

Villavicencio Suárez, Juan Cruz

Endodoncias múltiples en paciente diabético

**Trabajo final de la carrera de
Odontología**

Directora: Almirón, Luciana Paola

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.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR
“ENDODONCIAS MÚLTIPLES EN PACIENTE DIABETICO”

AUTOR: VILLAVICENCIO SUAREZ, JUAN CRUZ

TUTORA: OD.ESP. ALMIRÓN, LUCIANA PAOLA

PROFESORA TITULAR: DRA. PROF. BONNIN CLAUDIA

FECHA: 2025

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	5
CASO CLINICO	6
-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
-DIAGNÓSTICO	8
-PLAN DE TRATAMIENTO	8
-PROCEDIMIENTO CLÍNICO	8
DISCUSION	18
CONCLUSION FINAL	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXO I	20
ANEXO II	21
ANEXO III	22

RESUMEN:

La diabetes mellitus tipo 1 es una patología crónica que, al afectar el metabolismo de la glucosa, puede tener un impacto directo sobre la salud bucodental y especialmente sobre los procesos de curación y cicatrización luego de las intervenciones odontológicas. En el ámbito de la endodoncia, tratar a un paciente con esta condición implica adoptar un enfoque riguroso, que contemple tanto la técnica como el estado sistémico general del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la realización de dos tratamientos endodónticos en paciente con diabetes tipo 1: una biopulpectomía total en la pieza 21 diagnosticada con pulpitis irreversible asintomática, y una endodoncia por necrosis pulpar en la pieza 11. Ambos tratamientos fueron realizados en una única sesión, lo que permitió evaluar no solo la técnica en sí, sino también los factores clínicos y biológicos involucrados en este tipo de casos.

A lo largo de este trabajo se describen las características sistémicas del paciente, los pasos clínicos adoptados para minimizar riesgos, y las medidas implementadas para favorecer una correcta recuperación postoperatoria. Se pone especial énfasis en la importancia del diagnóstico, la planificación previa, el uso de protocolos estrictos de asepsia y la necesidad de mantener una comunicación fluida con el paciente.

Dada la mayor susceptibilidad a infecciones en pacientes con diabetes tipo 1, se aplicó profilaxis antibiótica previa a la intervención con el objetivo de reducir el riesgo de bacteriemia y complicaciones postoperatorias.

El tratamiento endodóntico en pacientes con diabetes tipo 1 es viable y puede ser exitoso, siempre que exista un control metabólico adecuado y se respeten ciertos criterios clínicos fundamentales. La experiencia clínica documentada en este caso destaca la importancia del abordaje interdisciplinario para garantizar resultados favorables a largo plazo.

En casos complejos, como el que presenta un paciente con Diabetes tipo I, la precisión en el diagnóstico y en la técnica utilizada es aún más crucial para garantizar el éxito del tratamiento. La endodoncia en pacientes con condiciones médicas especiales requiere una atención cuidadosa y un enfoque integral para asegurar resultados positivos y duraderos, contribuyendo a la salud bucal y general del paciente.

PALABRES CLAVES: profilaxis, diabetes tipo 1 y endodoncia múltiple.

ABSTRACT:

Type 1 Diabetes Mellitus is a chronic condition that, by affecting glucose metabolism, can have a direct impact on oral health—especially on healing and recovery processes following dental procedures. In the field of endodontics, treating a patient with this condition requires a rigorous approach that considers both technical execution and the patient's overall systemic status.

This paper aims to analyze the performance of two endodontic treatments in a patient with Type 1 Diabetes: a full biopulpectomy on tooth 21, diagnosed with asymptomatic irreversible pulpitis, and a root canal treatment due to pulp necrosis on tooth 11. Both procedures were carried out in a single session, allowing for the evaluation not only of the technique itself but also of the clinical and biological factors involved in such cases.

Throughout this paper, the patient's systemic characteristics are described, as well as the clinical steps taken to minimize risks and the measures implemented to promote proper postoperative recovery. Special emphasis is placed on the importance of diagnosis, prior planning, adherence to strict aseptic protocols, and the need to maintain open communication with the patient.

Given the increased susceptibility to infections in patients with Type 1 Diabetes, antibiotic prophylaxis was applied prior to the intervention to reduce the risk of bacteremia and postoperative complications.

Endodontic treatment in patients with Type 1 Diabetes is feasible and can be successful, provided there is adequate metabolic control and key clinical criteria are followed. The clinical experience documented in this case highlights the importance of an interdisciplinary approach to ensure long-term favorable outcomes.

In complex cases, such as the one presented by a patient with Type 1 Diabetes, precision in diagnosis and technique is even more critical to guarantee treatment success. Endodontic procedures in patients with special medical conditions require careful attention and a

comprehensive approach to achieve positive and lasting results, contributing to both oral and overall health.

KEYWORDS: prophylaxis, type 1 diabetes, multiple endodontic treatments.

INTRODUCCIÓN:

La endodoncia es la rama de la odontología dedicada al estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades de la pulpa dental y de los tejidos periapicales. En pacientes con diabetes tipo 1, el abordaje endodóntico requiere especial cuidado debido a alteraciones sistémicas que afectan la microvasculatura, los mecanismos de coagulación y la función inmunológica. La hiperglucemia sostenida deteriora progresivamente los vasos sanguíneos de pequeño calibre, compromete la perfusión tisular y reduce la capacidad de regeneración celular. Asimismo, la disminución de la actividad de fibroblastos y la producción de colágeno ralentizan la cicatrización, mientras que las alteraciones en la función plaquetaria dificultan el control hemostático. Estos factores aumentan la susceptibilidad a infecciones y complicaciones postoperatorias, por lo que su manejo requiere planificación cuidadosa y protocolos estrictos.

En el presente caso clínico se realizaron dos procedimientos endodónticos: una biopulpectomía en la pieza 21 con diagnóstico de pulpitis irreversible asintomática y un tratamiento de necrosis pulpar en la pieza 11, ambos en una única sesión. Esta decisión se basó en criterios clínicos que incluyen la reducción del estrés sistémico acumulado, la minimización del riesgo de contaminación entre citas, la limitación de exposiciones a anestesia y antibióticos, y la optimización de la recuperación postoperatoria. La condición metabólica del paciente fue previamente evaluada mediante estudios de laboratorio, constatándose compensación adecuada, lo que permitió aplicar este abordaje de manera segura y eficaz.

Debido a la mayor susceptibilidad a infecciones en pacientes diabéticos, se indicó profilaxis antibiótica previa a la intervención para disminuir el riesgo de bacteriemia y complicaciones postoperatorias, siguiendo las recomendaciones clínicas vigentes. En este caso, se administraron Amoxicilina 875 mg + Ácido Clavulánico 125 mg (Amoxidal Dúo 1 g, vía oral), 2 comprimidos, 2 horas antes del procedimiento, en ausencia de alergia a penicilina. Posteriormente, se indicó continuar con 1 comprimido cada 12 horas durante 7 días

La resolución del caso tiene como objetivo analizar y comparar ambos enfoques terapéuticos desde perspectivas clínica, técnica y biológica, considerando indicaciones, evolución y desafíos. Se abordaron criterios diagnósticos, selección de instrumentos, uso de irrigantes y avances recientes en endodoncia que contribuyen a mejorar los resultados. Las técnicas estandarizadas y corono-apical permiten una limpieza y desinfección exhaustiva del conducto radicular, asegurando la eliminación de bacterias y tejidos necrosados. Asimismo, se realizó un test de vitalidad pulpar para evaluar la respuesta del diente a estímulos térmicos o eléctricos, considerando que en pacientes con diabetes tipo 1 la sensibilidad puede verse alterada. El éxito del tratamiento depende no solo de la técnica, sino también del estado de salud general, la higiene bucal y la atención postoperatoria. La comunicación efectiva entre odontólogo y paciente es clave para garantizar el seguimiento adecuado y resultados duraderos, contribuyendo a la salud bucal y general.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar desde una perspectiva clínica y biológica la realización de tratamientos endodónticos en un paciente con diabetes mellitus tipo 1, evaluando su abordaje en una sola sesión, la profilaxis y los riesgos sistémicos asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características clínicas y sistémicas del paciente con diabetes mellitus tipo I.
- Analizar los procedimientos de las técnicas endodónticas y cómo estas influyen en la curación, cicatrización y pronóstico del tratamiento endodóntico.
- Determinar los cuidados especiales y profilaxis en pacientes con diabetes tipo 1 para prevenir complicaciones postoperatorias.
- Reflexionar sobre los beneficios y limitaciones de realizar múltiples tratamientos endodónticos en una única sesión en un paciente con esta condición médica.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 30 años de edad, sexo masculino. Presenta diabetes tipo I como enfermedad sistémica. Como hábito del paciente es fumador, alrededor de 20 cigarrillos por día. En sus antecedentes familiares su madre presenta hipertensión arterial y su padre presenta diabetes tipo II.

El paciente concurre a la consulta para realizarse un tratamiento integral, en donde podemos observar caries macropenetrantes y cambio de coloración en sus incisivos centrales.



Figura 1: Fotografía extraoral de frente



Figura 2: Fotografía intraoral de frente

En la primera consulta realizamos el examen clínico intraoral, se realizaron pruebas de vitalidad pulpar, en el elemento dentario 11 y 21. El paciente revela como antecedente que sufrió un golpe en el elemento dentario número 11 y 21, hace aproximadamente 3 años.

Se realizaron distintos test de excitabilidad al frío y al calor, test de percusión vertical y horizontal, lo cual nos permitirá determinar el diagnóstico y tratamiento pulpar adecuado. Se tomaron radiografías periapicales y ortopantomografía para observar la anatomía radicular de las piezas dentarias afectadas y detectar algún tipo de lesión periapical.



Figura 3: Ortopantomografía

-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

	Dolor	Test de excitabilidad al frío	Test de excitabilidad al calor	Percusión horizontal	Percusión vertical
Pulpa normal	Ausente	Negativo	Normal	Negativo	Negativo
Pulpitis irreversible asintomática	Provocado, espontáneo, y en la masticación	Retardado, estimulado, negativo	Retardado, estimulado, negativo	Positivo o negativo	Positivo o negativo
Pulpitis irreversible sintomática	Persistente, espontáneo, al frío/calor	Retardado, sobreestimulado	sobreestimulado	Positivo	Positivo
Necrosis pulpar	Ausente, sordo, al calor	Negativo	Retardado, negativo	Negativo	Positivo o negativo

-DIAGNÓSTICO:

Gracias a los test realizados pudimos observar lo siguiente:

En el elemento dentario número 11 se diagnosticó, necrosis y/o gangrena ya que:

- Dolor: ausente
- Test de excitabilidad al frío: negativo
- Test de excitabilidad al calor: negativo
- Percusión horizontal: negativa
- Percusión vertical: negativa

En el elemento dentario 21 se diagnosticó, pulpitis irreversible asintomática:

- Dolor: provocado y espontáneo
- Test de excitabilidad al frío: retardado
- Test de excitabilidad al calor: retardado
- Percusión horizontal: negativa
- Percusión vertical: negativa.

-PLAN DE TRATAMIENTO:

Con respecto al diagnóstico definitivo mencionado anteriormente, se está frente a una periodontitis apical crónica, donde el tratamiento que realizaremos es el de necrosis y/o gangrena en el elemento dentario 11 y en el elemento dentario número 21 estamos frente a una pulpitis irreversible asintomática en donde el tratamiento por elección es el de la biopulpectomía total. Se decidió por realizar estos tratamientos en una misma sesión, ya que, se trata de un paciente con diabetes mellitus tipo 1 compensada. Esto permitirá reducir el riesgo de infecciones cruzadas, evitar múltiples exposiciones al estrés operatorio y minimizar el número de consultas, factores relevantes en pacientes sistémicamente comprometidos. Además, se evaluó que el tiempo clínico necesario era razonable, y las condiciones anatómicas de ambos elementos dentarios eran favorables para completar los tratamientos en una sola sesión sin comprometer la calidad del procedimiento.

-PROCEDIMIENTO CLÍNICO:

Ambos tratamientos se llevaron a cabo con técnica manual, utilizando limas tipo K Maillefer y siguiendo los protocolos convencionales de instrumentación, irrigación y obturación.

- 1- Preparación de la mesa clínica:

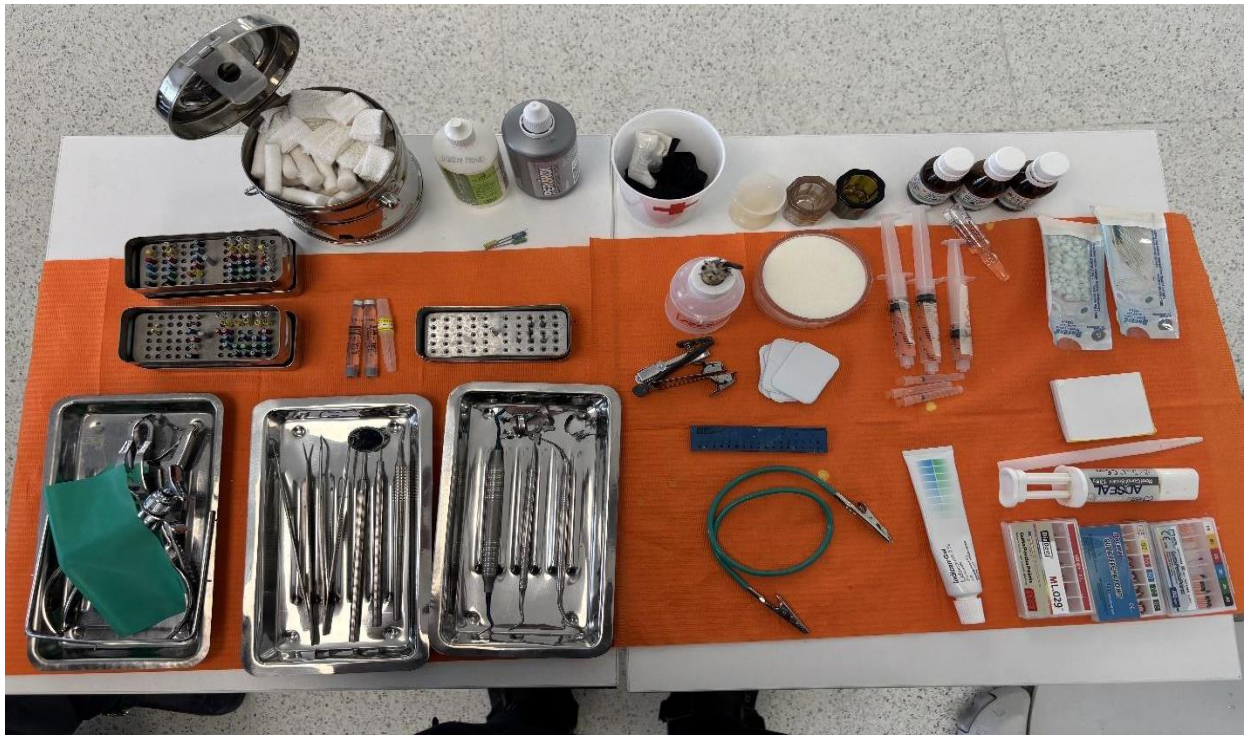


Figura 4: Preparación de la mesa clínica con respectivos materiales.

- 2- El diagnóstico pulpar: El elemento 11 presentaba necrosis y/o gangrena, mientras que el elemento 21 fue diagnosticado con pulpitis irreversible asintomática.



Figura 5: Caries en los elementos 11 y 21

- 3- Las radiografías preoperatorias correspondientes a ambas piezas.

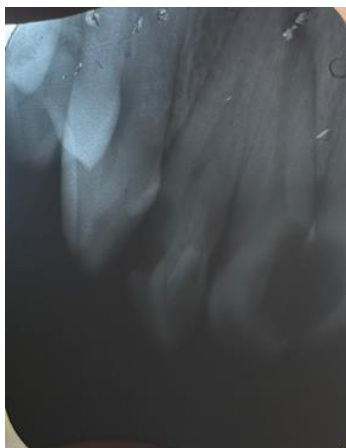


Figura 6: Elemento número 11



Figura 7: Elemento número 21

4- Colocación de anestesia Anescart Forte. En este caso optamos por la colocación de anestesia infiltrativa.

5- Aislamiento absoluto del campo operatorio. En el 21 se colocó un clamp número 210 de la marca Hu-Friedy para asegurar la goma dique, mientras que en el diente 11 se utilizó hilo retractor gingival para favorecer la colocación de la barrera gingival fotopolimerizable y evitar filtraciones y daño en los tejidos subyacentes. Esta combinación permite un sellado efectivo del margen gingival y un control adecuado del campo operatorio.

ETAPA CORONARIA:

- Eliminación de dentina cariada con fresa redonda número 2 y número 4 de carburo de tungsteno (Microdont) y piedras cilíndricas de extremo redondeado, grano medio (Microdont) con irrigación constante.
- Fresas y piedras redondas o cilíndricas de extremo redondeado



Figura 8: Aislamiento absoluto con barrera gingival, goma dique y clamps

ETAPA CAMERAL

- **Biopulpectomia en pieza 21:**
 - ❖ Trepanación del techo con fresa redonda de carburo de tungsteno número 2 marca Maillefer.
 - ❖ Eliminación del techo con fresa endo Z (Dentsply Maillefer).
 - ❖ Exéresis de la pulpa vital utilizando pulpotomo.
 - ❖ Irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5%.

- **Tratamiento de necrosis pulpar en pieza 11:**
 - ❖ Trepanación del techo cameral para el acceso al conducto radicular con fresa redonda de carburo de tungsteno número 2 marca Maillefer.
 - ❖ Eliminación de restos pulpaes necróticos mediante instrumentación manual inicial con limas K tipo estándar (Maillefer) hasta el conducto medio, complementando con movimientos de barrido e irrigación constante.
 - ❖ La limpieza y desinfección se realizó mediante irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5 %, favoreciendo la eliminación de tejidos desvitalizados y bacterias presentes en el sistema de conductos.

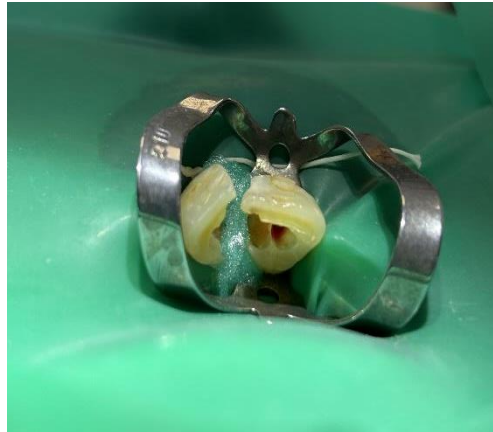


Figura 9: Etapa cameral finalizada

ETAPA RADICULAR: ELEMENTO 21 PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA

- Determinación de la longitud de trabajo: La longitud de trabajo fue de 22 mm. Este valor fue determinado previamente al inicio de la instrumentación para garantizar la precisión del tratamiento endodóntico.
- Conformación biomecánica del conducto: Se llevó a cabo mediante la técnica estandarizada, que consiste en el uso progresivo de limas manuales tipo K desde calibres menores a mayores (de N.º 15 hasta N.º 40 en este caso), introduciéndolas hasta la longitud de trabajo. Entre cada instrumento, se irrigó el conducto con hipoclorito de sodio al 2,5%, asegurando la remoción de detritos y la desinfección.
- Irrigación final y secado:
 - ❖ NaOCl 2,5%, para asegurar una desinfección completa.
 - ❖ Solución fisiológica, para eliminar residuos de irrigantes anteriores y evitar irritaciones
 - ❖ EDTA al 17%, utilizado para remover la capa de barrillo dentinario y facilitar la posterior obturación.
 - ❖ Solución fisiológica.
- Finalmente, se seca el conducto con conos de papel estériles hasta lograr una cavidad limpia y seca.

ETAPA RADICULAR: EN ELEMENTO 11 NECROSIS Y/O GANGRENA

- En el elemento 21, sin presencia de curvaturas marcadas, se empleó la técnica Crown-Down para la preparación biomecánica del conducto, dado que permite una remoción más eficaz del contenido necrótico presente en los dos tercios coronarios

del conducto. Esta técnica facilita una irrigación más efectiva desde el inicio, reduce el riesgo de extrusión apical de restos sépticos y mejora el control de la desinfección en el tercio apical. A diferencia de la técnica estandarizada, que comienza desde el foramen hacia la corona, la Crown-Down minimiza el arrastre de bacterias hacia la zona periapical, siendo especialmente indicada en piezas con necrosis o gangrena pulpar.

- Conductimetría (1-1,5 mm ápice radiográfico) en donde fue de 22 mm.
- Inicialmente, se trabajaron los dos tercios coronarios con fresas Gates Glidden nº 2 y 3 (Dentsply Maillefer) a fin de lograr un acceso en línea recta al tercio apical.
- Luego, se procedió con limas tipo K (Dentsply Maillefer), comenzando con calibres mayores en los tramos más accesibles e incrementando progresivamente la longitud de trabajo hasta alcanzar la conductimetría determinada (1 mm antes del ápice radiográfico), finalizando con una lima Nº 35.
- Durante todo el procedimiento se realizó irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5% por su acción antimicrobiana y su capacidad para disolver restos orgánicos.
- La irrigación final incluyó:
 - ❖ NaOCl 2,5%, para asegurar una desinfección completa.
 - ❖ Solución fisiológica, para eliminar residuos de irrigantes anteriores y evitar irritaciones
 - ❖ EDTA al 17%, utilizado para remover la capa de barrillo dentinario y facilitar la posterior obturación.
 - ❖ Solución fisiológica.
- Finalmente, se seca el conducto con conos de papel estériles hasta lograr una cavidad limpia y seca.



Figura 10: La conductimetría fue de 22 mm en ambos elementos dentarios

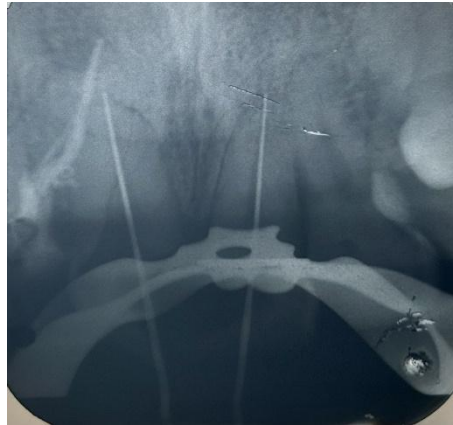


Figura 11: Radiografía periapical conductometría

ETAPA FINAL: OBTURACIÓN (elemento 11 y 21)

- Adaptación del cono principal, una vez que los conductos estén correctamente preparados, limpios y secos. El cono principal debe ser de un calibre igual o mayor de la última lima que fue utilizada en la conformación y ofrecer cierta resistencia o ajuste. Es importante recordar que se debe desinfectar los conos antes de su adaptación, para lo cual el cono es sumergido durante un minuto en iodopovidona al 10% y posteriormente en alcohol etílico al 70%
- Conometría: verificamos que la longitud de trabajo sea la adecuada de 22mm realizando una radiografía periapical. Observamos que el resultado es el óptimo.

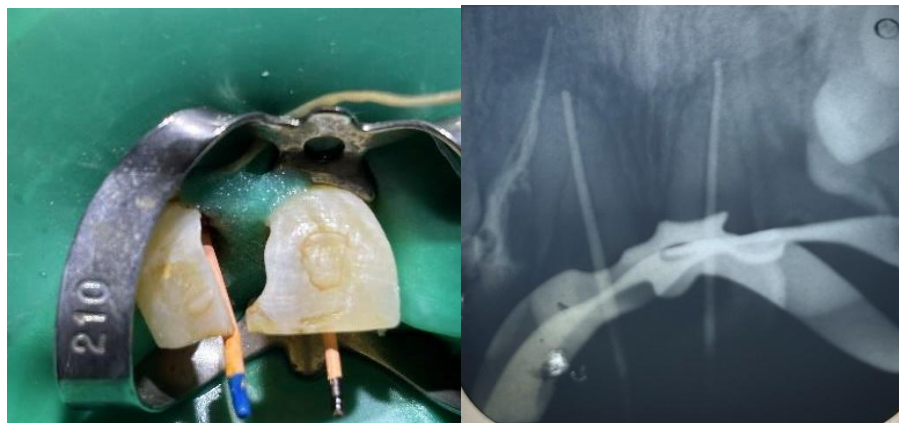


Figura 12 y 13: Colocación de conos principales y posterior radiografía para corroborar la longitud de trabajo

- Para la obturación se utilizó la técnica de condensación lateral en frío. Los conos principales fueron número 40 en el diente 21 y número 60 en el diente 11, ambos con conicidad 0.02, marca Meta Biomed. Los conos accesorios fueron MF, modelo DiaDent ML.029, también con conicidad 0.02.

El condensador empleado fue un Finger Spreader 25, de la marca Maillefer.

Antes de colocarlos, todos los conos se desinfectaron pasando primero por iodopovidona al 10 % y alcohol al 70%, dejándolos secar correctamente

Se utilizó cemento sellador, AH Plus, un cemento de resina epoxi, perteneciente a la marca Dentsply Sirona.

Se selló las cámaras provisionalmente con cemento IRM, marca Dentsply.

Finalmente, se tomó la radiografía final para confirmar la correcta obturación.



Figura 14: Cortamos los excesos con Peter Thomas.



Figura 15: Colocación de IRM.

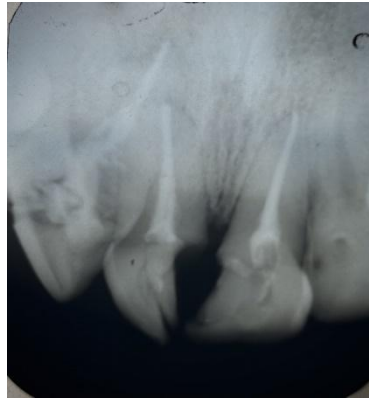


Figura 16: Radiografía final.

Es fundamental programar controles clínicos y radiográficos a corto y mediano plazo, para evaluar la evolución y asegurar la resolución adecuada del proceso inflamatorio e infeccioso. En este caso, se recomienda realizar una revisión al mes, luego a los 6 meses con examen clínico y radiografía periapical para valorar la cicatrización y el estado del tejido periapical.

Posteriormente a los 12 meses para confirmar la estabilidad del tratamiento y la ausencia de signos o síntomas que indiquen fracaso, como dolor, inflamación o radiolucidez persistentes. Estos controles son igual de importantes tanto para la biopulpectomía como para el tratamiento de necrosis, aunque en este último se presta especial atención a la resolución de la lesión apical.

El pronóstico en ambos procedimientos es favorable cuando se respetan los protocolos adecuados y el paciente mantiene un buen control metabólico. Sin embargo, es clave una vigilancia continua para detectar a tiempo cualquier complicación y actuar en consecuencia. Además, el pronóstico a largo plazo también dependerá del sellado adecuado del sistema de conductos y de una correcta rehabilitación coronaria, ya que una restauración deficiente puede generar microfiltraciones que comprometen el tratamiento endodóntico.

DISCUSIÓN:

Como tratamientos alternativos, los procedimientos podrían haberse fraccionado en citas separadas, particularmente en el diente con necrosis pulpar, lo que habría permitido evaluar la evolución clínica entre sesiones y aplicar medicación intracanal, como hidróxido de calcio, antes del sellado definitivo. Sin embargo, dividir las sesiones incrementa la exposición del paciente a anestesia y antibióticos, aumenta el riesgo de contaminación entre citas y podría comprometer tanto la comodidad como la eficacia global del tratamiento.

La utilización de sistemas mecanizados o técnicas complementarias de desinfección, como limas rotatorias o irrigación con hipoclorito de sodio activado, para optimizar la eliminación de tejido necrótico y bacterias. No obstante, la combinación de técnicas manuales estandarizadas y Crown-Down, junto con irrigación secuencial con NaOCl 2,5%, EDTA 17% y solución fisiológica, garantiza una adecuada limpieza y desinfección, permitiendo un sellado confiable en una sola cita.

En síntesis, aunque existen alternativas válidas como la fraccionación de sesiones o la incorporación de técnicas complementarias, el abordaje adoptado en este caso logró equilibrar eficacia clínica, seguridad y comodidad, respetando la condición sistémica del paciente y favoreciendo un pronóstico positivo en ambos elementos dentarios.

CONCLUSIÓN FINAL

El abordaje endodóntico de este caso clínico demostró que es posible realizar dos tratamientos de conducto en una sola sesión en un paciente con diabetes tipo 1 compensada, siempre que se respeten los protocolos clínicos adecuados y se considere la condición sistémica del paciente.

La elección de realizar ambos procedimientos en una única cita permitió reducir el número de exposiciones operatorias, disminuir el riesgo de infecciones y favorecer una recuperación más eficiente, aspectos especialmente importantes en pacientes con patologías metabólicas crónicas. Además, permite minimizar la cantidad de exposiciones radiográficas, lo cual es especialmente relevante en pacientes con patologías sistémicas crónicas que pueden requerir controles frecuentes y prolongados. La utilización de antibiótico profiláctico, el correcto diagnóstico previo y la adecuada planificación clínica fueron claves para el éxito del tratamiento. Este caso resalta la importancia de adaptar los tratamientos odontológicos a las necesidades médicas individuales de cada paciente, priorizando tanto la salud bucal como el bienestar general. Además, evidencia que, con un enfoque responsable, es posible combinar eficacia clínica y seguridad en pacientes sistémicamente comprometidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Ingle, J. I., Bakland, L. K., & Baumgartner, J. C. (2008). Endodoncia: ciencia y técnica (6.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- ✓ Torabinejad, M., Walton, R. E., & Fouad, A. F. (2020). Endodoncia: principios y práctica (6.^a ed.). Elsevier.
- ✓ Estrela, C. A. (2012). Endodoncia: Técnica y fundamentos (2.^a ed.). Medsi.
- ✓ Abraham, D., Gupta, A., Aggarwal, V., Mehta, N., & Singh, A. (2020). Diabetes mellitus and the healing of periapical lesions in root-filled teeth: A systematic review and meta-analysis. *International Endodontic Journal*, 53(11), 1472–1484. <https://doi.org/10.1111/iej.13366>
- ✓ Ali, H. E., & Amin, S. A. W. (2022). Postoperative healing after endodontic treatment of teeth with apical periodontitis in controlled diabetic patients: A prospective cohort study. *Alexandria Dental Journal*, 47(2), 98–105. <https://doi.org/10.21608/adjc.2019.7041.1008>
- ✓ American Diabetes Association. (2025). Estándares de atención médica en la diabetes – 2025. https://professional.diabetes.org/sites/dpro/files/2024-03/Standards_of_Care_-_Spanish.pdf
- ✓ Baldeón-Gutiérrez, R., Ohkura, N., Yoshida, K., Yoshida, N., & Takeuchi, R. (2023). Wound-healing processes after pulpotomy in the pulp tissue of type 1 diabetes mellitus model rats. *Journal of Endodontics*, 49(1), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2023.10.016>
- ✓ Castro, J. C., & Rojas, A. M. (2022). Protocolo de tratamiento endodóntico en pacientes con enfermedades sistémicas: enfoque en la diabetes tipo 1. *Revista Odontológica Clínica*, 37(3), 115–122. <https://doi.org/10.1234/rodc.v37i3.2022>
- ✓ Chakravarthy, P. V. K. (2023). Diabetes mellitus: An endodontic perspective. *Odontology*, 111(2), 345–352. <https://doi.org/10.1007/s10266-023-00845-w>
- ✓ Fouad, A. F., & Burleson, J. A. (2003). The effect of diabetes mellitus on endodontic treatment outcome. *Journal of the American Dental Association*, 134(1), 43–52. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2003.0021>
- ✓ González, M. J., & García, A. L. (2023). Pruebas térmicas de sensibilidad pulpar en dientes permanentes con pulpitis: una revisión. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 14, e235652. <https://ve.scielo.org/pdf/rola/v14/2174-0798-rola-14-e-235652.pdf>
- ✓ Silva, J. A., Costa, F. F., & Marques, A. A. (2021). Influence of diabetes mellitus on endodontic treatment outcome: A systematic review. *Brazilian Dental Journal*, 32(2), 145–152. <https://doi.org/10.1590/0103-6440202104125>

- ✓ Viswanath, B., Priyank, H., Shivakumar, S., Langaliya, A., Kumbhar, A. D., Jakhar, A., Cervino, G., & Minervini, G. (2024). Periapical healing outcome following non- surgical endodontic intervention among diabetic patients: A systematic review. Saudi Dental Journal, 36(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2023.10.002>

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “Endodoncias múltiples en paciente diabético”

AUTOR: Villavicencio Suarez Juan Cruz

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Od.Esp. Almirón, Luciana Paola



FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 17-09-2025

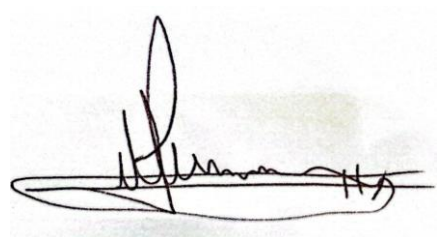
ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Juan Cruz Villavicencio Suarez, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado, “Endodoncias múltiples en pacientes diabético” declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Cruz Villavicencio Suarez', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large, looped initial 'J'.

Córdoba, 17-09 de 2025

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 23 días del mes de Abril del año 2023 siendo las 15:15 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Morón Becquid DNI N° 38.332.648 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: Morón Becquid DNI: 38.332.648

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 fotografien 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 anátomo 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 23 / 04 / 23 Hora 15.

El/la que suscribe Morón Becquid DNI N° 38.332.648
con domicilio en calle Espejo 702 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta.

Firma del paciente: [Firma] Firma del Profesional a cargo: _____

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