



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**

**TRABAJO DE GRADUACION  
Previo a la obtención del Título de Odontólogo**

**Tema:**

**“TERCEROS MOLARES RETENIDOS ASPECTOS  
ANATOMOQUIRÚRGICO Y RADIOGRÁFICO”**

**Autor:**

**Gloria Lorena Cárdenas Navarro**

**Tutor:**

**Dr. Remberto Rodríguez**

**Periodo Lectivo**

**2010 – 2011**

## CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de Tutor del Trabajo de Graduación:

### CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de Tercer Nivel de Odontólogo.

El Trabajo de Graduación se refiere a:

La "TERCEROS MOLARES RETENIDOS: ASPECTOS ANATOMO-  
QUIRURGICOS Y RADIOGRÁFICO"

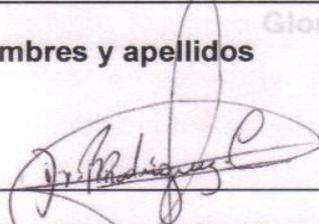
Presentado por:

Gloria Lorena Cárdenas Navarro

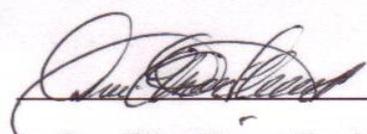
091957073-9

**Nombres y apellidos**

**Cédula de identidad**

  
\_\_\_\_\_

**TUTORES**

  
\_\_\_\_\_

Dr. Remberto Rodríguez C.

Dra. Elisa Llanos R. M.Sc.

**Tutor académico**

**Tutor metodológico**

\_\_\_\_\_  
Dr. Washington Escudero D.

**Decano**

Guayaquil, Abril del 2011

# CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de Tutor del Trabajo de Graduación:

## CERTIFICAMOS:

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de Tercer Nivel de Odontólogo

El Trabajo de Graduación se refiere a:

**“TERCEROS MOLARES RETENIDOS, ASPECTOS ANATOMOQUIRÚRGICO Y RADIOGRÁFICO”**

Presentado por:

Gloria Lorena Cárdenas Navarro

091957073-9

**Nombres y Apellidos**

**Cédula de Identidad**

**Tutores**

---

Dr. Remberto Rodríguez C.

Académico

---

Dra. Elisa Llanos R. MS.c.

Metodológica

---

Dr. Washington Escudero

Decano

Guayaquil, Abril del 2011

## **AUTORIA**

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

**Gloria Lorena Cárdenas Navarro.**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias, Señor, por un trabajo donde yo puedo usar mis talentos en una profesión que disfruto. Ayúdame a hacer mi mejor trabajo y a ser un ejemplo del carácter de Cristo a aquellos con los que me relaciono. Gracias que mi familia me anima a usar mis habilidades en el lugar de trabajo. Nunca olvidaré que tú me distes estos talentos. Ayúdame a crecer en sabiduría, Señor y protégeme para que mi trabajo no tome prioridad sobre mi relación contigo o mi familia.

## **DEDICATORIA**

Le dedico este trabajo en primer lugar a Dios de haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y completar otra etapa más, a mis Padres (Lizardo y Gloria) y Hermanas (Karla y Mayra) por su paciencia y apoyo en los momentos que mas los necesite.

A mi Abuelita (Marcela) que ha sido mi inspiración para luchar por lo que quiero, gracias Abuelita

Y Gracias a Dios por darme todo lo que me has dado, y a mis Amigos y Compañeros que día a día luchamos y nos apoyamos por lo mismo que fue llegar a terminar nuestra carrera como tanto lo habíamos soñado.

# INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>Pág.</b>
Portada	
Certificación de autores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos.....	4

## **TERCEROS MOLARES RETENIDOS.- Aspectos anatómicoquirúrgico y radiográfico**

### **CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

1.1 Generalidades del Tercer Molar.....	5
1.2 Concepto y Clasificación de Retención.....	5
1.3 Frecuencia de la inclusión.....	7
1.4 Etiopatogenia de la Retención.....	7
1.5 Consideraciones anatómicas y embrionarias.....	7
1.6 Anatomía Radiográfica.....	10
1.7 Clasificación Según la Inclinação.....	10
1.8 Clasificación según integridad de hueso y mucosa...	12
1.9 Diagnóstico Radiológico.....	12
1.10 Acceso.....	13
1.11 Posición y Profundidad.....	13
1.12 Angulación del 2do Molar.....	13
1.13 Indicaciones de la Exodoncia.....	14
1.14 Complicaciones.....	16
1.14.1 Complicaciones Mucosas.....	16
1.14.2 Complicaciones Infecciosas.....	16
1.14.3 Complicaciones Ganglionares.....	17
1.14.4 Complicaciones Óseas.....	17
1.14.5 Complicaciones Infecciosas a Distancia.....	17

## **Contenidos**

**Pág.**

1.15 Patología Producida por la Inclusión de los 3ero Molares.....	17
1.15.1 Mecánica.....	17
1.15.2 Tumoral.....	19
1.15.3 Nerviosa Vasomotora y Refleja.....	19

## **CAPITULO 2 CASO QUIRÚRGICO**

2.1 Fase Pre-Operatoria.....	21
2.1.1 Historia Clínica (ver Anexo 1).....	22
2.2 Técnica Quirúrgica del Tercer Molar Superior Izquierdo Semiretenido.....	22
2.3 Tratamiento Farmacológico.....	27
2.3.1 Antibiótico.....	27
2.3.2 Analgésico y Antinflamatorio.....	29
2.3.2.1 Relmex.....	29
2.3.2.2 Voltarén.....	30
2.3.2.3 Bucotricina.....	31
2.4 Recomendaciones.....	32
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Bibliografía.....	35
Anexos.....	36

## INTRODUCCIÓN

Se denominan dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción no lo han logrado erupcionar y permanecen en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario. Actualmente se le denomina Síndrome de Retención Dentaria por estar caracterizado por un conjunto de alteraciones, además de la ausencia del diente en la cavidad bucal.

La retención dentaria puede presentarse de dos formas: intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo y subgingival cuando está cubierto por mucosa gingival, pudiendo encontrarse en diferentes lugares de la cavidad bucal y por su posición se han descrito varias denominaciones, entre las que tenemos: diente retenido, incluido, enclavado e impactado.

**Retención Dentaria:** diente que llegada su época de erupción, se encuentra detenido total o parcialmente y permanece en el maxilar sin erupcionar. **Inclusión dentaria:** diente retenido en el maxilar, rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto. **Enclavamiento:** situación del diente retenido que ha perforado el techo óseo, con apertura del saco pericoronario o no y que puede hacer aparición en la boca o mantenerse submucoso. **Diente ectópico:** diente en un lugar cercano al que habitualmente ocupa. **Diente heterotópico:** situación más o menos alejada.

Según la situación en la arcada se clasifican en: Dientes erupcionados en la arcada. Dientes en proceso fisiológico de erupción. Dientes retenidos: enclavados (que perforan la mucosa y submucosas). Incluidos (intraoseos altos, intraoseos bajos, ectópicos, heterotópicos).

Frecuencias de la retención dentaria: tercer molar inferior 35%, canino superior 34%, tercer molar superior 9%, segundo premolar inferior 5%,

canino inferior 4%, incisivo central superior 4%. Las Frecuencias de la retención por maxilares: maxilar superior (canino 51%, tercer molar 33%). Maxilar inferior (tercer molar 86%, segundo premolar 6%, canino 4%).<sup>1</sup>

También ha recibido diversas clasificaciones de acuerdo al orden de frecuencia con que se presentan, a la posición del eje longitudinal del diente, a la altura respecto al plano de oclusión, a la profundidad, entre otras. Puede estar afectado cualquier diente de la cavidad bucal, pero los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni tipo racial.

Las retenciones dentarias pueden ocasionar diversas complicaciones y el proceso de brote dentario puede causar accidentes de muy diversos tipos. Los factores que intervienen en la retención dentaria pueden ser locales y generales. Los factores locales a su vez se clasifican en: factores embriológicos (situación alejada del diente, y época tardía de erupción, origen del diente,). Factores mecánicos (falta de espacio y obstáculos mecánicos). El propósito del presente trabajo es describir el tratamiento quirúrgico de terceros molares semirretenidos para evitar complicaciones durante el acto operatorio y posoperatorio, además de identificar cuáles son las causas, y características de estas patologías.

---

<sup>1</sup> Kruger GO. Dientes retenidos. En: Cirugía bucomaxilofacial. La Habana: Ed Científico Técnica; 1982. p.81-97.

## **OBJETIVO GENERAL**

Diagnosticar de forma correcta la inclusión del tercer molar en el pre operatorio para determinar un plan de tratamiento y poder evitar complicaciones y accidentes antes, durante y después a la intervención quirúrgica.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Clasificar las distintas complicaciones y accidentes que pueden presentarse en relación al tercer molar incluido (superior e inferior).
- Especificar detalladamente los distintos tipos de inclusión que pueden presentarse.
- Definir las diferentes lesiones que se pueden presentar en anatomías importantes de la cavidad bucal

## TEMA

# TERCEROS MOLARES RETENIDOS.- ASPECTOS ANATOMOQUIRÚRGICO Y RADIOGRÁFICO

## CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 1.1 GENERALIDADES DEL TERCER MOLAR

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.<sup>2</sup>

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.

### 1.2 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LAS RETENCIONES

Cualquier diente puede sufrir la interrupción de su proceso eruptivo, provocando su retención parcial o total dentro de los procesos maxilares. Existen diversas denominaciones de las inclusiones dentarias en función de las diversas clasificaciones realizadas por los diferentes autores que han abordado el tema.

Así, Laskin hace la siguiente clasificación:

- **Diente semierupcionado** cuando asoma alguna parte en la boca.

---

<sup>2</sup> Cosme Gay Escoda

- **Diente no erupcionado** cuando no asoma ninguna parte en la boca, pudiendo ser:
  - **Diente retenido**, cuando no perfora el hueso
  - **Diente impactado**, cuando ha perforado el hueso

Calatrava los clasifica en función de la integridad del saco folicular en:

- **Diente enclavado**, cuando el diente perfora el hueso y el saco folicular está en contacto con la cavidad oral.
- **Diente incluido**, cuando el diente está completamente cubierto de hueso y con el saco folicular integro.

Donado por otra parte los clasifica así;

- **Diente incluido**, cuando se encuentra totalmente cubierto de hueso
- **Diente enclavado**, cuando ha perforado el hueso.
  - **Submucoso**, cuando está totalmente cubierto por mucosa
  - **Erupcionado**, cuando está parcialmente o totalmente libre de mucosa.

Gay Escoda considera los siguientes grupos:

- **Diente impactado**, erupción detenida por una barrera física o una posición anómala del diente.
- **Diente retenido**
  - **Retención primaria**; erupción retenida sin que haya una barrera Física o posición anómala
  - **Retención secundaria**; igual que la primera pero una vez aparecido el diente en su cavidad bucal
- **Diente incluido**; aquel que permanece dentro del hueso una vez pasada su fecha de erupción.

Por último, Ries Centeno describe:

- **Retención intraósea**, cuando se presenta completamente rodeado por tejido óseo.
- **Retención subgingival**, cuando se encuentra cubierta por la mucosa gingival.

### **1.3 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.

### **1.4 ETIOPATOGENIA DE LA RETENCIÓN DE LOS MOLARES**

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.

### **1.5 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 determinado 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.

Para Ries Centeno existen:

- **Razones embriológicas.** La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal
- **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.

- **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.

## **1.6 ANATOMÍA RADIOGRÁFICA**

### **Clasificación según la inclinación del molar respecto al eje del segundo molar**

Winter realizó esta clasificación basándose en 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.

### **1.7 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 disto-angular:** 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.

Pell y Gregory clasifican los molares según dos parámetros; por una parte la posición de los terceros molares en relación con el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el segundo molar, distinguiendo:

- **Clase I;** hay espacio suficiente entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.
- **Clase II;** el molar incluido tiene un diámetro mesiodistal mayor que el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente.
- **Clase III;** no hay espacio y el molar se sitúa en la rama ascendente. Por otra parte valoran la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, describiendo tres posiciones:
  - **Posición A;** la porción alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal que pasa por encima del segundo molar.
  - **Posición B;** molar situado por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del mismo.
  - **Posición C;** la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

## 1.8 CLASIFICACIÓN SEGÚN LA INTEGRIDAD DEL HUESO Y LA MUCOSA ADYACENTE

Menéndez y García Perla realizan clasificaciones clínico-radiológicas 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.

## 1.9 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE UN MOLAR INCLUIDO

A la hora de llevar a cabo el diagnóstico radiológico de un tercer molar incluído 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.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Gutiérrez José Luis

## **1.10 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.

## **1.11 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.

## **1.12 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 la 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.

### **1.13 INDICACIONES DE EXODONCIA DE LOS TERCEROS MOLARES**

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. <sup>4</sup>

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.

---

<sup>4</sup> Albertos JM., González M.

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 las siguientes 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 pericoronitis, 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.

## **1.14 COMPLICACIONES**

### **1.14.1 Complicaciones Mucosas**

- Estomatitis odontiásica
- Angina de Vincent
- Ulceraciones mucosas peri y retro molares

### **1.14.2 Complicaciones Infecciosas**

- Absceso buccinatorio-maxilar
- Absceso supra e inframilohioideo
- Angina de Ludwig
- Absceso maseterino
- Absceso periamigdalino
- Absceso temporal

### **1.14.3 Complicaciones Ganglionares**

- Adenitis Simple O Congestiva
- Adenitis supurada
- Adenoflemón

### **1.14.4 Complicaciones Oseas**

- Osteítis
- Periostitis
- Osteoperiostitis

### **1.14.5 Complicaciones Infecciosas A Distancia**

- Uveítis
- Nefritis
- Endocarditis - Mediastinitis
- Infección focal

## **1.15 PATOLOGÍA PRODUCIDAS POR LA INCLUSIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES**

### **1.15.1 Mecánica**

#### **Complicaciones mecánicas dentarias**

#### **Caries y lisis del segundo molar**

El principal problema mecánico que provocan los terceros molares ocurre a nivel de los segundos molares; normalmente ocurre en aquellos molares que se presentan en mesioversión, estando enclavadas sus cúspides mesiales contra la porción distal del segundo. La presión que ejerce el molar en su intento de erupción, provocará una lisis, que según la profundidad de la inclusión, asentará en la corona, en el cuello o en las raíces del segundo molar (rizólisis).

En los casos de molares incluidos en mesioversión u horizontales, en los que la corona comunica con la cavidad bucal permitiendo la retención de restos de alimentos, aparecen caries importantes en la cara distal del segundo molar, a distintos niveles de profundidad, lo que dificulta su reconstrucción mediante obturaciones convencionales y obliga con frecuencia a practicar la endodoncia del molar.

**Lesión periodontal distal al segundo molar** En aquellos casos de inclinación mesioangular u horizontal del tercer molar respecto al eje del segundo molar, en los que el molar está parcialmente erupcionado, se produce la impactación de alimentos, generándose unos fondos de saco que favorecen por un lado la pericoronitis y por otro la pérdida ósea del tabique que separa el tercer molar del segundo, facilitando la aparición de bolsas y provocando una enfermedad periodontal a ese nivel.

### **Complicaciones mecánicas mucosas**

Los molares erupcionados en posiciones anómalas pueden provocar lesiones de decúbito al traumatizar la mucosa yugal o lingual, dando lugar a la aparición de úlceras mucosas.

### **Complicaciones temporo-mandibulares**

Si bien el grado de implicación de la oclusión en la etiopatogenia de la disfunción temporo-mandibular se considera hoy en día mínimo, es fácilmente demostrable en la clínica diaria, que los cambios bruscos de oclusión inducen con rapidez la aparición de síntomas temporo-mandibulares, especialmente dolor y chasquido.

En este sentido, la erupción parcial de un molar mandibular inducen una modificación relativamente rápida de la oclusión, con la aparición de interferencias que induce una situación de sobrecarga a los músculos y ligamentos de la ATM, con la consiguiente aparición de dolor, sobre todo de tipo muscular, y chasquidos al obligar a funcionar al complejo cóndilo-menisco en una mala situación mecánica.

### **Complicaciones mecánicas protésicas**

Se produce en aquellos pacientes con prótesis removibles que tienen molares retenidos bajo la base de la dentadura, lo cual provoca una reabsorción del proceso alveolar progresiva por la presión de la prótesis mucosoportada.

### **Fracturas mandibulares**

Los molares mandibulares retenidos condicionan una zona de debilidad ósea a nivel del ángulo mandibular, lo que para algunos autores aumenta la posibilidad de fracturas mandibulares iatrogénicas o traumáticas.

#### **1.15.2 Tumoral**

- Granulomas marginales 13
- Quistes foliculares
- Quistes latero radiculares o paradentales
- Quistes radiculares
- Ameloblastomas y otros tumores

#### **1.15.3 Nerviosas Vasomotora Y Refleja**

La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre su nervio o sobre troncos mayores, es posible que origine algias de intensidad, tipo y duración variables. Este tipo de patologías es poco frecuente.

## **Trastornos sensitivos**

- Algas faciales.
- Trastornos de la sensibilidad; Pueden encontrarse diversos trastornos tales como parestesia en el territorio del nervio dentario inferior sobre todo a nivel de la zona mentoniana, o hiperestesia cutánea en distintos territorios faciales.
- Trastornos sensoriales
- Trastornos motores. La irritación de terminaciones nerviosas motoras y mecanismos reflejos pueden condicionar la aparición de signos motores a nivel de la musculatura masticatoria como el trismos o los espasmos labiales.
- Trastornos tróficos

## **CAPÍTULO 2**

### **PRESENTACION DE CASO (CASO QURÚRGICO DE 3ER MOLAR SUPERIOR DERECHO)**

#### **2.1 FASE PRE-OPERATORIA**

Se toma la respectiva radiografía periapical para el caso y se nota que el tercer molar se encuentra con caries en la cara disto oclusal y se recomienda su extracción por consideraciones ortodóncicas.

Las radiografías intra-bucales (periapicales) son exploraciones imprescindible incluso si el tercer molar está completamente erupcionado, dada la variabilidad anatómica de las raíces de estos dientes observamos minuciosamente las radiografías periapicales y analizamos las relaciones del cordal con el segundo molar, el grado de profundidad de la inclusión, en el maxilar superior nos ocuparemos especialmente de la relación del tercer molar con el seno maxilar.

El diagnostico de erupción ser un hallazgo clínico y radiográfico. Clínico durante la visita rutinaria al Odontólogo, el cual evidenciara un diente semierupcionado o radiológico cuando se analizan radiografía por motivos endodóncicos, periodontales etc., en estos casos la exodoncia quirúrgica estará indicada como medidas preventivas de proceso infecciosos y quísticos o por tratamiento ortodóncico como fue el caso realizado.

Una vez decidida la extracción del tercer molar, se debe planificar la intervención quirúrgica es importante siempre recordar que el profesional debe buscar siempre el bienestar y el mejor tratamiento al tomar la decisiones terapéuticas.

### **2.1.1 Historia Clínica (ver anexo 1)**

## **2.2 TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO SEMIRETENIDO.**

La extracción del tercer molar superior incluido presenta menor dificultad quirúrgica que el inferior, motivada principalmente por la menor densidad del hueso maxilar superior, lo que permite que el molar pueda ser movilizado más fácilmente al aplicar los elevadores. Además el tercer molar raramente requiera odontosección para su avulsión. Por contra, la visibilidad que tiene el operador del campo operador es mucho menor, lo que hace un mayor tacto.

### **Asepsia**

Se realizó la asepsia con povidin en la zona donde se procedió al acto quirúrgico para así evitar cualquier contaminación del lugar a tratarse y que puede llevar al fracaso la intervención.

La asepsia quirúrgica consiste en la esterilización completa y la ausencia total de bacterias en un área. Gracias a su amplio espectro antimicrobiano, el povidine actúa sobre bacterias, hongos protozoarios y virus estando indicados en el tratamiento de heridas infectadas, preparación del área previa a cirugía.

Povidine es un potente germicida cuya acción está dada por liberación gradual del yodo inorgánico en 1 % en contacto con la piel y las membranas mucosas sin producir irritación. Para la respectiva asepsia del caso se utilizo gazas impregnadas de povidine utilizamos una pinza para

poder limpiar la cavidad y la mucosa con la gaza antes mencionada. El cual fue aplicado con movimientos circulares alrededor de la boca del paciente para lograr una desinfección extraoral, mientras que para la desinfección intraoral se desinfectó la zona quirúrgica y las partes blandas que la rodean como paladar y carrillo.

#### Técnica Anestésica:

La elección del tipo de anestesia que se utilizó dependió del estado del paciente, la edad, la personalidad y madurez psíquica, así como el grado de ansiedad ante la intervención quirúrgica también del número de cordales que serán extraídos y el grado de dificultad y el tiempo que preveamos para la extracción.

Para la técnica empleada en la cirugía de los terceros molares superior, anestesiarnos infiltrativamente con el fin de anestesiar el nervio alveolar superior; introducimos unos centímetros en el fondo del vestíbulo justo por detrás de la apófisis cigomática del maxilar superior, ósea a nivel del segundo molar, así logramos la insensibilidad de los 3 molares superiores, mucosa, pulpa, periodonto, periostio vestibular y la cortical externa.

Para anestesiar el nervio palatino mayor se introduce la aguja a nivel de la raíz distal del 2do molar en la unión del paladar duro y blando encontrando ahí el agujero palatino posterior, aquí estamos anestesiando desde el primer molar hasta el tercer molar, la fibromucosa, periostio y paladar duro.

### Sindesmotomía:

Se procede a realizar la sindesmotomía a nivel cervical utilizando un sindesmotomo o legra, consiguiendo la separación de la encía, y logrando el desprendimiento del ligamento circular adosado al diente, para evitar que el tejido adyacente se desgarre al momento de la extracción de la pieza dentaria con el objetivo de poder colocar el elevador sobre la pieza dentaria para poder realizar los movimientos correspondientes.

### Incisión

La incisión es una maniobra en la cual procedemos a apertura los tejidos de la piel o la mucosa para poder llegar a los planos más profundos. La incisión debe permitir una correcta visualización del campo operatorio.

En este caso se realizó una pequeña incisión lineal para permitir la visualización completa de la pieza dentaria (tercer molar superior izquierdo) eliminando el tejido granulomatoso que evitaba su correcta erupción. Utilizando mango de bisturí n.- 3 con hoja número 15. Esta incisión debe ser realizada con precisión evitando desgarrar tejido innecesario.

### Despegamiento de colgajo

Luego de la incisión se procedió, seguidamente al, levantamiento de colgajo mucoperióstico despegando la mucosa de delante hacia atrás, con el periostótomo, sindesmotomía o legra.

### Ostectomía

Se trata de la eliminación del hueso alveolar que cubre, total o parcialmente la corona del tercer molar. Para ello debe tenerse una

representación mental de donde se encuentra el diente incluido en relación con el hueso que lo rodea.

En la realización de este caso no fue necesaria la ostectomía debido a que la pieza dentaria se encontraba solo recubierta por tejido granulomatoso.

#### Odontosección

La odontosección consiste en dividir la pieza dentaria incluida para conseguir su exéresis sacrificándola la menor cantidad de hueso posible. En este caso no fue necesario realizar la odontosección puesto que la pieza no se encontraba totalmente incluida.

#### Extracción propiamente dicha

Localizado el sitio de aplicación del elevador se dirigió el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras con las cuales logramos romper el ligamento periodontal, dilata el alveolo, permitiendo así la extracción.

Usando el fórceps #150 utilizado en la prehensión realizamos fuerzas rítmicas y constantes, luego realizando movimientos de lateralidad externa más a 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 una de sus raíces.

Luego se realizó la extracción de la pieza dentaria que es el acto quirúrgico donde se procede a retirar el diente ya luxado de su alveolo. Después de realizar la luxación procedemos a realizar 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 hacia vestibular.

Tratamiento de la cavidad.- Comprende a:

a.- Regularización ósea.- se la realiza con la ayuda de una lima para hueso, ya que esta posee una opción cortante que nos permitirá limar los bordes óseos filosos del alveolo utilizando movimientos de entrada y salida. Para ello utilizaremos una pinza gubia, una lima de hueso.

b.- El lavado.- se lo realizó irrigando la cavidad con solución de suero fisiológico, povidin y rifocina, aspiración constante. Buscando eliminar restos de hueso que hayan quedado después de haber realizado la regularización ósea.

c.- La constricción digital.- consiste en ejercer una fuerza con la yema de los dedos pulgares e índice en la cortical interna y externa para de esta forma disminuir el diámetro producido por la dilatación alveolar.

d.- El taponamiento.- se lo realizó colocando una gasa estéril en el alveolo, para después indicarle al paciente morder la gasa por unos 15 minutos y así esta presión controlara el sangrado.

## Sutura

Una vez hecha la limpieza de la cavidad, se procede a realizar la sutura. Esta es utilizada para unir los tejidos separados por la incisión o sindesmotomía y hacerlos reposar sobre hueso sano para favorecer una correcta cicatrización y una buena hemostasia. Existen 4 tipos de sutura: Sutura con puntos individuales, sutura en U, suturas de colchonero vertical y horizontal y sutura continua.

Este método es el más utilizado en la cirugía oral (la técnica de sutura con puntos individuales fue utilizado en este caso), con respecto a la sutura continua, esta garantiza una buena unión de los tejidos incluso en los casos de caída o aflojamiento de alguno de los puntos; los tejidos y la aguja se manejan utilizando respectivamente una pinza quirúrgica o anatómica y un portaagujas.

Para obtener una mejor control de la aguja y una correcta inserción en el tejido, es necesario coger la aguja con el portaagujas aproximadamente a dos tercios de la punta, de modo que la inserción en el tejido sea lo más perpendicular posible.

En esta técnica los puntos son independientes el uno del otro, cada punto es fijado por un nudo y cada uno de ellos debe estar a una distancia de 0.5mm-1cm entre ellos y se lo utiliza para incisiones pequeñas y colgajos grandes. El material más utilizado es la seda negra, esta no se reabsorbe y por lo tanto es necesario retirar los puntos a los 5-7 días, pasado este tiempo puede causar irritación, inflamación e infección del tejido subyacente por ser una zona propensa a la acumulación de placa.

Es la más necesitada por que presenta buenas propiedades mecánicas de estabilidad del nudo, así como una elevada facilidad de utilización.

## **2.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

### **2.3.1 Antibiótico: (Amoxicilina 500 mg).-**

**a) Descripción:** La Amoxicilina es una penicilina semi-sintética similar a la ampicilina, con una mejor biodisponibilidad por vía oral que esta última. Debido a su mejor absorción gastrointestinal, la Amoxicilina ocasiona unos mayores niveles de antibiótico en sangre y unos menores efectos

gastrointestinales (en particular, diarrea) que la ampicilina. La Amoxicilina tiene un espectro de actividad antibacteriana superior al de la penicilina, si bien no es estable frente a las beta-lactamasas.

**b) Indicaciones Y Posología:** La amoxicilina está indicada en el tratamiento de infecciones sistémicas o localizadas causadas por microorganismos gram-positivos y gram-negativos sensibles, en el aparato respiratorio, tracto gastrointestinal o genitourinario, de piel y tejidos blandos, neurológicas y odontoestomatológicas. También está indicado en la enfermedad o borreliosis de Lyme, en el tratamiento de la infección precoz localizada (primer estadio o eritema migratorio localizado) y en la infección diseminada o segundo estadio.

Tratamiento de erradicación de *H. pylori* en asociación con un inhibidor de la bomba de protones y en su caso a otros antibióticos: úlcera péptica, linfoma gástrico tipo MALT, de bajo grado. Prevención de endocarditis bacterianas (producidas por bacteriemias postmanipulación/ extracción dental).

**c) Profilaxis en pacientes sometidos a operaciones dentales**

- Adultos: 2 g en una dosis única 1 hora antes de la operación
- Niños: 50 mg/kg en una dosis única 1 hora antes de la operación

**d) Presentaciones:** Cada Cápsula contiene:

Amoxicilina tetrahidratada equivalente a..... 250 y 500 mg

Cada 5 ml de Suspensión contienen:

Amoxicilina..... 125 y 250 mg

### **2.3.2 Analgésico y Antiinflamatorio (Relmex 100mg; Voltaren 75mg.)**

#### **2.3.2.1 Relmex 100mg (Nimesulide):**

RELMEX contiene Nimesulide, un antiinflamatorio, analgésico y antipirético, que difiere de los AINES clásicos en su estructura y perfil farmacológico, pertenece a la clase química de las sulfonamidas y se caracteriza por ser un inhibidor preferencial de COX-2 lo que le convierte en un potente antiinflamatorio, y muestra propiedades adicionales en términos de sus efectos sobre la síntesis y liberación de los mediadores de la inflamación.

Además, posee escasa acción inhibidora de la ciclooxigenasa 1 (COX-1), lo que provee de una mejor tolerabilidad gastrointestinal y una mejor acción terapéutica, comparado con los AINES clásicos que inhiben significativamente la síntesis de prostaglandinas. Además, Nimesulide es también un inhibidor no competitivo de la liberación de histamina desde los mastocitos tisulares, lo que le dota de actividades antianafilácticas y antihistamínicas, propiedad inusual para un AINE, de importancia terapéutica en pacientes con asma y sensibles al ácido acetilsalicílico.

- **Dosis y vía de administración:** RELMEX se administra por vía oral, 2 veces al día.

Adultos: 100 mg 2 veces al día.

Niños: 5 mg/kg/día dividida en 2 tomas.

- **Presentaciones:** Comprimidos: Caja por 20.  
Suspensión oral: Frasco por 60 ml. sabor a tutti-frutti.  
Gotas pediátricas: Frasco por 10 ml. sabor a tutti-frutti.

### **2.3.2.2 Voltaren 75mg. Iny. (Diclofenáco):**

#### **a) Forma Farmacéutica y Formulación:**

Voltaren solución inyectable

Cada ampolleta contiene:

Diclofenáco sódico 75 mg

Vehículo, c.b.p. 3 ml.

**b) Indicaciones terapéuticas:** vía intravenosa, está indicado para el tratamiento o prevención del dolor postoperatorio en el hospital.

#### **c) Dosis y Vías de Administración:**

**Vía de administración:** Intramuscular o intravenosa.

**Adultos:** La solución inyectable de Voltaren no debe administrarse durante más de 2 días. Si fuera necesario, se continuará el tratamiento con Voltaren grageas o supositorios.

**Aplicación intramuscular:** Se seguirán las siguientes indicaciones para la inyección intramuscular a fin de evitar lesiones en un nervio u otros tejidos en el sitio de la aplicación. Por lo general, la dosis es de una ampolleta de 75 mg al día, administrada por vía intramuscular profunda en el cuadrante superior externo.

En los casos graves, (por ejemplo, cólicos), la dosis diaria puede aumentarse excepcionalmente a dos inyecciones de 75 mg separadas por un intervalo de unas pocas horas (una inyección en cada nalga). Una alternativa es combinar una ampolleta de 75 mg con otras formas farmacéuticas de VOLTAREN® (por ejemplo, grageas o supositorios) hasta alcanzar una dosis diaria máxima total de 150 mg.

En las crisis de migraña, la experiencia clínica se limita al uso inicial de una ampolleta de 75 mg administrada lo antes posible y, a continuación, la administración con otras formas farmacéuticas de Voltaren (por ejemplo, grageas o supositorios). El primer día no se debe superar una dosis total de 175 mg.

**d) Presentaciones:**

VOLTAREN 50: caja con 15, 20 ó 30 grageas con capa entérica de 50 mg.

VOLTAREN SR: caja con 10, 20 ó 30 grageas de liberación prolongada de 75 mg.

VOLTAREN RETARD: caja con 10, 20 ó 30 grageas de liberación prolongada de 100 mg.

VOLTAREN Supositorios: caja con 3, 5 y 10 supositorios de 12.5 mg, 50 mg ó 100 mg.

VOLTAREN Solución inyectable: caja con 1, 3, 4, 5 ó 50 ampolletas con 75mg/3 ml.

**2.3.2.3 Bucotricina 120 ml frsc.**

**a) Forma farmacéutica y Formulación:**

COMPOSICIÓN: Cada 100 MI Contienen: Tirotricina (0,04%), 40.000 Mcg; Borato De Sodio, 2,5 G; Alcohol, Glicerina, Esencias Y Agua Destilada, C.S.P. 100 MI.

**b) Indicaciones terapéuticas:** Profilaxis y tratamiento de las afecciones bucofaríngeas agudas y crónicas. Pre y postoperatorio en cirugía bucofaríngea y odontológica. Estados gripales.

**c) Precauciones Generales:** No se aplique en piel desnuda o en amplias áreas del cuerpo.

**d) Dosis Vías de Administración:**

1 cucharadita en medio vaso de agua tibia o fría para gargarismos, 2 ó 3 veces al día. Como tópico en pinceladas: utilizarse puro.

**e) Presentaciones:**

Frasco por 120 ml.

**2.4 RECOMENDACIONES**

Mantener la gasa por 10 min

Reposo relativo

Evitar esfuerzos físicos por al menos 72 horas

Dieta fresca y blanda

Buena higiene bucal

Ejercicios graduales. Abrir y cerrar la boca

Aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas.

## **CONCLUSIONES**

La cirugía de los terceros molares es quizás el procedimiento más frecuente realizado en la práctica odontológica, la gran cantidad de alteraciones y complicaciones a nivel maxilar hacen que hoy en día se le preste mucha atención a su erupción.

La conclusión más importante a la que he llegado es la importancia de un buen diagnóstico, para así aplicar la técnica más conveniente basándonos en nuestros conocimientos adquiridos en cirugía oral.

## RECOMENDACIONES

- Conocer a profundidad los distintos tipos de inclusión que existen para así determinar un plan de tratamiento y técnica quirúrgica adecuados para evitar futuras complicaciones.
- Saber cómo actuar ante una emergencia presentada durante el acto quirúrgico.
- Utilizar la técnica quirúrgica apropiada para cada tipo de retención.
- Indicar al paciente todos los cuidados que debe seguir después de la intervención.
- Recomendar la extracción del tercer molar como prevención de algún proceso patológico

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERTOS JM., González M., Santamaría J, “ Razones para la extirpación de terceros molares no erupcionados”. ROE 1996.
2. CENTENO Ries., “Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica.” 9na Edición Mundi 1987 Bs. As.
3. COSSIO Infante “Cirugía del tercer molar inferior retenido. Indicaciones y complicaciones asociadas”. Parte II P. 1995. Rev.
4. FIGUEROA J. “Técnica quirúrgica del Dr. Figueroa o técnica del microalvéolo lateral u ostectomía en forma de prisma triangular para la cirugía del tercer molar inferior retenido o semiretenido”. 2005. Fundación Monti. N°9. Pág. 29
5. GAY Escoda Cosme, Sánchez Garcés Ma. Ángeles, Berini Aytés Leonardo “Cirugía Bucal” Primera edición 1999
6. LALAMA González Kleber Dr. “Cirugía Bucal”, Primera Edición
7. LASKIN D. M. “Cirugía Bucal y maxilofacial”. Ed. Médica Panamericana. Bs. As., año 1987
8. ROMERO Ruiz Manuel M., Gutiérrez Pérez José Luís, “El tercer molar incluido”, Ed. Integraf S.L., año 2001. España.

## PÁGINAS WEB

1. <http://es.scribd.com/doc/18968331/Anestesia-Troncular-Al-Nervio-Maxilar-Superior>, consultado el Martes 1 de marzo de 2011
2. <http://www.slideshare.net/marcoantoniobravo/manual-de-anestesia-y-exodoncia-2184639>, consultado el Jueves 10 de marzo de 2011

# **ANEXOS**

**ANEXO#1**

**FICHA CLINICA**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
 CLINICA DE INTERNADO  
 EXODONCIA

Guayaquil, 19 de Marzo de 2011.....

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Cesal Fernando Perez  
 2.- MOTIVO DE CONSULTA : Exodoncia  
 3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Ninguna  
 4.- ANTECEDENTES PERSONALES :

a) Esta bajo tratamiento médico SI \_\_\_\_\_ NO  PORQUE \_\_\_\_\_  
 b) Que medicación está tomando : Ninguna  
 c) Hepatitis no  
 d) Hemofilia no  
 e) Alergias no  
 f) Embarazo no  
 g) Cáncer no  
 h) Hipertensión no  
 i) Tuberculosis no  
 j) Sida no  
 k) Sinusitis no  
 l) Diabetes no  
 m) Complicaciones con anestesia no  
 n) Hemorragias no  
 o) Otros no

5.- EXAMEN CLINICO  
 A) SIGNOS VITALES  
 Pulso 66 Respiración 22 P. Arterial 60/100 mm/Hg Temperatura 37°C

B) EXAMEN INTRAORAL

	N	A		N	A
a) Mucosa labial	/		f) Piso de la boca	/	
b) Mucosa de carrillo	/		g) Dientes	/	
c) Paladar duro y blando	/		h) Periodonto	/	
d) Orofaringe	/		i) Oclusión	/	<u>Mordida Abierta</u>
e) Lengua	/		j) Otros	/	

C) EXAMEN EXTRAORAL

a) Labios	/		c) Piel	/	
b) A.T.M.	/		d) Cuello	/	

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : 18

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : Corona: Sombra radiada compatible con raíz es Raíz # 2; ligamento pseudodontal; normal; Apice y Periapice: normal; Cortical alveolar: normal

8.- DIAGNOSTICO : \_\_\_\_\_

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Exodoncia de tercer molar superior derecho

10.- TECNICA QUIRURGICA : Asepsia; anestesia infiltrativa por vestibulo cues reciaudo el nervio alveolar superior pos inferior y pos

11.- FARMACOEPA : Amoxicilina 500 mg #9 1c/8 horas por 3 dias.

12.- RECOMENDACIONES : Kelmex 100 mg #15 1c/8 horas 5 dias; Voltaren 75 mg

Gloria Cárdenas  
 INTERNO TRATANTE

P. Alba  
 JEFE DE GUARDIA

Palatino a nivel de la unión de paladar duro y blando en el  
 palatino antes de cortar el nervio palatino mayor; Síndes motom  
 realizo a nivel de el cuello de la pieza a extraer para evitar el desgarro  
 de la mucosa en el momento de la intervención; Incisión se realizo una  
 incisión con des carga hacia mesial y distal; despegamiento de colgajo; Colgajo  
 tomia se realizo un pequeño desgarro en la cortical ósea para facilitar la  
 extracción; Luxación utilizando un elevador recto en la cara mesial  
 de la pieza a extraer se realizo movimiento de palanca; Prehensión  
 realizamos la prehensión realizando movimiento lateral; Tratamiento  
 to de la cavidad; se realizo el lavado de la cavidad con solución de  
 suelo fisiológico + rifo cina + povidón yodado pues de haberse realizado la re-  
 gularización ósea; Sutura se realizo sutura a puntos separados pa-  
 ra facilitar el drenaje

EXAMEN CLÍNICO	EXAMEN RADIOLÓGICO	EXAMEN PATOLÓGICO
1) Inspección	1) Radiografía	1) Histoquímica
2) Palpación	2) Radiografía	2) Histoquímica
3) Auscultación	3) Radiografía	3) Histoquímica
4) Pruebas de función	4) Radiografía	4) Histoquímica
5) Pruebas de función	5) Radiografía	5) Histoquímica
6) Pruebas de función	6) Radiografía	6) Histoquímica
7) Pruebas de función	7) Radiografía	7) Histoquímica
8) Pruebas de función	8) Radiografía	8) Histoquímica
9) Pruebas de función	9) Radiografía	9) Histoquímica
10) Pruebas de función	10) Radiografía	10) Histoquímica
11) Pruebas de función	11) Radiografía	11) Histoquímica
12) Pruebas de función	12) Radiografía	12) Histoquímica
13) Pruebas de función	13) Radiografía	13) Histoquímica
14) Pruebas de función	14) Radiografía	14) Histoquímica
15) Pruebas de función	15) Radiografía	15) Histoquímica
16) Pruebas de función	16) Radiografía	16) Histoquímica
17) Pruebas de función	17) Radiografía	17) Histoquímica
18) Pruebas de función	18) Radiografía	18) Histoquímica
19) Pruebas de función	19) Radiografía	19) Histoquímica
20) Pruebas de función	20) Radiografía	20) Histoquímica

75 mg # + ~~10~~ solo el día de la intervención; Vitamina C + gr. 1 diaria  
 + 10 por los días



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO: Fac. Odont. NOMBRE: Renardo APELLIDO: Perez SEXO: M EDAD: 24

1. MOTIVO DE CONSULTA: Exodoncia

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Ninguno

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DIABETES: no HIPERTENSION: no ENFERMEDAD CARDIACA: no ASMA: no TUBERCULOSIS: no SIDA: no ENFERMEDAD RENAL: no ENFERMEDAD HEPATICA: no ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL: no ENFERMEDAD OYEAL: no ENFERMEDAD OREJAL: no ENFERMEDAD NASAL: no ENFERMEDAD ORAL: no

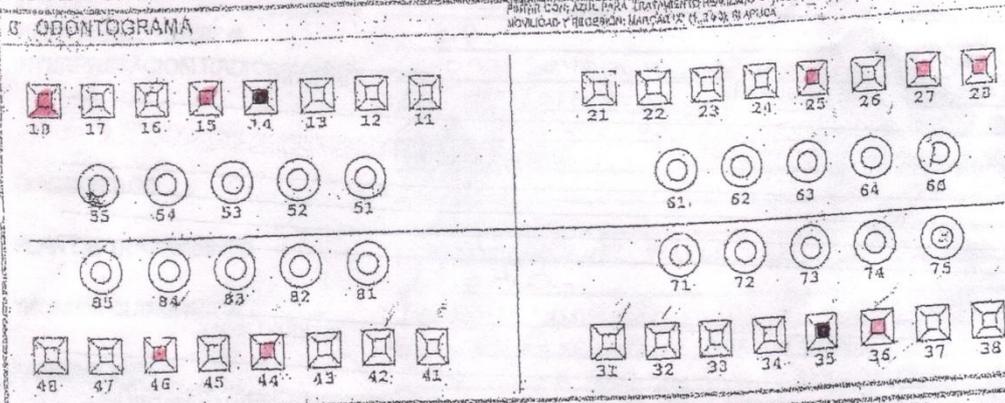
4. SIGNOS VITALES: TEMPERATURA: 37°C PULSO: 65 PRESION ARTERIAL: 100/60/40

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

6. ODONTOGRAMA

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

8. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA



7. INDICADORES DE SALUD BUCAL				ENFERMEDAD PARIODONTAL		MAL OCLUSION		FLUOROSIS	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				1. S.G.	2. A.N.C. I	1. ANGLE I	2. ANGLE I	1. LEVE	2. MODERADA
PIEZAS DENTALES				MODERADA	SEVERA	2. ANGLE II	3. ANGLE III	3. SEVERA	
18	17	16	15	0					
11	21	22	23	0					
28	27	26	25	0					
36	37	38	39	0					

8. INDICES CPD-CSD			
C	P	O	TOTAL
18	0	2	20
c	p	o	TOTAL



**CASO DE CIRUGÍA BUCAL:  
EXODONCIA DE TERCER  
MOLAR SUPERIOR  
SEMINCLUIDO**

**PACIENTE: FERNANDO  
PEREZ N.**

## ANEXO #2



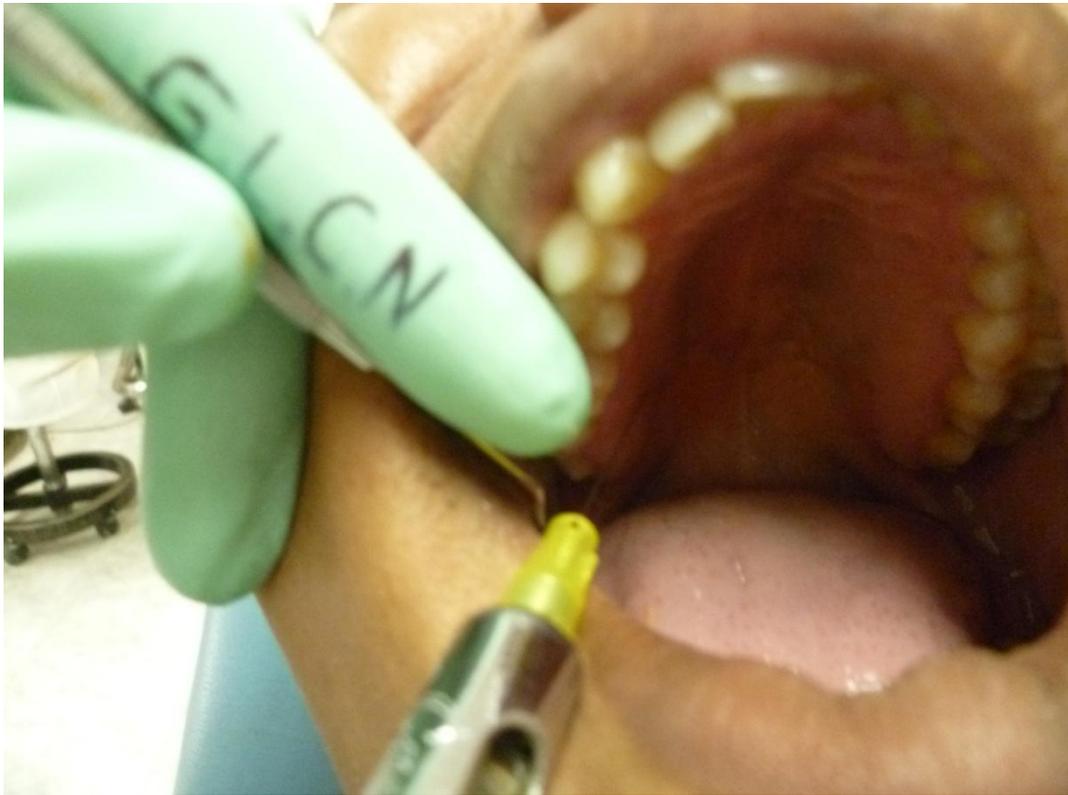
**Operador paciente previo a la Cirugía, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011**

### ANEXO #3



Rx de diagnóstico, se puede observar el tercer molar superior derecho semincluido (pieza # 18), Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.

#### ANEXO #4



**Previo la cirugía: se realizó la técnica de anestesia Troncular a nivel del nervio palatino mayor, se introduce la aguja a nivel de la raíz distal del 2do molar en la unión del paladar duro y blando encontrando ahí el agujero palatino posterior, Fuente: Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

## ANEXO #5



**Durante la Cirugía: se procedió a luxar la pieza dentaria utilizando elevador recto fino haciendo palanca en el lado distal, Fuente: Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

## ANEXO #6



**Durante la intervención: se realizó la avulsión de la pieza dentaria con el fórceps #150 realizando movimientos de lateralidad y movimientos vestíbulo palatino, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

## ANEXO #7



**Post operatorio: se observa la realización de puntos de sutura individuales para los cuales se utilizo hilo para sutura seda 3/0 con aguja cilíndrica c-16, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

## ANEXO #8



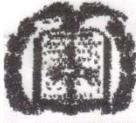
**Pieza dental extraída: presenta raíz y corona completa operador,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G; 2011.**

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

**CASO PREVENCIÓN  
(SELLANTES)**

**DE FOSAS Y FISURAS**

**PACIENTE: STEVEN  
NAVARRO Q.**



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

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
	Steven	Navarro	M	10	

**1. MOTIVO DE CONSULTA**  
 Profilaxis y Sellante

**2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**

**3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIAS ANTIBIOTICAS	2. ALERGIAS ALIMENTARIAS	3. HELIX RECIDIVAS	4. HIBRIDA	5. TUBER CULCIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
									Ninguno

**4. SIGNOS VITALES**

PRESION ARTERIAL: 65/100 mmHg  
 FRECUENCIA CARDIACA: 60  
 TEMPERATURA: 37.3°C  
 RESPIRACION: 25 lpm

**5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGRÁFICO**

1. LABIOS: Normal  
 2. MEXILLAS: Normal  
 3. MEXILLAR SUPERIOR: Normal  
 4. MEXILLAR INFERIOR: Normal  
 5. LENGUA: Normal  
 6. PALADAR: Normal  
 7. PISO: Normal  
 8. GORRILLO: Normal

**6. ODONTOGRAMA**

**7. INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	ORBITAS
1-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100 <td></td> <td></td> <td></td>			
16	17	55	
11	21	51	
26	27	65	
36	37	75	
31	41	71	
46	47	80	
<b>TOTALES</b>			

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE I	MODERADA
SEVERA	ANGLE II	SEVERA

**8. INDICES CPO-Ceo**

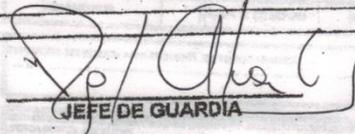
C	P	O	TOTAL
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	

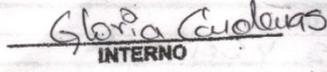
**9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

* (X) SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (EXTRACRUSA)	⊠ PROTÉSIS TOTAL
* (X) SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊞ CORONA
* (X) EXTRACCIÓN INDICADA	⊞ PROTÉSIS Fija	⊞ OBTURADO
* (X) PERDIDA POR CARIES	⊞ PROTÉSIS REMOVIBLE	⊞ CARIES

RA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: 20/02/11

Prof. Sellante piezas # 16-26-36-46.

  
JEFE DE GUARDIA

  
INTERNO

DA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE DE GUARDIA

\_\_\_\_\_  
INTERNO

RA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE DE GUARDIA

\_\_\_\_\_  
INTERNO

TA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE DE GUARDIA

\_\_\_\_\_  
INTERNO

TA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE DE GUARDIA

\_\_\_\_\_  
INTERNO

TA CITA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
JEFE DE GUARDIA

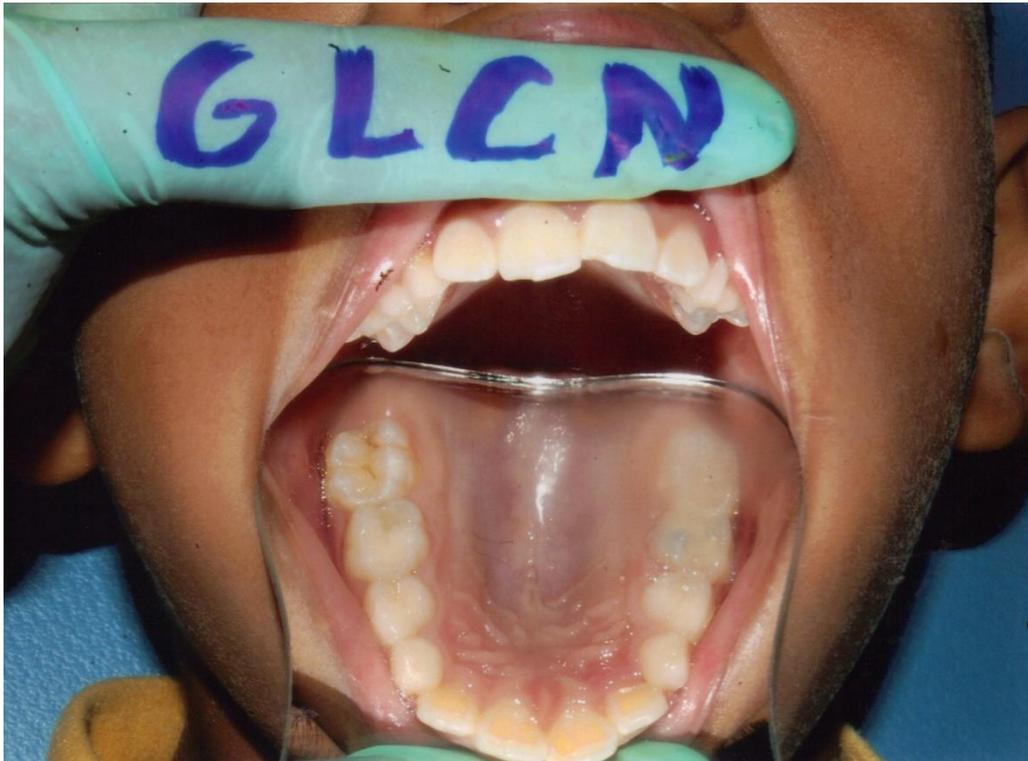
\_\_\_\_\_  
INTERNO

**FOTO #1**



**Operador paciente previo a la realización del caso, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #2**



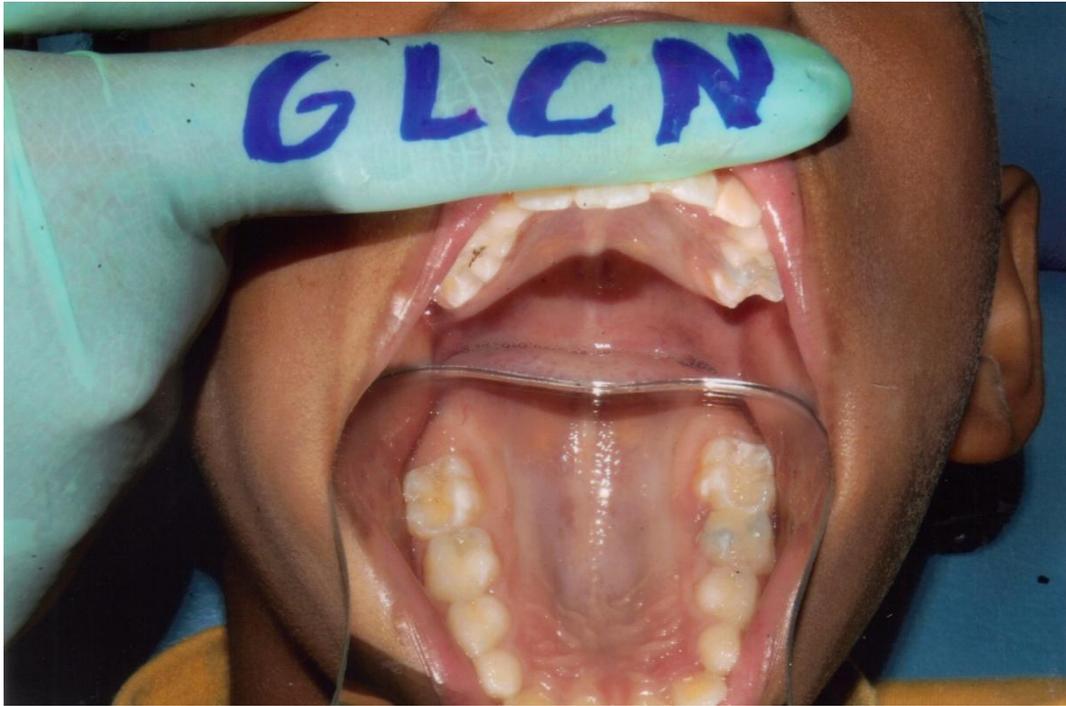
**Presentación del caso: Arcada superior, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #3**



**Presentación del caso: Arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G;2011.**

**FOTO #4**



**Molares Superiores preparados (Ameloplastia) piezas #16-26, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G;2011.**

**FOTO #5**



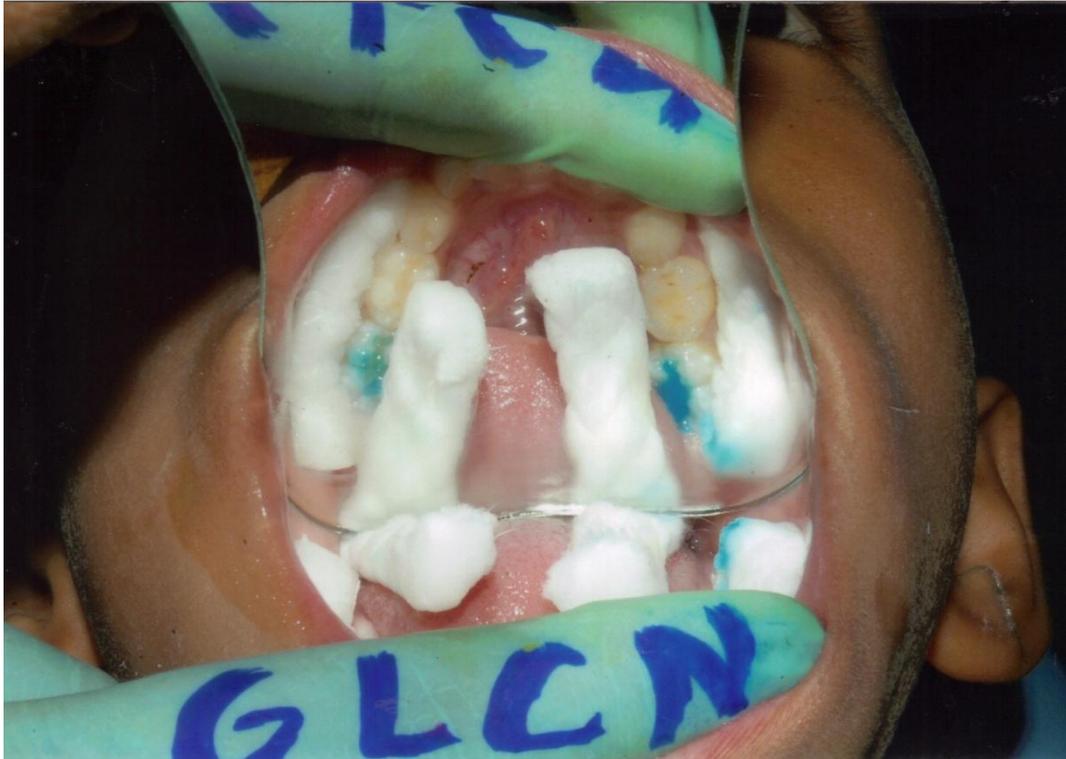
**Molares Inferiores preparados (Ameloplastia) piezas #36-46, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G;2011.**

**FOTO #6**



**Molares Superiores grabados con aislamiento relativo pieza #16-26,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G;2011.**

**FOTO #7**



**Molares Inferiores grabados con aislamiento relativo pieza #36-46,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G;2011.**

**FOTO #8**



**Molares Superiores sellados piezas #16-26, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #9**



**Molares Inferiores sellados piezas #36-46, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G;2011.**

**FOTO #10**



**Toma con aplicación de flúor de ambas arcadas, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**CASO PERIODONCIA**

**TRATAMIENTO GINGIVAL  
Y ELIMINACION DE  
TARTARO**

**PACIENTE: KIKE MARTINEZ**



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

DATOS ESTADISTICOS

Nombres: Ki Ke  
 Domicilio: Coop. Esmeralda Chiguta

FECHA: 19 / Marzo / 2011  
 Apellidos: Martinez  
 Teléfono: 094 23 1402

MOTIVO DE LA CONSULTA

SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

- 1) Cuando realizó la última visita al Odontólogo?
- 2) Es la primera vez que se enferma su encía?
- 3) Cuántas veces se cepilla diariamente?
- 4) Qué pasta utiliza?
- 5) Usa hilo dental?
- 6) Usa enjuagues bucales?
- 7) Cuando comenzó la lesión?
- 8) Dónde está localizada?
- 9) Le sangra al cepillarse?
- 10) Sufre de hemorragias espontánea en la boca?
- 11) Tiene mal aliento?
- 12) Tiene mal sabor en la boca?
- 13) Se muerde las uñas?
- 14) Muerde objetos extraños?
- 15) Aprieta o rechina los dientes?

Nunca

1 vez  
 Colgate  
 no  
 no

si  
 si  
 si  
 si  
 no  
 si a veces  
 no

EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas

rubos y en mal estado en las piezas # 14-15-24 presunta lactu  
 en corona de la pieza # 25; en la pieza # 33-34-35-43-44-4

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

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

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

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

d) Localización de bolsos periodontales (Sondaje periodontal)

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

e) Localización y medición de movilidad dentaria

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

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO  
 PIEZA 11 Corona Raiz normal ligamento engrosado reabsorcion osea horizontal  
 PIEZA 12 Corona Raiz normal ligamento sano dental engrosado reabsorcion osea horizontal  
 PIEZA 13 Corona Raiz normal reabsorcion osea horizontal  
 PIEZA 14 Corona Raiz normal ligamento engrosado cortical osea reabsorcion  
 PIEZA 15 Corona Raiz normal ligamento periodontal ensanchado reabsorcion osea  
 PIEZA 16 Ausente  
 PIEZA 17 Corona Raiz normal, estado estrecho, pero periodontal ligamento periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 18 Corona Raiz normal, conducto estrecho, pero periodontal ligamento periodontal ensanchado reabsorcion osea

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO  
 PIEZA 21 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, R.H. Ausente  
 PIEZA 22 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, R.H.  
 PIEZA 23 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 24 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 25 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 26 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 27 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.  
 PIEZA 28 Corona Raiz normal, conducto estrecho, periodontal ensanchado R.H.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO  
 PIEZA 31 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 32 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 33 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 34 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 35 Corona Raiz normal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 36 Ausente  
 PIEZA 37 Ausente  
 PIEZA 38 Corona Raiz normal, estado estrecho, pero periodontal ligamento periodontal ensanchado reabsorcion osea

CUADRANTE INFERIOR DERECHO  
 PIEZA 41 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, R.H.  
 PIEZA 42 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 43 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 44 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 45 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea  
 PIEZA 46 Ausente  
 PIEZA 47 Ausente  
 PIEZA 48 Corona Raiz normal, engrosamiento periodontal, conducto estrecho, reabsorcion osea

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Enfermedad periodontal crónica moderada

7.- TRATAMIENTO

Periodontal

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

Polido y alado permite la eliminación de residuos de caries y de la raíz pulido consiste en dejar la superficie lisa y homogénea

8.- TERAPEUTICA (RECETA)

Enjuague de clorhexidina - Ro 1 max 100 mg 1/12 horas - Amoxicilina. 500 mg 3 veces al día + vitamina C + gr 1 diaria

10.- RECOMENDACIONES:

cepillar 3 veces al día, uso hilo dental y enjuague bucal visita periodica cada 3 meses

11.- PRIMERA CITA

*[Signature]*

FECHA: 19/03/2011  
 Gloria Corderas

12.- SEGUNDA CITA

*[Signature]*

FECHA: 20/03/2011  
 Gloria Corderas

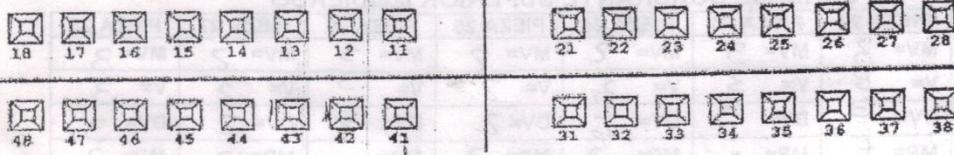


**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE INTERNADO  
PERIODONCIA**

PACIENTE: <i>Kike Martinez</i>	H.C. #
INTERNO: <i>Gloria Caudenas</i>	CURSO: <i>5º I</i>

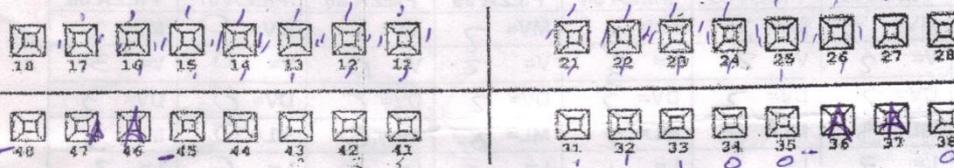
**ÍNDICE DE PLACA**

a) Número de dientes:	<i>28</i>	b) $\frac{112}{112} \times 100\%$	100%
b) Número de caras:	<i>112</i>	c) $\frac{102}{112}$	d) <i>91</i>
c) Caras teñidas:	<i>102</i>		
d) Porcentaje de placa:	<i>91%</i>		



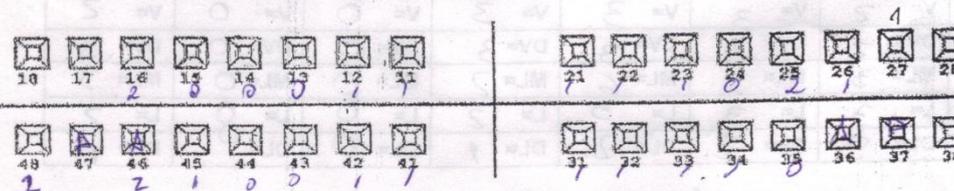
**ÍNDICE DE CALCULO**

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



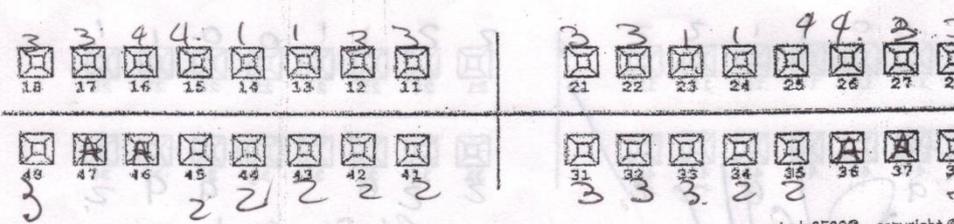
**ÍNDICE DE MOVILIDAD**

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= 2	MV= 3	MV= 3	MV= 2	MV= 3	MV= 2	MV= 3	MV= 3
V= 2	V= 3	V= 3	V= 2	V= 2	V= 2	V= 3	V= 2
DV= 3	DV= 3	DV= 2	DV= 2	DV= 3	DV= 2	DV= 3	DV= 2
MP= 2	MP= 3	MP= 2	MP= 2	MP= 3	MP= 3	MP= 2	MP= 3
P= 2	P= 3	P= 2	P= 2				
DP= 3	DP= 3	DP= 2	DP= 3				

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 3	MV= 2	MV= 0	MV= 0	MV= 3
V= 2	V= 2	V= 2	V= 3	V= 2	V= 0	V= 0	V= 3
DV= 2	DV= 0	DV= 0	DV= 3				
ML= 3	ML= 3	ML= 3	ML= 2	ML= 3	ML= 0	ML= 0	ML= 3
L= 3	L= 3	L= 2	L= 1	L= 3	L= 0	L= 0	L= 2
DL= 3	DL= 2	DL= 2	DL= 2	DL= 3	DL= 0	DL= 0	DL= 3

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	PIEZA 42	PIEZA 43	PIEZA 44	PIEZA 45	PIEZA 46	PIEZA 47	PIEZA 48
MV= 2	MV= 2	MV= 3	MV= 3	MV= 2	MV= 0	MV= 0	MV= 2
V= 2	V= 2	V= 3	V= 3	V= 3	V= 0	V= 0	V= 2
DV= 3	DV= 2	DV= 2	DV= 3	DV= 3	DV= 0	DV= 0	DV= 3
ML= 3	ML= 3	ML= 3	ML= 6	ML= 2	ML= 0	ML= 0	ML= 3
L= 3	L= 3	L= 3	L= 3	L= 2	L= 0	L= 0	L= 2
DL= 2	DL= 3	DL= 2	DL= 2	DL= 1	DL= 0	DL= 0	DL= 1

CÓDIGO DE RUSSELL

Ausencia de inflamación:	0
Inflam. gingival leve (1 ó 2 caras):	1
Inflam. gingivocircunscrita:	2

Inflamación + bolsa periodontal:	6
Movilidad dentaria:	8
Ausencia dentaria:	9

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

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

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

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

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

Gloria Cuadras



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

PAZIENTE: Kike Martinez	H.C. #
Gloria Caudenas	CURSO: 5/4

CONTROL DE PLACA

FECHA: / /


CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: / /


CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: / /


CONTROL DE SANGRADO

FECHA: / /


SONDAJE DE CONTROL

FECHA: / /

<input type="checkbox"/> 18	<input checked="" type="checkbox"/> 17	<input checked="" type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 11
<input checked="" type="checkbox"/> 21	<input checked="" type="checkbox"/> 22	<input checked="" type="checkbox"/> 23	<input checked="" type="checkbox"/> 24	<input checked="" type="checkbox"/> 25	<input checked="" type="checkbox"/> 26	<input checked="" type="checkbox"/> 27	<input checked="" type="checkbox"/> 28
<input checked="" type="checkbox"/> 48	<input checked="" type="checkbox"/> 47	<input checked="" type="checkbox"/> 46	<input checked="" type="checkbox"/> 45	<input checked="" type="checkbox"/> 44	<input checked="" type="checkbox"/> 43	<input checked="" type="checkbox"/> 42	<input checked="" type="checkbox"/> 41
<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35	<input checked="" type="checkbox"/> 36	<input checked="" type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 38

CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: / /

<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 11
<input checked="" type="checkbox"/> 21	<input checked="" type="checkbox"/> 22	<input checked="" type="checkbox"/> 23	<input checked="" type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28
<input checked="" type="checkbox"/> 48	<input checked="" type="checkbox"/> 47	<input checked="" type="checkbox"/> 46	<input checked="" type="checkbox"/> 45	<input checked="" type="checkbox"/> 44	<input checked="" type="checkbox"/> 43	<input checked="" type="checkbox"/> 42	<input checked="" type="checkbox"/> 41
<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34	<input type="checkbox"/> 35	<input checked="" type="checkbox"/> 36	<input checked="" type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 38

JEFE DE GUARDIA

Gloria Cardenas  
INTERNO

*[Handwritten signature]*



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO: Odontología Kirke NOMBRE: Martinez Leon M. 430 SEXO (M/F): M EDAD: 37 N° HISTORIA CLINICA: 00

EDAD DE INICIO: 15 AÑOS: 2-3 AÑOS: 4-5 AÑOS: 6-10 AÑOS: 11-15 AÑOS: 16-20 AÑOS: 21-30 AÑOS: 31-40 AÑOS: 41-50 AÑOS: 51-60 AÑOS: 61-70 AÑOS: 71-80 AÑOS: 81-90 AÑOS: 91-100 AÑOS: OTRO

MOTIVO DE CONSULTA: Diagnostico y Limpieza

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: Ninguno

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DIABETES: no ASMA: no ALERGIAS: no ENFERMEDAD RENAL: no ENFERMEDAD CARDIACA: no ENFERMEDAD HEPATICA: no ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL: no ENFERMEDAD NEUROLÓGICA: no ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: no ENFERMEDAD INFECCIOSA: no ENFERMEDAD ENDOCRINA: no ENFERMEDAD REUMATICA: no ENFERMEDAD OTRA: no

Ninguno

SIGNOS VITALES

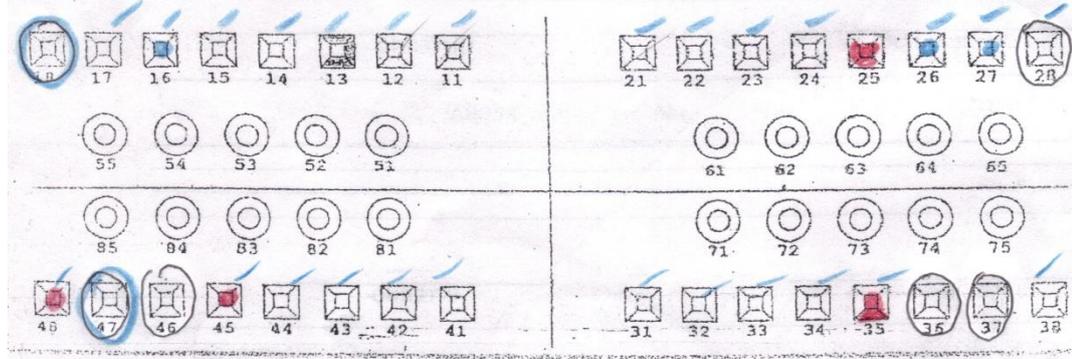
TEMPERATURA: 37.2 PULSO: 67 PRESION ARTERIAL: 100/60 FRECUENCIA RESPIRATORIA: 25

EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. GLOBAS:  2. MEJILLAS:  3. MAXILAR SUPERIOR:  4. MAXILAR INFERIOR:  5. LENGUA:  6. PALADIN:  7. PISO:  8. GARGANTA:

Normal

6 ODONTOGRAMA



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUCROSISSIS	INDICES CPO-geo			
HEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	GINGIVITIS				C	P	O	TOT
17	56	3	3	LEVE	ANGLE 1	LEVE	3	4	3	1
21	51	3	3	MODERADA	ANGLE 1	MODERADA	3	4	3	1
25	65	3	3	SEVERA	ANGLE 3	SEVERA	3	4	3	1
37	75	3	3				3	4	3	1
47	85	3	3				3	4	3	1
TOTALES										

8 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

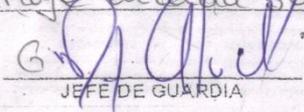
SELLANTE HECEARIO      PERDIDA (OTRA CAUSA)  
 SELLANTE REALIZADO      ENDODONCIA  
 SATURACION INCOMPLETA      PROTESIS FIJA  
 PERDIDA POR CARIES      PROTESIS RENOVABLE

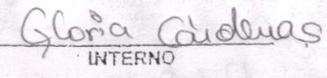
1RA CITA

FECHA:

19/Marzo/2011

Diagnostico, Toma Radiografica, Ficha clinica  
Destentaje arcada superior hemiacada derecha.

  
JEFE DE GUARDIA

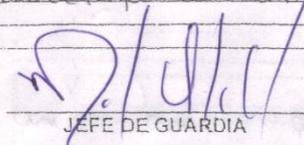
  
INTERNO

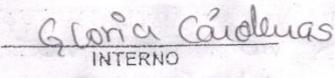
2DA CITA

FECHA:

26/Marzo/2011

Destentaje arcada superior hemiacada izquierda; destentaje arcada inferior hemiacada derecha.

  
JEFE DE GUARDIA

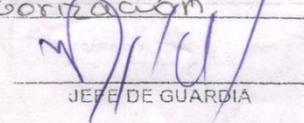
  
INTERNO

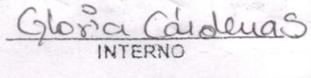
3RA CITA

FECHA:

27/Marzo/2011

Destentaje arcada inferior hemiacada izquierda; pulido y alineado profilaxis de arcada superior e inferior y fluorización.

  
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

**FOTO #1**



**Operador paciente previo a la realización del caso, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #2**



**Radiografía Panorámica de diagnostico, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #3**



**Preoperatorio: presentación del caso arcadas superior e inferior,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #4**



**Preoperatorio: presentación del caso arcada superior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #5**



**Preoperatorio: presentación del caso arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #6**



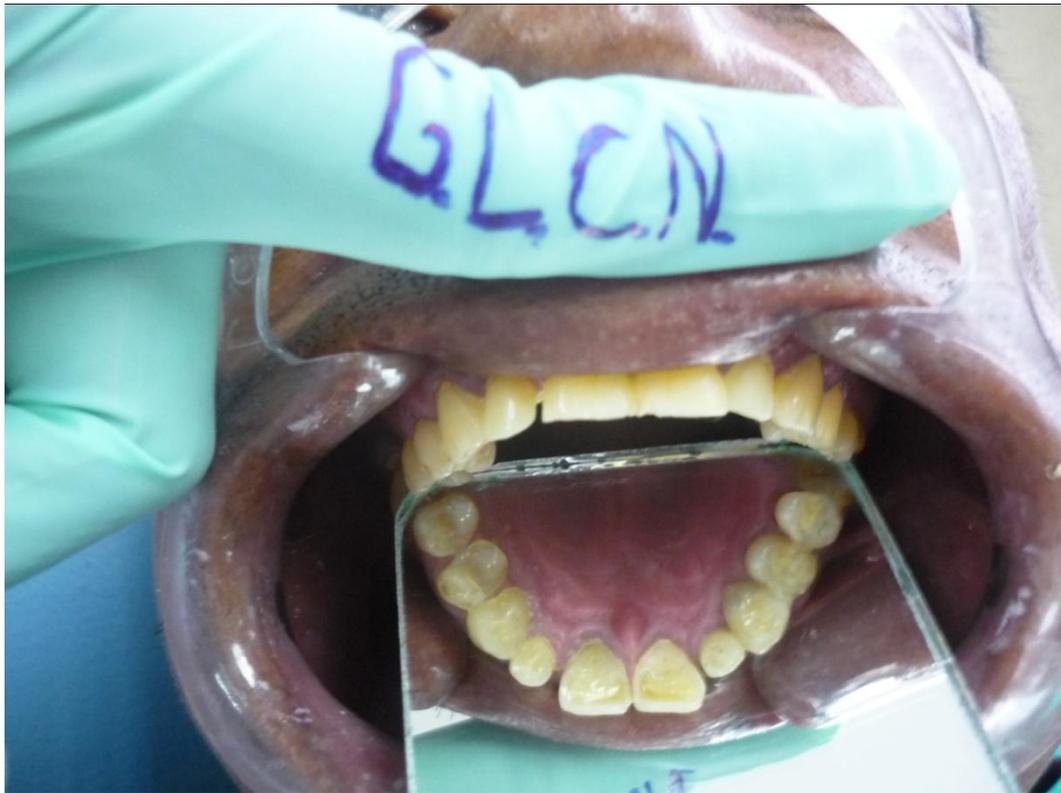
**Durante el tratamiento: arcada superior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #7**



**Durante el tratamiento: arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #8**



**Post operatorio: arcada superior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

**FOTO #9**



**Post operatorio: arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.**

FOTO #10



Fluorización arcada superior e inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2011.

**CASO OPERATORIA DENTAL  
II CLASE**

**RECONSTRUCCION DENTARIA  
PRIMER MOLAR INFERIOR  
DERECHO**

**PACIENTE: KARLA  
CÁRDENAS NAVARRO**



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

1.- DATOS ESTADISTICOS  
 a) Nombres: Karla Diomena FECHA: 21/05/10  
 b) Domicilio: Cdla. Realvista Apellidos: Caldeyas Navarero  
 Teléfono: 2711-281

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Consulta de ROPna

3.- MOLESTIA PRINCIPAL: Dolor con estímulos dulces

4.- PIEZA A TRATARSE #: 46

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Corona: Sombra radiopaca compatible con rest. de restauracion con sombra radiolucida compatible con recidiva cariosa; Camara pulpar; Raiz #2 forma conica recta; Conduct #2 estrecho; Esp. ligamento pseudodontal

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: Restauracion con composite con descuyte y presencia de pared vestibular a nivel del angulo vestibular mesial. fractura

7.- DIAGNOSTICO: Restauracion de composite con descuyte y presencia de fractura en la pared vestibular a nivel del angulo labial mesial, sin compromiso pulpar.

8.- PLAN DE TRATAMIENTO: Restauracion II clase con composite de foto curato

9.- TERAPEUTICA (RECETA): Ninguna

10.- RECOMENDACIONES: No ingerir alimentos durante las spts. 4 horas, no exceder en la fuerza de masticacion.

11.- PASOS OPERATORIOS

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

Gloria Caldeyas  
 INTERNO

[Firma]  
 JEFE DE GUARDIA



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

*Caru*

ESTABLECIMIENTO: Fac. Odontología Karla Ximena NOMBRE: Candela Navarrete APELLIDO: F SEXO (M/F): F EDAD: 23 años N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

MEJOR DE AÑO: 1-4 AÑOS 5-8 AÑOS 9-14 AÑOS 15-19 AÑOS MAJOR DE 20 AÑOS  EMBARAZADA:

**1 MOTIVO DE CONSULTA** NOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE  
Consulta de rutina.

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SÍNTOMAS, CROMOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.  
Dolor con estímulos dulces.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HECHO RELAJADO	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<u>Ninguna.</u>									

**4 SIGNOS VITALES**

PRENSIÓN ARTERIAL: 110/70 FRECUENCIA CARDÍACA: 60 TEMPERATURA: 37.8 RESPIRATORIA: 22

**5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO** DESCRIBIR ABajo LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA NOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRANTICO
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.U.	12. GANGLIOS				
<u>Normal.</u>							

**6 ODONTOGRAMA** PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL  
MOVILIDAD Y RECCIÓN: MARCAR X (1, 2-3), SI APLICA

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	ANGLE I	ANGLE II	LEVE	MODERADA
16	17	56	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	ANGLE III	SEVERA	TOTAL	
11	21	51	0	0	1				
26	27	65	0	0	0				
36	37	75	0	0	0				
31	41	71	0	0	0				
46	47	85	0	0	0				
<b>TOTALES</b>								<b>3</b>	

**8 INDICES CPO-ceo**

D	C	P	O	4	TOTAL
	0	0	4		
d	c	e	o		TOTAL

**9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA**

* <sub>101</sub>	SILLANTE NECESARIO	○	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	□	PRÓTESIS TOTAL
* <sub>201</sub>	SILLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	○	CORONA
* <sub>100</sub>	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○	OSTURADO
* <sub>200</sub>	PÉRDIDA POR CARIES	□	PRÓTESIS REMOVIBLE	○	CARIES

FECHA: 21/Mayo/2010

1RA CITA

Diagnostico y Procedimientos y Operativa.

JEFE DE GUARDIA

Gloria Cuidomas  
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

**FOTO #1**



**Operador paciente, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #2**



**Radiografía de diagnostico pieza n.- 46, 2do molar inferior derecho,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #3**



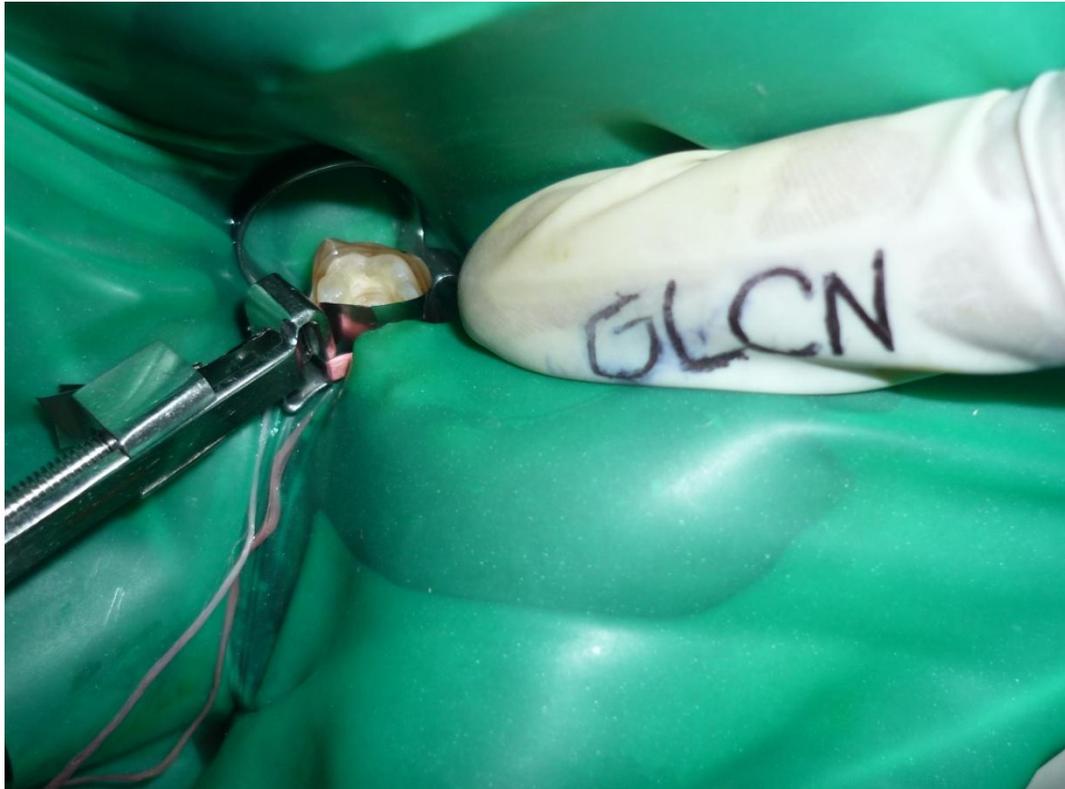
**Presentación del caso operatoria II clase 2do molar inferior derecho,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #4**



**Pieza dental en tratamiento con aislamiento absoluto (operatoria II clase), Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #5**



**Pieza dental en tratamiento con aislamiento absoluto utilizando banda matriz y cuña de madera (operatoria II clase), Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #6**



**Presentación del caso terminado Pieza dental tallada pulida y  
abrillantada (operatoria II clase), Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**CASO ENDODONCIA  
NECROPULPECTOMIA**

**REALIZADA EN EL INCISIVO  
LATERAL INFERIOR  
IZQUIERDO**

**PACIENTE: PETRA MURILLO**

NOMBRE: Peñalosa, Juan Carlos EDAD: 56 años FECHA: 10/09/2014

**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:** Para tomarse una radiografía

**MOLESTIA PRINCIPAL:** Dolor cuando toma algo frío o caliente

**DIENTE A TRATARSE #:** 32

**EXPLORACION CLINICA**  
 INSPECCION: normal PALPACION: normal  
 PERCUSION: dolor MOVILIDAD: grado I  
 TRANSILUMINACION: normal

**INTERPRETACION RADIOGRAFICA:** Corona: presencia de adhesión; Cámara estrecha; Raíz: #1. Recta conica y conducto; Esp. duo° Esp. lig. pseudodontal; Euzonoso; Apice y Periapice: sombra radiolucida compatible con quiste; Trabeculadg. oso: reabsorción osoa horizontal. maxil da.

**SEMIOLOGIA DEL DOLOR**  
 TIPO: pulsátil INTENSIDAD: no grado  
 CRONOLOGIA: crónico UBICACIÓN: irradiado  
 ESTIMULO: estímulo frío y caliente

**VITALOMETRIA**  
 PRUEBA TERMICA: negativo  
 PRUEBA DE CAVIDAD: negativo

**DIAGNOSTICO:** Clínicamente se observa normal pero radiográfica mente presenta sombra radiolucida compatible con quiste a nivel de apice;

**TRATAMIENTO**  
 LONGITUD APARENTE: 20 mm. LONGITUD DE TRABAJO: 20 mm  
 PRONOSTICO:

**OBSERVACIONES:** Tomar radiografía cada 6 meses durante las

PRIMERA CITA

Diagnostico, Apertura, Conducto metula, Neutralización de contenido septico, toxo, co, infe, tumefacción, medecación y cura oclusiva.

SEGUNDA CITA

Anestesia, Aislamiento Absoluto lavado y secado de conducto, Conometria, Condensación, Postcuración, pulido y alisado y abrillantado de la resina

FECHA

25/Mayo/2010  
31/Mayo/2010

COSTO

30<sup>xx</sup>

ABONO

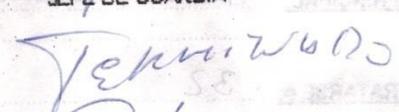
15<sup>xx</sup>

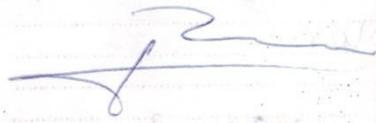
SALDO

15<sup>xx</sup>

Gloria Cárdenas  
INTERNO TRATANTE

  
EFE DE GUARDIA

  
2. Cite



**FOTO #1**



**Operador paciente previo a la realización de la necropulpectomía,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,  
Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #2**



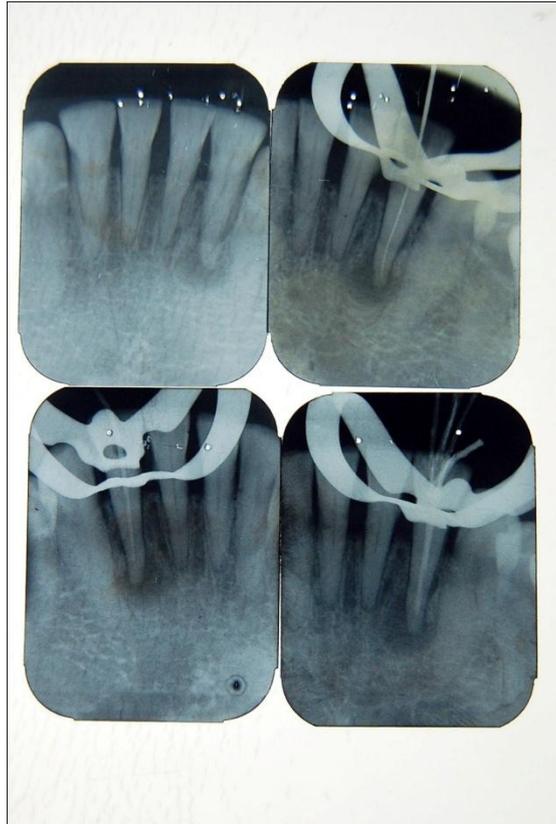
**Radiografía de diagnóstico pieza #32, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #3**



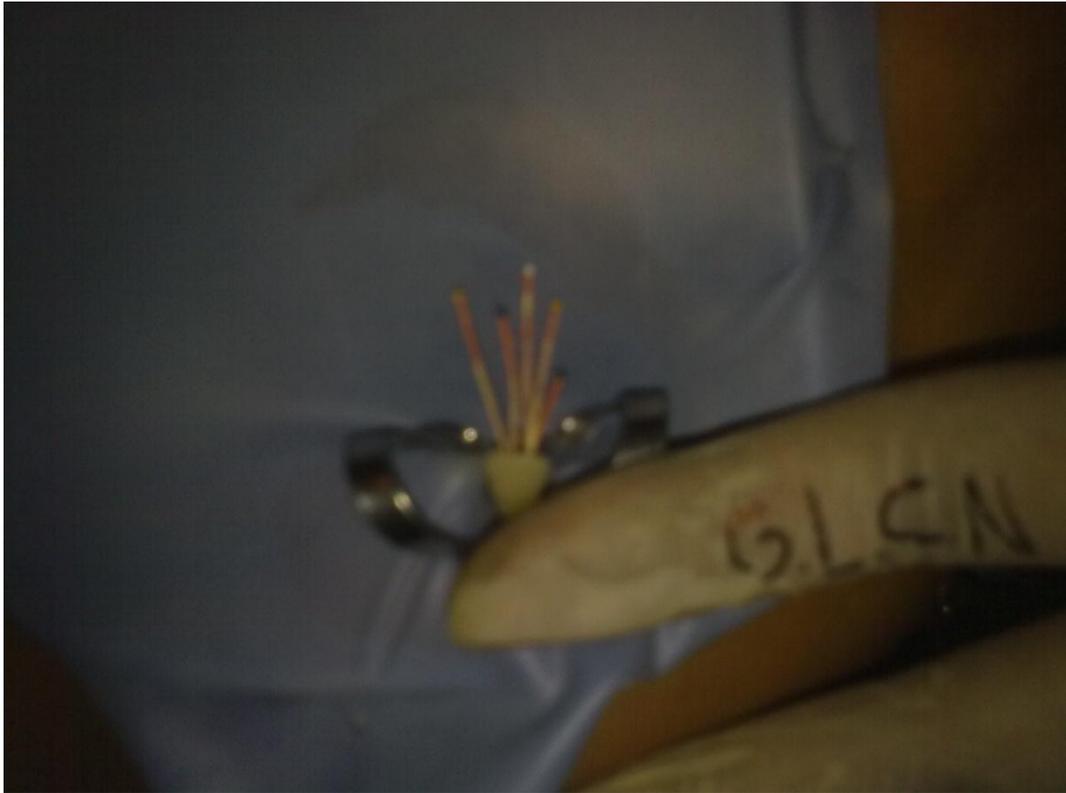
**Apertura de la cavidad con aislamiento absoluto, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #4**



**Radiografías: diagnóstico, conductimetría, conometría, conducto obturado, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**

**FOTO #5**



**Pieza en tratamiento con aislamiento absoluto y conos,Fuente:  
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G;  
2010.**

**FOTO #6**



**Presentación del caso con restauración terminado Pieza dental tallada pulida y abrigantada, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Cárdenas G; 2010.**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 28 de Febrero del 2011

Doctor.  
Washington Escudero D.  
Decano de la Facultad Piloto de Odontología  
En su despacho.-

De mis consideraciones.

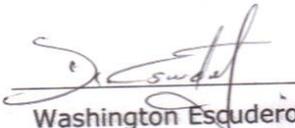
Yo, Gloria Ines Cardenas Navas con numero de C.I. 0919570739,  
alumno del 5to año paralelo 4; solicito a usted muy por su digno intermedio  
a quien corresponda se me asigne el nombre del **TUTOR** para mi caso de  
**MEMORIA** en la materia de Cirugia como requisito previo a  
mi incorporación.

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

Muy atentamente,

Gloria Cardenas  
C.I. 0919570739.

Se le ha designado al Dr. (a) Remberto Rodriguez para que colabore con usted  
en la realización de su caso de memoria.

  
Washington Escudero  
DECANO