

**Alonso, Gabriela**

---

## **Rehabilitación oral: perno y corona**

**Trabajo final de la práctica profesional  
supervisada de Odontología**

Directora: Chalup, María Teresa

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

## **REHABILITACION ORAL: PERNO Y CORONA**

### **TRABAJO INTEGRADOR PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología  
Universidad Católica de Córdoba

Alumna: Alonso, Gabriela

Titular: Dra. Bonnin, Claudia

JTP: Prof. Od. Chalup, María Teresa

**2024**

# INDICE

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| RESUMEN.....                          | 3  |
| ABSTRACT .....                        | 4  |
| 1. INTRODUCCIÓN.....                  | 5  |
| 2. OBJETIVOS .....                    | 5  |
| 3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO..... | 5  |
| 4. DIAGNÓSTICO.....                   | 10 |
| 5. PLAN DE TRATAMIENTO .....          | 11 |
| 6. PRONÓSTICO .....                   | 11 |
| 7. PROCEDIMIENTO CLÍNICO .....        | 11 |
| 8. DISCUSIÓN.....                     | 15 |
| 9. CONCLUSIÓN .....                   | 18 |
| BIBLIOGRAFIA.....                     | 19 |

## **RESUMEN**

El presente trabajo se trata sobre la rehabilitación oral, en este caso, de una paciente que requirió perno y corona. Por lo que se realizó una intervención diseñada para devolver la morfología y función del elemento dentario, el cual presentaba gran pérdida de tejido. La misma fue realizada en la clínica de la Universidad Católica de Córdoba, bajo la supervisión de la cátedra de Practica Profesional Supervisada.

Como objetivo del mismo, es necesario comprender la importancia de mantener un elemento dentario sin la necesidad de ser extraído de la cavidad bucal, por más que presente una extensa cantidad de tejido perdido. A su vez, conocer cuáles son los materiales empleados en el procedimiento, pero también saber que existen materiales nuevos con el avance en la odontología moderna.

A su vez, explicaré cuales fueron los pasos y procedimientos llevados a cabo en la clínica, a partir de un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

El tratamiento de elección ya mencionado, fue perno y corona, sabiendo que el primero actúa como soporte del conducto radicular y como anclaje de unión entre el mismo y la corona, que es la que se va a encargar de devolver la forma, función y estética perdidas.

Palabras claves: perno, corona, paciente, tratamiento.

## **ABSTRACT**

This essay on oral rehabilitation, specifically for a patient who required a post and crown. An intervention was carried out to restore the morphology and function of the dental element, which had significant tissue loss. This was performed at the University Catholic Clinic of Córdoba, under the supervision of the chair of Supervised Professional Practice.

The objective is to understand the importance of preserving a dental element without the need for extraction from the oral cavity, even when there is extensive tissue loss. Additionally, it is essential to be aware of the materials used in the procedure and to recognize that new materials have emerged with advancements in modern dentistry.

I will also explain the steps and procedures carried out in the clinic, starting from a correct diagnosis and treatment plan.

The treatment of choice, as mentioned, was a post and crown, knowing that the former acts as a support for the root canal and as an anchoring connection between it and the crown, which will restore the lost shape, function, and aesthetics.

Keywords: post, crown, patient, treatment.

## 1. INTRODUCCIÓN

La rehabilitación oral se encarga de devolver la función, anatomía y estética de la cavidad bucal. A la hora de realizar dicha rehabilitación, en primer lugar, hay que hacer un correcto diagnóstico en base a las necesidades de cada paciente en particular. El mismo, se basa en obtener la historia clínica del paciente, un examen clínico y exámenes complementarios. Así, a partir de esto poder crear el plan de tratamiento a llevar a cabo.

Los tratamientos que se pueden realizar en la odontología abarcan exodoncia, endodoncia, periodoncia, operatorias, ortodoncia, prostodoncia, tanto removible como fija, entre otros. En base al último punto, será el desarrollo del presente trabajo.

La prótesis dentaria se encarga de la reconstrucción y reposición de los elementos dentarios, ya sea parcial o totalmente destruidos, y de los tejidos adyacentes, con el fin de devolver función, salud y estética al sistema estomatognático. Dependiendo el caso pueden ser fijas o removibles.

## 2. OBJETIVOS

- Generales  
Aplicar todos los conocimientos adquiridos durante la carrera de odontología para poder realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado en el caso clínico a desarrollar.
- Específicos
  - Elaborar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.
  - Mantener y devolver la funcionalidad y estética.
  - Conocer las técnicas y materiales empleados en el caso.
  - Garantizar durabilidad del tratamiento.

## 3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años se presentó a la consulta con la intención de realizarse múltiples tratamientos, su motivo de consulta fue "Quiero arreglarme los dientes". A la inspección clínica se observó la presencia de caries, encías inflamadas, placa bacteriana, elementos dentarios ausentes, elementos con necesidad de endodoncia y en el elemento 14, que ya

tenía realizada la endodoncia y a su vez presenta mucha pérdida de tejido, por lo que requirió la necesidad de una prótesis fija, en este caso, perno y corona.

En el interrogatorio mencionó que no presenta enfermedades sistémicas de base y no consume medicación.

Se realizó el diagnóstico, en el cual se elaboró su historia clínica, exámenes clínicos y exámenes complementarios.

- Anamnesis

*FILIACIÓN*

Sexo: femenino

Edad: 34 años

Ocupación: empleada domestica

*ANTECEDENTES MEDICOS:* no presenta enfermedades de base y no consume medicación. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, relata haberse realizado dos cesáreas.

*ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS:* presenta perno y corona en elementos 12 y 13, restauraciones en elementos 22 y 23, incrustación en elemento 36. Se observa la ausencia de los elementos 17, 18, 24, 27, 28, 37, 38, 46 y 48.

*MOTIVO DE CONSULTA:* "Quiero arreglarme los dientes"

- Exploración extraoral

No presenta anomalías en áreas musculares, facial ni perioral. No así el área de la ATM, que presenta ruidos, al realizar movimientos de apertura y cierre bucal.

Exploración extraoral frontal en reposo:



- Forma facial ovalada: mesofacial.
- Simetría facial.
- Grosor de los labios: finos.
- Competencia de los labios: normal.

Exploración extraoral frontal sonriendo:



- Línea de sonrisa simétrica.
- No se observa exposición gingival.
- Corredores bucales ocupados.

Fotografía extraoral de perfil:



- Patrón mesofacial
- Perfil cóncavo – recto
- Labios finos
- Competencia labial normal

**Fotografías intraorales:**

Frontal:



Desde una visión frontal, las líneas medias no coinciden.

Laterales:



Clase I canina.

Clase I molar.

**Fotografías oclusales:**

Superior:



Forma del paladar ovalada.

Ausencia de elementos 17, 18, 24, 26 y 28. Tratamiento endodóntico en elemento 14.

Caries en elementos 16 y 27. Elemento 12 con restauración realizada con resina.

Inferior:



No presenta terceros molares. Ausencia de elementos 37 y 46. Incrustación en elemento 36. Restauraciones con resina en elementos 34 y 35.

### **-Estudios complementarios**

Ortopantomografía



Cuadrante 1: cóndilo, apófisis corónides de la mandíbula. Apófisis pterigoides, arco cigomático, hueso cigomático, sutura temporocigomática, paladar, seno maxilar, fosa nasal.

Elementos 11, 12, 13 y 14 con tratamiento endodóntico realizado y sellado tridimensional. Ausencia de elementos 17 y 18.

Cuadrante 2: cóndilo, apófisis corónides de la mandíbula. Apófisis pterigoides, arco cigomático, hueso cigomático, sutura temporocigomática, paladar, seno maxilar, fosa nasal.

Elemento 22 con tratamiento endodóntico realizado. Radiopacidad en elementos 22 y 23 correspondiente a restauración. Ausencia de elementos 24, 26 y 28.

Cuadrante 3: conducto dentario inferior, agujero mentoniano y borde inferior del maxilar.

Radiopacidad en elemento 36 correspondiente a una incrustación y tratamiento endodóntico realizado, sellado tridimensional. Ausencia de elementos 37 y 38.

Cuadrante 4: conducto dentario inferior, agujero mentoniano y borde inferior del maxilar.

Ausencia de elementos 46 y 48.

#### **ELEMENTO 14**



Figura 1. radiografía periapical



Figura 2. fotografía del elemento 14

#### **4. DIAGNÓSTICO**

Clínicamente el elemento 14, presenta cambios en la coloración en un tono oscurecido, parduzco; destrucción del esmalte, pérdida de dentina y tratamiento endodóntico previamente realizado. Muestra suficiente estructura dentaria para realizar perno y corona y lograr una rehabilitación adecuada de la pieza.

Radiográficamente los tejidos periapicales se encuentran sanos y no existen evidencias de procesos en la zona. A su vez, pérdida ósea horizontal leve por distal de la pieza dentaria. Se observa tratamiento endodóntico con buen sellado apical y tridimensional.

A nivel periodontal, presenta placa bacteriana y sangrado al sondaje, y no existe movilidad, por lo que nos encontramos ante un caso de gingivitis leve.

A nivel oclusal, se observa reducción del tamaño de la pieza dentaria provocado por una pérdida de tejido, a su vez, el mismo no ocluye con el antagonista, por lo cual puede llevar a extruirlo. Esto puede afectar en las curvas de desoclusión.

## 5. PLAN DE TRATAMIENTO

### **FASE PREVENTIVA:**

- Control de la infección: enseñanza de técnica de higiene.
- Control dietario: disminuir ingesta de carbohidratos, sustituir azúcares.

### **FASE CURATIVA:**

- Endodoncia (previamente realizada)

### **FASE DE REHABILITACIÓN:**

- Prótesis fija: endoposte de fibra y corona de zirconio

### **FASE DE MANTENIMIENTO:**

- Cita periódica de control del trabajo realizado.

## 6. PRONÓSTICO

El pronóstico de esta pieza dentaria es favorable, si bien existe pérdida de tejido dentario, la integridad de la raíz y del hueso de soporte presentan condiciones óptimas para el futuro de la rehabilitación. El futuro del elemento dental va a depender, a su vez, de los cuidados y hábitos del paciente.

## 7. PROCEDIMIENTO CLÍNICO

Una vez realizada la historia clínica, consentimiento informado y plan de tratamiento, se procede a la etapa clínica de la prótesis.

En primer lugar, se realiza el examen radiográfico evaluando la anatomía radicular, condiciones del tratamiento endodóntico, área periapical, soporte periodontal. Obtenida esa información, el procedimiento cuenta con:

- Aislamiento absoluto
- Remoción de la obturación provisoria
- Eliminación del material de obturación del conducto, gutapercha. Esto se lleva a cabo con fresas gates glidden n1, ensanchador de peso n1 y fresa específica, en este caso, amarilla.
- Prueba clínica del endoposte y posteriormente prueba radiográfica para determinar que llegue a la longitud adecuada.

¿Cómo determinar la longitud y el diámetro del ensanchamiento? Para el diámetro, se divide el elemento dentario en tres tercios con líneas horizontales y verticales, el cuadrante central indica el mismo. Para la longitud, la fresa debe atravesar 1mm o 2mm el fulcrum de la pieza, es decir, debe ir más allá del espacio equidistante entre la cresta ósea y el ápice del elemento dentario.

- Se cementa el endoposte (cemento resinoso dual autoadhesivo)



Figura 3. Fresa específica y endoposte de fibra, amarillo



Figura 4. Endoposte cementado

Para este punto es importante acondicionar tanto el sustrato dentario y como el endoposte. Al elemento dentario se lo prepara con ácido fosfórico al 37% en esmalte durante 15 segundos y se lava durante 30 segundos. Al endoposte se lo desengrasa con alcohol o ácido fosfórico al 37%, se lava y se procede a colocarle el cemento. Una vez que el mismo ya tiene el cemento, hay que presionar el endoposte levemente dentro del conducto,

esperar, en primer lugar, la polimerización química, aproximadamente entre 3 a 5 minutos, para luego realizar la fotopolimerización para completar con la polimerización física.

En este caso, la elección del endoposte preformado de fibra por encima de un perno metálico es porque cuenta con ciertas ventajas, entre ellas, mayor conservación del tejido, ahorro en tiempo y costos, mayor compatibilidad y, además, presenta un módulo de elasticidad similar al de la dentina. También cuentan con fresas específicas para preparar el conducto por lo que facilita el trabajo.

Una vez cementado el endoposte, se procede a tallar el muñón. En este caso, se realizó una reconstrucción con resina para después tallar el pilar.

Para tallar el pilar se utiliza una piedra troncocónica por vestibular, palatino y el desgaste oclusal y una piedra flama por proximal. La preparación concluida debe tener reducción uniforme de las superficies axiales y oclusal, convergencia de las paredes, terminación cervical, ángulos redondeados y línea de terminación cervical lisa y definida.

Los pasos del tallado del pilar cuentan con, en primer lugar, la delimitación cervical de la preparación por vestibular y palatino. Posterior a esto, se realizan los surcos guías en las superficies del elemento, tanto axiales como oclusales. Una vez delimitados los mismos, se realiza la reducción de las superficies proximales y la unión de los surcos.



Figura 5. Pilar protético

Una vez tallado el pilar, se toma una impresión con silicona de la arcada o elemento a trabajar, en este caso arcada superior para trabajar con el elemento 14, del antagonista se toma impresión con alginato para obtener el modelo y, por último, registro de mordida con cera, para así, teniendo todos estos registros se pueda realizar la prótesis coronaria total.



Figura 7. Impresión con silicona



Figura 8. Modelo antagonista y registro de mordida con cera

Posterior a la obtención de registros, se confecciona un provisorio para poder mantener la estética, la función y para proteger los tejidos adyacentes hasta la construcción de la corona definitiva. Para la confección del mismo, existen distintas técnicas, en este caso utilicé la técnica del dado, que consiste en preparar el acrílico autopolimerizable hasta conseguir una consistencia macillosa, en ese estado, se lo coloca en la boca del paciente, para determinar la cara oclusal el paciente debe morder y durante el procedimiento de polimerización se realiza inserción y desinserción constante para evitar la exotermia de los tejidos. En estado rígido se hacen los desgastes correspondientes. Una vez que ya está listo, es decir que cumple con las características de anatomía y función, se cementa con cemento de hidróxido de calcio (Provicol), es un cemento provisorio que permite que la prótesis pueda ser retirada en el momento que sea necesario.



Figura 9. Provisorio cementado

Por último, la elección del material para la corona, es el zirconio porque es un material tanto estético como resistente que, al ser un premolar está expuesto a fuerzas oclusales mayores se necesita cierta resistencia.

Para el cementado de la corona se realiza un previo enarenado con partículas de óxido de aluminio de 50  $\mu\text{m}$  durante 20 segundos, y posteriormente se aplica un primer específico que contiene 10MDP. Al elemento se lo prepara con ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos, se lava y seca. Ya preparados los sustratos, se coloca cemento resinoso dual en la corona (Smartcem), que en primer lugar se genera una polimerización química, que dura entre 3 a 5 minutos y posterior a esto se debe fotopolimerizar por todas las caras del elemento.



Figura 10. Corona definitiva cementada

## 8. DISCUSIÓN

Los endopostes se utilizan para aportar retención y resistencia en un elemento previamente endodonciado y con gran pérdida de tejido dentario. Son los encargados de soportar la restauración, es decir, funcionan como conector entre la raíz y la corona. Existen distintos tipos de postes, cada uno presenta ciertas ventajas y desventajas. Estos pueden ser colados y preformados, a su vez pueden ser metálicos o de fibra.

Al momento de elegir un endoposte preformado, el mismo cuenta con ciertas ventajas, mayor conservación de tejido dentario, ahorro de tiempo y costos, además, evitan la permanencia de los conductos parcialmente desobturados.

A su vez, al ser de fibra, debido a sus propiedades mecánicas adecuadas, como la resistencia a la tracción y la rigidez, la conductividad eléctrica y la baja toxicidad. Este material revolucionó la odontología, ya que era una alternativa eficiente a los postes de metal. El módulo de elasticidad de estos materiales reforzados con fibra era más cercano al de la dentina que los postes de metal utilizados anteriormente. Otras ventajas de los

pernos de fibra se basan en la variedad de tamaños, vienen con sus fresas específicas dependiendo el caso, tienen forma troncocónica, pueden ser retirados fácilmente en caso de fracasos.

Varias propiedades cruciales de los compuestos de fibra, como sus propiedades ópticas, mecánicas y de unión, están determinadas por el tipo de refuerzo de fibra y matriz utilizado, además de la adhesión entre sus interfaces. Tanto las fibras como la matriz contribuyen de diferentes maneras a la estabilidad del material. Las fibras proporcionan rigidez y resistencia, mientras que la matriz polimérica asegura la integridad de la estructura del compuesto y protege la fibra de daños debidos a la alta humedad y temperatura. La matriz también distribuye y transfiere la carga entre las fibras. Los compuestos de fibra se han empleado con éxito en odontología para muchas aplicaciones, como férulas de ortodoncia y periodontales, prótesis parciales fijas (FPD) y prótesis removibles. (Alshabib, A., Abid Althaqafi, K., AlMoharib, H. S., Mirah, M., AlFawaz, Y. F., & Algamaiah, H. 2023).<sup>1</sup>

Los endopostes metálicos cuentan con la desventaja del bloqueo del pasaje de la luz, puede presentar aspecto grisáceo en la zona marginal de las encías, se pueden producir distintos grados de corrosión del perno, entre otras.

Es importante poder elegir que material utilizar en un elemento tratado endodónticamente, sobre todo porque son piezas desvitalizadas y con pérdida de estructura. Así como ya fueron mencionados los endopostes tanto de fibra como metálicos, existen nuevos materiales que ayudan a la resistencia de la fractura.

La resistencia a la fractura de los elementos tratados endodónticamente, se ve afectada a causa de las cavidades de acceso en el momento de tratarlos, es por eso que se debe utilizar un material resistente a la fatiga. Existen estudios que comprueban que en los elementos que se colocan pernos de fibra o metálicos suelen presentar fracturas más comunes. Al día de hoy, se puede utilizar composite reforzado con fibra como material post-obturación para la resistencia a la fractura de los dientes tratados endodónticamente.

Los beneficios de los composites reforzados con resina están relacionados principalmente con su estética, eficiencia de tiempo, odontología sin metal y preocupaciones económicas. Son menos costosos que las cerámicas dentales, poseen una mejor estética que las restauraciones metálicas y se pueden preparar y terminar en una sola visita en el consultorio. Por el contrario, los materiales cerámicos son inherentemente frágiles y duros,

debido al potencial de fracturar y desgastar los dientes del antagonista. (Sakaguchi R., Ferracane J., Powers J. (2019).

El uso de composite reforzado con fibra como material de base aumenta la resistencia a la fractura de los dientes tratados endodónticamente, pero no tienen una resistencia a la fractura similar a la de los dientes intactos. Otros factores que aumentan la resistencia a la fractura son los dientes restaurados con ranuras de retención, colocando las fibras más cerca de los puntos de soporte de carga oclusal alta, es decir, las superficies del tercio oclusal. (Shah, E. H., Shetty, P., Aggarwal, S., Sawant, S., Shinde, R., & Bhol, R. 2021).<sup>2</sup>

Posterior a la elección y cementación del endoposte, se debe elegir el material para la rehabilitación coronaria, estas pueden ser metálicas, metalocerámicas o cerámicas. Las metálicas, devuelven tanto la morfología y como la función perdida, pero no es un material estético, no así con las coronas cerámicas. A su vez, existen distintos tipos de cerámicas, entre ellas feldespáticas, vitrocerámicas, óxido de aluminio y las que fueron de elección en este caso, las de dióxido de zirconio.

Al elegir una restauración de cerámica, se está priorizando la estética, biocompatibilidad y durabilidad química. La cerámica, imita las propiedades ópticas de los dientes. Para las indicaciones clínicas, se tiene en cuenta la composición, microestructura y propiedad de los materiales.

Las restauraciones a base de zirconio, logran buenos resultados estéticos. Es un material con cualidades y características similares a los dientes, como la dispersión de la luz. El zirconio, además, carece de componentes vítreos y presenta una estructura difícil de romper. Es el material cerámico de mayor resistencia, a su vez tiene otras características como, biocompatibilidad, poco desgaste, capacidad de pulido, dureza, baja conductibilidad térmica y estabilidad química.

La zirconia es un biomaterial estético, pero su translucidez es ligeramente menor en comparación con la vitrocerámica. Para mantener la translucidez de las prótesis de zirconia y vitrocerámica, se debe utilizar un cemento de cementación adecuado. (Kongkiatkamon, S., Rokaya, D., Kengtanyakich, S., & Peampring, C. 2023).

A su vez, las coronas de zirconio requieren cierto protocolo de acondicionamiento a la hora de ser cementadas, ya que éstas no permiten ser grabadas porque tienen poca fase vítrea y el ácido no actúa. Es por esto que se necesita un mecanismo de arenado. Este consiste en utilizar partículas de alúmina con la posterior aplicación de un primer que contenga

10MDP. Éste acondicionamiento es fundamental para generar las microporosidades y brindar retención al material.

## 9. CONCLUSIÓN

Un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento del paciente, nos lleva a tomar las decisiones necesarias para poder recuperar y mantener al elemento dentario. En este caso, el elemento presentaba gran pérdida de tejido dentario y por eso el plan de rehabilitación fue realizar perno y corona. Sabiendo que un endoposte es capaz de brindar retención, estabilidad y, además, sirve como conector entre la restauración coronaria y la raíz. Por otro lado, el material elegido en este caso para la corona, fue el zirconio que, no solo brinda resistencia sino también estética.

Si bien sabemos que hoy existen nuevos materiales para la confección de prótesis fijas unitarias, que a su vez conservan mayor cantidad de tejido, considero que los materiales de elección en este caso van a brindar soporte, función y estética necesaria y requerida por la paciente.

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Alshabib, A., Abid Althaqafi, K., AlMoharib, H. S., Mirah, M., AlFawaz, Y. F., & Algamaiah, H. (2023). Dental Fiber-Post Systems: An In-Depth Review of Their Evolution, Current Practice and Future Directions. *Bioengineering (Basel, Switzerland)*, 10(5), 551.

Cruz H., A., & Ampuero Ramírez, N. (2020). Revisión Sistemática de Protocolos de Cementación en Zirconio. *Journal of American Health*, 70–77.

Dewan H. (2023). Clinical Effectiveness of 3D-Milled and 3D-Printed Zirconia Prosthesis-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomimetics (Basel, Switzerland)*, 8(5), 394.

Kongkiatkamon, S., Rokaya, D., Kengtanyakich, S., & Peampring, C. (2023). Current classification of zirconia in dentistry: an updated review.

Melo RM, Souza RO, Dursun E, Monteiro EB, Valandro LF, Bottino MA. Surface Treatments of Zirconia to Enhance Bonding Durability. *Oper Dent*. 2015 Nov-Dec;40(6):636-43. doi: 10.2341/14-144-L. Epub 2015 Jul 7. PMID: 26151461.

Moradas Estrada, M.. (2016). Reconstrucción del diente endodonciado con postes colados o espigas de fibra: revisión bibliográfica. *Avances en Odontoestomatología*, 32(6), 317-321. Recuperado en 08 de octubre de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-128520160006000005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-128520160006000005&lng=es&tlng=es).

<sup>2</sup> Shah, E. H., Shetty, P., Aggarwal, S., Sawant, S., Shinde, R., & Bhol, R. (2021). Effect of fibre-reinforced composite as a post-obturation restorative material on fracture resistance of endodontically treated teeth: A systematic review. *The Saudi dental journal*, 33(7), 363–369.

Sunarintyas, S., Siswomihardjo, W., Tsoi, J. K. H., & Matinlinna, J. P. (2022). Biocompatibility and mechanical properties of an experimental E-glass fiber-reinforced composite for dentistry.

Zhang, Y., & Kelly, J. R. (2017). Dental Ceramics for Restoration and Metal Veneering. *Dental clinics of North America*

## **ANEXO I**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

**TRABAJO INTEGRADOR: Rehabilitación oral: perno y corona**

**AUTOR: Alonso, Gabriela**

**REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LA PROFESORA: Od. Chalup, María Teresa**

**FIRMA DEL TUTOR:**



**FECHA: 2024**

## **ANEXO II**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGIA**

**PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Yo Gabriela Alonso, estudiante y autora del Trabajo Integrador titulado "Rehabilitación oral: perno y corona" DECLARO que el trabajo es original y elaborado por mi.

Firma:



Córdoba 2024

### ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Medicina  
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA  
Universidad Jesuita

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 24 días del mes de Abril del año 2024 siendo las 19:00 hs. Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante/practicante Alonso Gabriel DNI N° 42.084.453 que habiendo aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales, oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Paula García DNI: 36.123.102

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día 01 / 03 / 2024 Hora 14:00

El/la que suscribe Paula Romina García DNI N° 36.123.102  
con domicilio en calle Sargento Gomez 6324 otorgo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta.

Firma del paciente: Paula García

Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: .....