Callís E, Mallat Desplats E, et al. **PRÓTESIS FIJA ESTÉTICA. UN ENFOQUE CLÍNICO E INTERDISCIPLINARIO.** España: Elsevier; 2007.
25. Rossi R, Benedetti R, Santos-Morales RI. **TREATMENT OF ALTERED PASSIVE ERUPTION: PERIODONTAL PLASTIC SURGERY OF THE DENTOGINGIVAL JUNCTION.** *Eur J Esthet Dent* 2008; 3(3): 212-223.
26. Delgado Pichel A, Inarejos Montesinos P, Herrero Climent M. **ESPACIO BIOLÓGICO. PARTE I: LA INSERCIÓN DIENTE-ENCÍA.** *Av Periodon Implantol.* 2001; 13, 2: 101-108.
27. López Sierra A, Vives Bonet T, Santos Alemany A. **INJERTO LIBRE EN ACORDEÓN PROCEDENTE DE UN TRAMO EDÉNTULO. A**

PROPÓSITO DE UN CASO. Revista Odontológica de Especialidades; 2008; 7:92.

28. Martelo Gomez PM, Royero Feria MF, Romero Martínez GM, Díaz Caballero AJ. **CAMBIOS EN LA CONDICIÓN COSMÉTICA DE LA SONRISA DE UNA PACIENTE POR MEDIO DE ALARGAMIENTO CORONARIO.** Duazary. 2009; 6(2): 134-140.
29. Burgos Fuentes T, Palomino Romero DM, Díaz Caballero A. **GINGIVECTOMÍA A BISEL EXTERNO.** Duazary. 2008; 5(2): 125 -128.
30. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. **COLGAJO DE REPOSICIÓN APICAL.** Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2011 Ago. 23(2).
31. Villaverde Ramírez G, Blanco Carrión J, Ramos Barbosa I, Bascones Ilundain J, Bascones Martínez A. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CORONAS CLÍNICAS CORTAS: TÉCNICA DE ALARGAMIENTO CORONARIO.** Avances en Periodoncia. 2000 Dic. 12(3); 117 – 126.
32. Geissberger M. **ESTHETIC DENTISTRY IN CLINICAL PRACTICE.** Estados Unidos: Wiley-Blackwell; 2010.
33. Spear F. **USING MARGIN PLACEMENT TO ACHIEVE THE BEST ANTERIOR RESTORATIVE ESTHETICS.** J Am Dent Assoc. 2009; 140(7): 920-926.
34. Park JB. **RESTORATION OF THE SEVERELY DECAYED TOOTH USING CROWN LENGHTHENING WITH SIMULTANEOUS TOOTH-PREPARATION.** Eur J Dent. 2010 Abril; 4(2): 197-201.
35. Hyon-Woo S, Jai-Young K, Seong-Kyun K, Seong-Joo H. **FULL MOUTH REHABILITATION OF PARTIALLY AND FULLY EDENTULOUS PATIENT WITH CROWN LENGHTENING PROCEDURE: A CASE REPORT.** J Adv Prosthodont. 2010 Junio; 2(2): 50-53.

36. Ardila Medina CM. **INFLUENCIA DE LOS MÁRGENES DE LAS RESTAURACIONES SOBRE LA SALUD GINGIVAL.** Av. Odontolestomatol. 2010 Mar-Abr. 26(2).
37. Rawashdeh RY, Malkawi HI, Al-Hiyasat A, Hammad MM. **THE EFFECT OF CROWN RESTORATIONS ON THE TYPE AND COUNTS OF CARIOGENIC BACTERIA.** Jordan Journal of Biological Sciences 2008 Sept; 1(3): 100-104.
38. Salazar JR. **MÉTODOS DE SEPARACIÓN GINGIVAL EN PRÓTESIS FIJA.** Acta Odontológica Venezolana. 2007. 45(2).
39. González MJ, Castillo CA. **RETRACCIÓN GINGIVAL.** Dendum 2007; 7(2): 62-66.
40. Kamath R, D.L Sarandha, Chand Baid G. **ADVANCES IN GINGIVAL RETRACTION.** Int. Journal of Clinical Dental Science 2011 Feb; 2(1): 64-67.
41. Romera MJ, Gil IJ, Díaz-Romeral P. **TÉCNICAS DE DESPLAZAMIENTO GINGIVAL EN PRÓTESIS FIJA.** Cient Dent. 2010 Abr; 7(1): 33-39.
42. Jetter C. **SOFT-TISSUE MANAGEMENT USING AN ER, CR: YSGG LASER DURING RESTORATIVE PROCEDURES.** Dentistry India 2008 Nov-Dic [citado 18 Sept 2011]; 2(5). Disponible en: <http://www.dentistryindia.net/article.php?id=2326>
43. Albaker AM. **GINGIVAL RETRACTION – TECHNIQUES AND MATERIALS: A REVIEW.** Pakistan Oral & Dental Journal 2010 Dic; 30(2): 545-551.
44. Phatale S, Marawar PP, Byakod G, Lagdive SB, Kalburge J. **EFFECT OF RETRACTION MATERIALS ON GINGIVAL HEALTH: A HISTOPATHOLOGICAL STUDY.** J Indian Soc Periodontol. 2010 Ene-Mar; 14(1): 35-39.

45. Al Hamad KQ, Azar WZ, Alwaeli HA, Said KN. **A CLINICAL STUDY ON THE EFFECTS OF CORDLESS AND CONVENTIONAL RETRACTION TECHNIQUES ON THE GINGIVAL AND PERIODONTAL HEALTH.** Journal of Clinical Periodontology 2008 Dic; 35(12): 1053-1058.
46. Rosentiel SF, Land MF, Fujimoto J. Capítulo 14: Manipulación de tejidos y toma de impresiones. **PRÓTESIS FIJA CONTEMPORÁNEA.** 4ta. Ed. España: Elsevier; 2009. p. 431 – 465.
47. Ireland R. **A DICTIONARY OF DENTISTRY.** New York: Oxford University Press Inc.; 2010. Gingival retraction cord.
48. Garg N, Garg A. **TEXTBOOK OF OPERATIVE DENTISTRY.** 1ra Ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2010.
49. Mohan M, Gupta A, Shenoy V, Parolia A. **PHARMACOLOGICAL AGENTS IN DENTISTRY: A REVIEW.** British Journal of Pharmaceutical Research 2011; 1(3): 66-87.
50. Mandikos MN. **TRAXODENT: SIMPLE AND EFFECTIVE HAEMOSTASIS IN CROWN AND BRIDGEWORK.** Australasian Dental Practice 2010 Jul-Ago: 162-166.
51. Strassler HE. **TISSUE MANAGEMENT, GINGIVAL RETRACTION AND HEMOSTASIS.** Oral Health Journal 2011 Jul [citado 18 Sept. 2011]. Disponible en: <http://www.oralhealthgroup.com/news/tissue-management-gingival-retraction-and-hemostasis/1000519731/>
52. Al-Ani A, Bennani V, Chandler NP, Lyons KM, Thomson WM. **NEW ZEALAND DENTISTS' USE OF GINGIVAL RETRACTION TECHNIQUES FOR FIXED PROSTHODONTICS AND IMPLANTS.** N Z Dent J. 2010 Sep; 10(3): 92-96.
53. Jyoti N, Madhukar P, Tulika G, Shelly A. **DENTAL LASERS - A BOON TO PROSTHODONTICS - A REVIEW.** International Journal of Dental Clinics 2010; 2(2): 13-21.

54. Goiato MC, Ribeiro PP, Gennari Filho H, Rodrigues JE, Falcón-Antenucci RM. **EVALUACIÓN DE LA DUREZA SHORE A EN DOS TÉCNICAS DE IMPRESIÓN CON SILICONAS POR DONCENSACIÓN BAJO LA INFLUENCIA DEL USO DE DESINFECCIÓN QUÍMICA POR IMPRESIÓN CON SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA AL 2%.** Acta Odontológica Venezolana 2008; 46(1).
55. Pérez S. **CONSIDERACIONES PARA LA TOMA DE IMPRESIÓN DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES.** Acta Odontológica Venezolana 2008 Dic; 46(3).
56. Restrepo DP, Ardila CM. **REACCIONES ADVERSAS OCASIONADAS POR LOS BIOMATERIALES USADOS EN PROSTODONCIA.** Av. Odontoestomatol. 2008; 26(1): 19-30.
57. Álvarez A. **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ESTABILIDAD DIMENSIONAL DEL ALGINATO *KROMOPAN 100 HOURS (LASCOD)* CONTRA *TROPICALGIN (ZHERMACK)*.** Tesina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009.
58. Vieira J. **ANÁLISIS DE LAS TÉCNICAS DE IMPRESIÓN EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE A EXTENSIÓN DISTAL.** Acta Odontológica Venezolana 2007; 45(2).
59. Giraldo OL. **CÓMO EVITAR FRACASOS EN PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE.** Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008; 19 (2): 80-88
60. Lindigkeit J, Schnelderbanger T, Schäfer R. **MASAS DE DUPLICADO REVERSIBLES: ¿LO DE SIEMPRE O ALGO INNOVADOR?** Quintessence técnica (ed. esp.) 2007 Mar.; 18(3): 168-177.
61. Gnan C. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: MATERIALES DE IMPRESIÓN Y TRATAMIENTO ESPECIAL.** Quintessence técnica (ed. esp.) 2007 Oct.; 18(8): 454-468.
62. Palma A, Sánchez F. Capítulo 14: Manipulación y obtención de modelos de trabajo. Bases de ortodoncia y prótesis. **TÉCNICAS DE AYUDA**

ODONTOLÓGICA Y ESTOMATOLÓGICA. 1ra ed. España: Ed. Paraninfo; 2010. p. 288.

63. García MC. **ESTUDIO EXPERIMENTAL IN VITRO DE LA FIABILIDAD DE DISTINTAS TÉCNICAS DE IMPRESIÓN EN IMPLANTOLOGÍA.** Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España, 2010.
64. Damodara E, Litaker M, Rahemtulla F, McCracken M. **A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL TO COMPARE DIAGNOSTIC CASTS MADE USING PLASTIC AND METAL TRAYS.** The Journal of Prosthetic Dentistry 2010 Dic; 104(6): 364-371.
65. Pitel M. **AN INTRODUCTION TO TISSUE MANAGEMENT.** Inside Dental Assisting 2008; 4(6) (Suppl), 12-19.
66. Abadzhiev M. **COMPARATIVE RESEARCH OF THE SUBGINGIVAL IMPRESSION QUALITY BY FIXED PROsthESIS USING ONE AND DOUBLE CORD RETRACTION TECHNIQUE.** Journal of IMAB. 2009; book 2: 52-54.
67. Bennani V, Schwass D, Chandler N. **GINGIVAL RETRACTION TECHNIQUES FOR IMPLANTS VERSUS TEETH: CURRENT STATUS.** J Am Dent Assoc 2008; 139: 1354-1363.
68. García E. **COMPARACIÓN CLÍNICA ENTRE DOS TÉCNICAS DE RETRACCIÓN GINGIVAL: TÉCNICA DE UN HILO VS. TÉCNICA DE DOBLE HILO.** Tesis de Graduación, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador, 2010.
69. American Dental Association. **TERAPÉUTICA DENTAL.** Masson. España: Elsevier; 2003.
70. Prasad KD, Hegde C, Agrawal G, Shetty M. **GINGIVAL DISPLACEMENT IN PROsthODONTICS: A CRITICAL REVIEW OF EXISTING METHODS.** Journal of Interdisciplinary Dentistry 2011; 1(2): 80-86.

71. Csillaag M, Nyiri G, Vag J, Fazekas A. **DOSE-RELATED EFFECTS OF EPINEPHRINE ON HUMAN GINGIVAL BLOOD FLOW AND CREVICULAR FLUID PRODUCTION USED AS A SOAKING SOLUTION FOR CHEMO MECHANICAL ISSUE RETRACTION.** The Journal of Prosthetic Dentistry 2007; 97(1): 6-11.
72. Conrad HJ, Halten JR. **INTERNALIZED DISCOLORATION OF DENTIN UNDER PORCELAIN CROWNS: A CLINICAL REPORT.** J Prosthet Dent 2009; 101: 153-157.
73. Kuphasuck W, Harnirattisai C, Senawongse P, Tagami J. **BOND STRENGTH OF TWO ADHESIVE SYSTEMS TO DENTIN CONTAMINATED WITH HEMOSTATIC AGENT.** Oper Dent 2007; 32: 399-405.
74. Polat NT, Ozdemir AK, Turgut M. **EFFECTS OF GINGIVAL RETRACTION MATERIALS ON GINGIVAL BLOOD FLOW.** Int J Prosthodont 2007; 20: 57-62.
75. Akca E, Yildirim E, Dalkiz M, Yavuzyilmaz H, Beydemir B. **EFFECTOS DE DIFERENTES MEDICACIONES PARA LA RETRACCIÓN SOBRE EL TEJIDO GINGIVAL.** Quintessence 2007; 20(3); 167-173.
76. Sábio S, Franciscone PA, Mondelli J. **EFFECT OF CONVENTIONAL AND EXPERIMENTAL SINGIVAL RETRACTIONS OLUTIONS ON THE TENSILE STRENGTH AND INHIBITION OF POLYMERIZATION OF FOUR TYPES OF IMPRESSION MATERIALS.** Journal of Applied Oral Science 2008 Jul- Ago; 16(4): 280-285.
77. Nowakowska D, Saczko J, Kulbacka J, Choromanska A. **DYNAMIC OXIDOREDUCTIVE POTENTIAL OF ASTRINGENT RETRACTION AGENTS.** Folia Biologica 2010; 56: 263-268.
78. Wostmann B, Rehmann P, Trost D, Balkenhol M. **EFFECT OF DIFFERENT RETRACTION AND IMPRESSION TECHNIQUES ON THE MARGINAL FIT OF CROWNS.** J Dent 2008; 36(7): 508-512.

79. Nazarian A. **TISSUE MANAGEMENT WITH EXPASYL; A KEY TO RESTORATIVE SUCCESS.** Continuing Education, dentaltown.com 2007 Sept; 46-52.
80. Kerr Sybron Dental Specialties. **EXPASYL: TISSUE MANAGEMENT.** (Brochure). Disponible en: <http://www.kerrdental.com/index/cms-file-system-action?file=KerrDental-Products-Brochure/expasylstawberrysalesheet.pdf>
81. Bieir US, Kranewitter R, Dumfahrt H. **QUALITY OF IMPRESSIONS AFTER THE USE OF MAGIC FOAM CORD GINGIVAL RETRACTION SYSTEM – A CLINICAL STUDY OF 269 ABUTMENT TEETH.** Int J Prosthodont. 2009; 22:143-147
82. Kazemi M, Memarian M, Loran V. **COMPARING THE EFFECTIVENESS OF TWO GINGIVAL RETRACTION PROCEDURES ON GINGIVAL RECESSION AND TISSUE DISPLACEMENT: CLINICAL STUDY.** Research Journal of Biological Sciences 2009; 4(3): 335 – 339.
83. Von Arx T, Jensen S, Hänni S, Schenk RK. **HAEMOSTATIC AGENTS USED IN PERIRADICULAR SURGERY: AN EXPERIMENTAL STUDY OF THEIR EFFICACY AND TISSUE REACTIONS.** Int Endod J. 2006 Oct; 39(10): 800-808.
84. Jensen SS, Yazdi PM, Hjørtting-Hansen E, Bosshardt DD, von Arx T. **HAEMOSTATIC EFFECT AND TISSUE REACTIONS OF METHODS AND AGENTS USED FOR HAEMORRHAGE CONTROL IN APICAL SURGERY.** Int Endod J. 2010 Ene; 43(1): 57-63.

ANEXOS

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I: 042720299-

TELEFONO:
2-601635
082763903

Coop Jacobo Buesarom
M329353

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
Coop Jacobo Buesarom	Alex Dario	Marcos Alexar	M	18	2
MENOR 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
arreglar los dientes de adelante

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO <input checked="" type="checkbox"/>
10. Hepatitis (8 años)									

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (min)

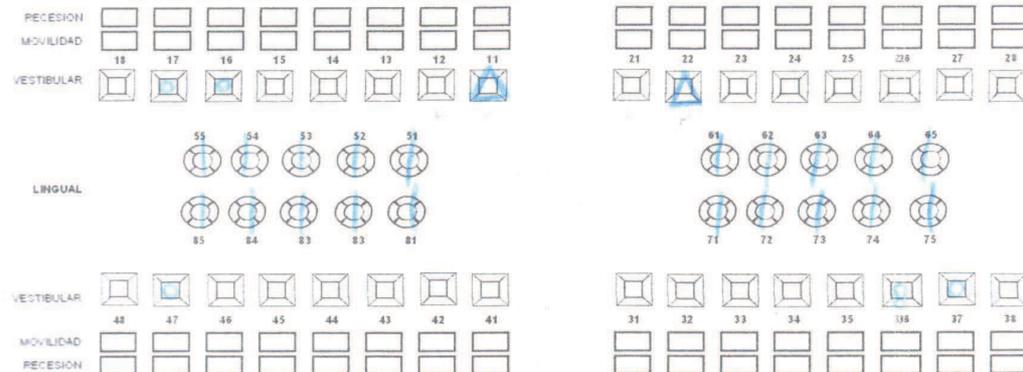
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

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



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCCLUSIÓN			FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
0-1	1-2	2-3	3-4	0-1	0-1	2-3	0-1	2-3	0-1	2-3	3-4	
16	17	55										
11	21	51										
26	27	65										
36	37	75										
31	41	71										
46	47	85										
TOTALES				#DIV#	#####	#####						

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	= PROTESIS TOTAL
* azul SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊠ CORONA
X rojo EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X azul PERDIDA POR CARIES	(---) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

Color
A2

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS-X OTROS
 Corona pieza # 11, Carilla de porcelana # 21
 Carillas de resina # 12 y # 22 (porcelana)

11- julio - 2011

Juan Jattardo B

11 DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO CIE PRE DEF

1			3
2			4

CIE PRE DEF

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

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 2/07/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen Modelos de estudio Rt periapicales Fotas. 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 30/07/11	Retracción con técnica de doble hilo. 0-00	<ul style="list-style-type: none"> Tallado 21/12 Provisionales. Impresión definitiva Registro de mordida Cementación definitiva 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 4/08/11		<ul style="list-style-type: none"> 1/ Ionómero de vidrio 2/12 Cem. dual resinas 		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juan Jattardo B

Sofia Chang

Nombre de paciente: Alex Darío Macas.

Edad: 18 años

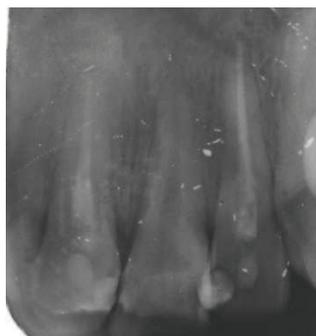
Tratamiento: Corona de porcelana p. 11. Carillas de porcelana p. 21, 12 y 22.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

FOTOS INICIALES



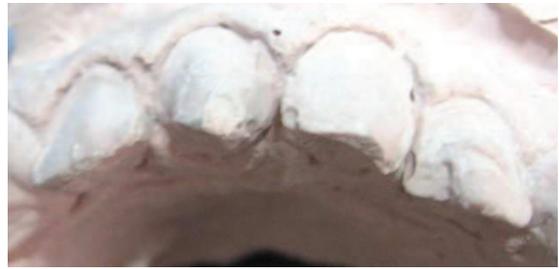
RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



**CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO**

C.I.:

TELEFONO:
086957199
090847311

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
	Ester	Cevallos	F	45	4

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Para restaurarme el diente de adelante.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
Gastritis, Presión Baja

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION <input checked="" type="checkbox"/>	9. ENF. CARDIACA <input checked="" type="checkbox"/>	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	---	--	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	TEMPERATURA C	F. RESPIRAT. min.
------------------	-------------------------	---------------	-------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MÁXILAR SUPERIOR	4. MÁXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCCLUSIÓN			FLUOROSIS				
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	[Scale]			[Scale]			[Scale]		
11	21	51												
26	27	65												
36	37	75												
31	41	71												
46	47	85												
TOTALES			#DIV#	#####	#####									

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	c	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PROTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PROTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO
X azul	PERDIDA POR CARIES	(---)	PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

6
Sofia Chang

A3

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS-X OTROS
SANGUINEA
Carillas p. #11 y #21.
↳ Coronas

29-Jul 2011
Jan [Signature]

11 DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1 3
2 4

CODIGO

FECHA DE APERTURA

FECHA DE CONTROL

PROFESIONAL

FIRMA

NUMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 27/jul/11		• Examen • Rx periapicales III • Fotos • Modelos de estudio		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 30/jul/11	Complicación con Colocación de hilos retractores.	• Tallado III • Impresión definitiva pendiente. • Req. mordida y provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 9/ago/11	Retracción con Expasyl.	• Impresión definitiva. Colocación de provisionales.		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 13/ago/11		• Cementación definitiva III (lonúmero de vidrio).		CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

[Signature]

Sofia Chang

Nombre de paciente: Ester Cevallos

Edad: 45 años

Tratamiento: Coronas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Expasyl.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO: *suiza Nancy Choez*

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.: *0911458776*

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE <i>Gladis</i>	APELLIDO <i>Zambrano</i>	SEXO (M-F) <i>F</i>	EDAD <i>46</i>	N° HISTORIA CLINICA	
MENOR 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 ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Porque se me feo la sonrisa.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO <input checked="" type="checkbox"/>	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION <input checked="" type="checkbox"/>	9. EHF. CARDIACA	10. OTRO
--	----------------------	----------------	------------	-----------------	---------	-------------	---	------------------	----------

1. Diclofenaco . 8. Doxarten 50 (controlada)

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA /min	TEMPERATURA C	F. RESPIRAT. /min.
------------------	--------------------------	---------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA
0-1	2-3	0-1-2-3	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1	0-1
16	17	55						
11	21	51						
26	27	65						
36	37	75						
31	41	71						
46	47	85						
TOTALES			#DIV#	#####	#####			

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* <i>rojo</i> SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	▬ PROTESIS TOTAL
* <i>azul</i> SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊠ CORONA
X <i>rojo</i> EXTRACCION INDICADA	□ — □ PROTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X <i>azul</i> PERDIDA POR CARIES	⌈ — ⌋ PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS-X OTROS
 GANGLIANA
 Retratamiento endo. y Corona p. #22.
 29 Julio - 2011
 Juan Falcón

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

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

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA		• Examen		CODIGO
23/07/11		• Rx periapical L2		FIRMA
SESION 2 FECHA		• Fotos		CODIGO
23/07/11		• Modelos de estudio		FIRMA
SESION 3 FECHA		• Retratamiento endo L2		CODIGO
27/07/11		1era cita (Medicam. intraconducto).		FIRMA
SESION 4 FECHA	Retracción con Expasyl.	• Endodoncia L2		CODIGO
11/08/11		• Obturación. 2da cita.		FIRMA
SESION 5 FECHA		• Tallado L2		CODIGO
16/08/11		• Impresión definitiva		FIRMA
SESION 6 FECHA		• Registro de mordida		CODIGO
		• Provisionales		FIRMA
SESION 7 FECHA		• Cementación definitiva L2		CODIGO
		(Ionómero de vidrio).		FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO
				FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO
				FIRMA

Sofia Chang

Nombre de paciente: Gladis Zambrano

Edad: 46 años

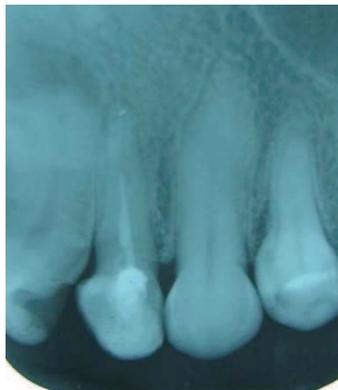
Tratamiento: Corona de porcelana p. 22.

Técnica de Retracción: Expasyl.

FOTOS INICIALES



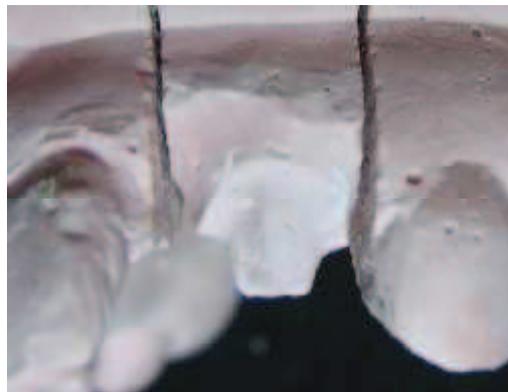
RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:
089878533

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO: _____ NOMBRE: **Aracely** APELLIDO: **Hera** SEXO: **F** EDAD: **48** Nº HISTORIA CLINICA: **10**

MENOR DE 1 AÑO: _____ 1-4 AÑOS: _____ 5-9 AÑOS PROGRAMADO: _____ 10-14 AÑOS NO PROGRAMADO: _____ 15-19 AÑOS: _____ 20-24 AÑOS: _____ 25-29 AÑOS: _____ 30-34 AÑOS: _____ 35-39 AÑOS: _____ 40-44 AÑOS: _____ 45-49 AÑOS: _____ 50-54 AÑOS: _____ 55-59 AÑOS: _____ 60-64 AÑOS: _____ 65-69 AÑOS: _____ 70-74 AÑOS: _____ 75-79 AÑOS: _____ 80-84 AÑOS: _____ 85-89 AÑOS: _____ 90-94 AÑOS: _____ 95-99 AÑOS: _____

1 MOTIVO DE CONSULTA NOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Para tener una mejor imagen.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA AFERENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIOTICO: _____ 2. ALERGIAS ANESTESIA: _____ 3. HEMORRAGIAS: _____ 4. VIRSIDA: _____ 5. TUBERCULOSIS: _____ 6. ASMA: _____ 7. DIABETES: _____ 8. HIPERTENSION: **X** 9. EIP. CARDIACA: _____ 10. OTRO: _____

8. Controlada.

4 SIGNOS VITALES

PRECION ARTERIAL: _____ FRECUENCIA CARDIACA (min): _____ TEMPERATURA (C): _____ F. RESPIRAT. (min): _____

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS: _____ 2. MEJILLAS: _____ 3. MAXILAR SUPERIOR: _____ 4. MAXILAR INFERIOR: _____ 5. LENGUA: _____ 6. PALADAR: _____ 7. PICO: _____ 8. CARRILOS: _____

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

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

RECESION: [Grid of 16 boxes for teeth 16-31]

MOVILIDAD: [Grid of 16 boxes for teeth 16-31]

VESTIBULAR: [Grid of 16 boxes for teeth 16-31]

LINGUAL: [Grid of 16 boxes for teeth 16-31]

VESTIBULAR: [Grid of 16 boxes for teeth 32-47]

MOVILIDAD: [Grid of 16 boxes for teeth 32-47]

RECESION: [Grid of 16 boxes for teeth 32-47]

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

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

INDIV: #####

ENFERMEDAD PERIODONTAL

LEVE	MODERADA	SEVERA
[Diagram]	[Diagram]	[Diagram]

MAL OCLUSIÓN

ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III
[Diagram]	[Diagram]	[Diagram]

FLUOROSIS

LEVE	MODERADA	SEVERA
[Diagram]	[Diagram]	[Diagram]

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{rojo}: SELLANTE NECESARIO
- *_{azul}: SELLANTE REALIZADO
- X_{rojo}: EXTRACCION INDICADA
- X_{azul}: PERDIDA POR CARIES
- ⊗: PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △: ENDODONCIA
- ⊖: PROTESIS Fija
- ⊖: PROTESIS REMOVIBLE
- ≡: PROTESIS TOTAL
- ⊠: CORONA
- _{azul}: OBTURADO
- _{rojo}: CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

13

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA OJUNICA SANGUINEA RAYOS-X OTROS
Carillas en p.# 11, 12, 21 y 22.
→ Corona

19-Julio-2011
Juan [Signature]

11 DIAGNÓSTICO

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

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 15/jul/11		• Examen • Rx periapicales 2/12 • Fotos • Modelos de estudio		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 12/ago/11	Retracción con Espasyt.	• Tallado 2/12 • Impresión • Registro de mordida • Provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 19/ago/11		Cementación definitiva 2/12 cemento dual resinas 1/1 ionómero de vidrio		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juan [Signature]

ALIBRANCIA Sofia Chang

Nombre de paciente: Aracely Mera.

Edad: 48 años

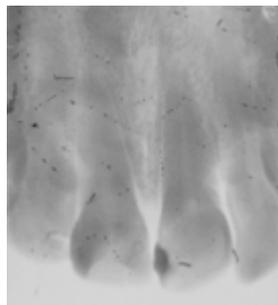
Tratamiento: Carillas de porcelana p. 12, 21 y 22. Corona de porcelana p. 11.

Técnica de Retracción: Expasyl.

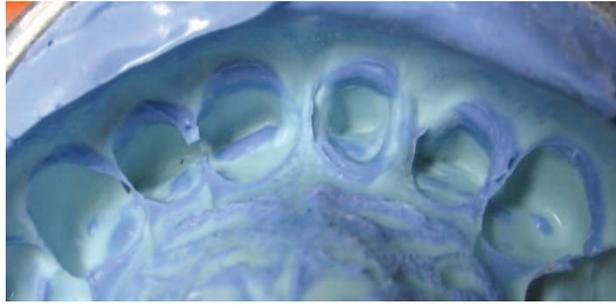
FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

TELEFONO:

08170 2587
09055 3711
ESTABLECIMIENTO

	NOMBRE <i>Victoria Lucia</i>	APELLIDO <i>Blanca Mora</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>43</i>	N° HISTORIA CLINICA <i>5</i>
MENOR DE 1 AÑO 1-4 AÑOS 5-9 AÑOS PROGRAMADO 10-14 AÑOS PROGRAMADO 15-19 AÑOS MAYOR DE 20 AÑOS	ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL				

1 MOTIVO DE CONSULTA

Quisiera tener los dientes un poquito más largos.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIOTICO 2. ALERGIAS ANESTESIA 3. HEMORRAGIAS 4. VIHOSIDA 5. TUBERCULOSIS 6. ASMA 7. DIABETES 8. HIPERTENSION 9. ENFERMEDADES APENDICIA 10. OTRO
1. Penicilina ; 6. infantil ; 8. Padre y madre ; 9. Padre y tío

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL: _____ FRECUCENCIA CARDIACA (min): _____
 TEMPERATURA (C): _____ F. RESPIRAT. (min): _____

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ENOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PIZO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

PISTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION MARCAR 'X' (1, 2 o 3), SI APLICA

<p>RECESION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VESTIBULAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>53</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RECESION</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RECESION</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	MOVILIDAD								VESTIBULAR								53	54	53	52	51	MOVILIDAD					RECESION					48	47	46	45	44	43	42	41	MOVILIDAD								RECESION								<p>RECESION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VESTIBULAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>61</td><td>62</td><td>62</td><td>64</td><td>65</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RECESION</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><td>MOVILIDAD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>RECESION</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28	MOVILIDAD								VESTIBULAR								61	62	62	64	65	MOVILIDAD					RECESION					31	32	33	34	35	36	37	38	MOVILIDAD								RECESION							
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																								
MOVILIDAD																																																																																																																															
VESTIBULAR																																																																																																																															
53	54	53	52	51																																																																																																																											
MOVILIDAD																																																																																																																															
RECESION																																																																																																																															
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																								
MOVILIDAD																																																																																																																															
RECESION																																																																																																																															
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																								
MOVILIDAD																																																																																																																															
VESTIBULAR																																																																																																																															
61	62	62	64	65																																																																																																																											
MOVILIDAD																																																																																																																															
RECESION																																																																																																																															
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																								
MOVILIDAD																																																																																																																															
RECESION																																																																																																																															

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA		
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO GINGIVITIS
	0-1-2-3	0-1-2-3
16	17	56
11	21	51
26	27	65
36	37	75
31	41	71
46	47	85
TOTALES	#####	#####

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊠ CORONA
X _{rojo} EXTRACCIÓN INDICADA	□ PROTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X _{azul} PERDIDA POR CARIES	(---) PROTESIS REMOVIBLE	rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-4orm.033/ 2008

6

Sofia Chang

ODONTOLOGÍA (1)

Color AZ (Vita)

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA OJUNCA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
Carillas de porcelana #11 y #21

11 - Julio 2011
Juanfalloa

11 DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1 3
2 4

CURSO

FECHA DE APERTURA FECHA DE CONTROL PROFESIONAL FIRMA NUMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 5/07/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen / H.C. Modelos de estudio Fotos RX periapicales 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 11/08/11	Retracción gingival con Técnica de Doble-hilo 0-00	<ul style="list-style-type: none"> Tallado <u>111</u> Impresión definitiva Registro de mordida Provisionales. Cementación definitiva <u>111</u> (Cem. dual resinoso) 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 19/08/11				CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juanfalloa

Sofia Chang

Nombre de paciente: Vilma Álava.

Edad: 43 años

Tratamiento: Carillas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

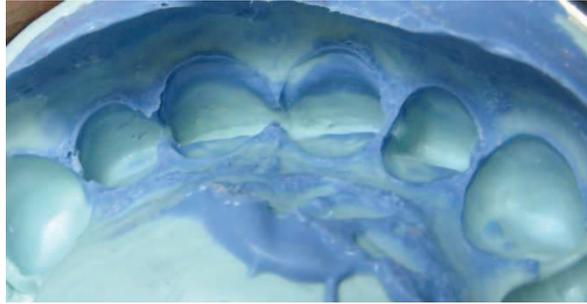
FOTOS INICIALES



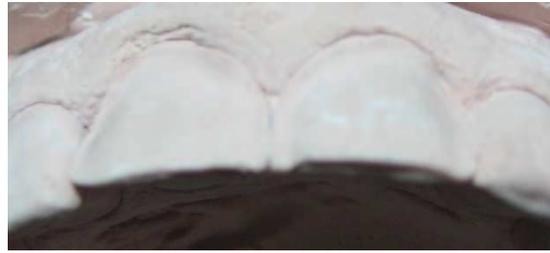
RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I:

TELEFONO:
2 de Mayo
5095550624

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	Carmen	Abarado	F	37	7

MENOR 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 ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Dolor en piezas #11 y #21

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. EINF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	-------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (min)
------------------	---------------------------	-----------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - INJOJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 o 3), SI APLICA

<p>RECISION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>11</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><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> <p>MOVILIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>11</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><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> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>11</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td></tr> <tr><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>65</td><td>64</td><td>63</td><td>62</td><td>61</td></tr> <tr><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> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" 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> <p>MOVILIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><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> <p>RECISION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> <tr><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>	11	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>	11	17	16	15	14	13	12	11	<input type="checkbox"/>	11	17	16	15	14	13	12	11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	55	54	53	52	51	<input type="checkbox"/>	65	64	63	62	61	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	<input type="checkbox"/>	<p>RECISION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><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> <p>MOVILIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><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 checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>LINGUAL</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td></tr> <tr><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>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td></tr> <tr><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> <p>VESTIBULAR</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><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 checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>MOVILIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><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> <p>RECISION</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> <tr><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>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	22	23	24	25	26	27	28	<input checked="" type="checkbox"/>	41	42	43	44	45	<input type="checkbox"/>	71	72	73	74	75	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>																																																																																					
11	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
11	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
11	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
55	54	53	52	51																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																					
65	64	63	62	61																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																					
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																																																																																		
<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"/>																																																																																																																																																																																																																																		
41	42	43	44	45																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																					
71	72	73	74	75																																																																																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																					
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																		
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																																																																																		
<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

PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	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	#DVI#	#####	#####

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSION	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{10j} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTESIS TOTAL
* _{20j} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊠ CCRONA
X _{10j} EXTRACCION INDICADA	□ — □ PROTESIS FIJA	○ 3216 OBTURADO
X _{20j} PERDIDA POR CARIES	(—) PROTESIS REMOVIBLE	o _{10j} CARIES

Sofia Chang

Color: A3
(Vita)

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS
Coronas		en piezas #11 y #21	

11-Julio 2011
 Juan ~~Bladob~~

11 DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1			3		
2			4		
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 5/07/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen / H.C Modelas de estudio Fotos RX periapicales 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 12/08/11	Retracción ging.: Téc. doble tubo 0 - 00	<ul style="list-style-type: none"> Tallado <u>111</u> Impresión definitiva Registro de mordida Provisionales 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 19/08/11		<ul style="list-style-type: none"> Cementación definitiva <u>111</u> (ionómero de vidrio) 		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juan Bladob

Sofia Chang

Nombre de paciente: Carmen Alvarado

Edad: 37 años

Tratamiento: Coronas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

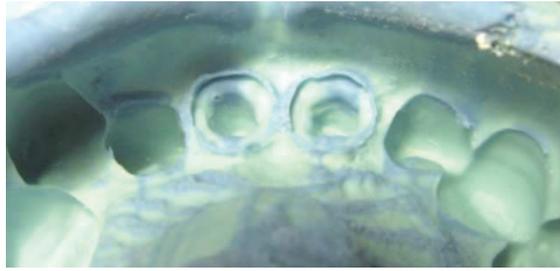
FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

TELEFONO:
090868130

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE <i>Gloria</i>	APELLIDO <i>Manzano Burgos</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>35</i>	N° HISTORIA CLINICA <i>8</i>
MEJOR DE IARÓ	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAJOR DE 20 AÑOS
					EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE
Cechar espacio dental delantero *277387 ext. 103*

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS CRONOLOGIA LOCALIZACION CARACTERISTICAS INTENSIDAD CAUSA APARENTE SINTOMAS ASOCIADOS EVOLUCION ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIHIGIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HPER TENSION <input checked="" type="checkbox"/>	9. EINF. CARDIACA	10. OTRO
<i>muña</i>									

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (min)

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. RISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 o 3), O APLICA

<p>RECISION: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>VESTIBULAR: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">55 54 53 52 51</p> <p style="text-align: center;">50 49 48 47 46 45 44 43 42 41</p> <p>VESTIBULAR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECISION: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>RECISION: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>VESTIBULAR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">61 62 63 64 65</p> <p style="text-align: center;">71 72 73 74 75</p> <p>VESTIBULAR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>MOVILIDAD: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>RECISION: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES	PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	LEVE MODERADA SEVERA	ANGLE I ANGLE II ANGLE III	LEVE MODERADA SEVERA
16 17 55						
11 21 51						
26 27 65						
36 37 75						
31 41 71						
46 47 85						
TOTALES	DMFT	#####	#####			

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA -OTRA CAUSA	▬ PROTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X _{rojo} EXTRACCION INDICADA	□ PROTESIS FJA	○ 3214 OBTURADO
X _{azul} PERDIDA POR CARIES	(- - -) PROTESIS REMOVIBLE	o Pojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
Cámbios de porcelana p.#11 y #21, Resina p.#22 por mesial.

19-Julio-2011
[Signature]

11 DIAGNÓSTICO

PRE=PRELIMINAR
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

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 6/07/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen Rx periap. Fotos Modelos de estudio 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 14/08/11	Retracción con técnica de doble hilo. 0-00	<ul style="list-style-type: none"> Tallado <u>III</u> Impresión def. Registro de mordida Provisionales 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 20/08/11		<ul style="list-style-type: none"> Cementación definitiva <u>III</u> (cem. dual resinoso). 		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

[Signature]

Sofia Chang

Nombre de paciente: Gloria Manzano.

Edad: 35 años

Tratamiento: Carillas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE <i>Jessica</i>	APELLIDO <i>Quimis</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>35</i>	N° HISTORIA CLINICA	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|-----------|-----------------|---------|-------------|-----------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIA ANTIBIOTICO | 2. ALERGIA ANESTESIA | 3. HEMORRAGIAS | 4. VIHIDA | 5. TUBERCULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPERTENSION | 9. ENF. CARDIACA | 10. OTRO |
|------------------------|----------------------|----------------|-----------|-----------------|---------|-------------|-----------------|------------------|----------|

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL: _____
 FRECUENCIA CARDIACA (min): _____
 TEMPERATURA (C): _____
 F. RESPIRAT. (min): _____

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|----------|--------------|
| 1. LABIOS | 2. MEJILLAS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 4. MAXILAR INFERIOR | 5. LENGUA | 6. PALADAR | 7. FIJOS | 8. CARRILLOS |
| 9. GLANDULAS SALIVALES | 10. ORO-FARINGE | 11. A. T. M. | 12. GANGLIOS | | | | |

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESION	<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"/>
VESTIBULAR	<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"/>
VESTIBULAR	<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"/>
RECESION	<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

PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	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	#DVI: #####	#####	#####

ENFERMEDAD PERIODONTAL

LEVE:
 MODERADA:
 SEVERA:

MAL OCCLUSION

ANGLE I:
 ANGLE II:
 ANGLE III:

FLUOROSIS

LEVE:
 MODERADA:
 SEVERA:

8 ÍNDICES CPO-ceo

C P O TOTAL
 D
 c e o TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *₁₀₀ SELLANTE NECESARIO
- *₂₀₀ SELLANTE REALIZADO
- X₁₀₀ EXTRACCIÓN INDICADA
- X₂₀₀ PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FIJA
- | — PROTESIS REMOVIBLE
- ▬ PROTESIS TOTAL
- ◻ CORONA
- azul OBTURADO
- rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
Corona p. # 11, Carillas p. # 12, # 21, # 22.

16-Ago-2011
~~pro fullcolor~~

11 DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1					3			
2					4			

12 TRATAMIENTO		DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1	FECHA				CODIGO FIRMA
	10/08/11		Examen RX periapicales Fotos Modelos de estudio		
SESION 2	FECHA	Retracción con Eupasyl	Tallado 21/12 Imp. definitiva Registro de mordida Provisionales		CODIGO FIRMA
	16/08/11				
SESION 3	FECHA		Cementación definitiva: 11 ionómero 2/12 cem. del resinoso.		CODIGO FIRMA
	20/08/11				
SESION 4	FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5	FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6	FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7	FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8	FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9	FECHA				CODIGO FIRMA

~~pro fullcolor~~

ALUMNO

Sofia Chang

Nombre de paciente: Jessica Quimis

Edad: 45 años

Tratamiento: Corona de porcelana p. 11, carillas de porcelana en p. 12, 21 y 21.

Técnica de Retracción: Expasyl.

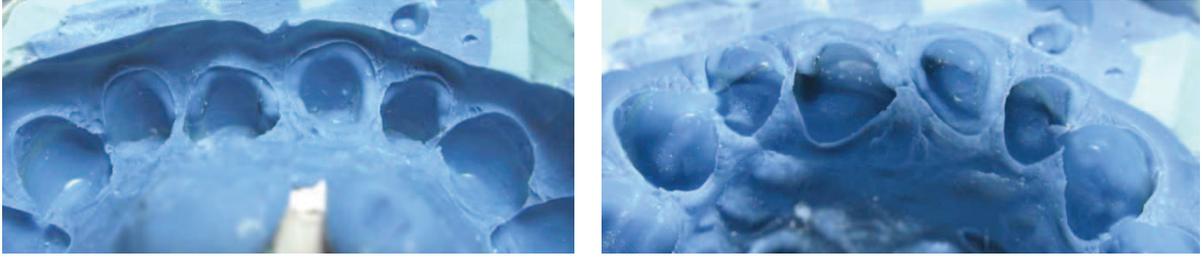
FOTOS INICIALES



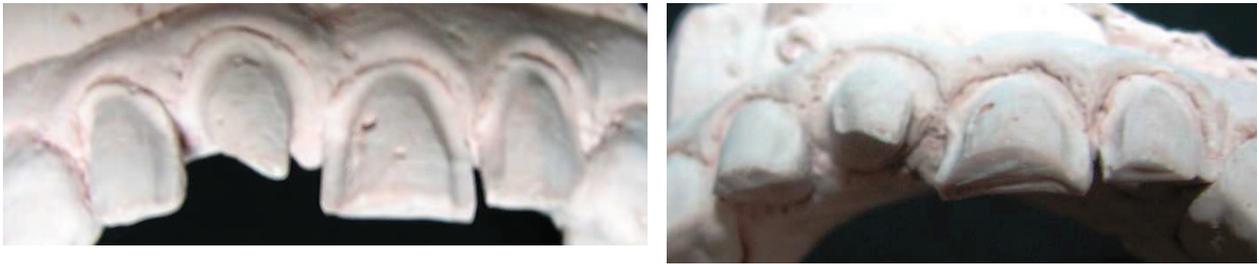
RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

TELEFONO:

086840309
2651325

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA	
	Nancy	CHAZ		45	6	
MEMOR DE AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

Ancoriza los dientes chuecos

INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------|-------------|-----------------|---------|-------------|-----------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIAS ANTIBIOTICO | 2. ALERGIAS ANESTESIA | 3. HEMORRAGIAS | 4. VIHUSIDA | 5. TUBERCULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPERTENSION | 9. EIP. CARDIACA | 10. OTRO |
|-------------------------|-----------------------|----------------|-------------|-----------------|---------|-------------|-----------------|------------------|----------|

4 SIGNOS VITALES

PFESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (ppm)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (RNL)
------------------	---------------------------	-----------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| 1. LABIOS | 2. MEJILLAS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 4. MAXILAR INFERIOR | 5. LENGUA | 6. PALADAR | 7. PITIDO | 8. CARRILLOS |
| 9. GLANDULAS SALIVALES | 10. ORO-FARINGE | 11. A.T.M. | 12. GANGLIOS | | | | |

6 ODONTOGRAMA

POINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 o 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	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

LEVE	
MODERADA	
SEVERA	

MAL OCCLUSION

ANGLE I	
ANGLE II	
ANGLE III	

FLUOROSIS

LEVE	
MODERADA	
SEVERA	

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{rojo} SELLANTE NECESARIO
- *_{azul} SELLANTE REALIZADO
- X_{rojo} EXTRACCION INDICADA
- X_{azul} PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA OTRA CAUSA
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FIJA
- (---) PROTESIS REMOVIBLE
- ≡ PROTESIS TOTAL
- ◻ CORONA
- _{azul} OBTURADO
- _{rojo} CARIES

Sofia Chang

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS-X OTROS
 Coronas piezas #11 y #21, Carillas #12 y #22

11-Julio-2011
 J. J. Fullana

11 DIAGNÓSTICO

PRE- PRELIMINAR DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1			3	
2			4	
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CURSO	FIRMA
				NÚMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 5/07/11		Examen Ex perirapicales Fotos Modelos de estudio.		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 16/08/11	Retracción con Tec. de Doble-hilo. 0-00	Tallado 2/1/12 Imp. definitiva Registro de mordida Provisionales.		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 22/08/11		Cementación definitiva 1/1 Ionómero de vidrio 2/2 Cem. dual resinoso.		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

J. J. Fullana

Sofia Chang

Nombre de paciente: Nancy Choez.

Edad: 45 años

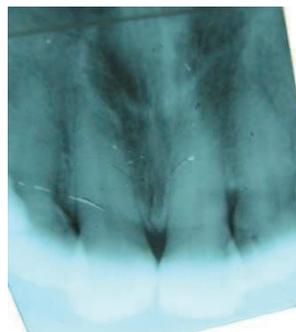
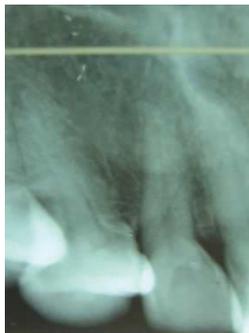
Tratamiento: Coronas de porcelana p. 11 y 21. Carillas de porcelana p. 12 y 22.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:
090293110

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
	Fausto Belivar	Guapacaza Mejía	M	53	1

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE
Sensibilidad en el diente de adelante.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGAS	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. EIMF (CARDIACA)	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	------------	------------------	---------	-------------	------------------	--------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA C	F. RESPIRAT. (min)
------------------	---------------------------	---------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FRENDO	8. CARPILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
16 17 55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	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

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₀₀	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
* ₂₂₀	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠	CORONA
X ₁₀₀	EXTRACCION INDICADA	□	PROTESIS FIJA	○	OBTURADO
X ₂₂₀	PERDIDA POR CARIES	— —	PROTESIS REMOVIBLE	○	CARIES

Sofia Chang

Color A2 (Vita)

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
Carilla de porcelana Pieza # 21 -

11-Julio 2011
José Alberto B

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1					3	
2					4	

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 4/07/11		-Examen, fotos, modelos de estudio, Rx periapicales 1/1		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 26/07/11	-Retracción con Expasyl	-Tallado LI -Impresión definitiva -Registro de mordida -Provisoriales		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 31/08/11		-Cementación definitiva LI (Cemento dual resinoso).		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

José Alberto B

ALUMNO *Sofia Chang*

Nombre de paciente: Fausto Guapacaza

Edad: 53 años

Tratamiento: Carilla de porcelana p. 21.

Técnica de Retracción: Expasyl.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:
098138324

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Jose Daniel	APELLIDO Rodriguez	SEXO (M-F) M	EDAD 24	N° HISTORIA CLINICA 11	
MEJOR DE LAO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MA/ODR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

Arreglar me los dientes de adelante porque otros doctores me los dañaron.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS CRONOLOGIA LOCALIZACION CARACTERISTICAS INTENSIDAD CAUSA APARENTE SINTOMAS ASOCIADOS EVOLUCION ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------|-------------|------------------|---------|-------------|------------------|--------------------|----------|
| 1. ALERGIA ANTIBIOTICO | 2. ALERGIA ANESTESIA | 3. HEMO RRAGIAS | 4. VIHICIDA | 5. TUBER CULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPER TENSION | 9. EHF. (CARDIACA) | 10. OTRO |
|------------------------|----------------------|-----------------|-------------|------------------|---------|-------------|------------------|--------------------|----------|

4 SIGNOS VITALES

PRECION ARTERIAL FRECUENCIA CARDIACA min TEMPERATURA C F. RESPIRAT. min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|---------|--------------|
| 1. LABIOS | 2. MEJILLAS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 4. MAXILAR INFERIOR | 5. LENGUA | 6. PALADAR | 7. FIDO | 8. CARRILLOS |
| 9. GLANDULAS SALIVALES | 10. ORO-FARINGE | 11. A. T. M. | 12. GANGLIOS | | | | |

6 ODONTOGRAMA

PISTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2 o 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{10j} SELLANTE NECESARIO
- *_{20j} SELLANTE REALIZADO
- X_{10j} EXTRACCION INDICADA
- X_{20j} PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FIJA
- | — | PROTESIS REMOVIBLE
- ≡ PROTESIS TOTAL
- ⊠ CORTA
- azul COTURADO
- rojo CARIES

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS - X OTROS
 SANGUINEA
 Coronas en p. #11 y #21 Carillas en #12 y #22.
 Endodancias p. #11 y #21.
 19-Julio 2011
 Juan F. Torres

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CE	PRE DEF	CE	PRE DEF
		DEF-DEFINITIVO				
1				3		
2				4		

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 17/07/11		• Examen • RX pericapicales • Fotos • Modelos de estudio		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 19/07/11		Endodancia 1/1 Biopulpectomía		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 24/07/11		Endodancia 1/1 Biopulpectomía		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 30/08/11	Retracción con Técnica Doble-hib 0-00	• Tallado 21/12 • Impresión definitiva • Registro de mordida • Provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA 3/09/11		• Cementación definitiva 1/1 Ionómero de vidrio 2/2 Cem. dual resinoso.		CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juan F. Torres

Sofía Chang

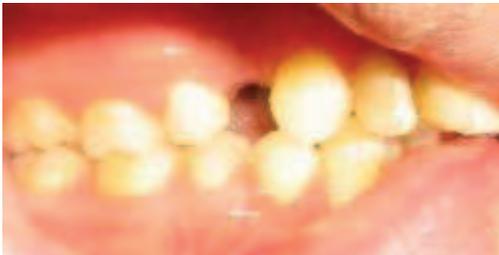
Nombre de paciente: Jose Daniel Rodriguez.

Edad: 24 años

Tratamiento: Endodoncia y corona de porcelana en p. 11 y 21. Corona de porcelana p. 12 y carilla de porcelana en p. 22.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE <i>Silvia</i>	APELLIDO <i>Parrales</i>	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>23</i>	N° HISTORIA CLINICA	
MEJOR DE AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAJOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

Cambiar mi sonrisa.

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS CRONOLOGIA LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS EVOLUCIÓN ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIOTICO	2. ALERGIAS ANESTESIA	3. HEMORRAGIA	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
	<i>X</i>								

2. Hacia (hipertensión).

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA <i>min</i>	TEMPERATURA <i>C</i>	F. RESPIRAT. <i>min</i>
------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

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

6 ODONTOGRAMA

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

RECESION	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>														
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>														
LINGUAL	<input type="checkbox"/>														
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>														
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>														
RECESION	<input type="checkbox"/>														

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS
15 17 35	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1
11 21 51			
26 27 65			
26 37 75			
31 41 71			
46 47 85			
TOTALES	#DIV#	#####	#####

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{10p} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	▬ PROTESIS TOTAL
* _{22d} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X _{10p} EXTRACCION INDICADA	□ PROTESIS FIJA	○ AZUL OBTURADO
X _{22d} PERDIDA POR CARIES	— — PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
Endodoncia p. #12 y #21. Coronas p. #12, #11, #21.
Carilla p. #22.

Juan Faltado
30 sept - 2011

11 DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1				3			
2				4			

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 18/08/11		• Examen • Rx periapicales • Fotos • Modelos de estudio		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 19/08/11		• Tratamiento de conductos		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 30/08/11	Retracción con Expasyl.	• ^{2/11} Tallado ^{21/12} (Biopulpectomía) • Impresión def. • Registro de mordida • Provisionales.		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 3/09/11		• Cementación definitiva ^{2/11} (Ionómero de vidrio) ¹² (cem. dual resinoso).		CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

~~Juan Faltado~~

Sofia Chang

Nombre de paciente: Silvia Parrales.

Edad: 23 años

Tratamiento: Endodoncia y coronas de porcelana en p. 12 y 21. Corona de porcelana p. 11 y carilla de porcelana en p. 22.

Técnica de Retracción: Expasyl.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



123
C.I.

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

TELEFONO:
085908244
2470411

ESTABLECIMIENTO: *Sita* NOMBRE: *Amanda* APELLIDO: *Barrion Turado* SEXO (M/F): *F* EDAD: *37* N° HISTORIA CLINICA: *9*

MENOR 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 ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE
Para embellecer los dientes

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS CRONOLOGIA LOCALIZACIÓN CARACTERÍSTICAS INTENSIDAD CAUSA APARENTE SINTOMAS ASOCIADOS EVOLUCIÓN ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS ANTIBIÓTICO 2. ALERGIAS ANESTESIA 3. HEMO RRAGIAS 4. VIRSIDA 5. TUBER CULOSIS 6. ASMA 7. DIABETES 8. HIPER TENSION 9. EIP. CARDIACA 10. OTRO

4 SIGNOS VITALES

PRECION ARTERIAL: _____ FRECUENCIA CARDIACA (min): _____ TEMPERATURA C: _____ F. RESPIRAT. (min): _____

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS 2. MEJILLAS 3. MAXILAR SUPERIOR 4. MAXILAR INFERIOR 5. LENGUA 6. PALADAR 7. PISO 8. CERRILLOS
9. GLANULAS SALIVALES 10. ORO FARINSE 11. A. T. M. 12. GANGLIOS

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL

LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{top} SELLANTE NECESARIO
- *_{actd} SELLANTE REALIZADO
- X_{top} EXTRACCIÓN INDICADA
- X_{actd} PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FIJA
- (-|-) PROTESIS REMOVIBLE
- ▬ PROTESIS TOTAL
- ◻ CORONA
- AZUL OBTURADO
- ∅ CARIES

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA DUNNICK RAYOS - X OTROS
 SANGUINEA

Corona p#11 y Carillas sup.# 21, #12 y #22

19-Julio 2011
[Signature]

11	DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1					3			
2					4			

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

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 13/07/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen RX periapicales Fotos Modelos de estudio 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 31/08/11	Retracción Téc. Doble-hilo 0-00	<ul style="list-style-type: none"> Tallado 21/12 Imp. definitiva Registro de mordida Provisionales 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 6/09/11		<ul style="list-style-type: none"> Cementación definitiva 1 Ionómero de vidrio 212 Cem. dual resinoso. 		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

[Signature]

Sofia Chang

Nombre de paciente: Amanda Barrios.

Edad: 37 años

Tratamiento: Corona de porcelana p. 11 y carillas de porcelana p. 12, 21 y 22.

Técnica de Retracción: Doble hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	JACQUILINE	YOUSAL AQUINO	F	49	

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

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHOSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. EMB. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (min)
------------------	---------------------------	-----------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. RINDO	8. CARILOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. S. T. M.	12. GANGLIOS				

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSION			FLUOROSIS			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
15 17 55	0-1-2-3-	0-1-2-3	0-1									

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODNTOGRAMA

* rojo SELLANTE NECESARIO	* azul SELLANTE REALIZADO	X rojo EXTRACCION INDICADA	X azul PERDIDA POR CARIES	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	△ ENDODONCIA	□ PROTESIS FIJA	□ PROTESIS REMOVIBLE	≡ PROTESIS TOTAL	⊠ CORONA	○ AZUL OBTURADO	o rojo CARIES
---------------------------	---------------------------	----------------------------	---------------------------	------------------------	--------------	-----------------	----------------------	------------------	----------	-----------------	---------------

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGIA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROS
 Carillas de porcelana p. #12, #11, #21, #22
 30 - cont. - 11
 Juan Falla de P.

11 DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO 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	DIAGNÓSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA				CODIGO FIRMA
22/08/11				
SESION 2 FECHA	Retracción con Expassyl	<ul style="list-style-type: none"> Examen Px Periapicales Fotos Modelos de estudio 		CODIGO FIRMA
31/08/11		<ul style="list-style-type: none"> Tallado 2112 Impresión definitiva Registro de mordida Provisionales Cementación definitiva 2112 Cem. dual resinosa. 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA				CODIGO FIRMA
6/09/11				
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

ALLIANCE

Sofia Chang

Nombre de paciente: Jacqueline Yagual.

Edad: 49 años

Tratamiento: Carillas de porcelana p. 12, 11, 21 y 22.

Técnica de Retracción: Expasyl.

FOTOS INICIALES



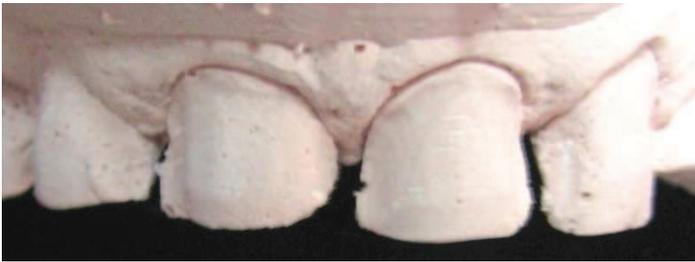
RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE <i>Ámbar Barras</i>	APELLIDO	SEXO (M/F) <i>F</i>	EDAD <i>31</i>	N° HISTORIA CLINICA		
MEJOR DE AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAIOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|------------|------------------|---------|-------------|------------------|-------------------|----------|
| 1. ALERGIA ANTIBIOTICO | 2. ALERGIA ANESTESIA | 3. HEMO RRAGAS | 4. VIHSIDA | 5. TUBER CULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPER TENSIÓN | 9. EINF. CARDIACA | 10. OTRO |
|------------------------|----------------------|----------------|------------|------------------|---------|-------------|------------------|-------------------|----------|

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA C	F. RESPIRAT. (min)
------------------	---------------------------	---------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| 1. LABIOS | 2. MEJILLAS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 4. MAXILAR INFERIOR | 5. LENGUA | 6. PALADAR | 7. FRENDO | 8. CARRILLOS |
| 9. GLANDULAS SALIVALES | 10. ORO FARINGE | 11. A. T. M. | 12. GANGLIOS | | | | |

6 ODONTOGRAMA

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

RECESIÓN	<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"/>
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
LINGUAL	<input checked="" 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 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"/>
RECESIÓN	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" 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"/>	<input checked="" 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			
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	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------|
| * _{top} SELLANTE NECESARIO | ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA) | ≡ PROTESIS TOTAL |
| * _{azul} SELLANTE REALIZADO | △ ENDODONCIA | ⊠ CORONA |
| X _{top} EXTRACCIÓN INDICADA | □ D. PROTESIS FJA | ○ 3/2/1 OBTURADO |
| X _{azul} PERDIDA POR CÁRIES | (---) PROTESIS REMOVIBLE | o Pojo CÁRIES |

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA SANGUINEA RAYOS - X OTROG
Canillas de porcelana p.#12, #11, #21, #22

José Falcón 30-09-11

11 DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1								3
2								4

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 16/08/11		<ul style="list-style-type: none"> Examen Rx periapicales Fotos Modelos de estudio 		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 02/09/11	Retracción con Expasyl.	<ul style="list-style-type: none"> Tallado 21/12 Impresión definitiva Registro de mordida Provisionales 		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 07/09/11		<ul style="list-style-type: none"> Cementación definitiva. 21/12 Cem. dual resinoso. 		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

José Falcón

Sofia Chang

Nombre de paciente: Ámbar Barrios

Edad: 31 años

Tratamiento: Carillas de porcelana p. 12, 11, 21, 22.

Técnica de Retracción: Expasyl

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I:

090584060 089486201

ESTABLECIMIENTO Guayaquil	NOMBRE ceio	APELLIDO Ronquillo	SEXO (M-F) F	EDAD 26	N° HISTORIA CLINICA 15
1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAIOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA

1 MOTIVO DE CONSULTA **Reglos los dientes** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL **ninguno** SINTOMAS, CROMOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
1. ALERGIA ANTIBIOTICO 2. ALERGIA ANESTESIA 3. HEMORRAGIAS 4. VIHICIDA 5. TUBERCULOSIS 6. ASMA 7. DIABETES **X** 8. HIPERTENSION 9. ENFERMEDAD CARDIACA 10. OTRO
7. S. (Mamá y abuela)

4 SIGNOS VITALES
PRESION ARTERIAL FRECUENCIA CARDIACA (min) TEMPERATURA (C) F. RESPIRATORIA (min)

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO
1. LABIOS 2. MEJILLAS 3. MAXILAR SUPERIOR 4. MAXILAR INFERIOR 5. LENGUA 6. PALADAR 7. VISO 8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES 10. ORO-FARINGE 11. A.T.M. 12. GANGLIOS

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE
16 17 55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ANGLE II	MODERADA
11 21 51				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
26 27 65						
36 37 75						
31 41 71						
46 47 85						
TOTALES	#DWH	#####	#####			

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *100 SELLANTE NECESARIO
- *200 SELLANTE REALIZADO
- X 100 EXTRACCION INDICADA
- X 200 PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA OTRA CAUSA
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS Fija
- PROTESIS REMOVIBLE
- ≡ PROTESIS TOTAL
- ⊞ CORONA
- AZUL OBTURADO
- ROJO CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS - X OTROS
 SANGUINEA
 Carillas de porcelana p.# 12, #22 / Coronas p.# 11, #21
 Endoduncia p.# 11 y p.# 21.
 b-jan. 2011
 J. J. J. J. J.

11 DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO 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	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 30/07/11		• Examen • Modelos de estudio • RX periapicales • Fotos.		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 8/08/11		Endoduncia I Biopulpectomia		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 10/08/11		Endoduncia I Biopulpectomia		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 01/09/11	Retracción con Expasyl.	• Tallado 21/12 • Imp. definitiva • Registro de mordida • Provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA 07/09/11		• Cementación definitiva I/I Ionómero 2/2 Cem. dual resinas		CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Juan J. J. J. J.

Sofia Chang

Nombre de paciente: Rocío Ronquillo.

Edad: 26 años

Tratamiento: Endodoncia y coronas de porcelana en p. 11 y 21. Carillas de porcelana p. 12 y 22.

Técnica de Retracción: Expasyl.

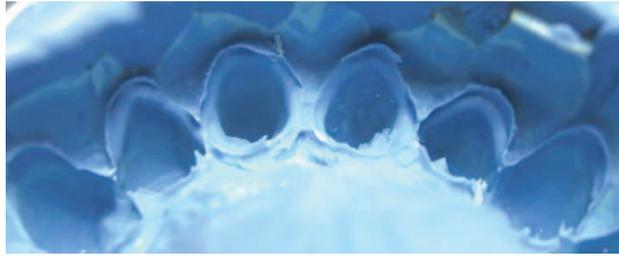
FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



2557303
080120702

TELEFONO:

**CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO**

C.I.:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA	
	Leonidas Pacheco	Pacheco Gao	M	40	16	
MENOR 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

Quisiera arreglarme la sonrisa.

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------|-------------|-----------------|---------|-------------|-----------------|--------------------|----------|
| 1. ALERGIAS ANTIBIÓTICO | 2. ALERGIAS ANESTESIA | 3. HEMORRAGIAS | 4. VIHUSIDA | 5. TUBERCULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPERTENSION | 9. E.I.F. CARDIACA | 10. OTRO |
|-------------------------|-----------------------|----------------|-------------|-----------------|---------|-------------|-----------------|--------------------|----------|

4 SIGNOS VITALES

PRECIÓN ARTERIAL: FRECUENCIA CARDÍACA: TEMPERATURA C: F. RESPIRAT. min.

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

- | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|----------|--------------|
| 1. LABIOS | 2. MEJILLAS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 4. MAXILAR INFERIOR | 5. LENGUA | 6. PALADAR | 7. PRIDO | 8. CARRILLOS |
| 9. GLÁNDULAS SALIVALES | 10. ORO FARINGE | 11. A. T. M. | 12. GANGLIOS | | | | |

6 ODONTOGRAMA

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE II	MODERADA
SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8 ÍNDICES CPO-ceo

D	c	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- *_{top} SELLANTE NECESARIO
- *_{real} SELLANTE REALIZADO
- X_{top} EXTRACCIÓN INDICADA
- X_{abd} PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- △ ENDODONCIA
- PROTODIO FIJA
- | — PROTODIO REMOVIBLE
- ≡ PROTODIO TOTAL
- ⊠ CORONA
- azul OBTURADO
- rojo CARIES

Sofia Chang

TELÉFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS - X OTROS
 SANGUINEA
 Corona p. # 22, Carillas p. # 12, # 11, # 21.
 Endoduncia p. # 22.
 16-Agosto. 2011
 Juan Felipe Lopez

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

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 30/07/11		• Examen • Modelos de estudio • Rx periapicales • Fotos.		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 16/08/11		Endoduncia L2 Biopulpectomia		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 02/09/11	Retracción con técnica de Doble-hilo 0-00	• Tallado 21/12 • Impresión definitiva • Registro de mordida • Provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA 07/09/11		• Cementación definitiva L2 lonómero de vidrio 21/11 Cem. dual resinosa.		CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Sofia Chang

Nombre de paciente: Leonidas Pacheco

Edad: 40 años

Tratamiento: Endodoncia y corona p. 22. Carillas p. 12, 11 y 21.

Técnica de Retracción: Doble Hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS - X OTROS
Carillas de porcelana p#12, #11, #21, #22

porfallo de 30 - Oct. 2011

11 DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO 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

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 15/08/11		• Examen • RX periapicales • Fotos • Modelos de estudio		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 01/09/11	Retracción con técnica de Doble-hilo 0-00	• Tallado 21/12 • Imp. definitiva • Registro de mordida • Provisionales		CODIGO FIRMA
SESION 3 FECHA 07/09/11		• Cementación definitiva 21/12 Cem. dual resinoso.		CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

porfallo de 30

Sofia Chang

Nombre de paciente: Flor Méndez

Edad: 36 años

Tratamiento: Carillas de porcelana p. 12, 11, 21 y 22.

Técnica de Retracción: Doble Hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

086 349 327

CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP FICHA DE DIAGNOSTICO

C.I: 097595325-0

ESTABLECIMIENTO <i>Progenitor</i>	NOMBRE <i>Juan Alfredo</i>	APELLIDO <i>Andrueza Chang</i>	SEXO (M/F) <i>M</i>	EDAD <i>38</i>	N° HISTORIA CLINICA <i>3</i>		
MENOR 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

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

SINTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENFERMEDAD CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA <i>min</i>	TEMPERATURA <i>C</i>	F. RESPIRAT. <i>min</i>
------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

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

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN; MARCAR 'X' (1, 2 o 3), SI APLICA

RECESION	<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"/>
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
VESTIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
RECESION	<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

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

ENFERMEDAD PERIODONTAL

LEVE	MODERADA	SEVERA
------	----------	--------

MAL OCCLUSION

ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III
---------	----------	-----------

FLUOROSIS

LEVE	MODERADA	SEVERA
------	----------	--------

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₀₀ SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTESIS TOTAL
* ₀₂₁₄ SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X ₁₀₀ EXTRACCIÓN INDICADA	□ PROTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X ₀₂₁₄ PERDIDA POR CARIES	— — PROTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

Sofia Chang

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA QUIMICA RAYOS - X OTROS
SANGUINEA
Coronas en p.#11 y #21.

29-Julio 2011
J. J. J. J.

11 DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1				3		
2				4		

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA	DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1 FECHA 27/07/11		Examen		CODIGO FIRMA
SESION 2 FECHA 05/09/11	Retracción con Técnica Doble-hilo 0-00	• Rx periapicales • Fotos • Modelos de estudio • Tallado III • Impresión definitiva • Registro de mordida Provisionales. • Cementación definitiva • Ili lonómero de vidrio.		CODIGO FIRMA J. J. J. J.
SESION 3 FECHA 29/09/11				CODIGO FIRMA
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

Sofia Chang

Nombre de paciente: Luis Anchundia

Edad: 38 años

Tratamiento: Coronas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Doble Hilo.

FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES



TELEFONO:

**CARRERA DE ODONTOLOGIA - MSP
FICHA DE DIAGNOSTICO**

C.I:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
	Ma	Chang	F	50	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	--------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA (SEL. PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE)
 Cerrar espacio entre los dientes.

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SINTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-----------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (min)	TEMPERATURA (C)	F. RESPIRAT. (min)
------------------	---------------------------	-----------------	--------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCCLUSION			FLUOROSIS				
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1									
11	21	51												
26	27	65												
36	37	75												
31	41	71												
46	47	85												
TOTALES			DIVI	#####	#####									

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo}	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡	PRÓTESIS TOTAL
* _{azul}	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA
X _{rojo}	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ _{azul}	CETURADO
X _{azul}	PERDIDA POR CARIES	-	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ _{rojo}	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

6

ALUMNO: *Sofia Chang*

TELEFONO:

C.I:

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS
Coronas de porcelana p. #11 y #21.			
1-Sept-2011 Javier J. Alcaraz			

11 DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
DEF-DEFINITIVO						
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
SESION 1 FECHA				CODIGO FIRMA
30/08/11		Examen RX periapicales Fotos Modelos de estudio		
SESION 2 FECHA	Retracción con Expasy 1.	Tallado I I I Impresión definitiva Registro de mordida Provisionales		CODIGO FIRMA
05/09/11				
SESION 3 FECHA		Cementación definitiva I I I lonómero de vidrio		CODIGO FIRMA
09/09/11				
SESION 4 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 5 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 6 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 7 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 8 FECHA				CODIGO FIRMA
SESION 9 FECHA				CODIGO FIRMA

ALUMNO: Sofia Chang

Nombre de paciente: Ana Chong

Edad: 50 años

Tratamiento: Coronas de porcelana p. 11 y 21.

Técnica de Retracción: Expasyl

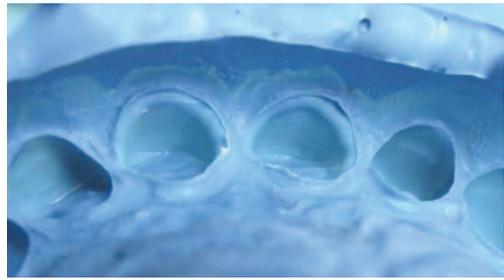
FOTOS INICIALES



RADIOGRAFÍA



IMPRESIÓN



MODELO



FOTOS FINALES

