

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ESTOMATOLOGIA
EN ODONTOPEDIATRÍA**



**APERTURA VESTIBULAR EN INCISIVOS PRIMARIOS
SUPERIORES CON PIGMENTACIÓN INTRÍNSECA**

**TRABAJO ACADÉMICO
PRESENTADO POR**

QUISPE ACHULLI LUCILA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
DE ESTOMATOLOGÍA EN ODONTOPEDIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2026

**LINEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD ESTOMATOLÓGICA**

ASESOR

TORRES RAMOS GILMER

ORCID: 0000-0002-2590-6736

TESISTA

QUISPE ACHULLI LUCILA

ORCID: 0009-0006-2563-1812

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por fortalecerme en medio de las adversidades y por permitirme alcanzar un nuevo logro en mi vida. Expreso también mi especial gratitud al Dr. Gilmer Torres Ramos, mi asesor, por su constante apoyo, su dedicación, paciencia y valiosas orientaciones durante el desarrollo de este trabajo, fundamentales para mi formación como especialista en Odontopediatría.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi mama Alejandra Achulli Córdova por ser mi ejemplo e inspiración de superación a mi padre por enseñarme el valor la tenacidad y la constancia, por enseñarme a ser fuerte en momento de debilidad, a mis hermanos por su apoyo incondicional en todo el recorrido a mi hijo por ser mi motor para conseguir la meta deseada.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	II
ASESOR Y NOMBRE DEL TESISISTA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE.....	VI
INFORME DE ANTIPLAGIO.....	VII
LISTA DE ANEXO.....	XII
TÍTULO.....	14
RESUMEN.....	15
ABSTRACT.....	16
PALABRAS CLAVES/KEY WORDS	16
4. INTRODUCCIÓN	17
5. INFORMACIÓN DEL PACIENTE	19
6. HALLAZGOS CLÍNICOS.....	20
7. LÍNEA DE TIEMPO	21
8. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN	22
9. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO	27
10. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS	28
11. DISCUSIÓN.	32
12. CONCLUSIÓN Y PERSPECTIVA DEL PACIENTE	32
13. CONSENTIMIENTO INFORMADO	33
BIBLIOGRAFÍA.	36
ANEXOS.....	40
EVOLUCIÓN DEL REPORTE DE CASO.....	41

LUCILA QUISPE ACHULLI

TRABAJO ACADEMICO QUISPE ACHULLI LUCILA

APERTURA VESTIBULAR EN INCISIVOS PRIMARIOS EN PIEZA CON PIGMENTACION INTRINSECA

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trrcoid::3117:575948113

Fecha de entrega
7 abr 2026, 20:42 GMT-5

Fecha de descarga
7 abr 2026, 20:50 GMT-5

Nombre del archivo
TRABAJO ACADEMICO QUISPE ACHULLI LUCILA.docx

Tamaño del archivo
38.5 MB

49 páginas
3981 palabras
22.836 caracteres

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 1%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

0 % detectado como IA

El porcentaje indica la cantidad de texto calificado en la entrega que probablemente se generó usando IA.

Precaución: Se necesita revisión.

Es esencial comprender los límites de la detección de IA antes de tomar decisiones acerca del trabajo del estudiante. Te alentamos a obtener más información acerca de las funciones de detección de IA de Turnitin antes de usar la herramienta.

Aviso legal

Nuestra evaluación de escritura con IA está diseñada para ayudar a los académicos a identificar texto que podrían haberse preparado mediante una herramienta de IA generativa. Es posible que nuestra evaluación de escritura con IA no siempre sea precisa (existe la posibilidad de que identifique erróneamente redacciones probablemente generadas por humanos como generadas por IA, y redacciones probablemente generadas por IA como generadas por humanos), por lo que no debe usarse como único fundamento para aplicar sanciones a un estudiante. Para determinar si es un caso de deshonestidad académica, se necesita de un escrutinio mayor y el juicio humano, junto con la aplicación de las políticas académicas específicas de la organización.

Preguntas frecuentes

¿Cómo debería interpretar los falsos positivos y el porcentaje de escritura con IA de Turnitin?

El porcentaje que se muestra en el reporte de escritura con IA es la cantidad del texto calificado en la entrega que el modelo de detección de escritura con IA de Turnitin determina se generó probablemente con IA desde un modelo de lenguaje de gran tamaño.

Los falsos positivos (que marcan incorrectamente alertas de texto escrito por humanos como generado con IA) son una posibilidad en los modelos de IA.

Los puntajes de detección de IA inferiores al 20 %, que no aparecen en reportes nuevos, tienen una mayor probabilidad de ser falsos positivos. Para reducir la probabilidad de malinterpretación, no se atribuye ningún puntaje o resaltado y se indican con un asterisco en el reporte (*%).

El porcentaje de escritura con IA no debe ser el único fundamento para determinar si ha ocurrido una mala conducta. El revisor/instructor debería usar el porcentaje como un medio para iniciar una conversación formativa con sus estudiantes o usarlo para examinar el ejercicio entregado según las políticas de la escuela.

¿Qué significa "texto calificado"?

Nuestro modelo sólo procesa texto calificado en la forma de escritura de formato largo. La escritura de formato largo se refiere a los enunciados individuales en párrafos que constituyen una parte más grande del trabajo escrito, como un ensayo, una disertación, un artículo, etc. El texto calificado que se ha determinado que se generó probablemente con IA se resaltará en color cian en la entrega.

El texto no calificado, como viñetas, bibliografías comentadas, etc., no se procesará y puede crear disparidad entre los puntos destacados de la entrega y el porcentaje mostrado.





UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
LIMA- SAN BORJA

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

Fecha: 07-04-2026


Apellidos y Nombres del Estudiante: LUCILA QUISPE ACHULLI
Apellidos y Nombres del Asesor: DR. GILMER TORRES RAMOS


Tipo de trabajo a verificar:

- Proyecto de tesis
- Proyecto de Investigación
- Trabajo Académico
- Trabajo de investigación
- Tesis
- Trabajo de suficiencia profesional
- Artículo Científico
- Otros

Informo ser propietario (a) de la investigación verificada por el software antiplagio vigente, el mismo tiene el siguiente título: "APERTURA VESTIBULAR EN INCISIVOS PRIMARIOS EN PIEZA CON PIGMENTACION INTRINSECA"

Y culminada la verificación se obtuvo, 10 % DE SIMILITUD* y __0__ % DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)**.

Firma: 
Asesor de tesis: GILMER TORRES RAMOS
DNI: 10194229

Firma: 
Tesisista: LUCILA QUISPE ACHULLI
DNI: 44361520

Firma: _____ (dejar en blanco en caso de ser tesista único)
Tesista (nombres y apellidos)
DNI:

* Colocar el porcentaje (%) obtenido luego del análisis del documento en evaluación con el software antiplagio vigente. Los límites superiores de coincidencia son 12% para documentos de posgrado y de 24% para documentos de pregrado.

** Colocar 0% si no se usó IA, en caso el software detecte u uso menor al 20% (Simbolizado como *IA) el asesor deberá asegurarse de que este uso se encuentre referenciado en la bibliografía. Si es mayor al 20%, se deberá rescribir el documento a fin de disminuir ese porcentaje por debajo del 20%.

LISTA DE ANEXOS

- FIG. N° 01: Fotografía frontal
- FIG. N° 02: Fotografía lateral
- FIG. N° 03: Fotografía perfil
- FIG. N° 04: Fotografía arco superior
- FIG. N° 05: Fotografía arco inferior
- FIG. N° 06: Mordida lateral derecha
- FIG. N° 07: Mordida lateral izquierda
- FIG. N° 08: Mordida frontal
- FIG. N° 09: Odontograma
- FIG. N° 10: Radiografía periapical inicial
- FIG. N° 11: Fotografía inicial
- FIG. N° 12: Radiografía inicial
- FIG. N° 13: Fotografía final de la pza. 51
- FIG. N° 14: Fotografía de primer control de la pza. 51
- FIG. N° 15: Fotografía de control al 5to mes de la pza. 51
- FIG. N° 16: Imagen radiográfica final
- FIG. N° 17: Mesa de trabajo fase curativa
- FIG. N° 18: Aislamiento relativo.
- FIG. N° 19: Eliminación de la lesión Cariosa con fresa diamantada N°23.
- FIG. N° 20: Apertura del esbozo vestibular
- FIG. N° 21: Ampliado de mesial a distal con la fresa bala cinta roja
- FIG. N° 22: Ampliado del esbozo con inclinación hacia vestibular con fresa bala.
- FIG. N° 23: Extirpado del nervio
- FIG. N° 24: Lavado del conducto con clorhexidina al 0.12%
- FIG. N° 25: Instrumentación rotatoria.
- FIG. N° 26: Secado del conducto con lima manual N°30.
- FIG. N° 27: Secado del conducto con lima manual N°25.
- FIG. N° 28: Medicación intraconducto con pasta HOSHINO.
- FIG. N° 29: Obturación intraconducto con pasta ZOE
- FIG. N° 30: Compactado del material con una lima manual
- FIG. N° 31: Aplicación de ionomero de vidrio.
- FIG. N° 32: Fotopolimerización por 20 segundos
- FIG. N° 33: Campo de trabajo para la fase restauradora
- FIG. N° 34: Aplicación de ácido grabador al 37% por 15 segundos
- FIG. N° 35: Aplicación adhesivo UNIVERSAL 3M, por 20 segundos
- FIG. N° 36: Fotopolimerización por 20 segundos

- FIG. N° 37: Aplicación de resina A3 Dentina PALFIQUE LX5
- FIG. N° 38: Aplicación de resina BW PALFIQUE LX5
- FIG. N° 39: Aplicación de resina WE PALFIQUE LX5
- FIG. N° 40: Distribución de resina con un pincel N° 24
- FIG. N° 41: Fotopolimerización por 20 segundos
- FIG. N° 42: Materiales para pulido
- FIG. N° 43: Pulido con disco negro SUPER-SNAP
- FIG. N° 44: Pulido con caucho azul con movimientos suaves
- FIG. N° 45: Aplicamos pasta de pulimento DIAMOND EXCEL y con la escobilla ASTRUBUSH realizamos movimientos suaves
- FIG. N° 46: Realizamos el pulido con felpa
- FIG. N° 47: Foto inicial
- FIG. N° 48: Foto final
- FIG. N° 49: Radiografía inicial
- FIG. N° 50: Radiografía final
- FIG. N° 51: Fotografía de primer mes de control
- FIG. N° 52: Fotografía final de 5to mes de control
- FIG. N° 53: Radiografía inicial.
- FIG. N° 54: Radiografía final.

**APERTURA VESTIBULAR EN INCISIVOS PRIMARIOS
SUPERIORES CON PIGMENTACIÓN INTRÍNSECA**

RESUMEN

En el protocolo de pulpectomía tradicionalmente la apertura en incisivos primarios superiores se realiza por palatino, actualmente la evidencia nos muestra que las lesiones se presentan mayormente por vestibular y proximal, una apertura cameral por vestibular mejora la visibilidad el acceso directo

Objetivo: Evaluar la eficacia de la apertura vestibular en incisivos superiores primarios. **Metodología:** Se presenta el caso de una niña de 3 años, 6 meses, con antecedentes de traumatismo alveolo dentario al examen clínico se observa cambio de color en la pieza 51 con diagnóstico de necrosis pulpar en la pza. 51. Se realizó la pulpectomía tipo 3 con apertura por vestibular y estratificación con resina compuesta. **Resultados:** la apertura vestibular brindó un acceso directo, una mejor visibilidad para realizar la instrumentación biomecánica, disminuyó el tiempo operatorio a la vez que permitió una obturación rápida del tercio apical con pasta medicada y el tercio medio y cervical con OZE en conos, así como una rehabilitación rápida con carilla directa de resina. **Conclusión:** La apertura vestibular es eficaz en el manejo conservador de dientes anteriores primarios afectados por traumatismos dentoalveolares con pigmentación, se recomienda este procedimiento cuando la lesión no compromete la superficie palatina.

PALABRAS CLAVES: Apertura cameral, pulpectomía, carilla de resina, incisivo superior, dientes deciduos

ABSTRACT

In the traditional pulpectomy protocol, the access cavity in primary maxillary incisors is accessed from the palatal side. Current evidence shows that lesions are more commonly found on the buccal and proximal surfaces. A buccal access cavity improves visibility and provides direct access. Objective: To evaluate the effectiveness of a buccal access cavity in primary maxillary incisors. Methodology: We present the case of a 3-year-6-month-old girl with a history of alveolar-dental trauma. Clinical examination revealed discoloration of tooth 51, leading to a diagnosis of pulp necrosis in tooth 51. A type 3 pulpectomy was performed with a buccal access cavity and layering with composite resin. Results: The buccal access cavity provided direct access, improved visibility for biomechanical instrumentation, reduced operative time, and allowed for rapid obturation of the apical third with medicated paste and the middle and cervical thirds with OZE cones, as well as rapid rehabilitation with a direct resin veneer. Conclusion: Vestibular opening is effective in the conservative management of primary anterior teeth affected by dentoalveolar trauma with pigmentation; this procedure is recommended when the lesion does not involve the palatal surface...

KEY WORDS: Chamber opening, pulpectomy, resin veneer, upper incisor, deciduous teeth

INTRODUCCION

La decoloración de la corona dentaria en incisivos deciduos (1) es producto de las injurias dentales traumáticas incluso por concusión el cual es una lesión que compromete el ligamento periodontal sin presentar movilidad ni desplazamiento (2) los casos de concusión pueden presentar dolor y con el paso del tiempo iniciar una pigmentación intrínseca desde la dentina subyacente y posteriormente pueden provocar necrosis pulpar séptica o aséptica (3) la necrosis aséptica se caracteriza por presentar una disminución del drenaje de los líquidos inflamatorios debido a la falta de circulación colateral y la rigidez de las paredes de la dentina, causando aumento en la presión de los tejidos y provocando la destrucción progresiva hasta que toda la pulpa finalmente se necrose (4) presentando cambio de color del diente debido a la pigmentación de los túbulos dentinarios por los residuos tisulares de la pulpa no vital (5) la necrosis séptica, ocasionada por la invasión bacteriana genera dolor debido a la presión pulpar durante la fase de inflamación a consecuencia de una lesión cariosa dental, clínicamente se observa un cambio de color y compromiso pulpar (6). Entre los tipos de microorganismos encontrados en conductos radiculares necróticos tenemos: *Fusobacterium nucleatum*, *Parvimonas micra* y *Streptococcus* spp (7) Por las características clínicas observadas en la necrosis pulpar realizaremos tratamiento de pulpectomía (8). La pulpectomía que se realiza en piezas con necrosis pulpar es la pulpectomía Tipo 3, esta técnica implica la extirpación total de la pulpa dental, mediante la limpieza, desinfección y preparación biomecánica de los conductos, luego se obtura con pasta medicada a nivel apical y tercio medio con pasta ZOE (9). Un acceso en línea recta garantiza un trayecto sin interrupciones para lograr un procedimiento exitoso (10). El acceso a los dientes anteriores se lleva a cabo mediante un acceso labial, ésta siendo en línea recta (11). Los estudios anatómicos han demostrado que un enfoque endodóntico labial proporciona un acceso más lineal al ápice con mejor visualización (12). Las carillas estéticas nos brindan un resultado natural y

adecuado en cuanto a la similitud de la morfología de la pieza dental (13) el propósito de este estudio es demostrar la eficacia del acceso vestibular en tratamientos pulpares en dientes incisivos superiores deciduos con pigmentación.

5. INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, de 3 años 5 meses de edad, de procedencia mestiza que cursa el nivel inicial (3 años de educación inicial).

Acude a la consulta en la clínica de odontopediatría de la Universidad Privada San Juan Bautista, acompañada de su madre quien refiere “mi hija tuvo un golpe en la boca y a causa de ello el diente anterior cambió de color.”

En cuanto a antecedentes prenatales la madre refiere haber presentado amenaza de aborto durante la gestación, producto de una tercera gestación, con parto eutócico y llanto espontáneo al nacer. Nació a las 36 semanas de gestación, con un peso de 3,100 kg, talla 48 cm, sin complicaciones.

Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, a los 7 meses inicio ablactancia. Esquema de vacunación completa, inició el gateo a los 7 meses, la marcha a los 9 meses y el control de esfínteres aproximadamente a los 24 meses. Primeras palabras alrededor de los 13 meses.

Conducta Psicosocial favorable tanto en la niña como en los padres durante la consulta.

En relación con antecedentes odontológicos, madre refiere que la erupción dentaria inicio a los 6 meses con los incisivos inferiores La higiene bucal comenzó a los 2 años de edad, utilizando cepillo dental y pasta dental infantil con una frecuencia de una vez al día, sin supervisión por parte de un adulto.

A los 2 años le realizaron procedimientos de profilaxis y fluorización presentando conducta no colaboradora durante la atención odontológica

En el mes de abril de 2025 acudió a la consulta para evaluación de la pieza 51 por cambio de color sin presentar sintomatología

Se realizó la toma de radiografía periapical de la pieza 51 y el tratamiento de profilaxis y topicación de flúor con manejo de conducta.

6. HALLAZGOS CLINICOS

Al examen clínico general paciente localizado en tiempo espacio y persona (LOTEP), aparente buen estado general (ABEG), aparente buen estado nutricional (ABEN), aparente buen estado de hidratación (ABEH), facies no características, cabello bien implantado, piel de adecuada tonicidad, hidratada con tejido celular subcutáneo y sin ganglios linfáticos palpables, peso: 15.3kg, talla: 96.1 cm, con signos vitales acorde a su edad y estables como: PA: 100/70 mmHg, FR: 28 rpm, T°: 36 °C

Al examen extraoral presenta cráneo mesocéfalo, biotipo facial mesofacial y perfil convexo. ATM sin presencia de ruidos a la apertura ni al cierre en excursiones mandibulares, deglución típica y ausencia de hábitos nocivos

A la evaluación clínica intraoral no se evidencia lesiones en los labios ni en mucosa oral. En encía papilar y marginal con leve inflamación asociada a presencia de biopelícula. Encía adherida conservada

En tejidos duros, dentición decidua con arco superior ovoide e inferior cuadrado. Se observan lesión cariosa a nivel esmalte en las piezas 51 (M), 55 (O), 74 (O) y lesiones cariosas en dentina: en tercio externo en pieza 61 (M) y en tercio medio en las piezas 65 (O), 85 (O).

Oclusión dentaria con escalón mesial. Overjet y overbite no registrable debido a proceso de erupción dentaria.

7. LINEA DE TIEMPO DE LA HISTORIA DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino de 3a, 5m, acude a la consulta acompañado de su mama quien refiere “que su hija sufrió una caída y producto del golpe su diente cambio de color” desde hace 01 año, no presenta sintomatología.

A la exploración intraoral se evidencia encía cambio de color en la pieza 51. lesiones cariosas en la pieza, 61 (M), 55 (O), 65 (O), 75 (O) y 85(0)

8. DIAGNOSTICO Y EVALUACION

8A. MÉTODOS DE DIAGNOSTICO

8.1. FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

Fig. N° 01. Fotografía frontal



Fig.N°02. Fotografía en Sonrisa



Fig. N°03 Fotografía de Perfil



8.2. Fotografías Intraorales



Fig. N°04. Fotografía arco superior



Fig. N°05. Fotografía arco inferior



Fig. N°06 mordida lateral derecha



Fig. N°07 mordida lateral izquierdo



Fig. N°08 mordida frontal

8.3. Odontograma

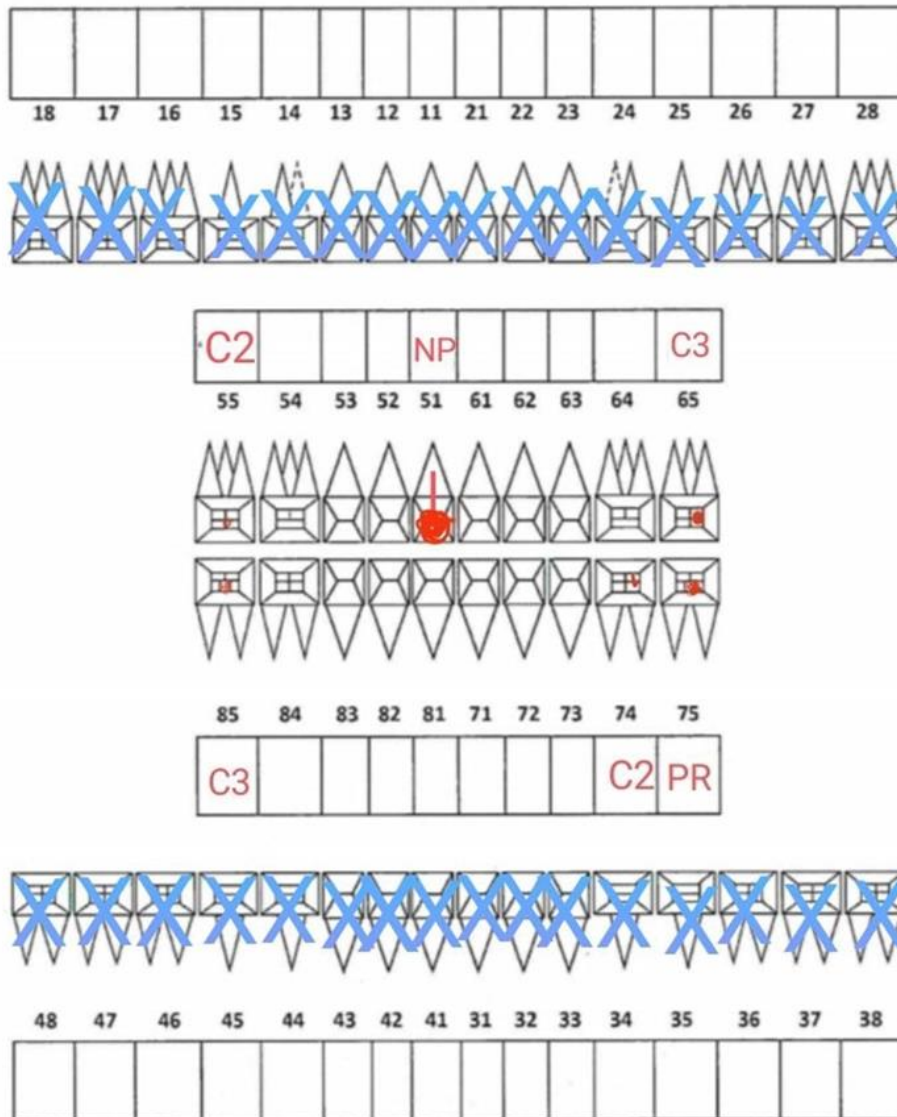


Fig. 09. Odontograma

8.4. Radiografía Periapical



Fig. 10. Radiografía periapical Pza. 36

Informe radiográfico

Pza. 51 IRL (M) que compromete un tercio externo de dentina, compatible con pulpitis reversible.

8b. PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO

No hubo dificultades para el diagnóstico tales como financiero y cultural.

8c. POSIBLES DIAGNOSTICOS CONSIDERADOS

En base a las evaluaciones realizadas se confirman los diagnósticos.

I. Del estado general

Paciente femenino de 3 años 5 meses, en ABEG, LOTEP

II. Estado estomatológico:

Tejidos blandos

- Gingivitis marginal asociado a la biopelícula

Tejidos duros

- Caries dental
 - Caries en esmalte: C2: pza.55 (O), 74 (O)
 - Caries en dentina: C3: 65 (O), 85 (O)
- Pulpitis reversible pza. 75
- Necrosis pulpar Pza.51

8d. PRONOSTICO

Favorable

9. INTERVENCION TERAPEUTICA

Fundamentando por los datos clínicos y los exámenes auxiliares los tratamientos se realizaron por fases:

1. Fase educativa

- Fisioterapia oral: Motivar al paciente con ayuda de imágenes videos, usar la técnica de mostrar hacer la técnica de cepillado.
- Asesoría nutricional con la finalidad de cambiar su dieta del consumo de carbohidratos para la prevención de enfermedades bucales.
- Uso de antimicrobianos: con la finalidad de reducir la carga bacteriana de la cavidad oral, indicar el digluconato de clorhexidina al 0,12%
- Uso de dentífricos que tengan flúor de acuerdo a su edad, en este caso Vitis junior uso tamaño de una arveja tres veces al día.

2. Fase preventiva

- Profilaxis
- Aplicación de Barniz Fluorado 1 vez x semana x 1 mes por riesgo de caries alto.

3. Fase Curativa

- Restauración con resina : pieza 55 (O), 74 (O)
- Sellado dentinario y restauración con resina: pza. 65 (O), 85 (O)
- Recubrimiento pulpar indirecto : pieza. 75
- Pulpectomía tipo 3 : pieza. 51

4. Fase de Rehabilitación:

- Incrustación directa con resina : pieza 75

- Carilla de resina : pieza. 51

5. Fase de Mantenimiento:

- Control a la semana, 15 días, 01m y cada 3meses, 6 meses
- Aplicación de barniz fluorado
- Reevaluación clínica cada 06 meses
- Reevaluación radiográfica cada 6 meses

10. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

En la primera cita se realizó historia clínica (Anamnesis, profilaxis, examen clínico, Odontograma, diagnostico presuntivo, exámenes auxiliares), fisioterapia

En la Segunda cita: continuamos con la Historia clínica (diagnóstico definitivo) reforzamos la fisioterapia oral y primera aplicación de barniz fluorado al 5%.

En la Tercera cita. Realizamos Restauración con Resina: pza. 55 (O), 74 (O)

En la cuarta cita realizamos pulpectomía de la pieza 51, como primer paso, realizamos el aislamiento relativo con un retractor de boca anterior marca ANGGREK (Figura N°18) se procede a la primera fase de la apertura cameral por vestibular utilizando una punta diamantada N°023 y pieza de alta velocidad para la eliminación de la lesión cariosa (Figura N°19), realizamos la apertura del esbozo y eliminación de los cuernos pulpares utilizando una punta diamantada en forma de bala de cinta roja (Figura N°20), realizamos el ampliado del acceso del esbozo con inclinación hacia vestibular usando punta diamantada gramo grueso cinta roja, (Figura N° 22) eliminamos y extirpamos del nervio usando una lima E – FLEX EIGHTEEH 30/04 mm, (Figura N° 23) realizamos el lavado con clorhexidina al 0.12% con ayuda de un aspirador de puntos (Figura N° 24) realizamos la instrumentación rotatoria con lima 30/04mm con un endomotor marca EIGHTEETH con un torque horario de 2.5 y 400rpm (Figura N° 25) procedemos al secado del conducto usando una lima

manual de segunda serie N°25 y N°30 enrollado con algodón (Figura N° 26 Y 27), Realizamos la medicación intraconducto usando una pasta medicada (HOSHINO) (Figura N°28), realizamos la obturación con un cono de pasta OZE (Figura N°29), procedemos a condensar con una lima manual N° 80 de color negro envuelta con algodón (Figura N°30), se procedió a aplicar el ionomero de vidrio de marca FUSIÓN I-SEAL (Figura N°31) realizamos fotocurado por 20 segundos con lámpara de marca ILED II (Figura N°32), aplicamos ácido ortofosfórico al 37 % lavado seco, realizamos la aplicación del adhesivo universal y fotocuramos por 20 segundos (Figura N° 34 Y 35) realizamos a la estratificación iniciando con resina A3 Dentina Palfique (Figura N°36) Aplicamos resina BW Dentina Palfique (Figura N° 37), aplicamos un incremento de resina WE Palfique (Figura N°38) con la ayuda de un pincel N° 24 distribuimos conformemente en movimientos verticales en los últimos incrementos de resina (Figura N°39), realizamos el fotocurado por 20 segundos con la lámpara ILED II por 20 segundos (Figura N° 40), procedemos a la secuencia de pulido iniciando con discos negro de la marca SUPER – SNAP (Figura N°41) ,luego untamos con agua el caucho azul y realizamos movimientos suaves (Figura 42), colocamos pasta de pulimento marca DIAMOND EXCEL y con la escobilla astrubush realizando movimientos suaves (Figura N°43), de la misma forma aplicamos pasta de pulido y pilimos con felpa con movimientos suaves por toda la superficie vestibular de la pieza dentaria, (Figura 44).

10b. Resultados importantes

Después de realizar el procedimiento de la pulpectomía tipo 3 y la estratificación con resina de la pieza 51, realizamos los controles donde evaluamos clínica y radiográficamente los criterios como desempeño clínico de los materiales de restauración, integridad de la restauración, anatomía dental, tinción de la restauración, decoloración del material, caries secundaria, integridad marginal.

Se realizó el diagnóstico inicial clínico y radiográfico de la pieza dentaria 51 estimándose como diagnóstico definitivo necrosis



Figura 11.
Observamos el cambio de color en la estructura dental de la pieza 51



Figura 12.
Radiografía inicial Pza. 51, se observa IRL a nivel del tercio externo de la dentina compatible con una lesión cariosa en dentina



Figura 13.
Foto final Pza.51, se observa una restauración estética y funcional de la pieza 51, integrada armónicamente con las piezas adyacentes



Figura 14.

Primer mes de control se observa una adecuada posición en la arcada, con restauración íntegra y sin fracturas la superficie vestibular, aún con brillo y no se evidencia cambios de color



Figura 15.

Quinto mes de control, observamos una restauración íntegra sin fracturas, pérdida de brillo en la superficie vestibular y se observa el color de la restauración y la pieza dentaria

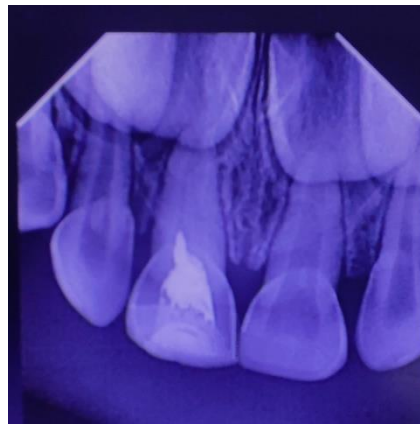


Figura 16.

Control radiográfico

Observamos una obturación parcial en el tercio cervical y medio sin llegar al tercio apical por obliteración del conducto pulpar post traumática

11. DISCUSION

El presente reporte de caso evalúa la eficacia de la apertura vestibular en incisivos primarios en pieza con pigmentación intrínseca.

Holan G.²³ señala que en los incisivos primarios que han sufrido un traumatismo reportaron que un 53% presentaron cambios de coloración intrínseca, especialmente oscurecimiento coronario, como consecuencia de alteraciones pulpares internas. En el presente caso se observa un cambio de coloración grisácea, al realizar la apertura cameral se observó la obliteración del conducto y alteración pulpar interna

Rabicumae.²⁴ la apertura vestibular en incisivos temporales superiores permite un acceso más recto al conducto, mejora la visibilidad durante la instrumentación y preserva la superficie palatina funcional. En el presente trabajo la apertura se realizó por vestibular evidenciando un acceso más recto y se preservó la superficie palatina

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La apertura por vestibular en incisivos permite un acceso recto, mejorando la visibilidad es conservador porque preserva la superficie palatina.

Se recomienda la apertura por vestibular ya que mejora la visibilidad, reduce el tiempo de instrumentación facilita la obturación y reduce el tiempo operatorio en la rehabilitación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para realizar el trabajo académico titulado, apertura vestibular en incisivos primarios en pieza con pigmentación intrínseca con la finalidad de evaluar la eficacia de la apertura vestibular para el tratamiento pulpar

Para ello se explicó detalladamente a la madre el diagnóstico presuntivo de su menor hija, y que se realizaran exámenes auxiliares para ayudar a corroborar el diagnóstico correcto para un tratamiento adecuado.

Se explicó el tiempo y el beneficio y los riesgos que pueden surgir antes, durante y después del tratamiento, pero se tomaron precauciones para minimizar el riesgo, se le aseguró a la madre que toda información proporcionada y la participación de su hija será totalmente confidencial participación es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento, quedando claro la madre firma el consentimiento informado.

13. ASENTIMIENTO INFORMADO

Se le explico a la paciente el trabajo que se realizara con el único fin de evitar que le duela el diente y el procedimiento ahora será fácil y rápido por ello necesitamos que nos ayudes, colaborando con la consulta, los exámenes y el tratamiento que realizaremos, se le informo que su participación será voluntaria que no se le forzara a nada.

Quedado todo claro para la madre y niña se procede con los exámenes auxiliares y los procedimientos.



HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO

FORMATO

Código:	EST-FR-105
Versión:	1.0
Documento de Aprobación:	ACTA 01-2023
Fecha de Aprobación:	21/03/2023
Nº página:	12 de 17

10. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 04 de MAYO, del 2024

..... con DNI /Carnet de Extranjería/ Pasaporte Nº 4698 1110 padre/apoderado / representante legal del menor con DNI / carnet de extranjería / pasaporte Nº 798 54973 asignado con el Nº de Historia Clínica declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante la atención del menor en la Clínica Docente Asistencial y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo Nº 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Sí () No () doy mi consentimiento para que el estudiante de Ciencias de la Salud POST GRADO C.D. BETH YINYE TOLENTINO C. D.N.I. 45959261 participe durante la atención, bajo la supervisión, observación y responsabilidad del profesional de salud docente Cirujano Dentista FEDERICO PAREDES GUILLEN con número de registro profesional del Colegio Odontológico del Perú COP N.º 12028 con DNI.....

El diagnóstico que se le ha dado para el menor en mención es: (código CIE) Gingivitis, Caries en Esmalte, Dentina, pulpitis, Pulpitis irreversible, PAC Necrosis pulpar

El tratamiento será realizado en el área de Posgrado, especialidad de: ODONTOPEDIATRICA y/o Pregrado en un ambiente clínico y consistirá en:

profelaxis
Restauraciones con Resina
Recubrimiento pulpar Indirecto
Pulpotomía y pulpectomía
Exodoncia

Los beneficios del procedimiento son: Eliminación de foco infeccioso

y mi negación al tratamiento del menor en mención traerían consecuencias tales como: inflamación de dolor a nivel de las zonas dentarias celulitis facial

Existen riesgos que pueden surgir en el curso del tratamiento, tales como: laceración del tejido labial o encía.

Las inasistencias injustificadas a tres citas consecutivas alargan y ponen en riesgo el éxito del tratamiento, así mismo se considerará como ABANDONO DE TRATAMIENTO. Por lo tanto, el menor en mención se someterá a nueva evaluación diagnóstica, plan de tratamiento y nuevo presupuesto asumido al 100%. La Clínica Docente Asistencial o Aula de Atención Estomatológica se reserva el derecho de la continuidad del tratamiento del paciente.

También se me ha sido informado que pueden existir complicaciones producto de los procedimientos clínicos realizados propios de la naturaleza del tratamiento como, por ejemplo: laceración del labio o carrillo por la infiltración de la anestesia. t
ambién, se me ha explicado que al padecer de: Laceración de labio o carrillo

RECIBIÓ EL PACIENTE
ESTADÍSTICO
120 348 8550 403

	HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO	Código:	EST-FR-105
		Versión:	2.0
FORMATO		Documento de	ACTA 01-2023
		Aprobación:	21/09/2023
		Fecha de Aprobación:	13 de 17
		Nº página:	



las posibles complicaciones que podrían presentarse durante el tratamiento serían:
Laceración, dolor o aftas post-anestesia.

La omisión a la información relevante en cuanto a la salud general y/o enfermedad sistémica del menor en mención que pueda influenciar en su atención odontológica, deslinda de cualquier responsabilidad a la clínica docente asistencial.

He sido informado(a) que, durante el tratamiento del menor en mención, se tomará registros audiovisuales para la planificación del tratamiento y evolución del mismo.

Autorizo la difusión de registros audiovisuales del tratamiento del menor en mención en actividades académicas, revistas o artículos académicos de ámbito clínico y/o científicos manteniendo la reserva de la identidad del mismo. Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse. Así mismo se me ha informado que el plan de tratamiento y el presupuesto puede ser modificado por complicaciones clínicas propias del tratamiento y/o del estado buco-dental del menor en mención.

Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen durante el tratamiento del menor en mención que por este medio **acepto**.

Habiéndose aclarado dudas y preguntas sobre los procedimientos, **AUTORIZO** a iniciar lo mencionado.

.....
 Firma y huella dactilar del Padre/Apoderado o representante legal
 D.N.I. *46981110*.....

.....
 Firma y sello del profesional de salud que informa y toma el consentimiento.
 N° COP *49418* D.N.I. *45959261*.....

REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha:..... de

.....
 Firma y huella dactilar del Padre/Apoderado o representante legal
 D.N.I.

.....
 Firma y sello del profesional de salud que recibe la revocatoria.
 COP D.N.I.


 Mg. CD. Est. *Agustín Segundo Paredes Guillén*
 ODONTOPEDIATRA
 COP 12028 RNE 531

BIBLIOGRAFIA:

1. Holan G. Aspectos pulpares de las lesiones dentales traumáticas en incisivos primarios: Decoloración coronal oscura. J Endod [Internet]. 2019;45(12S): S49–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2019.05.012>
- 2.- Álvarez-Raico SL, León-Manco RA, Díaz-Pizán ME. Injurias traumáticas dentales en niños y adolescentes de un Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev Estomatol Hered [Internet]. 2021 [citado el 28 de mayo de 2025];31(4):248–55. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552021000400248
- 3.- Jin Y, Paranhos KS, Salamone A, Bongiorno W, Brizuela M. Internal tooth whitening. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 PMID: 38753915 Identificación de la estantería: [NBK603756](#)
- 4.-López-Marcos JF. Aetiology, classification and pathogenesis of pulp and periapical disease. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004;9 Suppl:58–62; 52–7. PMID: 15580137
- 5.- Rehabilitación protésica en paciente pediátrico con displasia ectodérmica Aparicio Muñoz JV, Mondragón Báez TD, Venegas Lancón RD Rev. Odontopediatria Latinoam. , 2021 - Artículo de revista científica <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.248>
- 6.- Semiología de la pulpa: Signos, síntomas y determinación del estado pulpar Barrio MA, Sartirana NF, Loviso AS Rev. Soc. Odontol. La Plata , 2010 - Artículo de revista científica <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/152643>
- 7.- Repositorio de Tesis DGBSDI: Descripción de la composición microbiológica de conductos radiculares con necrosis pulpar sin lesión

periapical Unam.mx - Sitio web DOI:
<https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000833822>

8.- Revisión bibliográfica del calen/ZO como material obturador en pulpectomías Bravo TL, Villalta MJ

Anal. portarse. las líneas de crédito a través de corp. finanzas. nac. su aporte al desarro. las PYMES Guayaquil 2011-2015 , 2020 - Artículo de revista científica URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/536>

9.- Formato de documento electrónico (Vancouver)

Mendoza Choquehuanca Ángela Patricia, Valencia Callejas Samira. Pulpectomía. Ley Rev. Clínico. Med [serie en Internet]. [consultado el 25 de junio de 2025]. Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000800007&lng=en

10.- LaTurno SA, Zillich RM. Straight-line endodontic access to anterior teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985 Apr;59(4):418-9. doi: 10.1016/0030-4220(85)90069-6. PMID: 3858780 PMID: 3858780 DOI: [10.1016/0030-4220\(85\)90069-6](https://doi.org/10.1016/0030-4220(85)90069-6)

11.- Vilca, M., Apertura cameral modificada en pulpectomías en paciente con síndrome de Wolff- Parkinson- White. Reporte de caso []. PE: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/16130>

12.- Winnier J, Suresh R. A Comparative Evaluation of a Labial Approach with a Conventional Palatal Approach for Endodontic Access in Primary Maxillary Incisors: A Pilot Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 Jan-Feb;13(1):53-56. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1704. PMID: 32581480 ID de PMC: [PMC7299880](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32581480/) DOI: [10.5005/jp-journals-10005-1704](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1704)

- 13.-Vista de Rehabilitación estética de dientes primarios: Reporte de dos Casos [Internet]. Cmdltditorial.org. 2024. Available from: <https://cmdltditorial.org/index.php/CMDLT/article/view/1/8>
- 14.- Newton JT, Subramanian SS, Westland S, Gupta AK, Luo W, Joiner A. The impact of tooth colour on the perceptions of age and social judgements. J Dent. 2021 Sep;112:103771. doi: 10.1016/j.jdent.2021.103771. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34363891 DOI: [10.1016/j.jdent.2021.103771](https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103771)
- 15.-Mack RB, Halterman CW. Labial pulpectomy access followed by esthetic composite resin restoration for nonvital maxillary deciduous incisors. J Am Dent Assoc. 1980 Mar;100(3):374-7. doi: 10.14219/jada.archive.1980.0122. PMID: 6928170. Justificación social
- 16.-Tratamiento Endodóntico no Instrumentado en dientes deciduos. Rev. Odontopediatr. Latinoam. [Internet]. 2021 Feb. 10 [cited 2025 jun. 25];4(1). Available from: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/33>
- 17.- Mack RB, Halterman CW. Labial pulpectomy access followed by esthetic composite resin restoration for nonvital maxillary deciduous incisors. J Am Dent Assoc. 1980 Mar;100(3):374-7. PMID: 6928170 DOI: [10.14219/jada.archive.1980.0122](https://doi.org/10.14219/jada.archive.1980.0122)
- 18.-Winnier J, Suresh R. A Comparative Evaluation of a Labial Approach with a Conventional Palatal Approach for Endodontic Access in Primary Maxillary Incisors: A Pilot Study. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 Jan-Feb;13(1):53-56. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1704. PMID: 32581480 ID de PMC: [PMC7299880](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32581480/) DOI: [10.5005/jp-journals-10005-1704](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1704)
- 19._Holan G. Pulp aspects of traumatic dental injuries in primary incisors: Dark coronal discoloration. Dent Traumatol. 2019 Dec;35(6):309-311. doi: 10.1111/edt.12483. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31121084

PMID: 31121084 DOI: 10.1111/edt.12483

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31121084/>

ANEXOS

EVOLUCIÓN DEL REPORTE DE CASO

(PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN JUAN BAUTISTA)



Figura 17.
Mesa de trabajo fase instrumentación y obturación



Figura 18.
Aislamiento relativo



Figura 19.
Eliminación de la lesión cariosa
con fresa diamantada N° 23



Figura 20.
Apertura del esbozo vestibular



Figura 21.
Esbozo ampliado de mesial a distal con fresa bala cinta roja



Figura 22.
Esbozo ampliado con inclinación hacia vestibular con fresa bala cinta



Figura 23.
Extirpamos el nervio usando la lima E- FLEX EIGHTEEH 30/04 mm



Figura 24.
Realizamos el lavado con clorhexidina al 0.12% y aspiramos con suctor de puntos



Figura 25.
Realizamos la instrumentación rotatoria rotatoria con la lima 30/04mm con un motor endodóntico



Figura 26.
Con una lima manual N°30 realizamos el secado del conducto usando una lima manual de enrollado con algodón



Figura 27.
Con una lima manual N°25 realizamos el secado del conducto usando una lima manual de enrollado con algodón



Figura 28.
Realizamos la medicación intraconducto con pasta medicada HOSHINO



Figura 29.
Realizamos la obturación intraconducto con un cono de pasta ZOE



Figura 30.
Con una lima manual
envuelta con algodón
compactamos

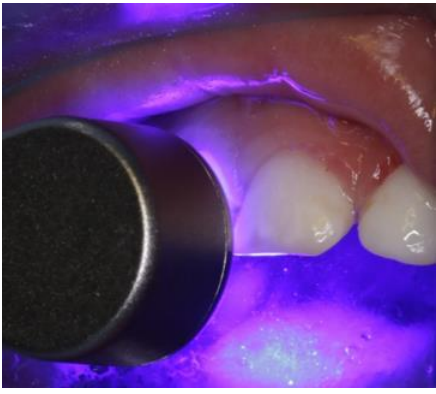


Figura 31.
Aplicamos ionomero de
vidrio

FASE REHABILITADORA

Figura 33
Materiales para estratificación
con resina





Figura 34.
Aplicamos ácido grabador al 37% por 15 segundos



Figura 35.
Aplicamos adhesivo UNIVERSAL 3M, frotamos por 20 segundos

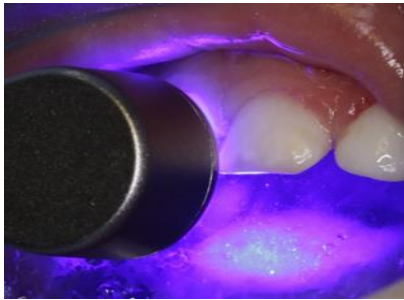


Figura 36.
Fotopolimerizamos por 20 segundos



Figura 37.
Aplicamos resina A3 Dentina Palfique



Figura 38.
Aplicamos resina BW Dentina Palfique



Figura 39.
Aplicamos resina WE Palfique



Figura 40.
Con un pincel N° 24
distribuimos los
incrementos de resina



Figura 41.
Fotocurado por 20
segundos

FASE DE PULIDO



Figura 42.
Materiales para pulido



Figura 42.
Iniciamos con el disco negro SUPER-SNAP



Figura 43.
Untamos con agua el caucho azul y realizamos movimientos suaves



Figura 44.
Aplicamos pasta de pulimento DIAMOND EXCEL y con la escobilla ASTRUBUSH realizamos movimientos suaves



Figura 45.
realizamos el pulido con felpa



Figura 47.
Foto inicial



Figura 48.
Foto final

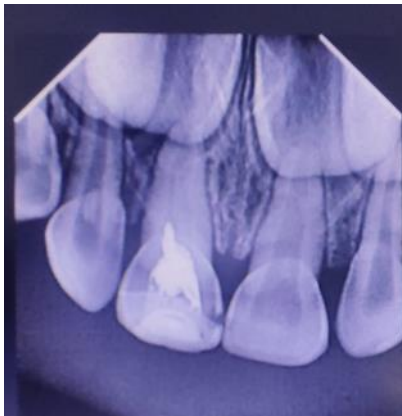


Figura 49.
Radiografía inicial

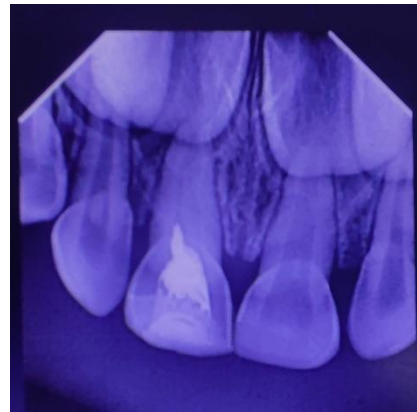


Figura 50.
Radiografía final

CONTROLES



Figura 51.
Primer mes



Figura 52.
Quinto mes

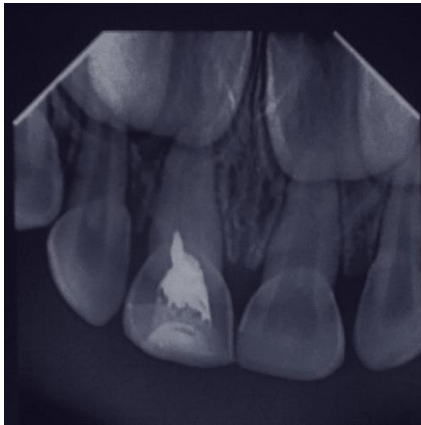


Figura 53.
Control radiográfico al
mes

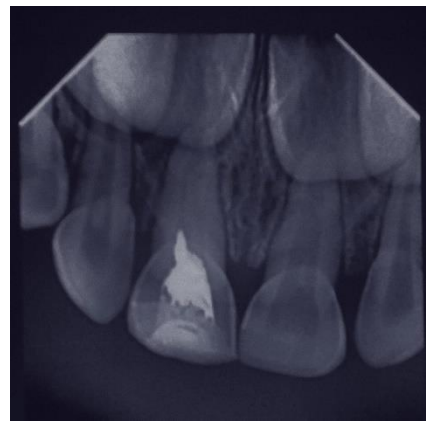


Figura 54.
Control radiográfico octavo
mes