



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACION

Previo a la obtención del título de

ODONTÓLOGA

TEMA

Cirugía del Tercer Molar Superior Semiretenido

AUTOR

Cecilia Mireya Bustamante Riofrio

TUTOR

Dra. Fatima Mazzini de Ubilla Msc

Guayaquil, abril 2011

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

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

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a:

“Cirugía del Tercer Molar Superior Semiretenido”

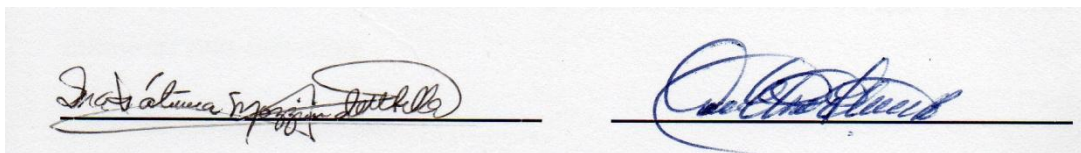
Presentado por:

Cédula de Ciudadanía

Bustamante Riofrio Cecilia Mireya

110255179-1

TUTORES:



Dra. Fátima Mazzini de Ubilla Msc

Ing. Evelyn Pacheco

ACADÈMICO

METODOLÒGICO

Dr. Washington Escudero D.

DECANO

Guayaquil, marzo del 2011

AUTORÍA

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

Cecilia Mireya Bustamante Riofrio

AGRADECIMIENTO

No está de más comenzar mi agradecimiento a dios que siempre me ha acompañado en mi diario vivir, a mi hija que fue quien me motivo para que volviera a retomar mis estudios, quien siempre me apoyo y que estuvo conmigo en todo momento incentivándome y apoyando sin medida, por supuesto a mis profesores que impartieron de forma amplia sus conocimientos y experiencias, a mi hermanos... a todos ellos les estoy muy agradecida por que formaron parte fundamental para que yo pudiera culminar mis estudios

De todo corazón gracias.....

DEDICATORIAS

Nunca está de más dedicar este trabajo a Dios por que sin el nada de esto se hubiera hecho, porque me dio la salud y sabiduría para asimilar los conocimientos que me han impartido en todos estos años.

A mis profesores que son parte de este eslabón, por que con su ayuda y grandes conocimientos puedo llegar a la recta final de mis estudios teniendo siempre en mi vida las enseñanzas que me brindaron.

A mi hija pues como siempre lo diré estuvo pendiente de mi brindándome su apoyo y su esfuerzo.

Para todos ellos este trabajo se los dedico no solo de palabras ni para que esto se quede en un papel, sino para que este en sus corazones que siempre recuerden que les estoy eternamente agradecida y que les dedico esta victoria que también será suya.

INDICE

Pàg

Caratula

Certificación de tutores

Autoría

Agradecimiento

Introducció	1
Objetivo general....	2
Objetivos específicos.....	3
CAP. 1- FUNDAMENTACIÓN TEÓRIA.....	4
1.1 - Que son los terceros molares o las muelas del juicio.	4
1.2- Datos anatómicos.....	4
1.3.- Clasificación de la inclusión del tercer molar superior.....	5
1.4- Etiopatogenia de la inclusión del tercer molar superior	5
1.4.1.- Factores generales.....	5
1.4.2.- Factores locales.....	6
1.5.-Epidemiología de la inclusión del tercer molar superior.....	7
1.6.- Indicaciones y contraindicaciones de la exodoncia.....	8
1.6.1-Indicaciones.....	8-9-10
1.6.2.- Contraindicaciones	11-12-13

CAP. 2 - CASO QUIRÚRGICO.....	14
2.1- Fase pre-operatoria.....	14
2.2.- Historia clínica y diagnostico radiográfico.....	14
2.2.1.- Historia clínica.....	14
2.2.2.- Diagnostico radiográfico.....	14
2.3.- Fase operatoria.....	14
2.3.1.- Intervención quirúrgica del tercer molar superior semiretenido.....	15
*Asepsia.....	15
*Anestesia.....	15
*Incisión.....	16
*Despegamiento del colgajo.....	16
*Ostectomia y odontosección.....	16
Osteotomía.....	16
Odontosección.....	17
*Extracción propiamente dicha.....	17
*Limpieza del lecho quirúrgico.....	17
*Sutura.....	18
2.4.- Post-operatorio.....	18
+Receta.....	18

+Indicaciones postquirúrgicas.....	18
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Bibliografía.....	22
Anexos.....	23



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACION

Previo a la obtención del título de

ODONTÓLOGA

TEMA

Cirugía del Tercer Molar Superior Semiretenido

AUTOR

Cecilia Mireya Bustamante Riofrio

TUTOR

Dra. Fatima Mazzini de Ubilla Msc

Guayaquil, abril 2011

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

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

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a:

“Cirugía del Tercer Molar Superior Semiretenido”

Presentado por:

Cédula de Ciudadanía

Bustamante Riofrio Cecilia Mireya

110255179-1

TUTORES:

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla Msc

Ing. Evelyn Pacheco

ACADÈMICO

METODOLÒGICO

Dr. Washington Escudero D.

DECANO

Guayaquil, marzo del 2011

AUTORÍA

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

Cecilia Mireya Bustamante Riofrio

AGRADECIMIENTO

No está de más comenzar mi agradecimiento a dios que siempre me ha acompañado en mi diario vivir, a mi hija que fue quien me motivo para que volviera a retomar mis estudios, quien siempre me apoyo y que estuvo conmigo en todo momento incentivándome y apoyando sin medida, por supuesto a mis profesores que impartieron de forma amplia sus conocimientos y experiencias, a mi hermanos... a todos ellos les estoy muy agradecida por que formaron parte fundamental para que yo pudiera culminar mis estudios

De todo corazón gracias.....

DEDICATORIAS

Nunca está de más dedicar este trabajo a Dios por que sin el nada de esto se hubiera hecho, porque me dio la salud y sabiduría para asimilar los conocimientos que me han impartido en todos estos años.

A mis profesores que son parte de este eslabón, por que con su ayuda y grandes conocimientos puedo llegar a la recta final de mis estudios teniendo siempre en mi vida las enseñanzas que me brindaron.

A mi hija pues como siempre lo diré estuvo pendiente de mi brindándome su apoyo y su esfuerzo.

Para todos ellos este trabajo se los dedico no solo de palabras ni para que esto se quede en un papel, sino para que este en sus corazones que siempre recuerden que les estoy eternamente agradecida y que les dedico esta victoria que también será suya.

INDICE

Pàg

Caratula	
Certificación de tutores	
Autoría	
Agradecimiento.....	1
Objetivos generales.....	2
Objetivos específicos.....	3
CAP. 1- FUNDAMENTACIÓN TEÓRIA.....	4
1.1 - Que son los terceros molares o las muelas del juicio.	4
1.2- Datos anatómicos.....	4
1.3.- Clasificación de la inclusión del tercer molar superior.....	5
1.4- Etiopatogenia de la inclusión del tercer molar superior	5
1.4.1.- Factores generales.....	5
1.4.2.- Factores locales.....	6
1.5.-Epidemiología de la inclusión del tercer molar superior.....	7
1.6.- Indicaciones y contraindicaciones de la exodoncia.....	8
1.6.1-Indicaciones.....	8-9-10
1.6.2.- Contraindicaciones	11-12-13

CAP. 2 - CASO QUIRÚRGICO.....	14
2.1- Fase pre-operatoria.....	14
2.2.- Historia clínica y diagnostico radiográfico.....	14
2.2.1.- Historia clínica.....	14
2.2.2.- Diagnostico radiográfico.....	14
2.3.- Fase operatoria.....	14
2.3.1.- Intervención quirúrgica del tercer molar superior semiretenido.....	15
*Asepsia.....	15
*Anestesia.....	15
*Incisión.....	16
*Despegamiento del colgajo.....	16
*Ostectomia y odontosección.....	16
Osteotomía.....	16
Odontosección.....	17
*Extracción propiamente dicha.....	17
*Limpieza del lecho quirúrgico.....	17
*Sutura.....	18
2.4.- Post-operatorio.....	18
+Receta.....	18
+Indicaciones postquirúrgicas.....	18

Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Bibliografía.....	22
Anexos.....	23

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo estudiaremos sobre el tercer molar superior semi incluido y qué tipo de técnica quirúrgica realicé para poder abordarlo y extraerlo. Un tercer molar semi incluido es aquel que no ha alcanzado su posición normal, pero se encuentra visible o en comunicación con la cavidad oral. Los cordales superiores presentan menos problemas, casi siempre son más sencillos de extraer y no presentan alta morbilidad postoperatoria.

Los accidentes mediatos e inmediatos que se pueden presentar después de una cirugía de un tercer molar, el tipo de medicamento que se le recetó después de la intervención quirúrgica, y los cuidados posoperatorios o conducta seguir que se le especificó al paciente para que el tratamiento sea un éxito rotundo. Los terceros molares pueden desarrollar muchos problemas con poca o incluso nula sintomatología, es así que pueden estar produciendo un daño sin que el paciente se dé cuenta de ello. Es por ello que actualmente se recomienda prevenir problemas futuros, de modo que se opta por extraerlos en edad temprana o adultos jóvenes. Investigaciones dan cuenta que mientras mayor edad tiene el paciente mayor es el riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas e incluso periodontitis o pérdida del hueso de sostén de los dientes cercanos al tercer molar. De modo que hay que estar en conocimiento que en la medida que un tercer molar se desarrolla sus raíces se hacen más largas y el hueso que lo rodea más denso o duro, de modo en la medida que el paciente es mayor se torna más difícil su extracción y mayores complicaciones están asociadas. Estas complicaciones son prácticamente imposibles de predecir, es por ello que mientras más tiempo pase el tercer molar en la boca, mayores son las complicaciones que estos pueden causar, llegando incluso a comprometer el estado de salud general de la persona.

OBJETIVOS GENERALES

Un tercer molar semi incluido es aquel que no ha alcanzado su posición normal, pero se encuentra visible o en comunicación con la cavidad oral. Conocer en el caso clínico en particular de mi paciente establecí una historia clínica para determinar la distorsión y afección que ocasionó a los elementos anatómicos vecinos y los que más me llamó la atención a parte del factor estético fue la presencia de ulceraciones en la mucosa que al momento de masticar le ocasionaban muchas molestias siendo el principal causal el dolor; ya que al realizar los movimientos de la masticación había tendencia a morderse. Si amerita que se le realice la extracción mediante valoraciones clínicas y radiográficas.

Establecer el estado de salud psicológico del paciente; para valorar su grado de cooperación durante la cirugía y después de la misma, cuando se le indique las recomendaciones de los cuidados postquirúrgicos a seguir.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las relaciones del tercer molar superior con las estructuras anatómicas comprometidas en el acto quirúrgico.
2. Solucionar la molestia que el paciente presentaba cuando ingería alimentos y tenía que realizar los movimientos de la masticación. Debido a la presencia de papulas o pequeñas ulceraciones causadas por el tercer molar.
3. Demostrar lo eficaz que puede resultar la intervención quirúrgica del tercer molar para eliminar todo este tipo de molestias que generaba en el paciente.

CAPITULO 1

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1.1-QUE SON LOS TERCEROS MOLARES O LAS MUELAS DEL JUICIO

Los terceros molares o también llamados "molares del juicio" suele aparecer entre las edades de 17 a 25 años son los últimos dientes en desarrollarse y aparecer en la boca, lo hacen, por detrás del último segundo molar superior e inferior o también llamados molares de los 12 años. Se les llama molares del juicio ya que usualmente se presentan tardíamente en el término de la adolescencia o cerca de los veinte años, la cual se considera la edad del juicio. Generalmente causan problemas cuando tratan de erupcionar o bien quedan retenidos durante este proceso.

1.2- DATOS ANATÓMICOS: este molar presenta más a menudo diversas variaciones e irregularidades en cuanto a su morfología radicular. Generalmente es tri o tetra radicular y no es raro que presente un número mayor de raíces .suele ser de menor tamaño que los otros molares aunque excepcionalmente puede tener un tamaño considerable. Destaca por distal la presencia de la tuberosidad del maxilar. La relación entre el tercer molar y el seno maxilar puede variar pero normalmente la proximidad es muy acusada. Otros elementos anatómicos vecinos son el agujero palatino posterior con su contenido basculo nervioso y por vestíbulo los pequeños orificios por donde emergen las ramas del nervio alveolar superior posterior.

1.3.- CLASIFICACIÓN DE LA INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

*Clasificación de Winter (según el tipo de inclinación del eje mayor del cordal respecto al del segundo molar): vertical, mesioangular, distoangular, horizontal, transverso, invertido, vestibuloversión y palatoversión.*Clasificación de Pell y Gregory (en función de la profundidad de la inclusión):

Clase A: la cara oclusal del cordal está situada entre la cara oclusal y la línea cervical del segundo molar.

Clase B: la cara oclusal del cordal está situada a la altura de la línea cervical del segundo molar.

Clase C: la cara oclusal del cordal está situada por encima de la línea cervical del segundo molar.

Cuanto más por encima de la línea cervical del segundo molar esté ubicado el cordal, más complicada será la exodoncia.

1.4- ETIOPATOGENIA DE LA INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

El germen del cordal superior se sitúa muy alto en la tuberosidad maxilar, de manera que el crecimiento del hueso provoca su migración hacia el reborde alveolar, donde el diente encuentra fácilmente sitio entre el segundo molar y la sutura pterigomaxilar. Cuando esto no ocurre por diferentes motivos, el diente queda retenido sin posibilidad de erupción.

1.4.1.- FACTORES GENERALES:

Enfermedades sistémicas.- podemos encontrar enfermedades carenciales, las endocrinopatías, la herencia y los factores raciales o síndromes mal formativos

Hereditarios.- tales como:

a.- Genéticas.- en el curso natural de los hechos, es razonable suponer que los hijos heredan algunos caracteres de los padres. Estos factores pueden ser modificados por el ambiente prenatal y postnatal, entidades físicas, presiones, hábitos, trastornos nutricionales y fenómenos idiopáticos. Sin embargo el patrón básico persiste y puede afirmarse que hay un determinante genético definido que afecta la morfología y la predisposición a la patología dentofacial.

b.- Congénitas.- debidas a patología materna durante el embarazo. Causas probables que influyen en esta patología son: traumatismos, dieta materna, varicela y alteraciones del metabolismo materno.

c.- Mezcla de razas.- se ha comprobado que en grupos raciales homogéneos, la frecuencia de mal oclusión es baja y cuando ha existido mezcla de razas, la discrepancia de tamaño de los maxilares y los trastornos oclusales son significativamente mayores. Por ejemplo, existen más mal oclusiones de clase II con poco desarrollo mandibular, que mal oclusiones de clase III por exceso de crecimiento mandibular. Esto indica que los maxilares se están reduciendo de tamaño, por ello existiría una mayor frecuencia de terceros molares incluidos y de falta congénita de algunos dientes; así como la tendencia al retrognatismo a medida que ascendemos en la escala filogenética.

1.4.2.- FACTORES LOCALES: posición irregular del diente o presión de un diente adyacente, lo que podría deberse principalmente:

a.- Dirección anómala de erupción del propio diente que quedaría impactado o de un diente vecino que actuaría como obstáculo

b.- Factores mecánicos: la interferencia mecánica causada por el tratamiento ortodóncico puede provocar un cambio en la vía de erupción. Esto puede ocurrir al distalizar los dientes superiores en el tratamiento de

la clase II, lo que puede favorecer la inclusión de los terceros molares en desarrollo.

c.- La erupción ectópica provoca la reabsorción de un diente permanente o temporal contiguo y no del diente que debe reemplazar.

d.- Dientes supernumerarios, que actúan como barrera. En ocasiones el diente supernumerario erupciona en lugar del diente definitivo. Se registra con mayor frecuencia en el maxilar superior.

e.- Maxilar poco desarrollado por evolución filogenética,

f.- Falta de espacio en la arcada: es un factor definitivo en la presentación de la inclusión dentaria como la micrognatia maxilar, es un volumen menor de los maxilares del que correspondería por la edad y falta de espacio por discrepancia óseo-dentaria, entre otros.

g.- Factores traumáticos: los traumatismos alveolo dentarios y de los maxilares también pueden producir la anquilosis total o parcial de los dientes afectados provocando la interrupción o alteración de su erupción y fracturas óseas por traumatismos, o fracturas de la tuberosidad maxilar por exodoncias previas de los molares superiores.

1.5-EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

Los terceros molares retenidos y sub patología representan un porcentaje elevado de actuación profesional de todos los eslabones de sanidad pública y privada. Diversas investigaciones otorgan, en pacientes de edades comprendidas entre los 17 y 30 años, una prevalencia del tercer molar no erupcionado, entre el 17,5% y el 65,6%

Existen discrepancias en cuanto a la prevalencia de la retención en relación con el sexo, en estas discrepancias influyen factores ecológicos y raciales. No existe consenso entre los diferentes autores en cuanto a la

frecuencia de retención del tercer molar superior. Pero la mayoría de los estudios de prevalencia coinciden en que está alrededor del 9%.

En relación con la fenomenología clínica, en un estudio sobre terceros molares realizado conjuntamente por el hospital de Bazarro y la Universidad del país Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, hemos observado mayor incidencia de la fenomenología clínica en la mujer (64%) que en el hombre (36%), con mayor frecuencia de la sintomatología en el intervalo de edad comprendido entre los 21 y 25 años.

1.6-INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

1.6.1-INDICACIONES:

*Existen algunas indicaciones claras para la exodoncia de los cordales incluídos, por ejemplo, cuando la infección es previsible, cuando ha existido dolor o molestias de manera recurrente, o cuando ha habido múltiples intentos de tratamiento conservador. En estos casos la exodoncia reduce el coste para el paciente, pérdida de tiempo, y los riesgos asociados al tratamiento conservador (p.ej. antibióticos). Se aconseja la extracción cuando los pacientes han experimentado o experimentan infecciones significativas asociadas al cordal, y especialmente ante la presencia de pericoronaritis, celulitis, abscesos o patología pulpar o periapical intratable. Se aconseja la exodoncia de los cordales semiincluídos, por el riesgo de infección, cuando el paciente, por sus circunstancias personales, no pueda tener un acceso rápido y fácil al tratamiento quirúrgico en caso necesario.

*Se aconseja la exodoncia de los cordales cuando el riesgo de su retención es mayor que el de la exodoncia, por ejemplo, antes de radioterapia o cirugía cardíaca. En pacientes con problemas médicos específicos, como la enfermedad valvular cardíaca, cuando exista un potencial de infección, éste debe ser eliminado. Este sería el caso de un tercer molar semiincluído, mientras que un cordal profundamente incluído

no lo sería. Otras circunstancias médicas similares serían: trasplantes, quimioterapia o inserción de implantes aloplásticos. Se puede considerar la exodoncia del cordal incluido cuando éste pueda complicar una cirugía ortognática u otro procedimiento quirúrgico sobre la mandíbula, como en casos de fractura de mandíbula, especialmente cuando el cordal se ha desplazado o desvitalizado; o cuando el cordal se ve implicado en una resección tumoral. Cuando se va a realizar una exodoncia de cordales inferiores bajo anestesia general se puede aceptar la exodoncia simultánea de cordales superiores incluidos asintomáticos. Se aconseja la exodoncia del tercer molar incluido y a funcional en caso de caries siempre que no se pueda restaurar su función.

*Cuando un segundo molar debe ser extraído, es recomendable extraer simultáneamente un tercer molar incluido siempre que éste no tenga posibilidad de erupcionar a la posición del segundo molar. La angulación mesial de un tercer molar inferior entre 40-80° con un punto de contacto en la zona de la unión amelocemental del segundo molar condiciona la aparición de caries en ese punto de la cara distal del segundo molar. Por tanto, la extracción precoz profiláctica de un tercer molar en esa posición y parcialmente erupcionado puede prevenir la formación de una caries cervical distal en el segundo molar inferior. Cuando existe formación de bolsa periodontal entre el tercer molar impactado y el segundo molar parece que si la exodoncia del cordal se retrasa más allá de los treinta años la situación será irreversible. La exodoncia del cordal antes de esa edad permitirá la reparación del tejido periodontal dañado. Los cordales impactados horizontales y mesioangulares son los que producen una mayor pérdida ósea distal al segundo molar.

*Cuando un cordal incluido se asocia a un quiste dentígero, la exodoncia y exéresis completa del quiste están indicadas. La situación con respecto a un dolor facial atípico es de difícil decisión, y la extracción de un cordal profundamente incluido sólo debe ser considerada como último recurso y siempre que el paciente señale esa zona como el origen del dolor. En resumen, es necesario intentar conservar las piezas dentarias, hoy

poseemos un arsenal terapéutico amplio para conseguirlo, pero de todas formas hay muchos casos que es inevitable realizar la extracción dentaria, las podemos resumir de la siguiente forma:

- Piezas destruidas que no es posible la aplicación de la Odontología conservadora.

- Restos radiculares.

- Piezas con fracturas coronarias muy subgingivales.

- Piezas con fracturas o fisuras verticales.

- Piezas con problemas focales que diseminan bacterias que no se pueden solucionar con tratamientos endodóncicos, sobretodo en enfermos cardiacos.

- Caries radiculares muy subgingivales y sobre todo sub óseas.

- Piezas con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, norecuperables y progresivos.

- *Casos en los que es obligatoria la extracción.

- Piezas supernumerarias

- Piezas que impiden un buen diseño de una prótesis, ejemplo evitar pilares de puente en piezas muy versión hadas y que no haya posibilidad de rectificación ortodóncica.

- Piezas temporales que interfieren la erupción del permanente.

- *Otros casos que se deben realizar exodoncias

- Tratamientos ortodóncicos en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo

- Piezas ectópicas.

- Piezas incluidas que nos den batología quística, posibles reabsorciones radiculares, desequilibrio de las arcadas, problemas tumorales, etc.

- Por problemas socio económicos del paciente, que no puede costearse la odontología conservadora.

1.6.2- CONTRAINDICACIONES

*Post-tratamientos con radioterapia en la zona de cabeza y cuello, se puede producir una osterradionecrosis, por lo cual se retrasa la exodoncia al menos durante un año

*Pacientes con GUNA y con gingivoestomatitis herpética, debemos tratarlas antes de realizar la exodoncia.

*Tumores malignos en la zona de la pieza que debe ser extraída, se pueden producir grandes hemorragias

*Presencia de hemangiomas o angiomas en relación con la pieza a extraer

*Pacientes diabéticos descompensados, existe el peligro de que sufran una hipoglucemia, y en este y en todos los casos que vamos a utilizar anestesia local, es recomendable que el paciente haya comido, no es aconsejable realizar exodoncias en ayunas. En los diabéticos haremos protección antibiótica.

*En pacientes inmunodeprimidos tenemos que tenerlo en cuenta, debemos informarnos de su estado mediante informa del especialista correspondiente.

*En pacientes sometidos a diálisis renal, si su estado lo permite, se realizan las exodoncias durante el día de descanso, ya que están fuera del efecto de la heparina y hay que someterles a una prevención con antibióticos

*Hay que estar en comunicación con los especialistas correspondientes en casos de SIDA, leucosis, agranulocitosis, y pacientes con tratamientos con quimioterapia.

*En los pacientes cardiacos con problemas de valvulopatías, debe realizarse una antibioticoterapia preventiva para prevenir la endocarditis bacterianas olemos usar 2 gramos de amoxicilina una hora antes de la extracción y encaso de ser alérgico a la penicilina y derivados, se usa eritromicina o clindamicina.

*En pacientes que han sufrido un infarto, no es aconsejable realizar tratamientos quirúrgicos hasta pasados 6 meses del infarto.

*En pacientes bajo tratamiento de dicumarínicos, antes debían dejar el tratamiento (sintrom), durante 3 días, en la actualidad en la mayoría de los casos se puede hacer la exodoncia dentaria en combinación con el hematólogo, y realizando una buena hemostasia, siendo muy efectivo el uso del ácido tranexámico (Amchafibrin) aplicado localmente en forma de gasa impregnada y haciendo presión sobre la herida y en forma de enjuagues. En casos de persistir la hemorragia debe intervenir el hematólogo.

*En la menstruación no está contraindicada la exodoncia, de todas maneras está aumentada la fibrinólisis y hay un aumento del sangrado.

*En pacientes con hepatopatías crónicas debemos estar en contacto con el hepatólogo para ver su estado de coagulación, es importante saber el tiempo de protrombina, el número de plaquetas, etc., y en muchos casos el hepatólogo para aumentar el índice de Quick, nos hace prescribir vitamina K, que con una dosis semanal de 20 mg es suficiente para aumentar el tiempo de protrombina.

*En todos los casos cardiacos, es aconsejable el uso de anestésicos locales sin vasoconstrictores. En las embarazadas no existe contraindicación científica para realizar la extracción, es preferible evitarla durante el 1º trimestre de gestación, y no hacer radiografías sin protección del feto.

*Se debe desaconsejar la exodoncia de los cordales cuando exista un espacio adecuado para su erupción, y puedan llegar a tener una posición funcional en la arcada dentaria; o en los niños aunque aparezcan impactados, pues pueden cambiar su posición. Cuando existan otras enfermedades que aumenten el riesgo quirúrgico, este riesgo debe ser valorado cuidadosamente en la balanza riesgo/beneficio. Cuando se extrae un cordal incluído, la extracción simultánea de otro cordal asintomático se debe evitar. En el caso de cordales profundamente impactados sin evidencia de patología, especialmente cuando están completamente cubiertos de tejido blando y/o hueso, existe un riesgo de pérdida de soporte periodontal para el segundo molar adyacente como

consecuencia de la exodoncia del cordal. Por tanto es mejor desaconsejar la exodoncia, salvo que ese cordal esté semiincluido, en cuyo caso es más probable que produzca síntomas. Cuando el tercer molar está profundamente impactado sin evidencia de patología y en estrecha relación con el nervio dentario inferior, o cuando existe una mandíbula extremadamente atrófica, se considera buena praxis la no exodoncia del cordal.

*En ocasiones se indica la exodoncia del cordal por motivos ortodóncicos. Sin embargo, existe evidencia de que la exodoncia de los cordales inferiores no previene, limita ni cura el apiñamiento de los incisivos inferiores.

CAPITULO 2

CASO QUIRURGICO

2.1.- FASE PRE-OPERATORIA.- revisé antes de la intervención quirúrgica la historia clínica, donde constaba anamnesis, exploración clínica, estudio radiográfico, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura corporal (ver anexo) por si hubieran aparecido cambios desde la última visita preoperatoria. Comprobé que el paciente sabía lo que se le va realizar y que se encontraba relajado. Solicité ayuda, a un compañero que no debe estar “estéril”, ya que se encargó de colocarnos la luz adecuadamente y darnos el material que necesitamos en cada momento. La mesa del instrumental la ubiqué a la cabecera del paciente, entre.

2.2.- HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNOSTICO RADIOGRÁFICO

2.2.1.- HISTORIA CLÍNICO (ver anexo 1)

2.2.2.- DIAGNOSTICO RADIOGRÁFICO (ver anexo 3)

2.3.- FASE OPERATORIA en la cirugía bucal se siguen:

- Asepsia
- Anestesia.
- Incisión.
- Despegamiento del colgajo mucoperióstico.
- Ostectomía.
- Odontosección
- Extracción propiamente dicha.

- Limpieza de la herida operatoria.
- Sutura.

2.3.1- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR SEMIRETENIDO.

*ASEPSIA: procedí al lavado quirúrgico del tercio de la cara en la parte externa con una solución antiséptica povidona yodada, para lo cual utilizamos una gasa impregnada en esta solución. Luego lavamos la cavidad bucal o mucosa realizando estos mismos pasos. Con la finalidad de obtener un campo aseptico libre de germenos o bacterias.

*ANESTESIA: para realizar la cirugía utilicé la técnica troncular a nivel del dentario posterior.

Anatomía aplicada: Se realiza en la región retrotuberositaria, a 2-3 cm. por encima y detrás de los cordales superiores, anestesiándose los molares -excepto la raíz mesial del primer molar cuando existe el dentario medio-, el periodonto, la cortical ósea externa y la mucosa vestibular. Se reserva para cuando la técnica infiltrativa no es posible.

Técnica: localizé la apófisis cigomática del maxilar he inyecte en el fondo del vestíbulo justo por detrás de ella, a la altura de la raíz distal del 2° molar. Una vez penetrada la aguja, le indique al paciente que cierre la boca y avanzé formando un ángulo de 45° con el plano oclusal de los molares superiores, penetré hacia arriba, atrás y adentro contomeando la tuberosidad, sin penetrar más de 2 cm. Precauciones: Evitar la punción del plexo venoso pterigoideo, de la maxilar interna o de la bola de Bichat. Si se profundiza demasiado podemos anestesiar el tronco maxilar superior completo o introducimos en la base del cráneo.

Los molares reciben inervación proveniente de los dentarios posteriores en número de 2 a 3 filetes, que penetran por diminutos orificios en la tuberosidad del maxilar y terminan en anastomosis con los otros nervios

dentarios.*Nervios dentarios posteriores. Nacen en la fosa pterigomaxilar; son dos o tres, que perforan la tuberosidad del maxilar superior por sus agujeros dentarios posteriores y se distribuyen por las molares superiores, menos a la raíz mesio-vestibular del primer molar superior, sus alvéolos y ligamentos periodontales y por el seno maxilar. Una de esas ramas no ingresa a la tuberosidad y se dirige a inervar a la encía vestibular de molares y premolares superiores.

*INCISIÓN: utilicé la técnica de la incisión lineal, donde el procedimiento fue el siguiente; con la boca abierta y un bisturí de hoja nº 15 realicé un corte con firmeza en un solo trazo sin líneas secundarias para evitar lesiones traumáticas; la cuál abarcó mucosa vestibular, fibromucosa palatina, mucosa gingival. Se incidió por distal del segundo molar en la línea media o algo hacia palatino, a través de la cresta ósea de la tuberosidad hasta el repliegue mucoso pterigomaxilar, siguiendo por el surco vestibular del segundo molar. Se realizará una incisión de descarga vestibular vertical hacia arriba y hacia delante por mesial o distal del mismo.

*DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO: procedí, seguidamente, al levantamiento del colgajo mucoperióstico despegando la mucosa de delante hacia atrás, con el periostótomo de Freer.

*OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN: estos procedimientos no fueron necesarios realizar porque el cordal estaba semiretenido.

OSTEOTOMIA.- La realización de la osteotomía o eliminación del hueso alveolar es el objeto principal de la extracción quirúrgica. Esta resección de hueso se efectuará a través del colgajo triangular preparado habitualmente o a través del pequeño despegamiento gingival que hacemos en ocasiones (casos sencillos).

La eliminación de la cortical ósea externa suele suprimir el principal factor de retención del diente en su alvéolo. Se trata de quitar el hueso

suficiente para conseguir un buen punto de apoyo para los botadores, una superficie adecuada para la prensión con los fórceps o un campo que facilite la odontosección a nivel radicular.

ODONTOSECCIÓN.- La odontosección consiste en la sección del diente a diferentes niveles y en distintos fragmentos para facilitar su extracción y prevenir una de las complicaciones más frecuentes: la fractura radicular.

***EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:** coloqué el elevador de hoja fina a la altura del cuello dentario del tercer molar por la zona mesial, luego aplicando fuerza hacia distal, vestibular y abajo, se produjo la luxación y posterior avulsión del molar incluido. Una vez finalizada la luxación podemos completar la exodoncia con los fórceps en bayoneta de cordales superiores. (ver anexo 5)

No fué necesario eliminar el hueso mesial para dar un buen acceso a los elevador, solo ejercí una presión controlada pero considerable con el botador para forzar la penetración de la punta del instrumento en el espacio interdentario. Al girar distalmente el elevador tuve mucho cuidado, puesto que esta acción puede provocar la fractura de la tuberosidad maxilar. La extracción de cordal superior puede ser muy fácil si las raíces están fusionadas. (ver anexo 6)

***LIMPIEZA DEL LECHO QUIRÚRGICO:** Tras la eliminación del tercer molar, realicé una limpieza cuidadosa, tanto de las partes blandas como del alvéolo y del hueso más próximo a la zona, con la cureta o cucharilla comprobé que el alvéolo y toda la zona operatoria estén limpios, pero sin lesionar el contenido del conducto dentario. No hay que dejar espículas óseas ni fragmentos de hueso sueltos; para ello se utilizó una lima de hueso, para redondear los bordes. En las partes blandas se hizo un Friedrich muy moderado (recorté los bordes de la herida dejándolos cruentos para poder afrontarlos convenientemente); Por último, y con la herida bien limpia y los bordes redondeados y alisados, se irrigó

generosamente la herida con suero fisiológico o agua destilada estériles, con aspiración constante.

*SUTURA: se suturó colocando puntos sueltos simples de hilo de seda 3/0 con aguja cilíndrica C-16; con las pinzas de disección sujeté uno de los bordes cruentos de la herida quirúrgica, e introduje la aguja montada en el porta agujas en todo su grosor a unos 4 a 8 mm del borde; retiré la aguja y remonté para introducir nuevamente desde la profundidad hacia la superficie, siempre con el mismo espesor en la misma línea equidistante del borde y con la curvatura adecuada. Para finalizar tome el hilo de sutura con la mano izquierda y con el porta agujas en la mano derecha efectué los nudos necesarios hasta aproximar los lados de la herida; luego corté el hilo sobrante con una tijera de cirugía. A los 7 días cité al paciente para retirar los puntos; con unas pinzas de disección sujete el punto y con una tijera fina y afilada corte el hilo muy cerca a la superficie de la mucosa. (ver anexo 6)

2.4.- POST-OPERATORIO: el curso postoperatorio normal tras la extracción del tercer molar se caracteriza por ser relativamente molesto y por presentar en mayor o en menor medida dolor, inflamación, rezumamiento de sangre y trismo. Incluso en algunas decimas de fiebre. Cuando uno de estos signos es exagerado pensaremos en una complicación. Se le darán instrucciones postquirúrgicas precisas y escritas.

+RECETA: 9 capsulas de amoxicilina de 500 mg, tomar una cada 8 horas; 9 diclofenaco sodico de 50 mg, tomar una cada 8 horas; 9 tabletas de vitamina c masticar una diaria; 1 frasco de bucotricina, disolver una cucharadita en medio vaso de agua tibia o fría para gargarismos, 2 o 3 veces al día.

+INDICACIONES POSQUIRÚRGICAS son las siguientes y es preferible darlas por escrito:

1. Evitar escupir, hacer buches, soplar o succionar,
2. No fumar.
3. No beber alcohol.
4. Dieta blanda.
5. No comer irritantes ni alimentos que contengan semillas.
6. Higiene bucal normal pero en la zona intervenida cepillar suavemente.
7. Colocar frío local durante las primeras 24 horas posteriormente si continua con inflamación colocar fomentos de agua caliente hasta disminuir la inflamación.
8. Tomar medicamentos descritos en su receta médica.
9. En caso de sangrado colocar una gasa estéril en la zona y morderla durante 30 minutos si no disminuye el sangrado llamar a su odontólogo.
10. Guardar reposo relativo las próximas 24 horas
11. No realizar actividad física que requiera esfuerzo ya que puede provocar sangrado.
12. Evitar comer del lado intervenido por los próximos 3 días.
13. No morder tejido blando de la boca ya que se encuentra bajo anestesia durante la próxima hora u hora y media.
14. Retirar la gasa en 30 minutos cambiarla de ser necesario.15.
15. Cualquier duda o complicación llamar a su odontólogo.

CONCLUSIONES

Para conseguir el éxito rotundo y no parcial en la eficacia del diagnóstico y tratamiento; antes de proceder a la cirugía del tercer molar primero realicé estudios de la historia clínica del paciente; las afecciones que presentaba, antecedentes familiares, evalué la radiografía del tercer molar para saber su relación con los elementos anatómicos que lo rodean; así establecí la técnica quirúrgica más conveniente para el paciente. Estas deben ser las bases y lineamientos que debemos seguir los profesionales en odontología para cada paciente que llegue a nuestro consultorio a requerir nuestros servicios para aliviar sus dolencias que tanto los aquejan debido a la erupción de los cordales o muelas del juicio en cierta etapa de sus vidas.

RECOMENDACIONES

El tratamiento de dicha pieza dentaria depende de la ubicación de esta, pudiendo ser parte de la arcada dentaria normal aunque a veces puede ser necesario hacer la extracción de esta antes o después de la aparición en la boca. No siempre que el diente se encuentra semiretenido en el hueso es necesario extraerlo, muchas veces se controla en el tiempo mediante radiografías, evitando muchas veces la exodoncia. Los cordales o muelas del juicio causan molestias y trastornos que con frecuencia acompañan el proceso de su erupción la han hecho la pieza dentaria más conocida, comentada y sufrida por parte de la población adulta. Los trastornos de erupción que comúnmente la acompañan son los de tipo inflamatorio, el cual tienen generalmente como origen el traumatismo masticatorio sobre la zona.

Por lo que considero importante que antes de indicar un tratamiento cualquiera que fuere este es importante realizar los exámenes que fueren necesarios, establecer un diagnóstico y qué tipo de procedimiento se requerirá de acuerdo a cada caso; de esta forma evitaremos accidentes mediatos o inmediatos que se pueden presentar por no seguir los pasos o secuencias antes de realizar una cirugía. Así mismo especificar al paciente los cuidados postquirúrgicos, o lineamientos a seguir para evitar alguna complicación después de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. Centeno, Guillermo- cirugía bucal. Séptima Edición, 1975 Buenos Aires- Argentina 10-03-2011
2. BIBLIOGRAFIA □ GAY, EC. Tratado de Cirugía Bucal. Ediciones Ergon. Madrid. 2004. □ PLM. 2008.
3. Anatomía odontológica funcional y aplicada- Mario Eduardo Figún – Ricardo Rodolfo Gabino – pags 357 y 358
4. El manual de odontología. Escrito por José Javier Echeverría García, Josep Pumarola Suñé. Pág. 253
5. Cirugía Bucal – COSME GAY ESCODA-LEONARDO BERINI AYTÉS- año 1999- pags 354 a la 364

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
EXODONCIA

Guayaquil, 27- Mayo de 2010.

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Cecilia Geronimo Zambrano Ponce

2.- MOTIVO DE CONSULTA : Exodoncia

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : dolor y mordida de las carillas al masticar

4.- ANTECEDENTES PERSONALES : ninguno

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 : ninguno

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso 72 Respiración 18 P. Arterial 120/70 mmHg Temperatura 37°C

B) EXAMEN INTRAORAL

a) Mucosa labial : ✓

b) Mucosa de carrillo : ✓

c) Paladar duro y blando : ✓

d) Orafaringe : ✓

e) Lengua : ✓

f) Piso de la boca : ✓

g) Dientes : #18 vestibularizado

h) Periodonto : ✓

i) Oclusión : ✓

j) Otros : ✓

C) EXAMEN EXTRAORAL

a) Labios : ✓

b) A.T.M. : ✓

c) Piel : ✓

d) Cuello : ✓

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : 18

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : Corona normal; cámara pulpar amplia de forma trapezoidal; conducto radicular amplio; raíces dos fuercionales; conchas redondas y perapice integrado; trabeculadoario normal; cortical labiales; resaca;

8.- DIAGNOSTICO : pieza dental #18 vestibularizado

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Anestesia troncular del nervio dentario posterior; incision; extracción propiamente dicha; sutura;

10.- TECNICA QUIRURGICA : Succion, traccion, traccion y avulsion

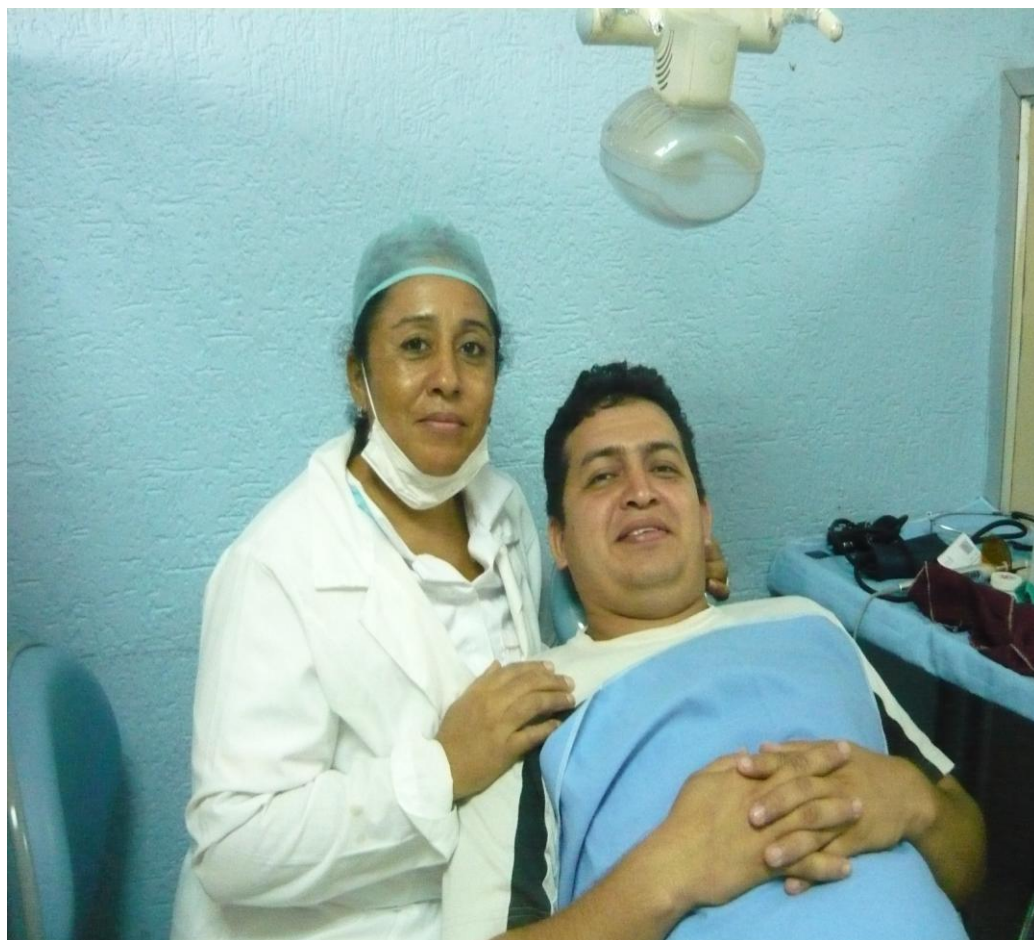
11.- FARMACOPAEA : 9 capsulas de amoxicilina de 500mg tomar 1 9 horas

12.- RECOMENDACIONES : 9 de diclofenaco sodico de 50mg tomar 1 9 horas; 9 tabletas de Vitamina C; Aplicación de compresas de hielo; dieta blanda y vapor

Cecilia Trastamante
INTERNO TRATANTE

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

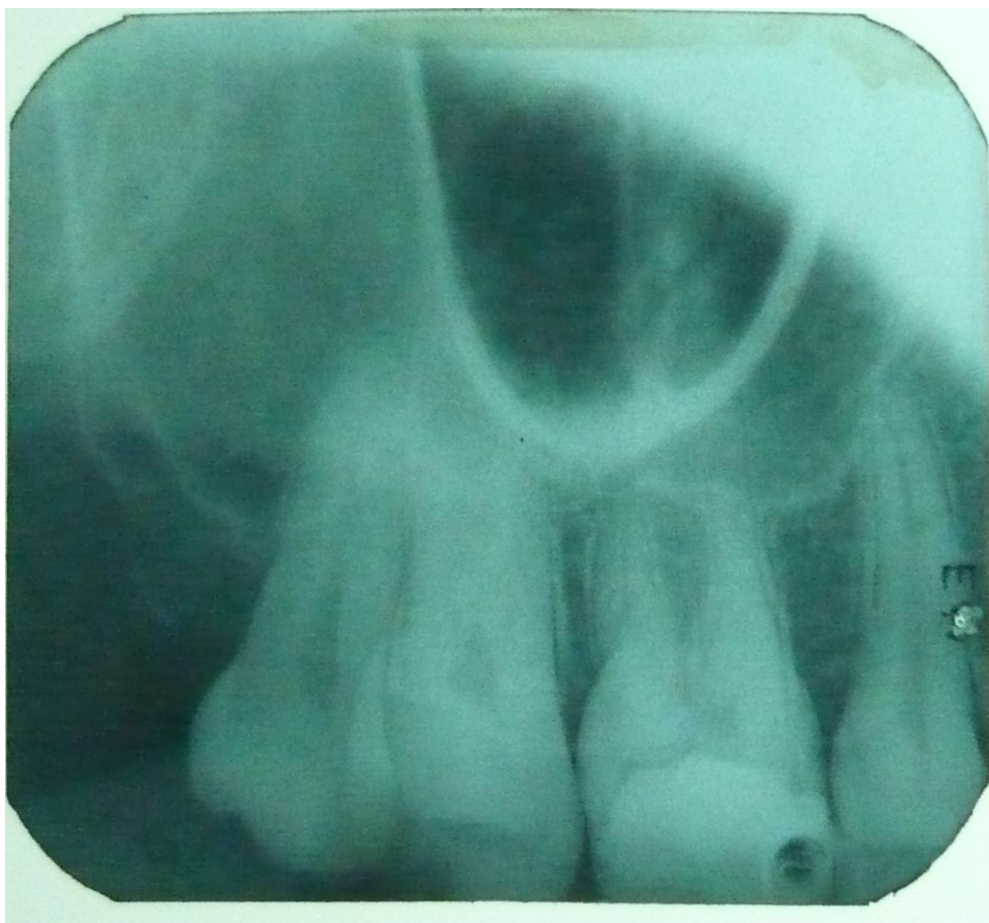
ANEXO 2



Paciente-Operador. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2010

ANEXO 3



Radiografía de Diagnóstico. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

ANEXO 4



Presentación del caso. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

ANEXO 5



Durante la Cirugía. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2010

ANEXO 6



Posoperatorio con Sutura. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

ANEXO 7



Pieza Extraída. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

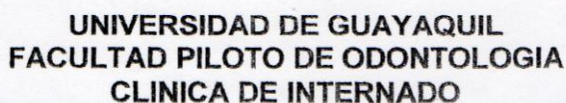
Bustamante Cecilia, 2010

OTROS CASOS CLÍNICOS REALIZADOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

CASO DE PREVENCIÓN

PROFILAXIS, SELLANTE Y FLUORIZACIÓN DE LAS

PIEZAS DENTALES No 16, 26, 36 y 46



ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
F. de Odontología	Sison	Marcello	M	13 años	

MENOR DE UNO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
---------------------	-------------------	-------------------	---------------------------------	------------------------------	---------------------	-------------------------	-------------------

1 MOTIVO DE CONSULTA

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

ninguno.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIDRUGIC	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HENO RRAJASH	4. MIOPDIA	5. TUBER CULCIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HAFER TENSIION	9. ENF. CARDIACA	10. QITRO
-----------------------	----------------------	-----------------	------------	-----------------	---------	-------------	-------------------	------------------	-----------

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

4 SIGNOS VITALES			
PRESIÓN MÉDIA	FRECUENCIA	TEMPERATURA	F. RESPIRAT.
110/70	82	37.0	16

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ANÁLISIS PATOLÓGICO DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1RA CITA

FECHA: 05-25-2010

Diagnostico, profilaxis, sellante y fluorizaciones

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



Paciente-Operador. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2010

Foto 2



Presentación del caso arcada superior. Clínica de Internado-Facultad
Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 3



Presentación del caso arcada inferior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 4



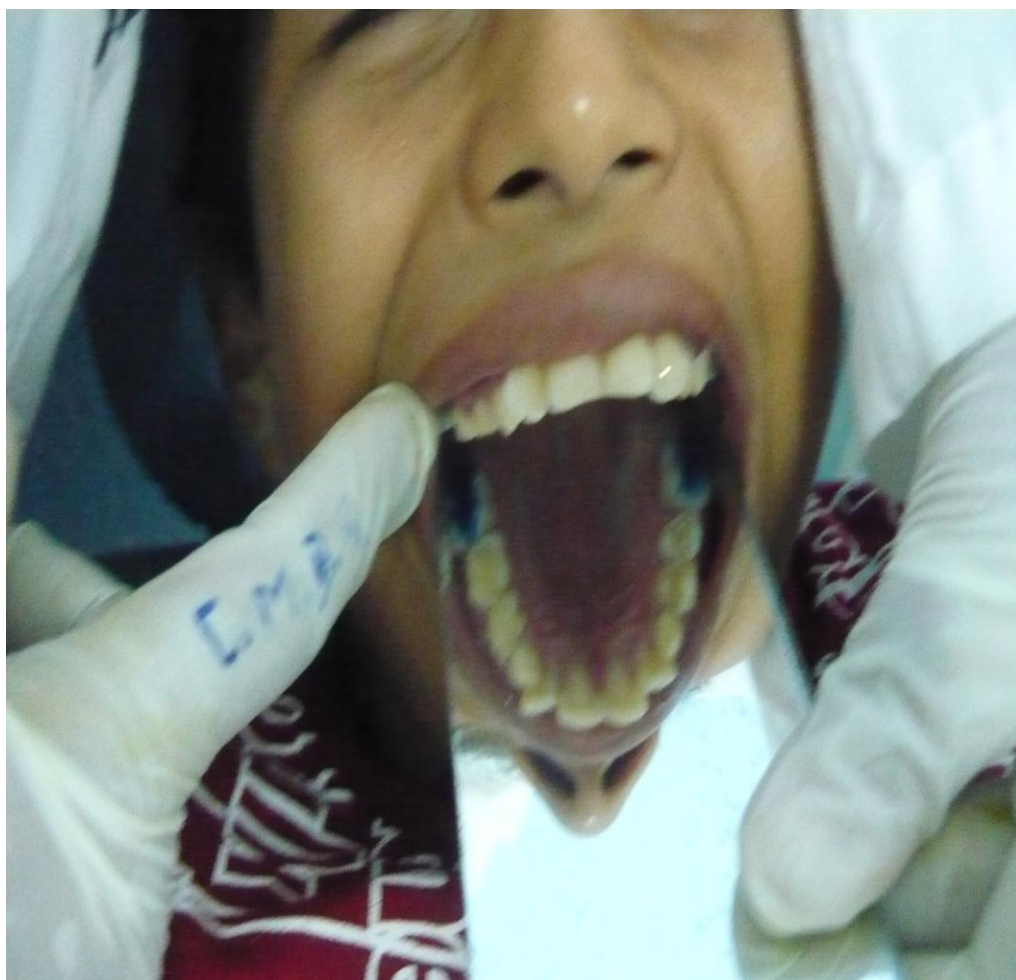
Molares preparados (ameloplastia) arcada superior. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 5



Molares preparados (ameloplastia) arcada inferior. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 6



Piezas grabadas- arcada superior- Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 7



Piezas grabadas – arcada inferior - Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 8



Piezas selladas arcada superior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 9



Piezas selladas arcada inferior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 10



Toma superior e inferior con cubetas aplicando flúor. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

CASO DE OPERATORIA DENTAL

CAVIDAD DE CUARTA CLASE EN PIEZA DENTAL

Nº 21 ENDODONCIADA CON COLOCACIÓN DE

POSTE



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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: Carlos Alberto

b) Domicilio: El Recreo - Duen

FECHA:

Apellidos

Teléfono

19-03-2011

Jumbaco May 4

2678-449

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

paciente llega a la consulta porque la
pieza dental # 21 presenta caries y la misma presenta cambio de color.

3.- MOLESTIA PRINCIPAL

se observa cambio de color en la misma.

4.- PIEZA A TRATARSE #

21

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

Corona muestra radiolucida compatible con caries
Corona pulpa y conducto muestra radiopaca compatible con material de obtu-
racion. Raiz continua, apice y pulpa normal. Tabiculado
oso normal. Apical alveolar muestra una alteracion incipiente
en mesial en distal.

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR:

se observa caries en mesio palatino y distal
material de obturacion en vestibular

7.- DIAGNOSTICO

Caries en vestibulo mesio palatino en
pieza con tratamiento endodontico

8.- PLAN DE TRATAMIENTO

restauracion con resina de fotocurado
y colocacion de post

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

10.- RECOMENDACIONES

no tomar colorantes (bebidas, cafe, etc.)
en 24 horas porque pigmenta la resina, no masticar alimentos duros
porque se caeria el post.

11.-

PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas		
2.- Apertura de la cavidad		
3.- Extension 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		

Cecilia Bustamante

INTERNO

JEFE DE GUARDIA

Foto 1



Paciente-Operador. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2011

Foto 2



Radiografía de diagnóstico. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

Foto 3



Presentación del caso. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

Foto 4



Pieza en tratamiento, cavidad conformada con matriz y aislamiento absoluto. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

Foto 5



Pieza en tratamiento, cavidad conformada con poste y aislamiento absoluto. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

Foto 6



Caso terminado, tallado, pulido y abrillantado. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

CASO DE ENDODONCIA

NECROPULPECTOMIA DE LA PIEZA No 11



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

NOMBRE: Pedro Felipe Laje Villalta EDAD: 26 años FECHA: 12 Mayo - 2010

ANTECEDENTES

Esta bajo tratamiento médico

SI

☐ NO

☒ Alergia a medicamentos

SI

☐ NO

Complicaciones con anestesia

SI

☐ NO

☒ Hemorragia

SI

☐ NO

Otros: ninguno

MOTIVO DE LA CONSULTA: cambio de color al diente

MOLESTIA PRINCIPAL: ninguna

DIENTE A TRATARSE #: 11

EXPLORACION CLINICA

INSPECCION: presenta material de restauración con desgaste cavitario PALPACION: negativo

PERCUSION: negativo MOVILIDAD: negativo

TRANSLUMINACION: disminuida

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Corona: sombra radiopaca compatible con material de ob.
 Transmision y sombra radiolucida comp. con cavidad por mesial, cámara pulpar expuesta.
 Conducto radicular amplio, raíz sin restauración, apice y periradicular sombra radio-
 lucida comp. con ligamento, espacio del ligamento pericoronario. Radiografía tiene
 calidad ósea adecuada, cortical ósea intacta. radiación oral horizontal adecuada en nivel
 y de tal.

SEMILOGIA DEL DOLOR

TIPO:

asintomático

INTENSIDAD:

asintomático

CRONOLOGIA:

asintomático

UBICACIÓN:

asintomático

ESTIMULO:

asintomático

VITALOMETRIA

PRUEBA TERMICA:

negativo

PRUEBA DE CAVIDAD:

negativo

DIAGNOSTICO:

pulpa no vital en estado cónico

TRATAMIENTO:

Necropulpectomía

LONGITUD APARENTE

25 mm

LONGITUD DE TRABAJO

23 mm

PRONOSTICO

favorable

OBSERVACIONES:

una radiografía c/o mesa durante la desimpresión

Radiofrecuencia; puerperatoria; aneurisma; aislamiento absoluto
apertura y acceso al conducto; neutralización del conducto apertu
conducto omite; aneurisma; aneurisma mecánica; modificación del
conducto; queclusion

anterior; aislamiento; inter. de la casa exterior. Recorrido del camino a casa. Inicio del contacto; observación del entorno; radiografía post post 07.11.

26-May-201

30,00

SALDO

Paula Beatriz
INTERNO TRATANTE

JEFE DE GUARDIA

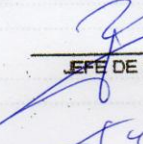

Jefe de Guardia
 Francisco Cortes

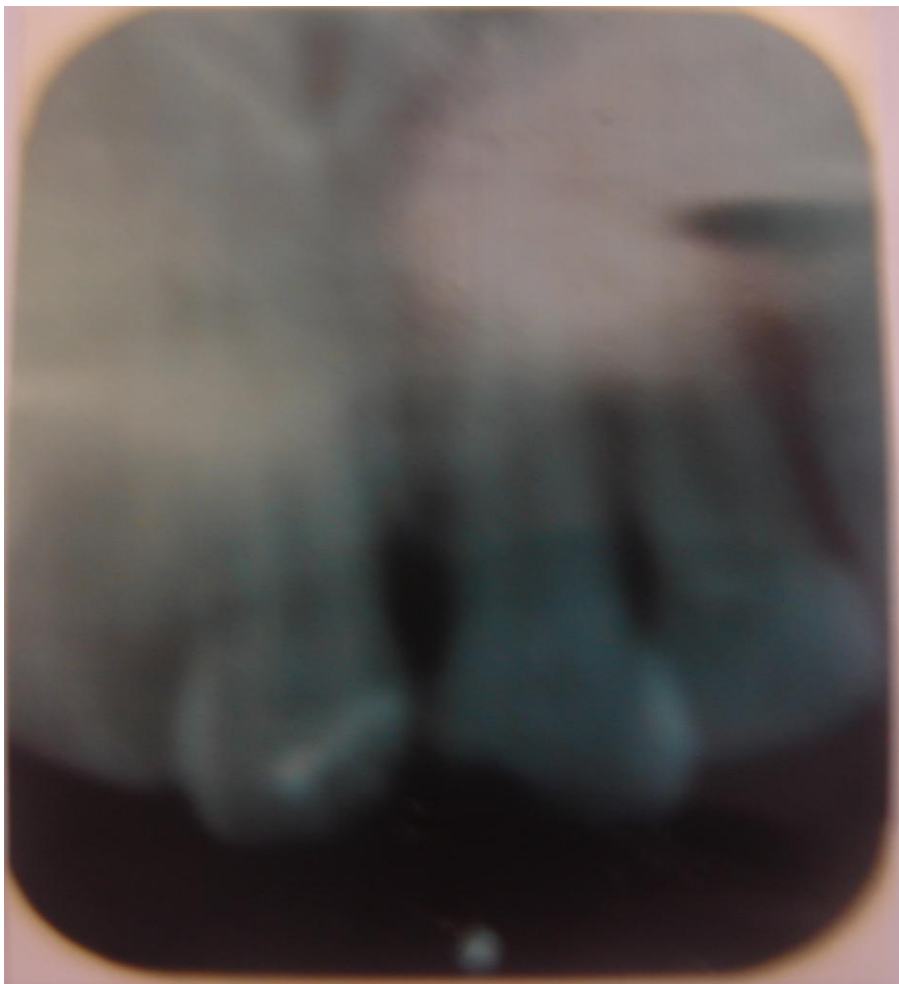
Foto 1



Paciente-Operador. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2010

Foto 2



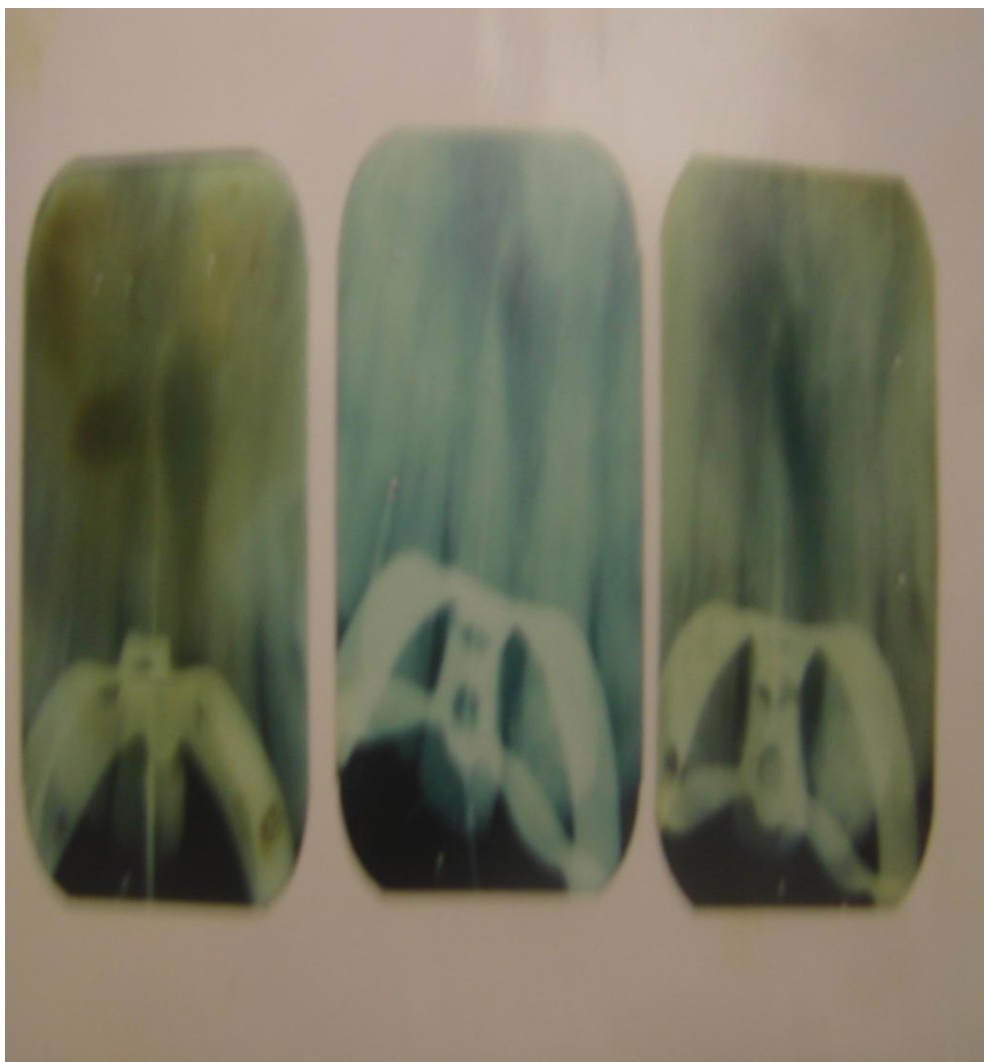
Radiografía de diagnóstico. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 3



Apertura con aislamiento absoluto. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 4



Radiografías: conductometría: conometría, conducto obturado. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2011

Foto 5



Pieza en tratamiento con aislamiento absoluto y conos. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 6



Pieza con restauración, tallado, pulido y abrillantado. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

CASO DE PERIODONCIA

PERIODONTITIS MODERADA EN EL SECTOR
ANTEROPOSTERIOR DE LA MANDIBULA



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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: Ricardo Heriberto
b) Domicilio: Coop. La Hermandad

FECHA: 25-V-2010
Apellidos: Musillo Guerrero
Teléfono:

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

para sangrado de la encia y halitosis

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

- a) Cuando realizó la última visita al Odontólogo?
b) Es la primera vez que se enferma su encía?
c) Cuántas veces se cepilla diariamente?
d) Qué pasta utiliza?
e) Usa hilo dental?
f) Usa enjuagues bucales?
g) Cuando comenzó la lesión?
h) Dónde está localizada?
i) Le sangra al cepillarse?
j) Sufre de hemorragias espontánea en la boca?
k) Tiene mal aliento?
l) Tiene mal sabor en la boca?
m) Se muerde las uñas?
n) Muerde objetos extraños?
o) Aprieta o rechina los dientes?

no se acuerda
no
2 veces al día
Colgate
no
no se acuerda
dentro anterior y posterior
si
no
si
no
no
no
si

4.- EXAMEN CLINICO

- a) Señalar restauraciones altas o rubosas

rubasas

no punta restauraciones altas o

- b) Localización de materia alba y placa bacteriana

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

- c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

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

- d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

5 5 5 5 5 4 4 5 4 4 4 4
17-16-15-14-13-12-11 21-22-23-24-25-26-27
48-47-46-45-44-43-42-41 31-32-33-34-35-36-37
6 5 5 5 6 6 6 5 6 6 6 6

- e) Localización y medición de movilidad dentaria

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

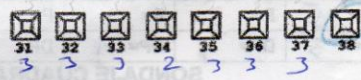
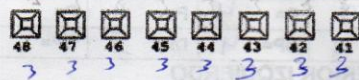
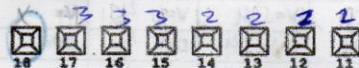


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA

PACIENTE: <u>Placido Humberto Anillo Guerrero</u>	H.C. #
INTERNO: <u>Cecilia Bustamante</u>	CURSO:

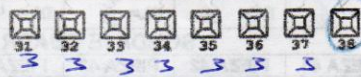
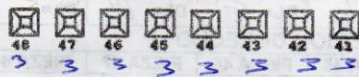
ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes: <u>28</u>	b) <u>107</u> / 100%
b) Número de caras: <u>107</u>	c) <u>107</u> d) <u>100%</u>
c) Caras teñidas: <u>107</u>	
d) Porcentaje de placa: <u>100%</u>	



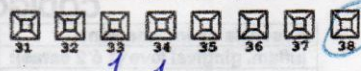
ÍNDICE DE CÁLCULO

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



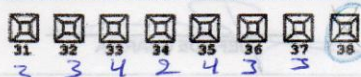
ÍNDICE DE MOVILIDAD

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

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 5	MV= 5	MV= 5	MV= 5	MV= 4	MV= 5	MV= 6	MV=
V= 4	V= 4	V= 4	V= 4	V= 3	V= 4	V= 5	V=
DV= 5	DV= 5	DV= 5	DV= 4	DV= 5	DV= 6	DV= 5	DV=
ML= 6	ML= 6	ML= 6	ML= 6	ML= 4	ML= 6	ML= 5	ML=
L= 5	L= 5	L= 5	L= 5	L= 4	L= 5	L= 4	L=
DL= 6	DL= 6	DL= 6	DL= 4	DL= 6	DL= 5	DL= 6	DL=

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

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



[Signature]
JEFE DE GUARDIA



[Signature]
INTERNO

UNIVERSIDAD DE GUAYAGUIL
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= 4	MV= 4	MV= 4	MV= 5	MV= 6	MV= 5	MV= 5	MV=
V= 3	V= 4	V= 5	V= 4	V= 5	V= 4	V= 4	V=
DV= 4	DV= 4	DV= 5	DV= 6	DV= 5	DV= 5	DV= 5	DV=
MP= 4	MP= 5	MP= 4	MP= 4	MP= 4	MP= 5	MP= 5	MP=
P= 4	P= 4	P= 4	P= 5	P= 4	P= 4	P= 4	P=
DP= 5	DP= 4	DP= 4	DP= 4	DP= 5	DP= 5	DP= 6	DP=

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 5	MV= 5	MV= 5	MV= 5	MV= 4	MV= 5	MV= 6	MV=
V= 4	V= 4	V= 4	V= 4	V= 3	V= 4	V= 5	V=
DV= 5	DV= 5	DV= 5	DV= 4	DV= 5	DV= 6	DV= 5	DV=
ML= 6	ML= 6	ML= 6	ML= 6	ML= 4	ML= 6	ML= 5	ML=
L= 5	L= 5	L= 5	L= 5	L= 4	L= 5	L= 4	L=
DL= 6	DL= 6	DL= 6	DL= 4	DL= 6	DL= 5	DL= 6	DL=

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

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
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
31	32	33	34	35	36	37	38

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO



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

PACIENTE: <u>Placido Heiberto Durillo Guano</u>	H.C. #
INTERNO: <u>Cecilia Bustamante</u>	CURSO:

CONTROL DE PLACA

FECHA: 28 / V / 2010

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 28 / V / 2010

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 28 / V / 2010

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 28 / V / 2010

SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 28 / V / 2010

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

CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 28 / V / 2010

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

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 28 / V / 2010

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

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 28 / V / 2010

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

niwde2580® - copyright © 2009

niwde2580® - copyright © 2009

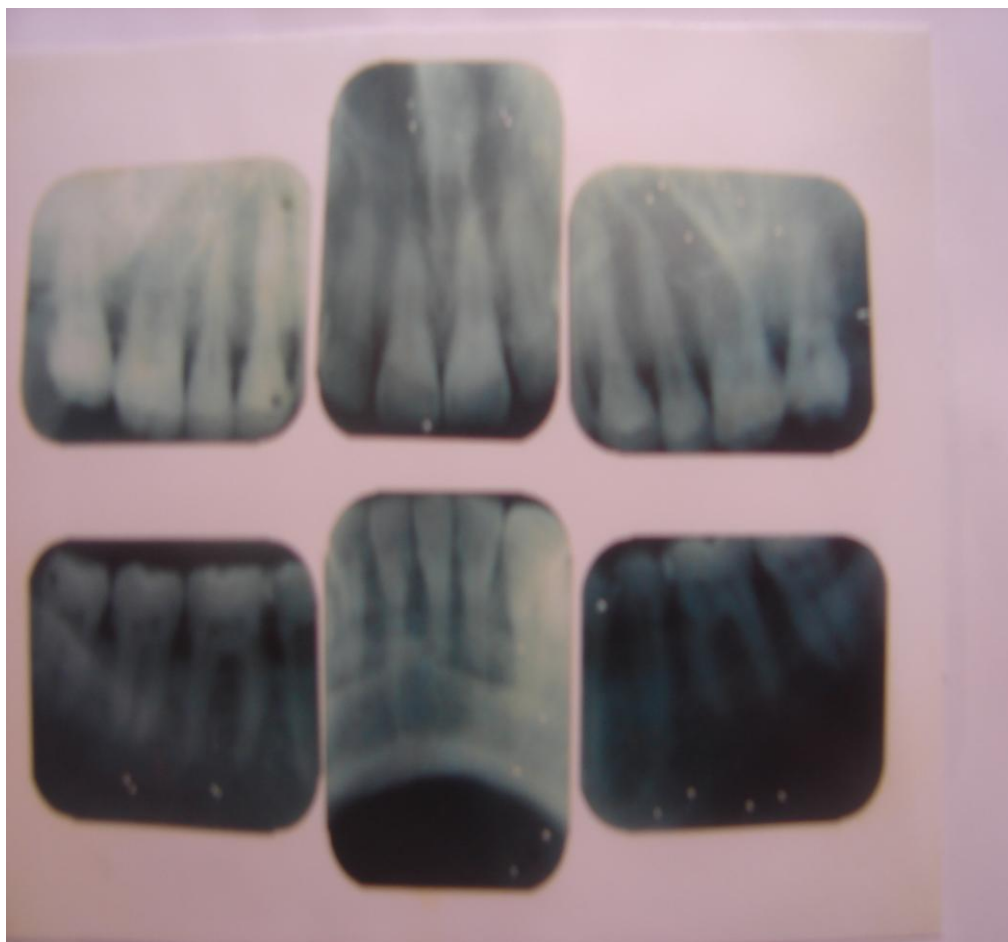
Foto 1



Paciente-Operador. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología

Bustamante Cecilia, 2010

Foto 2



Radiografías de diagnostico superiores e inferiores. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 3



Preoperatorio superior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 4



Preoperatorio inferior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 5



Toma superior e inferior después del detartraje. Clínica de Internado-
Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 6



Fluorización superior e inferior con cubetas. Clínica de Internado-Facultad
Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 7



Posoperatorio superior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010

Foto 8



Posoperatorio inferior. Clínica de Internado-Facultad Piloto de Odontología. Bustamante Cecilia, 2010