

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

GUIAS DE MANEJO EN LA PRÁCTICA ODONTOLOGICA

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PULPITIS

PATOLOGIA PULPAR

Definición:

La inflamación es una reacción de un tejido vivo vascularizado a una agresión local. Es una respuesta inespecífica, que tiene un efecto saludable para el huésped.

Clasificación:

Inflamación Aguda

De duración relativamente corta, desde unos minutos o a uno o dos días. Sus principales características son el exudado líquido y proteína plasmáticas (edema) y la migración leucocitaria, predominantemente de neutrófilos.

Independientemente del agente lesivo es bastante estereotipada. Los signos Clínicos son: rubor, tumor, calor, dolor y pérdida de la función.

Inflamación crónica

Es menos uniforme que la aguda, de mayor duración e histológicamente, se asocia a la presencia de linfocitos y macrófagos y a la proliferación de vasos sanguíneos y tejido conjuntivo. Muchos factores modifican el curso y aspectos histológicos.

Terminología

Exudado Líquido inflamatorio extravascular con alta concentración proteica, abundantes detritos celulares. Implica alteración importante en la permeabilidad de los vasos sanguíneos de pequeño calibre.

Trasudado Líquido con bajo contenido proteico. Es un ultrafiltrado de plasma sanguíneo producido por el desequilibrio hidrostático a los lados del endotelio vascular. La permeabilidad del endotelio es normal.

Edema Es el exceso de líquido en el tejido intersticial en las cavidades serosas. Puede ser exudado o trasudado.

Pus Es el exudado purulento, inflamatorio, rico en leucocitos y detritos de células Parenquimatosas. En el pus existen enzimas lisosómicas y el grado de proteólisis que producen determinan su viscosidad.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Absceso Son acúmulos localizados de Pus producidos por supuración limitada de un tejido, órgano o espacio cerrado. Se producen por implantación profunda de bacterias Piógenas en los tejidos.

Ulcer Excavación en la superficie de un órgano o tejido, producida por la descamación del tejido necrótico inflamatorio. Solo se puede producir cuando existe un área inflamatoria necrótica sobre o cerca de una superficie.

Inflamación Crónica Granulomatosa

Es una forma específica de inflamación crónica caracterizada por la acumulación de macrófagos modificados, que puede deberse a diversos agentes infecciosos o no. Para su formación parece necesaria la presencia de irritantes poco digeribles, de la inmunidad medida por células T frente al irritante o ambos.

Inflamación Aguda Y Crónica Según El Exudado

Según la intensidad, la causa, y la localización se produce el tipo de exudado: Serosa, fibrinosa, supurativa:

- Seroso

Caracterizada por la salida de líquido poco denso que, dependiendo de su localización, puede proceder del suero sanguíneo o de secreción de Revestimiento mesotelial.

- Fibrinoso

Exudado de granes proteínas plasmáticas, incluyendo fibrinógeno y la precipitación de masas de fibrina; es característico de respuesta inflamatoria que afecta cavidades corporales como la cavidad pleural y el saco pericárdico.

- Supurativo

Producción de gran cantidad de pus o exudado purulento. Ciertos microorganismos producen este tipo de supuración localizada y por ello se denominan bacterias piógenas (estafilococos). El absceso es un ejemplo de inflamación más aguda supurativa localizada.

Efectos Generales

- Fiebre: Manifestación general más prominente, especialmente cuando la Inflamación se asocia a infección.
 - Escalofríos
 - Aumento del sueño de ondas lentas
 - Disminución del apetito
 - Incremento de degradación de proteínas.
 - Hipotensión
 - Síntesis de proteínas de la fase aguda en el hígado como la proteína C Reactiva.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Amieloide sérico A, complemento, proteínas de la coagulación y cambios de leucocitos periféricos.

INFLAMACIÓN PULPAR

Diagnóstico Radiográfico

Se ha encontrado que los dientes con pequeñas zonas radiolúcidas periapicales, pueden responder las pruebas pulpares y cambios inflamatorios periapicales los cuales suelen ocurrir antes de la inflamación total o necrosis de la pulpa. Se han descrito situaciones en las cuales la pulpa coronal es inflamada, y la pulpa radicular es histológicamente normal, presentando los dientes evidencia radiográfica de lesión periapical. Esta condición es vista en adolescentes y en adultos jóvenes. La inflamación pulpar histológicamente se presenta como una acumulación de PMN alrededor del sitio de la lesión. Es reconocido que el componente básico en el proceso de inflamación pulpar:

- La microcirculación
- Actividad nerviosa sensitiva
- Presión intrapulpar

Clasificación:

Pulpa Sana

No se observan signos y síntomas de importancia, ni cambios radiográficos Periapicales, respuesta normal a las pruebas de sensibilidad.

Pulpitis Reversible

Denominada también como hiperemia pulpar (dilatación vascular) es Consecuencia de una irritación dentinal y pulpar.

Etiología

- Caries
- Iatrogenia
- Trauma

Manifestaciones Clínicas

-No existen antecedentes de dolor espontáneo.
-Dolor transitorio de leve a moderado provocado por estímulos como frío, calor, dulce, desapareciendo al retirar la causa.

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad positivas, térmicas y eléctricas.
- Obturaciones fracturadas o desadaptadas.
- Caries o cualquiera de los factores etiológicos de patología pulpar.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Dentina reblandecida
- Operatoria defectuosa
- Pérdida de tejidos dentarios

Examen Radiográfico

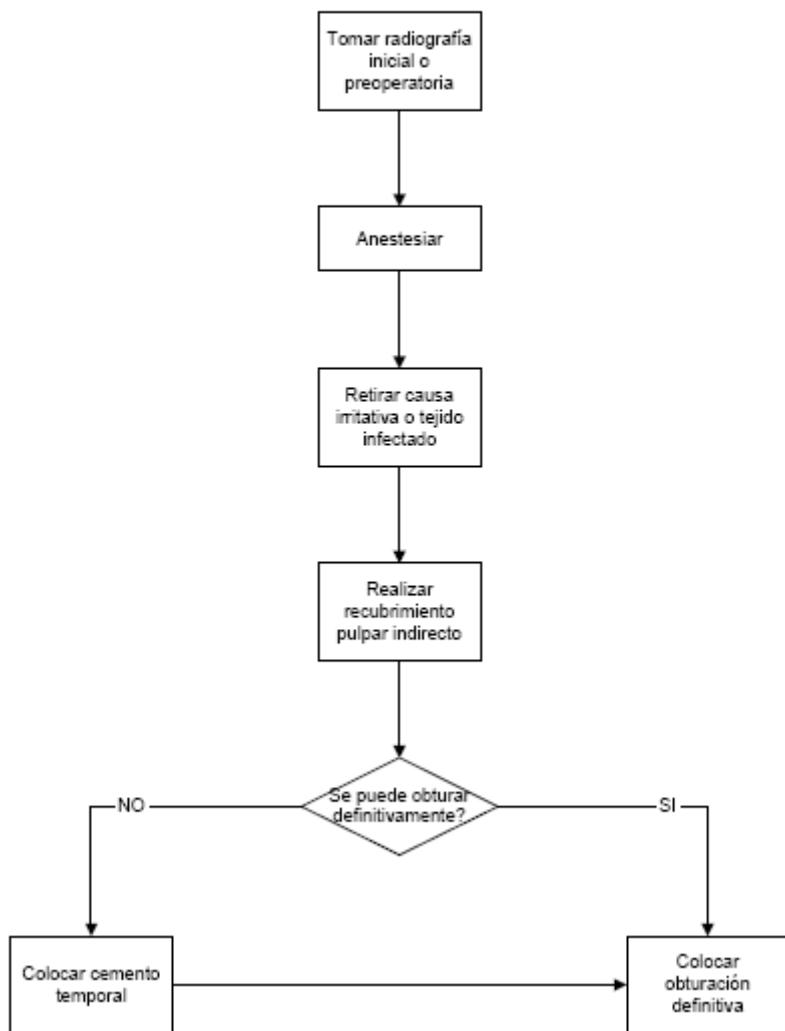
En radiografía periapical se observa destrucción del esmalte y dentina y Posiblemente solución de continuidad en el techo de la cámara pulpar.

Tratamiento

- Anestesia
- Remoción de causa irritativa y tejido infectado
- Recubrimiento pulpar indirecto con hidróxido de calcio
- Obturación temporal
- Alivio de oclusión es restauraciones
- Recomendaciones

Evaluación del tratamiento

Si el paciente no presenta sintomatología se debe hacer restauración definitiva, si Hubo exposición pulpar se procede a criterio del profesional

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad
PATOLOGIA PULPAR
Pulpitis Reversible


DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PULPITIS IRREVERSIBLE

Etiología

- Caries
- Iatrogenia
- Trauma

PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA

- Se presenta en dientes con caries amplia o caries recurrente.
- Dolor intenso a cambios térmicos (al calor y de más larga duración)
- Persiste después de desaparecer el estímulo.
- Dolor fuerte en posición acostado y nocturno
- El umbral para el dolor está disminuido.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor irradiado, referido en estadios iniciales de inflamación pulpar.
- Dolor localizado en estadios avanzados de inflamación pulpar.
- Dolor espontáneo de moderado a severo.
- El dolor puede aumentar con cambios posturales.
- Dolor constante y/o persistente.
- El dolor puede ser pulsátil.
- Con los cambios de temperatura se pueden presentar episodios de dolor.
- El dolor puede aumentar con el calor y disminuir al aplicar frío.

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad positivas térmicas el dolor se incrementa al efectuar la prueba.
- El dolor permanece después de retirado el estímulo.
- Puede presentar dolor a la percusión.
- El diente puede presentar caries o restauraciones extensas profundas y/o desadaptadas, antecedentes de trauma, o cualquiera de los factores etiológicos de patología pulpar.
- Historia de recubrimiento pulpar.

Examen Radiográfico

- La radiografía periapical muestra solución de continuidad en el techo de la Cámara pulpar.
- Posible engrosamiento del ligamento periodontal.
- Radiolucidez de la corona compatible con caries.
- Imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas.

TRATAMIENTO

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Completa

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Radiografía preoperatoria.
 - Anestesia.
 - Apertura.
 - Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
 - Pulpectomía.
 - Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
 - Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio (bactericida, diluye restos pulpar, evita medicación y prolonga el tiempo entre cita y cita)
 - Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Formulación de analgésicos tipo Acetaminofén 500 mg tableta cada 6 ó 4 horas, o Ibuprofeno tabletas 400 mg cada 6 horas (según evolución)
- Remisión con odontólogo tratante, si es el caso se remitirá al endodoncista.
- NOTA: Si el tiempo o circunstancias no permiten realizar la pulpectomía completa, se puede realizar una pulpometomía como tratamiento de urgencia. Esto debe ser Especificado en la Historia Clínica.

Tratamiento del diente con formación radicular incompleta

- Se efectúa en un diente pulparmente comprometido, intentando mantener la Vitalidad, promoviendo el desarrollo de un ápice inmaduro.
- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento.
- Pulpometomía cervical.
- Colocar hidróxido de calcio mezclado con solución salina o anestésica.
- Capa de material intermedio y restauración semi-permanente (lonómero de Vidrio)
 - Al alcanzar la formación radicular se realizará el tratamiento endodóntico.

NOTA: No utilizar medicamentos diferentes al hidróxido de calcio, pues el objetivo es conservar la salud de la pulpa residual.

PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA

Se clasifica en:

- Pulpitis irreversible crónica abierta.
- Pulpitis irreversible crónica cerrada.
- Pulpitis irreversible crónica hiperplásica.
- Pulpitis irreversible crónica con reabsorción interna.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA ABIERTA

Manifestaciones Clínicas

- Dolor ocasional localizado.
- Dolor leve de corta duración que se aumenta con la presión sobre el tejido pulpar expuesto.

Examen Clínico

- Dolor a la percusión
- Exposición pulpar por caries, o por fractura coronal complicada sin tratamiento.
- Pruebas de sensibilidad positivas con respuesta anormal o prolongada.

Examen Radiográfico

- No existen cambios en los tejidos de soporte circundantes.
- Radiolucidez en la corona compatible con caries.

Tratamiento

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio.
- Mota de algodón, y obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Tratamiento por el odontólogo o remisión al endodoncista.

NOTA: Si el tiempo o circunstancias no permiten realizar la Pulpectomía completa, se puede realizar una pulpotomía como tratamiento de urgencia especificando en la historia clínica.

PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CERRADA

Manifestaciones Clínicas

- Dolor ocasional moderado.
- Dolor leve de corta duración que se aumenta con los cambios térmicos.

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad positivas con respuesta anormal o prolongada.
- Historia de trauma, recubrimiento pulpar directo, restauraciones profundas, ortodoncia, caries profundas sin exposición pulpar aparente.
- Evolución de pulpitis reversible con persistencia de una agresión de baja intensidad y larga duración.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Examen Radiográfico

- No existen cambios en los tejidos de soporte circundantes.
 - - Imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DEL DIENTE CON FORMACIÓN RADICULAR COMPLETA

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Tratamiento por el odontólogo tratante o remisión al endodoncista.

NOTA: Si el tiempo o circunstancias no permiten realizar la pulpectomía completa, se puede realizar una pulpotoromía como tratamiento de urgencia especificando en la historia clínica.

TRATAMIENTO DEL DIENTE CON FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA

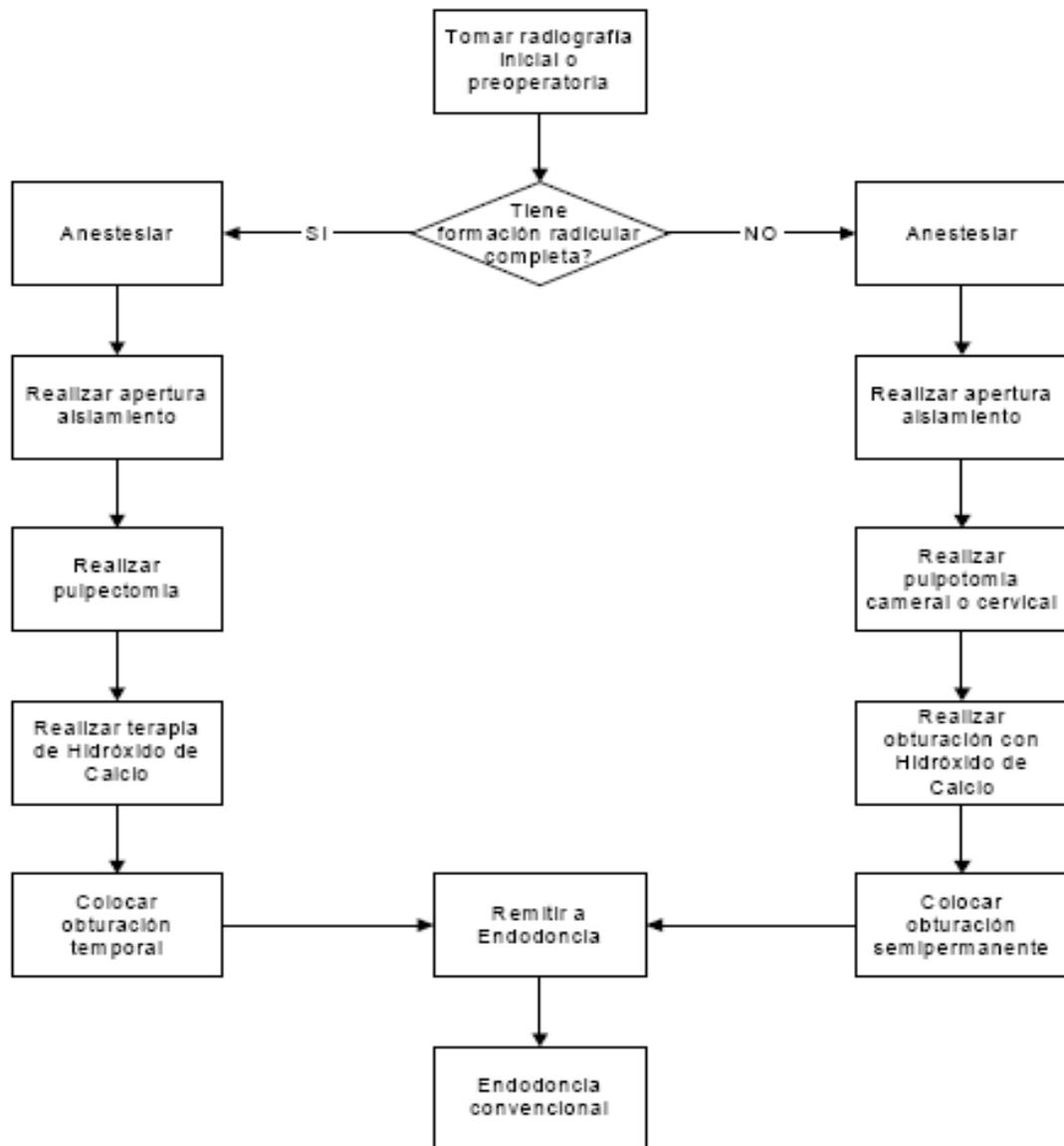
Se efectúa en un diente pulparmente comprometido, intentando mantener la Vitalidad, promoviendo el desarrollo de un ápice inmaduro.

- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento.
- Pulpotoromía cervical.
- Colocar hidróxido de calcio mezclado con solución salina o anestésica, - Capa de material intermedio y restauración semi-permanente (ionómero de vidrio)
- Al alcanzar la formación radicular se realizará el tratamiento endodóntico.

NOTA: No utilizar medicamentos diferentes al hidróxido de Calcio pues el objetivo es conservar la salud de la pulpa residual.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad

PATOLOGIA PULPAR
Pulpitis Irreversible,
Aguda y Crónica



DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA HIPERPLÁSICA (PÓLIPO PULPAR)

Proliferación exuberante, excesiva del tejido pulpar dental crónicamente inflamado con epitelio plano estratificado.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor nulo o leve por presión sobre el pólipos.
- Posible hemorragia durante la masticación.
- Puede presentar dolor espontáneo, así como un aumento al dolor a los estímulos térmicos.

Examen Clínico

- Exposición pulpar por caries, o por fractura coronal complicada sin tratamiento, Con presencia de un sobrecrecimiento rosa pálido o rojo cereza, en forma de coliflor del tejido pulpar a través y alrededor de la exposición). Se recomienda realizar exploración para determinar el origen del crecimiento tisular.
- Diagnóstico diferencial con hiperplasia gingival o granulosa piógeno.
- Pruebas de sensibilidad positivas con respuesta anormal o prolongada.
- Los pacientes generalmente son niños y jóvenes.
- Se localiza generalmente en el primer molar inferior

Examen Radiográfico

- No existen cambios en los tejidos de soporte circundantes.
- Cavidad abierta con acceso a la cámara pulpar.
- Destrucción de los tejidos dentales

TRATAMIENTO

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Completa

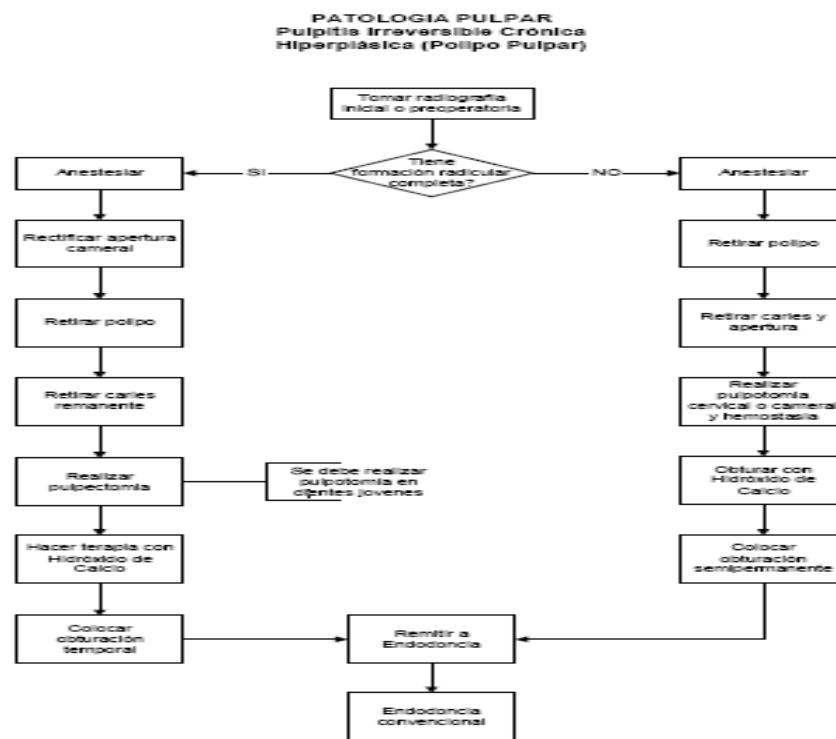
- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia si no se logra con técnica convencional se puede utilizar intrapulpar o Intraligamentaria.
- Rectificación de apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Retirar el pólipos pulpar con cucharilla o bisturí o cureta de Lucas o alta Velocidad.
- Retirar caries remanente.
- Pulpectomía.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Tratamiento por el odontólogo tratante o remisión al endodoncista.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

NOTA: Si el tiempo o circunstancias no permiten realizar la pulpectomía completa, se puede realizar una pulpotomía como tratamiento de urgencia, especificar en la historia clínica.

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Incompleta

- Anestesia (nunca intrapulpar).
- Retirar pólipos pulpar con bisturí, cucharilla, cureta de Lucas o alta velocidad.
- Retirar caries remanente, rectificación de apertura.
- Pulpotomía cervical. Hemostasia con mota de algodón impregnada en solución salina.
- Evite detritus y excesiva presión sobre el tejido pulpar remanente.
- Aplicación de hidróxido de calcio puro con solución anestésica.
- Colocación de una base intermedia y un material de restauración (ionómero de vidrio)
- Controles mensuales clínicos y radiográficos.
- Endodoncia convencional cuando se complete la formación radicular y haya Cierre apical.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CON REABSORCIÓN INTERNA****Manifestaciones Clínicas**

- Asintomática.

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad positivas o con respuesta retardada.
- Mancha rosada, si se localiza a nivel coronal.
- Etiología bacteriana, traumática, iatrogénica.

Examen Radiográfico

- Imagen en forma de balón, radiolucidez con densidad uniforme, márgenes lisos, definidos, distribución simétrica; a veces excéntrica.
- Pérdida de la anatomía original del conducto.
- En estados avanzados, la pulpa puede necrosarse, desarrollar patología periapical o continuar vital y producir perforación de la pared lateral.

Tratamiento

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio.
- Mota de algodón obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Tratamiento por el odontólogo tratante o remisión al endodoncista.

NOTA: Si el tiempo o circunstancias no permiten realizar la pulpectomía completa, se puede realizar una pulpotoria como tratamiento de urgencia especificando en la historia clínica. No realizar recubrimientos pulpar directos en dientes con exposición por caries.

NECROSIS PULPAR

Una pulpititis aguda o crónica no tratada, con el tiempo se transforma en una Necrosis completa.

Etiología

- Caries extensa
- Trauma
- Idiopática
- Pulpitis irreversible sin tratamiento.

Manifestaciones Clínicas

- Asintomática

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad negativas, pero peden presentarse respuestas falsas Positivas por dientes multirradiculares donde no hay necrosis simultánea en todos los conductos, fibras C remanentes en la porción apical de un conducto necrótico y estimulación de fibras del periodonto a la prueba eléctrica.
- Cambio de color coronas que pueden ser de matiz pardo, verdoso o grisáceo.
- Presenta pérdida de la translucidez y la opacidad se extiende a toda la corona.
- Puede presentar movilidad y dolor a la percusión, cuando se encuentra Afectado el ligamento periodontal.
- Puede encontrarse el conducto abierto a la cavidad oral.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Examen Radiográfico

- Puede observarse un ligero ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
- Radiolucidez de la corona compatible con caries.
- Radiopacidad compatible con restauraciones profundas.
- Puede presentarse reabsorción externa

TRATAMIENTO

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Completa

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía. Preparación invertida.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio de 8 a 10 días.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Remisión a higiene oral si no ha comenzado tratamiento, si está en tratamiento Se remitirá al endodoncista.

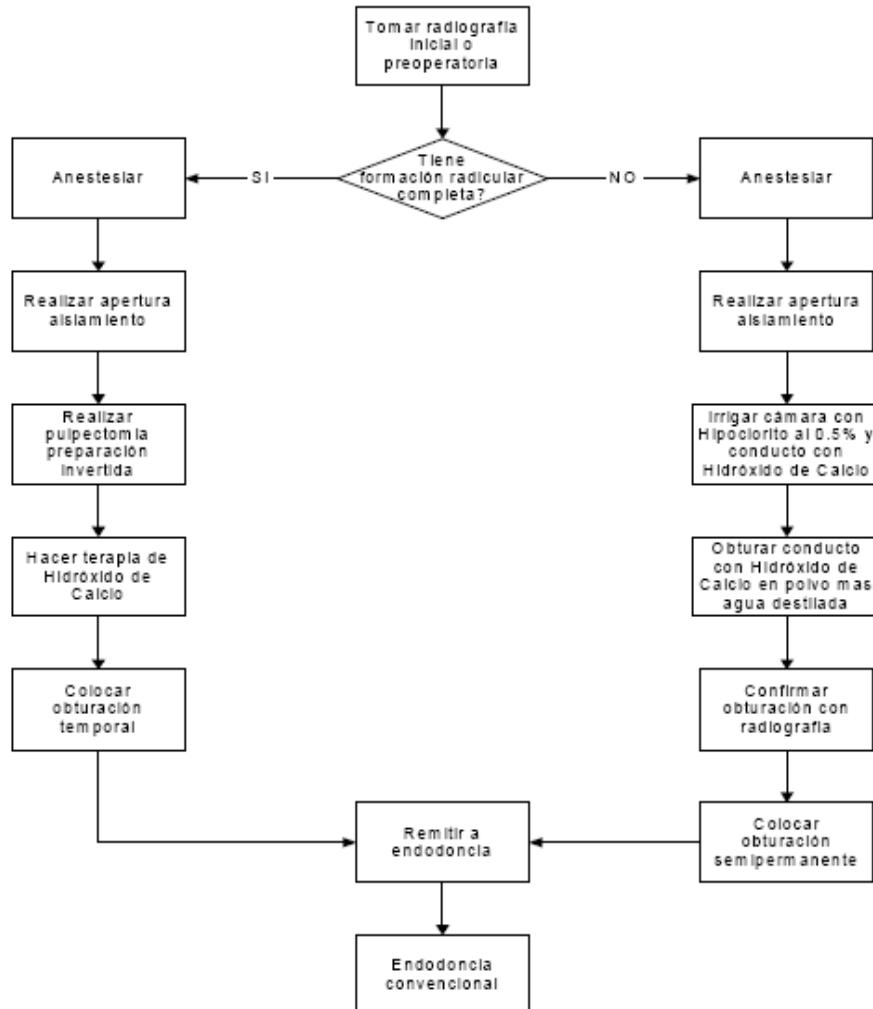
NOTA: Realizar Pulpectomía.

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Incompleta

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Irrigación profusa de cámara pulpar y entrada conducto radicular con hipoclorito de sodio.
- Irrigación del interior del conducto radicular con solución sobresaturada de hidróxido de calcio.
- Colocación de hidróxido de calcio en polvo más agua destilada dentro del conducto radicular.
- Confirmar la completa obturación del conducto radiográficamente. Realizar recambio en una semana.
- Frecuencia de recambios de hidróxido de calcio: no existe consenso de opinión para el tema, el medicamento se reemplaza si se observan radiográficamente reabsorbido en controles cada tres meses.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad

- Obturación de la cavidad de acceso con material restaurativo semipermanente. (Ionómero de Vidrio)
- Controles clínicos y radiográficos (el cierre apical puede tardar de 6 meses a 2 años).
- Confirmar el selle apical por sondeo táctil con lima.
- Cuando se produce el cierre apical realizar la obturación definitiva

PATOLOGIA PULPAR
Necrosis Pulpal


DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PATOLOGIA PERIAPICAL (ABSCESO PERIAPICAL)

PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA (P.A.A.N.S.).

Es un proceso agudo de la región periapical que sigue a la caries y a la infección pulpar.

Etiología

- Caries o pulpitis
- Lesión traumática

Manifestaciones Clínicas

- Dolor espontáneo severo.
- Dolor localizado persistente y continuo.
- Dolor tan severo que puede interrumpir las actividades cotidianas.
- Dolor a la masticación y al contacto oclusal.

Examen Clínico

- Dolor a la percusión y a la palpación del área apical.
- Está asociada, a historia de preparación y/ o de obturación de conductos previa, trauma.
- No presenta Inflamación intra o extra oral.
- Puede tener sensación de diente extruído.
- Pruebas de sensibilidad térmicas y eléctricas negativas.

Examen Radiográfico

- La radiografía puede o no revelar cambios en el tejido de soporte circundante.
- Puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

Tratamiento

- Alivio de oclusión.
- Medicación analgésica

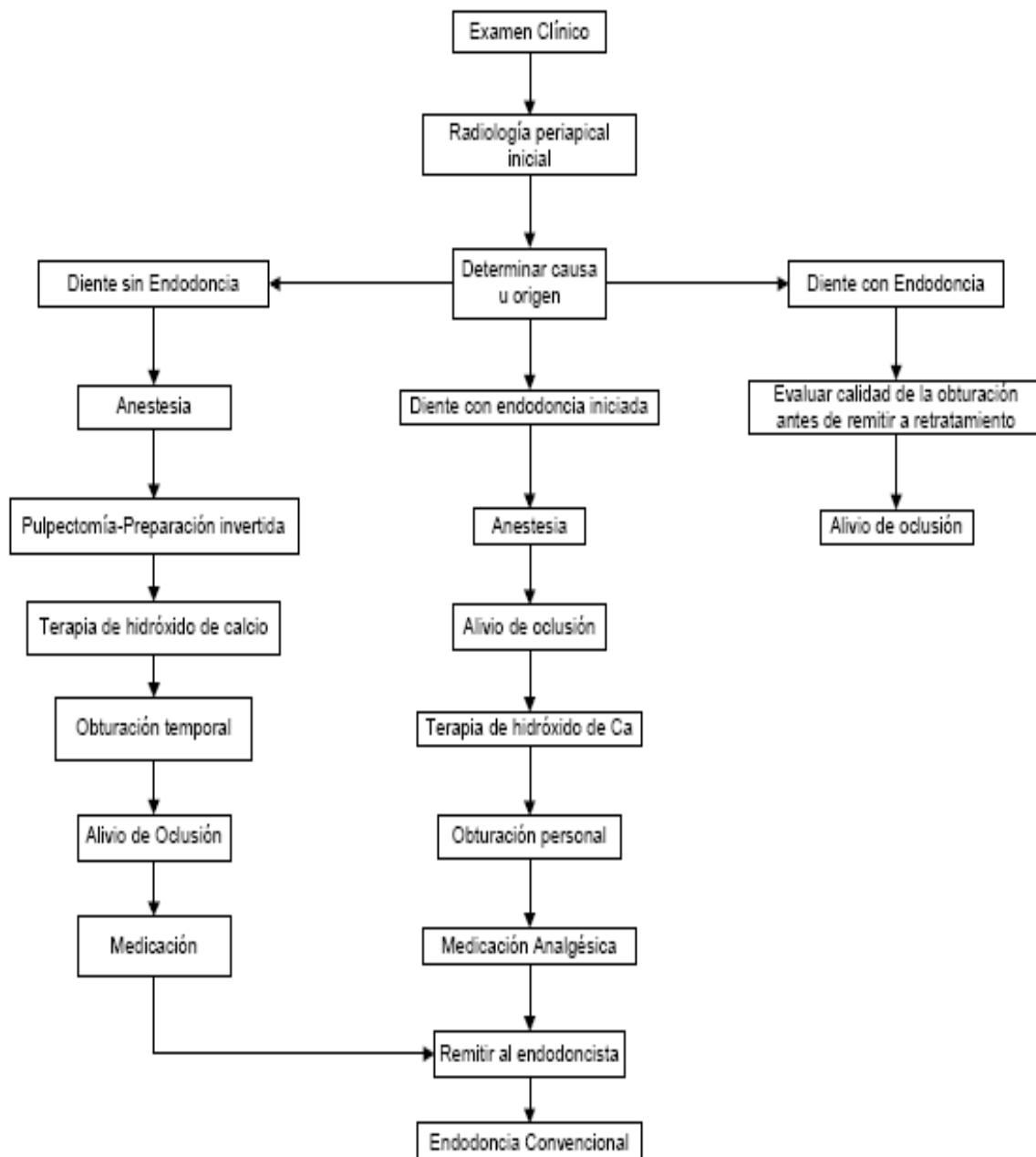
NOTA: Se debe evaluar la calidad de la limpieza con formación de conductos previa, teniendo en cuenta:

- Extensión de la instrumentación (sobreinstrumentación).
- Utilización de sustancias irrigadoras.
- Medicamentos utilizados en el conducto.
- Hiperoclusión de una restauración provisional.

Estos parámetros son importantes para determinar si se debe tratar el conducto radicular en esta cita. En muchas ocasiones no es necesario.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

NOTA: Si el conducto se encuentra obturado debe también evaluarse la calidad de la obturación y las condiciones en las que se realizó el tratamiento, antes de pensarse en la desobturación o el retratamiento.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Periodontitis Apical Aguda no Supurativa**

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PERIODONTITIS APICAL AGUDA SUPURATIVA (P.A.A.S.)

Es un proceso supurativo agudo de la región periapical que surge de la infección que sigue a la caries y a la infección pulpar.

Etiología

- Caries o pulpitis
- Lesión traumática

Fase Absceso Dentoalveolar

Manifestaciones Clínicas

- Dolor espontáneo de moderado a severo.
- Dolor dental localizado y persistente.
- Dolor a la masticación y al contacto oclusal.
- Dolor a la presión (sensación de diente extruído).
- Dolor localizado o difuso de tejidos blandos intraorales.
- Movilidad incrementada.
- Puede presentar exudado.
- Dolor a la percusión.
- Dolor a la palpación del área periapical y tejidos blandos circundantes.
- Malestar general.

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad negativas.
- Presenta inflamación intraoral o extraoral.

Su extensión y distribución está determinada por, localización del ápice, Localización de inserciones musculares y por el espesor del hueso cortical.

- Si no se elimina el factor etiológico puede presentarse drenaje espontáneo intra o extraoral, o compromiso de espacios aponeuróticos, derivando a un ABSCESO OROFACIAL DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO.
- Asociado a necrosis pulpar o historia de preparación de conductos previa y / o obturación de conductos.

Examen Radiográfico

- Puede o no revelar cambios en el tejido de soporte circundante.
- Puede observarse ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, asociado a necrosis pulpar.
- Puede observarse zona radiolúcida compatible con reabsorción ósea, asociado a periodontitis apical crónica preexistente.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Tratamiento De Absceso Dento-Alveolar

- Incisión y drenaje, cuando el absceso esté localizado. Nunca en celulitis o edema.

Dejar el dren por mínimo 24 horas.

- Anestesia a distancia.
- Radiografía preoperatoria.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía. Preparación invertida.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio de 8 a 10 días.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Alivio de oclusión.
- Medicación analgésica.
- Antibioticoterapia.
- Tratamiento por el odontólogo tratante o remisión al endodoncista.

NOTA: NO DEJE EL CONDUCTO ABIERTO A LA CAVIDAD ORAL, pues se introducirán nuevos microorganismos al conducto, retardando el proceso de cicatrización.

NOTA: Obturación endodóntica cuando el conducto se encuentre apto para la obturación (limpio, seco, asintomático y debidamente instrumentado).

Si no se presenta remisión de los hallazgos radiográficos después de al menos 6 meses, estaría indicada una cirugía periapical.

Formación Radicular Incompleta

Tratamiento inicial

- Incisión y drenaje cuando el absceso esté localizado. Nunca en celulitis o Edema.
- Dejar el dren por 24 horas mínimo.
- Alivio de oclusión.
- Medicación analgésica.
- Antibioticoterapia.
- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Aislamiento absoluto del campo operatorio.
- Irrigación profusa de cámara pulpar y entrada conducto radicular con hipoclorito de sodio, irrigación del interior del conducto radicular con solución sobresaturada de hidróxido de calcio.
- Colocación de hidróxido de calcio en polvo más agua destilada dentro del conducto radicular.

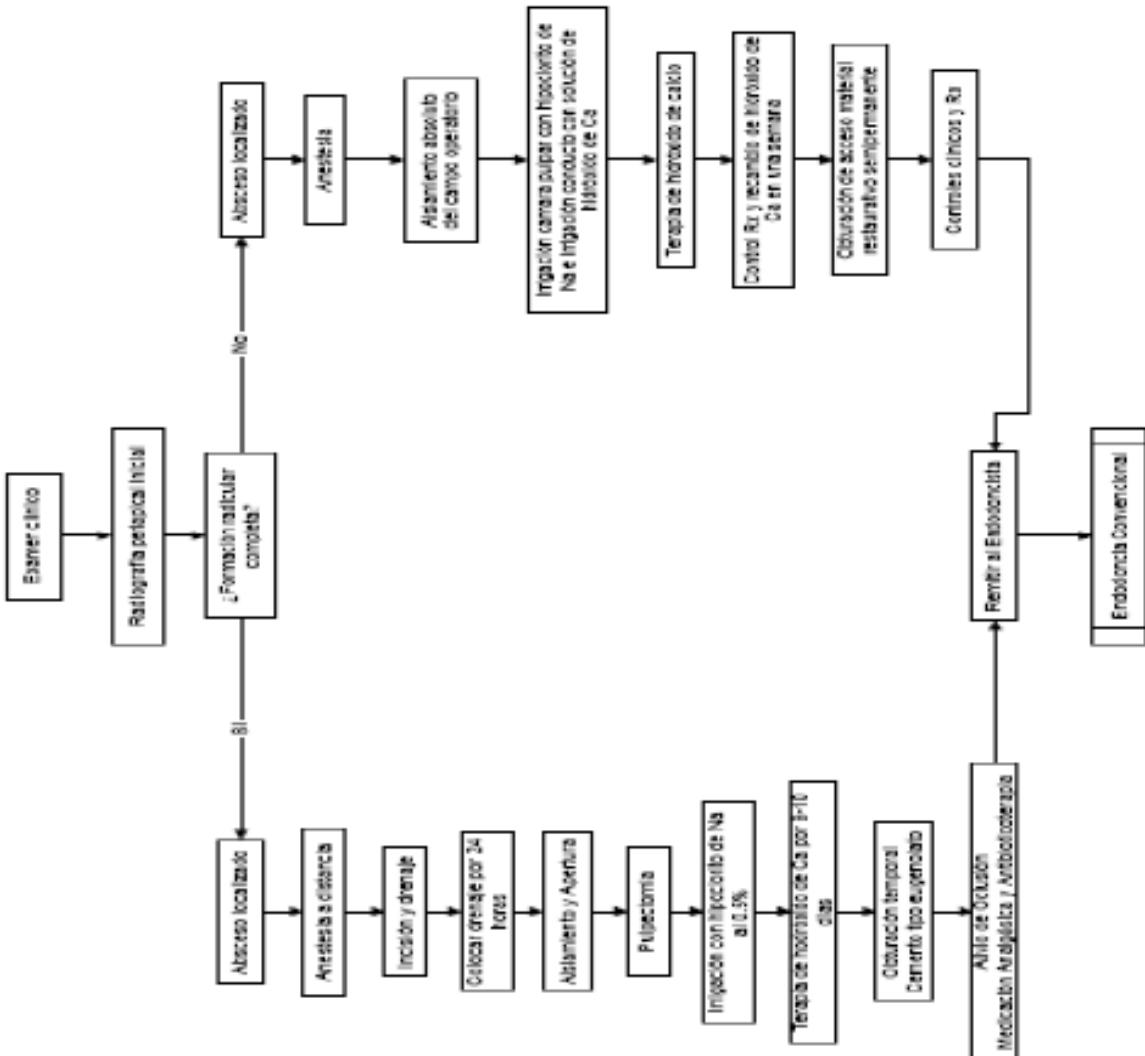
DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Confirmar la completa obturación del conducto radiográficamente. Realizar recambio en una semana.

- Frecuencia de recambios de hidróxido de calcio: no existe consenso de opinión Para el tema, el medicamento se reemplaza si se observa radiográficamente reabsorbido en controles cada tres meses.

Obturación de la cavidad de acceso con material restaurativo semipermanente.
(ionómero de vidrio)

- Controles clínicos y radiográficos

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Periodontitis apical aguda supurativa**

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA (P.A.C.N.S)

Es una de las secuelas más comunes de la pulpitis que se forma como respuesta al proceso infeccioso, originando una masa de tejido de granulación.

Etiología

- Infecciosa
- Iatrogénica
- Trauma

Manifestaciones Clínicas

- Generalmente asintomática, asociada a molestia muy leve
- Posible extrusión y movilidad dentaria

Examen Clínico

- Respuesta anormal o positiva a la percusión.
- Sensibilidad ligera a la palpación, si existe compromiso de la tabla ósea vestibular.
- Pruebas de sensibilidad negativas.
- Destrucción de tejido dental
- Halitosis
- Obturaciones profundas

Examen Radiográfico

- Zona radiolúcida a nivel periapical, bien circunscrita
- Engrosamiento del espacio periodontal

Tratamiento

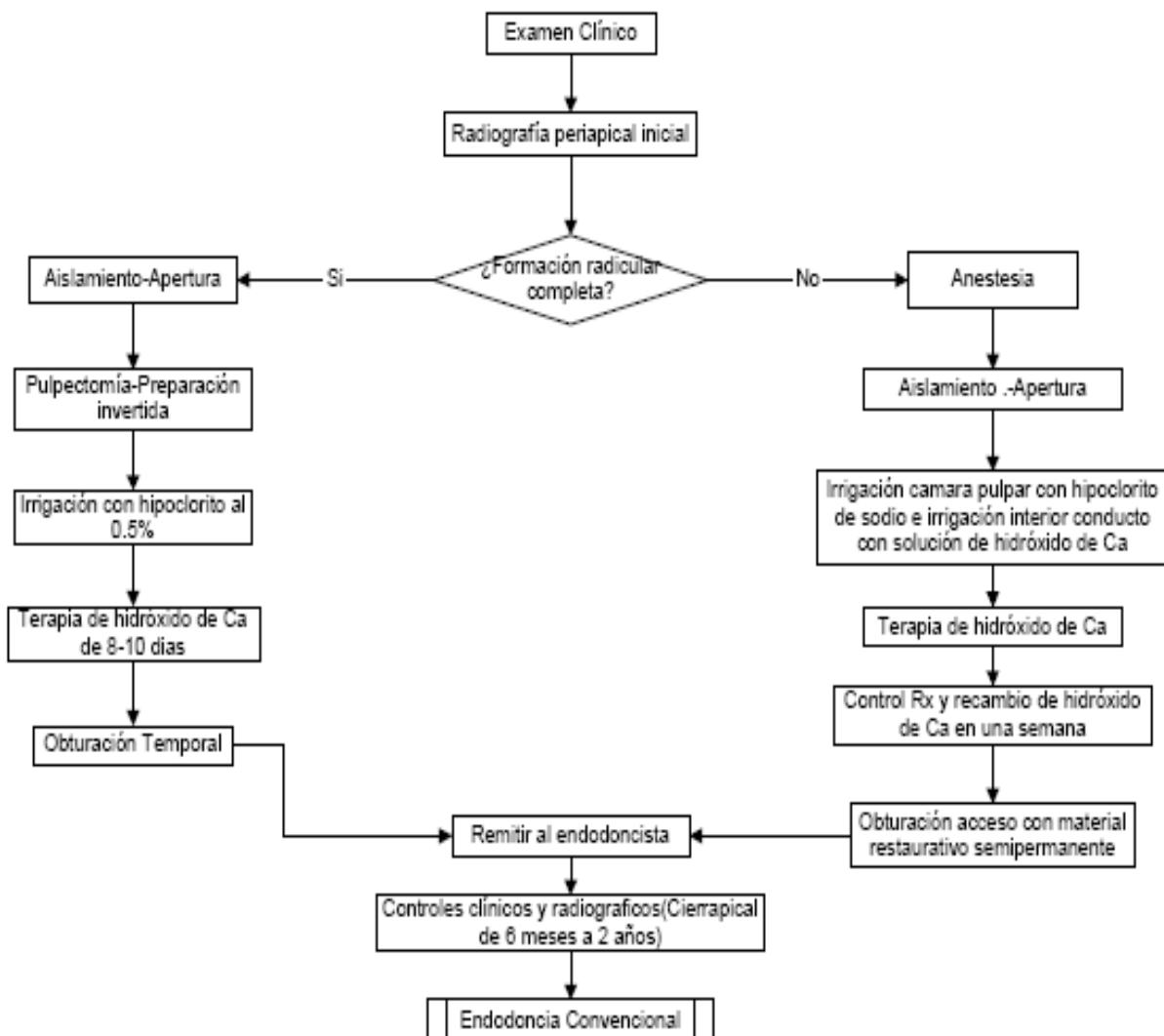
Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Completa

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia se puede obviar.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Pulpectomía. Preparación invertida.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio de 8 a 10 días.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Remisión a higiene oral si no ha comenzado tratamiento, si está en tratamiento se remitirá al odontólogo o al endodoncista.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Incompleta

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Aislamiento absoluto del campo operatorio.
- Irrigación profusa de cámara pulpar y entrada conducto radicular con hipoclorito de sodio, irrigación del interior del conducto radicular con solución sobresaturada de hidróxido de calcio.
- Colocación de hidróxido de calcio en polvo más agua destilada dentro del conducto radicular.
- Confirmar la completa obturación del conducto radiográficamente. Realizar recambio en una semana.
- Frecuencia de recambios de hidróxido de calcio: no existe consenso de opinión para el tema, el medicamento se reemplaza si se observa radiográficamente reabsorbido en controles cada tres meses.
- Obturación de la cavidad de acceso con material restaurativo semipermanente.
- Controles clínicos y radiográficos (el cierre apical puede tardar de 6 meses a 2 años).
- Confirmar el selle apical por sondeo táctil con lima 30.
- Cuando se produce el cierre apical realizar la obturación

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Periodontitis Apical crónica no supurativa**

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA (P.A.C.S)

Definición

Es una de las secuelas más comunes de la pulpitis que se forma como respuesta al proceso infeccioso asociado a fistula.

Manifestaciones Clínicas

- Asintomática.
- Movilidad dentaria

Examen Clínico

- Pruebas de sensibilidad negativas.
- Característica patognomónica: FISTULA O TRACTO SINUOSO.
- Puede estar asociada a fracaso endodóntico, fracturas verticales, síndrome del diente agrietado.

Examen Radiográfico

- Zona radiolúcida a nivel periapical.
- Debe tomarse una fistulografía. Con cono de gutapercha 30 ó 35

TRATAMIENTO

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Completa

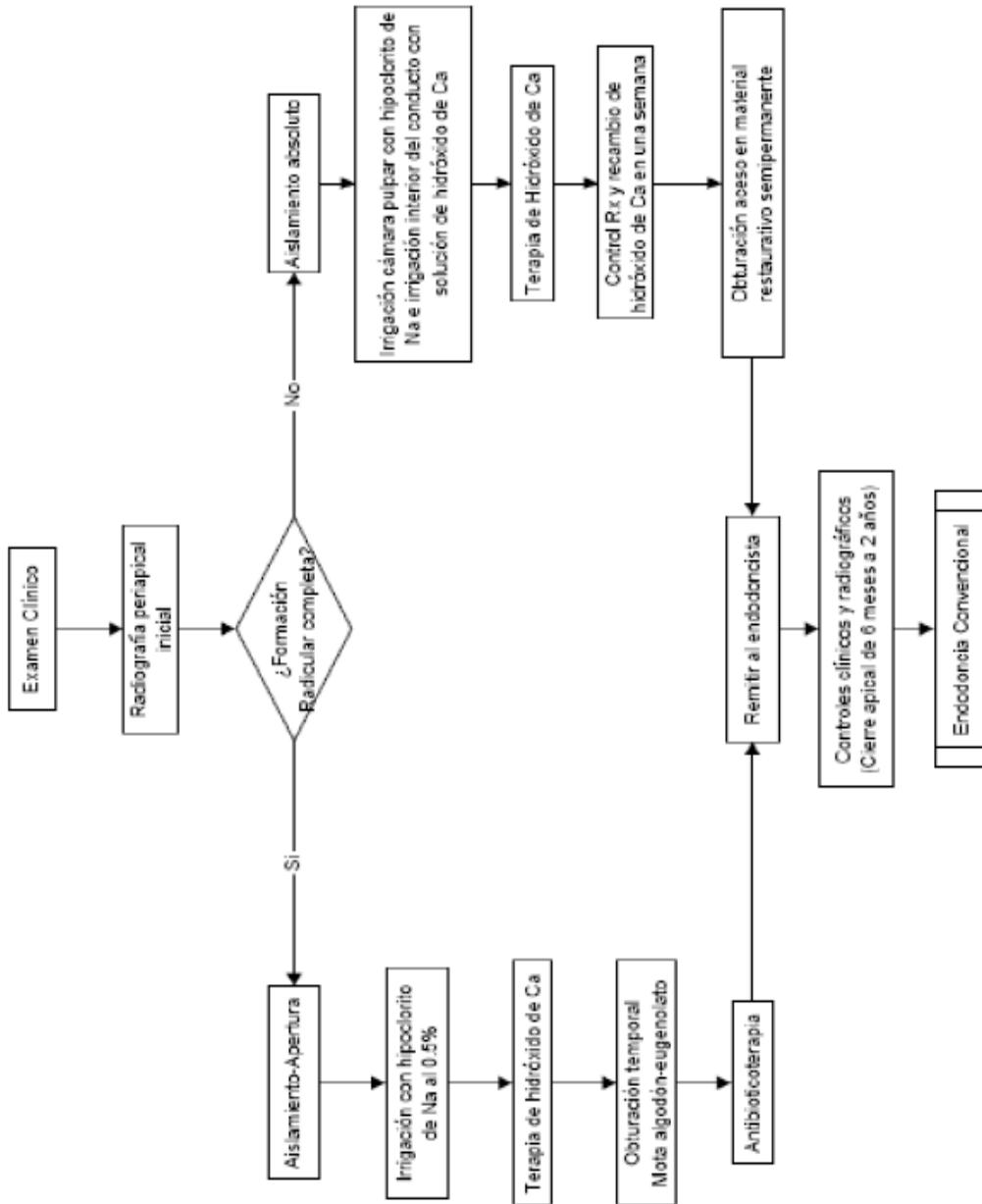
- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia se puede omitir.
- Apertura.
- Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio.
- Preparación invertida.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5%.
- Secado del conducto con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio hasta que la fistula cicatrice.
- Mota de algodón, obturación con cemento temporal tipo eugenolato.
- Tratamiento por el odontólogo tratante o remisión al endodoncista.

Tratamiento Del Diente Con Formación Radicular Incompleta

- Radiografía preoperatoria.
- Anestesia.
- Aislamiento absoluto del campo operatorio.
- Irrigación profusa de cámara pulpar y entrada conducto radicular con hipoclorito de sodio, irrigación del interior del conducto radicular con solución sobresaturada de hidróxido de calcio.
- Colocación de hidróxido de calcio en polvo más agua destilada dentro del conducto radicular.
- Confirmar la completa obturación del conducto radiográficamente, realizar recambio en una semana.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Frecuencia de recambios de hidróxido de calcio: no existe consenso de opinión para el tema, el medicamento se reemplaza si se observa radiográficamente reabsorbido en controles cada tres meses.
- Obturación de la cavidad de acceso con material restaurativo semipermanente. (ionómero de Vidrio)
- Controles clínicos y radiográficos (el cierre apical puede tardar de 6 meses a 2 años).
- Confirmar el selle apical por sondeo táctil con lima 30.
- Cuando se produce el cierre apical realizar la obturación.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Periodontitis Apical crónica supurativa**

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

LESIONES DE LOS TEJIDOS DENTALES (FRACTURA DENTAL)

FRACTURA INCOMPLETA (INFRACCION)

Rotura del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

Manifestaciones Clínicas

- No da sintomatología dolorosa.

Examen Clínico

Presenta líneas de fractura del esmalte.

Examen Radiográfico

Se toman radiografías para buscar fracturas en tercios radiculares, proceso alveolar o maxilar, pues la infracción no da imagen radiográfica. A la transiluminación son únicamente detectables.

Tratamiento en los dientes permanentes

-Estas lesiones no requieren tratamiento pero debido a las frecuentes lesiones concomitantes de las estructuras de sostén del diente, se deben hacer controles de la vitalidad después de 6 a 8 semanas.

Tratamiento de dientes temporales.

-No requiere tratamiento. Control radiográfico a las 6 semanas y al año. En las radiografías evaluamos tamaño de cámara y reabsorción radicular.

FRACTURAS NO COMPLICADAS DE LA CORONA

Limitada al esmalte o que afecta tanto al esmalte como a la dentina pero sin exponer la pulpa.

Manifestaciones Clínicas

Según la extensión de la fractura y la intensidad del golpe pueden presentar sensibilidad a cambios térmicos y a la masticación.

Examen Clínico

Hay pérdida de esmalte sin dentina expuesta.

Examen Radiográfico

Se toma radiografía periapical para evaluar la profundidad de la fractura con relación al tejido pulpar.

Tratamiento Para Dientes Permanentes

- Remover bordes puntiagudos del esmalte.
- Colocar una restauración de resina compuesta con técnica de grabado al Ácido, después de biselar ligeramente los bordes de la fractura.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Comprobar la oclusión.
- Controles radiográficos y de vitalidad pero después de transcurrido un tiempo (6 a 8 semanas). Las pruebas de vitalidad no deben hacerse al poco tiempo de transcurrido el accidente por que no son confiables.

Tratamiento Para Dientes Temporales

- El mismo procedimiento que para dientes permanentes.

ALTERACIONES DE LA ERUPCION DENTARIA (PERICORONITIS)

Definición

Infección aguda, con inflamación del tejido blando alrededor de la corona de un diente parcialmente erupcionado.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor e inflamación del tejido que cubre la superficie oclusal, a veces con ulceración.
- Fiebre y malestar general.
- Trismus.
- Linfadenitis regional.

Examen Radiográfico

En la radiografía periapical se observa erupción parcial del diente que nos origina la ericoronitis. (Los más comunes son los terceros molares inferiores)

Tratamiento

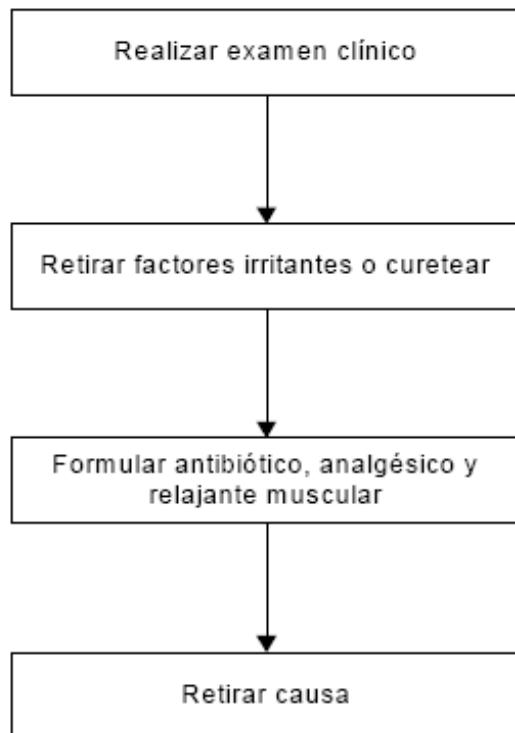
- Rx periapical.
- Anestesia local según el caso.
- Alivio de la oclusión con tallado en cúspide de antagonista.
- Eliminar placa bacteriana y restos alimenticios con cureta.
- Lavar con suero fisiológico tibio en jeringa desechable a presión, colocando la aguja entre el opérculo (capuchón de encía) y la corona del molar parcialmente erupcionado. Si no es posible la evacuación del exudado purulento, realizar una pequeña incisión sobre opérculo hasta la corona y luego lavar como anteriormente se mencionó.
- Terapia antibiótica y analgésica.
- Terapia con relajante muscular según el caso.
- Solicitud de exámenes complementarios.
- Control en 3 días, operculectomía o remisión al cirujano.
- Enjuagues bucales con solución salina lo más caliente posible, en intervalos

Frecuentes y conservarla sobre el área afectada el mayor tiempo posible (durante 24 horas siguientes a la atención).

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Realizar enjuagues frecuentes con antisépticos bucales (clorhexidina – Listerine).
- Una vez controlada la fase aguda se decide extraer el diente involucrado o eliminar el capuchón pericoronario.

PERICORONITIS



DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

GINGIVITIS

Inflamación de la encía caracterizada clínicamente por cambio en el color, forma, posición, apariencia superficial, y presencia de sangrado.

Su etiología puede ser por: acúmulo de placa blanda o dura, hormonal, trauma, etc.

Etiología

La etiología de la gingivitis y periodontitis es siempre la placa bacteriana, pues se ha demostrado que sin la placa bacteriana no hay gingivitis, sea cual fuere la condición del huésped.

Existen factores que pueden favorecer o agravar la periodontitis pero no Iniciarla por sí solos, estos factores se dividen en locales y sistémicos. Dentro de los factores locales que retienen placa se encuentra las restauraciones defectuosas, los cálculos, las malposiciones dentarias y la aparatología ortodóntica.

Factores Locales

- Bacteriana
- Cálculos
- Comida impactada
- Restauraciones o prótesis defectuosas
- Respiración bucal
- Malposición dental
- Aplicación de drogas

Factores Sistémicos

- Factores nutricionales
- Acción de drogas
- Disfunciones endocrinas
- Herencia
- Infecciones granulomatosas específicas
- Disfunción neutrófila
- Inmunopatías
- VIH
- Manifestaciones Clínicas
- Hemorragia al sondaje
- Calor
- Rubor
- Edema
- Dolor
- Esporádicamente se encuentra halitosis

Examen Clínico

El diagnóstico de gingivitis se hace con sonda periodontal delgada, se inspeccionan uno a uno todos los surcos gingivales para observar profundidad y condición, hemorragia, exudado,

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

presencia de cálculos, defectos anatómicos, caries, localización de margen gingival respecto al diente y en Algunas ocasiones grosor de la encía insertada.

Tratamiento

- Educación en salud oral
- Control de placa bacteriana
- Remoción de cálculos supragingivales
- Corrección de la operatoria defectuosa

Evaluación del Tratamiento

Si los signos de inflamación desaparecen (ausencia de hemorragia al sondaje), si el paciente maneja niveles de placa entre 10 y 15 % y el color y aspecto son normales éste puede ingresar a etapa de control y mantenimiento.

PERIODONTITIS

Definición

Inflamación de los tejidos de soporte con pérdida de los mismos, generalmente precedida por gingivitis.

Etiología

Los mismos factores etiológicos de la gingivitis.

Manifestaciones Clínicas

- Gingivitis generalizada
- Hipersensibilidad dentinal
- Hemorragia espontánea o provocada
- Halitosis fétida
- Movilidad y/o migración de los dientes

Examen Clínico

Clínicamente se caracteriza por la presencia de inflamación gingival, bolsa periodontal, pérdida ósea alveolar, pérdida de inserción, puede haber salida de material purulento a la presión, movilidad moderada y está asociada a Placa dura, higiene oral defectuosa y muy deficiente.

Examen Radiográfico

El examen clínico se puede apoyar en la toma de radiografías periapicales de los dientes afectados y es indispensable evaluar el tipo de oclusión, pues puede estar generando fuerzas lesivas para el periodonto. En las radiografías se observará pérdida ósea vertical u horizontal en la región de la cresta alveolar.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Tratamiento

- Fase Higiene Oral
- Promoción, educación y motivación
- Control de placa bacteriana
- Detartraje
- Fisioterapia
- Fase Clínica
- Corrección de operatoria defectuosa
- Remoción de cálculos subgingivales, y/o gingivectomía (tratamiento realizado por especialista en periodoncia y no está cubierto por el POS)
- Remisión al periodoncista. (No POS)

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:

1. Enfermedades Gingivales

Su presentación puede ser:

- Con pérdida de inserción Pre-existente
- Distribución: Localizada o generalizada

Inducidas por placa Bacteriana

- Gingivitis no modificada o gingivitis simple
 - Gingivitis simple modificada por factores sistémicos
 - Hormonales: pubertad, embarazo, menstruación, anovulatorios Orales, menopausia, hipoparatiroidismo.
 - Metabólicos: diabetes, otras.
 - Hematológicos: Leucemia, Anemia, etc.
 - Malnutrición
 - Deficiencias inmunológicas: SIDA, etc.
- Otras: Respiración oral, etc.

No Inducidas Por Placa Bacteriana

Bacterianas Específicas

- Lesiones asociadas a Neisseriagonorrea
- Treponema pallidum, especies de estreptococos

Virales

- Gingivoestomatitis herpética
- Herpes oral recurrente
- Infecciones por varicela – zoster

Micóticas

- Candidiasis

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Eritema lineal multiforme
- Histoplasmosis

Condiciones Sistémicas

- Desórdenes dermatológicos
- Líquen plano
- Penfigoide
- Pénfigo vulgar
- Eritema multiforme
- Reacciones alérgicas (se debe registrar en la historia clínica la sustancia que produce la alergia: mercurio, níquel, acrílico, dentífrico , enjuagues, chicle, comida, aditivos)
- Traumáticas (Química, física, térmica)

Agrandamientos Gingivales

- Inducidos por placa bacteriana
- Inducidos por medicamentos
- Modificados por la placa bacteriana
- De origen genético (Fibromatosis gingival hereditaria)
- De origen hormonal

2. Periodontitis Crónica

Su presentación puede ser:

Distribución:

- Localizada
- Generalizada

Severidad:

- Incipiente
- Moderada
- Avanzada

3. Periodontitis Agresiva

Su presentación puede ser:

Distribución:

- Localizada
- Generalizada

Severidad:

- Incipiente
- Moderada
- Avanzada

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

4. Periodontitis Como Manifestación De Enfermedad

Sistémica

Su presentación puede ser

Distribución:

- Localizada
- Generalizada

Severidad:

- Incipiente
- Moderada
- Avanzada

5. Enfermedad Periodontal Necrotizante

- Gingivitis ulceronecrotizante
- Periodontitis ulceronecrotizante

6. Abscesos

- Gingival
- Periodontal
- Pericoronal

7. Lesiones Endoperiodontales

- Lesión endodóntica primaria periodontal secundaria
- Lesión periodontal primaria endodóntica secundaria
- Lesión endoperiodontal verdadera

8. Deformidades Del Desarrollo o Adquiridas y Condiciones

Factores localizados en los dientes que modifican o predisponen enfermedad gingival inducida por placa o periodontitis:

- Factores anatómicos dentales (Furcaciones, surcos de desarrollo, concavidades)
- Restauraciones dentales / prótesis removibles
- Aparatología ortodóntica
- Fracturas radiculares
- Reabsorción radicular cervical y alteraciones en el cemento

Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes

- Recesión del tejido marginal
- Deficiencia de encía queratinizada
- Vestíbulo poco profundo
- Frenillo sobre insertado

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

- Exceso gingival (agrandamiento, invaginación, erupción pasiva retardada, sonrisa gingival, etc.)
- Cambio de color (tatuajes, manchas nicotínicas, etc.)
- Trauma directo

Deformidades mucogingivales y condiciones en rebordes edéntulos

- Deficiencia del reborde horizontal / vertical
- Pobre tejido queratinizado
- Hiperplasia de mucosa masticatoria
- Vestíbulo poco profundo
- Frenillo sobre insertado
- Cambio de color (tatuajes, manchas nicotínicas, etc.)
- Paladar fisurado (pacientes con labio y paladar hendido)
- Torus palatino / lingual
- Trauma directo

Trauma Oclusal

- Primario
- Secundario

9. Enfermedades Peri-Implantares

- Origen biológico
- Origen mecánico

CARIES

Enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la parte orgánica del diente.

Etiología

Se explica la etiología de la caries dental como un problema complejo multicausal, complicado por muchos factores indirectos que enmascaran la causa directa. Sin embargo, existen varias teorías donde se cuentan factores como microorganismos, placa bacteriana, ácidos, carbohidratos, posición dental, entre otros.

Clasificación

Según los tejidos involucrados, clasificaremos la caries de la siguiente manera:

- Caries incipiente
- Caries dental grado I
- Caries dental grado II
- Caries dental grado III

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

CARIES INCIPIENTE

Manifestaciones Clínicas

No hay.

Examen Clínico

Se debe recorrer con el explorador completamente la superficie del diente y no confiarse en la inspección. Se encuentra el esmalte opaco y puede existir placa bacteriana.

Como ayuda clínica se debe hacer transiluminación donde se observa un cambio en la opacidad del esmalte.

Examen radiográfico

No se observan cambios.

Tratamiento Sugerido:

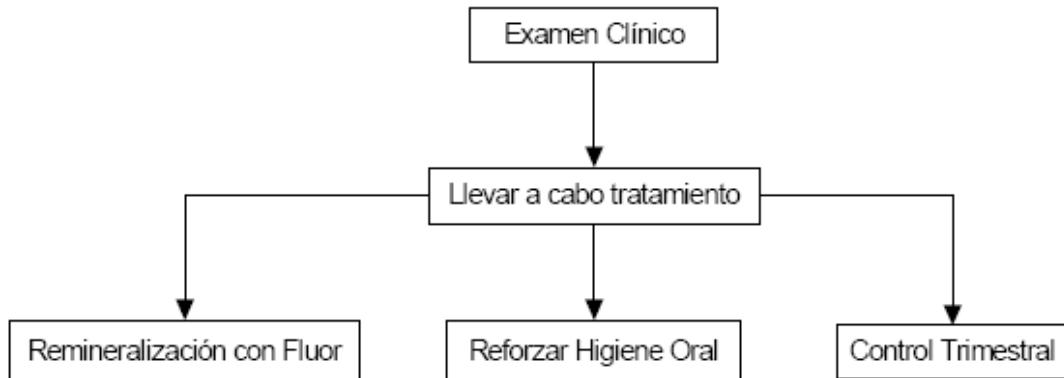
El manejo de la caries incipiente tiene un manejo no invasivo, donde se busca la remineralización de cada uno de los cristales de hidroxiapatita que han sufrido pérdida de sus iones de calcio y fosfato principalmente.

El agente más poderoso para acelerar la remineralización es el flúor, pero su depósito únicamente, sin que se dé también simultáneamente el de calcio y fosfato, no asegura la remineralización.

Por esta razón es importante reforzar los métodos de higiene oral y tener en cuenta que los dentífricos con contenido de flúor han demostrado su capacidad de acelerar la remineralización en este tipo de lesiones.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Caries Incipiente



CARIES DENTAL GRADO I

Es aquella que involucra solo el esmalte.

Manifestaciones Clínicas

No hay.

Examen Clínico

Se debe recorrer con el explorador completamente la superficie del diente y no confiarse en la inspección.

Se encuentra el esmalte opaco, fondo de fosetas y fisuras reblandecidas y Puede existir placa bacteriana.

Examen Radiográfico

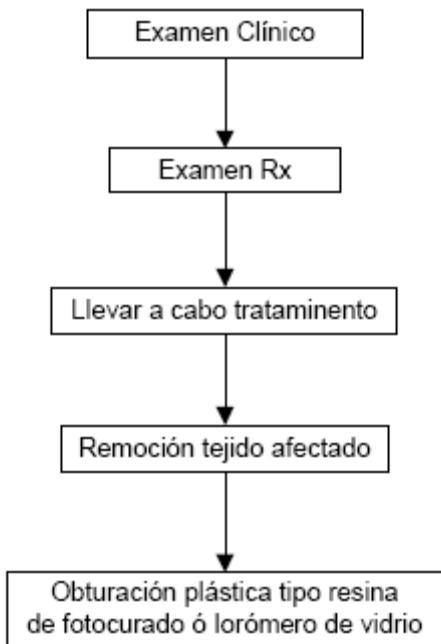
Se observan pequeñas zonas radiolúcidas.

Tratamiento Sugerido

Remoción de tejido afectado y obturación plástica tipo resina de fotocurado o ionómero de vidrio según molar o diente afectado.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Caries Dental Grado I



Caries Dental Grado II

Es aquella que involucra esmalte y dentina.

Manifestaciones Clínicas

- Dolor a cambios térmicos, dulces o ácidos.
- Hipersensibilidad

Examen Clínico

- Destrucción del esmalte y dentina
- Pigmentación
- Dentina afectada e infectada
- Presencia o no de placa bacteriana

Examen Radiográfico

Al examen radiográfico se observan zonas radiolúcidas que afectan el esmalte y dentina.

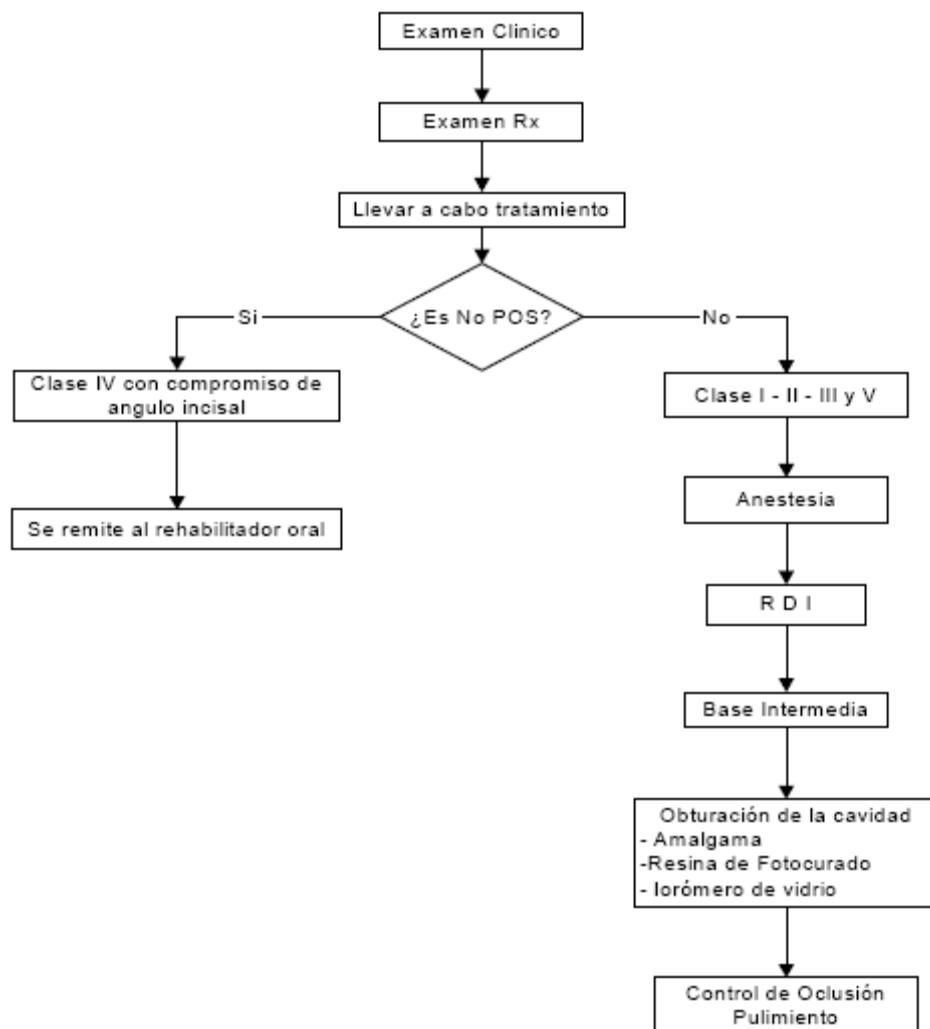
DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Tratamiento Sugerido

1. Determinar el estado del diente.
 2. Registrar tipo de sintomatología o ausencia de la misma.
 3. Registrar diagnóstico.
 4. Colocar anestésico según dolor.
 5. Remoción de caries y preparación cavitaria.
- Tipos de preparación cavitaria
- * Clase I. Superficie oclusal.
 - * Clase II. Superficie oclusal y 1 ó 2 superficies adicionales.
 - * Clase III. Superficie proximal de dientes anteriores.
 - * Clase IV. Superficie proximal de dientes anteriores con compromiso de ángulo incisal

NO CUBIERTA POR EL POS. Debe ser remitida a Rehabilitación Oral.

- * **Clase V.** Superficies vestibulares cervicales en dientes anteriores y posteriores.
- 6. Recubrimiento pulpar Indirecto:
En cavidades profundas aplicación de hidróxido de calcio sobre pared pulpar, Previo aislamiento relativo del campo operatorio.
- 7. Base intermedia
Obturación con cementos de fosfato de zinc o ionómero de vidrio, conservando el espacio para material obturante definitivo.
- 8. Obturación de la cavidad
Según el material obturante puede ser:
 - Amalgama de plata: Condensación, bruñido, tallado.
 - Resina de fotocurado:
 - * Selección del color
 - * Aplicación de desmineralizante (Ácido ortofosfórico al 37%) por 15 seg.
 - * Lavar profusamente por 20 seg.
 - * Airear preparación.
 - * Aplicación de imprimador friccionando la dentina expuesta.
 - * Aplicación de agente de unión fotopolimerización, según tiempo especificado por casa fabricante.
 - * Obturación cavitaria con resina usando técnica incremental, fotopolimerizando en capas de aproximadamente 2 mm.
 - Ionómero de vidrio
- Preparación polvo – líquido, espatulado y obturación cavitaria con contornos y adaptación.
- 9. Control de oclusión
Mediante papel de articular se establecen puntos de contacto y posibles interferencias.
- 10. Pulimento
Con instrumental rotatorio para proporcionar una superficie libre de irregularidades y con completa adaptación a los márgenes cavitarios.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Caries Dental Grado II****Caries Dental Grado III**

Es aquella que involucra esmalte, dentina y pulpa.

DODN-016		MANUAL DE PROCESO Y PROCEDIMIENTOS
Versión: 2.0		
GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPS		
Fecha Próxima Revisión: Mayo 2015	Elaborado por Coordinador Odontológico	Revisado: Coordinadora Sede Aprobado: Grupo Calidad

Manifestaciones Clínicas

- Dolor a cambios térmicos, dulces o ácidos.
- Hipersensibilidad
- Dolor a la presión y/o percusión

Examen Clínico

- Destrucción del esmalte y dentina
- Pigmentación
- Dentina afectada e infectada
- Presencia o no de placa bacteriana
- Compromiso pulpar

Examen Radiográfico

Al examen radiográfico se observan zonas radiolúcidas, que afectan esmalte, dentina y pulpa.

Tratamiento Sugerido para Permanentes

Anestesia, radiografía periapical, aislamiento absoluto o relativo dependiendo del caso clínico, remoción de tejido afectado, PULPECTOMIA, irrigación con hipoclorito de sodio al 0.5 %, secado de conductos con puntas de papel, terapia de hidróxido de calcio, mota de algodón seca y cemento temporal tipo eugenolato.

Formulación de analgésicos y/o antibióticos según patología.

Tratamiento sugerido para dientes temporales:

En ausencia radiográfica de patología periapical y/o recambio dental próximo, se procederá con anestesia, remoción del tejido afectado y se procede a realizar pulpotoria o pulpectomía según el caso. Si el paciente es beneficiario, se le dirá el valor de copago con anterioridad.

GUIAS DE MANEJO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA – PASBISALUD IPSFecha Próxima Revisión:
Mayo 2015Elaborado por
Coordinador OdontológicoRevisado: Coordinadora Sede
Aprobado: Grupo Calidad**Caries Dental Grado III**