

INTRODUCCION

La profesión odontológica debe afrontar los retos que se le imponen permanentemente. Es por ello que continuamente surgen trabajos a nivel mundial, tendentes a mejorar, actualizar y profundizar conocimientos sobre nuevos materiales dentales, en encontrar nuevas técnicas en las áreas de Endodoncia, Periodoncia, así como en las otras especialidades que conforman al mundo odontológico.

Dentro de estas especialidades, la Cirugía representa un área donde se han realizado múltiples investigaciones y un factor importante dentro de ella, lo constituyen las técnicas de anestesia.

Es frecuente encontrar los terceros molares con anomalía en su posición, situación que le impide erupcionar normalmente, por lo que se debe recurrir a la cirugía aplicando conocimientos profundos de anatomía, técnicas de anestesia local y quirúrgicos

OBJETIVO GENERAL

Determinar la importancia de una técnica de anestesia local y quirúrgica correcta para lograr la extracción de los terceros molares semincluidos, así como sus características más relevantes en el momento del acto quirúrgico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer a profundidad, las características de la anestesia local en odontología y las técnicas utilizadas en la extracción de los terceros molares.

Describir la técnica utilizada en la aplicación de la anestesia local en un paciente con tercer molar semi-incluido.

Aplicar el procedimiento quirúrgico más adecuado en la extracción del tercer molar superior.

CAPITULO 1

FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA

1.1 DESARROLLO DENTARIO U ONTOGENESIS

El desarrollo dentario u ontogénesis del diente es un conjunto de procesos muy complejos que permiten la erupción de los dientes debido a la modificación histológica y funcional de células totipotentes o totipotenciales.

En el desarrollo dentario de los humanos se requiere de la presencia de esmalte, dentina, cemento y periodonto para permitir que el ambiente de la cavidad oral sea propicio al desarrollo, el cual sucede en su mayor parte durante el desarrollo fetal. Los dientes de leche o deciduos, comienzan su desarrollo entre la sexta y octava semanas de desarrollo, en el útero y la dentición permanente empieza su formación en la vigésima semana¹. Si este desarrollo no se inicia en el lapso prefijado, la ontogénesis dentaria es parcial e imperfecta

Se acepta que el origen embriológico de las piezas dentarias se encuentra en el primer arco braquial²

1.2 CRONOLOGIA DEL DESARROLLO DENTARIO EN HUMANOS

La tabla muestra la cronología del desarrollo dentario en humanos.³
(Anexo 1)

¹ Cate, A. R. Oral Histology: development, structure, and function. Quinta edición, 1998, pp. 93-95

² Cate, A. R. Oral Histology: development, structure, and function. Quinta edición, 1998, pp 81, 86 y 102

³ Ash, Major M. Stanley J. Nelson. Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion. Octava edición, 2003, pp. 32-53

1.2.1 EL TERCER MOLAR SUPERIOR

Las variaciones de forma, tamaño, implantación y desarrollo del proceso evolutivo son notables en el caso del molar superior y se traducen en la estructura del alvéolo.

Este se sitúa detrás del nicho óseo correspondiente al segundo molar y por delante del macizo formado por la confluencia de la tabla externa que va incurvándose hacia adentro, la tabla interna lo que hace hacia fuera y la porción inferior de la tuberosidad, que se orienta abajo y adelante.

Hacia arriba y atrás que corresponden a la tuberosidad del maxilar, en tanto que en la parte antero superior se halla la porción distal del piso sinusal. La tabla externa o vestibular del alvéolo, en armónica continuidad con la cara cigomática del hueso, esta ubicada por detrás de la cresta cigomátoalveolar, la tabla interna, que es la parte más posterior de la pared lateral de la bóveda palatina, se relaciona con la porción del paladar duro formado por la lámina horizontal del palatino.

La forma alveolar está en relación con la raíz que aloja, puede presentarse entonces un alveolo simple o complejo con una, dos o tres cavidades secundarias o más aún, cuando existen raíces suplementarias.

Como consecuencia de la reducción del perímetro radicular que se opera en las raíces son fusionadas, las paredes alveolares son siempre más gruesas en los alvéolos simples que en aquellos que albergan dientes bi o plurirradiculares. Cuando hay más de una raíz aparece el tabique intra-alveolar.

El eje del alveolo se dirige en sentido cervico-apical desde distal y vestibular hacia mesial y palatino, coincidiendo por supuesto con el eje de implantación radicular.

Estos dos factores: eje alveolar y forma radicular, deciden la orientación de la cortical del alvéolo; la mucosa relacionada entre esta cortical de inserción y la que corresponde al hueso de sostén determina como ocurre todo el arco, las distintas características de las paredes vestibular y palatina.

La dirección apico-mesial del alvéolo determina la frecuencia y tipo de su relación con el piso sinusal, mayor aún que la que exhiben los paramolares.

La pared mesial se describe como una masa ósea de sección triangular-base apical y vértice cervical –extendida entre las tablas vestibular y palatina, cuyas características varían de acuerdo a la forma, dirección e implantación de las raíces entre las que se encuentra situada. La pared distal es un macizo que puede compararse.

El tercer molar aparece muchas veces anormalmente desarrollado. Puede variar considerablemente de los otros dientes. Rara vez está bien desarrollada como el segundo molar con el cual tiene mucha semejanza.

Medidas del tercer molar de acuerdo a dimensiones propuestas para la técnica del modelado

Dimensión	7.2 milímetros
Longitud de la corona	10.8 milímetros
Longitud de la raíz	
Mesiobucal	10.8 milímetros
Disto-bucal	10.1 milímetros
Lingual	11.4 milímetros

Longitud total	7.5 milímetros
Anchura de la corona (M-D)	9.2 milímetros
Anchura de la raíz (cervix)	7.2 milímetros
Tamaño de la corona faciolingual	11.0 milímetros
Raíz faciolingual (cervix)	10.3 milímetros
Curvatura cervical mesial	0.5 milímetros

El tercer molar complementa la función del segundo molar y su diseño es similar. La corona es más pequeña y las raíces por lo general son más cortas, con tendencia fusionarse, con el resultado de un anclaje como la raíz única cónica.

Por lo general las raíces son más cortas que las del primero y segundo molares.

1.2.2 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen los siguientes criterios:

- Posición del Tercer Molar con relación al segundo molar
- Características del espacio retromolar
- Angulo del eje longitudinal del diente
- Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.
- Relación del Tercer Molar con la rama mandibular (Específico para terceros molares inferiores).

Clasificación de los Terceros Molares con relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar:

- Vertical
- Meso angulado
- Disto angulado
- Horizontal

- En vestíbulo versión
- En linguo versión
- Invertido

Parámetros para clasificar los terceros molares inferiores retenidos⁴:

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

- **Clase I** El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.
- **Clase II** El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar
- **Clase III** El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.
- Profundidad relativa del tercer molar:
- **Posición A** La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar
- **Posición B** La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.
- **Posición C** La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

1.3.1 FISIOPATOLOGIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO EN SENO MAXILAR

El seno maxilar es una cavidad neumática excavada en el espesor de la apófisis piramidal del maxilar superior, su esbozo embrionario aparecen en el tercer y cuarto mes de la vida intrauterina, el crecimiento del seno es en sentido vertical y está condicionado a la erupción dentaria, en sentido

⁴ Pell y Gregory,

antero-posterior depende del desarrollo de la tuberosidad del maxilar superior.

La evolución del seno tiene relación con la cronología de la erupción dentaria, el seno maxilar se puede comparar a una pirámide cuadrangular cuya base corresponde a la pared externa de la fosa nasal y el vértice se extiende al hueso malar, la pared anterior corresponde a la fosa canina, la pared posterior está formada por la tuberosidad del maxilar, la pared superior forma parte del piso de la órbita, pared inferior está en íntima relación con los ápices de los molares y premolares, llamada pared alveolar, la base el cornete inferior lo divide en dos porciones una antero-inferior y postero-superior, el vértice se dirige hacia el malar; la capacidad del antro en el adulto es de 10 a 15 ml.

Existe una estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores.

Esta tapizado con una mucosa delgada que esta adherida al periostio. El epitelio pseudos-estratificado cilíndrico ciliado con células caliciformes. El espesor de las paredes del seno no es constante, particularmente el piso y el techo. Las paredes pueden variar en espesor de 2 a 5 mm el techo y de 2 a 3 mm en piso.

Se usa el término de diente incluido, para toda pieza dentaria que presente anomalía en su posición, situación que le impide erupcionar normalmente.

Una comunicación buco-sinusal es una condición patológica que se caracteriza por existir una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, como consecuencia de falta de tejidos blandos (mucosa bucal, sinusal) y tejidos duros (hueso maxilar).

La sinusitis maxilar es una infección aguda o crónica del seno maxilar que con frecuencia se debe a la infección directa de una pieza dentaria aunque también se origina de otros procesos infecciosos, traumáticos, infecciones superpuestas o la perforación del piso y de la mucosa antral en el momento de la extracción.

El tercer molar es una pieza dentaria que comienza su calcificación a los 9 años, erupciona entre los 18 y 25 años y termina su calcificación entre los 20 y 27 años, tiene una longitud promedio de 18 mm. Es una pieza dentaria muy irregular en su forma e implantación; siendo su calcificación tardía debe erupcionar en un maxilar que está sobre los límites de su mayor crecimiento.

La anatomía radicular del tercer molar es por completo impredecible y quizá resulte aconsejable explorar la morfología de los conductos para evaluar la probabilidad y grado de éxito. En razón de las dificultades técnicas de tratamiento y por las anomalías anatómicas (raíces fusionadas) el tercer molar se incluye en el grupo de las contraindicaciones (Leonardo 384).

Su anatomía varía mucho, puede tener entre una y cuatro raíces y entre uno y seis conductos y puede tener conductos en forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar.

1.4 CONDICIONES QUE FAVORECEN O DIFICULTAN LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

1. Profundidad de la retención
2. Tamaño de la tuberosidad
3. Grado de inclinación mesial o distal del tercer molar

4. Localización del tercer molar
5. Anomalías en la posición del segundo molar
6. Número configuración y anomalías radiculares del tercer molar
7. Relación del tercer molar con el seno maxilar
8. Acceso quirúrgico según forma facial.
9. Edad del paciente

1.5 PATOGENIA

La patología derivada de la inclusión del tercer molar puede tener diferentes orígenes:

Origen infeccioso: Abscesos, Sinusitis, Osteitis, Lesiones a distancia como artritis o uveitis

Origen mecánico: Reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes, Caries del tercero y/o 2º molar, Patología periodontal, úlceras en la mucosa cuando se inclinan hacia esta y algo que hay que considerar es su erupción tardía que puede provocar una inestabilidad protética dolorosa (la prótesis removible estimularía su erupción).

Origen tumoral: Quistes, Ameloblastomas, Ulceraciones leucoqueratósicas que pueden degenerar en carcinomas

Origen neurológico: Debido a la localización de los cordales, sobretodo los inferiores y a la pericoronaritis crónica, puede producir alteraciones nerviosas o vasomotoras: Algias faciales, Trismus, Parálisis facial ipsilateral, Alopecia areata, aunque solo podremos asegurar que el cordal es la causa cuando estas molestias cesen tras la exodoncia.

1.6.1 CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

La exodoncia profiláctica de los terceros molares asintomáticos se ve justificada en los siguientes casos:

- Cuando se encuentran bajo prótesis removible porque estas pueden estimular su erupción.
- Cuando están semi-erupcionados que pueden padecer pericoronaritis, caries distal en los 2º molares o problemas periodontales.
- Pacientes que van a ser sometidos a radioterapia.

Cuando está incluido interfiere en una cirugía ortognática. No se puede justificar su exodoncia para evitar el apiñamiento o prevenir problemas de espacio, ya que no tienen prácticamente ninguna influencia.

En cualquier caso los cordales incluidos pueden desarrollar una patología asociada. Y si el tercer molar presenta sintomatología está aconsejada su exodoncia quirúrgica en casos de :

- Episodios recurrentes de infección.
- Caries en él o en el segundo molar.
- Formación de quiste dentígeno, paradental, radicular.
- Enfermedad periodontal debida a su posición.

Las contraindicaciones de esta cirugía son relativas ya que hay que valorar el balance riesgo/beneficio. También se debe valorar el grado de apertura bucal porque si se encuentra muy limitada no es posible el abordaje quirúrgico por vía oral.

Además para estudiar la dificultad de la exodoncia quirúrgica se valoran “las líneas de Winter”, trazando 3 líneas imaginarias sobre la imagen radiográfica, que miden ángulo de impactación, visibilidad del diente al

levantar el colgajo y profundidad del hueso que hay que reseca (con osteotomías extensas se realizará odontosección).

1.6.2 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE CORDALES

Intra-operatorias: Fracturas dentarias u óseas; Desplazamientos del cordal hacia el seno maxilar, espacio pterigomaxilar, suelo de bocal.

Hemorragia; Dilaceración de tejidos blandos; Enfisema subcutáneo; Lesiones nerviosas (neuropatías, hipoestesias o anestesia); Luxación de mandíbula;

Exposición de gran superficie radicular del 2º molar; Comunicación oro-nasal y/o oro-sinusal; Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado.

Postoperatorias: Dolor (durante 48-72h. y que disminuye progresivamente), un dolor más tardío implica la aparición de complicaciones; Inflamación (persistente durante varios días); Trismo; Disestesias (la recuperación depende de la gravedad de la lesión y de la edad del paciente. Generalmente la sensibilidad se puede restablecer en 6 meses y como máximo en 2 años); Alveolitis seca; Hematomas; Infección secundaria; Dehiscencia de sutura; Ronquera, náuseas o vómitos por la anestesia e intubación

1.7 ANESTESIA LOCAL

Es la pérdida temporal de la sensibilidad (térmica, dolorosa y táctil), por medios terapéuticos (suministro de fármaco), sin inhibición de la conciencia.

El anestésico local es un bloqueador reversible de la conducción de las fibras nerviosas cuando es suministrado en un área determinada.

Lo anterior se efectúa por una acción de la membrana axonal que impide su despolarización.

El bloqueo completo se produce por aplicación directa del fármaco.

- **Modo de acción:**
 - Conducción nerviosa
 - Fase de despolarización
 - Forma activa de la molécula del anestésico local
 - Acción del anestésico local sobre la membrana celular

- **Conducción nerviosa** el anestésico actúa en los tejidos circundantes y su lugar de acción es en la membrana celular nerviosa. Durante la conducción se producen cambios en la membrana celular. En estado de reposo hay una diferencia de potencial a través de dicha membrana, con el interior negativo debido a una alta concentración de iones de sodio en el exterior con respecto al interior. La membrana celular es relativamente impermeable a dichos iones, que estando fuertemente hidratados son más grandes que la capa lípida de la membrana celular. Los iones potasio tienden a mantenerse dentro de la célula a causa del gradiente eléctrico creado por la bomba de sodio.
- **Fase de despolarización:** cuando se estimula un nervio, una fase de despolarización parcial de la membrana va acompañada por la liberación de iones de calcio, que conduce a un incremento transitorio de la permeabilidad de los iones de sodio, los cuales entran en la fibra y la despolarizan.
- **Forma activa de la molécula del anestésico local:** la acción primaria del anestésico local se produce en la membrana celular,

después penetra en los tejidos circundantes y la funda del nervio. Se piensa que la forma activa de la molécula es el catión (HCl)

- **Acción del anestésico local sobre la membrana celular:** la acción del anestésico se le nombra estabilizador de la membrana. Inicialmente se incrementa el umbral de la excitación eléctrica, se reduce la tasa de crecimiento del potencial de acción y se hace más lenta la conducción del impulso; finalmente, la conducción nerviosa queda completamente bloqueada.

Duración de la acción del anestésico local depende de los factores siguientes:

- Concentración y dosis
 - Empleo de vasoconstrictores
 - Lípido – solubilidad del anestésico
 - Irritación hística
 - Hepatopatías
-
- **Concentración:** el organismo tiene un grado de tolerancia para los anestésicos, que lo que se considera de gran amplitud, pero cuando a un paciente le suministra una dosis por encima de su máximo permisible, se puede crear una reacción tóxica por sobredosis, con el empleo de un vasoconstrictor se obtiene una mayor concentración y una absorción más lenta del agente anestésico.

Las grandes concentraciones son obtenidas por el bloqueo primario de la conducción nerviosa en todos los tipos de fibras nerviosas, pero las fibras nerviosas de menor calibre son bloqueadas más fácilmente que las que tienen un calibre mayor y las fibras nerviosas no mielinizadas, más que las mielinizadas.

- **Dosis:** la dosis máxima a emplear en 24 horas es de 300mg a 500mg. Cuando el agente anestésico contiene vasoconstrictor se

administran 7mg / Kg / de peso y cuando no posee vasoconstrictor 4.5mg / Kg / de peso. Es importante para el uso de anestésicos locales seguir las indicaciones del fabricante.

- **Empleo de vasoconstrictores:** la adición de un vasoconstrictor en un anestésico local aumenta y prolonga su duración en la zona suministrada, proporcionando un medio favorable en tejidos que poseen una amplia vascularización como la región cervico máxilo facial, su empleo reduce la toxicidad como peligro de intoxicaciones sistémicas.

Los vasoconstrictores que se utilizan con los anestésicos locales son la epinefrina (adrenalina) y los vasoconstrictores sintéticos como la felipresina (octapresina) y la ornipresina. Su uso influye en la absorción de los anestésicos locales, al permitir disminuir los niveles plasmáticos de éstos. Prolongan la duración de la actividad local por la disminución de la velocidad de absorción y retrasan el comienzo.

Para el uso de los vasoconstrictores se debe conocer que una disminución del pH de la solución anestésica, induce al peligro de necrosis por vaso-espasmo, crisis hipertensiva, arritmias, infarto de miocardio en enfermos coronarios y retraso en la cicatrización de las heridas.

Evitar el uso de anestésicos locales con vasoconstrictor en pacientes con:

- Historia de hipertensión.
- Enfermedades coronarias.
- Tirotoxicosis.
- Antidepresivos tricíclicos o fenotiacinas.
- Diabetes
- Feocromocitoma.
- Esclerodermia

- Gestantes
- Enfermos tratados con IMAO

Los vasoconstrictores sintéticos producen vasoconstricción pero no tienen efecto antidiurético y carecen de efecto vasoconstrictor a nivel coronario. Aumentan la intensidad y duración de los anestésicos locales, disminuyen su absorción y el riesgo de sangrado, al tiempo que producen mínimos efectos cardiovasculares. Por último, la inyección intravascular de un anestésico local asociado a la octapresina se acompaña de menos efectos tóxicos que cuando se asocia con la adrenalina.

- **Lípidos y solubilidad:** Los anestésicos de uso local mayormente usados son de bases débiles, casi todos son aminas terciarias confiriéndole a la molécula la propiedad de una base débil, haciéndola aceptora de protones.

La solución ácida adquiere un protón hidrógeno y se convierte en un catión (HCl), siendo soluble en agua y la forma no ionizada, la base, tiende a ser soluble en los lípidos, penetrando en las membranas lípidas y las barreras de los tejidos.

Cuando el agente anestésico penetra en el tejido la membrana se expande y los capilares se comprimen, siendo la causa que realice el bloqueo de la conducción nerviosa y localiza el efecto.

- **Irritación mística:** cuando el tejido donde se suministró el anestésico local se encuentra muy edematoso e irritado se produce una compresión de los capilares de la región, retardando la eliminación del anestésico y aumentando su tiempo de duración.

- **Hepatopatías:** ocasionan daño a las células hepáticas indicándole al paciente en el preoperatorio mediato valoración por un especialista en medicina interna y anestesiología. Un minucioso chequeo preoperatorio será necesario realizar en estos pacientes antes de la administración del anestésico.

1.7.1 ⁵PROPIEDADES DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES

- Farmacológicas.
- Físicas.
- Químicas.

Farmacológicas

- Permitir su empleo en todas las formas de anestesia regional.
- Efecto selectivo, es decir, manifestarse en primer lugar en el tejido nervioso.
- Toxicidad reducida.
- Acción reversible, es decir, transcurrido cierto tiempo, el nervio debe recobrar la totalidad de su punción.
- No originar ningún dolor local durante su inyección o en un plazo inmediato.
- El plazo debe transcurrir hasta que se manifieste la plenitud de su efecto (período latente), debe ser lo más breve posible.
- La duración de la anestesia debe ser lo suficientemente prolongada, de modo que permita practicar durante la misma las oportunas intervenciones quirúrgicas.
-

⁵ Requisitos descritos por Bonica, en su monografía The Management of Pain

Propiedades fisicoquímicas

- Ser lo suficiente solubles en soluciones fisiológicas de cloruro de sodio y agua, facilitando así la preparación de sus correspondientes soluciones.
- No descomponerse durante la esterilización.
- Ser susceptibles de mezclas con diversos tipos de vasoconstrictores.
- Ser estables en forma de solución, sin que su efecto quede influido por pequeñas variaciones de pH o por la acción de la luz o del aire.

Teniendo en cuenta su estructura química es importante conocer las características de los ésteres y las amidas:

Ésteres

- Hoy en día, prácticamente no se utilizan.
- Tienen un mayor riesgo de provocar alergias.
- La toxicidad sistémica tiene una menor importancia.
- Son menos efectivos en la producción de anestesia intra-oral.

Amidas

- Son el grupo más utilizado en la actualidad.
- Tienen un menor riesgo de provocar alergias.
- La toxicidad sistémica tiene una mayor importancia.
- Son más efectivos en la producción de anestesia intraoral.

1.8 ANESTESIA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR O TÉCNICA DE LA TUBEROSIDAD:

Anatomía: Desde su origen, el nervio maxilar superior se dirige hacia delante, atraviesa el agujero redondo mayor y penetra en el trasfondo de

la fosa pterigomaxilar. En esta cavidad sigue el nervio una dirección oblicua hacia delante, hacia abajo y hacia fuera; sale así del trasfondo para penetrar en la fosa pterigomaxilar propiamente dicha, y alcanza la extremidad posterior del canal infraorbitario. Cambia entonces el nervio maxilar de dirección por segunda vez y se introduce en el canal infraorbitario, y después en el conducto infraorbitario para desembocar en la fosa canina por el agujero infraorbitario.

Parten del nervio maxilar posterior ramos colaterales denominados dentarios posteriores. Estos ramos en número de dos o tres, se separan del nervio maxilar un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria. Descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios posteriores y forman, anastomosándose por encima de los molares y premolares, un plexo dentario que proporciona los ramos a las raíces de todos los molares y premolares, al hueso maxilar y a la mucosa del seno maxilar.

Inervación: mucosa vestibular de la encía en la región de premolares y molares, y dientes premolares y molares.

Posición del paciente: línea imaginaria que se extiende del ala de la nariz al trago, formando un ángulo de 45° con relación al plano del piso.

Posición del cirujano: por delante y a la derecha del paciente.

Técnica: la anestesia del nervio maxilar superior se puede realizar por la vía extra-oral (vía supramalar o supracigomática, vía inframalar o infracigomática y vía infracigomática o transigmoidea) o intraoral. En nuestro servicio la vía utilizada es la intraoral, logrando la anestesia deseada de forma más sencilla y sin riesgo de complicaciones por la complejidad de las estructuras anatómicas a atravesar en las vías extra-orales.

Vía intraoral: para llegar al nervio maxilar superior, se sugieren dos caminos:

- a. A través de la hendidura pterigomaxilar.
- b. A través del conducto palatino posterior.

- **A través de la hendidura pterigomaxilar**

El paciente debe tener su boca entre abierta, para permitir relajar y arrastrar fuertemente la comisura bucal del lado a operarse. Se punciona el fondo del surco vestibular al nivel de la raíz distal del segundo molar con aguja 27 Ga x 1, 3/8" (0.4 x 35 mm) o 27 G x 35 mm, al atravesar la mucosa, se realiza un movimiento ligero hacia arriba de la jeringuilla colocando la aguja en ángulo de 45° con relación al eje longitudinal del molar de referencia, se dirige la aguja hacia arriba, ligeramente atrás y hacia dentro en dirección a la fosa pterigopalatino.

- **A través del conducto palatino posterior**

El conducto palatino posterior comunica la cavidad bucal, desde la bóveda palatina, con la fosa pterigomaxilar, donde debemos encontrar el nervio maxilar superior.

Se reconoce la ubicación del conducto palatino al notar una depresión a nivel del ápice palatino del tercer molar por visión directa o palpación, en ausencia del tercer molar, detrás de la cara distal del segundo molar. Se punciona la mucosa insertando la aguja desde el lado opuesto en dirección a la fosa pterigopalatino, donde se deposita la solución anestésica.

La introducción de la aguja en el agujero palatino mayor debe realizarse cuidadosamente para evitar fracturas, no hacer presión a su paso por la

estructura anatómica ya que en ocasiones el conducto puede estar obstruido por hueso, o se puede desgarrar el paquete vasculo-nervioso.

- **Anestesia palatina mayor o del conducto palatino posterior**

Anatomía: los nervios palatinos parten del ganglio pterigopalatino uniéndose con los ramos del nervio maxilar, pasan a través del canal pterigopalatino y emergen por los agujeros palatinos mayor y menor inervando la mucosa del paladar y nasal. El agujero palatino se localiza en la depresión formada entre el proceso horizontal del paladar y el proceso alveolar a nivel del tercer molar superior.

Inervación: El nervio palatino mayor emerge a través del agujero palatino mayor e inerva la mucosa del paladar blando y duro y la encía del maxilar. Sus ramos terminales se unen con el nervio nasopalatino. A su paso por el canal pterigopalatino emite sus ramos nasales. Los nervios palatinos menores emergen a través de orificios accesorios en el paladar duro e inervan las porciones posteriores del paladar blando y la úvula.

Posición del paciente: Se traza una línea imaginaria del ala de la nariz al trago, formando un ángulo de 45° con relación al plano del piso, su cabeza inclinada hacia atrás nos da la posibilidad de ver cómodamente la región.

Posición del cirujano: a la derecha y de frente al paciente.

Técnica: antisepsia del campo operatorio, se inserta la aguja desde el lado opuesto, se punciona la mucosa y se inducen muy lentamente pequeñas cantidades de la solución anestésica con una aguja corta 27Ga X 1" (0,3 X 25 mm) o 30G x 21 mm o ultracorta 30Ga X 3/8" (0.3 x 10 mm) cerca del agujero palatino mayor.

Sintomatología: se utiliza como anestesia de cierre de circuito o complemento, por tanto, el paciente transcurre asintomático porque predominan los síntomas de la anestesia principal, por lo que debemos entonces comprobar la anestesia de la mucosa palatina que corresponda al área del nervio. Pérdida de la sensibilidad de la región posterior del maxilar superior, sus partes blandas, dientes y seno maxilar, la bóveda palatina, hasta la línea media y posteriormente hasta el paladar blando.

CAPITULO 2

DESCRIPCIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO SEMIRETENIDO

A continuación se detalla el caso clínico de un paciente de 22 años, de sexo masculino atendido en las instalaciones de la Clínica de Internado de la Facultad Piloto de Odontología en la Universidad de Guayaquil.

2.1. Fase pre-operatoria: Es el momento desde que se decide la intervención quirúrgica hasta que se realiza, y puede durar meses, semanas, días, horas o minutos. Puede ser inmediato o mediato.

2.1.1. Historia Clínica (anexo 2)

2.2. Fase operatoria: Es el momento o tiempo que dura la intervención quirúrgica.

- **Asepsia** de la cavidad bucal; se utilizó solución desinfectante de yodopovina.
- **Anestesia:**

Técnica de inyección de anestesia de los nervios dentarios posteriores: se pidió al paciente que abra para permitir al operador, con un espejo bucal, estirar la comisura labial del lado izquierdo a operarse. Con estos instrumentos se aparta el carrillo, todo lo que permita la elasticidad tratando de poner a la vista y bien alumbrada la región del tercer molar superior izquierdo.

Se tomó la jeringuilla con la solución analgésica y se punzó en el fondo del surco vestibular y a nivel de la raíz distal del segundo molar. Después que la guja ha atravesado, con su bisel hacia el hueso, la mucosa bucal y el bifurcador, se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza en un

ángulo de 45° con el plano oclusal de los molares superiores, llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y adentro, en procura de los orificios dentarios superiores tomando el nervio alveolar superior, por lo tanto la jeringa debe ser dirigida afuera y abajo, en contacto con la comisura labial, para lograr el efecto.

La aguja penetró 2 cm. después que ha atravesado el surco. A nivel de los orificios buscados se depositan 2cc. de anestesia.

Técnica quirúrgica

Incisión peridentaria y hacia la tuberosidad: con hoja No.15 en mango de bisturí No.3, se realizó incisión lineal. Siguiendo la línea oblicua externa para que la sutura descansa sobre el hueso de fuera de la cara distal del 2do. Molar hacia el espacio retromolar.

Diseción del Colgajo Mucoperiostico: se realizó la disección cuidadosa del colgajo mucoperiostico que permitió el acceso al hueso maxilar. Se utilizó regularmente el periostotomo (instrumento que permaneció en contacto con el hueso maxilar durante la disección del mucoperiosto). Para mantener el colgajo en posición, se utilizó el separador de campo, para mantener una buena visión del campo operatorio. El diseño del colgajo tubo la amplitud suficiente para permitir la retracción, visualización e instrumentación necesarias para la exodoncia del tercer molar semi-incluido.

La **osteotomía:** O corte de hueso, se realiza para separar el diente del tejido óseo. Cuando se realiza el corte y retirada de hueso se llama ostectomía. Para este fin se utiliza fresa quirúrgica de carburo #701, 702, 703, que son para micromotor. Este procedimiento debe ir acompañado de suero fisiológico estéril por irrigación y un buen succionador. En este caso no fue necesario.

Luxación y Exodoncia fue importante descubrir muy bien la región ó ángulo meso-vestibular del molar semi - retenido, para asegurar un acceso adecuado de los elevadores. La luxación se hizo con el propósito de remover el diente de su cavidad y extraerlo. Se utilizó elevador recto fino, recto y acanalado, colocándolo lo más profundo posible en la zona meso-vestibular del tercer molar. Luego se efectuó el movimiento de rotación, firme pero cuidadoso hacia abajo afuera y atrás, hasta desalojar completamente el diente del alvéolo, junto con su saco pericoronario. Fue indispensable tener control, de los movimientos para evitar desplazamientos del molar al seno maxilar o a las fosas, pterigomaxilar o infratemporal.

Tratamiento de la cavidad: la cavidad quirúrgica es revisada e irrigada de forma abundante con suero fisiológico, para retirar fragmentos óseos o de tejido blando que puedan actuar como cuerpos extraños y comprometer la cicatrización, verificando que no existan irregularidades óseas ,en el caso de existir se deben ser eliminadas con la ayuda de lima para hueso o pinza gubia. En este caso se conto con su utilización.

Sutura: Esta tiene por objeto aproximar los bordes de la herida incididos previamente. Siempre que sea posible, se procurará dejar los bordes en la misma posición que ocupaban al principio. Además la sutura favorece la hemostasia al coaptar de forma firme los bordes de la herida y facilita la cicatrización por primera intención. Para ello se utilizan hilos de sutura montados en agujas triangulares curvas atraumáticas, en este caso utilizó seda N° 3, portaguas del tipo Mayo y pinzas de disección con dientes. (Anexo 8)

2.3 Fase Post - operatorio:

Prescripción

Receta

Mobic 15 mg tab N° 6

Diclocil 500 mg cap. N° 10

Redoxin 1gm tubo de tabletas N° 1

Bocotricina enjuague bucal

Prescripciones

Tomar una diaria

Tomar una cap. cada 8 horas

Disolver una tableta em médio

Vaso de água y tomar a diário.

Enjuagar 4 veces al dia.

Recomendaciones

- No beber alcohol,
- Colocar hielo fuera de la zona afectada.
- Dieta blanda,
- No comidas irritantes, ni alimentos con semilla,
- Higiene bucal normal, pero en la zona operada cepillarse muy suavemente,
- Reposo relativo 24 horas,
- No realizar actividad física que requiera de esfuerzo,
- Evitar comer por el lado intervenido los tres próximos días.

CONCLUSIONES

El tercer molar es una pieza dentara que comienza su calcificación a los 9 años erupcionan entre los 18 y 25 años y terminan su calcificación entre los 20 y 27 años.

La anatomía del tercer molar varía mucho, puede tener una y cuatro raíces y entre unos y seis conductos en forma de C.

En la odontología se usa frecuentemente los fármacos tipo amidas para la anestesia local, siendo su administración segura con un riesgo muy bajo de complicaciones.

La evolución del seno tiene relación con la cronología de la erupción dentaría y estan estrechamente relacionada con el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores.

Entre las complicaciones que se pueden presentar en la cirugía de los terceros molares tenemos: fracturas dentarias u óseas, hemorragias, comunicación orosinusal, dolor postoperatorio, alveolitis entre otras.

RECOMENDACIONES

Que el odontólogo debe tener una práctica de uso de los anestésicos locales, como las técnicas de administración para evitar lesiones nerviosas o traumáticas.

En el consultorio odontológico se debería contar con un charol básico de paros cardiorespiratorios para caso de emergencia.

No se debe justificar la exodoncia de los terceros molares para evitar apiñamiento o prevenir problemas de espacios, ya que no tiene ninguna influencia.

En el consultorio odontológico es importante realizar una buena historia clínica antes de cualquier procedimiento, ya que nos permite conocer los antecedentes del paciente.

En los pacientes con enfermedades crónicas como las cardiovasculares, no se debe administrar anestésicos locales con base constrictores ya que dan lugar a la aparición en la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

Aprile, H, et al. Odontología oro-cervical. Buenos Aires: Editorial Ateneo. Reimpresión

Ballvé Ferrer M, et al. Accidentes relacionados con la administración de anestésicos locales en odontología. Complicaciones sistémicas. Barcelona: Gráfica Signo S.A.1997

Bruce Scott D. Empleo de la anestesia local o regional. En: Técnicas de Anestesia Regional. Madrid: Panamericana S.A., 2ª edición 1995. pp11-28.

Catterall W, et al. Anestésicos locales; New York: McGraw-Hill, 9na edición.1996.

Escoda, C. et al. Cirugía bucal. Barcelona: Vol. I y II. Ediciones Océano. 2004

Internet

Tercer molar superior incluido en seno maxilar izquierdo. [www unne.ed.co](http://www.unne.ed.co). (Revisado el 22 marzo 2011)

Luxación, exodoncia y odontosección. En [www vital. Unal.ed.co](http://www.vital.unal.edu.co)./curso odonto (Revisado el 28 de marzo 2011)

La extracción del tercer molar en alidice.com/2004/11 la –extracción (Revisado el 28 de marzo 2011)

Técnicas quirúrgicas para exodoncia de terceros molares. En [www hopsitalposadas.gov.ar](http://www.hospitalposadas.gov.ar) (Revisado el 28 de marzo)

ANEXOS

ANEXO 1

Dientes maxilares								
Dentición permanente	Incisivo central	Incisivo lateral	Canino	Primer premolar	Segundo premolar	Primer molar	Segundo molar	Tercer molar
Calcificación inicial	3-4 m	10-12 m	4-5 m	1.5-1.75 a	2-2.25 a	al nacer	2.5-3 a	7-9 a
Corona desarrollada	4-5 a	4-5 a	6-7 a	5-6 a	6-7 a	2.5-3 a	7-8 a	12-16 a
Raíz desarrollada	10 a	11 a	13-15 a	12-13 a	12-14 a	9-10 a	14-16 a	18-25 a
Dientes mandibulares								
Calcificación inicial	3-4 m	3-4 m	4-5 m	1.5-2 a	2.25-2.5 a	al nacer	2.5-3 a	8-10 a
Corona desarrollada	4-5 a	4-5 a	6-7 a	5-6 a	6-7 a	2.5-3 a	7-8 a	12-16 a
Raíz desarrollada	9 a	10 a	12-14 a	12-13 a	13-14 a	9-10 a	14-15 a	18-25 a

Cronología de la erupción dentaria en humanos.

ANEXO 2
HISTORIA CLÍNICA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
 CLINICA DE INTERNADO
 EXODONCIA

Guayaquil, de 200.....

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Carlos Martinez Araya

2.- MOTIVO DE CONSULTA : molesias

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : molesia al masticar

4.- ANTECEDENTES PERSONALES :

a) Esta bajo tratamiento médico SI _____ NO X PORQUE _____

b) Que medicación está tomando : _____

c) Hepatitis NO

d) Hemofilia NO

e) Alergias NO

f) Embarazo NO

g) Cáncer NO

h) Hipertensic NO

i) Tuberculosis _____

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 _____ Respiración _____ F. Arterial 120/80 Temperatura 37°

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	/	/
e) Lengua	/	/	j) Otros	/	/

C) EXAMEN EXTRAORAL

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

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : 28

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : corona normal
conducto normales
ligamento normal, cortical alveolar
normal

8.- DIAGNOSTICO : pieza #28 semi retenida

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : quirurgico

10.- TECNICA QUIRURGICA : luxacion, preencion, traccion y avulsion

11.- FARMACOPEA : _____

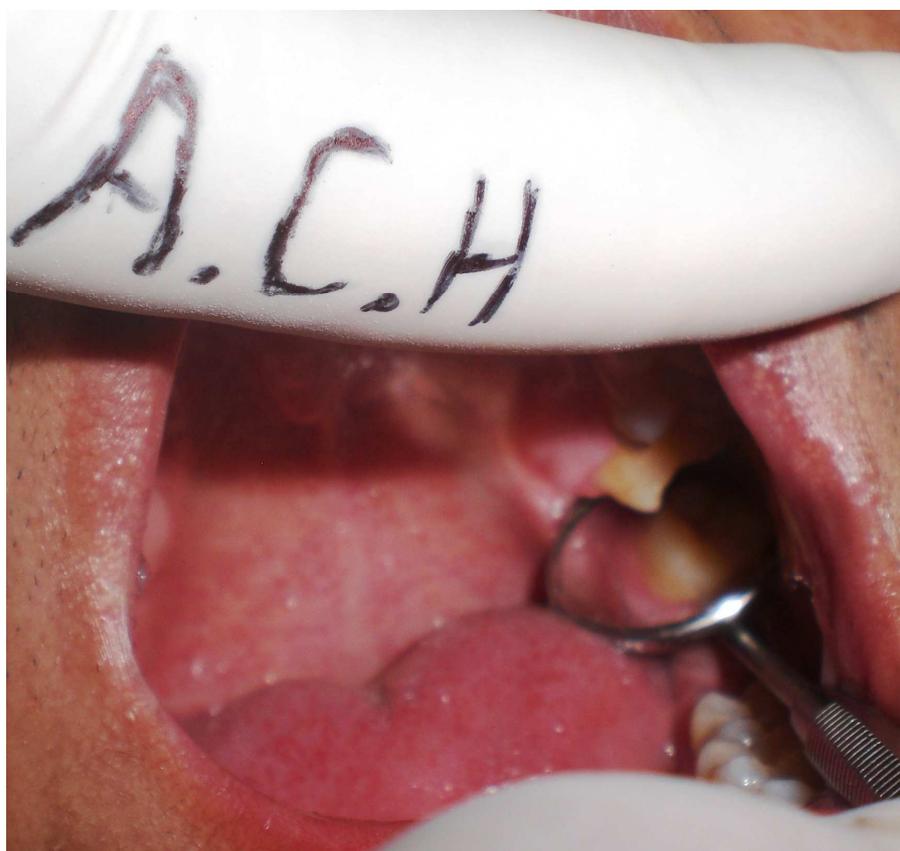
12.- RECOMENDACIONES : No hacer esfuerzo fisico por 24 horas
dieta blanda
comer Helado

[Signature]
 INTERNO TRATANTE

[Signature]
 JEFE DE GUARDIA

**CASO CLINICO DE CIRUGIA
EXODONCIA DE TERCER MOLAR SUPERIOR
SEMI INCLUIDO**

ANEXO 3



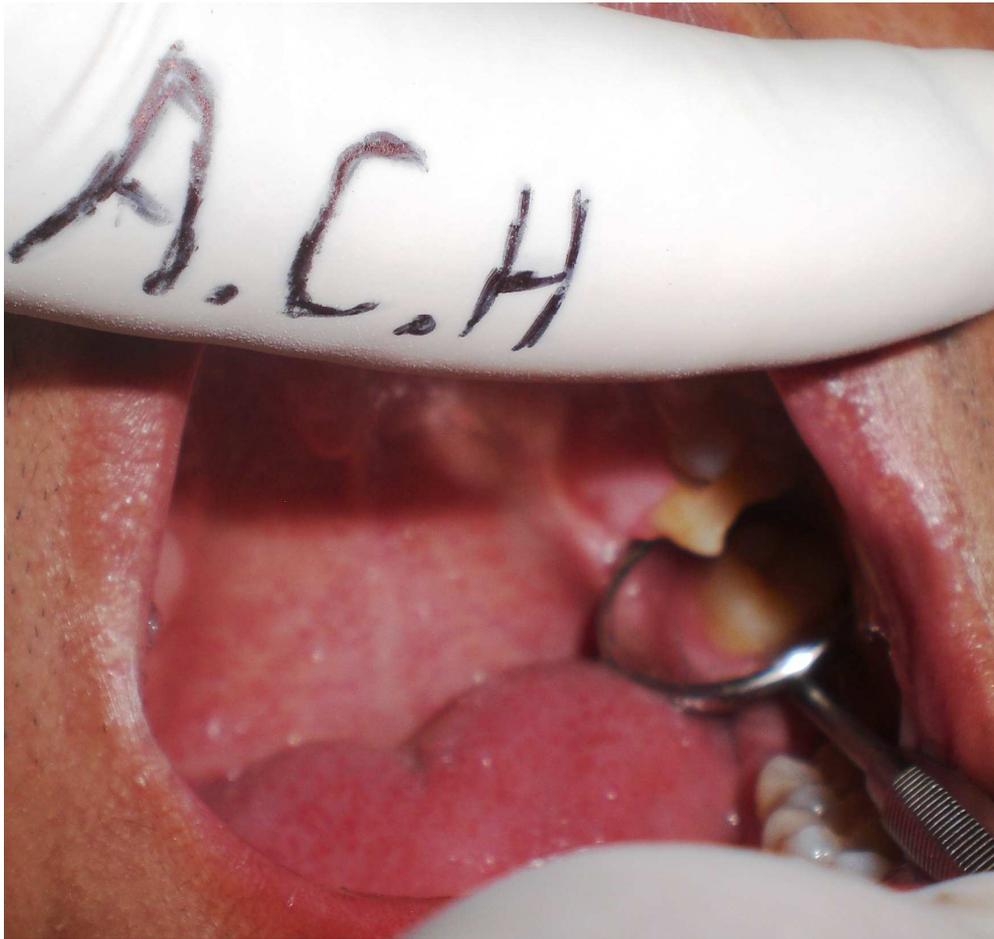
Paciente y Operador, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa. A., 2011

ANEXO 4



Radiografía de Diagnóstico, Clínica de Internado, Facultad Piloto de
Odontología, Correa A, 2011

ANEXO 5



Examen Clínico, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 201

ANEXO 6



Prehensión, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología,
Correa A., 2011

ANEXO 7



Sutura, Clínica de Odonpediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

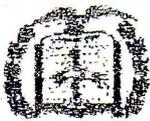
ANEXO 8



Pieza extraída, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

OTROS CASOS REALIZADOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

**CASO DE PREVENCIÓN
COLOCACIÓN DE SELLANTES EN PRIMEROS
MOLARES PERMANENTES**



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

ESTABLECIMIENTO: _____ NOMBRE: Braulio Jimas Ruge APELLIDO: M. Zano SEXO (M-F): DD Nº HISTORIA CLINICA: _____
 MENOR DE UNO: _____ 4 AÑOS: _____ 5-11 AÑOS: _____ 12-14 AÑOS: _____ 15-19 AÑOS: _____ MAYOR DE 20 AÑOS: _____
 1. ALERGIAS ANTERIORES: No 2. ALERGIAS ANESTESIA: No 3. URTO RADIAS: No 4. VIRSIDIA: No 5. TUBERCULOSIS: No 6. ASMA: No 7. DIABETES: No 8. HIPERTENSION: No 9. ENF. CARDIACA: No 10. OTRO: No

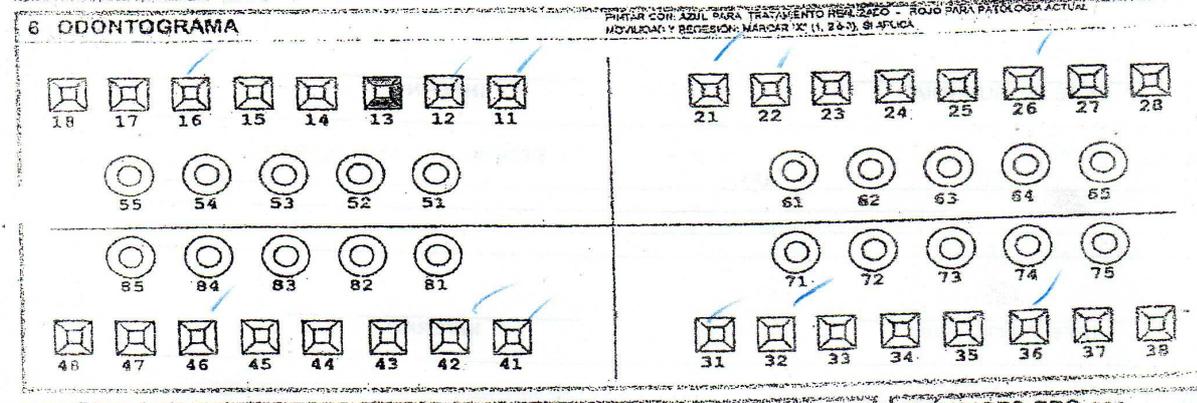
1 MOTIVO DE CONSULTA
Prevencción

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
 1. ALERGIAS ANTERIORES: No 2. ALERGIAS ANESTESIA: No 3. URTO RADIAS: No 4. VIRSIDIA: No 5. TUBERCULOSIS: No 6. ASMA: No 7. DIABETES: No 8. HIPERTENSION: No 9. ENF. CARDIACA: No 10. OTRO: No

4 SIGNOS VITALES
 PRESION ARTERIAL: 100/60 FRECUENCIA CARDIACA: 20 TEMPERATURA: 37 RESPIRACION: 16 x minuto

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO
 1. LARINGE: _____ 2. MEJILLAS: _____ 3. MAXILAR SUPERIOR: _____ 4. MAXILAR INFERIOR: _____ 5. LENGUA: _____ 6. PALADAR: _____ 7. FISO: _____ 8. CARRILLAS: _____
 9. GUNDBULAS SALIVALES: _____ 10. ORO FARINGE: _____ 11. ATM: _____ 12. OÑGULOS: _____
Tejidos oseos y blandos sanos.



7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSION	FLUOROSIS	8 INDICES CPO-geo					
BIEZAS DENTALES		PLACA	CALCULO				GINGIVITIS	LEVE	ANGULO	LEVE	D	C
18	17	56	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	21	31	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	27	66	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	37	73	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	41	71	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	47	85	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALES								0	0	2	0	2

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

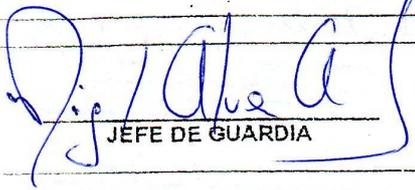
- SEALANTE NECESARIO
- SEALANTE REALIZADO
- EXTRACCION INDICADA
- PERDIDA POR CARIES
- PERDIDA POR CAUSA
- ENDODONCIA
- PROTESIS Fija
- PROTESIS REMOVIBLE
- PROTESIS TOTAL
- UDONIA
- OSTURADO
- CARIES

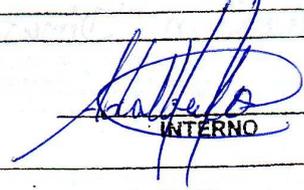
1RA CITA

FECHA:

21-11-2010

Diagnostico, perfilaxis, sellantes en las piezas # 16 - # 26 # 36 # 46


JEFE DE GUARDIA


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



FOTO 2



Presentación del caso, arcada superior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 3



Presentación del caso, arcada inferior, Clínica Integral, Facultad
Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 4



Ameloplastia arcada superior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 5



Ameloplastia arcada inferior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 6



Piezas grabadas con aislamiento relativo arcada superior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 7



Piezas grabadas con aislamiento relativo arcada inferior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 8



Piezas selladas arcada superior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 9



Piezas selladas arcada inferior, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 10



Fluorización, Clínica Integral, Facultad Piloto de Odontología, Correa A.,
2011

**CASO CLINICO DE OPERATORIA DENTAL
CUARTA CLASE INCISIVO CENTRAL SUPERIOR
IZQUIERDO**



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

1- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres: Katerinne Zambrano FECHA: 27-03-2011
 b) Domicilio: Guayaquil 112-112-2609-9 Apellidos: Zambrano JLD
 Teléfono: 085295407

2- MOTIVO DE LA CONSULTA: estetica

3- MOLESTIA PRINCIPAL: Ninguna

4- PIEZA A TRATARSE #: 22

5- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: pieza dental endodanciada
Presenta sombra radiolucida a nivel de la corona compatible
con una cavidad profunda a nivel del angulo mesio incisal
sustancia medicamentosa en el conducto, apice y periapice normal

6- EXAMEN CLINICO COMPLEMENTARIO: pieza sin vitalidad pulpar presente

7- DIAGNOSTICO: cavidad profunda

8- PLAN DE TRATAMIENTO: operatoria dental clase IV

9- TERAPEUTICA (RECETA):

10- RECOMENDACIONES: evitar el consumo de alimentos con coloran
tes que puedan alterar el color de la restauracion, control cada 6 meses

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		

Jefe de Guardia

INTERNO

1RA CITA: *perfilado, apertura de las cavidades, confeccion de*
la corona, pruebas y obturación

[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

FOTO 1



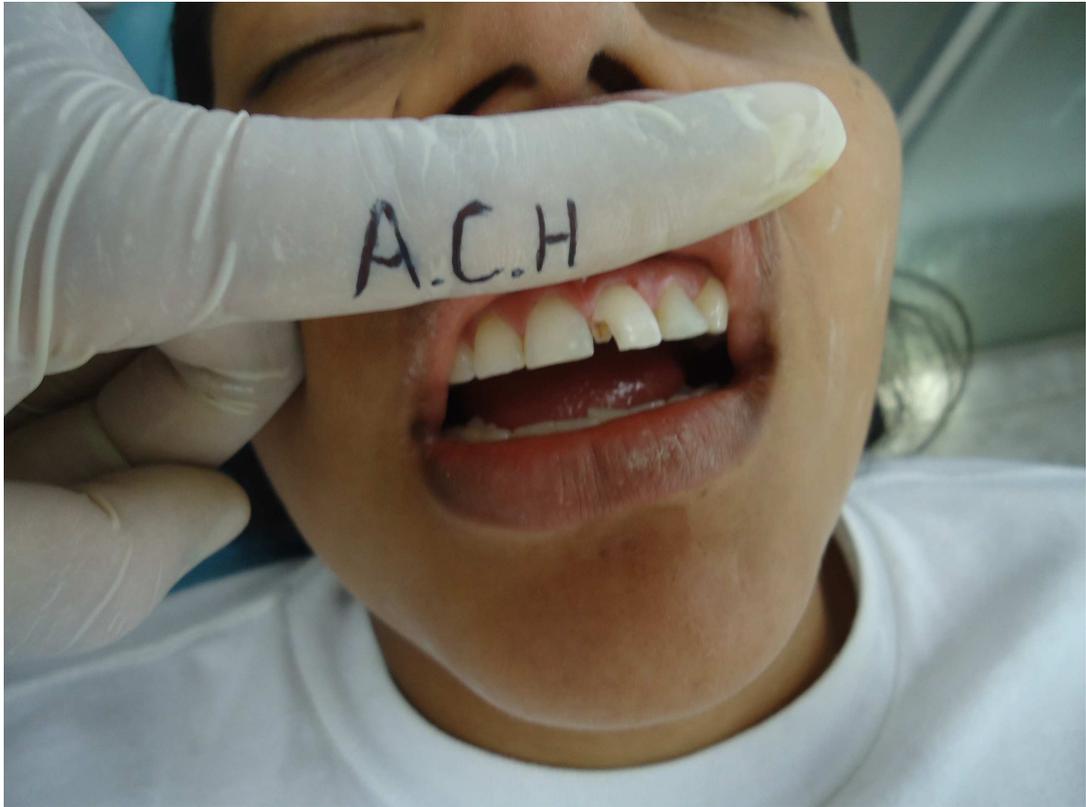
Paciente y Operador, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 2



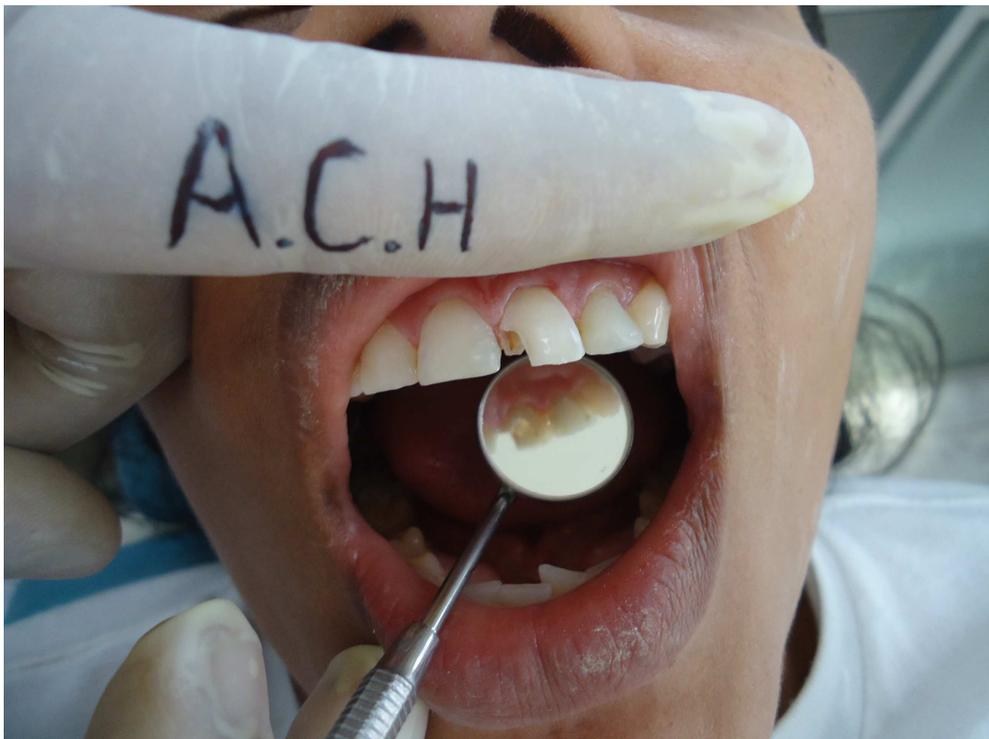
Radiografía de Diagnóstico, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 3



Presentación del caso, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 4



Operatorio (Diseño de la cavidad), Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 5



Aislamiento absoluto con dique de goma y clan, Clínica de Internado,
Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 6



Postoperatorio, Caso terminado tallado, pulido y abrigantado, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

**CASO CLINICO DE ENDODONCIA
NECROSIS PULPAR EN INCISIVO CENTRAL
SUPERIOR IZQUIERDO**



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

NOMBRE: Gabriela Hidalgo Coto EDAD: 41 FECHA: 7 de nov. 2010

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: estética

MOLESTIA PRINCIPAL: ninguna

DIENTE A TRATARSE #: 21

EXPLORACION CLINICA

INSPECCION: caries profunda PALPACION: Negativa

PERCUSION: Negativa MOVILIDAD: Negativa

TRANSILUMINACION: Discromica

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Raiz y conductos únicos, apice
 en apice

SEMIOLOGIA DEL DOLOR

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

VITALOMETRIA

PRUEBA TERMICA: Negativa
 PRUEBA DE CAVIDAD: Negativa

DIAGNOSTICO:

Necrosis pulpectomia

TRATAMIENTO

LONGITUDIAPARENTE: 25 mm LONGITUD DE TRABAJO: 23mm
 PRONOSTICO: favorable para el diente

OBSERVACIONES:

pieza # 21 con conducto infectado
 resaca de tejido dental mesio vestibular por causa
 de caries

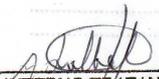
PRIMERA CITA

eliminación de caries, apertura del conducto
reparación con hipoclorito de sodio
reparado con hidróxido de calcio

SEGUNDA CITA

apertura del conducto, conometría, condensa-
ción, obturación del conducto provisional

FECHA COSTO ABONO SALDO


INTERNO TRATANTE

JEFE DE GUARDIA



SEMIOLÓGIA DEL DOLOR
TIPO: *Agudo*
CRONOLOGÍA: *Agudo*
ESTIMULO: *Agudo*
ETIOLOGÍA: *Agudo*
PRUEBA TÉRMICA: *Agudo*
PRUEBA DE CAVIDAD: *Agudo*
DIAGNÓSTICO: *Agudo*
TRATAMIENTO: *Agudo*
LONGITUDINARIAMENTE: *Agudo*
OBSERVACIONES: *Agudo*

FOTO 1



Paciente y Operador, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 2



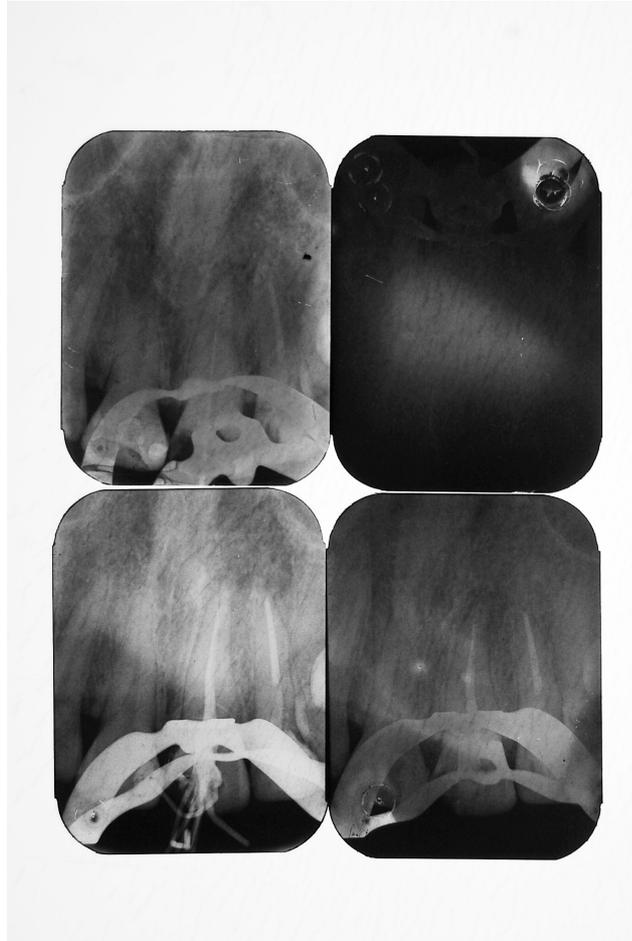
Radiografía de Diagnóstico, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 3



Apertura con aislamiento absoluto, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 4



Radiografía de Diagnóstico, conductimetría, conometria y conducto obturado., Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 5



Pieza en tratamiento con aislamiento absoluto y conos, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 6



Restauración final, Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología,
Correa A., 2011

**CASO CLINICO DE PERIODONCIA
PERIODONTITIS DEL ADULTO GENERALIZADA**



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

1.- DATOS ESTADISTICOS
 a) Nombres : OSCAR Araujo, FECHA: 21-11-2010
 b) Domicilio : Vergeles Valle de la Gerania Apellidos : Araujo Bohorquez
 Teléfono : 088457582

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA : Halitosis, mal olor, mal sabor

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

a) Cuándo realizó la última visita al Odontólogo? : 3 años
 b) Es la primera vez que se enferma su encía? : Si
 c) Cuántas veces se cepilla diariamente? : 2 veces
 d) Qué pasta utiliza? : colgate
 e) Usa hilo dental? : No
 f) Usa enjuagues bucales? : No
 g) Cuándo comenzó la lesión? : 3 años
 h) Dónde está localizada? : en el maxilar superior e inferior
 i) Le sangra al cepillarse? : Si
 j) Sufre de hemorragias espontánea en la boca? : Si
 k) Tiene mal aliento? : Si
 l) Tiene mal sabor en la boca? : No
 m) Se muerde las uñas? : No
 n) Muerde objetos extraños? : No
 o) Aprieta o rechina los dientes? : No

4.- EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas : Ninguna

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

6	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	6	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

e) Localización y medición de movilidad dentaria

0	1	2	3	2	1	0	1	2	3	2	1	0	1	2	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO
 PIEZA 11 corona normal, conducto amplia, raíz...
 unta, ligamento periodontal normal, trabeculado osseo normal
 PIEZA 12 corona normal, presencia de tartaro y pulitico
 y vista, cámara normal, conducto y raíz sinica, apice y periapice
 PIEZA 13 corona normal, cámara y apice normales, apice y
 periapice normales, cortical alveolar normal
 PIEZA 14 corona normal, cámara y conducto normales
 apice y periapice normales, cortical alveolar normal
 PIEZA 15 corona normal, cámara y conducto normales
 apice y periapice normales, cortical alveolar normal
 PIEZA 16 corona normal, cámara y conducto normales
 apice y periapice normales, cortical alveolar normal
 PIEZA 17 corona normal, cámara y conducto normales
 apice y periapice normales, cortical alveolar normal
 PIEZA 18 Ausente

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO
 PIEZA 31 corona normal, conducto normal, ligam
 ento periodontal normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 32 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 33 corona normal, cámara y conducto normal
 raíz dilatada, apice y periapice normal
 PIEZA 34 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 35 corona normal, cámara y conducto normal
 raíz dilatada, apice y periapice normal
 PIEZA 36 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 37 Ausente

PIEZA 38 Ausente

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO
 PIEZA 21 corona normal, cámara y
 conducto normales, apice y periapice normal
 PIEZA 22 corona normal, cámara y conducto
 normales, apice y periapice normal
 PIEZA 23 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 24 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 25 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 26 Ausente
 PIEZA 27 corona normal, cámara y conducto normal
 apice y periapice normal, cortical normal
 PIEZA 28 corona normal, cámara y conducto nor
 males, apice y periapice normales, cortical

CUADRANTE INFERIOR DERECHO
 PIEZA 41 corona normal, apice y periapice
 normal, cortical alveolar normal
 PIEZA 42 corona normal, cámara y conducto
 normal, apice y periapice normal
 PIEZA 43 corona normal, cámara y conducto
 normal, apice y periapice normal
 PIEZA 44 corona normal, cámara y conducto
 normales, apice y periapice normal
 PIEZA 45 corona normal, cámara y conducto
 normal, apice y periapice normal
 PIEZA 46 Ausente
 PIEZA 47 corona normal, cámara y conducto
 normales, apice y periapice normal
 PIEZA 48 pieza impactada en
 sentido mesio distal

6.- DIAGNOSTICO CLINICO Periodontitis

7.- TRATAMIENTO Tratamiento periodontal

8.- TECNICAS DE TRATAMIENTO (PASOS OPERATORIOS DEL TRATAMIENTO - RESUMEN)
 Raspado alizado, pulido, tecnica de cepillado y uso del
 Hilo dental

9.- TERAPEUTICA (RECETA) enjuague con buccal, tetraclor
 na en las noche 2 tabletas disueltas en una botella de agua

10.- RECOMENDACIONES: uso correcto del cepillado dental

11.- PRIMERA CITA Diagnostico, sondaje, sondaje de placa
 sondaje, de tartraje FECHA: 21-11-2010

JEFE DE GUARDIA control de placa, sangrado, inflamación
 sondaje, de tartraje FECHA: 27-11-2010

JEFE DE GUARDIA INTERNO

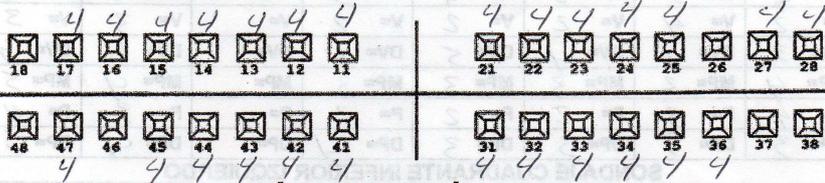


**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA**

PACIENTE:	Oscar Araujo Bohorquez	H.C. #	
INTERNO:	Adalberto Gomez H	CURSO:	5/1

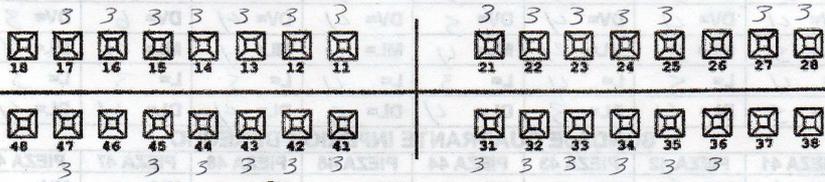
ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes:	26	b) 104	100%
b) Número de caras:	104	c) 104	d) 100%
c) Caras teñidas:	104		
d) Porcentaje de placa:	100%		



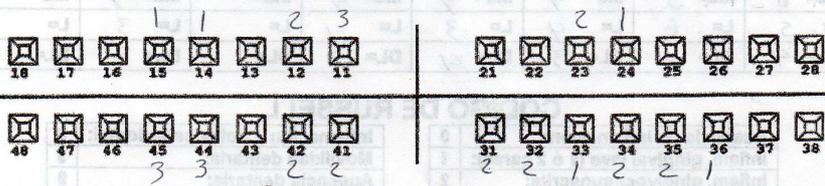
ÍNDICE DE CÁLCULO

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



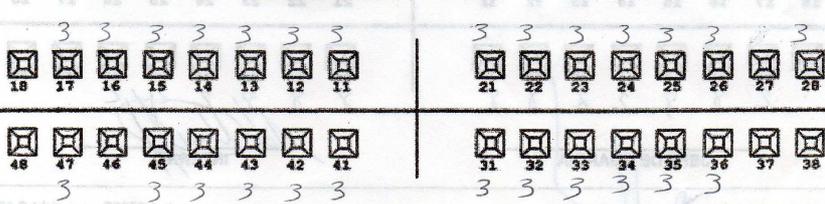
ÍNDICE DE MOVILIDAD

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		



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

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

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= 4	MV= 5	MV=	MV= 6	MV= 4
V= 2	V= 4	V= 2	V= 2	V= 2	V=	V= 3	V= 3
DV= 3	DV= 4	DV= 4	DV= 5	DV= 4	DV=	DV= 6	DV= 4
MP= 4	MP= 2	MP= 3	MP= 3	MP= 3	MP=	MP= 4	MP= 5
P= 4	P= 3	P= 2	P= 2	P= 2	P=	P= 3	P= 4
DP= 3	DP= 3	DP= 3	DP= 3	DP= 4	DP=	DP= 4	DP= 3

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 4	MV= 5	MV= 3	MV= 4	MV= 5	MV= 3	MV=	MV=
V= 5	V= 5	V= 5	V= 3	V= 3	V= 3	V=	V=
DV= 4	DV= 4	DV= 4	DV= 5	DV= 4	DV= 4	DV=	DV=
ML= 5	ML= 3	ML= 4	ML= 4	ML= 4	ML= 4	ML=	ML=
L= 4	L= 5	L= 4	L= 3	L= 4	L= 5	L=	L=
DL= 5	DL= 4	DL= 3	DL= 4	DL= 5	DL= 4	DL=	DL=

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

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

2	2	4	2	2	8	8
18	17	16	15	14	13	12

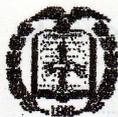
2	2	2	8	2	2	2
21	22	23	24	25	26	27

2	8	8	2	2	8	8
48	47	46	45	44	43	42

8	8	8	8	2	2
31	32	33	34	35	36

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

PRIMERA CITA

NOMBRE: Gabriela Hidalgo Coto EDAD: 41 FECHA: 7 de marzo 2010

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: estética

MOLESTIA PRINCIPAL: ninguno

DIENTE A TRATARSE #: 21

EXPLORACION CLINICA
 INSPECCION: caries profundas PALPACION: Negativa
 PERCUSION: Negativa MOVILIDAD: Negativa
 TRANSLUMINACION: Discromico

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Raiz y conductos únicos, apice en apice

SEMIOLOGIA DEL DOLOR
 TIPO: Asintomatico INTENSIDAD: Asintomatico
 CRONOLOGIA: ESTIMULO: UBICACION: Asintomatico

VITALOMETRIA
 PRUEBA TERMICA: Negativa
 PRUEBA DE CAVIDAD: Negativa

DIAGNOSTICO: Necro pulpectamia

TRATAMIENTO
 LONGITUD APARENTE: 25 mm LONGITUD DE TRABAJO: 23 mm
 PRONOSTICO: favorable para el diente

OBSERVACIONES: pieza # 21 con conducto infectado, resaca de tejido dental mesio vestibular por causa de caries



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

PACIENTE: Oscar Araujo Bohorquez	H.C. #
INTERNO: Adalberto Correa H	CURSO: 5/1

CONTROL DE PLACA

FECHA: / /

<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	2	1	0	0	0	0									<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	1	0	0	0	1	1								
0	0	2	1	0	0	0	0																										
0	0	1	0	0	0	1	1																										
<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	1	0	0	0	0	<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	0	1	1	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0																										
0	0	0	0	1	1	0	0																										

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: / /

<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	0	0	0	0									<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	0	0	0	0								
0	0	0	0	0	0	0	0																										
0	0	0	0	0	0	0	0																										
<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	0	0	0	0	0	<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0																										
0	0	0	0	0	0	0	0																										

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: / /

<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	0	0	0	0									<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	0	0	0	0								
0	0	0	0	0	0	0	0																										
0	0	0	0	0	0	0	0																										
<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	0	0	0	0	0	<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0																										
0	0	0	0	0	0	0	0																										

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: / /

<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	1	1	0	0	0	0									<table border="0"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	0	0	0	0	1	0	0	0								
0	0	1	1	0	0	0	0																										
0	0	0	0	1	0	0	0																										
<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	1	1	0	0	0	0	<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>									0	0	1	1	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0	0																										
0	0	1	1	0	0	0	0																										

Wilde 2580 - copyright © 2009

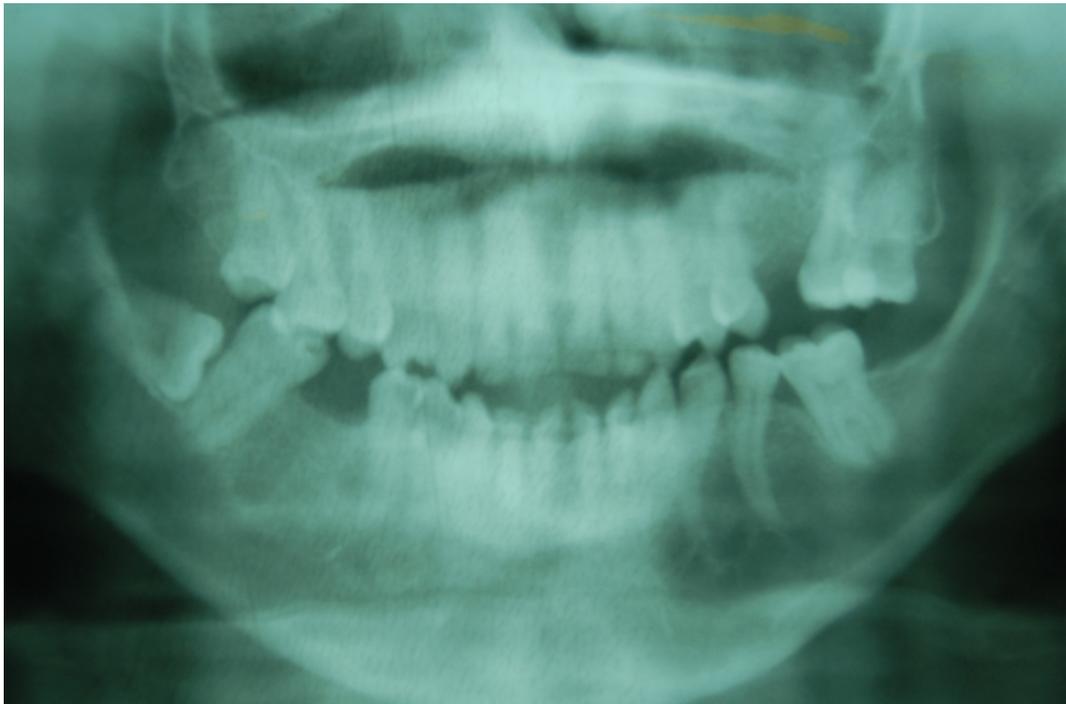
Wilde 2580® - copyright © 2009

FOTO 1



Paciente y Operador, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 2



Radiografía de diagnóstico, Facultad Piloto de Odontología, Correa A.,
2011

FOTO 3



Presentación del caso arcada superior, Clínica de Odontopediatría,
Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011.

FOTO 4



Presentación del caso arcada inferior, Clínica de Odontopediatría,
Facultad Piloto de Odontología Correa A., 2011

FOTO 5



Operatorio arcada superior, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 6



Operatorio arcada inferior, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 7



Postoperatorio arcada superior, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 8



Postoperatorio arcada inferior, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011

FOTO 9



Fluorización, Clínica de Odontopediatría, Facultad Piloto de Odontología, Correa A., 2011



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 01-03-2011 del 2011

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

De mis consideraciones:

Yo, Adalberto Correa Hernandez con C. I. N° 11036778 alumno del 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 cirugia como requisito previa a mi Incorporación.

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

Es Justicia,

C. I. N° 11036778

TESORERIA

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

Dr. Washington Escudero Doltz
DECANO