



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Departamento de atención a la salud

Licenciatura en Estomatología

Rehabilitación post endodóntica mediante endocorona: Reporte de un caso clínico

Informe de Servicio Social

LDC: San Lorenzo Atemoaya

Presenta: Valeria Arroyo Aguirre

2203022362

Promoción: 1 de febrero del 2025 – 31 de enero del 2026

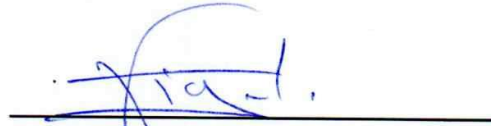
Asesoras:

C.D.E.P. Karla Eugenia Miguelena Muro

C.D.E.E. Nalleli Daysi Flores Hernández

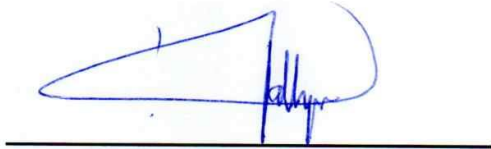
Rehabilitación post endodòntica mediante endocorona:
Reporte de un caso clínico

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

C.D.E. KARLA EUGENIA MIGUELENA MURO



ASESOR INTERNO

C.D.E. NALLELI DAYSI FLORES HERNÁNDEZ



COMISIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.E. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

RESUMEN DEL INFORME

El servicio social se llevó a cabo en el Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya, clínica estomatológica perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), ubicada en la localidad de San Lorenzo Atemoaya, en la alcaldía Xochimilco, Ciudad de México. El periodo de realización comprendió del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026. Durante este tiempo, se participó activamente en actividades clínicas, académicas y de investigación orientadas a la atención odontológica integral y al fortalecimiento de la práctica profesional en el área de estomatología.

Como parte del servicio social se desarrolló el proyecto de investigación titulado *“Rehabilitación post endodóntica mediante endocorona: Reporte de un caso clínico”*, cuyo objetivo principal fue describir la rehabilitación del segundo molar superior derecho mediante una endocorona de disilicato de litio como una alternativa restauradora conservadora en un diente tratado endodónticamente con espacio interoclusal disminuido. La metodología empleada correspondió a un estudio de caso clínico, en el cual se realizó el seguimiento del paciente durante un trimestre completo, permitiendo evaluar de manera continua la evolución clínica y funcional del tratamiento.

El procedimiento incluyó el diagnóstico, la planificación del tratamiento, la preparación del diente, la selección del material restaurador y la colocación de la endocorona, priorizando la preservación de la estructura dental remanente. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que se logró una adecuada rehabilitación funcional y estética, así como una correcta adaptación marginal y aceptación por parte del paciente. Este caso clínico evidencia que la endocorona de disilicato de litio representa una opción viable, conservadora y predecible para la rehabilitación post endodóntica en molares con condiciones anatómicas específicas, contribuyendo al ejercicio clínico basado en evidencia dentro del campo de la estomatología.

Palabras clave: Endocorona, endodoncia, disilicato de litio, caso clínico.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL	5
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	6
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	18
CAPÍTULO IV. INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO	19
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	24
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente informe tiene como finalidad describir las actividades realizadas durante el servicio social la Licenciatura en Estomatología, el cual se llevó a cabo en el Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya, clínica estomatológica perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Ubicada en la localidad de San Lorenzo Atemoaya, en la alcaldía Xochimilco, Ciudad de México. El periodo de realización del servicio social comprendió del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, tiempo durante el cual se desarrollaron actividades clínicas, académicas y de investigación orientadas a la atención odontológica integral de la población.

El informe se estructura en diversos capítulos que permiten presentar de manera ordenada y clara el desarrollo del servicio social, asimismo, incluye una descripción de la investigación realizada titulada *“Rehabilitación post endodóntica mediante endocorona: Reporte de un caso clínico”*, cuyo objetivo fue describir la rehabilitación del segundo molar superior derecho mediante una endocorona de disilicato de litio como alternativa restauradora conservadora en un diente tratado endodónticamente con espacio interoclusal disminuido. La investigación se desarrolló bajo la metodología de caso clínico, dando seguimiento integral al paciente durante el año en que el servicio social se concretó, lo que permitió evaluar los resultados clínicos obtenidos. En los capítulos posteriores se menciona de manera cronológica las actividades que se realizaron durante el año del servicio social.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Introducción

La rehabilitación de dientes tratados endodónticamente representa un reto clínico constante debido a la pérdida de estructura dental, la disminución de la resistencia mecánica y el riesgo de fractura a largo plazo. Tradicionalmente, estos dientes han sido restaurados mediante postes intrarradiculares y coronas convencionales; sin embargo, estas alternativas suelen requerir un desgaste adicional de tejido dentario sano, lo que puede comprometer el pronóstico del órgano dentario.

En este contexto, las restauraciones adhesivas, como las endocoronas, han surgido como una opción conservadora que permite preservar mayor cantidad de estructura dental y aprovechar la cámara pulpar como elemento de retención. Diversos estudios recientes han demostrado que las endocoronas elaboradas en cerámicas de alta resistencia, como el disilicato de litio, ofrecen resultados clínicos favorables en dientes posteriores tratados endodónticamente, especialmente en molares con pérdida de altura coronaria o espacio interoclusal reducido.

El presente trabajo se desarrolló durante el servicio social realizado en Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya, ubicado en Xochimilco, San Lorenzo Atemoaya, Ciudad de México, durante el periodo comprendido de 1 de febrero de 2025 a 31 de enero de 2026. En este entorno clínico se atendió a una paciente de 56 años de edad, aparentemente sana, quien acudió a consulta para rehabilitación integral. Tras la evaluación clínica y radiográfica, se identificó un molar superior con tratamiento de conductos previo, espacio interoclusal disminuido y condiciones favorables para una rehabilitación mediante endocorona.

El objetivo de este proyecto es describir y analizar el manejo clínico de un diente tratado endodónticamente rehabilitado mediante una endocorona de disilicato de litio, destacando los criterios de diagnóstico, planificación del tratamiento, selección del material y resultados clínicos obtenidos. Asimismo, se realiza una revisión de la literatura científica actual que respalda el uso de este tipo de restauraciones, con el fin de aportar evidencia clínica que contribuya a la toma de decisiones en la práctica odontológica contemporánea.

Palabras clave

Endocorona; Disilicato de litio; Rehabilitación post-endodóntica; Odontología restauradora

Planteamiento del problema

En la práctica odontológica actual, la restauración de dientes tratados endodónticamente representa un desafío clínico debido a la pérdida de estructura dental y al compromiso biomecánico que este conlleva.

De manera habitual, el tratamiento restaurador de elección ha sido la corona total y la colocación de un poste interradicular (en algunos casos).

Actualmente, las endocoronas han surgido como una alternativa conservadora para la restauración de dientes posteriores tratados endodónticamente, ya que se aprovecha la cámara pulpar como anclaje adhesivo, evitando el uso de postes y reduciendo la preparación dental. Su éxito depende en

su mayoría de la integridad del remanente coronal, el sellado adhesivo y la selección del material restaurador, siendo el disilicato de litio uno de los materiales más utilizados por su resistencia mecánica, estética dental y su capacidad de unión al sustrato dental mediante sistemas adhesivos. En el caso clínico expuesto, la paciente presentó una pérdida de espacio interoclusal disminuido del OD 17, lo que limitaba la posibilidad de una restauración convencional sin comprometer aún más el tejido dental remanente. Por lo que, se optó por la colocación de una endocorona de disilicato de litio, buscando restaurar la estética y la función de una manera mínimamente invasiva. Aún existe un debate respecto a su comportamiento clínico a largo plazo y a los factores que condicionan su éxito, tales como el diseño cavitario, tipo del material cerámico y la técnica de adhesión empleada. Por ello, surge la necesidad de documentar y describir el tratamiento mediante endocorona, con el fin de contribuir a la evidencia clínica disponible y fortalecer la toma de decisiones clínicas en la restauración de dientes tratados endodónticamente.

Justificación

Los dientes tratados endodónticamente suelen presentar una disminución significativa de estructural dental remanente, comprometiendo su resistencia y aumentando el riesgo de fractura. Las coronas totales han sido una alternativa de elección para su rehabilitación, sin embargo, este tipo de restauraciones requiere un desgaste adicional de tejido sano, comprometiendo aún más la resistencia del remanente dental. Los dientes posteriores necesitan protección cuspídea al recibir mayores cargas de masticación.

En particular, el segundo molar superior derecho de la paciente que se muestra en este caso mostraba una pérdida de altura y espacio interoclusal disminuido, lo que dificultaba su rehabilitación mediante restauraciones convencionales sin provocar un desgaste adicional del tejido sano.

La endocorona representa una opción restauradora conservadora y altamente funcional para este tipo de casos, ya que permite aprovechar la cámara pulpar formando un monobloque funcional como parte del sistema de retención adhesiva, reduciendo la necesidad de una preparación adicional y favoreciendo la estructura remanente dental. Además, el uso de materiales cerámicos como el disilicato de litio ofrece excelentes propiedades estéticas, alta resistencia mecánica y una óptima integración con los tejidos dentales.

Por lo anterior, se decidió realizar una endocorona en el OD 17, con el propósito de restablecer la función, estética y la durabilidad del diente tratado endodónticamente, empleando un enfoque mínimamente invasivo acorde con los principios actuales de la odontología restauradora adhesiva. Este caso clínico busca documentar el procedimiento realizado, los resultados obtenidos y su relevancia dentro de las opciones terapéuticas modernas.

Objetivo general

Describir la rehabilitación del segundo molar superior derecho mediante una endocorona de disilicato de litio como alternativa restauradora conservadora en un diente tratado endodónticamente con espacio interoclusal disminuido

Objetivo específicos

- Identificar las condiciones clínicas y radiográficas del OD 17 que justificaron el uso de una endocorona como tratamiento restaurador

- Detallar el procedimiento clínico y técnico realizado para elaboración y cementación de la endocorona de disilicato de litio
- Evaluar los resultados funcionales y estéticos obtenidos tras la rehabilitación
- Comparar los hallazgos del caso clínico con la evidencia reportada en la literatura sobre el uso de endocoronas en dientes posteriores tratados endodónticamente.

Marco teórico

- 1.1 Definición de tratamiento de conductos
- 1.2 Indicaciones en el tratamiento de conductos
- 1.3 Características de una obturación adecuada
- 1.4 Rehabilitación post endodóntica
- 1.5 Definición de endocorona
- 1.6 Indicaciones y contraindicaciones
- 1.7 Diferencias frente a coronas convencionales
- 1.8 Materiales de endocorona

ACTUALIZACIÓN DE LA LITERATURA

1.1 Definición de tratamiento de conductos

El tratamiento de conductos consiste en la remoción de los tejidos orgánicos, residuos infecciosos y bacterias patógenas del sistema de conductos mediante la instrumentación mecánica y aplicación de agentes desinfectantes, así como el sellado tridimensional hermético. (1)

1.2 Indicaciones para el tratamiento de conductos

El tratamiento de conductos está indicado en dientes que presentan pulpitis irreversible, necrosis pulpar, lesiones periapicales o cuando la estructura dental se encuentra comprometida por caries profunda o algún trauma, pero el diente mantiene suficiente soporte periodontal y restaurador para su rehabilitación. (2). En algunos casos se considera el tratamiento de conductos donde se requiere un pilar prótesisico y el remanente dental no permite una restauración sin intervenir en la pulpa. (1)

1.3 Características de una obturación adecuada

La obturación del Sistema de Conductos Radiculares (SCR) es uno de los indicadores de un tratamiento endodóntico exitoso. La obturación se considera adecuada cuando presenta las siguientes características:

- Sellado tridimensional continuo que impida la microfiltración coronaria y apical (3)
- Densidad homogénea del material obturador, sin vacíos (3)
- Extensión apropiada: debe llegar 0-2 mm del ápice radiográfico, evitando sobreobturaciones o subobturaciones (2, 4)
- Adaptación íntima a las paredes del conducto, respetando la anatomía radicular (4)
- Uso de materiales biocompatibles como gutapercha con selladores de base de resina, biocerámicos o silicatos de calcio, los cuales han demostrado mejores propiedades de sellado y éxito clínico en estudios recientes (3,4)

1.4 Rehabilitación post endodóntica

El éxito del tratamiento endodóntico se puede evaluar mediante radiografías donde exista una reducción o desaparición de la lesión apical, hallazgos clínicos tal y como ausencia de signos y síntomas (ausencia de dolor e inflamación). La evaluación radiográfica se considera un método eficaz, pues este evalúa la longitud y densidad del material de relleno en relación con el ápice radiográfico, así como errores en el procedimiento tales como: perforación, fractura de instrumentos o escalones. (2)

Los estudios recientes muestran que la mayoría de los fracasos endodónticos están relacionados con microfiltración coronaria, pérdida estructural o restauraciones inadecuadas, más que la endodoncia misma (4). Por lo que, se requiere una protección inmediata contra filtración coronaria mediante una restauración temporal o definitiva dentro de los primeros días posteriores al tratamiento. (5) La restauración seleccionada debe ofrecer una retención suficiente sin comprometer el tejido dentario remanente, además de evitar la microfiltración bacteriana y reducir el riesgo de fracturas radiculares. (6)

1.5 Definición de endocorona

La técnica de restauración con endocoronas fue desarrollada por Pissis en 1995 como una restauración monobloque que cubre la superficie oclusal y se extiende hacia la cámara pulpar. (7) Sin embargo, fue bien definida por Bindl y Mörmann en 1999 como una restauración monolítica (ya sea de cerámica o de material compuesto) destinada a piezas posteriores tratadas endodónticamente, principalmente, que se fijan adhesivamente al diente mediante una doble retención: Por un lado, una retención macromecánica al aprovechar la cámara pulpar y los márgenes de la preparación, y por otro una retención micromecánica impartida por el cemento adhesivo. (8)

1.6 Indicaciones y contraindicaciones

Las endocoronas están indicadas en dientes posteriores con tratamiento de conductos, principalmente. Dientes con pérdida de estructura dental significativa y limitado espacio interoclusal, dificultando el grosor adecuado de material para coronas convencionales. Así como, dientes con coronas clínicas cortas (5) También están indicadas en dientes que presentan conductos radiculares muy curvos, cortos, calcificados y/o estrechos o con instrumentos fracturados dentro del conducto que impiden la colocación de un poste. (7)

Por otro lado, las endocoronas están contraindicadas cuando la cámara pulpar es poco profunda (menor a 3 mm), existe un debate sobre su uso en dientes anteriores y premolares, debido a que, diversos investigadores apuntan una tasa de fracaso mayor en las endocoronas en comparación con los molares, esto en relación a una menor superficie de adhesión debido al área reducida de la cámara pulpar (6); un margen cervical menor a 2 mm; cuando existe movilidad grado II o III; lesiones a nivel de furca o falta de soporte óseo. (8). En casos de hábitos parafuncionales donde la tensión lateral aumenta, como es el caso de una anatomía oclusal pronunciada o desgaste (Bruxismo severo) (7)

1.7 Diferencias frente a coronas convencionales

La endocorona ofrece una técnica conservadora que evita la eliminación de grandes cantidades de tejido dental sano en comparación con las coronas convencionales. Este tipo de restauraciones fueron diseñadas para usarse sin la colocación de un poste intrarradicular previo, puesto que la preparación para la colocación del mismo sugiere un canal de tamaño excesivo, aumentando la probabilidad de fractura radicular y con ello, el fracaso del tratamiento, la endocorona suele ser una

alternativa viable, ya que estas se adhieren a la parte interna de la cámara pulpar y márgenes de la cavidad. (8) Las restauraciones con endocorona parecen eliminar la necesidad de reconstrucciones y postes. (7)

La tasa de éxito estimada a 5 años de las coronas convencionales es del 98,3%, mientras que las endocoronas estiman un 91,4% (9) En términos biomecánicos, diversos estudios han demostrado que las endocoronas presentan una resistencia a la fractura igual o incluso superior a las coronas con postes, especialmente cuando se utilizan materiales cerámicos reforzados como el disilicato de litio. (5,7)

El grosor de la parte oclusal también es considerado un factor de importancia en la resistencia a la fractura, puesto que el grosor oclusal de las endocoronas es de 3 a 7 mm y el de las coronas convencionales es de 1,5 a 2 mm, esto presenta una mayor resistencia a la fractura por parte de las endocoronas. (7)

1.8 Materiales de endocorona

En la elaboración de endocorona se debe tener en cuenta ciertas propiedades para la elección del material como: propiedades mecánicas (resistencia a la flexión, dureza y módulo de elasticidad) y propiedades ópticas (tener la capacidad de reproducir el color natural de los dientes y reflejar la luz). Las endocoronas pueden ser de zirconia o disilicato de litio. (10)

Material	Tipo	Características principales	Uso en endocoronas
Disilicato de litio	Vidrio-cerámica reforzada	-Alta estética -Flexión (350-450 MPa) -Excelente adhesión con cementos resinosos	Más utilizado actualmente, especialmente en molares y premolares
Zirconia monolítica	Policristalina	-Alta estética -Flexión (>900 MPa) -Costos altos	Indicadas en molares con cargas oclusales mayores

Tabla 1. Tabla comparativa de los materiales utilizados en la fabricación de endocoronas

Los dientes tratados endodónticamente son susceptibles a fallas biomecánicas, por lo que, el diente debe ser restaurado con un material cuyo módulo de elasticidad sea similar al diente, con una resistencia mecánica alta y suficiente capacidad de unión a la estructura dental para distribuir las fuerzas oclusales. (8) Según la literatura y el cuadro anterior, el disilicato de litio ha sido la mejor opción para la fabricación de endocorona, debido a su gran resistencia, aunque la zirconia presenta una resistencia superior al disilicato de litio, el costo es aún mayor frente al último mencionado, por lo que, el disilicato de litio sigue siendo la opción más utilizada en la fabricación de endocoronas. (5,6,8) *Tabla 1*

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Datos generales del paciente

Paciente femenina de 56 años de edad, aparentemente sana, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Acudió a LDC San Lorenzo Atemoaya para valoración y rehabilitación integral, con el propósito de establecer la función masticatoria y estética en todos sus dientes.

Durante el interrogatorio clínico, la paciente refirió previo tratamiento de conductos en una pieza posterior superior. En la exploración intraoral, se observó el OD 17 con pérdida de espacio interoclusal disminuido en comparación con el OD 18, además de restauraciones previas en buen estado y ausencia de signos clínicos como inflamación o movilidad dental.

Análisis clínico y radiográfico

En la exploración clínica, se aprecia pérdida de espacio interoclusal disminuido, las paredes del diente se presentaban integra, no existió lesión cariosa o movilidad, el órgano dental se encontró asintomático a la percusión, sin sensibilidad a la palpación y se encontraba obturado con resina

Se decidió tomar una radiografía para determinar la Obturación del Sistema de Conductos Radiculares (SCR), estos se apreciaban bien sellados con una longitud de obturación adecuada, sin evidencia de lesiones periapicales, radiográficamente también se observaba la pérdida de altura en la corona en comparación con el OD 18, sin signos de reabsorción radicular o alteraciones óseas.

Fig. 1

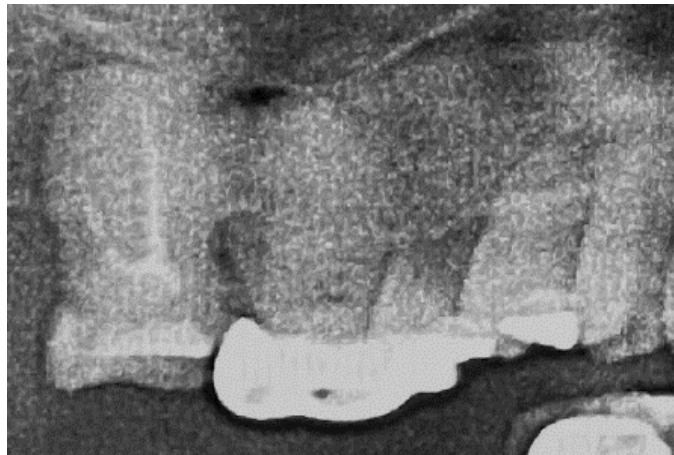


Fig 1. Radiografía inicial de OD 17

Diagnóstico y tratamiento

Después de revisar de manera clínica y radiográfica, el diagnóstico definitivo se describe como: OD 17 tratado endodónticamente con pérdida de altura coronal, indicado para la rehabilitación con endocorona de disilicato de litio. *Tabla 2*

Tipo de diagnóstico	Descripción
Diagnóstico pulpar	Diente previamente tratado
Diagnóstico periapical	Sano, sin alteraciones
Diagnóstico estructura remanente	Espacio interoclusal disminuido y pérdida de altura coronal

Tabla 2. Diagnostico por clasificación

Procedimiento clínico

Una vez realizada la valoración clínica y radiográfica del OD 17 tratado endodónticamente, de haber verificado la calidad del sellado endodóntico y la ausencia de signos patológicos apicales, se realizó el diseño de la preparación: se eliminó el material restaurador previo (resina) y restos de gutapercha coronales hasta dejar la cámara pulpar libre, la entrada de los conductos se selló con una capa fina de resina compuesta A3 Charisma[®] se conformó una cavidad oclusal con márgenes redondeados con una profundidad aproximada de 2 mm hacia la cámara pulpar con ayuda de una fresa troncocónica punta redondeada de grano medio, se eliminaron ángulos internos agudos para dar forma trapezoidal con una fresa punta redondeada de grano fino, se eliminaron puntos de contacto con una fresa punta de lápiz de grano fino, la preparación externa para marcar terminación se realizó con fresa troncocónica de punta redondeada de grano medio y se contornearon las paredes tanto externas como internas con fresa troncocónica de punta redondeada grano superfino. 2 Se colocó cinta teflón y provisional de acrílico. (Fig 2 y 3) En una segunda cita se realizó la toma de impresión en dos pasos con silicona por adición Variotime[®], previa colocación de hilo retractor Ultrapak[®] técnica doble hilo_ #000 y #00, (Fig. 4A y B) antagonista con alginato y registro de mordida en cera. Se envió a laboratorio para la fabricación de endocorona de disilicato de litio terminada. (Fig. 5A, B y C)

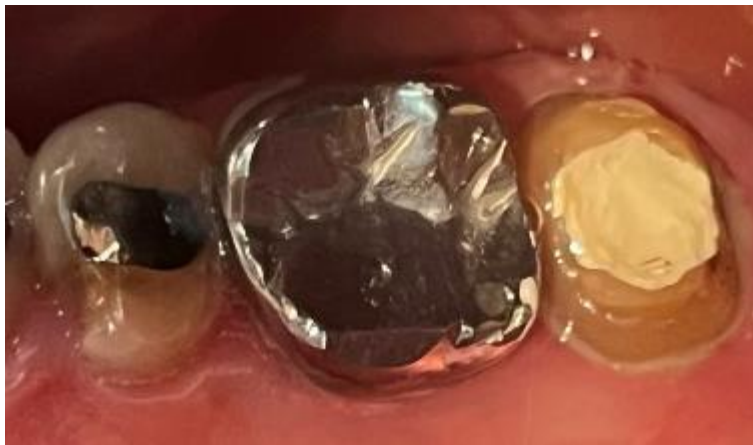


Figura 2. Vista clínica oclusal de OD 17 posterior a la preparación con material de relleno provisional (Cavit)



Figura 3. Vista clínica vestibular de OD 17 posterior a la preparación con material de relleno provisional (Cavit)



Figura 4. A) OD 17 con hilo retractor #00 y #000 durante impresión y B) Impresión total superior con silicona por adición Variotime® con técnica de dos pasos

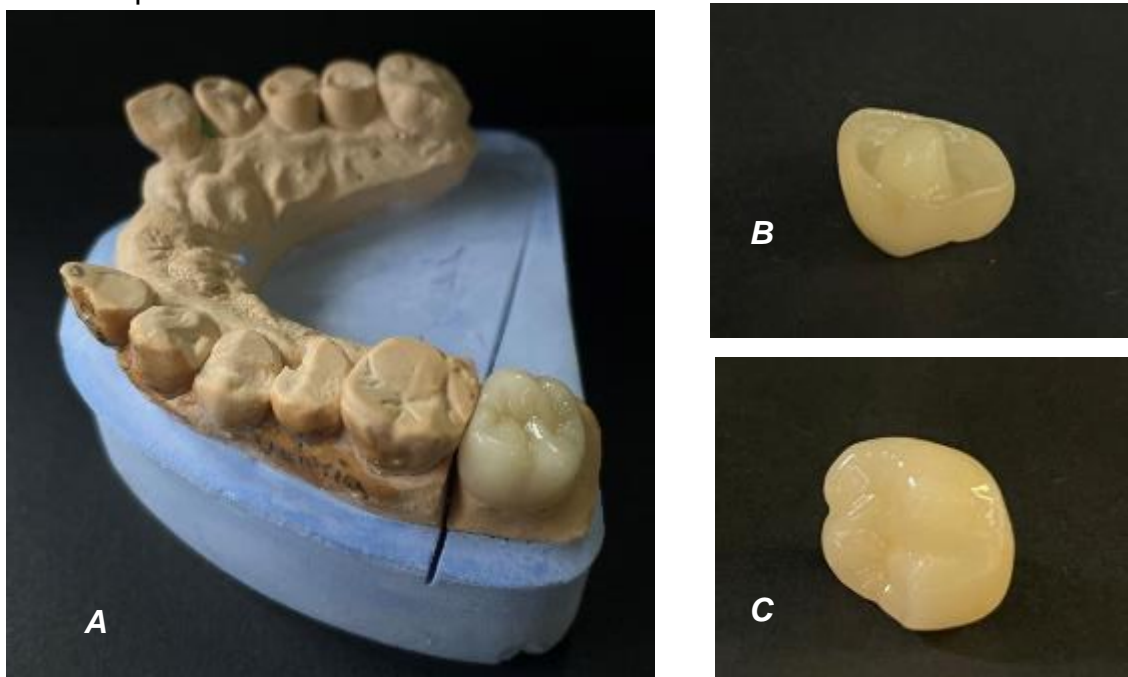


Figura 5 A) Endocorona sobre modelo de yeso, B) Vista interna de endocorona de disilicato de litio y C) Vista oclusal de endocorona de disilicato de litio

Para la cementación se utilizó Resina Dual ICEM[®] Kulzer, el sustrato restaurador fue acondicionado con ácido fluorhídrico Ultradent[™] Pcelain Etch al 9% durante 20 segundos, lavado abundante, limpieza en tina de ultrasonido con alcohol al 95%, secado y colocación de Silano Ultradent[™] permitiendo su evaporización, colocación de adhesivo GLUMA[®] Bond Universal Kulzer que fue dispersado con aire. A su vez, el sustrato dental fue grabado de manera selectiva en esmalte con ácido ortofosfórico Medental al 37% durante 15 segundos, lavado, adhesivo GLUMA[®] Bond Universal Kulzer pincelando esmalte y tallando 20 segundos sobre dentina, se dispersó con aire. Se colocó la Resina Dual ICEM[®] Kulzer sobre la corona previamente acondicionada, se acentó, se eliminaron los excedentes con microbrush y se fotopolimerizó 2 segundos para retirar excedentes restantes, se colocó vaselina y se fotopolimerizó en todas sus caras por 20 segundos. (Fig. 6)



Figura 6. Materiales utilizados para la cementación de endocorona de disilicato de litio: Ácido fluorhídrico, Silano, ácido grabador, adhesivo y resina dual (De izquierda a derecha)

Resultados y

seguimiento

Tras la cementación de la endocorona de disilicato de litio en el órgano dentario 17, se observó una adecuada adaptación marginal y oclusal, no existió presencia de desajustes. (Fig. 7A y B) La restauración mostró una integración estética con los tejidos adyacentes. Durante la cita de control a las 24 horas, la paciente no refirió molestias ni sensibilidad. La prueba de percusión fue negativa y la encía mostró respuesta normal sin signos de inflamación. De igual manera, en la evaluación radiográfica postoperatoria se corroboró el sellado de la restauración sin espacios visibles entre la estructura dental y el material restaurador. (Fig. 8)

A los cinco meses de seguimiento, la restauración se mantuvo en condiciones clínicas óptimas, con adecuada estabilidad oclusal, sin desprendimiento ni microfiltraciones visibles. La paciente también reportó satisfacción en estética. (Fig. 9)





Figura 7. A) Endocorona de disilicato de litio cementada en OD 17 vista vestibular y B)



Figura 9. Radiografía de OD 17 final Endocorona de disilicato de litio cementada, espacio interoclusal similar al OD 18, el sellado del tratamiento de conductos se mantiene con hermético.

DISCUSIÓN

La rehabilitación de dientes posteriores tratados endodónticamente continúa siendo un tema relevante dentro de la odontología restauradora debido al compromiso biomecánico derivado de la pérdida de estructura dental. En el presente caso, la selección de una endocorona de disilicato de litio para restaurar el órgano dentario 17 coincidió con las recomendaciones de la literatura reciente, la cual menciona que las endocoronas constituyen una alternativa conservadora y altamente predecible cuando existe una cámara pulpar que brinda retención adhesiva suficiente y un remanente coronal íntegro.

Diversos estudios reportan tasas de éxito superiores al 90% a cinco años en endocoronas cementadas en molares, especialmente cuando son elaboradas en disilicato de litio debido a su resistencia a la flexión, adecuada integración óptica y capacidad de adhesión al sustrato dental. Estos hallazgos concuerdan con el desempeño observado en el presente caso, donde tras el

seguimiento clínico la restauración se mantuvo estable, sin microfiltraciones visibles, sin desprendimientos y con una adecuada adaptación marginal.

Otro aspecto relevante al analizar este caso es la pérdida de altura y espacio interoclusal disminuido en el OD 17, situación que limita la preparación de una corona convencional. Esto coincide con la evidencia que indica que, en casos donde el espacio oclusal es reducido, la endocorona permite conservar mayor cantidad de estructura dental y distribuir mejor las cargas oclusales gracias a su diseño monolítico que integra la cámara pulpar como parte del sistema de retención. La decisión de no emplear un poste también es congruente con las recomendaciones actuales, las cuales señalan que, cuando el diente presenta un adecuado remanente coronal y el sellado endodóntico es adecuado, la colocación de un poste no ofrece ventajas adicionales y puede aumentar el riesgo de fractura radicular.

En cuanto a los materiales, se eligió disilicato de litio, material ampliamente documentado por su rendimiento clínico favorable. Si bien la zirconia monolítica presenta una resistencia mayor, su adhesión es menos predecible y su uso suele reservarse para pacientes con cargas oclusales elevadas o bruxismo severo. En este caso, el disilicato de litio ofreció un equilibrio óptimo entre estética, resistencia mecánica y adhesión.

Por último, la técnica adhesiva empleada se ajustó a los protocolos vigentes para cerámicas vítreas, que incluyen grabado con ácido fluorhídrico, aplicación de silano y adhesión mediante cementos resinosos duales. La correcta ejecución de esta secuencia es un factor determinante en el éxito clínico de las endocoronas, lo cual se refleja en los resultados obtenidos.

En síntesis, los hallazgos del presente caso coinciden con la literatura y refuerzan la utilidad de las endocoronas como una alternativa restauradora conservadora, funcional y estética para molares tratados endodónticamente.

CONCLUSIÓN

La rehabilitación del órgano dentario 17 mediante una endocorona de disilicato de litio mostró resultados clínicos favorables, tanto funcionales como estéticos, durante el seguimiento realizado. La adecuada selección del caso, el análisis del remanente dental y la calidad del tratamiento de conductos fueron factores determinantes para el éxito del procedimiento.

Este caso clínico confirma que las endocoronas representan una alternativa efectiva y mínimamente invasiva para dientes posteriores tratados endodónticamente, especialmente en situaciones donde existe pérdida de altura coronaria o espacio interoclusal limitado. Su diseño permite aprovechar la cámara pulpar como anclaje adhesivo, evitando la colocación de postes y reduciendo la necesidad de desgaste adicional de estructura dental sana.

El disilicato de litio demostró ser un material adecuado para este tipo de restauraciones gracias a su resistencia mecánica, estética y predictibilidad adhesiva. Asimismo, la aplicación rigurosa del protocolo adhesivo garantizó un sellado adecuado y una excelente integración con los tejidos dentales.

Finalmente, la documentación de este caso contribuye a la evidencia clínica disponible y resalta la importancia de considerar las endocoronas como una opción restauradora válida dentro de la odontología actual, siempre que las condiciones clínicas lo permitan y se sigan protocolos adecuados de preparación y cementación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marvaniya J, Agarwal K, Mehta DN, Parmar N, Shyamal R, Patel J. Minimal invasive endodontics: a comprehensive narrative review. *Cureus*. 2022;14(6):e25984. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.25984>
2. Maldonado-Sanhueza F, Gómez-Inzunza V, Rosas-Mendez C, Hernández-Vigueras S. Evaluación del éxito de tratamientos endodónticos realizados por estudiantes de pregrado en una universidad chilena. *Int J Odontostomat*. 2020;14(2):154-159. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v14n2/0718-381X-ijodontos-14-02-154.pdf>
3. Cedeño-Delgado M, Pinos-Robalino P, Segovia-Palma P. Obturación del sistema de conductos radiculares: revisión de la literatura. *RECIAMUC*. 2020;4(1):255-266. doi:10.26820/reciamuc.4.1.2020.255-266. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/339341234>
4. Poma-Carchi LK, León-Castro PA. Frecuencia de complicaciones endodónticas en la práctica clínica de estudiantes de pregrado: revisión de literatura. *Anat Digit*. 2025;8(3.2):91-108. Disponible en: <https://dSPACE.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0e1b0066-8bc1-4f2f-b20e-2fbff08b45b0/content>
5. AlDabeeb DS, Alakeel NS, Al Jfshar RM, et al. Endocrowns: indications, preparation techniques, and material selection. *Cureus*. 2023;15(12):e49947. doi:10.7759/cureus.49947. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/376249271>
6. Andrade GS, Saavedra G de SFA, Augusto MG, Leon GA, Brandão HCB, Tribst JPM, et al. Post-endodontic restorative treatments and their mechanical behavior: a narrative review. *Dent Rev (N Y)*. 2023;3(1):100067. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dentre.2023.100067>
7. Mezied MS, Alhazmi AK, Alhamad GM, Alshammari NN, Almukairin RR, Aljabr NA, et al. Endocrowns versus post-core retained crowns as a restoration of root canal treated molars: a review article. *J Pharm Bioallied Sci*. 2022;14(Suppl 1):S39–S42. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_159_22
8. Endocorona: un enfoque diferente en rehabilitación oral. *Rev Inf Cient*. 2021; (Artículo en Internet). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinficie/ric-2021/ric216n.pdf>
9. Huang Y, Fokkinga WA, Zhang Q, Creugers NHJ, Jiang Q. Biomechanical properties of different endocrown designs on endodontically treated teeth. *J Mech Behav Biomed Mater*. 2023;140:105691. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmbbm.2023.105691>
10. Jiménez-Alemán MV, Romero-Andrade JP. Endocoronas: una alternativa conservadora para rehabilitar premolares y molares con tratamiento endodóntico. Revisión de la literatura. [Tesis de licenciatura]. Azogues, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2021. Disponible en: <https://dSPACE.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/93ecbccc-bbf7-47b8-acd7-fda894e84d5a/content>

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El servicio social se realizó en el Laboratorio de Diseño y Comprobación San Lorenzo Atemoaya, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), ubicado en la Ciudad de México. Esta unidad académica forma parte del sistema público de educación superior y cuenta con infraestructura clínica destinada a la atención odontológica integral, así como a la formación académica y práctica de los estudiantes.

La organización del servicio odontológico dispone de 19 unidades dentales distribuidas en las diferentes clínicas. La plaza cuenta con recursos suficientes para la atención integral, incluyendo: sanitarios, sala de espera y recepción para pacientes, dos equipos de rayos X periapicales y un equipo de radiografía panorámica; así como un laboratorio equipado con dos recortadoras, sistema para bajar acetatos y dos cajas de revelado, almacén, área de máquinas como lo son: compresoras, succión y purificación de agua; dirección; área de vestidores, gavetas y sanitarios para hombres y mujeres; roseta y farmacia.. Además, dispone de área de esterilización y lavado; área de depósito de residuos peligrosos biológicos_infecciosos/basura, garantizando el cumplimiento de normas de bioseguridad. El material e instrumental permiten realizar procedimientos de operatoria, endodoncia, cirugía, prótesis y periodoncia.

Dentro de los programas y servicios ofrecidos se encuentran los servicios de atención estomatológica general tal y como: profilaxis, restauraciones con resina, extracciones simples y quirúrgicas (incluyendo terceros molares), cirugías protésicas y periodontales, tratamientos de endodoncia, rehabilitación protésica y seguimiento periodontal. Asimismo, se brinda servicio de urgencias atención a población vulnerable de la comunidad cercana, favoreciendo el acceso a servicios de salud bucal.

Como pasante, se realiza atención clínica integral bajo supervisión de especialistas, trabajando a cuatro manos con otro compañero. Además de la práctica clínica, se participa en actividades administrativas, apoyo en la toma de radiografías y supervisión de procedimientos preventivos realizados por alumnos, fortaleciendo así la formación académica y el servicio comunitario.

CAPÍTULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

FEBRERO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				7 Clínica de admisión a pacientes
10 Organización plática de inducción	11 Plática de inducción	12 Radiografías panorámicas	13 Urgencias	14 Roseta
17 Radiografías panorámicas	18 Revisión de actividades	19 Roseta	20 Historia Clínica Px Hortensia	21 Urgencias
24 Revisión de expedientes a alumnos	25 Asistencia en toma de impresiones para realizar PPR	26 Asistencia en cirugía de extracción OD 18	27 Roseta	28 Toma de radiografías panorámicas

MARZO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3 Urgencias	4 Descanso obligatorio	5 Profilaxis Px Hortensia	6 Toma de radiografías panorámicas	7 Roseta
10 Asistencia en profilaxis	11 Toma de impresión para prótesis inmediata Px Hortensia	12 Apoyo de urgencias	13 Administración	14 Toma de radiografías panorámicas
17 Urgencias	18 Asistencia a cementación de corona	19 Toma de radiografías	20 Elaboración de prótesis inmediata	21 Descanso obligatorio
24 Apoyo actividades clínicas	25 Elaboración de prótesis inmediata	26 Urgencias Cirugía OD 26 y 27	27 Asistencia resina OD 12	28 Roseta
31 Extracción OD 21 Px Hortensia				

ABRIL 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	1 Asistencia colocación de poste OD 25	2 Roseta y retiro de puntos Cirugía	3 Apoyo actividades clínicas	4 Administración
7 Administración	8 Urgencia, drenado de absceso	9 Toma de radiografías panorámicas	10 Asistencia impresión provisionales	11 Roseta
14 Apoyo de actividades clínicas	15 Revisión y ajuste de prótesis inmediata Px Hortensia	16 Urgencias	17 Descanso	18 Descanso
21 Roseta	22 Toma de radiografías panorámicas	23 Apoyo en clínica	24 Urgencias	25 Administración
28 Asamblea UAM-X	29 Apoyo en actividades clínicas	30 Roseta		

MAYO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
			1 Descanso	2 Toma de impresión para provisional Px Hortensia
5 Descanso	6 Entrega de calificaciones fase 1	7 Entrega de calificaciones fase 2	8 Entrega de calificaciones fase 3 y 4	9 Administración inter-trimestral
12 Administración trimestral	13 Informe trimestral	14 Informe trimestral	15 Descanso	16 Informe trimestral
19 Terminación de informe trimestral	20 Descanso	21 Clínica de admisión a pacientes	22 Administración trimestral	23 Administración trimestral
26 Preparación plática inducción	27 Platica de inducción a alumnos	28 Preparación para endocorna PX Hortensia	29 Urgencias cementación de aparato	30 Administración

--	--	--	--	--

JUNIO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
2 Toma de radiografías panorámicas	3 Roseta	4 Apoyo en actividades clínicas	5 Asistencia en cementación de corona	6 Urgencias
9 Administración	10 Toma impresión endocorona Px Hortensia	11 Toma de radiografías panorámicas	12 Asistencia cirugía OD 26	13 Roseta
16 Apoyo de actividades clínicas	17 Toma de radiografías periapicales	18 Urgencias	19 Resina OD 16 Px seguimiento	20 Administración
23 Cirugía OD 16 y 17 Urgencia	24 Cementación endocorona OD 17 Px Hortensia	25 Roseta	26 Apoyo en actividades clínica	27 Toma de radiografías panorámicas
30 Administración y retiro de puntos cirugía				

JULIO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
	1 Actualización Px Ernesto	2 Toma de radiografías panorámicas	3 Roseta	4 Administración
7 Apoyo en actividades clínicas	8 Historia Clínica Px Lissette	9 Administración	10 Toma de radiografías Panorámicas	11 Asistencia resina
14 Toma de radiografías panorámicas	15 Cementación de endocorona Px Hortensia	16 Roseta	17 Asistencia en cirugía	18 Evaluación a 12°
21 Cirugía de OD 25 y 26 Urgencias	22 Asistencia en colocación de prótesis	23 Toma de radiografías panorámicas	24 Seguimiento de endodoncia	25 Apoyo en actividades clínicas

			Px Ernesto	
28 Roseta	29 Apoyo en clínica	30 Urgencias	31 Asistencia en resinas	

AGOSTO 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				1 Administración
4 Apoyo en toma de radiografías panorámicas	5 Apoyo en actividades clínicas	6 Roseta	7 Presentación de casos clínicos fase 2	8 Presentación de casos clínicos fase 3 y 4
11 Evaluación fase 3 y 4	12 Evaluación fase 2 y 1	13 Evaluación fase 1	14 Administración	15 Administración
18 Administración	19 Vacaciones	20 Vacaciones	21 Vacaciones	22 Vacaciones
25 Vacaciones	26 Vacaciones	27 Vacaciones	28 Vacaciones	29 Vacaciones

SEPTIEMBRE 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1 Vacaciones	2 Vacaciones	3 Vacaciones	4 Vacaciones	5 Vacaciones
8 Vacaciones	9 Vacaciones	10 Vacaciones	11 Vacaciones	12 Vacaciones
15 Vacaciones	16 Vacaciones	17 Informe trimestral	18 Informe trimestral	19 Informe trimestral
22 Clínica de admisión	23 Limpieza profunda clínica	24 Limpieza profunda clínica	25 Informe trimestral	26 Informe trimestral concluido
29 Administración clínica	30 Administración clínica			

OCTUBRE 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
		1 Preparación de charla de inducción	2 Platica de inducción a clínica	3 Administración
6 Apoyo en actividades clínicas	7 Articulado de modelos para protesis	8 Administración	9 Roseta	10 Falta con justificación médica

	Px Hortensia			
13 Toma de radiografía panorámica y periodontograma Px Lissette	14 Urgencias	15 Roseta	16 Administración	17 Asistencia a profilaxis
20 Apoyo en actividades clínicas	21 Toma de impresiones para prótesis inmediata Px Lissette	22 Profilaxis y eliminación de sarro Px Lissette	23 Asistencia cementación de domo	24 Eliminación de exceso de tejido Px Naomi
27 Administración	28 Prueba de rodillos Px Hortensia	29 Roseta	30 Urgencias	31 Apoyo en toma de radiografías panorámicas

NOVIEMBRE 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
3 Urgencias	4 Roseta	5 Raspado y alisado Px Lissette	6 Urgencias	7 Falta justificada
10 Elaboración de prótesis inmediata Px Lissette	11 Apoyo en actividades clínicas	12 Radiografías panorámicas	13 Elaboración de prótesis inmediata Px Lissette	14 Urgencias
17 Roseta	18 Administración	19 Elaboración de prótesis inmedianata Px Lissette	20 Descanso obligatorio	21 Prueba de dientes PPR Px Hortensia
24 Administración	25 Impresión corona MP Px Hortensia	26 Asistencia cirugía	27 Roseta	28 Toma de radiografías panorámicas

DICIEMBRE 2025

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1 Roseta	2 Administración	3 Entrega de PPR Px Hortensia y prueba de metal corona MP	4 Apoyo en actividades clínicas	5 Urgencias
8 Apoyo en actividades	9 Ajuste en PPR Px	10 Apoyo en actividades	11 Apoyo en actividades	12 Urgencias

clínicas	Hortensia	clínicas	clínicas	
15 Administración	16 Entrega de calificaciones fase 2	17 Entrega de calificaciones fase 3 y 4	18 Entrega de calificaciones fase 1	19 Vacaciones
22 Vacaciones	23 Vacaciones	24 Vacaciones	25 Vacaciones	26 Vacaciones
29 Vacaciones	30 Vacaciones	31 Vacaciones		

ENERO 2026

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
			1 Vacaciones	2 Vacaciones
5 Informe trimestral	6 Informe trimestral	7 Informe trimestral	8 Informe trimestral	9 Admisión de pacientes nuevos
12 Informe anual	13 Informe anual	14 Informe anual	15 Informe anual	16 Informe anual
19 Organización platica de inducción a clínica	20 Plática de inducción a clínica	21 Cirugía Px Lisette y colocación de prótesis inmediata	22 Cementación corona MP Px Hortensia	23 Administración
26 Ferulización Px Lisette	27 Urgencias	28 Administración	29 Retiro de puntos Px Lisette	30 Roseta

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades realizadas durante el periodo de servicio social en el LDC San Lorenzo Atemoaya respondieron de manera directa a las necesidades de salud bucal de la población atendida. Se priorizaron tratamientos de conservación dental, rehabilitación protésica y control periodontal, lo que permitió mejorar la función masticatoria y la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, los costos accesibles en comparación con otras instituciones académicas, facilitó el acceso a tratamientos tanto para personas con servicio de seguro social como para aquellas sin afiliación a algún sistema de salud. En cuanto a los protocolos de atención, se cumplió con la elaboración de historia clínica completa, consentimiento informado, toma de radiografías necesarias para el diagnóstico y establecimiento de planes de tratamiento individualizados, además de seguimiento clínico hasta el alta integral del paciente. En el caso de urgencias, se emplearon formatos resumidos que garantizaban la recopilación de datos esenciales para una atención segura y oportuna. Respecto a las medidas de bioseguridad, se realizó el cumplimiento de normas mediante el uso obligatorio de equipo de protección personal, esterilización del instrumental en autoclave adecuado, manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI) y desinfección de las unidades dentales entre cada

paciente. Estas acciones garantizaron seguridad tanto para la población atendida como para el personal clínico.

En este sentido, la plaza seleccionada demuestra congruencia ante la situación socioeconómica actual, al ofrecer atención odontológica integral, accesible y basada en protocolos clínicos adecuados, contribuyendo de manera significativa a la mejora de la salud bucal en la comunidad atendida

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El servicio social realizado en el LDC San Lorenzo Atemoaya permitió la aplicación integral de los conocimientos teóricos y clínicos adquiridos durante la formación académica profesional. Los casos clínicos vistos a lo largo del año de servicio social, así como la ejecución de procedimientos básicos y algunos más complejos con supervisión de especialistas fortaleció competencias profesionales, éticas y administrativas, además de reafirmar la importancia de una atención odontológica integral. En este sentido, el servicio social representó una etapa fundamental en la consolidación del perfil profesional y en la contribución directa a la salud bucal de la comunidad.