



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“DIAGNOSTICOS PULPARES Y PERIAPICALES DE LAS
PIEZAS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN PACIENTES
ADULTOS QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS
DENTALES**

“CARRASCOS” EN AYACUCHO, MAYO DEL 2018”

TESIS:

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Presentado por:

Bach. **HUACACHI CALDERON, Víctor Hugo**

Asesor:

Mg C.D MERY, DE LA CRUZ LICAS

**Ayacucho – Perú
2018**

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me dieron su apoyo incondicional, y la motivación para seguir adelante. A mis hermanos por haberme brindado su confianza y afecto, y a mi familia por creer en mí.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora, por compartir sus conocimientos, su tiempo, dedicación y sus acertados consejos.

Al director del consultorio dentales "Carrascos", por brindarme la aprobación para elaborar el estudio dentro de sus consultorios dentales.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas, en especial a la dirección de Estomatología, por las facilidades brindadas para la realización del trabajo de investigación

RESUMEN

Objetivo: Determinar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrasco's en mayo del 2018. **Material y Métodos.** Estudio tipo aplicada, Descriptivo, observacional y no experimental transversal. Se realizó en 110 pacientes de 18 - 67 años de edad con prótesis fijas, utilizando la Interpretación de ficha de recolección de datos Según la Asociación americana de endodoncia (AAE). **Resultados.** Se observa la frecuencia de diagnósticos pulpares y apicales de los pilares en las prótesis fijas, según prótesis fijas de pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos, de la Ciudad de Ayacucho, donde el 47.7% presenta absceso periapical sin fistula y un porcentaje similar pulpites irreversible, el 8.2% presenta absceso periapical con fistula y un 6.4% presenta necrosis pulpar. Por otro lado el 61.8% de los usuarios presenta prótesis fijas en la región superior anterior, el 21.8% en la región superior derecha, el 10% en la región inferior anterior, mientras el 0.9% en la región superior izquierda. **Conclusiones.** De los 110 pacientes con prótesis fijas evaluadas, se encontró pilares, de ello 54(49.1%) pilares presentaron diagnósticos pulpares y 56 (50.9%) pilares presentaron diagnósticos apicales. Encontrándose **por edad** 54 pilares con **diagnósticos pulpares**, de ellos con mayor cantidad y frecuencia se presentó a los 18 a 22 años y 48 a 52 años 54 pilares (49.1%) cada uno con diferentes diagnósticos pulpares. Con **diagnósticos apicales** 56 pilares con mayor cantidad y frecuencia a los 23 a 27 y 38 a 42 años con 56 (50.9 %) pilares con diferentes diagnósticos apicales. Encontrándose **por sexo**, la mayor cantidad y frecuencia en el sexo masculino con 57 (51.8%) pilares y el sexo femenino 53 (48.2 %) cada uno con diferentes diagnósticos pulpares y apicales, los **diagnósticos pulpares** fue mayor en el sexo Masculino con 30 (27.2%) pilares y en el sexo Femenino 24 (21.8%) pilares. El diagnóstico apical fue mayor en el sexo femenino con 29 (26.3%) pilares y en el sexo masculino 27 (24.5%) pilares. Encontrándose **por zona de rehabilitación**, los **diagnósticos pulpares**, con mayor cantidad y frecuencia en la zona superior anterior con 36 (32.7%) pilares, seguido de en la zona inferior anterior con 5 (4.5%) pilares, en la zona inferior izquierda con 5 (4.5%) pilares, en la zona

superior derecha con 4 (3.6%) pilares, y por último en la zona superior izquierdo con 1 (0.9%) pilares Los **diagnósticos apicales** con mayor cantidad y frecuencia se encontraron en la zona superior anterior con 25 (22.7%) pilares, seguido en la zona inferior anterior con 5 (4.5%) pilares, en la zona superior derecha con 4 (3.6 %) pilares, y por último en las zonas inferior izquierda con 1 (0.9%) pilares en cada zona.

Palabras clave: Diagnósticos pulpaes, diagnósticos apicales y pilares de prótesis fija

ABSTRACT

Objective: To determine the pulpal and periapical diagnoses of the abutments in fixed prostheses in adult patients who come to Carrasco's dental office in May of 2018. **Material and Methods.** Study type applied, descriptive, observational and non-experimental transversal. It was performed in 110 patients aged 18 - 67 years with fixed prostheses, using the Interpretation data collection card According to the American Association of endodontics (AAE). **Results** The frequency of pulpal and apical diagnoses of the abutments in fixed prostheses is observed, according to fixed prostheses of adult patients who come to Carrascos dental office, in the City of Ayacucho, where 47.7% have periapical abscess without fistula and a similar percentage of pulpites. irreversible, 8.2% presents periapical abscess with fistula and 6.4% presents pulpal necrosis. On the other hand, 61.8% of the users presented fixed prostheses in the anterior superior region, 21.8% in the upper right region, 10% in the anterior inferior region, while 0.9% in the upper left region. **Conclusions** Of the 110 patients with fixed prostheses evaluated, pillars were found, of which 54 (49.1%) pillars presented pulpal diagnoses and 56 (50.9%) pillars presented apical diagnoses. Fifty-one pillars with pulpal diagnosis were found by age. Of these, with greater quantity and frequency, 54 pillars (49.1%) each with different pulpal diagnoses presented at 18 to 22 years and 48 to 52 years. With apical diagnoses 56 pillars with greater quantity and frequency at 23 to 27 and 38 to 42 years with 56 (50.9%) pillars with different apical diagnoses. Finding by sex, the greater number and frequency in the male sex with 57 (51.8%) pillars and the female sex 53 (48.2%) each with different pulpal and apical diagnoses, the pulpal diagnoses was higher in the Male sex with 30 (27.2%) pillars and in the Feminine sex 24 (21.8%) pillars. The apical diagnosis was higher in the femius sex with 29 (26.3%) pillars and in the male sex 27 (24.5%) pillars. Finding by area of rehabilitation, the pulpal diagnoses, with greater quantity and frequency in the anterior superior zone with 36 (32.7%) pillars, followed by in the anterior inferior zone with 5 (4.5%) pillars, in the lower left zone with 5 (4.5%) pillars, in the upper right area with 4 (3.6%) pillars, and finally in the upper left area with 1 (0.9%) pillars The apical diagnoses with greater quantity and frequency were found in the anterior superior zone with 25 (22.7%)

pillars, followed in the anterior inferior zone with 5 (4.5%) pillars, in the upper right zone with 4 (3.6%) pillars, and finally in the lower left areas with 1 (0.9%) pillars in each zone

Keywords: Diagnostics pulp, apical diagnostics and pillars of fixed prostheses.

LISTA DE CUADROS

CUADRO N° 1 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN PROTÉSIS FIJAS DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....58

CUADRO N° 2 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....60

CUADRO N° 3 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....62

CUADRO N° 4 FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN NÚMERO DE PIEZAS, DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....63

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N° 1** FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN PROTÉSIS FIJAS DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....59
- GRÁFICO N° 2** FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....62
- GRÁFICO N° 3** FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....62
- GRÁFICO N° 4** FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN NÚMERO DE PIEZAS, DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018.....63

ÍNDICE

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2 Problema de investigación.....	16
1.2.1 Problema general.....	16
1.2.2 Problema específicos.....	16
1.3 Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1 Objetivo general.....	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
1.4 Justificación de la investigación.....	17
1.4.1 Importancia de la investigación.....	17
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	18
1.5 Limitaciones del estudio.....	18
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	19
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	25
2.1.3. Antecedentes regionales.....	25
2.2 Bases teóricas.....	26
2.2.1 Pulpa.....	26
2.2.2 Complejo Dentino pulpar.....	26
2.2.2.1.Dentina.....	27
2.2.2.2.Pretentina.....	27
2.2.2.3 Zona Odontoblastica.....	28

2.2.2.4	Zona sub odontoblastica.....	28
2.2.2.5	Pulpa Dentaria.....	29
2.2.3	Fisiología de Complejo Dentinopulpar.....	29
2.2.4	Diferencia entre Patología Pulpar y Patología del Periápice.....	30
2.2.4.1	Patología Pulpar.....	30
2.2.4.2	Patología del Periápice.....	31
2.2.4.3	Clasificación Clínica de Enfermedad de la Pulpa.....	31
2.2.4.4	Clasificación Clínica de la Enfermedad del Periápice.....	32
2.2.5	Diagnóstico Pulpar.....	32
2.2.5.1	Pulpa Normal.....	32
2.2.5.2	Pulpitis Reversible.....	32
2.2.5.3	Pulpitis Irreversible.....	32
2.2.5.4	Necrosis Pulpar.....	33
2.2.6	Diagnóstico Apical.....	33
2.2.6.1	Tejido Apical Normal.....	33
2.2.6.2	Periodontitis Apical Irreversible Sintomática.....	33
2.2.6.3	Periodontitis Apical Irreversible Asintomática.....	33
2.2.6.4	Absceso Apical Agudo.....	34
2.2.6.5	Absceso Apical Crónico.....	34
2.2.7	Métodos de Diagnóstico Clínico.....	34
2.2.7.1	Elaboración de la Historia Clínica Especializada.....	34
2.2.7.2	Examen Clínico.....	36
2.2.7.3	Exámenes Auxiliares.....	37
2.2.8	Prótesis Fija.....	39
2.2.8.1	Indicaciones de Prótesis Fija.....	40
2.2.8.2	Contraindicaciones de Prótesis Fija.....	40
2.2.8.3	Componentes de las Prótesis Fijas.....	41
2.2.8.4	Preparación de Pilares.....	41
2.2.8.5	Principios de Tallado.....	42
2.2.8.6	Precaución para la Protección de los Dientes.....	42
2.2.8.7	Tipo de Restauración.....	43

2.3	Definición de Términos.....	46
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....		47
3.1	Formulación de la hipótesis.....	47
3.2	Variables; definición conceptual y operacional.....	47
3.2.1	Variable independiente.....	47
3.2.2	Variable dependiente.....	47
3.2.3	Variable intervinientes.....	47
3.2.4	Operacionalizacion de variables.....	48
CAPITULO IV: METODOLOGIA.....		50
4.1.	Diseño metodológico.....	50
4.1.1.	Tipo de investigación.....	50
4.1.2.	Nivel de investigación.....	50
4.1.3.	Método de investigación.....	50
4.1.4.	Diseño de investigación.....	50
4.2.	Diseño muestral.....	50
4.2.1.	Universo.....	50
4.2.2.	Población de estudio.....	50
4.2.3.	Criterio de selección.....	51
4.2.3.1.	Criterios de inclusión.....	51
4.2.3.2.	Criterio de exclusión.....	51
4.2.4.	Muestra.....	51

4.3. Técnica de recolección de datos.....	52
4.3.1. Técnicas de recolección de datos.....	52
4.3.2. Ficha de recolección de datos.....	55
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	55
4.5. Aspectos éticos.....	56
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	57
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencias y gráfico.....	57
DISCUSIÓN.....	62
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
6. FUENTES DE INFORMACION.....	65
7. ANEXOS.....	68
ANEXO N°1: Consentimiento informado.....	69
ANEXO N°2: ficha de recolección de datos.....	70
ANEXO N°3: Matriz de consistencia.....	71
ANEXO N°4: fotografías.....	77

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se conoce la importancia en la prevención de enfermedades de la cavidad oral, el mantener la dentición natural; por ello la práctica clínica es fundamental importante. Varias son las enfermedades que llevan a los pacientes a una consulta odontológica; correspondiendo la mayoría de casos patologías pulpares y periapicales debido a las sintomatologías dolorosas que las caracteriza.

El principal objetivo de la prevención es la educación y promover estilos de vida saludables. Por este motivo, a los más pequeños se les educa para que adquieran buenos hábitos en higiene dental, así como alimenticios.

Informar es fundamental para que se entienda la importancia de adquirir unos correctos hábitos en salud dental, ya que muchas veces se adquieren hábitos incorrectos derivados de poca información o por no haber recibido una correcta educación al respecto.

Una dieta alimenticia adecuada influye también en tu salud dental, por lo que seguir unos hábitos alimenticios correctos favorecerá a tus dientes. En este sentido, aumentar la ingesta de frutas y verduras hará que evites alimentos que se adhieren a tus dientes y contribuirá a una menor posibilidad de que aparezcan las temidas caries.

Es de gran importancia realizar el diagnóstico con el objetivo de mantener la conservación de los dientes pilares, por tanto, la funcionalidad de la prótesis fija, necesarios para la masticación, fonación, deglución y estética; en personas que acuden al consultorio dentales "CARRASCOS", Ayacucho-Huamanga.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

En la actualidad las personas tienen mayor interés por la salud bucal se ha incrementado y por este hecho acuden a los consultorios dentales para reemplazar dientes perdidos, mejorar su función, o para tratamientos que mejoren la estética oral (prótesis fija). La demanda de este tipo de tratamientos obliga a cada paciente a recibir atención odontológica, de acuerdo a sus condiciones priorizado que el dolor. Condición clínica importante, se sabe que no todos buscan atención de calidad ya sea por recursos económicos limitados o desconocimiento del tema, por lo cual podrían acudir a lugares informales y personal no capacitado (técnicos dentales), u odontólogos con poca experiencia laboral.

El tratamiento con prótesis fija puede aportar un elevado nivel de satisfacción tanto al paciente como al dentista. Puede transformar una dentición en mal estado, con aspecto poco atractivo y una función deficiente en una oclusión sana y cómoda capaz de proporcionar varios años de correcto funcionamiento y al mismo tiempo, mejorar en gran medida la estética.

En la actualidad en Ayacucho – Huamanga, esta realidad no es extraño; pues el uso de prótesis fijas que están mal confeccionado despotricado; las piezas pilares, mala adaptación de márgenes de la prótesis, tipo de material no adecuado, desconocimiento de cuidados de higiene, lo cual la prótesis fija es inservible debido a ellos se presentan patologías pulpares y periapicales, si no son tratadas a tiempo, terminan por la desadaptación de la prótesis, necrosis de la pieza pilar, e incluso muchas veces a la pérdida de la pieza lo cual agudiza la condición del paciente.

Para alcanzar unos resultados predecibles en esta disciplina tan exigente y precisa se requiere dedicar una atención meticulosa a todos los detalles desde el momento de la entrevista inicial del paciente y la obtención del diagnóstico, pasando por todas las fases activas del tratamiento y finalizando con la planificación de las citas de seguimiento. En caso

contrario, es muy probable que el resultado sea insatisfactorio y frustrante tanto como para el dentista como para el paciente, provocando la decepción y la pérdida de confianza mutua.

Frecuentemente, los problemas que tiene lugar durante el tratamiento se puede atribuir a errores u omisiones al realizar la historia clínica y la exploración inicial. Un clínico inexperto suele abordar la fase de tratamiento antes de haber recabado suficiente información diagnóstica, que permita predecir los posibles obstáculos.

1.2. Problema de la investigación.

1.2.1. Problema general.

¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018?

1.2.2. Problemas específicos.

Ps1: ¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según edad que acuden al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018?

Ps2: ¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según sexo que acuden al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018?

Ps3: ¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según el número de piezas que acuden al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018?

Ps4: ¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según piezas pilares que acuden al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018?

1.3. Objetivo de la investigación.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos en mayo del 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos.

Oe1: Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos en mayo del 2018, según edad.

Oe2: Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos en mayo del 2018, según sexo.

Oe3: Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos en mayo del 2018, según el número de piezas.

Oe4: Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos en mayo del 2018, según piezas pilares.

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1 Importancia de la Investigación.

La actual investigación es importante por las siguientes razones:

Desarrolla conciencia de buscar calidad de servicios, disminuir el porcentaje de pacientes con este problema, pues ello garantiza una óptima funcionalidad de la prótesis fija.

Impulsa y mejora el nivel de calidad de vida de las personas.

Sirve como base y antecedentes para los profesionales de salud; en ser más rigurosos e incidir en la calidad de servicios que se ofrecen.

Promueve el alcance de los efectos negativos que causan un mal tratamiento, para hacer de conocimiento masivo a los pacientes.

1.4.2 Viabilidad de la investigación.

El presente estudio es viable porque:

El consultorio se encuentra en una zona asequible para realizar el estudio, La ejecución del estudio hasta su punto culminante es factible de realizar, ya que los datos necesarios que se requiere son accesibles de obtener.

Se dispone de los materiales e instrumentos para la realización del estudio y la toma de obtención de las muestras.

1.5. Limitaciones de la Investigación.

Selección de información de fuentes científicas.

La falta de cooperación de los pacientes que acuden al consultorio odontológico.

La inasistencia de pacientes a consulta por problemas climatológicos que son relevantes en esta ciudad.

CAPITULO II:

MARCO TEORICO.

2.1. Antecedentes de la Investigación.

2.1.1. Internacionales.

Canché y colaboradores, Cuba (2015), determinaron los **Objetivos** de las patologías pulpares más frecuentes en la población que acude a consulta dental al CDFU Humberto Lara y Lara entre el periodo de agosto 2012 a enero 2013. El universo fueron todos los pacientes que acudieron a recibir atención dental al CDFU Humberto Lara y Lara que presentaron mínimo un órgano dentario permanente en el período comprendido de agosto a enero 2013. Se realizó la inspección intraoral, para identificar el diente que provoca el dolor. Se utilizaron además **Materiales y métodos** de las pruebas térmicas y de percusión, otras como, palpación, sondeo, movilidad, inspección, etc. se organizaron en tablas, los **Resultados** se analizaron mediante estadística descriptiva, calculando porcentajes y frecuencias. **Conclusión** La patología que predominó fue la pulpitis irreversible registrando un 85% de los casos estudiados, posteriormente la necrosis pulpar un 13%, y finalmente la hiperemia un 2%. El 66% se presentó en las molares, la causa más frecuente de las patologías pulpares fue la caries dental no tratada presentando un 68%. Dentro del grupo de pacientes que presentaban prótesis fija, 27% precisaban tratamiento pulpar, siendo los molares inferiores las piezas más prevalentes, seguido de los molares superiores, atribuido a la falta de adecuada higiene oral. El grupo de los incisivos y caninos presentaron menor frecuencia de patología pulpares. La causa que se presentó con mayor porcentaje fue la caries dental no tratada, observada en los márgenes de las restauraciones. [1]

Mendoza, Ecuador (2015), el presente **Objetivo** de la investigación es de tipo transversal- descriptivo en 50 pacientes portadores de

prótesis fija atendidos en la UCSG. El estudio de la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija, presenta alta importancia en el campo de la salud en general y salud periodontal. Las prótesis fijas pueden influir negativamente en la condición periodontal de los dientes tratados, cuando no todos los criterios biológicos periodontales han sido considerados. El estudio se basó en descubrir si las prótesis fijas causan algún efecto adverso en el tejido periodontal. **Materiales y Métodos** del análisis y alcance de los resultados. La metodología permitió emplear procedimientos investigativos y clínicos odontológicos, como el soporte de técnicas estadísticas y de análisis estadístico y documental. La mayoría de los pacientes revisados presentaron enfermedad periodontal, causada por las estructuras y adaptación de las prótesis fijas. Generando inflamación de las encías, bolsas periodontales y sangramiento. Los **Resultados** del estudio demostraron que la mala ubicación de la prótesis, el sobre contornó y la falta de higiene oral lesiona el tejido periodontal del paciente. La **Conclusión** es la correcta colocación de una prótesis fija y una adecuada higiene oral, representa un periodonto sano y sin inflamación ni sangrado. [2]

Córdova, Ecuador (2013), se realizó este estudio con el **Objetivo** de determinar la importancia de profundizar los conocimientos acerca de la preparación de los muñones; ya que es fundamental conocer cuándo y que tipo de tratamiento se va a aplicar a un paciente que requiere tratamiento de porcelana. Es importante los avances tecnológicos que hoy en día utilizan para realizar los tratamientos dentó- bucales, y poder y así solucionar tantos problemas de la salud bucal que adolecen nuestra población, con la globalización del mundo contemporáneo dado un giro en todo sentido y es por eso que la odontología se ha transformado con la aplicación de nueva era tecnológica. Es decir, con innovación tecnológica lo que nos permite realizar tratamientos bucales de calidad. El éxito del tratamiento con prótesis fija es determinado a

través de tres criterios: longevidad de la prótesis, salud pulpar, gingival de los dientes involucrados y satisfacción del paciente. Para alcanzar estos **Objetivos**, el cirujano-dentista debe saber ejecutar todas las fases del tratamiento, tales como examen de diagnóstico, planificación y cementación de la prótesis. Todas las fases principales e intermedias son importantes y una depende de la ruptura de un eslabón lleva a su destrucción. Así es el tallado de un diente con la finalidad protésica. Como la prótesis puede presentar longevidad satisfactoria si el diente preparado no representa condiciones mecánicas de mantenerla en posición, si el desgaste fue exagerado y altero la biología pulpar, si la terminación cervical fue llevada muy subgingivalmente quebrado la homeostasis del área y si la estética fue perjudicada debido a un desgaste inadecuado. [3]

López, España (2013) realizó un estudio con el **Objetivo** de evaluar la tasa de éxito del tratamiento endodóntico a largo plazo y la prevalencia de fracturas verticales, tanto en piezas restauradas en forma directa mediante restauraciones de resina compuesta, y en forma indirecta mediante restauraciones completa metálicas y metal cerámico. Los autores observaron que la tasa de supervivencia dentaria media fue del 89.9% a 14.5 años (DS 7.6) con un rango de 5 a 34 años. La supervivencia disminuía ligeramente 1,4% en piezas tratadas con restauraciones indirectas, aunque la diferencia no fue significativa. La menor tasa de supervivencia se observó en piezas anteriores restauradas con coronas de metal porcelana, aunque las fracturas verticales fueron más prevalentes en piezas con restauraciones directas. La prevalencia de lesiones periapicales fue más alta en dientes maxilares, siendo los segundos premolares maxilares los dientes más afectados. [4]

Ruiz y colaboradores, Ecuador (2012) realizaron un estudio con el **Objetivo** de determinar los cambios en la vitalidad pulpar de los dientes bajo procedimientos de prótesis parcial fija. Se evaluaron con **Materiales y Métodos** 42 dientes (14 anteriores y 28

posteriores) a los cuales se les realizó pruebas de sensibilidad pulpar al frío, prueba pulpar eléctrica y pruebas de percusión, movilidad y cambio de color, antes de realizar el tallado protésico, 8 días después de realizado el tallado y antes de la cementación de la corona definitiva. Los **Resultados** mostraron que se presenta un alto porcentaje de dientes que fueron sometidos a tratamiento endodóntico 52% (22 dientes) con respecto a los dientes que mantuvieron su pulpa sana 48% (20 dientes). **Conclusiones:** Este estudio sugiere que un alto porcentaje de dientes que son sometidos a tratamientos de prótesis fija con pulpa sana probablemente necesitan tratamiento endodóntico, teniendo en cuenta estos hallazgos se sugiere al Rehabilitador evaluar durante la fase del tratamiento los cambios pulpares que ocurren antes de la cementación de la prótesis fija y así evitar posibles patologías pulpares que conllevarán al fracaso de la prótesis fija. (5)

Arce, Costa Rica (2009) realizó un trabajo de investigación de casos clínicos con el **Objetivo** de contribuir al conocimiento de los diagnósticos y restablecer la estética en piezas anteriores, se presentan tres casos que ingresaron a la Clínica de Especialidades Odontológicas, ULACIT, los cuales presentaban problemas orales muy interesantes. El primer caso, evidenciaba problemas con una prótesis parcial removible en el sector antero superior con inestabilidad del lado derecho, asimismo, la pérdida de piezas 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2 se debe a factores económicos en un pasado y por la mala comunicación del odontólogo en ese momento, por lo que no se pudieron salvar dichas piezas. Por ello, llega a la clínica para realizarse un puente metal porcelana con pilares en 1.3 y 2.3, con el fin de recuperar el 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2

La segunda persona es un paciente que refleja pérdida del 1.2 por mala higiene y posible enfermedad periodontal localizada en ese sector. A ésta persona se le trata primero su higiene con raspados y curetajes en la zona afectada, así como raspados generales.

Además, se le recomienda el uso de la leche de targa para su estabilidad periodontal y cicatrización en la zona afectada, con el objetivo de obtener un resultado muy favorable para poder continuar con el tratamiento del puente antero superior con pilares 1.3 y 1.1, y recuperar el 1.2 en metal porcelana.

La tercera persona muestra una leve enfermedad periodontal localizada en la zona antero inferior y con pérdida de los incisivos centrales, el mismo se trata con raspados y curetajes en zona afectada, y raspados en general para así evitar el avance de dicha enfermedad, ya que su higiene es un poco deficiente. También se le dan pequeñas charlas de técnicas de cepillado, uso del hilo dental y enjuagues correspondientes, igualmente, se le recomienda el uso de la leche de targa para una pronta recuperación y así poder trabajar en el puente metal porcelana que abarca con pilares 3.3, 3.2, 4.2 y 4.3, con el propósito de recuperar el 3.1 y 4.1. [7]

Fernández y colaboradores, Cuba (2009) Objetivo realizaron un estudio descriptivo y trasversal a una muestra de 270 trabajadores que acudieron al servicio de Estomatología del Hospital Ramón Pando Ferrer durante el período septiembre de 2006 a junio de 2007, a los que se les realizó un examen bucal **Materiales y Métodos** para determinar la presencia de enfermedades pulpares y periapicales. Entre los principales **Resultados** se encontró que la frecuencia de las enfermedades pulpares fue de 19,6% y en las periapicales fue de 4,8%, el grupo de edad más afectado fue el de 35-59 años con 52,8% para las enfermedades pulpares y 61,5% para las periapicales, el sexo femenino con 79,2% para las enfermedades pulpares y 76,9% para las periapicales. De los casos con prótesis fija, se observó la **Conclusión** una prevalencia de 22% de casos pulpares, de los cuales y de 6,0% de periapicales con el grupo de etario más afectado el de 35 a 39 años. [8]

Gonzales, Costa Rica (2009) realizó un estudio con el **Objetivo** de evaluar y solucionar un caso clínico de rehabilitación protésica, este

caso clínico muestra la rehabilitación de una paciente femenina de 45 años de edad, ama de hogar, la cual llega a la Clínica de Especialidades Odontológicas ULACIT a solicitar la realización de un tratamiento para el mejoramiento funcional y estético, tras una mala experiencia odontológica años atrás (una prótesis fija que se encontraba mal adaptada y le causaba molestia), la cual ocasionó un gran daño psicológico por el cambio en su aspecto físico y la pérdida de algunas de sus funciones dentales. Se logra rehabilitar a la paciente de manera exitosa por medio de una Prótesis Parcial Removible con ataches, para reemplazar los dientes perdidos y devolver la función masticatoria de una manera estéticamente agradable por medio de un sistematizado e individualizado plan de tratamiento que implica distintas especialidades de la odontología, así como cooperación mutua (paciente-operador) desde el inicio hasta el final del tratamiento. [9]

Concha, Chile (2007) se realizó un estudio con el **Objetivo** de determinar cuáles son las complicaciones y comportamiento de los tratamientos de prótesis fija después de ser cementadas. Para realizar el trabajo se examinaron 30 pacientes rehabilitados con prótesis fijas dentosoportadas unitarias y plurales, entre los años 2006 y 2007, se utilizaron **Materiales y Métodos** examinaron clínica y radiográficamente un total de 44 prótesis. En dicho examen se registró su estado, complicaciones biológicas y técnicas y prótesis ausentes, además de buscar relación entre algunos factores con el estado actual de las prótesis. Para esto último, se realizó el test exacto de Fisher con un nivel de significancia de $p=0.05$. El tiempo promedio desde la cementación fue de 1 año. Se encontró una tasa de éxito de 86%, una tasa de sobrevida de 93% y las prótesis ausentes en boca fueron un 7%. Sólo un 2% presentó complicaciones biológicas y un 5% complicaciones técnicas. **Resultados** la complicación biológica encontrada fue debido a lesión periapical y las complicaciones técnicas fueron debidas a

fractura del material a nivel del margen protésico. No se encontraron relaciones significativas entre los factores estudiados que podrían estar asociadas al pronóstico de los tratamientos. Las complicaciones técnicas fueron más que las biológicas lo que se contrapone a la mayoría de los estudios similares publicados y rechaza la hipótesis propuesta. **Conclusión** En este estudio se encontró que un 54% de las prótesis presentaron sacos periodontales, que, si bien no llevaban al recambio de la prótesis o a la pérdida de la pieza pilar, podrían llevar a eso en un futuro. Este estudio da un fundamento válido que justifica la importancia de la realización de controles en los pacientes rehabilitados con prótesis fija. [10]

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Portocarrero, Trujillo (2010) objetivo realizaron una investigación de corte transversal, descriptivo correlacional y observacional, evaluó el uso de 50 prótesis fijas de pacientes de 30 a 50 años, atendidos en el hospital distrital Santa Isabel – El Porvenir, 2010, con **materiales y métodos** pruebas clínicas y radiográficas. Los **resultados** mostraron que el diagnóstico clínico pulpar fue: pulpitis irreversible con 44.61%, pulpitis con 23.53%, pulpa normal con 18.38% y necrosis pulpar con 13.48%. Además, se encontró que hay una relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre el diagnóstico clínico pulpar con el uso y tiempo de la prótesis fija. **Conclusión** No se encontró relación significativa ($p < 0.05$) entre el diagnóstico clínico pulpar y el tipo de prótesis fija. [6]

2.1.3. Antecedentes regionales.

Chambi, Ayacucho (2016) Obetivo realizado en 146 pacientes con prótesis fijas, utilizando la Interpretación de ficha de recolección de datos Según la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) y llegando a los siguientes **Resultados**, se encontró 212 pilares, que hacen la función de primer, segundo y tercer pilar, de uno a siete

piezas protéticas rehabilitadas, teniendo como diagnósticos pulpares en 66% de ello sólo 4 pilares tuvieron pulpa normal y diagnósticos apicales en 34% de ello ningún pilar presentó tejido apical sano. Los **diagnósticos pulpares**, se presentó más a los 18 a 42 años y 48 a 52 años con 13%, mayor en el sexo femenino con 51%, más en la zona superior anterior con 22%, de tipo de prótesis completa estética con 51%, mayor en el primer pilar con 79%, en el maxilar superior en las piezas dentaria 1.1 y 1.2 con 10% y en el maxilar inferior en las piezas dentarias 3.5 con 17%. Los **diagnósticos apicales**, se presentó más a los 38 a 41 años con 22%, mayor en el sexo masculino con 56%, más en la zona superior izquierda con 36%, de tipo Fenestrada con 61%, también mayor en el primer pilar con 50%, en el maxilar superior en la pieza dentaria 2.7 con 20% y en el maxilar inferior en las piezas dentarias 4.4 con 26%. Se concluye recomendando mejorar los diferentes métodos y técnicas adecuadas en la confección de las prótesis fijas como: selección de pilares, número de piezas a rehabilitar, tallado adecuado, cementado y realizar un control estricto posterior a la instalación de las prótesis fijas.

2.2. Base Teórica

2.1.1. Pulpa

Es un tejido conjuntivo laxo especializado. Es el soporte de las estructuras celulares, vasculares y nerviosas del diente como son los Odontoblastos, fibroblastos y células mesenquimáticas indiferenciadas, factores de crecimiento, la cual se encuentra rodeada por la dentina. El tejido mesenquimal procede del mesodermo (la lámina intermedia en el disco embrionario trilaminar) durante el desarrollo embrionario. Son las células del tejido conjuntivo que conservan la potencialidad (totipotenciales o pluripotenciales) de las de la mesénquima, es decir, la capacidad de originar cualquier otra célula del tejido conjuntivo (células del tejido conectivo fibroso, células musculares lisas, células adiposas

y células sanguíneas) Están localizadas frecuentemente a lo largo de las paredes de los vasos sanguíneos, particularmente de los capilares, por lo que son llamadas células perivasculares o adventicias. En el tejido pulpar se describen zonas concéntricas, diferentes histológicamente: Zona Odontoblástica, Zona pobre en células o acelular, Zona rica en células y Zona de pulpa propiamente dicha o Núcleo pulpar. [26]

2.2.2 Complejo Dentinopulpar

El complejo dentino pulpar, como todos los tejidos corporales, sufre cambios con el tiempo. La cámara pulpar se reduce de tamaño con el paso de los años por la formación de dentina secundaria y terciaria. Otra manifestación de envejecimiento pulpar es la calcificación, que puede ser difusa o en forma de cálculos o nódulos. Se observa en las pulpas con alteración patológica y en las pulpas sanas. La pulpa envejecida presenta fibrosis o acumulación de gruesos haces de colágeno, siendo más evidente en la pulpa radicular y apical. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que, después del período de erupción dentaria y formación de la raíz, en el que hay una ligera reducción en la síntesis del colágeno de la pulpa, no hay cambios significativos en el contenido de colágeno de la pulpa asociados con la edad. Con la edad disminuye la celularidad y vascularidad pulpar, degeneración de las fibras nerviosas, el contenido de agua de la matriz fundamental y el potencial reparador de la pulpa. [26]

2.2.2.1 Dentina

La dentina constituye el tejido mineralizado de la mayor parte de la estructura dentaria. Es un tejido conjuntivo avascular mineralizado, atravesado en su totalidad por túbulos dentinarios. Está revestido por el esmalte en su porción coronal y por el cemento en su porción radicular. Internamente, la dentina está

limitada por la cámara pulpar, que contiene la pulpa dental¹. La zona limítrofe entre el esmalte y la dentina se denomina límite amelodentinario, representa una zona en la que se conectan dos tejidos de diferente origen embrionario y estructura, y constituye una zona de menor mineralización. La zona limítrofe entre la dentina y el cemento radicular se denomina límite cementodentinario.

2.2.2.2 Predentina.

Es la matriz orgánica no mineralizada de la dentina, mide de 25 a 30 μm de espesor, situada entre la capa de Odontoblastos y la dentina alrededor de la pulpa. Es similar al osteoide del hueso y fácil de identificar en cortes teñidos con hematoxilina-eosina, dado que se tiñe menos intensamente que la dentina. Sus componentes macromoleculares son colágenos del tipo I y II. Los elementos sin colágeno consisten en proteoglicanos. La presencia de Predentina constituye una fuente de producción continua de dentina^{1,6}. La Estructura histológica de la dentina está constituida por: Túbulo dentinario, Dentina Peritubular, Dentina Intertubular, Odontoblasto y Prolongación Odontoblástica. [25]

2.2.2.3 Zona Odontoblastina.

Es la capa más superficial de la pulpa, la cual se localiza debajo de la predentina. Está constituida por los odontoblastos dispuestos en empalizada. En consecuencia, esta capa se compone de los cuerpos celulares de los odontoblastos, además se encuentran también, capilares y fibras nerviosas. Cuando los odontoblastos están físicamente interconectados existe una unión comunicante, donde media la transferencia de señales químicas y eléctricas que permiten una respuesta y reacción coordinada. Además, como una respuesta protectora adicional, la integridad y el espacio de la capa odontoblástica media el

paso de los fluidos tisulares y de las moléculas entre la pulpa y la dentina. Los procedimientos operatorios de rutina, tales como la preparación de una cavidad y el secado con aire de la superficie dentinaria cortada, puede interrumpir temporalmente la capa odontoblástica y en algunas ocasiones provocar un daño permanente.

2.2.2.4 Zona Subodontoblastica.

Esta zona se encuentra situada por debajo de la anterior. Es un estrato denso y capilarmente extenso. Se encuentra atravesada por los capilares sanguíneos y fibras nerviosas, en pulpas maduras se puede reconocer el plexo nervioso de Raschkow. El sistema circulatorio provee de oxígeno y nutrientes y a su vez remueve los productos de desecho, subproductos de la inflamación o la difusión de productos que pueden penetrar a través de la dentina antes de que alcancen niveles tóxicos. Ante un cambio de la presión del tejido pulpar resultante de una inflamación o de cualquier estímulo habrá una su respuesta protectora neuroactiva a los estímulos hidrodinámicos. [25]

2.2.2.5 Pulpa Dentaria

Propiamente dicha es la masa central de la pulpa, contiene vasos sanguíneos y los nervios mayores, las células del tejido conectivo de esta zona constan de fibroblastos y células pulpares [16]

La pulpa está protegida por las propias paredes dentinarias, esta protege y aísla la pulpa de agresores irritantes externos, pero también puede convertirse en una amenaza para su propia supervivencia, numerosos trabajos mostraron ese potencial de recuperación y reparación pulpar. [26]

2.2.3 Fisiología del Complejo Dentinopulpar.

Para la supervivencia pulpar son fundamentales las reacciones de defensa, incluyendo la respuesta inflamatoria inicial, bloqueo de túbulos dentinarios por sustancias moleculares de gran tamaño, la esclerosis de los túbulos dentinarios por formación de dentina peritubular o dentina secundaria.

“La dentina provee elasticidad y fuerza al diente que le permite soportar fuerzas de masticación y traumatismos [22]

Funciones de la Pulpa

Formadora:

Creando dentina primaria y secundaria, así como también la respuesta protectora o la dentina reparadora.

Nutritiva:

Proporcionando el suministro vascular y medio de transferencia de la sustancia fundamental para las funciones metabólicas y el mantenimiento de las células y de la matriz orgánica.

Sensorial:

Transmitiendo la respuesta dolorosa aferente (nocicepción) y la respuesta propioceptiva.

Protectora:

Respondiendo a los estímulos inflamatorios y antigénicos y removiendo sustancias perjudiciales a través de su circulación y de los sistemas linfáticos.

2.2.4 Diferencia entre Patología Pulpar y Patología del Periápice

2.2.4.1 Patología Pulpar.

El complejo dentino pulpar, como todos los tejidos corporales, sufre cambios con el tiempo. La cámara pulpar se reduce de tamaño con el paso de los años por la formación de dentina secundaria y terciaria^{1,9}. Otra manifestación de envejecimiento

pulpar es la calcificación, que puede ser difusa o en forma de cálculos o nódulos. Se observa en las pulpas con alteración patológica y en las pulpas sanas 1,9. La pulpa envejecida presenta fibrosis o acumulación de gruesos haces de colágeno, siendo más evidente en la pulpa radicular y apical. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que, después del período de erupción dentaria y formación de la raíz, en el que hay una ligera reducción en la síntesis del colágeno de la pulpa, no hay cambios significativos en el contenido de colágeno de la pulpa asociados con la edad^{1,9}. Con la edad disminuye la celularidad y vascularidad pulpar, degeneración de las fibras nerviosas, el contenido de agua de la matriz fundamental y el potencial reparador de la pulpa. La dentina envejece y se estrecha el diámetro de los túbulos dentinarios, que de 4 μm puede llegar a ser de 0,3 a 0,2 μm , o llegan a la obliteración completa, especialmente bajo los estímulos fuertes. Esta calcificación se produce por el avance hacia el interior de la luz del túbulo de la dentina peritubular que aumenta así de espesor y esto disminuye la permeabilidad de la dentina. La dentina en estas condiciones se denomina dentina esclerótica o translúcida, porque tiene un aspecto óptico diferente del resto de la dentina vista al microscopio. Constituye una verdadera defensa biológica de la dentina, que se produce comúnmente en la zona más profunda o frente de la lesión de caries. También se encuentra en condiciones fisiológicas en las zonas radiculares de los dientes de individuos de edad avanzada. Generalmente, estos dientes son más quebradizos o frágiles por su mayor grado de calcificación. (Barrancos, 2007). [18]

2.2.4.2 Patología del Periápice

La inflamación periapical de origen pulpar se debe a la llegada de toxinas bacterianas e incluso bacterias al periodonto apical, por el orificio apical, lo mismo ocurre en otras zonas del periodonto, por

un conducto lateral y en la zona de bifurcación radicular, mediante comunicaciones frecuentes entre el suelo de la cámara pulpar y el periodonto. Con frecuencia no existe correlación directa entre la semiología clínica y los hallazgos histológicos. Por lo general la periodontitis apical es asintomática a excepción del absceso apical agudo primario y la periodontitis apical serosa, cuando aparecen síntomas habitualmente se trata de la exacerbación de una inflamación crónica.

2.2.4.3 Clasificación Clínica de Enfermedad de la Pulpa

El diagnóstico clínico se fundamenta en la valoración conjunta del análisis etiopatogénico de la inflamación pulpar, su sintomatología y de los signos clínicos asociados. En la taxonomía clínica de la patología pulpar preferimos integrar los criterios de Walton, Torabinejad y Thonstad, quienes clasifican la patología pulpar en: "Pulpitis reversible/irreversible y sintomática/asintomática, respectivamente" [24]

2.2.4.4 Clasificación Clínica de la Enfermedad del Periápice

Ya se ha indicado la escasa correlación entre la sintomatología y el grado de afectación hística en la patología del periodonto apical. Por ello se expone una taxonomía que de entrada separa las entidades reversibles de las irreversibles y las sintomáticas / asintomáticas, con una subdivisión histopatológica en cada una de ellas en función a la naturaleza del cuadro inflamatorio predominante. [24]

2.2.5 Diagnóstico Pulpar.

2.2.5.1. Pulpa Normal

- ❖ Libre de síntomas.
- ❖ Responde (+) dentro de los parámetros normales a las pruebas de vitalidad pulpar.

- ❖ El dolor dura de 1- 2 seg. después de retirar el estímulo.

2.2.5.2 Pulpitis Reversible

- ❖ Dolor provocado.
- ❖ Dolor transitorio de leve a moderado.
- ❖ Dolor aparece al frío, calor y dulce.
- ❖ Se puede observar dentina expuesta, caries y restauraciones grandes, fracturadas o desadaptadas.
- ❖ Prueba de vitalidad pulpar (+) y desaparece a los 2 seg. de retirar el estímulo.

2.2.5.3. Pulpitis Irreversible Sintomática

- ❖ Dolor espontáneo y referido.
- ❖ Dolor de moderado a severo.
- ❖ Dolor a cambios térmicos, disminuye con el frío y aumenta con el calor.
- ❖ Responde (+) a las pruebas de vitalidad pulpar y permanece de 30 seg. a más después de retirar el estímulo.
- ❖ Dolor se acentúa a cambios posturales (inclinarse o echarse).
- ❖ Usualmente ya no calma con analgésicos.
- ❖ Presenta caries grandes, restauraciones extensas o fracturas con posible exposición pulpar.

2.2.2.4 Pulpitis Irreversible Asintomática

- ❖ No hay síntomas clínicos.
- ❖ Responde (+) dentro de lo normal a pruebas térmicas, en ocasiones con respuesta anormal prolongada o retardada.
- ❖ Presenta caries grandes, posible exposición pulpar o puede haber tenido trauma o fractura coronal sin tratamiento.

2.2.2.5 Necrosis Pulpar

- ❖ Usualmente no responde a pruebas de vitalidad pulpar.
- ❖ Se encuentra asintomático.

- ❖ Cambio de color coronal a matiz pardo, verdoso o gris.
- ❖ Pérdida de la translucidez y la opacidad se extiende a la corona.
- ❖ Puede presentar movilidad.
- ❖ Dolor a la percusión, si está asociado a periodontitis apical.
- ❖ Puede encontrarse el conducto abierto en la cavidad oral.

2.2.6. Diagnóstico Apical:

2.2.6.1 Tejido Apical Normal

- ❖ Periodonto perirradicular sano.
- ❖ No es sensible a la palpación ni percusión.

2.2.6.2 Periodontitis Apical Sintomática

- ❖ Dolor espontáneo a severo.
- ❖ Dolor localizado, persistente y continuo.
- ❖ Dolor a la masticación, percusión y palpación.

2.2.6.3 Periodontitis Apical Asintomática

- ❖ No presenta síntomas clínicos.
- ❖ Generalmente asintomática, asociada a molestia leve.
- ❖ No presenta dolor a la percusión ni palpación.
- ❖ Tejidos circundantes dentro de lo normal.
- ❖ Pruebas de sensibilidad térmicas negativas.

2.2.6.4 Absceso Apical Agudo

- ❖ Proceso infeccioso por una necrosis pulpar.
- ❖ Dolor espontáneo.
- ❖ Dolor localizado o difuso de tejidos intraorales.
- ❖ Movilidad aumentada.
- ❖ Sensibilidad a la presión, percusión y palpación.
- ❖ Exudado purulento.
- ❖ Inflamación intra o extraoral.
- ❖ Malestar general, fiebre.

2.2.6.5 Absceso Apical Crónico

- ❖ Proceso infeccioso por una necrosis pulpar.
- ❖ Ausencia o leve malestar.
- ❖ Descarga intermitente de pus.
- ❖ Ligera sensibilidad.
- ❖ Pruebas de sensibilidad negativas.
- ❖ Presencia de fistula.

2.2.7. Métodos de Diagnóstico Clínico.

Definición del término diagnóstico: es con base a una serie de datos obtenidos desde la anamnesis e historia clínica para darle el nombre a alguna condición del estado de salud o enfermedad de un individuo en un momento dado. Con base a ese diagnóstico se elabora un plan de tratamiento. [01]

2.2.7.1. Elaboración de la Historia Clínica Especializada.

La historia clínica comprende dos pasos:

Anamnesis.

“Representa un análisis subjetivo realizado por la técnica de interrogatorio del paciente, que conduce a la investigación al surgimiento de los signos y síntomas presentados en el proceso patológico. Debe ser ordenada orientada” [12].

“Es un conversatorio con el paciente sobre la dolencia que le aqueja. Es importante que el paciente narre con detalles la evolución del caso, presencia de dolor, su intensidad, duración, características, si ha observado algún cambio de volumen en sus maxilares, presencia de algún trayecto fistuloso, etc.” [20]

Semiología del Dolor.

“El dolor es la única percepción que puede experimentar la pulpa dentaria como respuesta a un estímulo irritativo, ya sea físico, químico, mecánico, biológico, etc.” [20]. “Es el síntoma más relatado para describir la principal queja, diferentes maneras de describir los

aspectos de la experiencia del dolor entre ellos se mencionan las formas sensitivas de evaluación y diversificadas” [17]

Dentro de las características del dolor debemos tener en cuenta:

Cronología del Dolor.

Debemos considerar su aparición y duración, su periodicidad o frecuencia. Puede ser intermitente o continua, el dolor puede presentarse con una intermitencia amplia como muy estrecha según la gravedad de la lesión, cuanto mayor es el daño pulpar la cronología del dolor será más frecuente hasta hacerse continua.

Tipo de Dolor

- Puede ser agudo, sordo, pulsátil y lancinante.

Intensidad

“Puede ser leve, moderado - tolerable y severo – insoportable” [20].
“Es una característica clínica muy variable, subjetiva y relacionada no solo con la patología y umbral del paciente, también el aspecto psicológico, el intento de cuantificación del dolor: el grado 0 - ausencia de dolor a 10 – dolor intenso” [17]

Estímulo que lo Produce

Puede ser espontáneo o provocado.

Provocado, se da por cambios de temperaturas (frío/caliente), ya sea por la ingestión de alimentos (dulces/ácidos) [17]

Espontáneo, cuando se presenta sin mediar un estímulo, generalmente corresponde a alteraciones severas e irreversibles del tejido pulpar [20]

Ubicación o Localización

Si se percibe en el mismo diente o en un lugar de vecindad (dolor referido)” [20]. “El lugar de dolor indica un sitio de percepción o la posible extensión o difusión de otras regiones [17]

2.2.7.2. Examen Clínico

Examen Extraoral

Mientras realiza la entrevista verbal, el clínico debe observar las características faciales del paciente, estas observaciones se deben anotar de forma consistente para disminuir el pasar por alto aspectos significativos.

Observar al paciente en su integridad y detectar situaciones que pueden relacionarse con su estado de salud general, ante cualquier duda profundizar la información con el mismo paciente o con interconsulta con su médico particular [20]

Examen Intraoral

Observamos la cavidad bucal en su conjunto, limitándonos finalmente al diente o área comprendida. Para la realización del examen intraoral nos valemos de exámenes auxiliares, no es indispensable realizarlos todos, bastarán tres o cuatro de ellos, según lo exija el caso y el criterio del operador. “Las anomalías son enmascaradas con facilidad por la saliva, por lo que se debe secar con una jeringa de aire o gasa, la exploración debe ser individualizada y concienzuda” [21]

2.2.7.3. Exámenes Auxiliares.

Inspección.

Representa un análisis objetivo de signos, debe ser muy cuidada, detallada y muy bien registrada [17]

Es un procedimiento sencillo importante. Se requiere aislar y secar el campo a observar y con una buena luz; examinar los tejidos blandos circundantes y la porción coronaria de los dientes comprometidos. En el primero de los casos, buscar presencia de tractos fistulosos, cicatrices, edema de los tejidos vecinos. En el segundo de los casos, observar la presencia de caries, variedad de materiales de obturación, cambio de color coronario, líneas de fractura, pérdida de estructura coronaria, compromiso cameral evidente, etc. [20]

Palpación.

Permite determinar, a partir de la percepción táctil, presión leve, la consistencia de los tejidos, verificar la etapa de evolución” [12] “Nos permite examinar la zona del periápice. Percibimos si existe algún aumento de volumen, por más pequeño que este sea, percibir su característica, si es duro o blando, fijo o móvil, crepitante, etc. Asimismo, si existe dolor a la presión de estas estructuras [20]

Percusión.

Se aplica para buscar la respuesta del periodonto apical. Para el efecto utilizamos la parte posterior del mango de un instrumento, un espejo bucal, [15] Percutimos sobre el borde incisal u oclusal del diente en sentido vertical puede estar asociada a la inflamación periapical, mientras que la horizontal a alteraciones periodontales [17]

Movilidad.

La movilidad del diente proporciona una indicación de la integridad del aparato de inserción (es decir si existe inflamación del ligamento periodontal), el clínico debe usar los mangos de dos espejos orales para aplicar fuerzas laterales alternantes en dirección facial- lingual. Según el índice de movilidad de Miller, se considera: Grado I, cuando el movimiento es mínimo perceptible; Grado II, cuando es moderado, mayor de 1 mm; Grado III, cuando es marcada, es decir, movilidad más

intrusión. Este examen también se puede realizar usando el mango de dos instrumentos, colocándolos y accionando en la forma ya descrito [20]

La movilidad dentaria puede ser ocasional o transitoria y permanente.

Transiluminación.

Un diente sano se caracteriza por su translucidez clara y diáfana de su corona mientras que en un diente necrosado se vuelve opaca. La prueba se realiza con una fuente de luz intensa colocada en la cara posterior del diente.

Prueba de Vitalidad Pulpar

La finalidad de la enervación de cualquier estructura corporal consiste en proporcionar un aviso de daño actual o inminente [21]

Prueba al Calor

Se usa cuando se requiere un diagnóstico diferencial; como el calor causa vasodilatación, en los dientes con inflamaciones pulpares sintomáticas o incluso necrosis pulpares, dependiendo de la extensión del proceso, la respuesta dolorosa se toma inmediata e intensa.

Para esta prueba, utilizamos un bruñidor de cabeza grande. Aislamos el diente con rollos de algodón y secamos la superficie vestibular u oclusal de la pieza dentaria; se calienta el bruñidor en la llama de un mechero y se aplica inmediatamente sobre la superficie del diente por 1 o 2 segundos. Normalmente debe obtenerse una respuesta dolorosa de corta duración, de intensidad aguda o moderada que luego desaparece rápidamente, si fuera muy intenso y permaneciera el dolor debe considerarse como una respuesta anormal. De no obtenerse respuesta el tejido pulpar probablemente se encuentre necrótico o calcificado. [20]

Prueba al Frío

Se han usado varios métodos para aplicar frío a los dientes, los elementos más usados son la varilla de hielo, se llenan de agua unas fundas de plástico de agujas hipodérmicas y se dejan en el congelador [21]

Es oportuno recordar que la prueba a frío no agrava la situación de una pulpa dentaria normal o inflamada. Para realizar esta prueba se debe utilizar aislamiento absoluto, siendo la prueba hecha inicialmente en los dientes adyacentes o incluso análogos al diente en cuestión, de posterior a anterior en la cara vestibular, el tiempo de aplicación deber ser de aproximadamente 1 a 2 segundos, siendo nuevamente repetida en un intervalo de 5 minutos, la ausencia de respuesta puede indicar una necrosis.

Se puede utilizar un trozo de hielo, Cloretilo, Diclorodifluor-metano (DDM). En cualquiera de los casos, la respuesta es violenta para dientes inflamados. No se obtendrá respuesta en dientes necrosados [20]

2.2.8. Prótesis Fija.

El ámbito de tratamiento de prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Esto conserva la salud y la integridad de las arcadas dentarias, Si recubre toda la corona clínica, la restauración se denomina corona de recubrimiento completo o total; puede estar completamente hecha con una aleación de oro; de algún metal sin corrosión; con cerámica cocida sobre metal; de resina o metal; totalmente cerámica. Si solo reviste algunas partes de la corona clínica esa restauración será parcial. [02]

La prótesis fija tiene como objetivo sustituir dientes ausentes, que se han perdido o que no existieron.

2.2.8.1. Indicaciones de Prótesis Fija.

Estética.

Indicación importante especialmente del grupo anterior. La prótesis fija es propia de adultos, en pacientes jóvenes, con dientes poco erupcionados, con calcificación incompleta, no es prudente este tipo de prótesis, un tallado severo podría lesionar la pulpa [03]

Buena Higiene.

La limpieza y la conservación de los dientes pilares está supeditada a una higiene meticulosa, la mayoría de los fracasos en prótesis particularmente, son debido a la dificultad de eliminar la placa bacteriana de ciertas zonas.

Cuando Faltan Pocos Dientes.

Indicación más frecuente, siempre que exista un pilar posterior, es el puente clásico de uno o dos pónicos [03]

Reposición Protésica de los Dientes de Contacto.

Cuando no se puede conseguir con materiales de obturación, entonces se pueden emplear coronas de recubrimiento total o recubrimiento parcial, incrustaciones, sean metálicas o cerámicas.

2.2.8.2. Contraindicaciones de Prótesis Fija.

La falta de higiene es la primera causa de fracasos, no solo en prótesis fija sino también en cualquier especialidad de la odontológica.

- Pilares de mala calidad, con mala oclusión o poco resistentes para soportar pónicos y permitir la preparación.
- Falta de pilares
- Extremos libres con falta de pilar posterior.
- Tramos desdentados muy largos.
- Pacientes especiales. [23]
- Gingivitis y periodontitis.
- Condiciones articulares y oclusales.

- Problemas de retención.
- Aspectos socioeconómicos. [04]

2.2.8.3. Componentes de las Prótesis Fijas.

- **Dientes Pilares:** Son los que sostienen o soportan la prótesis.
- **Retenedores:** Es la parte de la prótesis fija que ya se apoya sobre los dientes pilares.
- **Pónticos:** Son los dientes artificiales que, sostenidos por los retenedores, ocupan los espacios desdentados.
- **Conectores:** “Son los puntos de unión de los retenedores con los pónticos, pueden ser fijos o móviles” [03]

2.2.8.4. Preparación de Pilares

“La razón de ser la preparación de los dientes para P.F es dar espacio para los materiales que van a formar parte de la misma, de manera que la anatomía del diente varié lo menos posible, debe tener en cuenta estas condiciones:

- Reducción de tejido dental suficiente.
- Dar retención y forma de resistencia o estabilidad al retenedor protésico.
- Preparación que respete la vitalidad pulpar dentro de lo posible, en caso de duda endodonciar el diente.
- No lesionar tejidos del periodonto y que permita al retenedor conservar sanos estos tejidos.
- Buena definición del margen, para que el retenedor tenga un ajuste perfecto del mismo.
- Finalmente, púlido y acabado de la preparación” [03]

El éxito o fracaso de las restauraciones fijas en pacientes con escasos pilares y tejido de apoyo periodontal sano, pero reducido no depende de la capacidad biológica del periodonto remante, sino más bien de los factores técnicos y biomecánicos [04]

Los factores más relevantes que influyen en la selección de una terminación cervical son variados y su elección dependerá del protesista y la situación clínica a tratar: arquetipo periodontal, requerimientos estéticos, adaptación pre- cerámica, forma y ubicación del diente en la arcada, tipo de metal a usar noble o no noble [05]

Los objetivos fundamentales de la preparación de los pilares del puente adhesivo comprender: paralización de los pilares y creación de superficies/ líneas, desplazamientos gingivales del ecuador dental [04]

2.2.8.5. Principios de Tallado

El diseño de una preparación para una restauración colada y su ejecución dependen de 5 principios.

- Preservación de la estructura dentaria.
- Retención y resistencia.
- Durabilidad estructural.
- Integridad marginal.
- Preservación del periodonto. [02]

2.2.8.6. Precaución para la Protección de los Dientes Preparados Para la Prótesis Fija.

Con la aparición de la prótesis fija por los sistemas adhesivos, vemos una tendencia conservadora. Evitando el traumatismo que supone la preparación de los dientes, con las diferentes técnicas del tallado en su estructura. Durante muchos años para soportar una prótesis fija se ha tenido que quitar estructuras dentales, para sustituirlas por materiales protésicos.

Vamos a considerar los factores que debemos tener en cuenta para evitar lesionar tanto los tejidos blandos como los tejidos dentales propiamente dicho. [03]

2.2.8.7. Tipo de Restauración.

Restauración Totalmente Cerámica.

Las porcelanas juegan un importante papel en la fabricación de la mayoría de restauraciones fijas, la translucidez, la transmisión de luz y la biocompatibilidad les otorgan propiedades estéticas muy deseables.

Estas coronas requieren una importante cantidad de reducción dentaria para permitir un grosor mínimo del material del núcleo, el desarrollo de una caracterización del color y la capacidad de mantener unos contornos biológicamente aceptables. Es la más adecuada cuando se trata de combinar un recubrimiento completo y una estética máxima, estas coronas totalmente cerámicas no son tan resistentes a la fractura como las del metal- cerámico. Por lo que su uso debe limitarse aquellas situaciones en las que las fuerzas que se produzcan sean bajas o moderadas. [02]

Corona Jacket de Porcelana.

Es pura, estéticamente podemos conseguir la apariencia de un diente natural, el color puede ser perfecto y permanente, por la translucidez no tenemos la dificultad de ocultar el color y la opacidad del metal, tolerancia por los tejidos blandos. La cerámica es uno de los mejores materiales tolerados [03]

Restauración Metálica.

El diente es candidato a una corona totalmente metálica, cuando la descalcificación o la caries han atacado todas las superficies axiales de un diente posterior o cuando dichas superficies han sido restauradas previamente. Al recubrir toda la estructura dentaria remanente, una corona totalmente metálica puede significar un refuerzo y soporte para el diente.

Corona Metálica

Completa convencional puede usarse para restaurar dientes con múltiples superficies axiales defectuosas, proporciona la máxima retención posible en cualquier situación dada, aunque su empleo debe restringirse a casos en los que no existe una demanda estética. En las coronas metálicas el metal debe ser un buen soporte para la porcelana, por tanto, se va diseñar al armazón metálico de forma que las fuerzas verticales sean soportadas. El diseño debe realizarse de manera que el soporte metálico tenga gran rigidez. Porcelana de grosor uniforme, diseño de pónicos que tengan en cuenta: resistencia, estética, higiene, y por ultimo buena preparación de los dientes para permitir el grosor en los distintos materiales.

Estos retenedores se utilizan en P.F para zonas que no se precisan estética. Sus principales indicaciones son:

Para proteger molares frágiles

Como retenedor posterior en zonas poco visibles.

Para restituir puntos de contacto en dientes posteriores, cuando no es posible hacerlo con incrustaciones.

Para restablecer el plano oclusal en dientes posteriores. Y en general siempre que se ha de proteger un diente posterior con un retenedor de recubrimiento total ya la vez con una preparación lo más conservadora posible. [03]

Restauración Mixta con Frente Estético

Las indicaciones para este tipo de restauraciones son las siguientes:

- Restauraciones individuales o retenedores que requieren estético resistencia.
- En casos de ferulizaciones que requieren estética.
- Para proteger dientes anteriores que van a llevar ganchos o anclajes.

Para restablecer el plano oclusal en zonas visibles que requieren estética. [03]

Corona Metal Cerámica

Estas combinan fuerza y la precisión del metal colado con la estética de la porcelana. La restauración metal-cerámica se compone de un colado o cofia de metal, que se ajusta a la preparación dentaria, más la cerámica fundida sobre ella.

Existen dos razones principales para aceptar las restauraciones metal-cerámica: Son más resistentes a la fractura que la corona tradicional totalmente cerámica, la corona jacket de porcelana, pues la combinación de cerámica y el metal unidos resulta más fuerte que la cerámica sola. [02]

- La cerámica es envolvente respecto al metal.
- Estas coronas pueden tener cualquier tipo de margen, incluso de porcelana pura. El margen puede ser subgingival incluso si es cerámico.

Los márgenes que más se usan son: hombro o escalón biselado, chánfer suave más conservador, pero si no se respeta el ángulo crítico de 50°, hay poco espacio para los materiales [03]

Corona Metal Resina.

Estas coronas están realizadas en forma de caja retentiva donde se incrusta el acrílico. El margen siempre debe llevar bisel metálico, solo el bisel metálico puede ser subgingival, ya que la resina no puede estar en contacto con los tejidos blandos. Estas coronas son poco empleadas en la actualidad. [03]

2.3. Definición de Términos

1. **Periodontitis:** Inflamación del tejido que rodea a los dientes (periodonto). [33]
2. **Absceso:** Acumulación de pus, interna o externa, en un tejido orgánico. [33]
3. **Fistula:** Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad. [33]
4. **Percusión:** Acción de percutir o dar golpes. [33]
5. **Endodoncia:** Procedimiento dental, que se ocupa que la exéresis de la pulpa dentaria, por múltiples patologías pulpares. [33]
6. **Ferulización:** Es el tratamiento donde unimos 2 o más piezas dentales que tienen mal soporte óseo, a causa de una patología o un golpe. La idea es realizar una sumatoria de las áreas de soporte para obtener una mayor estabilidad y permanencia en la boca. [33]
7. **Cementoblasto:** Célula formadora del cemento dental que cubre la dentina del cuello y la raíz de los dientes.[33]
8. **Periradicular:** Fuera de la raíz dentaria. [33]
9. **Radiolúcido:** En Rx es la zona más negra de la placa o sea que en ese sector es donde llego más radiación que en las zonas blandas debido a la poca resistencia de las estructuras. [33]

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION.

3.1. Formulación de la hipótesis.

En el presente estudio no se considerará hipótesis por ser una investigación de tipo descriptivo - observacional ya que esta presenta una relación de variables no asociativa.

3.2. Definición conceptual y operacional.

3.2.1. Variable independiente.

- Diagnóstico pulpar y periapical.

3.2.2. Variable dependiente

- Ficha de diagnóstico de la AAE.

3.2.3. Variables intervinientes

- Edad.
- sexo.
- Tipo de rehabilitación.
- Zona dental rehabilitada.
- Número de piezas.
- Piezas pilares.

3.2.4. Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Escala de medición	Indicadores	Valores
Diagnóstico pulpar y periapical	Diagnóstico pulpar	Nominal politómica	Ficha de diagnóstico de la AAE	Pulpa normal
	Diagnóstico periapical			Pulpitis reversible Pulpitis irreversible sintomática Pulpitis irreversible asintomática Necrosis pulpar Tejido apical normal Periodontitis apical sintomática Periodontitis apical asintomática Absceso apical agudo Absceso apical crónico
Edad		Nominal politómica	DNI	18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años 33 a 37 años 38 a 42 años 43 a 47 años 48 a 52 años 53 a 57 años 58 a 62 años 63 a 67 años

Sexo		Nominal dicotómica	DNI	Masculino Femenino
Número de piezas		Nominal politómica	Observación clínica	01 pieza 02 piezas 03 piezas 04 piezas 05 piezas 06 piezas 07 piezas Más de 8 piezas
Piezas pilares		Nominal politómica	Observación clínica	Incisivo central Incisivo lateral Canino Premolar molar

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de Investigación

- Tipo de Investigación: Aplicada.

4.1.2. Nivel de la Investigación

- Nivel de investigación: Descriptivo – observacional

4.1.3. Método de la Investigación

- Método de Investigación: Cuantitativo

4.1.4. Diseño de la Investigación

- Diseño de la Investigación: Transversal

4.2. Diseño de muestra

4.2.1. Universo

El universo de estudio está constituido por 110 pacientes portadores de prótesis fija que acudieron al consultorio dentales Carrascos en el mes de mayo del 2018.

4.2.2. Población de estudio

La población de estudio está constituida de pacientes portadores de prótesis fija que acudieron al Consultorio Dentales “Carrascos”, en el mes de mayo del 2018. Se aplicaron de muestra probabilístico, es decir el tipo de muestreo a aplicar es el criterio de selección.

4.2.2. Criterio de selección

4.2.3.1. Criterio de inclusión

- ❖ Pacientes de 18 a 65 que acudieron al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018.
- ❖ Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que no refirieron enfermedades sistémicas diagnosticadas.
- ❖ Pacientes que no presentaron enfermedades mentales diagnosticadas.
- ❖ Pacientes que no presentaron antecedentes de bruxismo nocturno.

4.2.3.2. Criterio de exclusión

- ❖ Pacientes de 18 a 65 que no acudieron al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018.
- ❖ Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que tenían enfermedades sistémicas diagnosticadas.
- ❖ Pacientes que presentaron enfermedades mentales diagnosticadas.
- ❖ Pacientes que presentaron antecedentes de bruxismo nocturno.

4.2.4. Muestra

El número poblacional para el estudio fue 110 individuos la muestra está conformado por 219 piezas con diagnósticos pulpares y periapicales que acudieron a las clínicas dentales carracos.

No probabilístico – conveniencia

4.3. Técnica de recolección de datos

4.3.1. Técnica de recolección de datos

Solicitud y Presentación de Carta de Presentación.

Se solicitó a la Directora de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, filial Ayacucho, una carta de presentación que fue dirigida al establecimiento; donde se recolectó los datos a partir de la muestra seleccionada. Una vez obtenida ésta, se presentó al Director del Consultorio Dentales “carrascos” y se coordinó las visitas para la recolección de la información.

Selección de Población de Estudio.

Los sujetos de muestra fueron pacientes de 18 - 67 años de edad que acudieron al consultorio dentales “Carrascos” en mayo del 2018, los que fueron evaluados cumpliendo con los criterios de selección establecidos, elegidos por muestreo aleatorio simple.

Consentimiento Informado.

Se presentó al paciente el Consentimiento Informado, donde se le informó el propósito de la investigación y el procedimiento donde éste estuvo involucrado. También se le explicó que los datos serían anónimos y que los resultados no tendrán relación alguna con la atención que recibió en el consultorio dentales Carrascos. Además, el Consentimiento Informado no contiene ningún dato que relacione; éste, a la ficha de recolección de datos.

4.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Anamnesis.

Se tomó en cuenta la semiología del dolor efectuando un interrogatorio acerca de los puntos que más nos orienten hacia el conocimiento de las patologías pulpares incidiéndose sobre la:

- ❖ Cronología del dolor: intermitente o continuo.
- ❖ Tipo de dolor: agudo, sordo, pulsátil, lancinante, ardiente y de plenitud.
- ❖ Intensidad: leve, moderado o severo.
- ❖ Estimulo que lo produce: espontáneo o provocado.
- ❖ Ubicación: Localizado, referido o irradiado.

Examen Clínico:

Que consta en el examen extraoral e intraoral.

- **Examen extraoral:** Se realizó una observación integral, luego nos limitamos a la zona de los maxilares y apreciamos si existe presencia de fístulas cutánea, aumento de volumen de alguna zona de la cara, localizado, difuso, etc.
- **Examen intraoral:** Observamos la cavidad bucal en su conjunto. Se utilizó una lámpara dental de luz fría y un sillón dental en el que el paciente estuvo en posición horizontal. En la inspección visual, se requiere aislar y secar el campo, para poder examinar con mejor visualización los tejidos blandos circundantes y la porción coronaria del diente comprometido, para observar si existe edema, analizando la simetría facial y posible presencia de fístula a nivel apical del diente sospechoso. A continuación, exploramos el posible diente afectado y observamos el color, los cambios de color de la corona, la presencia de caries, el tamaño y extensión de la lesión cariosa, se realizó con la ayuda de un explorador para ver la existencia de sensibilidad o si existe comunicación pulpar y/o presencia de pólipos pulpares.

Luego se procedió a la palpación de los tejidos blandos donde se examinó la zona del periápice. Utilizamos el dedo índice y los aplicamos

sobre el fondo del vestíbulo en directa relación con el diente afectado. El objetivo fue percibir la existencia de algún aumento de volumen, por más pequeño que este sea, examinar sus características, si es duro o blando, fijo o móvil, crepitante, renitente, etc. Asimismo, se examinó también si existe dolor a la presión de estas estructuras.

Después realizamos la percusión el cual se aplica para buscar respuesta del periodonto apical. Para el efecto utilizamos la parte posterior del mango de un instrumento, un espejo bucal, por ejemplo. Percutimos sobre el borde oclusal del diente en sentido vertical y la respuesta que se obtenga será del periodonto apical, será mayor en un diente con compromiso de los tejidos del periápice. Luego percutimos en forma lateral y la respuesta del periodonto lateral del lado opuesto, cuando este se encuentra alterado.

En la prueba de movilidad se valoró según el Índice de Movilidad de Miller, para valorar la movilidad de la pieza dental se colocó un dedo a cada lado y se realizó la movilidad en sentido horizontal, y ver si la movilidad es de grado I, II o III.

Posteriormente la prueba de transiluminación se realizó con una fuente de luz intensa colocada en la cara posterior del diente. En un diente sano se observó translúcido, claro y diáfano a nivel de la corona, mientras que en un diente necrosado es opaco.

En las pruebas de vitalidad pulpar se realizaron al frío y al calor. En la prueba al frío; se seca; se rodea con rollos de algodón los dientes a examinar previamente, luego se aplica el spray de Diclorodifluormetano (DDM) comercialmente conocido como Endoice, sobre una bolita de algodón por 5 segundos y posteriormente se aplica sobre la cara oclusal del diente. La respuesta fue rápida para dientes sanos, y violenta para dientes inflamados. No se obtuvo respuesta en dientes necrosados. En la prueba al calor; se utilizó un bruñidor de cabeza grande. Se aísla el diente con rollos de algodón y se seca la superficie oclusal de la pieza dentaria; se calienta el bruñidor en la llama de un mechero de 2-3

segundos y se aplica inmediatamente sobre la superficie del diente por 1 o 2 segundos, tiempo suficiente para lograr alguna respuesta del paciente.

Ficha de Recolección de Datos

El llenado de la ficha de recolección de datos fue realizado por el entrevistador examinador donde se determinó el diagnóstico pulpar y apical según la clasificación de la Asociación Americana de Endodoncia (AAE), presentada en el marco teórico, el interrogatorio sobre los signos y síntomas, género y edad se obtuvieron de preguntas contenidas en un instrumento para el registro de datos.

- Datos de filiación: Son los datos que nos da la relación de procedencia del paciente.
- Anamnesis: Conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente.
- Examen clínico: Basado en los signos y síntomas que presenta el paciente.
- Diagnóstico: Determinación de la naturaleza de una enfermedad basada en los datos anteriormente mencionados.

4.4. Técnica estadística para el procesamiento de la información

La muestra del estudio fue constituida por un grupo representativo de la población. Se calculó con la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * pq}{e^2} \qquad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ} - 1)}{N}}$$

Dónde:

Z	:	nivel de confianza	=	1.96
e	:	error de estimación	=	5%
p	:	probabilidad de favor	=	0.5
q	:	probabilidad en contra	=	0.5

N : tamaño de la población = 100

4.5. Aspectos éticos

El aspecto ético como profesional al servicio de la salud bucal, en Odontología asume una gran responsabilidad social. La salud tiene importancia fundamental: buscar lograr el bienestar del individuo convirtiéndolo así en un elemento útil y activo dentro del entorno en el cual se desenvuelve. Por lo tanto, el profesional de la Odontología debe asumir este compromiso sin escatimar esfuerzo con el fin de devolver al paciente un completo estado de salud, pues que la salud bucal constituye parte imprescindible de la salud general de todo ser humano

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencias y gráficos

Los resultados de esta investigación realizada en los pacientes adultos atendidos en el Consultorio Dentales “Carrascos” en mayo del 2018, fue determinar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares de la prótesis fija según: edad, sexo, zonas dentales rehabilitadas, tipos de prótesis, número de pilares y piezas pilares.

Estos resultados se presentan mediante cuadros y gráficos estadísticos.

TABLA N° 01

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN PROTÉSIS FIJAS DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018

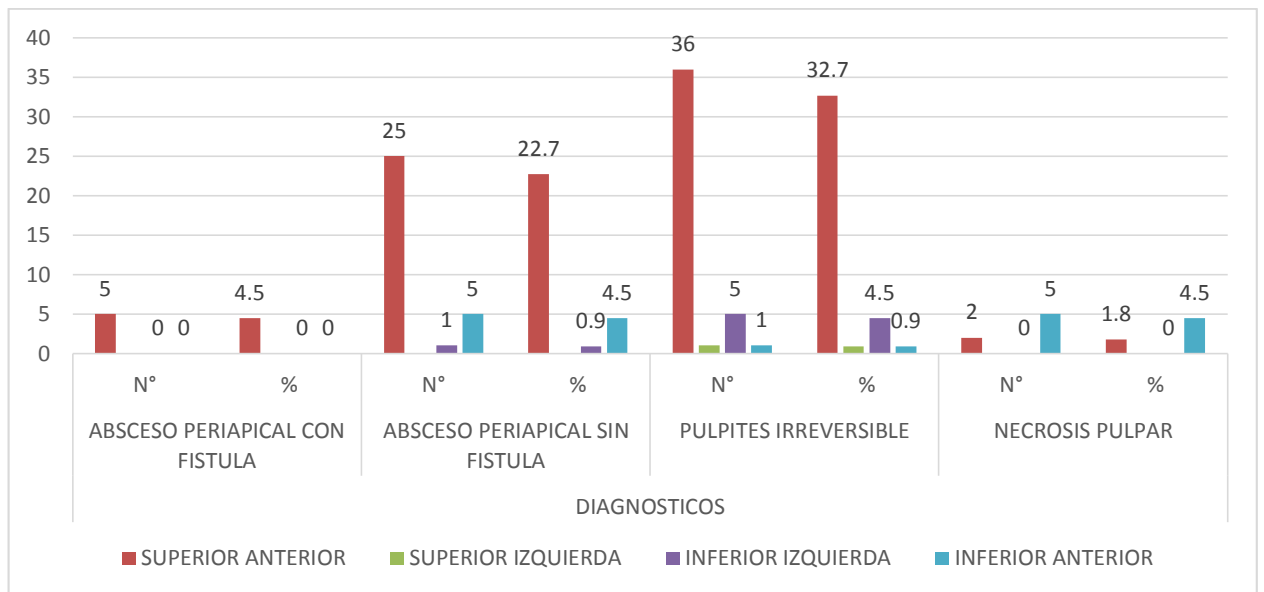
PROTESIS FIJAS	DIAGNOSTICOS								TOTAL	
	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA		ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA		PULPITES IRREVERSIBLE		NECROSIS PULPAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SUPERIOR DERECHA	4	3.6	16	14.5	4	3.6	0	0	24	21.8
SUPERIOR ANTERIOR	5	4.5	25	22.7	36	32.7	2	1.8	68	61.8
SUPERIOR IZQUIERDA	0	0	0	0	1	0.9	0	0	1	0.9
INFERIOR IZQUIERDA	0	0	1	0.9	5	4.5	0	0	6	5.5
INFERIOR ANTERIOR	0	0	5	4.5	1	0.9	5	4.5	11	10
TOTAL	9	8.2	47	42.7	47	42.7	7	6.4	110	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios que acuden al servicio odontológico.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	49,936a	12	0,000

GRAFICO 1

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN PRÓTESIS FIJAS DE PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018



En la **Tabla N° 01** y en el **grafico N° 01** se observa la frecuencia de diagnósticos pulpares y apicales de los pilares en las prótesis fijas, según prótesis fijas de pacientes adultos que acuden al consultorio dental Carrascos, de la Ciudad de Ayacucho, donde el 47.7% presenta absceso periapical sin fistula y un porcentaje similar pulpites irreversible, el 8.2% presenta absceso periapical con fistula y un 6.4% presenta necrosis pulpar. Por otro lado, el 61.8% de los usuarios presenta prótesis fijas en la región superior anterior, el 21.8% en la región superior derecha, el 10% en la región inferior anterior, mientras el 0.9% en la región superior izquierda.

TABLA N° 02

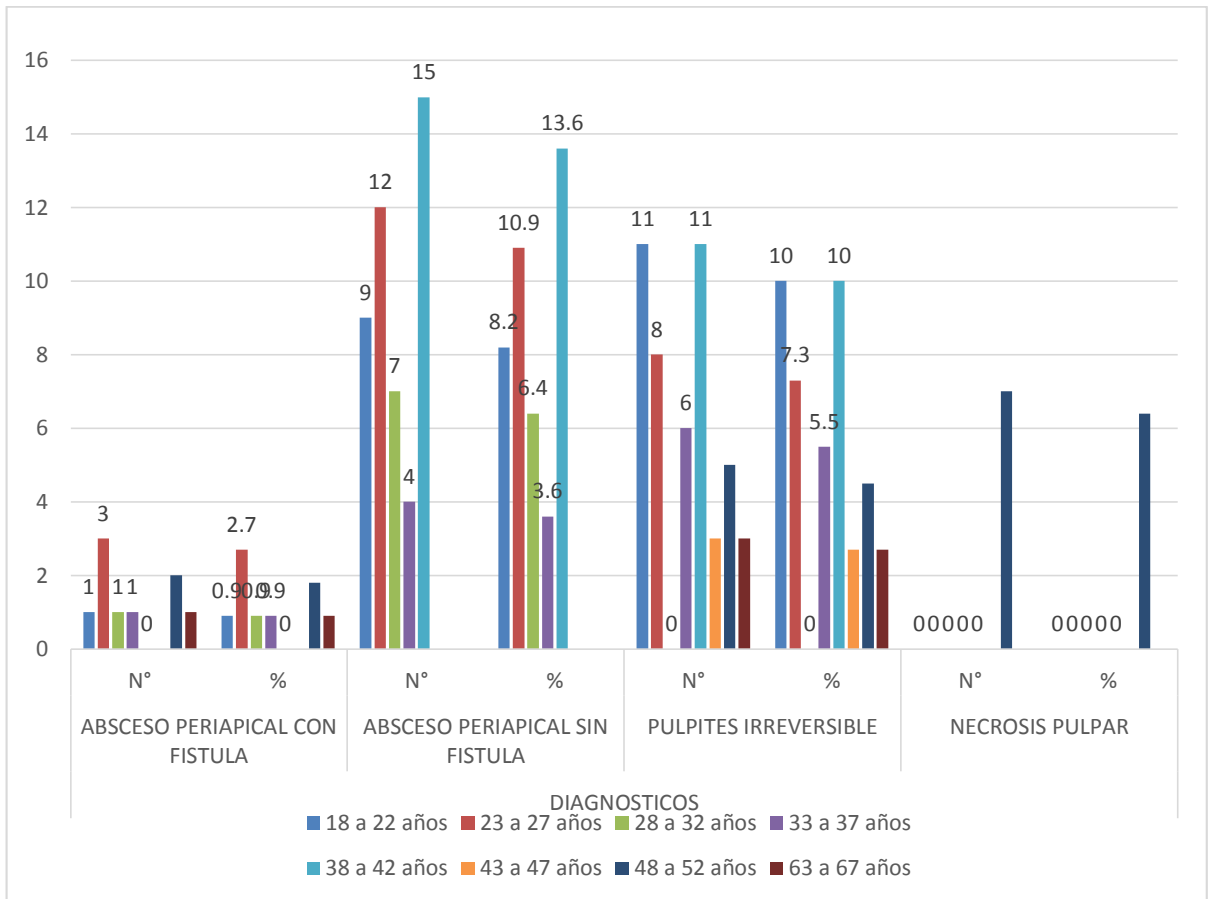
FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018

EDAD	DIAGNOSTICOS								TOTAL	
	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA		ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA		PULPITES IRREVERSIBLE		NECROSIS PULPAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18 a 22 años	1	0.9	9	8.2	11	10	0	0	21	19.1
23 a 27 años	3	2.7	12	10.9	8	7.3	0	0	23	20.9
28 a 32 años	1	0.9	7	6.4	0	0	0	0	8	7.3
33 a 37 años	1	0.9	4	3.6	6	5.5	0	0	11	10
38 a 42 años	0	0	15	13.6	11	10	0	0	26	23.6
43 a 47 años	0	0	0	0	3	2.7	0	0	3	2.7
48 a 52 años	2	1.8	0	0	5	4.5	7	6.4	14	12.7
63 a 67 años	1	0.9	0	0	3	2.7	0	0	4	3.6
TOTAL	9	8.2	47	42.7	47	42.7	7	6.4	110	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios que acuden al servicio odontológico.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	76,241a	21	,000

GRAFICO 2



En la **Tabla N° 02** y en el **grafico N° 02** se observa la frecuencia de diagnósticos pulpares y apicales de los pilares en las prótesis fijas, según la edad de los usuarios adultos, que acuden al consultorio dental Carrascos, de la Ciudad de Ayacucho, donde el 23.6% tiene edades de 38 a 42 años, el 20.9% entre los 23 a 27 años, el 19% entre 18 a 22 años, mientras el 12.7% entre los 48 a 52 años, el 12.7% entre los 48 a 52 años. La frecuencia de absceso periapical con fistula se presenta en los 23 a 27 años; la frecuencia de absceso periapical sin fistula entre 38 a 42 años, seguido con un 10.9% entre los 23 a 27 años. La frecuencia de pulpitis irreversible en con mayor porcentaje se presenta en los de 18 a 22 años con 10%, seguido de 07.3% de 23 a 27 años. En lo que corresponde a la necrosis pulpar el 6.4% se presenta en los de 48 a 52 años.

TABLA N° 03

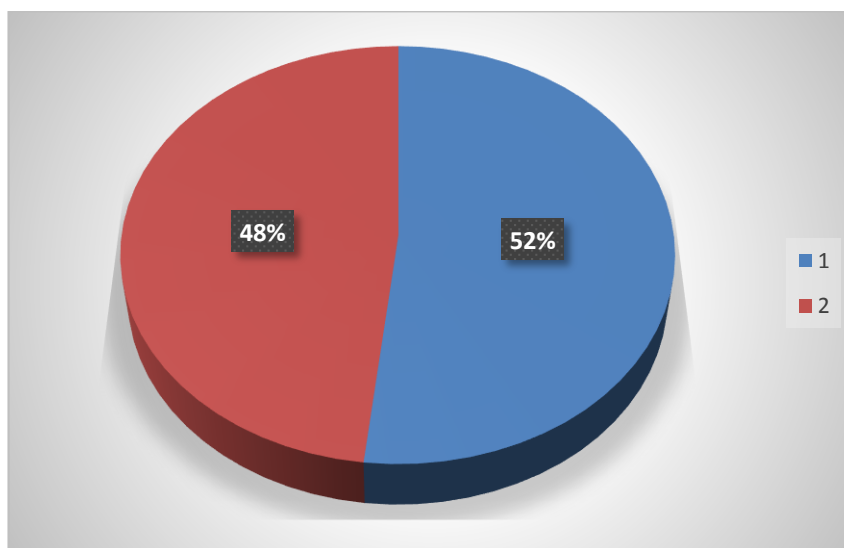
FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018

SEXO	DIAGNOSTICOS								TOTAL	
	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA		ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA		PULPITES IRREVERSIBLE		NECROSIS PULPAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	4	3.6	23	20.9	26	23.6	4	3.6	57	51.8
FEMENINO	5	4.5	24	21.8	21	19.1	3	2.7	53	48.2
EDAD	9	8.2	47	42.7	47	42.7	7	6.4	110	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios que acuden al servicio odontológico.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	0,663a	3	,882

GRAFICO N° 03



En la **Tabla N° 03** y en el **grafico N° 03** se observa la frecuencia de diagnósticos pulpares y apicales de los pilares en las prótesis fijas, según el sexo de los usuarios adultos, que acuden al consultorio dental Carrascos, de la Ciudad de Ayacucho, donde el 51.8% pertenece al sexo masculino, de los cuales el mayor porcentaje que representa el 23.6% presenta pulpites irreversible seguida de un 20.6% que presenta absceso periapical sin fistula. El 48.2% pertenece al sexo

femenino de los cuales el 21.8% presenta absceso periapical sin fistula, 19.1% pulpites irreversible.

TABLA N° 04

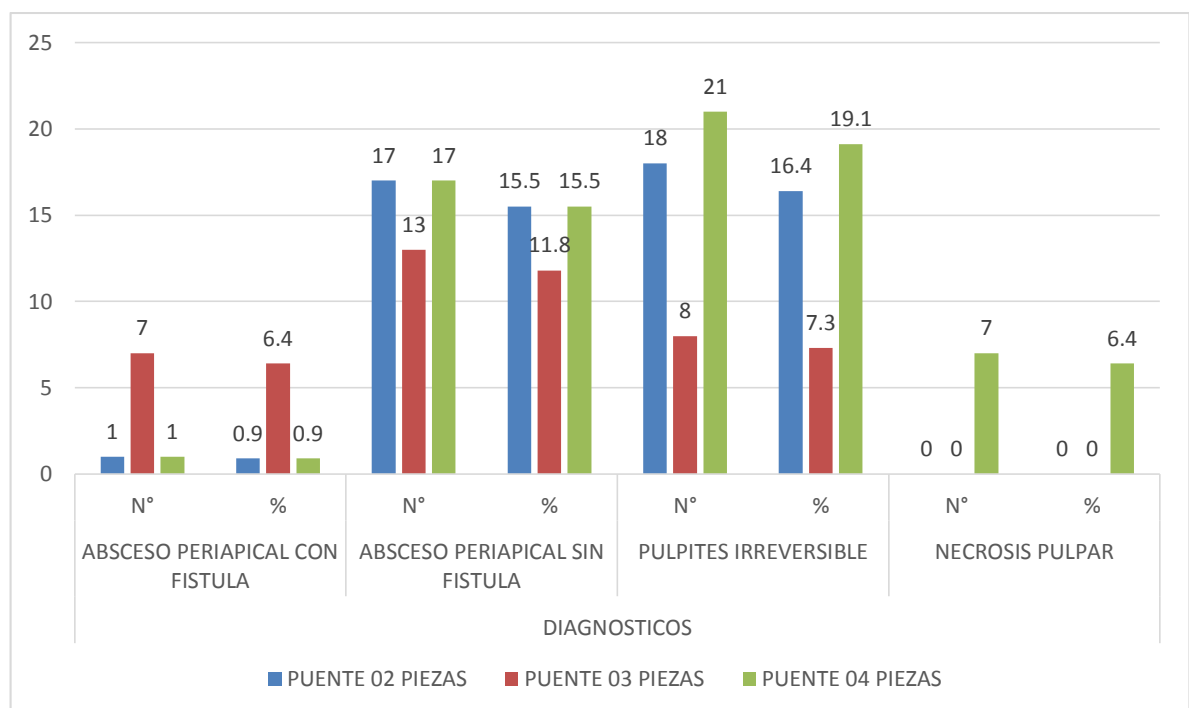
FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PULPARES Y APICALES DE LOS PILARES EN LAS PRÓTESIS FIJAS, SEGÚN NÚMERO DE PIEZAS, DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL CARRASCOS, AYACUCHO MAYO DEL 2018

NÚMERO DE PIEZAS	DIAGNOSTICOS								TOTAL	
	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA		ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA		PULPITES IRREVERSIBLE		NECROSIS PULPAR			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PUENTE 02 PIEZAS	1	0.9	17	15.5	18	16.4	0	0	36	32.7
PUENTE 03 PIEZAS	7	6.4	13	11.8	8	7.3	0	0	28	25.5
PUENTE 04 PIEZAS	1	0.9	17	15.5	21	19.1	7	6.4	46	41.8
TOTAL	9	8.2	47	42.7	47	42.7	7	6.4	110	100

Fuente: Encuesta aplicada a usuarios que acuden al servicio odontológico.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	P
	25,203a	6	,000

GRAFICO N° 04



En la **Tabla N° 04** y en el **grafico N° 04** se observa la frecuencia de diagnósticos pulpares y apicales de los pilares en las prótesis fijas, según el número de piezas rehabilitadas, de los usuarios adultos, que acuden al consultorio dental Carrascos, de la Ciudad de Ayacucho, en ese sentido el 41.8% tiene un total de 04 piezas, el 32.7% tiene un total de 02 piezas y el 25.5% presenta 03 piezas.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

1.- 42.7% presenta absceso periapical sin fistula y pulpitis irreversible, y un 6.4% presenta necrosis pulpar

Portacarrero(Perú–Trujillo)pulpitis irreversible 44.61%, pulpitis reversible 23,53% pulpa normal 18.38% y necrosis pulpar 13.48%,pulpitis reversible 26%, pulpitis reversible sintomático 39% pulpitis irreversible asintomático 7% y necrosis pulpar 26%,

Conchar (Chile), resultado de este trabajo de investigación que un 34% presentan diagnósticos apicales

2.-42.7% presenta absceso periapical sin fistula y un porcentaje similar pulpitis irreversible, y un 6.4% presenta necrosis pulpar. Por otro lado el 61.8% de los usuarios presenta prótesis fijas en la región superior anterior, el 21.8% en la región superior derecha, mientras el 0.9% en la región superior izquierda.

Canché y colaboradores (cuba) pulpitis irreversible en un 85%, luego la necrosis pulpar en 13% y finalmente la hiperemia pulpar en 2%, todo esto en un 66% en piezas molares. Y 66% de los pilares examinados tiene diagnostico pulpar, pero se discrepa en la ubicación ya que se encontró más en la zona superior anterior en un 22%.

3.- según el número de piezas rehabilitadas, de los usuarios adultos, en ese sentido el 41.8% tiene un total de 04 piezas y el 25.5% presenta 03 piezas

Mendoza. (Ecuador). El resultado es que es importante la selección de los pilares para el número de piezas rehabilitadas y el tipo de prótesis que el 50% tiene afección apical en uno a dos pilares

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación podemos discutir con los resultados de otros similares como se detalla a continuación.

Mendoza en Ecuador, en su trabajo de investigación en 50 pacientes examinados, la mayoría presenta enfermedad periodontal causada por las estructuras y adaptación de las prótesis fijas, la mala selección de los pilares de la prótesis, el sobre contorno y la falta de higiene oral, coincidiendo con el resultado de este trabajo que es importante la selección de los pilares para el número de piezas rehabilitadas y el tipo de prótesis que el 50% tiene afección apical en uno a dos pilares.

Conchar en Chile, en su trabajo de investigación de 44 piezas portadoras de examinadas el 54% presentan sacos periodontales y posterior pérdida de dichas piezas pilares, recomendando realizar controles periódicos de dichas piezas. Coincidiendo con el resultado de este trabajo de investigación que un 34% presentan diagnósticos apicales y no teniendo ningún pilar con tejido apical normal si estas no son tratados oportunamente tienden a ser perdidos como pilares.

Portacarrero en Perú - Trujillo, en su trabajo de investigación llegó a la conclusión después de examinar 50 prótesis entre 30 a 50 años de edad, el diagnóstico clínico pulpar fue de pulpitis irreversible 44.61%, pulpitis reversible 23,53% pulpa normal 18.38% y necrosis pulpar 13.48%, no coincidiendo en algunos diagnósticos pulpares como pulpa normal en 2%, pulpitis reversible 26%, pulpitis reversible sintomático 39% pulpitis irreversible asintomático 7% y necrosis pulpar 26%, siendo muy marcada la diferencia porcentual de la pulpa normal.

Canché y colaboradores en Cuba, en su trabajo de investigación llegaron a la conclusión, que la patología pulpar más frecuente en las piezas pilares de las protodoncias son la pulpitis irreversible en un 85%, luego la necrosis pulpar en 13% y finalmente la hiperemia pulpar en 2%, todo esto en un 66% en piezas molares. Coincidiendo con los resultados de este trabajo de investigación, encontrando que un 66% de los pilares examinados tiene

diagnostico pulpar, pero se discrepa en la ubicación ya que se encontró más en la zona superior anterior en un 22%.

Córdova en Ecuador, en su trabajo dio mucha importancia el tallado del diente pilar para la prótesis y tener buena longevidad, considerando el desgaste, biología pulpar, terminación gingival y la estética. Corroborando con el resultado de este trabajo que los pilares con diagnóstico apicales; si no se realizan un tratamiento endodóntico pueden llegar a perderse.

CONCLUSIONES

1.- De los 110 pacientes con prótesis fijas evaluadas, se encontró pilares, de ello 54(49.1%) pilares presentaron diagnósticos pulpares y 56 (50.9%) pilares presentaron diagnósticos apicales.

2.-Encontrándose **por edad** 54 pilares con **diagnósticos pulpares**, de ellos con mayor cantidad y frecuencia se presentó a los 18 a 22 años y 48 a 52 años 54 pilares (49.1%) cada uno con diferentes diagnósticos pulpares. Con **diagnósticos apicales** 56 pilares con mayor cantidad y frecuencia a los 23 a 27 y 38 a 42 años con 56 (50.9 %) pilares con diferentes diagnósticos apicales.

3.-Encontrándose **por sexo**, la mayor cantidad y frecuencia en el sexo masculino con 57 (51.8%) pilares y el sexo femenino 53 (48.2 %) cada uno con diferentes diagnósticos pulpares y apicales, los **diagnósticos pulpares** fue mayor en el sexo Masculino con 30 (27.2%) pilares y en el sexo Femenino 24 (21.8%) pilares. El diagnóstico apical fue mayor en el sexo femino con 29 (26.3%) pilares y en el sexo masculino 27 (24.5%) pilares.

4.-Encontrándose por **zona de rehabilitación**, los **diagnósticos pulpares**, con mayor cantidad y frecuencia en la zona superior anterior con 36 (32.7%) pilares, seguido de en la zona inferior anterior con 5 (4.5%) pilares, en la zona inferior izquierda con 5 (4.5%) pilares, en la zona superior derecha con 4 (3.6%) pilares, y por último en la zona superior izquierdo con 1 (0.9%) pilares .

Los **diagnósticos apicales** con mayor cantidad y frecuencia se encontraron en la zona superior anterior con 25 (22.7%) pilares, seguido en la zona inferior anterior con 5 (4.5%) pilares, en la zona superior derecha con 4 (3.6 %) pilares, y por último en las zonas inferior izquierda con 1 (0.9%) pilares en cada zona.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Cirujano dentista mejorar las técnicas correctas de los procesos de tallado adecuado de los pilares para los tipos de prótesis a confeccionar en los pacientes que acuden a los diferentes establecimientos de salud pública y privada y realizar un control estricto posterior a la instalación de las prótesis fijas.
2. Socializar el resultado con los docentes y los estudiantes de rehabilitación oral de nuestra Alma mater para poner en práctica los diferentes métodos y técnicas adecuadas en la confección de las prótesis fijas (selección de pilares, número de piezas a rehabilitar, tallado adecuado, cementado y otros) y aplicar en los pacientes que acuden a las clínicas estomatológicas del adulto I y II de la Universidad Alas Peruanas.
3. Para hacer una buena rehabilitación oral debemos hacer un buen diagnóstico del número de piezas a rehabilitar, un tallado adecuado, cementado y otros, para que las prótesis instaladas no fracasen.
4. Se recomienda a los cirujanos dentistas que tomen capacitaciones en Rehabilitación oral para no fracasar en los tratamientos de rehabilitación.

FUENTES DE INFORMACION

- 1) **Portocarrero T.** (2010). Diagnóstico clínico del estado pulpar y su relación con el uso de prótesis fija en pacientes de 40 a 50 años atendidos en el hospital distrital Santa Isabel- Porvenir 2010 [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina.
- 2) **Arce C.** (2009). Restablecer la estética en Piezas Anteriores con Prótesis fija, casos clínicos [Tesis]. Costa Rica: Universidad de Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Facultad de Odontología.
- 3) **Fernández MC, Valcárcel J, Betancourt M.** Enfermedades pulpares y periapicales en trabajadores del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. Rev haban cienc méd. 2009; 8(4)
- 4) **Gonzales G.** (2009). Caso clínico, rehabilitación Protésica y Funcional del paciente [Tesis]. Costa Rica: Universidad de Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Facultad de Odontología.
- 5) **Concha A.** (2007). Complicaciones y comportamiento de los tratamientos de prótesis fijas, realizados en la facultad de Odontología de la Universidad de Chile, en los años 2006 y 2007 [Tesis]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Odontología.
- 6) **Stack C.** Atlas en color y texto de endodoncia. 2a ed. Barcelona: Harcourt Brace. (1996). ---p.
- 7) **Estrela C.** Ciencia endodóntica. 1a ed. Sao Paulo: Artes Médicas. (2005). --p.
- 8) **Leonardo M.** Endodoncia y tratamiento de conductos radiculares principios técnicos y biológicos. 1a ed. Sao Paulo: Panamericana. (2005). ---p.
- 9) **Soares J, Goldberg F.** Endodoncia técnica y fundamentos. Buenos Aires: Medica panamericana. 2003. p.3-4.
- 10) **Villena H.** Terapia pulpar. 1a ed. Lima: Artes Médicas. (2001). ---p.
- 11) **Cohen S, Burns R.** Vías de la Pulpa. Madrid: Elsevier Science. 2004. p.404-405.
- 12) **Bergenholtz G, Horsted P, Claes B.** Endodoncia. México: El Manual Moderno. 2011. p. 11-12.

- 13) Villasán A.** (2002). Patología pulpar y su diagnóstico. Desde la Revista informativa de la dirección de la Universidad Central de Venezuela. [Revista On-line] [Consultado 07 abril 2016]; 2(104). Disponible en URL: http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_24.htm
- 14) Canalda C, Brau E.** Endodoncia Técnica Clínicas y Bases Científicas. Brasil: Artes Médicas. 2001. p.238-251.
- 15) Navarro M.** (2003). Conceptos actuales sobre el complejo dentinopulpar. Desde la Revista informativa de la dirección de la Universidad Central de Venezuela. [Revista On-line] [Consultado 08 abril 2016]; 15(124). Disponible en: http://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado_49.htm
- 16) Tobon D.** Fundamentos de Odontología Manual Básico de Endodoncia. Madrid: Corporación para investigaciones biológicas. 2003. p.1-2.
- 17) Shillingburg H, Hob S, Whitsett L, Jacobi R, Brackott S.** Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Barcelona: Quintessence. 2002. p. 1, 119, 433, 455.
- 18) Cadafalch E, Cadafalch J.** Manual Clínico de Prótesis Fija. España: Harcourt Brace. 2003. p. 1-4, 16-25.
- 19) Laug N, Siegrits B.** Atlas de Prótesis de Coronas y Puentes Planificación Sinóptica de Tratamiento. 1a ed. Barcelona: Masson S.A. (1995). ---p.
- 20) Carvajal J.** Prótesis Fija, Preparaciones Biológicas, Impresiones y Restauraciones Provisionales. España: Mediterráneo. 2002. p. 25-26.
- 21) Canché L, Alvarado G, López M, Ramírez M, Vega E.** Frecuencia de patologías pulpares en el CDFU Humberto Lara y Lara. Rev Tamé 2015; 4(11): 387-91.
- 22) Mendoza R.** (2015). Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija en la Clínica Odontológica UCSG [Tesis]. Ecuador: Universidad UCS de Guayaquil. Facultad de Odontología.
- 23) Córdova B.** (2013). Estudio clínico de la preparación de muñones para coronas de porcelana en pacientes con sonrisa alta en la clínica de prótesis fija en la facultad de odontología de la Universidad de Guayaquil periodo 2012- 2013 [Tesis]. Guayaquil: Universidad de UCS de Guayaquil. Facultad de Odontología

- 24) López I.** (2013) Estudio retrospectivo de supervivencia dentaria y prevalencia de fracturas verticales radiculares en dientes tratados endodónticamente [Tesis doctoral]. Madrid: UCM. Facultad de Odontología; 2013.
- 25) Ruiz A, Chalarca C, Restrepo S, Vélez JP, Ortiz P, Tobón D.** Evaluación de la vitalidad pulpar: antes del tallado protésico, posterior a la provisionalización y antes de la cementación de coronas protésicas definitivas. CES Odontología. 2012; 25(2): 66-72.
- 26) Tobon D.** Fundamentos de Odontología Manual Básico de Endodoncia. Madrid: Corporación para investigaciones biológicas. 2003. p.1-2.
- 27) Shillingburg H, Hob S, Whitsett L, Jacobi R, Brackott S.** Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Barcelona: Quintessence. 2002. p. 1, 119, 433, 455.
- 28) Cadafalch E, Cadafalch J.** Manual Clínico de Prótesis Fija. España: Harcourt Brace. 2003. p. 1-4, 16-25.
- 29) Laug N, Siegrits B.** Atlas de Prótesis de Coronas y Puentes Planificación Sinóptica de Tratamiento. 1a ed. Barcelona: Masson S.A. (1995). ---p.
- 30) Carvajal J.** Prótesis Fija, Preparaciones Biológicas, Impresiones y Restauraciones Provisionales. España: Mediterráneo. 2002. p. 25-26.

LINK GRAFIA

- 31) Órgano Dentino-Pulpar. Sensibilidad Dentinaria.** Cátedra de Odontología Operatoria. Fac. Odontología. UCV. Caracas, 01 de febrero de 2013. Elaborado por: Prof. Mercedes Figueroa y Prof. M^a de los A. Gil.
- 32)** http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odont_Operatoria/%C3%93rgano_Dentino-Pulpar._Sensibilidad_Dentinaria._01.pdf
- 33)** <http://www.coea.es/web/index.php?menu=glosario>

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ayacucho, de mayo del 2018.

Yo.....identificado con **DNI N°**
..... he sido informado por el Bachiller en Estomatología, **Víctor Hugo HUACACHI CALDERON** sobre la ejecución de su estudio en el consultorio dentales “Carrascos”.

El investigador me ha informado de las ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad de retirarme de la investigación cuando yo decida.

Además, se me ha explicado que los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales, que la ficha de recolección de datos guardará el anonimato de mi identidad.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte del presente estudio.

Atentamente,

.....

Firma del paciente

DNI:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “DIAGNOSTICOS PULPARES Y PERIAPICALES DE PIEZAS DENTARIAS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DENTALES “CARRASCOS” EN MAYO DEL 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p style="text-align: center;">Problema principal</p> <p>¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales carrascos en mayo del 2018?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivos general</p> <p>Determinar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales carrascos en mayo del 2018.</p>	<p style="text-align: center;">Principal</p> <p>➤ Diagnóstico pulpar y periapical</p>	<p style="text-align: center;">Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada</p> <p style="text-align: center;">Nivel de la Investigación:</p> <p>Descriptivo- Observacional</p>

Problemas específicos	Objetivos específicos	Indicadores	Método de la Investigación:
<p>¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según edad y sexo que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018?</p>	<p>Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018, según edad y sexo.</p>	<p>➤ Fichas de diagnóstico AAE</p>	<p>Cuantitativo</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>Transversal</p>
<p>¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según el número de piezas que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018?</p>	<p>Establecer los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018, según el número de piezas.</p>	<p>Covariables</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Sexo ➤ Número de piezas ➤ Piezas pilares 	<p>Población</p> <p>110 adultos de 18 a 67 años de edad.</p>
<p>¿Cuáles son los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos según piezas pilares que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018?</p>	<p>Evaluar los diagnósticos pulpares y periapicales de los pilares en las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al consultorio dentales Carrascos en mayo del 2018, según piezas pilares.</p>		<p>Muestra:</p> <p>110 adultos de 18 a 67 años de edad.</p> <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ficha de Recolección de Datos ➤ Consentimiento Informado ➤ Equipo de examen odontológico básico



FILIAL AYACUCHO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Ayacucho, 17 de Mayo del 2018

CARTA N° 016-2018-EPEST-FMHYCS-FA-UAP

C.D. Juan Luis Carrasco Badajoz

Gerente General de la Clínica Dental Carrasco

Ciudad.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien de la institución que dignamente dirige.

El Bachiller en Estomatología **Victor Hugo Huacachi Calderón**, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado **Diagnósticos pulpares y periapicales de las piezas pilares de las prótesis fijas en pacientes adultos que acuden al Consultorio Dental Carrasco en Ayacucho, Abril del 2018**; para optar el título de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle a la mencionado alumno, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente a la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente


**CONSULTORIO DENTAL
"CARRASCO"**
Juan L. Carrasco Badajoz
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 14234



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
García Trujenque Manuel	Docente UAP	Instrumento de Recolección de datos	Victor Hugo Huacachi Calderon

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					90%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					85%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					95%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					90%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					95%

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:


a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

✓ si

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

90.5%

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 18/05/2018	841410259		983999833

Manuel García Trujenque
CIRUJANO DENTISTA
C.OP. 29461

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
HUACACHI TREJO ARTURO	CONSULTORIO PARTICULAR	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	VICTOR HUGO HUACACHI CALDERON

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					95 %
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					90 %
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					90 %
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					100 %
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					97 %
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					95 %
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					90 %
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					100 %
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					95 %
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					97 %

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación

SI

b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

94.9 %

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 18 Mayo 2018	40455952	Dr. Arturo Huacachi Trejo C.O.P. 10271	966295922

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
FLORES YATACO TATIANA FRANCISCA	Docente en la UAP	Instrumento de recolección de datos.	Hugo HUACACHI CAIDRON

II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					95%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					95%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					95%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					95%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					90%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					95%


III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

SI

IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

92.5%

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 17 de Mayo 2018	42796023	 CD. Tatiana Flores Yataco DOCENTE - UAP COP. 25628	989611620



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Título: "DIAGNOSTICOS PULPARES Y PERIAPICALES DE LAS PIEZAS PILARES DE LAS PROTESIS FIJAS EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DENTAL CARRASCO'S EN AYACUCHO MAYO-2018"

Validación por juicio de validación

N°	Apellido y nombre	Profesión	Grado académico	Especialidad	Universidad	Validado	firma
1	Flores Yatawo Fabiane F.	Cirujano Dentista	Cirujano Dentista.	—	Inca Garcilaso de la Vega	SI	 C.D. Tatiana Flores Yatawo DOCENTE - UAP COP. 25628
2	García Tropenque Manuel	Cirujano Dentista	Cirujano Dentista	—	Universidad Alas Peruanas	SI	 Manuel García Tropenque CIRUJANO DENTISTA C.O.P. 29464
3	HUASCACHI TIEJO ARTURO	CIRUJANO DENTISTA	CIRUJANO DENTISTA	—	San Luis Gonzaga de Ica	SI	 Dr. Arturo Hugacachi Tiejo C.O.P. 16271

ANEXO N°4: FOTOGRAFIAS



FIGURA N°1 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°2 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°3 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°4 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°5 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°6 En el consultorio dentales “CARRASCOS”

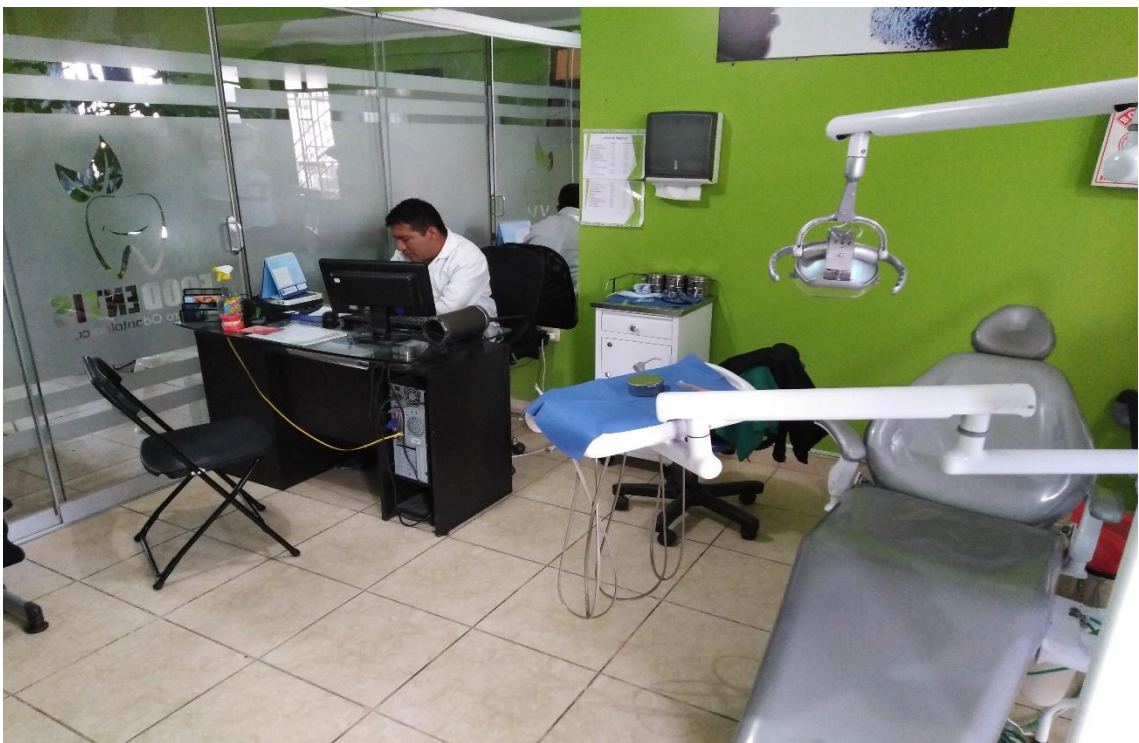


FIGURA N°7 En el consultorio dentales “CARRASCOS”



FIGURA N°8 En el consultorio dentales “CARRASCOS”

