



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
TRABAJO DE GRADUACIÓN
Previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGO

TEMA:

Complicaciones en la cirugía del tercer molar inferior

AUTOR:

Miguel Amador Salavarría Vélez

TUTOR:

Dr. Juan José Macio P.

Guayaquil, abril 2011

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de Graduación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel en Odontología.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Complicaciones en la cirugía del tercer molar inferior”

Presentado por:

Apellidos y Nombres.

Cédula de Ciudadanía.

Salavarría Vélez Miguel Amador

092641689-2

TUTORES

Dr. Juan José Macio Pincay

Académico

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.

Metodológico

Dr. Washington Escudero D.

Decano

Guayaquil, abril 2011

AUTORÍA

Las opiniones, criterios, conceptos y análisis vertidos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Miguel Amador Salavarría Vélez

AGRADECIMIENTO

A Dios por todos sus dones y bendiciones.

A mis padres y hermanas por ser mi apoyo incondicional y enseñarme que con amor y perseverancia todo se puede.

A la Facultad de Odontología y a sus catedráticos por haber compartido conmigo sus conocimientos, en especial al Dr. Rosendo Marcalupo y al Dr. Diego Loza.

A Rita por contribuir en mi empeño y darme su confianza todo este tiempo.

A mi tutor el Dr. Juan José Macio por su guía.

A los compañeros de curso, quienes pasamos en ocasiones por momentos de intranquilidad durante el período de la carrera.

Y a todas aquellas personas especiales que fueron importantes para la culminación de este trabajo.

Miguel Amador Salavarría Vélez

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la salud para poder luchar cada día.

A mi Familia por ser mi gran apoyo para poder sacar mi carrera adelante.

A mis Profesores de quienes aprendí todo lo que hoy se.

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	
Certificación de tutores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatorias	
Introducción.....	1
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	3
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
1.1. Terceros molares.....	4
1.1.1. Definición.....	4
1.1.2. Frecuencia de la inclusión de los terceros molares.....	4
1.1.3. Etiopatogenia de la retención de los molares inferiores.....	5
1.1.4. Consideraciones anatómicas y embrionarias.....	5
1.1.5 razones por las cuales un diente no erupciona.....	6
1.1.5.1. Razones embriológicas.....	6
1.1.5.2. Obstáculos mecánicos.....	7
1.1.5.3. Causas generales.....	7
1.1.6. Indicaciones para la exodoncia de los terceros molares.....	7
1.1.6.1 actitud terapéutica ante terceros molares asintomáticos.....	7
1.1.6.2. Casos en los que no se considera aconsejable la exodoncia.....	8
1.1.7. Clasificación según la inclinación del molar respecto al eje del segundo molar.....	10
1.1.8. Clasificación según la integridad del hueso y la mucosa adyacente...	10
1.2. Diagnostico radiológico de un tercer molar inferior incluido.....	11
1.2.1. Acceso.....	11
1.2.2. Posición y profundidad.....	11

1.2.3. Angulación del segundo molar.....	12
1.2.4. La región del tercer molar inferior.....	12
1.2.5. El septum y el interseptum.....	13
1.2.6. Nervio dentario inferior.....	13
1.3. El tercer molar inferior.....	15
1.3.1. Anomalías radiculares no visibles en la radiografía.....	16
1.3.2. Consideraciones sobre la traducción radiográfica de la imagen.....	16
1.4. Principios básicos de la cirugía bucal.....	20
1.4.1. Instrumental quirúrgico específico.....	21
1.4.2. Operación propiamente dicha.....	21
1.4.3. Tratamiento de la cavidad ósea.....	23
1.4.4. Reposición del colgajo y sutura.....	23
1.5. Complicaciones en la cirugía del tercer molar.....	23
1.5.1. Complicaciones dentarias.....	23
1.5.2. Complicaciones periodontales.....	24
1.5.3. Complicaciones infecciosas.....	24
1.5.4. Complicaciones hemorrágicas.....	26
1.5.5. Complicaciones óseas.....	26
1.5.6. Complicaciones articulares.....	26
1.5.7. Complicaciones nerviosas.....	26
1.5.8. Complicaciones de los tejidos blandos.....	27
CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DEL CASO DEL	
TERCER MOLAR INFERIOR.....	27
2.1. Fase preoperatoria.....	27
2.1.1. Historia clínica. (Anexo).....	27
2.2. Fase operatoria.....	27
2.2.1. Asepsia.....	28
2.2.2. Anestesia troncular.....	28
2.2.3. Sindesmotomía.....	29
2.2.4. Luxación.....	29

2.2.5. Prehensión.....	29
2.2.6. Tracción.....	30
2.2.7. Avulsión.....	30
2.2.8. Limpieza de la cavidad.....	30
2.2.9. Sutura.....	31
2.3. Fase postoperatoria.....	31
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	35

INTRODUCCIÓN.

El tercer molar comienza a calcificarse entre los 7 u 8 años de edad, terminando su formación a los 20 años; es decir, que tiene un gran periodo de erupción activa.

Para poder erupcionar correctamente debe seguir una trayectoria inclinada dirigida hacia delante y arriba. En este intento de erupción no se encuentra espacio suficiente y adquiere una posición anómala que podría alterar la posición correcta de los dientes ya erupcionados.

La región anatómica del tercer molar mandibular está dada por la unión de la rama ascendente con el cuerpo de la mandíbula.

La extracción quirúrgica de los terceros molares, hoy en día es un procedimiento frecuente en el campo de la cirugía bucal, comenzando por un correcto análisis radiográfico e historia clínica como pasos primordiales para dar un buen diagnóstico.

Es una práctica no exenta de complicaciones, mecánicas, nerviosas, inflamatorias e infecciosas. Es obvio que el mejor tratamiento preventivo de la inflamación consiste en la realización de una cirugía técnicamente correcta, rápida, limpia y lo más atraumática posible, aplicando los productos más inocuos y efectivos que nos brinda la farmacología.

OBJETIVO GENERAL.

Explicar las posibles complicaciones que se pueden presentar al realizar la exodoncia teniendo en consideración los pasos a seguir, el análisis radiográfico y las técnicas a tratar del profesional para poder reducir los riesgos en la cirugía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Hacer una revisión de los dientes retenidos y su clasificación.

Dar las pautas para un correcto análisis radiográfico.

Evaluar los principios básicos de la cirugía bucal.

Identificar las posibles complicaciones que puedan ocurrir durante el acto quirúrgico.

TEMA:

“Complicaciones en la Cirugía del tercer molar inferior”

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1.1. TERCEROS MOLARES.

1.1.1. Definición.

Cualquier diente puede sufrir la interrupción de su proceso eruptivo, provocando su retención parcial o total dentro de los procesos maxilares.

Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia sufren el fracaso de su erupción ya sea por causas mecánicas, embriológicas o generales. Dado que la incidencia real de patología asociada con los terceros molares retenidos no es tan elevada, lo aconsejable es adoptar una actitud expectante, con controles periódicos, de los molares retenidos asintomáticos, procediendo a la exodoncia preventiva solo en algunas circunstancias.

1.1.2. Frecuencia de la inclusión de los terceros molares.

Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia sufren el fracaso de su erupción, de manera que hay autores que afirman que el 45% de los pacientes de una clínica dental presentan terceros molares retenidos.

Sin embargo existe cierta controversia en las cifras de frecuencia según las diferentes estadísticas. Se consideran que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido (35%) con respecto a los demás dientes.

1.1.3. Etiopatogenia de la retención de los molares inferiores.

Entre un 5 y un 30% de los pacientes, según las series y razas, presentará agenesia de terceros molares, sin embargo por ahora, la patología derivada de estos dientes es muy alta.

1.1.4. Consideraciones anatómicas y embrionarias.

Por un lado, el germen del tercer molar, a diferencia del resto de la dentición que se desprende directamente de la lámina dental, nace del germen del segundo molar como si se tratase de un diente de reemplazo del mismo. Posteriormente toman caminos diferentes. La formación del folículo del tercer molar comienza en la pared antero-medial de la rama mandibular, generalmente a los siete años de edad. Esta ha sido la ubicación previa del primer molar antes del nacimiento, y del segundo molar entre el segundo y tercer año de edad. Entre los ocho años y medio y los nueve el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la cápsula y la corona formada a los diez años de edad, termina su calcificación en torno a los dieciséis años, mientras que la calcificación de las raíces no concluye hasta los veinticinco años.

De lo dicho se desprende que los terceros molares se originan de la misma zona anatómica que sus precursores los primeros y segundos molares. Estas áreas están sometidas a una intensa remodelación ósea que permite aumentar la cresta ósea tanto en el sentido anteroposterior como vertical a este nivel, originando fuerzas morfogenéticas que junto a la dirección oblicua del germen determinan el trayecto eruptivo, obligando, en el caso del tercer molar inferior, a efectuar una trayectoria curvilínea de concavidad posterosuperior para alcanzar su posición idónea en la boca. La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los

demás dientes viene determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina. Pero en esta zona, durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama junto a una aposición en el borde posterior de ésta. Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal. Pero la disminución en la inclinación no solo se produce a expensas de la ganancia en la longitud del arco en el sector posterior, sino que también interviene la ganancia de espacio por la deriva de la dentición hacia mesial, tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardson que revelan que la inclinación del eje del tercer molar es significativamente menos marcada en aquellos individuos que han sido sometidos a exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando una deriva a mesial de la dentición y por lo tanto una ganancia de espacio en el sector posterior. Sin embargo, esto no es siempre así, encontrándose un número determinado de casos donde el eje del tercer molar no solo no se corrige sino que aumenta de inclinación. Podríamos concluir que el papel protagonista en las retenciones de los terceros molares es la falta de espacio disponible, independientemente de que en algún caso puedan ocurrir alteraciones del germen dentario, obstáculos mecánicos y factores generales.

1.1.5 Razones por las cuales un diente no erupciona.

1.1.5.1. Razones embriológicas.

Es cuando la ubicación especial de un germen dentario se encuentra en un sitio muy alejado del normal y esto le impide erupcionar correctamente. Embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comenzando su período de calcificación a los 9 años completando su período de erupción entre los 18 y 27 años aproximadamente, de ahí que reciban el nombre de

muelas del juicio, pues su aparición es dentro de una edad biológica donde socialmente se cree el individuo comienza a tener “juicio ó uso de razón”.

1.1.5.2. Obstáculos mecánicos.

Que pueden interponerse a la erupción normal.

a) Falta material de espacio. Se pueden considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre la pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar.

b) Hueso. Con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis), procesos óseos que originan una imagen “lechosa” o blanquecina.

c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra raíces de los dientes vecinos.

d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento de la erupción dentaria.

1.1.5.3. Causas generales.

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes.

1.1.6. Indicaciones para la exodoncia de los terceros molares.

1.1.6.1 Actitud terapéutica ante terceros molares asintomáticos.

Es fundamental valorar la relación riesgo/beneficio. Conviene no olvidar un parámetro importante como es la edad del paciente, ya que por encima de

los 24 a 25 años la tasa de complicaciones tras una exodoncia aumenta de forma notable.

1.1.6.2. Casos en los que no se considera aconsejable la exodoncia.

En pacientes cuyos terceros molares pudieran llegar a erupcionar exitosamente y tener un papel funcional en la dentición. En pacientes de cuya historia médica se desprende que la extracción supone un riesgo inaceptable para su salud global o cuando el riesgo excede los beneficios. En los pacientes con terceros molares profundamente impactados sin historia ni evidencia de patología sistémica o local relacionada con el molar. En pacientes en los que el riesgo de complicaciones quirúrgicas es inaceptablemente alto, o en los casos de mandíbula atrófica en los que pudiera ocurrir una fractura. En los casos en los que se planifica la exodoncia quirúrgica de un tercer molar bajo anestesia local, no debería hacerse la extracción del molar contra lateral asintomático. De todo lo anterior, y dado que la incidencia real de patología asociada con los terceros molares retenidos no es tan elevada, lo aconsejable es adoptar una actitud expectante, con controles periódicos, de los molares retenidos asintomáticos, procediendo a la exodoncia preventiva solo en ciertas circunstancias. En aquellos pacientes que van a ser sometidos a radioterapia, debido a la alta incidencia de mucositis y radionecrosis que pueden presentarse. Aquí incluiríamos los parcialmente erupcionados y aquellos que se sospeche puedan dar síntomas en el futuro, no considerándose los totalmente retenidos que probablemente nunca erupcionarán. Se recomienda la exodoncia al menos 2 semanas antes del comienzo de la radiación. Cuando los terceros molares se encuentren bajo prótesis removibles. La presencia de la prótesis por un lado acelera la reabsorción ósea por encima del molar, pero además se piensa que actúa como mecanismo propioceptivo estimulando la erupción. Aquellos molares parcialmente erupcionados, que presentan un riesgo mucho más alto para desarrollar pericoronaritis, caries

distal del segundo molar o enfermedad periodontal. Exodoncia profiláctica para disminuir el riesgo de fracturas del ángulo mandibular; ha sido preconizado por algunos autores que han comprobado una mayor incidencia de fracturas en aquellos individuos que tienen terceros molares incluidos. Esta indicación es cuanto menos debatible, pero se sugeriría a aquellos individuos jóvenes que practiquen deportes de contacto. En casos de fracturas del ángulo mandibular, aquellos molares que se encuentran en la línea de fractura, se extraerán o no en función de que impidan o no la fijación de los fragmentos fracturados. En aquellos casos en los que el tercer molar este en la zona de resección de un tumor, será eliminado con este. En aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a determinadas técnicas de cirugía ortognática en las que la línea de osteotomía coincida con la zona de ubicación de estos dientes. Esto puede ser igualmente aplicado a cualquier tipo de procedimiento quirúrgico de la mandíbula en esta zona. Hay autores con opiniones más radicales, que indican la germenectomía temprana. Sin embargo la exodoncia profiláctica no está justificada, salvo en los casos siguientes:

- En caso de alteraciones morfoestructurales del germen dentario o en caso de impactaciones ectópicas.
- Cuando la erupción no acontezca, por displasia del germen o procesos patológicos de la mandíbula.
- Para ganar espacio en aquellos casos en los que hay que distalizar los molares para tratamiento ortodóntico.
- En casos de severa discrepancia dentoalveolar.

1.1.7. Clasificación según la inclinación del molar respecto al eje del segundo molar.

Se clasifica según cuatro parámetros: la posición de la corona, la forma radicular, la naturaleza de la estructura ósea que rodea al tercer molar y la posición del molar en relación al segundo molar.

Según la inclinación del molar se distingue:

Retención vertical: el eje molar es paralelo al de los otros molares.

Retención horizontal: eje del molar es perpendicular al del resto de los molares.

Retención mesioangular: el eje del cordal se dirige hacia el segundo molar, formando con este diente un ángulo variable, alrededor de 45°.

Retención distoangular: el eje del cordal se dirige hacia la rama mandibular.

Retención vestibuloangular: la corona del molar se dirige hacia bucal, y su eje de orientación es perpendicular al resto de los molares.

Retención linguoangular: la corona se dirige hacia lingual y su eje es perpendicular al plano de orientación del resto de los molares.

1.1.8. Clasificación según la integridad del hueso y la mucosa adyacente.

Esta clasificación se la realiza según exámenes clínico-radiológicos basándose en la relación del tercer molar con la integridad del hueso y la mucosa adyacente, diferenciándose seis grados:

Grado primero; el molar no está cubierto por su cara oclusal ni por hueso ni por mucosa.

Grado segundo; molar recubierto parcialmente por mucosa.

Grado tercero: molar totalmente cubierto por mucosa pero no por hueso.

Grado cuarto: molar totalmente cubierto por mucosa pero no por hueso.

Grado quinto; molar cubierto por mucosa y parcialmente por hueso.

Grado sexto; molar cubierto totalmente por mucosa y hueso.

1.2. DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO DE UN TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO.

A la hora de llevar a cabo el diagnóstico radiológico de un tercer molar incluido para planificar su exodoncia quirúrgica, hay que considerar una serie de variables que van a influir decisivamente en el grado de dificultad del acto quirúrgico. Según estas predicciones radiográficas, se pueden cuantificar las diversas variables que inciden en el grado de dificultad de su exodoncia.

1.2.1. Acceso.

Mediante el estudio radiográfico se puede estudiar el acceso disponible al molar inferior determinando el espacio entre el extremo distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular. Cuanto más estrecho sea, más deficiente será el acceso.

1.2.2. Posición y profundidad.

En primer lugar hay que estudiar en la radiografía el eje longitudinal del molar con respecto al plano oclusal, que puede estar vertical, mesioangular, horizontal o distoangular, siendo esta última posición la de mayor dificultad en los molares inferiores. En segundo lugar, hay que medir la profundidad del molar retenido en la mandíbula o en el maxilar superior, puesto que a mayor profundidad, obviando la posición del diente, mayor dificultad.

Es preciso averiguar también si el molar tiene la superficie oclusal de la corona hacia palatino/lingual o hacia vestibular. La oblicuidad palatina o lingual aumenta la dificultad de la exodoncia. La radiografía oclusal es la

indicada en principio para estudiar esta eventualidad, aunque con una radiografía periapical estándar puede ser suficiente ya que la definición de la porción del diente más cercana a la película se visualiza más precisa y más radiopaca; por tanto, si se observa la corona del molar más definida, puede decirse que el molar está en oblicuidad palatina o lingual, mientras que si los ápices dentarios están más definidos, entonces el molar está en desviación vestibular.

1.2.3. Angulación del segundo molar.

La exodoncia de un molar puede dificultarse por la posición del segundo molar inferior y de sus raíces, ya que un segundo molar inferior inclinado hacia distal puede incrementar la retención de un molar. Algunos autores consideran angulación del segundo molar hacia distal en relación con una línea horizontal imaginaria paralela al plano oclusal. Una angulación hacia distal amplia, de 90° o más, supone que la inclinación a distal del segundo obligaría a realizar osteotomías extensas en distal del tercer molar para crear una curva de enderezamiento que permita su exodoncia. Por otro lado, si el segundo molar tiene una raíz cónica y se realizan maniobras de luxación agresivas aplicando el elevador sobre su superficie mesial, puede llegar a producirse la luxación accidental del segundo molar.

1.2.4. La región del tercer molar inferior.

La región tercer molar constituido por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo y revisten, presenta una forma cúbica y por lo tanto seis caras; una anterior, correspondiente a la cara distal del segundo molar; una superior, prolongación del plano oclusal o triturante del primero y segundo molares; una externa o bucal, correspondiente a la cara externa del maxilar con sus elementos anatómicos; una interna, dada por la cara

homónima del maxilar, y una inferior, paralela al plano oclusal y trazada por debajo del punto más inferior del molar retenido. Todo el alvéolo del tercer molar está proyectando hacia la cara lingual del hueso, formando lo que se ha denominado “balcón del tercer molar”. Una vertical, tirada desde el borde superior del hueso lingual, cae aproximadamente 1 cm. Por dentro del borde inferior del hueso. Para la radiografía común, lo expresado al estudiar el hueso bucal se aplica al lingual, muy poco visible e identificable, por las mismas razones. Sólo las radiografías oclusales pueden brindar alguna información sobre el estado y forma del hueso lingual. Por otra parte, el ángulo ósea distoclusal debe ser bien estudiado, porque allí reside la dificultad para la extracción.

1.2.5. El septum y el interseptum.

Ambas entidades anatómicas han sido denominadas así por Winter. El septum es la porción ósea situada entre las raíces del tercer molar inferior retenido. Constituida por hueso esponjoso de características similares a las del hueso mesial, su forma es sumamente variable y está en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces.

De todas maneras, su forma y disposición deben estudiarse previamente a la extracción, pues siendo un sólido anclaje del molar es menester considerar si será posible fracturarlo o se deberá abandonar todo intento en tal sentido y proceder en cambio a dividir y separar las raíces del molar (odontosección).

1.2.6. Nervio dentario inferior.

El conducto es inferior y externo con respecto a las raíces, en la gran mayoría de los casos; en molares en posición bucoangular puede estar situado lingualmente. Sicher ha señalado tres tipos de relación del conducto con las raíces del molar.

- **Primer tipo.** El conducto está en contacto fondo del alveolo del tercer molar.
- **Segundo tipo.** Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.
- **Tercer tipo.** Todos los molares inferiores se relacionan con el conducto.

La determinación de la relación del conducto dentario inferior con los ápices del molar es detalle que hay que valorar cuidadosamente. Si el tercer molar se halla en íntimo contacto con el conducto dentario inferior se puede lesionar el nervio durante las maniobras de exodoncia, habitualmente por compresión del mismo, y menos frecuentemente por sección. Cuando el molar está en relación con el conducto, lo más frecuente es que se observe la interrupción de la continuidad de la banda radiopaca superior, lo que implica que el techo del conducto dentario inferior se relaciona con el ápice del diente, quedando generalmente el conducto por el lado lingual de las raíces, y más raramente por vestibular. A veces se puede incluso apreciar como un surco o una perforación en las raíces del molar. Rara vez el contenido del conducto dentario perfora o atraviesa las raíces del cordal, lo que se observa como un estrechamiento de la banda radiolúcida y pérdida de ambas líneas radiopacas, pero conviene no olvidar que en una gran proporción de estos casos, se trata en realidad de una superposición radiográfica, que no implica necesariamente relación anatómica íntima. Se ha podido demostrar que los signos siguientes están asociados con un riesgo significativamente aumentado de daño nervioso durante la cirugía;

- Desviación del conducto del nervio dentario.
- Oscurecimiento de la raíz donde es cruzada por el conducto.
- Interrupción de la línea blanca del conducto.

Para la identificación más exacta de la relación entre el molar y el nervio, se puede utilizar la tomografía computarizada. Sin embargo, con un aparato convencional podemos emplear una técnica de paralelización aplicada al conducto dentario; esta técnica consiste en realizar dos radiografías intrabucales en posición de $+10^{\circ}$ y -10° en relación perpendicular a la mandíbula. De esta manera pueden darse tres situaciones tales como que el conducto esté por lingual; al hacer la radiografía a -10° , el conducto desciende con respecto al molar, en comparación con la radiografía tomada a $+10^{\circ}$, que el conducto esté por vestibular; al hacer la radiografía a -10° , el conducto asciende con respecto al molar, en comparación con la radiografía tomada a $+10^{\circ}$ y si la relación íntima entre ambas estructuras; si en ambas proyecciones, la superposición no varía, la relación es íntima. Si se observa un defecto en el techo del conducto dentario implica generalmente que el nervio se sitúa por lingual de la raíz, debiéndose realizar en este caso una amplia osteotomía por vestibular y la correspondiente odontosección para disminuir la posibilidad de lesión del nervio.

1.3. EL TERCER MOLAR INFERIOR.

Órgano Terminal de la serie dentaria, el tercer molar tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de formas, tamaño, disposición y anomalías. Por lo general el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida es aplastada en sentido mesiodistal., y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial. Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. La disposición de las raíces del tercer molar, puede sistematizarse según los detalles que se estudian en siguiente figura: Radiográficamente la dirección y

tamaño radicular configuran el problema más importante de entre todos los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos el anclaje de las raíces en el hueso deberán adaptarse a dichas características a fin de que las fuerzas y movimientos aplicados en la extracción le haga recorrer a esta porción del molar la vía de menor resistencia.

1.3.1. Anomalías radiculares no visibles en la radiografía.

Algunas de ellas (dilaceraciones hacia el lado bucal o lingual, curvatura de los ápices) pueden no estar exactamente reproducida en la radiografía, por superposición de planos o porque las distorsiones tiene lugar en la misma dirección en que fueron proyectados los rayos y originar, por lo tanto, muy pocas variantes en la imagen radiográfica.

1.3.2. Consideraciones sobre la traducción radiográfica de la imagen.

En el estudio radiográfico se observan imágenes distintas, en relación con la posición de la película, la dirección de los rayos y la posición de los molares. Suponiendo que los tres molares inferiores se presentan clínicamente verticales, sin desviación en ningún sentido, la imagen radiográfica de estos dientes los mostrará con sus puntos de contacto correspondientes. Si el tercer molar se encuentra desviado hacia el lado bucal (en desviación bucal), superponiendo una parte de la estructura de este diente sobre una porción de la corona del segundo molar, la imagen radiográfica resultante mostrara esta superposición o cabalgamiento, lo cual indica la desviación bucal del tercero. Estos y otros detalles importantes en el estudio radiográfico del tercer molar se obtienen cuando la radiografía esta correctamente realizada con cono largo; si se emplea el cono común, será menester interpretar y

corregir la radiografía valiéndose del examen clínico y de un estudio comparativo, para establecer la posición y el tipo de desviación que presenta el tercer molar.

- Posición vertical. En ella el eje mayor del tercero es, paralelo al eje mayor del segundo molar.
- Posición mesioangular. El eje mayor del tercero forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo.
- Posición horizontal. El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.
- Posición distoangular. La corona del tercer molar apunta en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.
- Posición linguoangular. La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.
- Posición bucoangular. La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual. Se trata de una presentación rara.
- Posición invertida (paranormal). La corona del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo.
- Los terceros molares en este tipo de posición adquieren un sinnúmero de variedades y por lo común se encuentran asociadas a procesos patológicos (quistes dentígeros).

En cada una de las posiciones que acabamos de mencionar, el molar retenido puede aparecer sin desviación o presentar distintos tipos de desviación dentro de su arcada dentaria: en sentido bucal (hacia fuera o hacia el lado bucal); en sentido lingual (hacia adentro o hacia el lado lingual),

o combinar ambos, variedades todas que deberán considerarse al clasificar el tercer molar.

Imaginemos dos líneas; una trazada por la cara bucal y otra por la lingual del primer y segundo molar inferior. Sobre ellas asentarán de este modo un plano bucal y un plano lingual.

Esquemáticamente diremos que el tercer molar se presenta:

- Sin desviación; las caras bucal y lingual no sobrepasan los planos respectivos.
- Con desviación bucal; toda la corona o parte de ella sobrepasa el plano bucal y se dirige hacia fuera.
- Con desviación lingual; el desplazamiento coronario parcial o total se cumple hacia el lado lingual del maxilar.

Con todo, la realidad anatomoclínica no siempre es tan simple y esquemática, porque las distintas posiciones y desviaciones pueden combinarse y originar en consecuencia nuevos tipos de retención del tercer molar inferior, según veremos seguidamente.

- Desviación bucolingual. Variante de ambas desviaciones (bucal y lingual), es una de las formas más frecuentes de retención de los terceros molares. El molar está dirigido, naturalmente, hacia el lado bucal, pero presenta además otro tipo de desviación, que hace que la corona esté inclinada hacia el lado interno o lingual. Esta disposición permite que la cara oclusal del tercer molar (en los mesioangulares y horizontales) no esté proyectada íntegramente hacia mesial y contacte con la mitad bucal de la cara distal del segundo, como en la desviación bucal, sino que se dirige hacia delante y adentro (hacia el lado lingual) y el centro de esta cara oclusal (en su dimensión vertical)

o el punto medio del ángulo mesioclusal se encuentren en contacto con el ángulo distobucal de la corona o raíz distal del segundo molar. Este contacto vertical de la cara oclusal del tercero con el ángulo bucodistal del segundo, además de dividir al tercero en dos regiones la externa, por fuera del ángulo bucodistal del segundo y la interna, por dentro de este ángulo-, origina por lo general un sólido anclaje del tercero sobre el segundo, lo que abre las posibilidades de encontrar las lesiones de distinto tipo del esmalte y del cemento del segundo molar, a causa de la presión ejercida por el tercero y por la retención de alimentos, a ese nivel. Radiográficamente, podemos anotar respecto de las desviaciones lo siguiente:

- Sin desviación. Recordamos que la cara vestibular y la lingual del tercero están al mismo nivel del plano bucal y lingual de los molares anteriores (suponiéndolos también verticales). Veamos qué nos depara la imagen radiográfica. El rayo central tomara contacto con las cúspides bucales y linguales de los tres molares, que están situadas sobre un mismo plano oclusal y producirán, por lo tanto, las imágenes de los molares, con sus cúspides superpuestas, en otras palabras, sólo se verá el perfil de los molares, sin que sea notable ninguna porción de la cara oclusal de estos dientes. Pero si el rayo central está desviado de adelante atrás o de atrás adelante, como atraviesa porciones de los tres molares dará falsas superposiciones radiográficas.
- Desviación bucal. La traducción radiográfica de esta desviación estará dada por la presencia de superposiciones coronarias (un segmento de la corona del tercero se superpone sobre la del segundo) y la ausencia de las caras oclusales de los tres molares.
- Desviación lingual. La imagen radiográfica mostrará conservación de los puntos de contacto entre los tres molares, ausencia de superposición coronaria, ausencia de la cara oclusal del primero y

segundo molar y presencia neta de la cara oclusal del tercero, de un tamaño radiográfico proporcional al grado de desviación del tercero.

- Desviación bucolingual. Podrá observarse conservación de los puntos de contacto entre segundo y primer molar, ausencia de las caras oclusales de estos molares, superposición coronaria.

1.4. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CIRUGÍA BUCAL.

La extracción de un diente retenido consiste esencialmente en un problema mecánico; es la búsqueda, por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde está ubicado, aplicando los principios de la extracción a colgajo y del método de la extracción por seccionamiento.

- Preparación de la mesa operatoria
- Anestesia, troncular para el nervio dentario inferior y en fondo de surco vestibular para el nervio bucal
- Incisión y despegamiento
- Preparación de los colgajos. Después de realizada la incisión, se insinúa el periostótomo en la brecha quirúrgica, progresando desde el lado distal al mesial. El periostótomo toca francamente el hueso, y apoyándose en él y merced a suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión en toda la extensión que va del tercer molar al espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar y aun al espacio interdenario subsiguiente. Desprendido el colgajo se lo mantiene con el mismo periostótomo o con el separador de Austin (o similar).
- Ostectomía. El objeto de ellas es reseca la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomía, junto

con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante.

1.4.1. Instrumental quirúrgico específico.

- Ostectomía con escoplo o cinceles.
- Ostectomía con fresa.

El éxito conlleva evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (ello se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico) y procurando que no se emboten por las partículas óseas, que se depositan entre sus dientes. Son sumamente útiles las fresas de carburo de tungsteno, que resecan el hueso con precisión y rapidez. Se ha sugerido el empleo de altas velocidades. El objetivo de la ostectomía puede resumirse en dos enunciados: ostectomía de acceso y ostectomía para la extracción. La de acceso se refiere a la remoción del hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inalcanzable. La ostectomía para extracción está regulada por la consistencia y cantidad del hueso pericoronario, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de su corona y disposición de sus raíces.

1.4.2. Operación propiamente dicha.

La extracción del molar retenido, término y finalidad de la operación en estudio, se realiza después de eliminados (o disminuidos), los factores de la resistencia (por ostectomía). Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador, que siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo genero con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal, eleva el molar, dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

Este es el enunciado general, como se comprende; modalidades anatómicas y clínicas, imponen la necesidad de recurrir a nuevas maniobras que permiten disminuir aún más e inclusive anular los factores de la resistencia: obrar sobre el mismo cuerpo molar y dividirlo (odontosección), para que de la unidad estructural que es el molar retenido resulten varias porciones, las cuales se eliminarán por separado. La útil aplicación del escoplo sobre la cara oclusal del molar retenido. Debe localizarse sobre esta cara, el sitio ideal de colocación del borde filoso del escoplo; entre las cúspides bucales y linguales, que es desde luego el sitio de menor resistencia, para poder fracturar el esmalte y la dentina de la pieza retenida. El golpe de martillo, sobre el escoplo, debe ser rígido y exacto y con la violencia necesaria, para lograr el objeto. La odontosección puede realizarse en dos formas distintas: según su eje mayor o según su eje menor. Si bien ambas maniobras pueden efectuarse con varios tipos de instrumentos-escoplo y fresa N° de carburo de tungsteno-, para la primera usamos escoplo, preferentemente el de hoja ancha, de uno o dos biseles, muy bien afilado, y para la segunda, la fresa, redonda o de fisura. El uso del escoplo, el golpe destinado a seccionar el molar debe ser de tal intensidad, que logre el propósito de un solo intento; el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionarse o sobre un surco de la misma cara. La odontosección con fresa, en la división según el eje menor, se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar el recalentamiento del molar. La dirección que debe darse al corte del molar que permite que la parte distal de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda ser elevada cómodamente.

1.4.3. Tratamiento de la cavidad ósea.

Lavajes con solución fisiológica y curetaje eliminando residuos.

1.4.4. Reposición del colgajo y sutura.

Reposición del colgajo (planchado) con una gasa embebida en solución fisiológica.

Sutura con hilo reabsorbible o no, realizando puntos simples o continuos, según el caso.

1.5. COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR.

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él. En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias. Como no son tema de esta monografía solo se nombrarán y desarrollarán las más importantes.

1.5.1. Complicaciones dentarias.

- Fractura dentaria. Puede ocurrir que se fracture una parte del tercer molar, normalmente una de sus raíces o un fragmento de estas, como suele suceder con frecuencia en caso de fracturas curvas. Obviamente, ante tal eventualidad, lo que precede es intentar extraer el fragmento roto y sólo en el caso en el que su exodoncia conlleve un riesgo de complicaciones mayor que dejarlo retenido, procederemos a

dejarlo allí, informando al paciente y realizando controles periódicos radiográficos.

- Luxación o fractura distal del segundo molar
- Necrosis pulpar del segundo molar
- Desplazamiento del cordal a espacios anatómicos adyacentes, esto es posible si la luxación del tercer molar se realiza de forma brusca o poco cuidadosa. Este puede ser desplazado hacia piso de boca, al conducto dentario inferior, al espacio submaxilar o al espacio parafaríngeo.

Cuando se presenta una complicación de este tipo, el cirujano debe valorar si tiene suficiente pericia y conocimiento para rescatarlo y si es factible recuperarlo en el mismo acto quirúrgico, lo cual es siempre lo deseable. Hay autores que han sugerido la posibilidad de dejar el molar sin recuperarlo y hay algunos casos publicados que han permanecido asintomáticos durante años. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que hay que retirarlo, unos recomiendan esperar entre 24 horas y 3 o 4 días para que dé tiempo a que se forme una capsula fibrosa alrededor del cordal que facilite su exodoncia.

1.5.2. Complicaciones periodontales.

La exodoncia de un tercer molar retenido puede conllevar secuelas periodontales postoperatorias en el segundo molar, estas secuelas consisten en pérdida de inserción y la aparición de bolsas periodontales.

1.5.3. Complicaciones infecciosas.

- Infección de la herida quirúrgica. La sobreinfección de la zona quirúrgica puede producir los distintos cuadros típicos de la infección

odontógena, según los tejidos involucrados. Generalmente es suficiente para solventar estos procesos infecciosos la aplicación de un tratamiento adecuado antibiótico.

- Alveolitis. Es la complicación más frecuente, se observa entre el 1% y el 4% de las extracciones dentales normales, elevándose su frecuencia entre el 20 % y el 30 % de los casos cuando se trata de la exodoncia de terceros molares retenidos. Es su etiopatogenia se han barajado múltiples factores como la técnica quirúrgica, el tabaco, el uso de distintos fármacos, factores nutricionales, mala higiene, etc. Sin embargo, las mayores evidencias apuntan hacia trastornos en la organización del coagulo en el lecho alveolar del diente extraído y al papel de la flora microbiana de la cavidad oral, especialmente al género treponema, como los responsables directos de la lisis prematura del coagulo y por tanto de la alveolitis.

El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de un dolor intenso, normalmente a los 3-4 días de la exodoncia, con la presencia de halitosis intensa. A la exploración clínica se aprecia un alveolo dentario sin coagulo o con restos necróticos y de alimentos, muy doloroso a la palpación.

De acuerdo con la fuerte sospecha de la patogenia microbiana, se han realizado en los últimos años múltiples estudios clínicos con diferentes sustancias antibacterianas (tetraciclina, rifampicina B dietilamina, etc.) para tratar de prevenir la aparición de este cuadro, siendo la clorhexidine en forma de enjuagues pre y postoperatorios a concentraciones entre el 0,12% y el 0,2% ha demostrado mayor eficacia en la prevención de la alveolitis. Una vez instaurado el cuadro, el tratamiento será (previa anestesia) la limpieza exhaustiva del alveolo irrigándolo con suero salino estéril y cureteando con cuidado para eliminar los restos necróticos que pudiera contener. Posteriormente se coloca intralveolarmente algún tipo de

analgésico y/o antiséptico junto con un tratamiento antibiótico y analgésico sistémico y un colutorio de clorhexidine.

1.5.4. Complicaciones hemorrágicas.

- Hemorragia intraoperatorias. Por lesión de grandes vasos (arteria bucal, y paquete vasculonervioso del conducto dentario inferior), capilares o intraósea. En cada caso se evaluará comprimir con gasa, suturar con sutura reabsorbible o la electrocoagulación.
- Hemorragia postoperatoria. De causas locales o generales
- Hematomas

1.5.5. Complicaciones óseas.

- Fractura mandibular
- Formación de sequestratos

1.5.6. Complicaciones articulares.

- Luxación de la ATM
- Disfunción de la ATM

1.5.7. Complicaciones nerviosas.

- Lesión del nervio dentario inferior
- Lesión del nervio lingual

1.5.8. Complicaciones de los tejidos blandos.

- Trismus
- Desgarros de partes blandas
- Quemaduras de los labios
- Erupciones muco cutáneas
- Enfisema subcutáneo

CAPÍTULO 2. DESCRIPCIÓN DEL CASO DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

2.1. FASE PREOPERATORIA.

Toda intervención quirúrgica exige al cirujano una minuciosa preparación; en primer lugar, la del paciente y en segundo lugar la del acto quirúrgico. También es necesario desarrollar buenos hábitos de trabajo que se adquieren con la experiencia.

2.1.1. Historia clínica. (Anexo).

2.2. FASE OPERATORIA.

La extracción del tercer molar mandibular consta de los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Asepsia
- Anestesia troncular
- Sindesmotomía
- Luxación

- Prehensión
- Tracción.
- Avulsión.
- Limpieza de la cavidad
- Sutura

2.2.1. Asepsia.

Se realiza la asepsia con povidón en la zona donde se procederá al acto quirúrgico previa comprobación que el paciente no presente reacción alérgica.

2.2.2. Anestesia troncular.

Lidocaína al 2% se procede a la aplicación de la solución anestésica. Procedí a aplicar la solución anestésica en una jeringa Carpuler y aguja larga, palpé el triángulo retromolar y coloqué el dedo sobre la línea milohioidea, dirigí la punta de la aguja con su bisel hacia fuera y que coincida con la parte media de mi dedo índice con el que palpé el triángulo retromolar. Comprobé que la jeringa estuviera paralela a la arcada dentaria y realicé la punción perforando la mucosa, el músculo buccinador, en el tejido celular laxo entre la rama ascendente y la cara antero externo del músculo pterigoideo interno. Coloqué la solución anestésica con la cual insensibilicé el nervio lingual que se encuentra por delante y por dentro del dentario, en esta misma posición sin sacar el dedo dirigí la carpuler hacia el lado opuesto y llegué a la altura de los premolares, para de esta manera llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente donde profundicé la aguja medio centímetro llegando de esta manera a la espina de spix, con esta técnica se anestesió el nervio dentario inferior.

2.2.3. Sindesmotomía.

La sindesmotomía se realiza con la ayuda de un instrumento llamado sindesmótomo, lo hago con el objeto de separar los tejidos gingivales que rodean la pieza dentaria permitiendo de esta manera la mejor utilización de los demás instrumentos a utilizar en este acto quirúrgico, sin causar traumas innecesarios en la boca del paciente.

2.2.4. Luxación.

Utilizando el elevador recto se realiza movimientos de apalancamiento y rotación consiguiendo a la vez el efecto de cuña al ir introduciendo cada vez más profundamente el elevador desde el vestíbulo entre la pared ósea y la superficie dentaria, con la concavidad dirigida hacia la corona y el cuello del diente ejerciendo movimientos de giro y apalancamiento empujando el mango del instrumento hacia arriba, atrás, hasta conseguir la luxación.

Si no se obtiene la luxación se cambian los puntos de apoyo de aplicación las veces necesarias.

2.2.5. Prehensión.

La parte activa del fórceps en este caso el #151 se aplica a la superficie dentaria diseñado de manera que sus valvas son congruentes con el cuello del diente, la forma y el número de raíces se cierran las valvas en la región cervical de la raíz, nunca sobre la corona, manteniendo en la superficie la presión para que la parte activa no se deslice, pero a la vez controlando con el dedo pulgar de la mano contraria el exceso de la fuerza que pueda producir la fractura de la pieza dentaria el eje del fórceps, ramas y valvas pueden ser continuación del eje del diente, nunca se ejercerá una presión

oblicua, el control de los movimientos de luxación es menor y la fuerza se transmite más adecuadamente.

2.2.6. Tracción.

Usando el fórceps 151 utilizado en la prehensión realizamos fuerza rítmica y constante sin perder la prensa, luego realizando movimientos de lateralidad externa mas la impulsión apical maniobra por la cual se rompen las fibras del ligamento periodontal y se dilata el alveolo, el cual debe dilatarse lo suficiente para evitar la fractura de la cortical externa o de alguna de las raíces.

2.2.7. Avulsión.

Después de realizar la luxación procedemos a realizar la avulsión con un elevador recto, la avulsión se la consigue ejerciendo una fuerza extrusiva. La avulsión consiste en el desplazamiento de la raíz fuera de su alveolo, la fuerza que se realiza es siempre en dirección a la corona y hacia vestibular.

2.2.8. Limpieza de la cavidad.

Luego se irriga la cavidad con suero fisiológico y realizamos curetaje con una cureta curva en cada alveolo con la finalidad de eliminar cualquier resto dentario, epitelial o esquirlas óseas, luego volvemos a lavar con suero fisiológico y finalmente colocamos una gasa estéril realizando presión en el momento de la oclusión para detener el sangrado.

La limpieza de la cavidad la realizamos en 5 pasos

2.2.9. Sutura.

El procedimiento consiste como su nombre lo indica en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura y manejada por el porta agujas se perfora la fibromucosa

Del lado lingual, la aguja recorre el trayecto y aparece en el lado vestibular frente a la perforación de lado lingual, se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso, se toman ambas extremidades, se afrontan los labios y se anudan. Sucesivos pases de aguja siguiendo las mismas indicaciones completaran el procedimiento, cada punto estará colocado a una distancia aproximadamente de un centímetro.

2.3. FASE POSTOPERATORIA.

Receta:

Naproxeno Sódico Tabletas 550mg. # 9.

Vitamina C, tabletas masticables de 1 gr. #10.

Prescripción:

Naproxeno Sódico tomar 1 comp. C/8h.

Vitamina C masticar 1 tab. Diaria.

Recomendaciones para el paciente.

- No tocar la herida con la lengua, dedo u otro objeto
- No ingerir bebidas alcohólicas ni fumar
- Reposo y dieta blanda por 24 horas

Tomar los medicamentos la cantidad y a la hora indica

CONCLUSIONES.

El tercer molar inferior es un tema de indudable importancia en la cirugía bucal y debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las zonas que lindera, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico.

La extracción quirúrgica del tercer molar mandibular no erupcionado se basa en dos elementos, el molar y el hueso.

Unas de las causas de extracciones de terceros molares son los procesos patológicos y mal posiciones.

Existen diferentes técnicas para la extracción de molares retenidos, esto se debe a que cada profesional adopta la técnica más conveniente a su criterio y la que en definitiva mas ha practicado, es decir, no existe una receta con pasos a seguir, sino que basándose en los conocimientos básicos de cirugía bucal, partiendo de un buen diagnostico, manejándose con criterio clínico, conociendo perfectamente el campo operatorio donde se va a trabajar y previniendo todas las posibles complicaciones, cualquier técnica va a resultar exitosa.

Al terminar esta monografía creo que la conclusión más importante a la que he llegado es a reconocer la importancia de la planificación de la exodoncia de un tercer molar retenido.

RECOMENDACIONES.

El tercer molar debe ser estudiado radiográficamente en su posición desviación, profundidad y accesibilidad.

El sexo no es factor que influya en la agenesia de terceros molares.

El tratamiento quirúrgico deberá cumplir el objetivo de vencer la resistencia que está dada por el volumen del molar y el hueso.

Cuando se va a realizar la incisión se debe tener cuidado, ya que a nivel de la cresta temporal que de ser incidido, producirá una copiosa hemorragia.

Después de la extracción se procede al tratamiento de la cavidad retirando el saco pericoronario.

La sutura deberá descansar sobre hueso sano y no sobre la brecha ósea.

BIBLIOGRAFÍA.

- Figuroa J. Técnica quirúrgica del Dr. Figuroa o técnica del microalvéolo lateral u ostectomía en forma de prisma triangular para la cirugía del tercer molar inferior retenido o semiretenido. Fundación Monti. N°9. Pag. 29. 2005.
 - González M Albertos J. Razones para la extirpación de terceros molares no erupcionados. Santamaría 1: 417-424. 1996.
 - Infante Cossio P. Rev. Cirugía del tercer molar inferior retenido. Indicaciones y complicaciones asociadas. Parte II. Andaluza de Odontología y Estomatología vol 5; 3: 112-121. 1995.
 - Lalama González Klébler Libro de Cirugia Bucal. 2002.
 - Laskin D. M. Ed. Médica Cirugía Bucal y maxilofacial. Panamericana. Bs. As., año 1987
 - Ries Centeno G. A. 9na Edición Mundi 1987 Bs. As Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica.
 - Romero Ruiz Manuel M., Gutiérrez Pérez José Luís. El tercer molar incluido. Facultad de Odontología de Sevilla. Universidad de Sevilla. España. Ed. Integraf S.L., año 2001.
- Recursos de la web.
- Llorensi Mariana Disponible en:
http://www.hospitalposadas.gob.ar/asist/servicios/molar_retenido.pdf
Consultado el 27 de Febrero del 2011.

ANEXOS

ANEXO 1
HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA

**CASO DE CIRUGÍA
EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR
IZQUIERDO**

ANEXO 2



Paciente-Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

ANEXO 3



Radiografía de diagnóstico del tercer molar inferior izquierdo. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

ANEXOS 4 y 5



Examen Clínico Se aprecia el tercer molar inferior izquierdo con proceso carioso. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.



Técnica de Anestesia Truncular. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

ANEXO 6



Durante la cirugía en la sindesmotomía. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

ANEXO 7



Durante la cirugía con elevador recto. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

ANEXOS 8 y 9



Sutura a punto separado. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.



Tercer Molar Extraído. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2011.

**OTROS CASOS CLÍNICOS REALIZADOS
EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA**

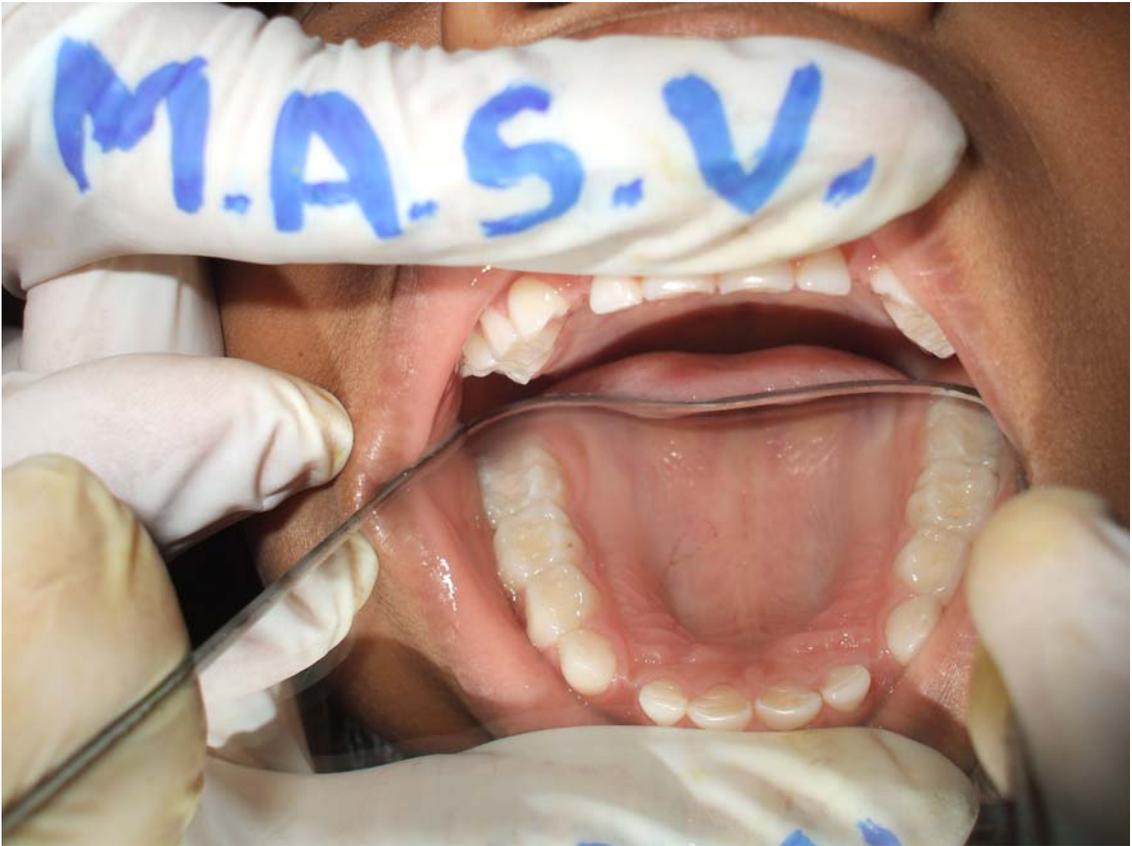
**CASO CLÍNICO DE PREVENCIÓN
APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS EN LOS
PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.**

FOTO 1



Paciente-operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 2



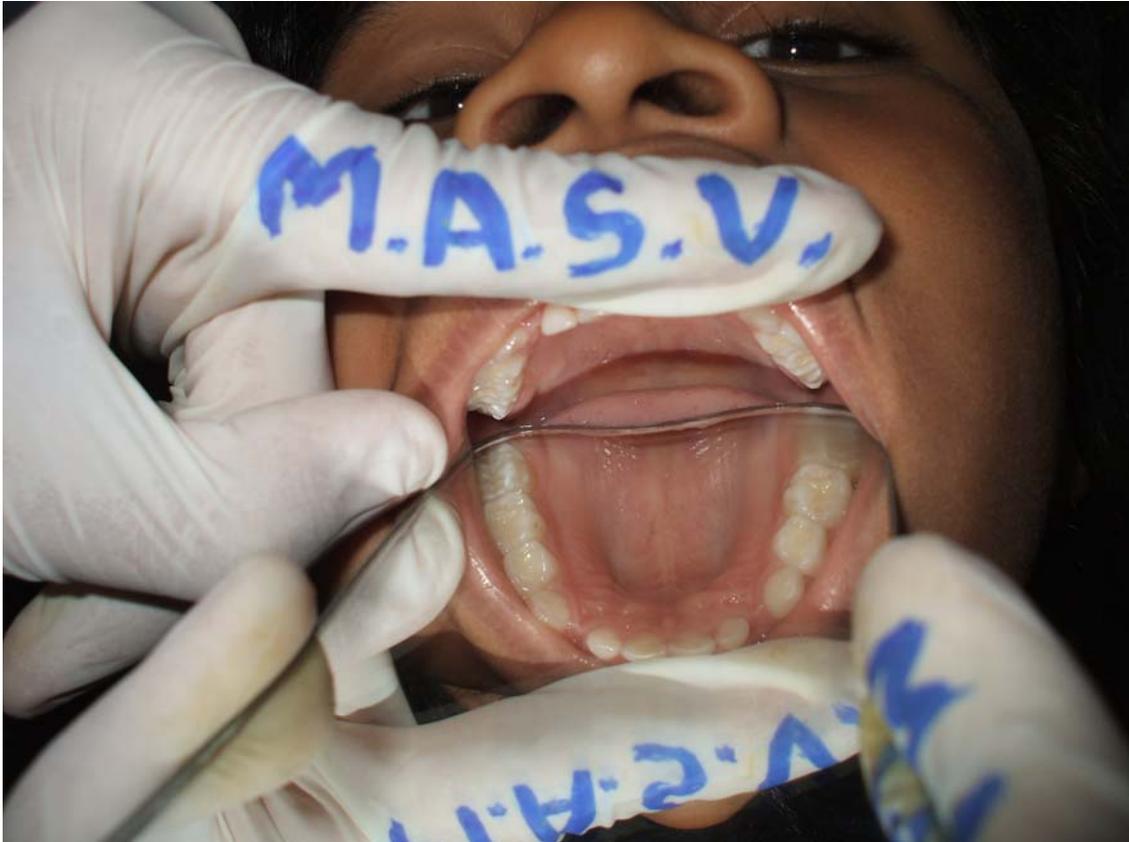
Presentación del caso arcada superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 3



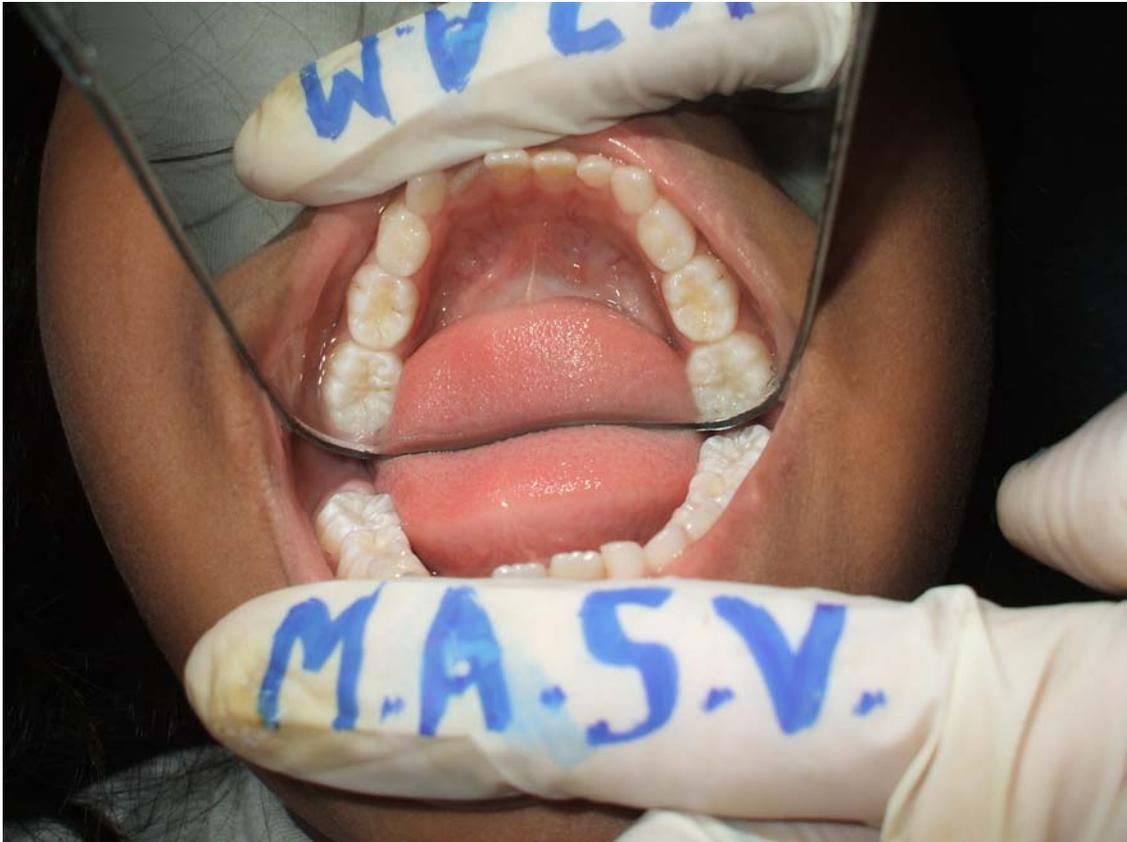
Presentación del caso arcada inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 4



Molares preparados arcada superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología Salavarría V. 2010.

FOTO 5



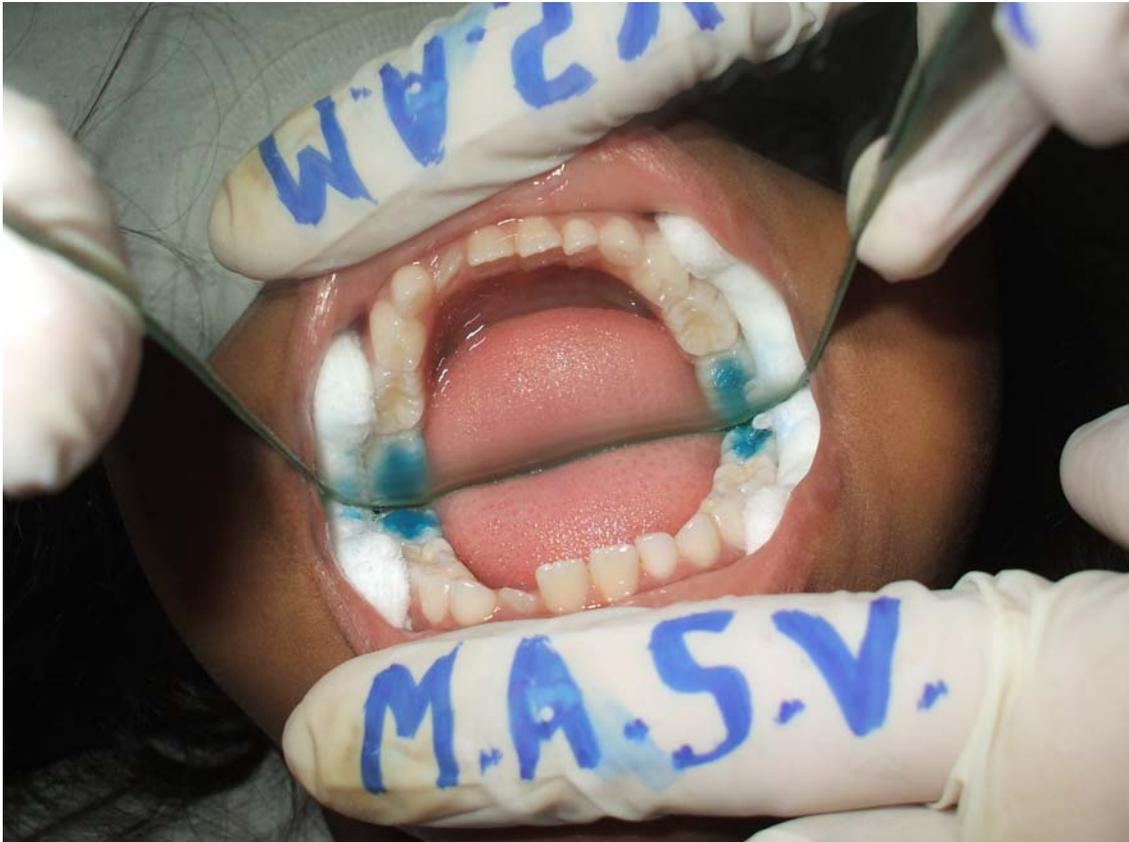
Molares preparados arcada inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 6



Piezas grabadas arcada superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 7



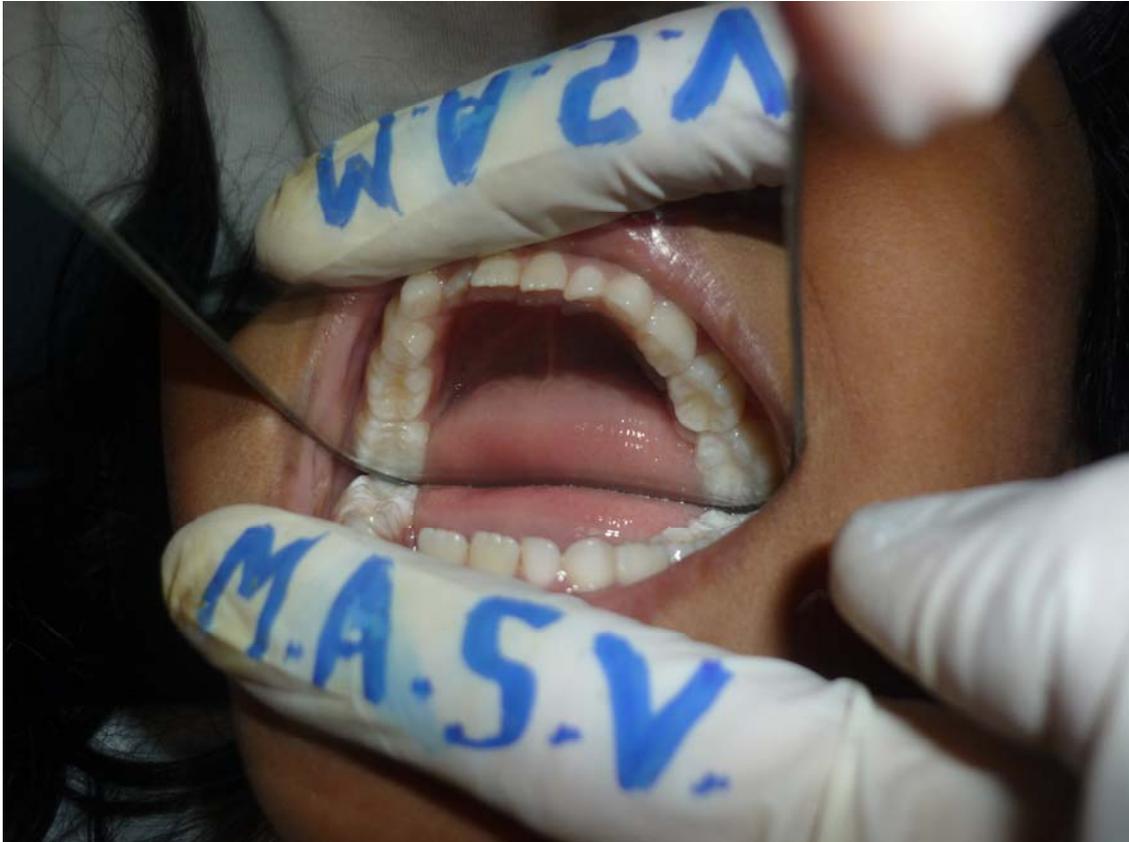
Piezas grabadas arcada inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 8



Piezas selladas arcada superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 9



Piezas selladas arcada inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología Salavarría V. 2010.

FOTO 10



Aplicando flúor. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría V. 2010.

**CASO CLÍNICO DE ENDODONCIA
NECROSIS PULPAR EN SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR
IZQUIERDO.**

FOTO 1



Paciente-Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2010.

FOTO 2



Radiografía del segundo premolar superior izquierdo con sombra radiolúcida a nivel de la corona. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2010.

FOTO 3



Pieza con aislamiento absoluto. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2010.

FOTO 4



Radiografías. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría M. 2010

FOTO 5



Pieza en tratamiento con conos. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2010

FOTO 6



Pieza restaurada con pulido y abrillantado. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría M. 2010.

**CASO CLÍNICO DE OPERATORIA DENTAL
CUARTA CLASE EN INCISIVO LATERAL SUPERIOR
IZQUIERDO.**

FOTO 1



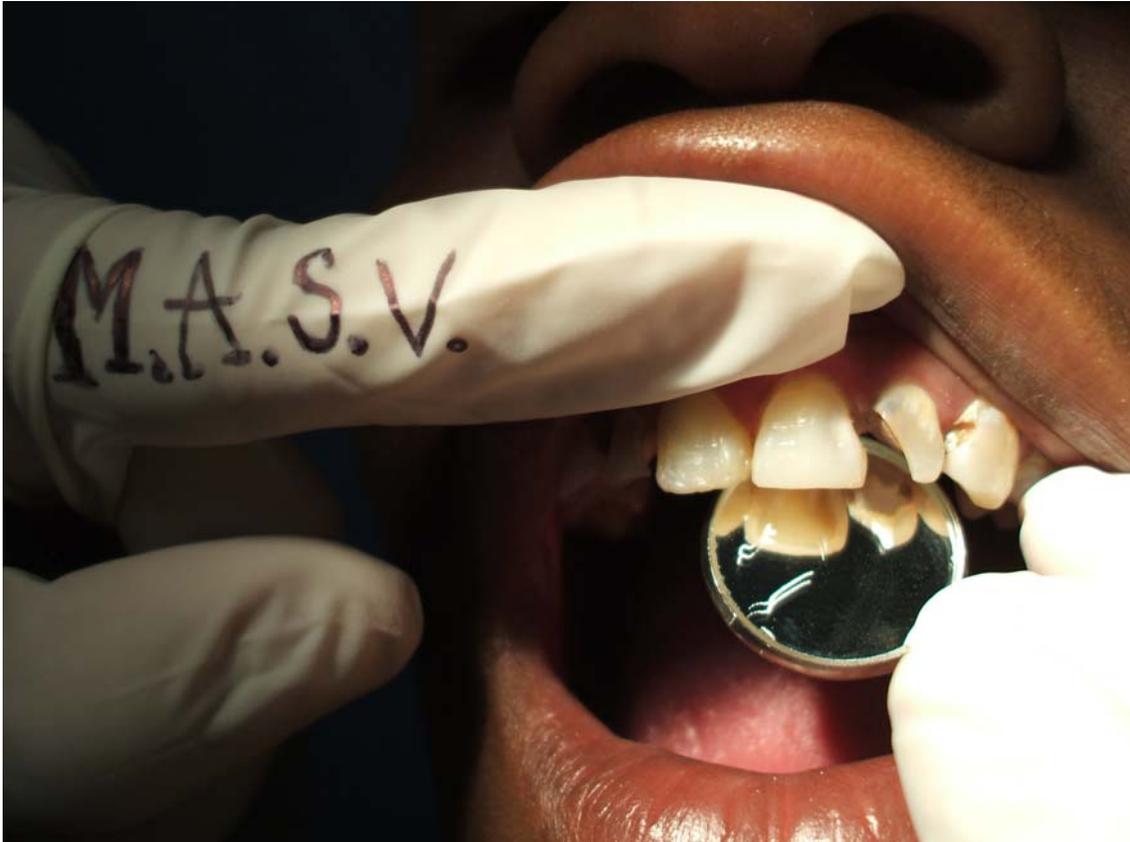
Paciente-Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 2



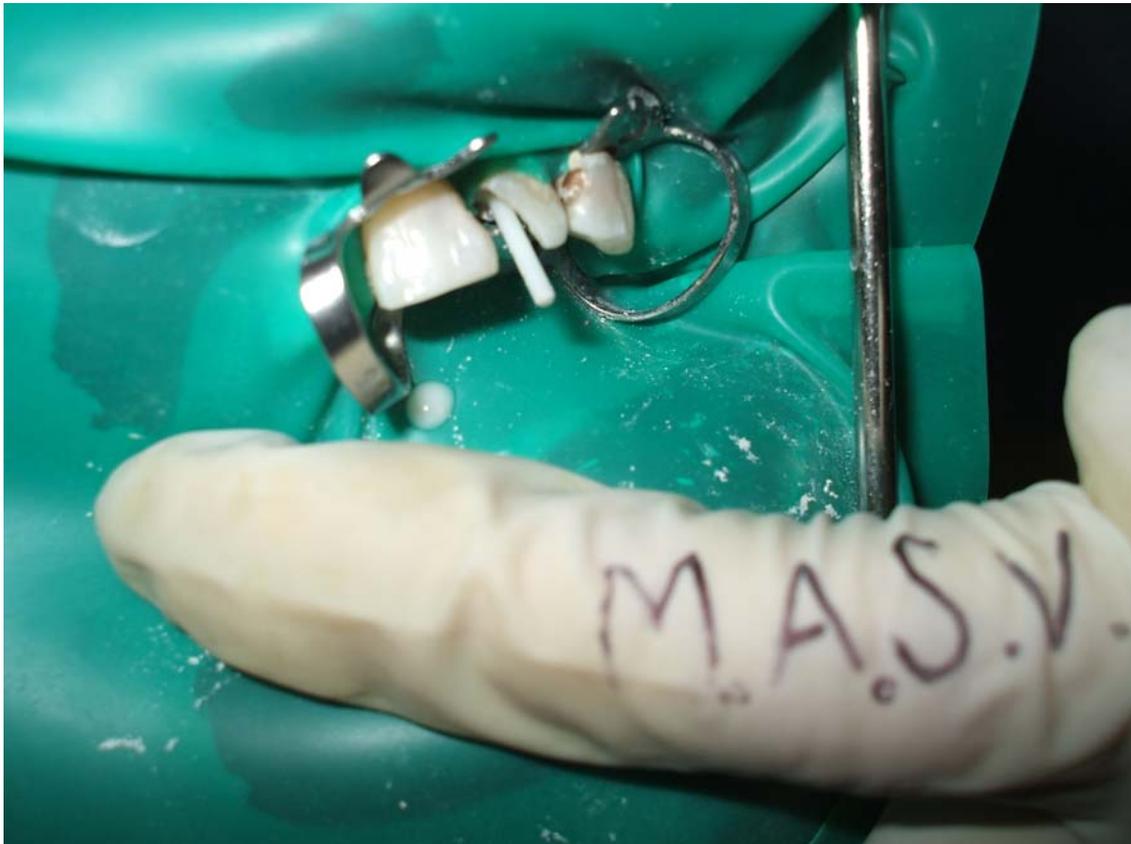
Radiografía de diagnóstico. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 3



Presentación del Caso. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 4



Pieza en tratamiento cavidad conformada con poste. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 5



Pieza en tratamiento con cavidad conformada con matriz y aislamiento absoluto. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

FOTO 6



Caso terminado con pulido y abrillantado. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2010.

**CASO CLÍNICO DE PERIODONCIA
PERIODONTITIS MODERADA Y GINGIVITIS**

FOTO 1



Paciente-Operador. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 2



Radiografía de diagnóstico. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 3



Preoperatorio. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría V. 2011.

FOTO 4



Preoperatorio superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 5



Preoperatorio inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 6



Detartraje superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 7



Detartraje inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría V. 2011.

FOTO 8



Fluorización. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría V. 2011.

FOTO 9



Post-Operatorio. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología.
Salavarría V. 2011.

FOTO 10



Post-Operatorio Superior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.

FOTO 11



Post-Operatorio inferior. Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología. Salavarría V. 2011.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 24 de febrero del 2011

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

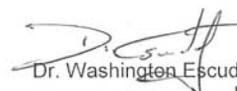
Yo, Miguel Amador Salazar Villaz con C.I. N° 092641689-2
Alumno de quinto año Paralelo N° 1 solicito a usted y por su digno intermedio a
quien corresponda se me asigne el nombre del TUTOR para mi caso de MEMORIA en
la materia de Geografía como requisito previa a mi Incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecid@.

Es justicia,

Miguel Amador Salazar Villaz
c.i. N° 092641689-2

Se le ha asignado al Dr. (a) Juan José Nacio para que colabore con usted en la
realización de su caso de memoria.


Dr. Washington Escudero Doltz
DECANO

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de Graduación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel en Odontología.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Complicaciones en la cirugía del tercer molar inferior”

Presentado por:

Apellidos y Nombres.

Cédula de Ciudadanía.

Salavarría Vélez Miguel Amador

092641689-2

TUTORES



Dr. Juan José Macío Pincay

Académico



Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.

Metodológico

Dr. Washington Escudero D.

Decano

Guayaquil, abril 2011

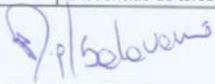
Caso de Cirugía



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

RECIBO Nº 049012

Guayaquil, 19 de feb del 2006
Recibi de Cecilia Hopen

Cant.	ACCION CLINICA	Valor Unit	Total
	Diagnóstico / Profilaxis		
	Tratamiento de Alveolitis		
	Tratamiento Periodontal		
	Restauración Amalgama		
	Restauración Resina Auto		
	Restauración Resina Foto		
	Provisional		
	Exodoncia		
	Anestésico adicional		
	Aguja adicional		
	RX Periapical		
	RX Adicional		
	Guantes		
	Endodoncia		
	Sellamientos de puntos y fisuras		
	Fluorización		
	Blanqueamiento dental		
	Material adicional de cirugía		
	Exodoncias de terceros molares		
		TOTAL \$	370
 Interno Tratante		 Jefe de Guardia	

RECIBO CLIENTE



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
EXODONCIA

Guayaquil, 19 de Enero de 2011

- 1.- NOMBRE Y APELLIDO : Paula Holguin Romero
- 2.- MOTIVO DE CONSULTA : Profilaxis con detartraje
- 3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Mal olor de la boca
- 4.- ANTECEDENTES PERSONALES : Ninguno
- a) Esta bajo tratamiento médico SI NO X PORQUE
- b) Que medicación está tomando : Ninguno
- c) Hepatitis No j) Sida No
- d) Hemofilia No k) Sinusitis No
- e) Alergias No l) Diabetes No
- f) Embarazo No m) Complicaciones con anestesia No
- g) Cáncer No n) Hemorragias No
- h) Hipertensión No o) Otros No
- i) Tuberculosis No

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso 80 x/min Respiración 20 x/min P. Arterial 120/60/80 Temperatura 37°C

B) EXAMEN INTRAORAL

	N	A		N	A
a) Mucosa labial	<input checked="" type="checkbox"/>		f) Piso de la boca	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Mucosa de carrillo	<input checked="" type="checkbox"/>		g) Dientes		<input checked="" type="checkbox"/>
c) Paladar duro y blando	<input checked="" type="checkbox"/>		h) Periodonto	<input checked="" type="checkbox"/>	
d) Orofaringe	<input checked="" type="checkbox"/>		i) Oclusión	<input checked="" type="checkbox"/>	
e) Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>		j) Otros	<input checked="" type="checkbox"/>	

C) EXAMEN EXTRAORAL

a) Labios c) Piel

b) A.T.M. d) Cuello

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : 36

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Sombra radiolucida por oclusal compatible con caries late unica, conducto amplio, apice normal

8.- DIAGNOSTICO : Extracción de pieza 36

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Exodoncia o cirugía

10.- TECNICA QUIRURGICA : luxacion, prehension, traccion y Adulsión

11.- FARMACOPEA : Ibuprofeno 400mg tomar 1 c/8 horas. Ampicilina 500mg tomar 1/8 horas. Vitamina C 1 c/12 horas

12.- RECOMENDACIONES : NO andar en el Sol

Miguel Salayama
INTERNO TRATANTE

[Signature]
JEFE DE GUARDIA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO**

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		EDAD		N° HISTORIA CLINICA																																																																		
U. de Guayaquil		Cealia		Holgado		F		34 años																																																																		
SEXO	1-1 AÑOS	2-2 AÑOS	3-3 AÑOS	4-4 AÑOS	5-5 AÑOS	6-6 AÑOS	7-7 AÑOS	8-8 AÑOS	9-9 AÑOS																																																																	
1																																																																										
1 MOTIVO DE CONSULTA																																																																										
Dolores																																																																										
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL																																																																										
Ninguna																																																																										
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																																																																										
1. ALERGIAS	2. ALERGIAS	3. ALERGIAS	4. ALERGIAS	5. ALERGIAS	6. ALERGIAS	7. ALERGIAS	8. ALERGIAS	9. ALERGIAS	10. OTRO																																																																	
No	No	No	No	No	No	No	No	No	No																																																																	
4 SIGNOS VITALES																																																																										
TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION	TA	FC	FR	PA	PC	PP	PT																																																																	
37.2	76	16	110	70	120	120	120	120	120																																																																	
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGRÁFICO																																																																										
1. LINGUA	2. PALATA	3. GINGIVAS	4. GINGIVAS	5. GINGIVAS	6. LINGUA	7. PALATA	8. FRENILLO	9. GINGIVAS	10. GINGIVAS																																																																	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																																																																	
6 ODONTOGRAMA																																																																										
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL					8 INDICES CPO-CBO																																																																					
<table border="1"> <tr> <th colspan="5">INGENIERIA SIMPLIFICADA</th> </tr> <tr> <th>PIEZAS DENTALES</th> <th>PLACA</th> <th>DAÑO D</th> <th>DAÑO I</th> <th>DAÑO II</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td>17</td> <td>50</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>24</td> <td>51</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>27</td> <td>68</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>37</td> <td>78</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>41</td> <td>71</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>47</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">TOTAL</td> </tr> </table>					INGENIERIA SIMPLIFICADA					PIEZAS DENTALES	PLACA	DAÑO D	DAÑO I	DAÑO II	10	17	50			11	24	51			26	27	68			36	37	78			51	41	71			46	47	80			TOTAL					<table border="1"> <tr> <th colspan="4">INDICES CPO-CBO</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>P</th> <th>O</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>d</th> <th>e</th> <th>o</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					INDICES CPO-CBO				D	P	O	TOTAL					d	e	o	TOTAL				
INGENIERIA SIMPLIFICADA																																																																										
PIEZAS DENTALES	PLACA	DAÑO D	DAÑO I	DAÑO II																																																																						
10	17	50																																																																								
11	24	51																																																																								
26	27	68																																																																								
36	37	78																																																																								
51	41	71																																																																								
46	47	80																																																																								
TOTAL																																																																										
INDICES CPO-CBO																																																																										
D	P	O	TOTAL																																																																							
d	e	o	TOTAL																																																																							
9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA																																																																										
<table border="0"> <tr> <td>* [X] INFLAM. REPERCIBIDA</td> <td>[O] PERDIDA PERICRUCIAL</td> <td>[] INFLAM. TOTAL</td> </tr> <tr> <td>* [X] INFLAM. REALIZADA</td> <td>[Δ] ENDODONCIA</td> <td>[] OROFITA</td> </tr> <tr> <td>[X] EXTRA. INDICADA</td> <td>[] PROTESIS Fija</td> <td>[] ORO. OBTURADO</td> </tr> <tr> <td>[X] PERDIDA PER OMB</td> <td>[] PROTESIS REVOYABLE</td> <td>[] CARAS</td> </tr> </table>										* [X] INFLAM. REPERCIBIDA	[O] PERDIDA PERICRUCIAL	[] INFLAM. TOTAL	* [X] INFLAM. REALIZADA	[Δ] ENDODONCIA	[] OROFITA	[X] EXTRA. INDICADA	[] PROTESIS Fija	[] ORO. OBTURADO	[X] PERDIDA PER OMB	[] PROTESIS REVOYABLE	[] CARAS																																																					
* [X] INFLAM. REPERCIBIDA	[O] PERDIDA PERICRUCIAL	[] INFLAM. TOTAL																																																																								
* [X] INFLAM. REALIZADA	[Δ] ENDODONCIA	[] OROFITA																																																																								
[X] EXTRA. INDICADA	[] PROTESIS Fija	[] ORO. OBTURADO																																																																								
[X] PERDIDA PER OMB	[] PROTESIS REVOYABLE	[] CARAS																																																																								

1RA CITA: 12 de febrero 2012 FECHA: 12 febrero 2012

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

Miguel Salazar Velez
INTERNO

2DA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

Caso de Prevención



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 R.U.C. 0960002510001
MATRIZ: Av. Kennedy s/n y Av. Delta (Cda. Universitaria)
 Telfs.: 2294701 - 2391048 - 2390948 • Guayaquil - Ecuador
Clínica de Internado

Contribuyente Especial Según Resolución Nº 972

FACTURA

SERIE 012-002- 0038060

Autorización S.R.I. 1108663614

CLIENTE: **RUÑIGA VIVIANA** 7113

FECHA: **11/11/2010**

R.U.C.: **RUÑIGA** GUIA DE REMISION: **JqJk9**

CODIGO: **RUÑIGA**

DIRECCION:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	P. UNITARIO	VALOR DE VENTA
017	SELANTES Y FLUORIZACIONES	1	30,00	30,00

Son:

TREINTA DOLARES CON 00/100 CTVOS.

LOS PAGOS SON EN EFECTIVO

RECIBI CONFORME

Subtotal 12%	30,00
Subtotal 0%	0,00
Descuento	0,00
Sub Total	0
I.V.A. 12%	0,00
TOTAL US \$	30,00

Impreso en ST/INCORAF S.A. * R.U.C. 090238567001 * AUT. 6294 * Tel. 6006936 - Fax. 6006937 * Imp. 07/04/dic/ene/2010 Válido: 31/03/abr/may/2010 * Num. 38021 al 44000

CLIENTE

1RA CITA: Diagnostico, Perfilado, Bravura y Fluorizacion FECHA: 11/11/10

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

Miguel Salazar Velaz
INTERNO

2DA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA: FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

Caso de Endodóncia

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 R.U.C. 0960002510001
 MATRIZ: Av. Kennedy s/n y Av. Delta (Cda. Universitaria)
 Telfs.: 2294701 - 2391048 - 2390948 • Guayaquil - Ecuador
 Clínica de Internado

Contribuyente Especial Según Resolución Nº 972
FACTURA
 SERIE 012-002- **0037875**
 Autorización S.R.I. 1108663614

CLIENTE:
 FECHA:
 R.U.C. VERA DELGADO MARIO
 CODIGO: 05/2010
 DIRECCION:

GUIA DE REMISION: 6928
 JaJk9

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	P. UNITARIO	VALOR DE VENTA
015	ENDODONCIA UNI. (DIAG.PROX. MATERIAL	1	15.00	15.00

Son:  **QUINCE DOLARES CON 00/100 CTVOS.** **LOS PAGOS SON EN EFECTIVO**

Subtotal 12%
 Subtotal 0%
 Descuento 15.00
 Sub Total 0.00
 I.V.A. 12% 0.00
TOTAL US \$ 0.00

15.00 CLIENTE

Impreso en STELINDGRAF S.A. * R.U.C. 2902386700 * AUT. 4294 * Tel. 609636 - Fax. 609637 * Imp. 07/Septiembre/2010 V.B.M. 31/08/2010/0110 * Num. 36021 de 44000

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 R.U.C. 0960002510001
 MATRIZ: Av. Kennedy s/n y Av. Delta (Cda. Universitaria)
 Telfs.: 2294701 - 2391048 - 2390948 • Guayaquil - Ecuador
 Clínica de Internado

Contribuyente Especial Según Resolución Nº 972
FACTURA
 SERIE 012-002- **0038208**
 Autorización S.R.I. 1108663614

CLIENTE: VERA DELGADO MARIA
 FECHA: 11/16/2010
 R.U.C.: VERA
 CODIGO:
 DIRECCION:

GUIA DE REMISION: 7261
 JaJk9

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	P. UNITARIO	VALOR DE VENTA
015	ENDODONCIA UNI. (DIAG.PROX. MATERIAL	1	15.00	15.00

Son:  **QUINCE DOLARES CON 00/100 CTVOS.** **LOS PAGOS SON EN EFECTIVO**

Subtotal 12%
 Subtotal 0%
 Descuento 0.00
 Sub Total 0
 I.V.A. 12% 0.00
TOTAL US \$ 15.00

15.00 CLIENTE

Impreso en STELINDGRAF S.A. * R.U.C. 2902386700 * AUT. 4294 * Tel. 609636 - Fax. 609637 * Imp. 07/Septiembre/2010 V.B.M. 31/Octubre/2010 * Num. 36021 de 44000



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 FICHA CLINICA DE ENDODONCIA

NOMBRE: Maria Vera Delgado EDAD: 42 FECHA: 05/11/10

ANTECEDENTES

Esta bajo tratamiento médico SI NO Alergia a medicamentos SI NO
 Complicaciones con anestesia SI NO Hemorragia SI NO
 Otros:

MOTIVO DE LA CONSULTA: Incomodidad en la apariencia de sus dientes

MOLESTIA PRINCIPAL: Necrosis pulpar

DIENTE A TRATARSE #: 25

EXPLORACION CLINICA

INSPECCION: Gran parte de la corona se en PALPACION: Teste normal
dentra de espina
 PERCUSION: Sin molestia MOVILIDAD: Negativa
 TRANSLUMINACION: No transiluminado

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Perdida de gran parte coronaria involucrando corona
La pulpa, Apice variado y Periapico tejidos periradicular ligeramente ensan-
chando

SEMIOLOGIA DEL DOLOR

TIPO: Negativo INTENSIDAD: Asintomático
 CRONOLOGIA: Negativo UBICACIÓN: Asintomático
 ESTIMULO: Negativo

VITALOMETRIA

PRUEBA TERMICA: Negativa
 PRUEBA DE CAVIDAD: Negativa

DIAGNOSTICO:

Necropulparoma en 2 sesiones, primera medicada

TRATAMIENTO

LONGITUDI APARENTE: 24 mm LONGITUD DE TRABAJO: 23
 PRONOSTICO: Favorable para el diente, desfavorable para la pulpa

OBSERVACIONES:

.....

PRIMERA CITA Miembros Endodóncia
..... Diente malocluso
.....

SEGUNDA CITA Obtención Final y restauración
..... 15/11/10
.....

FECHA 05/11/10 COSTO 39= ABONO 15= SALDO 15

Miguel Sabarwal Vélaz
INTÉRNO TRATANTE

[Signature]
JEFE DE GUARDIA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO**

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA																																																						
El Estero		Marco Ecuador		Leon Delgado		M	42																																																							
MENOR DE UN AÑO		1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-24 AÑOS	25-44 AÑOS	45-64 AÑOS		65 AÑOS O MÁS																																																						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																						
1 MOTIVO DE CONSULTA																																																														
El paciente se siente incomodo con la apatonia de su diente																																																														
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL																																																														
Pieza en estado necrotico.																																																														
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																																																														
1. ALERGIA ANTIBIOTICO <input type="checkbox"/> 2. ALERGIA ANESTESIA <input type="checkbox"/> 3. NIÑO PREMATURO <input type="checkbox"/> 4. SINDROME <input type="checkbox"/> 5. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> 6. ASMA <input type="checkbox"/> 7. DIABETES <input type="checkbox"/> 8. HIPERTENSION <input type="checkbox"/> 9. ENF. CARDIACA <input type="checkbox"/> 10. OTRO <input type="checkbox"/>																																																														
4 SIGNOS VITALES																																																														
TEMPERATURA		PULSO		PRESION ARTERIAL		SATURACION O2		RESPIRACION																																																						
37°		72		120/80		95		20																																																						
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO																																																														
1. LINGUA <input type="checkbox"/> 2. MUCILAS <input type="checkbox"/> 3. MUCILAS SUPERIOR <input type="checkbox"/> 4. MUCILAS INFERIOR <input type="checkbox"/> 5. GINGIVA <input type="checkbox"/> 6. PALADAR <input type="checkbox"/> 7. FIBRO <input type="checkbox"/> 8. OROFARINGE <input type="checkbox"/> 9. OROFARINGE <input type="checkbox"/> 10. OROFARINGE <input type="checkbox"/> 11. OROFARINGE <input type="checkbox"/> 12. OROFARINGE <input type="checkbox"/>																																																														
6 ODONTOGRAMA																																																														
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 85 84 83 82 81 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38																																																														
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL																																																														
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					RIFORMIDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS																																																					
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 85 84 83 82 81 61 62 63 64 65 85 84 83 82 81 71 72 73 74 75 48 47 46 45 44 43 42 41					LEV: <input checked="" type="checkbox"/> MODERADA: <input type="checkbox"/> SEVERA: <input type="checkbox"/>		ANGLE I: <input type="checkbox"/> ANGLE II: <input type="checkbox"/> ANGLE III: <input type="checkbox"/>		LINE: <input checked="" type="checkbox"/> MODERADA: <input type="checkbox"/> SEVERA: <input type="checkbox"/>																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">PIEZAS DENTALES</th> <th>PLACA</th> <th>CAUSAS</th> <th>ORBITAS</th> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>11</td><td>21</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>36</td><td>37</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>31</td><td>41</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>46</td><td>47</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>					PIEZAS DENTALES		PLACA	CAUSAS	ORBITAS	18	17	0	0	0	11	21	0	0	0	26	27	0	0	0	36	37	0	0	0	31	41	0	0	0	46	47	0	0	0	TOTAL		0	0	0	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>C</th> <th>P</th> <th>O</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>3</td> <td>13</td> <td>16</td> </tr> <tr> <th>c</th> <th>p</th> <th>o</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		C	P	O	TOTAL	0	3	13	16	c	p	o	TOTAL				
PIEZAS DENTALES		PLACA	CAUSAS	ORBITAS																																																										
18	17	0	0	0																																																										
11	21	0	0	0																																																										
26	27	0	0	0																																																										
36	37	0	0	0																																																										
31	41	0	0	0																																																										
46	47	0	0	0																																																										
TOTAL		0	0	0																																																										
C	P	O	TOTAL																																																											
0	3	13	16																																																											
c	p	o	TOTAL																																																											
8 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA																																																														
* BELLANTE RECORRIDO * BELLANTE REALIZADO X EXTINCIÓN PERICADA X PERICADA POR CARIES * PERICADA (OTRA CAUSA) * ENDODONCIA O PICTORES FIJA PICTORES REMOVIBLE * PERICADA * PERICADA * PERICADA * PERICADA																																																														

Caso de Operatoria



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 R.U.C. 0960002510001
MATRIZ: Av. Kennedy s/n y Av. Delta (Cda. Universitaria)
 Telfs.: 2294701 - 2391048 - 2390948 • Guayaquil - Ecuador
Clínica de Internado

Contribuyente Especial Según Resolución Nº 972

FACTURA

SERIE 012-002- 0038020

Autorización S.R.I. 1108663614

CLIENTE: _____

FECHA: _____

R.U.C.: **SORIA AGUIRRE GUSTAVO** GUIA DE REMISION: **7073**

CODIGO: **11/10/2010** **JaJky**

DIRECCION: **RIA**

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	P UNITARIO	VALOR DE VENTA
001	DIAGNOSTICO PROFILAXIS	1	5.00	5.00
021	COMPOSITA FOTOCURADO(GRANDE)	1	20.00	20.00

Son: 

VEINTE Y CINCO DOLARES CON 00/100 CENTS

LOS PAGOS SON EN EFECTIVO

RECIBI CONFORME

Subtotal 12%

Subtotal 0%

Descuento 25.00

Sub Total 0.00

I.V.A. 12% 0

TOTAL US \$ **0.00**

CLIENTE

Impreso en ESTANDGRAF S.A. • R.U.C. 090202067001 • ALIT. 0294 • Tel. 000820 • Fax. 000827 • Imp. 07/Septiembre/2010 Válido 31/Diciembre/2010 • Num 30001 al 40000



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 FICHA CLINICA DE OPERATORIA DENTAL

1.- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres: Gustavo José FECHA: 10/11/10
 b) Domicilio: 10 de Mayo y Piedrahíta Apellidos: Sosa Aguirre
 Teléfono: 093.691561

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Estética dental

3.- MOLESTIA PRINCIPAL: Pérdida de los ángulos en la zona de dientes anteriores

4.- PIEZA A TRATARSE #: 22

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Pieza tratada endodónticamente, pérdida del ángulo en la corona, raíz vacía, ápice y periradicular normales

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: Se observa una obturación provisional, pérdida del ángulo y la pared palatina

7.- DIAGNOSTICO: Restaurar la pieza 22 y poner un poste de fibra de vidrio

8.- PLAN DE TRATAMIENTO: Desoldar el conducto 23 aproximadamente e implantar un poste de fibra de vidrio y luego restaurar con resina

9.- TERAPEUTICA (RECETA): Na s.e. recetó.

10.- RECOMENDACIONES: Se recomienda no hacer objetos duros en la zona anterior por lo menos una hora de reposo de hacer la colocación

11.- PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	10/11/10	
2.- Apertura de la cavidad	10/11/10	
3.- Extensión preventiva	10/11/10	
4.- Eliminación de tejido cariado	10/11/10	
5.- Protección dentino pulpar	10/11/10	
6.- Conformación definitiva de la cavidad	10/11/10	
7.- Obturación de la cavidad	10/11/10	
8.- Tallado de la Restauración	10/11/10	
9.- Pulido de la Restauración	10/11/10	

Miguel Salazar Velazco
INTERNO

Miguel Salazar Velazco
JEFE DE GUARDIA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
D. de Guayaquil	Rubén Gustavo	Lozano	M	20 años	

1 MOTIVO DE CONSULTA
Estética Dental

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Pérdida de los ángulos en la zona de dientes anteriores

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS	2. ALERGIAS ALIMENTARIAS	3. ENFERMEDADES RENALES	4. ENFERMEDADES HEMÁTICAS	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENFERMEDADES CARDIACAS	10. OTRO
<input checked="" type="checkbox"/>									

4 SIGNOS VITALES

Tensión Arterial: 120/80 mmHg Temperatura: 37°C Pulso: 74/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LINGUA	2. MUELAS	3. MUELAS SUPERIORES	4. MUELAS INFERIORES	5. LINGUA	6. PALADAR	7. FIBRO	8. GUMAS
<input checked="" type="checkbox"/>							

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES	PLACA	DAÑO DEL DENTIN	OSTEOITIS	LEVE	ANGULAR	LEVE	
18	17	90	0	MODERADA	ANGULAR	MODERADA	
11	21	01	0	SEVERA	ANGULAR	SEVERA	
28	27	05	0				
30	37	75	0				
31	41	71	0				
48	47	85	0				
TOTAL							

8 INDICES CPO-680

C	P	O	TOTAL
9	5	5	19
d	c	e	o
			TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₈	SEL. LAVADO NECESARIO	⊗	PERICIA EXTRA CALUSA
* ₂₈	SELLANTE REALIZADO	⊕	ENDODONCIA
X ₁₈	EXTRACCIÓN INDICADA	○	ASL
X ₂₈	PERICIA POR GANES	○	ASL
		○	OSTEITIS
		○	OSTEITIS REVERSIBLE

1RA CITA: _____ FECHA: 10/11/10

Memoria de Operación
Maguato y Hospital
Asistencia de Guardia Base con piloto de finca de Lido

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

2DA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA: _____ FECHA: _____

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

Caso de Periodóncia



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO

RECIBO N° 045278

Guayaquil, 13 de Feb del 2011
 Recibí de Baile, Hector

Cant.	ACCION CLINICA	Valor Unit	Total
	Diagnóstico / Profilaxis		✓
	Tratamiento de Alveolitis		✓
	Tratamiento Periodontal		✓
	Restauración Amalgama		
	Restauración Resina Auto		
	Restauración Resina Foto		
	Provisional		
	Exodoncia		
	Anestésico adicional		
	Aguja adicional		
	RX Periapical		
	RX Adicional		
	Guantes		
	Endodoncia		
	Sellamientos de puntos y fisuras		
	Fluorización		
	Blanqueamiento dental		
	Material adicional de cirugía		
	Exodoncias de terceros molares		
		TOTAL \$	390

Miguel Solovev

Interno Tratante

cu

Jefe de Guardia

RECIBO CLIENTE



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 FICHA CLINICA DE PERIODONCIA

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres : Cecilia
 b) Domicilio : Coop.
 FECHA: 13/05/11
 Apellidos : Halyson
 Teléfono :

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

Mal aliento y sangrado de encías

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

- a) Cuando realizó la última visita al Odontólogo? : No se acuerda
 b) Es la primera vez que se enferma su encía? : No
 c) Cuántas veces se cepilla diariamente? : Una vez
 d) Qué pasta utiliza? : Colgate
 e) Usa hilo dental? : No
 f) Usa enjuagues bucales? : No
 g) Cuando comenzó la lesión? : Hace 2 años
 h) Dónde está localizada? : Casi en toda la boca
 i) Le sangra al cepillarse? : Si
 j) Sufre de hemorragias espontánea en la boca? : No
 k) Tiene mal aliento? : Si
 l) Tiene mal sabor en la boca? : Si
 m) Se muerde las uñas? : No
 n) Muerde objetos extraños? : No
 o) Aprieta o rechina los dientes? : Si

4.- EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas : Ninguna

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

18 17 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 38

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

17 13 12 11	21 22 23 24 26 27 28
45 44 43 42 41	31 32 33 34 35

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

18 17	26 27 28
45 44 43 42 41	31 32 33 34 35

e) Localización y medición de movilidad dentaria

18 17	
45 44 43 42 41	31 32 33 34 35

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 11
 PIEZA 12
 PIEZA 13
 PIEZA 14
 PIEZA 15
 PIEZA 16
 PIEZA 17
 PIEZA 18

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 21
 PIEZA 22
 PIEZA 23
 PIEZA 24
 PIEZA 25
 PIEZA 26
 PIEZA 27
 PIEZA 28

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31
 PIEZA 32
 PIEZA 33
 PIEZA 34
 PIEZA 35
 PIEZA 36
 PIEZA 37
 PIEZA 38

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41
 PIEZA 42
 PIEZA 43
 PIEZA 44
 PIEZA 45
 PIEZA 46
 PIEZA 47
 PIEZA 48

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Pericarditis moderada y coronarias

7.- TRATAMIENTO

Diet. Lige, pas paco y pulido. Reduclor

8.- TECNICAS DE TRATAMIENTO (PASOS OPERATORIOS DEL TRATAMIENTO - RESUMEN)

Diet. Lige, pas paco y pulido. Reduclor

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

Meloxam 1. dia a 0.3 dias, Pasta de denta, Nitroglicerol 500 mg. 11. 1/5 horas

10.- RECOMENDACIONES:

No Fumar, No ingerir alimentos con pg. mltos

11.- PRIMERA CITA

Diagnostico Pericarditis. Codo de Plata - Foto

FECHA:

13/02/11

JEFE DE GUARDIA

12.- SEGUNDA CITA

Diet. Lige - Control de Hta. Polio - Alzabo y Floreador

FECHA:

19/02/11

JEFE DE GUARDIA

Miguel Chavez Qui

Miguel Salazar Velez
 INTERNO

Miguel Salazar Velez
 INTERNO



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA**

PACIENTE:	Cealva Holgun	H.C. #
INTERNO:	Miguel Salamanca Veloz	CURSO: 5/1

ÍNDICE DE PLACA

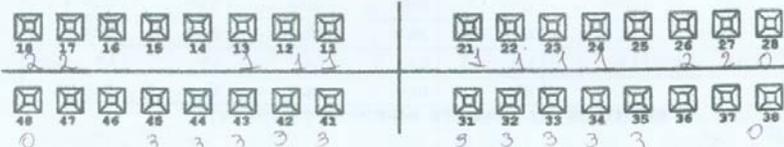
a) Número de dientes:	27
b) Número de caras:	120
c) Caras teñidas:	60
d) Porcentaje de placa:	

b)	$\frac{60}{120} \times 100\%$
c)	
d)	



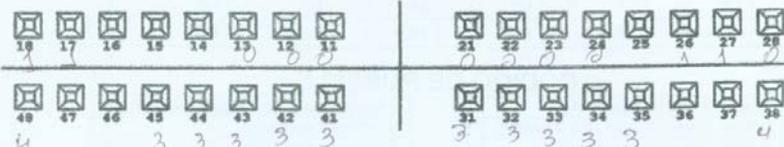
ÍNDICE DE CÁLCULO

Ausencia de cálculo:	0	Cálculo subgingival:	2
Cálculo supragingival:	1	Cálculo supra y subgingival:	3



ÍNDICE DE MOVILIDAD

Imperceptible:	0	Amplia:	3
Ligera:	1	Mas o menos:	4
Moderada:	2		



ÍNDICE DE SANGRADO

No sangra:	0	Abundante:	3
Poco:	1	Mas o menos:	4
Moderado:	2		



SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 11	PIEZA 12	PIEZA 13	PIEZA 14	PIEZA 15	PIEZA 16	PIEZA 17	PIEZA 18
MV= 3	MV= 1	MV= 1	MV= -	MV= -	MV= -	MV= 2	MV= 2
V= 1	V= 3	V= 3	V= -	V= -	V= -	V= 1	V= 3
DV= 2	DV= 2	DV= 2	DV= -	DV= -	DV= -	DV= 3	DV= 4
MP= 1	MP= 1	MP= 1	MP= -	MP= -	MP= -	MP= 4	MP= 5
P= 3	P= 3	P= 1	P= -	P= -	P= -	P= 5	P= 1
DP= 2	DP= 1	DP= 2	DP= -	DP= -	DP= -	DP= 3	DP= 3

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 21	PIEZA 22	PIEZA 23	PIEZA 24	PIEZA 25	PIEZA 26	PIEZA 27	PIEZA 28
MV= 1	MV= 4	MV= 1	MV= 5	MV= -	MV= 6	MV= 3	MV= 2
V= 4	V= 2	V= 4	V= 2	V= -	V= 5	V= 2	V= 3
DV= 3	DV= 5	DV= 3	DV= 1	DV= -	DV= 2	DV= 3	DV= 6
MP= 2	MP= 3	MP= 2	MP= 1	MP= -	MP= 1	MP= 4	MP= 1
P= 4	P= 2	P= 4	P= 2	P= -	P= 2	P= 1	P= 2
DP= 2	DP= 1	DP= 1	DP= 1	DP= -	DP= 1	DP= 2	DP= 3

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 3	MV= 3	MV= 2	MV= 2	MV= 4	MV= -	MV= -	MV= 2
V= 2	V= 2	V= 2	V= 1	V= 2	V= -	V= -	V= 3
DV= 1	DV= 1	DV= 4	DV= 3	DV= 3	DV= -	DV= -	DV= 3
ML= 1	ML= 2	ML= 2	ML= 4	ML= 3	ML= -	ML= -	ML= 2
L= 2	L= 3	L= 1	L= 2	L= 3	L= -	L= -	L= 2
DL= 4	DL= 4	DL= 3	DL= 1	DL= 3	DL= -	DL= -	DL= 2

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	PIEZA 42	PIEZA 43	PIEZA 44	PIEZA 45	PIEZA 46	PIEZA 47	PIEZA 48
MV= 1	MV= 4	MV= 3	MV= 1	MV= 1	MV= -	MV= -	MV= 1
V= 1	V= 2	V= 2	V= 3	V= 2	V= -	V= -	V= 2
DV= 2	DV= 1	DV= 4	DV= 2	DV= 3	DV= -	DV= -	DV= 1
ML= 3	ML= 1	ML= 2	ML= 4	ML= 6	ML= -	ML= -	ML= 2
L= 2	L= 2	L= 3	L= 5	L= 7	L= -	L= -	L= 2
DL= 2	DL= 3	DL= 1	DL= 2	DL= 3	DL= -	DL= -	DL= 3

CÓDIGO DE RUSSELL

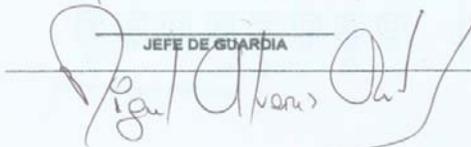
Ausencia de inflamación:	0	Inflamación + bolsa periodontal:	6
Inflam. gingival leve (1 ó 2 caras):	1	Movilidad dentaria:	8
Inflam. gingivocircuncrita:	2	Ausencia dentaria:	9

18	17	16	15	14	13	12	11
2	4	-	-	-	2	2	1

21	22	23	24	25	26	27	28
7	2	2	2	-	1	2	2

48	47	46	45	44	43	42	41
9	9	6	5	6	8	8	8

31	32	33	34	35	36	37	38
8	8	6	8	8	9	9	6

JEFE DE GUARDIA


Miguel Salazar Salazar
 INTERNO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 CONTROL DE PERIODONCIA

PACIENTE: Cecilia Holguin	H.C. #
INTERNO: Miguel Salamanca Velaz	CURSO: 5/1

CONTROL DE PLACA

FECHA: 19 / 02 / 11

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 19 / 02 / 11

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 19 / 02 / 11

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
1 1 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
3 2 1 2 2 2 1	1 2 2 2 3 4

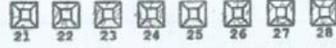
CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 19 / 02 / 11

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
2 2 0 0 0 0 0 0	2 1 0 0 0 0 0 0
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
0 1 1 2 2 1	1 2 2 2 2 0

UNIVERSIDAD DE CALABAR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SONDAJE DE CONTROL

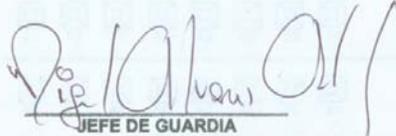
FECHA: 19 / 02 / 11



**CONTROL DE INFLAMACIÓN
(RUSSELL)**

FECHA: 19 / 02 / 11




JEFE DE GUARDIA


INTERNO

1RA CITA: Magister Roxas - Técnica de Captado e hito 18/02/11
18/02/11
D. J. Alva
JEFE DE GUARDIA Miguel Salazar Velaz
INTERNO

2DA CITA: 19/02/11
D. J. Alva
JEFE DE GUARDIA Miguel Salazar Velaz
INTERNO

3RA CITA: FECHA:
JEFE DE GUARDIA INTERNO

4TA CITA: FECHA:
JEFE DE GUARDIA INTERNO

5TA CITA: FECHA:
JEFE DE GUARDIA INTERNO

6TA CITA: FECHA:
JEFE DE GUARDIA INTERNO