



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previo a la obtención del título de

ODONTÓLOGO

TEMA:

Importancia en la extracción de los terceros molares

AUTOR:

Karla Gabriela Estrella Layana

TUTOR:

Dr. Remberto Rodríguez

Guayaquil, abril 2011

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de graduación

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere al "**Extracción quirúrgica de tercer molar superior retenido**".

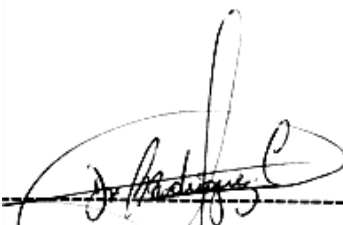
Presentado por:

Karla Gabriela Estrella Layana

Cedula de Ciudadanía:

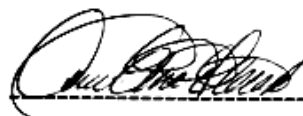
0917754327

Tutores:



Dr. Remberto Rodríguez Cuadros

Académico



Dra. Elisa Llanos R. MS.c.

Metodológico

DR. Washington Escudero D.

Decano

Guayaquil, abril 2011

AUTORIA

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

Karla Gabriela Estrella Layana

AGRADECIMIENTO

Hay muchas personas a las que debo agradecer, pero principalmente debo agradecer a Dios, a mi madre por sus esfuerzos, mi abuelita, mi hermana, mi tía, mi novio, cada uno de ellos aportaron para que yo pueda alcanzar mi sueño que ahora se está volviendo realidad, en verdad de todo corazón gracias a todos ellos, los quiero mucho.

DEDICATORIA

A mi madre Alexandra Layana, mi abuelita Teresa Cardozo, mi tía Angelita Estrella, mis hermanas Krystel y Juliette y a Rigoberto Ponguillo, por su apoyo y esfuerzos.

A los docentes de la facultad que me dedicaron su tiempo y paciencia en la realización de este trabajo de graduación y a aquellos que me guiaron durante estos cinco años de estudio.

INDICE

Pág.

Caratula

Certificación de tutores

Autoría

Agradecimiento

Dedicatoria

Introducción.....	1
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	5

CAPITULO 1 – FUNDAMENTACION TEÓRICA: RETENCIÓN DENTARIA

1.1 Concepto.....	6
1.1.1 Reseña Histórica.....	7
1.2 Etiología.....	7
1.2.1 Factores Locales.....	8
1.2.2 Factores Sistémicos.....	8
1.2.3 Causas.....	8
1.2.4 Razones Embriológicas.....	8
1.2.5 Obstáculos Mecánicos.....	8
1.2.5.1 Falta de espacio	8
1.2.5.2 Hueso.....	9
1.2.5.3 Impedimento que se opone a la normal erupción.....	9
1.2.5.4 Elementos Patológicos.....	9
1.2.6 Causas Generales.....	9
1.3 Clasificación de las Retenciones.....	9
1.3.1 Diente Semierupcionado.....	10
1.3.2 Diente no erupcionado.....	10
1.3.3 Diente enclavado	10
1.3.4 Diente incluído.....	10
1.3.5 Diente incluído.....	10
1.3.6 Diente enclavado.....	10
1.3.7 Diente Submucoso.....	10
1.3.8 Diente erupcionado.....	10

1.3.9	Diente Impactado.....	10
1.3.9.1	Diente Retenido.....	11
1.3.9.2	Retención primaria.....	11
1.3.9.3	Retención secundaria.....	11
1.3.10	Diente incluído.....	11
1.3.10.1	Retención intraósea	11
1.3.10.2	Retención subgingival.....	11
1.3.10.3	Frecuencia de inclusión de los terceros molares.....	11
1.3.10.4	Consideraciones Anatómicas.....	12
1.3.10.5	Tercer molar superior.....	13
1.3.10.6	Tercer molar inferior	14
1.4	Dientes retenidos.....	15
1.4.1	Patogenia.....	16
1.4.1.1	Razones embriológicas.....	16
1.4.1.2	Razones anatómicas.....	16
1.4.1.3	Obstáculos Mecánicos.....	17
1.4.1.4	Elementos Patológicos.....	18
1.4.1.5	Causas Generales.....	18
1.4.2	Accidentes Originados por los Dientes Retenidos.....	18
1.4.2.1	Accidentes Mecánicos.....	19
1.4.2.2	Accidentes Infecciosos.....	20
1.4.2.3	Accidentes Nerviosos.....	20
1.4.2.4	Accidentes Tumorales.....	21
1.5	Planificación de una exodoncia.....	21
1.5.1	Complicaciones.....	23
1.5.1.1	Complicaciones Dentarias.....	23
1.5.1.2	Complicaciones Periodontales.....	24
1.5.1.3	Complicaciones Infecciosas.....	24
1.5.1.4	Complicaciones Hemorrágicas.....	25
1.5.1.5	Complicaciones Óseas.....	26
1.5.1.6	Complicaciones Articulares.....	26
1.5.1.7	Complicaciones Nerviosas.....	26
1.5.1.8	Complicaciones de los tejidos blandos.....	26

CAPITULO 2 - CASO QUIRURGICO

2.1	Fase preoperatoria.....	27
2.1.1	Historia clínica.....	27
2.2	Fase operatoria.....	27
2.2.1	Extracción quirúrgica del tercer molar superior derecho semiretenido.....	28
2.3	Fase postoperatoria.....	31

Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos.....	35

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar (salir y ocupar su posición en la boca). Son cuatro, dos en el hueso maxilar superior una del lado derecho y otra del lado izquierdo y dos en la mandíbula, una derecha y otra izquierda.

Generalmente aparecen entre las edades de 18 y 24 años, aunque hay una amplia variación en las fechas de erupción. Uno o más terceros molares están ausentes en aproximadamente el 25% de los adultos pero aún puede estar presente en las personas mayores, de lo contrario el paciente es desdentado.

Estas piezas fueron útiles en el pasado pues aportaban potencia masticatoria cuando aun no preparábamos los alimentos y estos estaban potencialmente más duros. Con el paso del tiempo nuestros maxilares (los huesos que forman la mandíbula) han ido disminuyendo de tamaño, pero conservamos el mismo número de dientes, es decir 32. La evolución de los huesos no ha ido pareja con la evolución de los dientes.

La especie humana moderna presenta una disminución en el tamaño de las arcadas dentales debido a diversos factores.⁸ Existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; así el tercer molar presenta una erupción más retrasada cada vez, e incluso, puede estar ausente por falta de formación (agenesia). Esta ausencia se cifra en el 10 % de los individuos, y mientras para unos es considerada una disminución de la potencia vital, para otros es un signo de hiperevolución.

El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, siendo la retención del mismo una afección muy común en la generación actual.

Debido a procesos evolutivos del ser humano o a diferencias de tamaño entre los huesos maxilares y el tamaño de las piezas dentarias, los terceros molares o muelas del juicio no siempre logran erupcionar completamente (emerger en la boca), lo que genera un espacio de difícil acceso en la zona posterior de la cavidad bucal, el cual acumula restos de alimentos y placa bacteriana difícil de asear. Al inflamarse la zona se produce un cuadro infeccioso llamado pericoronarítis, la cual, puede ser aguda o crónica y conducir a infecciones graves incluso que pueden comprometer la vida del paciente.

La pericoronarítis es un proceso infeccioso que se observa en pacientes jóvenes, entre la segunda y tercera década de la vida, por la erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares. Ocasionalmente puede aparecer en otras épocas de la vida.

Teniendo en cuenta el desarrollo filogenético de la especie humana, la raza blanca, cuenta con mayor porcentaje de dientes retenidos que la raza negra, ya que en esta última, el desarrollo y dimensiones de los maxilares son mayores. Se plantea un hecho establecido en genética que en realidad se hace ley. Un individuo puede heredar los maxilares pequeños de un progenitor y los dientes grandes de otros, o al revés.

Se denominan dientes retenidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción, quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico, para todo diente que presente cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente.

La etiología de los dientes retenidos es multifactorial, atribuyéndose a ello

causas locales y sistémicas.

La retención dentaria puede presentarse de dos formas: intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto por mucosa gingival, pudiendo encontrarse en diferentes lugares de la cavidad bucal.

Los terceros molares han recibido diversas clasificaciones de acuerdo a la posición del eje longitudinal del diente, a la altura respecto al plano de oclusión, a la profundidad, entre otras .El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando innumerables complicaciones; la retención de los mismos es una afección muy común en la generación actual, Ries Centeno describe dos clases de retención: la **Retención intraósea**, cuando se presenta completamente rodeado por tejido óseo y **Retención subgingival**, cuando se encuentra cubierta por la mucosa gingival.

El propósito del presente trabajo es: describir, evaluar, analizar de forma bibliográfica y práctica cuales son los antecedentes y características del objeto en estudio. En el presente caso hace referencia a la extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos.

OBJETIVO GENERAL

Describir la etiología de los terceros molares retenidos, sus complicaciones, su importancia y patologías para poder reconocer, analizar, organizar y aplicar técnicas quirúrgicas que nos conlleven al éxito deseado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las diferentes complicaciones que se pueden producir antes y después del acto quirúrgico.
- Realizar una buena historia clínica q nos permite detectar antecedentes o procesos patológicos, sistémicos en el paciente que puede alterar el curso del procedimiento a realizarse.
- Aplicar técnicas quirúrgicas adecuadas de acuerdo al caso.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA: RETENCIÓN DENTARIA

1.1 CONCEPTO

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

La literatura señala que la retención dentaria es un fenómeno frecuente sin embargo existe considerable variación en la prevalencia y distribución de los dientes retenidos en las diferentes regiones de los maxilares, constituyendo los terceros molares y los caninos superiores los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos, presentándose con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes sin tener preferencia por sexo ni tipo racial.

El término de diente incluido o impactado, en la literatura anglosajona se utiliza profusamente, para todo diente que presente cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente.

La retención dentaria puede presentarse de dos formas: intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto por mucosa gingival, pudiendo encontrarse en diferentes lugares de la cavidad bucal y por su posición se han descrito varias denominaciones, entre las que tenemos: diente retenido, incluido, enclavado e impactado. También ha recibido diversas clasificaciones de acuerdo al orden de frecuencia con que se presentan, a la posición del eje longitudinal del diente, a la altura respecto al plano de oclusión, a la profundidad, entre otras.

Puede estar afectado cualquier diente de la cavidad bucal, pero los terceros molares inferiores, los superiores y los caninos superiores son los que mayormente quedan retenidos. Se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente y adultos jóvenes, sin tener preferencia de sexo ni tipo racial.

Las retenciones dentarias pueden ocasionar diversas complicaciones y el proceso de brote dentario puede causar accidentes de muy diversos tipos. Su diagnóstico conlleva un examen clínico y radiográfico y su tratamiento por lo general es quirúrgico o quirúrgico-ortodóncico.

1.1.1 RESEÑA HISTÓRICA

El hecho de esta peculiar anormalidad en la erupción de los dientes debe buscarse en su causa primaria en el mismo origen de la especie humana, en el eslabón en que el hombre como tal inicia su línea evolutiva. Los antropólogos afirman que la cerebración del ser humano agranda su caja craneana a expensas de los maxilares. Las diferentes partes del aparato estomatognático han disminuido en proporción inversamente a su plasticidad, es decir, los que más han empequeñecido son los músculos, porque han disminuido su función masticatoria, seguidamente los huesos y por último los dientes. Una dieta blanda y refinada que requiere menor trabajo de masticación, favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer un aparato masticatorio poderoso. Un gran número de personas posee dientes retenidos, y por ésta, como por otras razones, el hombre perderá los terceros molares, a los que seguirá la impactación o pérdida de otros dientes como los incisivos laterales y los segundos premolares.

1.2 ETIOLOGÍA

La etiología de los dientes retenidos es multifactorial, atribuyéndose a ello causas locales y sistémicas.

1.2.1 FACTORES LOCALES

Entre los factores locales más comunes de retención dentaria algunos autores mencionan la obstrucción mecánica por la presencia de supernumerarios, tumores o quistes; inadecuado espacio en el arco dental (micrognatia); pérdida prematura de dientes temporales o discrepancia diente – espacio, etc.

1.2.2 FACTORES SISTÉMICOS

Entre los factores sistémicos la predisposición genética, los trastornos endocrinometabólicos y la radioterapia de los maxilares son las más comunes. En algunas enfermedades congénitas y síndromes craneofaciales encontramos con cierta frecuencia múltiples dientes retenidos sin embargo la causa específica se mantiene desconocida.

1.2.3 CAUSAS

Múltiples son las causas que intervienen en la retención dentaria; entre los principales factores etiológicos tenemos: embriológicos, cuando el germen dentario está lejos del alveolo; mecánicos, por interposición de elementos patológicos; malformaciones asociadas a síndromes craneofaciales y enfermedades genéticas asociadas a enfermedades endocrino metabólicas.

1.2.4 RAZONES EMBRIOLÓGICAS

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal

1.2.5 OBSTÁCULOS MECÁNICOS

Que pueden interponerse a la erupción normal.

1.2.5.1 Falta de espacio

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

1.2.5.2 Hueso

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

1.2.5.3 Impedimento que se opone a la normal erupción

Puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra raíces de los dientes vecinos.

1.2.5.4 Elementos patológicos

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

1.2.6 CAUSAS GENERALES

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

1.3 CLASIFICACIÓN DE LAS RETENCIONES

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

Así, Laskin hace la siguiente clasificación:

1.3.1 DIENTE SEMIERUPCIONADO

Cuando asoma alguna parte en la boca

1.3.2 DIENTE NO ERUPCIONADO

Cuando no asoma ninguna parte en la boca, pudiendo ser,

- Diente retenido, cuando no perfora el hueso
- Diente impactado, cuando ha perforado el hueso

1.3.3 DIENTE ENCLAVADO

Cuando el diente perfora el hueso y el saco folicular está en contacto con la cavidad oral.

1.3.4 DIENTE INCLUIDO

Cuando el diente está completamente cubierto de hueso y con el saco folicular integro.

Donado por otra parte los clasifica así;

1.3.5 DIENTE INCLUIDO,

Cuando se encuentra totalmente cubierto de hueso

1.3.6 DIENTE ENCLAVADO

Cuando ha perforado el hueso.

1.3.7 DIENTE SUBMUCOSO

Cuando está totalmente cubierto por mucosa

1.3.8 DIENTE ERUPCIONADO

Cuando está parcialmente o totalmente libre de mucosa.

Gay Escoda considera los siguientes grupos:

1.3.9 DIENTE IMPACTADO

Erupción detenida por una barrera física o una posición anómala del diente por tejido óseo.

1.3.9.1 DIENTE RETENIDO

1.3.9.2 Retención primaria

Erupción retenida sin que haya una barrera física o posición anómala

1.3.9.3 Retención secundaria

Igual que la primera pero una vez aparecido el diente en su cavidad bucal

1.3.10 DIENTE INCLUIDO

Aquel que permanece dentro del hueso una vez pasada su fecha de erupción.

Por último, Ries Centeno describe:

1.3.10.1 RETENCIÓN INTRAÓSEA

Cuando se presenta completamente rodeado por tejido óseo.

1.3.10.2 RETENCIÓN SUBGINGIVAL

Cuando se encuentra cubierta por la mucosa gingival.

1.3.10.3 FRECUENCIA DE INCLUSIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

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

Sin embargo existe cierta controversia en las cifras de frecuencia según las diferentes estadísticas. Así Berten-Cieszynki consideran que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido (35%), coincidiendo con otros autores como López Arranz o Shah. Mientras que otros autores como Dacha y cols., en un estudio sobre 3874 pacientes, encuentran un 17,5% de retención siendo superado por los molares superiores con un 30%, estos datos son semejantes a los hallados por Bjork y Archer, Mead encuentra una incidencia similar para ambos molares.

1.3.10.4 CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

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

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

La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los demás dientes viene determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina. Pero en esta zona, durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama junto a una aposición en el borde posterior de ésta. Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal. Pero la disminución en la inclinación no solo se produce a expensas de la ganancia en la longitud del arco en el sector posterior, sino que también interviene la

ganancia de espacio por la deriva de la dentición hacia mesial, tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardson que revelan que la inclinación del eje del tercer molar es significativamente menos marcada en aquellos individuos que han sido sometidos a exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando una deriva a mesial de la dentición y por lo tanto una ganancia de espacio en el sector posterior.

Sin embargo, esto no es siempre así, encontrándose un número determinado de casos donde el eje del tercer molar no solo no se corrige sino que aumenta de inclinación.

Podríamos concluir que el papel protagonista en las retenciones de los terceros molares es la falta de espacio disponible, independientemente de que en algún caso puedan ocurrir alteraciones del germen dentario, obstáculos mecánicos y factores generales.

1.3.10.5 TERCER MOLAR SUPERIOR

Este diente, último de los molares superiores o maxilares, está colocado en octavo lugar a partir de la línea media. Hace erupción de los 17 años en adelante. La formación y mineralización del ápice termina a los 25 años más o menos. El retardo en aparecer en el medio bucal da motivo al comentario de que puede considerarse perteneciente a una tercera dentición.

El desarrollo del folículo se verifica en edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes, por estarlo haciendo los huesos del esqueleto. Es la edad del crecimiento del organismo que se efectúa entre los 16 y 18 años. En gran mayoría de casos la mineralización tiene múltiples fallas, las cuales son visibles en la superficie del esmalte, que lo exponen a ser fácilmente agredidos por afecciones cariosas. Muchas veces los lóbulos de crecimiento no logran hacer unión correcta, y esto acarrea deformaciones y fallas superficiales.

Según sea la exagerada malposición con relación al eje longitudinal, así será la que alcanza definitivamente este diente en el arco. Se encuentran casos en los que están colocados casi en la tuberosidad del maxilar o en pleno vestíbulo de la boca, cosa que es una de tantas anomalías que se suman en las que ya tienen su morfología.

1.3.10.6 TERCER MOLAR INFERIOR

Órgano Terminal de la serie dentaria, el tercer molar tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de formas, tamaño, disposición y anomalías.

Por lo general el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida es aplastada en sentido mesiodistal., y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.

Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular.

La disposición de las raíces del tercer molar, puede sistematizarse según los detalles que se estudian en siguiente figura:

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

1.4 DIENTES RETENIDOS

Se denominan dientes retenidos (dientes incluidos, dientes impactados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La “retención dentaria” puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares.

La retención de los temporarios es un hecho excepcional. La denominada inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso donde provenía.

Pero hay un conjunto de ellos, los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos; en otras palabras, hay un número de dientes a los cuales les corresponde la patología de los dientes retenidos: tales son los caninos y terceros molares.

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que sin trastornos aparentes, conservan sus cuatro terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores.

1.4.1 PATOGENIA

El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y a aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado. La erupción dentaria se encuentra, en consecuencia, impedida mecánicamente por ese obstáculo.

Se pueden clasificar las razones por las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

1.4.1.1 RAZONES EMBRIOLÓGICAS

La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en “erupción” en posición visiciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

1.4.1.2 RAZONES ANATÓMICAS

La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los demás dientes viene determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina. Pero en esta zona, durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama. Junto a una aposición en el borde posterior de ésta. Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal. Pero la

disminución en la inclinación no solo se produce a expensas de la ganancia en la longitud del arco en el sector posterior, sino que también interviene la ganancia de espacio por la deriva de la dentición hacia mesial, tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardson que revelan que la inclinación del eje del tercer molar es significativamente menos marcada en aquellos individuos que han sido sometidos a exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando una deriva a mesial de la dentición y por lo tanto una ganancia de espacio en el sector posterior.

1.4.1.3 OBSTÁCULOS MECÁNICOS

Que pueden anteponerse a la erupción normal. Como son los siguientes:

- **Falta material de espacio.** Se pueden considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse en una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar, en el caso del canino superior tiene su germen situado en el lugar más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensión reducida, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el primer premolar q ya están erupcionados.
- **Hueso de tal condensación**, que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción(enostosis)
- **El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser:** un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

1.4.1.4 ELEMENTOS PATOLÓGICOS

Pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

1.4.1.5 CAUSAS GENERALES

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria. Tarasido (1938) dice “que la causa más frecuente de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias. Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, que sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna, como la de la lengua, por ejemplo, llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal y es por sí solo , especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares”.

1.4.2 ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

Todo diente retenido es susceptible de producir trastornos de índole diversa, a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

Esos accidentes pueden ser clasificados de la manera que sigue:

1.4.2.1 ACCIDENTES MECÁNICOS

- Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.
- Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de “desinclusión” produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales les desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.
- Trastornos sobre la identidad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizálisis), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes.
- Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos, de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.
- Trastornos “protéticos”. Así se denomina Maurel, de un modo “significativo”, a los trastornos de índole protética que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos, los cuales pueden concretarse como sigue: pacientes portadores de aparatos de prótesis advierten que sus chapas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambió la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

1.4.2.2 ACCIDENTES INFECCIOSOS

Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintos mecanismos y por distintas vías.

Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal;

El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino;

La infección del saco puede originarse por vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole: inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fístula consiguiente, osteítis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos generales.

Deberán ser contenidos dentro de este título los procesos que se han originado como consecuencia de las caries en los dientes retenidos (resorción idiopática) y producidos por efracciones o perforaciones (pueden ser invisibles y, sin embargo, comunicar al diente con medio externo).

Los procesos infecciosos del saco folicular, pueden actuar como “infección focal”, produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia. Sobre los órganos vecinos (como el seno maxilar o las fosas nasales) la presencia de un diente retenido da trastornos diversos.

1.4.2.3 ACCIDENTES NERVIOSOS

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que origine algias de intensidad, tipo y duración variable (neuralgias del trigémino).

La presión que ejerce el tercer molar en sus diversas formas de retención, produce, a veces, sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole. Con todo, los verdaderos procesos

neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes; aun en molares, que después de extraídos, puede observarse en una de sus caras radiculares, un surco creado por el conducto dentario, los dolores son excepcionales.

1.4.2.4 ACCIDENTES TUMORALES

Quistes dentígeros. Que tienen su origen indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan. Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

1.5 PLANIFICACIÓN DE UNA EXODONCIA

Partimos de una completa historia clínica, los datos más importantes a tener en cuenta son edad del paciente, sintomatología, antecedentes médicos y quirúrgicos.

- Exploración del paciente (intraoral y extraoral).
- Estudio preoperatorio inmediato

El diagnóstico de la inclusión del molar se basa en las manifestaciones clínicas, pero es fundamental apoyarnos en técnicas de diagnóstico por imagen, por diferentes motivos:

- Para cerciorarnos de si se trata de una auténtica inclusión, o si por el contrario estamos ante una situación de agenesia del diente.
- Para realizar el diagnóstico diferencial con otros tipos de patologías en otras zonas de los maxilares,

- Obtener una serie de datos importantes para la planificación quirúrgica, como son:
 - Situación del molar, en lo que se refiere a su profundidad y la inclinación que presenta.
 - Forma, tamaño, número y disposición de las raíces.
 - Relación de cercanía con estructuras cuya preservación es esencial.
 - Existencia de caries en el diente incluido o en el adyacente. La caries va a ser un factor que debilite la estructura dentaria, siendo por tanto probable que produzca la fractura del diente al realizar la exodoncia, contingencia que conviene tener prevista.
 - Estado periodontal del segundo molar. Es muy frecuente observar la existencia de una pérdida ósea distal condicionada por el molar, sobre todo en los casos de molares en situación de mesioversión.
 - Reabsorciones radiculares en los segundos molares.
 - Presencia de lesiones radiolúcidas en relación con el diente incluido.

La técnica radiológica recomendada es sin duda la radiografía panorámica, pues si bien carece de la resolución de otras como las intraorales, va a presentar como ventaja el darnos una visión global del diente incluido y de toda la dentición y bases óseas maxilares.

- Elección del plan de tratamiento a seguir
- Valoración del grado de dificultad
- Asepsia y esterilización

1.5.1 COMPLICACIONES

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él. En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias.

1.5.1.1 COMPLICACIONES DENTARIAS

- Fractura dentaria: Puede ocurrir que se fracture una parte del tercer molar, normalmente una de sus raíces o un fragmento de estas, como suele suceder con frecuencia en caso de fracturas curvas. Obviamente, ante tal eventualidad, lo que precede es intentar extraer el fragmento roto y sólo en el caso en el que su exodoncia conlleve un riesgo de complicaciones mayor que dejarlo retenido, procederemos a dejarlo allí, informando al paciente y realizando controles periódicos radiográficos.
- Luxación o fractura distal del segundo molar
- Necrosis pulpar del segundo molar
- Desplazamiento de la pieza a espacios anatómicos adyacentes, esto es posible si la luxación del tercer molar se realiza de forma brusca o poco cuidadosa.
- Cuando se presenta una complicación de este tipo, el cirujano debe valorar si tiene suficiente pericia y conocimiento para rescatarlo y si es factible recuperarlo en el mismo acto quirúrgico, lo cual es siempre lo deseable. Hay autores que han sugerido la posibilidad de dejar el molar sin recuperarlo y hay algunos casos publicados que han permanecido asintomático durante años. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que hay que retirarlo, unos recomiendan esperar entre 24 horas y 3 o 4

días para que dé tiempo a que se forme una capsula fibrosa alrededor del cordal que facilite su exodoncia.

1.5.1.2 COMPLICACIONES PERIODONTALES

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

1.5.1.3 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

- Infección de la herida quirúrgica:

La sobreinfección de la zona quirúrgica puede producir los distintos cuadros típicos de la infección odontógena, según los tejidos involucrados. Generalmente es suficiente para solventar estos procesos infecciosos la aplicación de un tratamiento adecuado antibiótico.

- Alveolitis:

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

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

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

1.5.1.4 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

- Hemorragia intraoperatoria:

Por lesión de grandes vasos (arteria bucal, y paquete vasculonervioso del conducto dentario inferior), capilares o intraósea. En cada caso se evaluará comprimir con gasa, suturar con sutura reabsorbible o la electrocoagulación.

- Hemorragia postoperatoria:

De causas locales o generales.

Hematomas: Es la colección de sangre extravasada y localizada en planos aponeuróticos, se caracteriza por aumento de volumen y cambio de color, y si llega a infectarse, también habrá dolor, calor y rubor (fiebre y malestar general).

Aplicar frío (hielo) en bolsas de plástico o con un guante quirúrgico el primer día de la intervención, para reducir el sangrado capilar, inflamación, tensión y dolor. El segundo día aplicar fomentos calientes para estimular y aumentar la circulación sanguínea y disminuir el riesgo de una infección. Prescripción de antimicrobianos y analgésicos.

En caso de que el hematoma se infecte y forme un absceso, es necesario desbridarlo quirúrgicamente y colocar una canalización de penrose o similar, también se debe reforzar o cambiar el esquema de tratamiento farmacológico.

1.5.1.5 COMPLICACIONES ÓSEAS

Fractura mandibular

Formación de secuestros

1.5.1.6 COMPLICACIONES ARTICULARES

Luxación de la ATM

Disfunción de la ATM

1.5.1.7 COMPLICACIONES NERVIOSAS

Lesión del nervio dentario inferior

Lesión del nervio lingual

1.5.1.8 COMPLICACIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Trismus

Desgarros de partes blandas

Quemaduras de los labios

Erupciones muco cutáneas

Enfisema subcutáneo

CAPITULO 2

CASO QUIRURGICO

2.1 FASE PREOPERATORIA

Abarca desde la realización de la anamnesis, de la exploración clínica, de los estudios radiológicos y complementarios que sean imprescindibles para efectuar un correcto diagnóstico todo lo cual dará lugar o no a una indicación quirúrgica hasta la preparación del paciente de las circunstancias que motivan la indicación de la intervención quirúrgica y de sus posibles repercusiones inmediatas y/o diferidas, su preparación psicológica, o la prescripción de una premeditación determinada y adecuada al caso particular de que se trata.

2.1.1 Historia clínica (ver anexo)

2.2 FASE OPERATORIA

Asepsia

Anestesia

Incisión

Desprendimiento del colgajo

Extracción propiamente dicha

Tratamiento de la cavidad

Sutura

2.2.1 Extracción quirúrgica del tercer molar superior derecho semiretenido

Asepsia.- La asepsia es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica para la ausencia total de gérmenes microbianos, sino se realiza la debida asepsia estos gérmenes pueden causar el fracaso de la intervención quirúrgica, la aparición de complicaciones o cuanto menos prolongara el proceso de curación. La cirugía aséptica es aquella que está libre de toda infección o contaminación por instrumento o materiales empleados al intervenir al paciente.

La asepsia se la realizo con yodo povidine impregnado en una gasa para el lavado quirúrgico del tercio medio de la cara. Luego se realiza el lavado de la cavidad bucal con chlorhexidine por un lapso de tiempo de dos minutos.

Anestesia.- Se procedió a realizar la anestesia troncular del nervio maxilar superior y los nervios palatinos anteriores. Para este caso se utilizo lidocaína al 2% con epinefrina, ya que la paciente no presento ninguna complicación que pudo haberle perjudicado en el momento de aplicar el anestésico, revisado en la historia clínica anteriormente.

Anestesia del nervio maxilar superior o técnica de la tuberosidad.- La anestesia del nervio maxilar superior se puede realizar por la vía extra oral (vía supra malar o supra cigomática, vía infra malar o infra cigomática y vía infra cigomática o transigmoidea) o intraoral.

Se recurrió en aplicar el anestésico por vía intraoral, vía para llegar al nervio maxilar superior, se sugieren dos caminos: A través de la hendidura pterigomaxilar y a través del conducto palatino posterior.

Se eligió aplicar el anestésico a través del conducto palatino posterior el mismo que comunica la cavidad bucal, desde la bóveda palatina, con la fosa pterigomaxilar, donde debemos encontrar el nervio maxilar superior.

Se punciono la mucosa insertando la aguja desde el lado opuesto en dirección, a la fosa pterigopalatina, donde se deposita la solución anestésica.

La introducción de la aguja en el agujero palatino debe realizarse cuidadosamente para evitar fracturas.

Anestesia del nervio palatino.- 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.

La aplicación del anestésico se procedió, con la aguja, se puncionó la mucosa y se introdujo muy lentamente pequeñas cantidades de la solución anestésica.

Incisión.- Para esta acción se utilizó el bisturí con hoja nº 15, la incisión se dirigió de la cara distal del segundo molar en la línea media y un poco hacia palatino a través de la cresta ósea de la tuberosidad del maxilar hasta el repliegue óseo submucoso pterigomaxilar, siguiendo por el surco vestibular del segundo molar. Se hizo una incisión con bisturí por el lado vestibular, vertical hacia arriba y hacia delante. La incisión llegó en profundidad hasta la corona del tercer molar retenido a extraer y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar.

Desprendimiento del colgajo: Seguido se procedió al levantamiento del colgajo mucoperiostico despegando la mucosa de delante hacia atrás. El colgajo se desprende con un periostotomo y se sostiene con un separador.

Extracción propiamente dicha: Se empleó elevadores rectos de hoja ancha, fina y fórceps 150 superior. Con la punta del elevador se introdujo el mismo en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realizó con un leve movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actuando primero como una cuña, el punto de apoyo del elevador fue la cara distal del segundo molar.

Aplicado el elevador, se inició suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. El mango del elevador se desplazó hacia arriba, adentro y

adelante. Por último utilizando el fórceps se realizó los tiempos quirúrgicos de prehensión y avulsión para que el tercer molar pueda abandonar su alveolo, haciéndolo en tres direcciones de fuerzas: hacia abajo, afuera, y atrás.

Tratamiento de la cavidad: Se utilizó una cureta quirúrgica para el tratamiento de la misma eliminando restos de saco pericoronario, esquirlas óseas que pueda quedar en el alveolo, luego realice la regularización ósea con una lima para huesos eliminando bordes irregulares, finalmente se colocó bifosina con suero fisiológico en una jeringuilla y se realizó el lavado del lecho quirúrgico eliminando cualquier material extraño que pueda producir complicaciones al paciente en el postoperatorio.

Sutura: Terminado el acto quirúrgico se procede a suturar y unir los labios de la herida que favorece a la cicatrización de los tejidos, se utilizó hilo seda negra 3.0 con aguja curva.

Se realizó el procedimiento de puntos individuales que consiste en realizar puntos independientes con la aguja enhebrada y manejada por el porta aguja se perfora la fibra mucosa del lado palatino. La aguja recorre el trayecto hasta llegar el lado vestibular frente a la perforación del lado palatino se reactiva la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso se unen los labios y se anudan. En este caso se procedió con tres puntos de sutura individuales.

2.3 FASE POSTOPERATORIA

Para el éxito de esta, el paciente deberá respetar la terapéutica en todas sus dosis que fueron recetadas en un lapso de tiempo de 3 a 5 días.

Rp.	Prescripción:
Amoxicilina caps. de 500 mg #9	Tomar una capsula cada 8 horas.
Naproxeno sódico tabs. de 550mg #9	Tomar una tableta cada 8 horas.
1 tableta de Redoxon disuelta en Medio vaso con agua	Tomar una diaria.

Recomendaciones.-

Mantener la gasa por un lapso de tiempo de 10 minutos.

Reposo relativo.

Dieta fresca y blanda.

Buena higiene bucal.

Evitar esfuerzos físicos por lo menos 72 horas.

Ejercicios graduables en abrir, cerrar la boca.

Aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas.

CONCLUSIONES

El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción por lo cual, los problemas que se presentan en la retención dentaria son muy diversos, esta es la razón por la que debemos estar preparados como profesionales en todo sentido para poder asumirlos con responsabilidad, sin dejar de lado ningún paso que nos pueda llevar al fracaso, y es aquí donde se aplicará la técnica adecuada para poder llegar al éxito deseado y evitar complicaciones que puedan presentarse.

RECOMENDACIONES

Al realizar una buena historia clínica evitaremos posibles complicaciones antes, durante y después del acto quirúrgico.

Al realizar la exodoncia debemos hacerlo con el conocimiento adecuado brindando una excelente atención al paciente, tomando en cuenta las diferentes técnicas que se pueden utilizar para cada caso que se pueda presentar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bascares, A, dj: dolor oro facial.ed. Avances medico dentales, Madrid, 1997,
- 2.- Casella, E: contribución al estudio de la clasificación previa en casos de intervención de terceros molares retenidos, revista "odont", 1940, pág. 28; 567.
- 3.- López Ascar J.S., cirugía oral interamericana M.C., Madrid, 1994.
- 4.- Marilyn Grango, cirugía oral y maxilofacial, ed. Into finter, Madrid 1997
- 5.-Ries Centeno, cirugía bucal con patología clínica y terapéutica, Argentina, Librería "el Ateneo" editorial, junio 1973
- 6.- <http://www.monografias.com/trabajos69/intervenciones-quirurgicas-dientes-retenidos/intervenciones-quirurgicas-dientes-retenidos.shtml> por Nairys Morales Sosaa

ANEXOS

ANEXO N.-1

HISTORIA CLINICA

CASO QUIRURGICO:

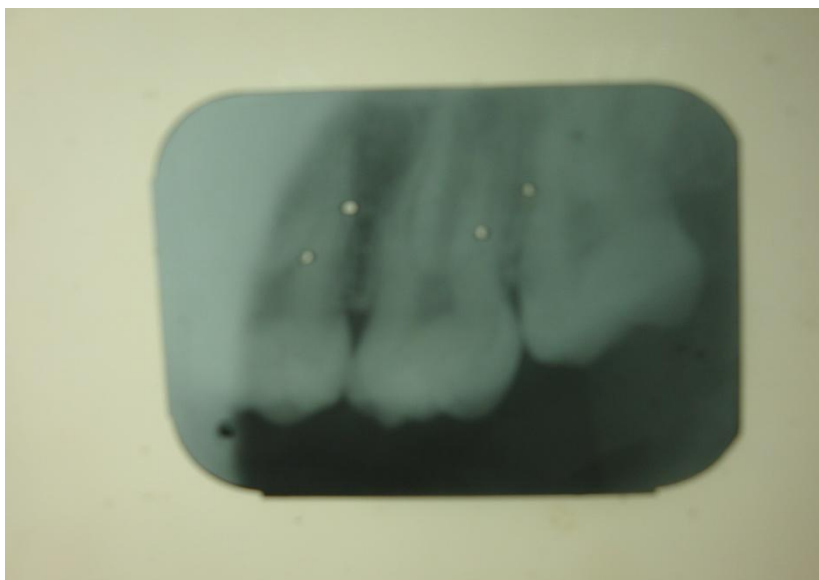
**EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCER MOLAR
SUPERIOR DERECHO SEMIRETENIDO**

ANEXO 2



Paciente operador, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de
enero del 2011.

ANEXO 3



Radiografía de diagnóstico, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de enero del 2011.

ANEXO 4



Presentación del caso, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de enero del
2011.

ANEXO 5



Durante la cirugía, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado
Facultad Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de
enero del 2011.

ANEXO 6



Postoperatorio con sutura, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de enero del 2011.

ANEXO 7

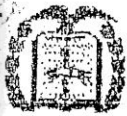


Pieza extraída, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: Paciente: Evani Tomalá, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 28 de
enero del 2011.

OTROS CASOS CLINICOS REALIZADOS EN LA FORMACION ACADEMICA

CASO CLÍNICO DE:

PREVENCION (sellantes)



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		N° HISTORIA CLINICA	
Pase Odontológico		Hacia Jose Quintana Laveit		F		F		9 años			
MENOR DE UN AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS PROGRAMADO		10-14 AÑOS PROGRAMADO		15-19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS	
										EMBARAZADA	
1 MOTIVO DE CONSULTA											
Presión											
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											
ninguna											
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
1. ALERGIA ANTIBIOTICO ☒ 2. ALERGIA ANESTESIA ☒ 3. HEMO RRAJAS ☒ 4. VIHUSIDA ☒ 5. TUBER CULOSIS ☒ 6. ASMA ☒ 7. DIABETES ☒ 8. HIPER TENSION ☒ 9. ENF. CARDIACA ☒ 10. OTRO ☒											
4 SIGNOS VITALES											
PRESION ARTERIAL 120/80 FRECUENCIA CARDIACA 80 TEMPERATURA 36.5 F. RESPIRAT. 20											
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO											
1. LABIOS ☒ 2. MEJILLAS ☒ 3. MAXILAR SUPERIOR ☒ 4. MAXILAR INFERIOR ☒ 5. LENGUA ☒ 6. PALADAR ☒ 7. PISO ☒ 8. GARRILLOS ☒											
9. GLANDULAS SALIVALES ☒ 10. ORO FARINGE ☒ 11. A. T. M. ☒ 12. GANGLIOS ☒											
6 ODONTOGRAMA											
PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2, 3), SI APLICA											

Diagnostico

graficos

Schmitt

pagos 16, 16, 36, 46

8/10/11
JEFE DE GUARDIA

Kate Eschelle
INTERNO

ESTACION

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

ESTACION

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

ESTACION

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

ESTACION

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

ESTACION

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

FOTO 1



Paciente operador, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del
2011.

FOTO 2



Presentación del caso arcada superior, Facultad Piloto de Odontología,
Clínica de Internado, Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella.
Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 3



Presentación del caso arcada inferior, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 4



Molares preparados (Ameloplastia), Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 5



Piezas grabadas arcada superior, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 6



Piezas grabadas con arcada inferior, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 7



Piezas selladas arcada superior, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 8



Piezas selladas arcada inferior, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

FOTO 9



Toma superior e inferior con cubetas aplicando flúor, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Paciente: María Gutiérrez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 2 de abril del 2011.

CASO CLINICO DE:

OPERATORIA DENTAL

(RESTAURACION DE IV CLASE)

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

ESTABLECIMIENTO: *de Guayaquil* NOMBRE: *Alberto* APELLIDO: *Vera* SEXO (M/F): *M* EDAD: *32 años* N° HISTORIA CLINICA: *1*

1-4 AÑOS: ☐ 5-8 AÑOS: ☐ 9-14 AÑOS: ☐ 15-19 AÑOS: ☐ MAYOR DE 20 AÑOS: ☒ EMBARAZADA: ☐

TIPO DE CONSULTA: *revisión de la pérdida del ángulo distal por #34* ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL REFORMADO:

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: *caries* REGISTRAR ANOMALÍAS DENTODIAGNÓSTICAS, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, EXTENSIÓN, CAUSA APTORRELACIONADA, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL:

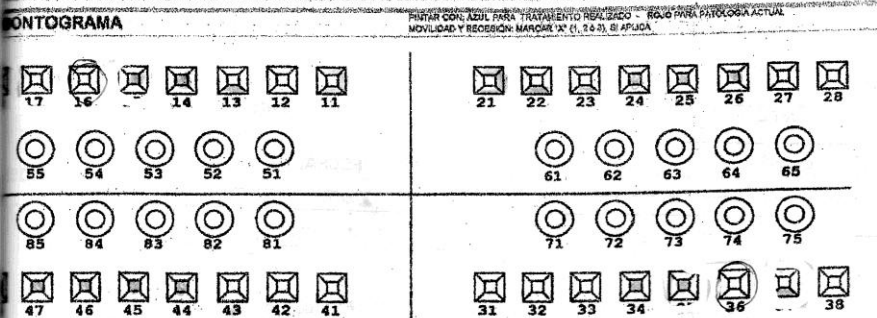
PRECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS	2. HEMOGRAMAS	3. VIRSIDA	4. TUBER CULOSIS	5. ASMA	6. DIABETES	7. HIPERTENSION	8. ENF. CARDIACA	9. OTRO
<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>	<i>no</i>

VITALES: FRECUENCIA CARDIACA: *80/min* TEMPERATURA: *37.8°C* R RESPIRATORIA: *20 X/min*

EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. MAXILAR SUPERIOR	2. MAXILAR INFERIOR	3. LENGUA	4. PALADAR	5. FOSAS NASALES	6. CARILLAS
<i>forus</i>	<i>forus</i>	<i>forus</i>	<i>forus</i>	<i>forus</i>	<i>forus</i>



INDICADORES DE SALUD BUCAL					8. INDICES CPD-geo		
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					MAL OCCLUSIÓN		
ÍNDICES DENTALES	PLACA	GRANDE	ORIENTIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	FLUOROSIS
17	00	2	2	1			LEVE
21	01	2	1	1			MODERADA
27	06	1	1	1			SEVERA
37	78	1	1	1			
41	71	2	2	1			
47	85	1	1	1			
TOTALES							

9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

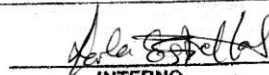
* <i>rell</i> SELLANTE NECESARIO	⊙ PERIODIA (OTRA CAUSA)	⊠ PROTESIS TOTAL
* <i>rell</i> SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	⊡ CORONA
* <i>rell</i> EXTRACCIÓN INDICADA	□ PROTESIS FIJA	⊙ azul OBTURADO
* <i>rell</i> PERDIDA POR CARIES	□ PROTESIS REMOVIBLE	⊙ rojo CARIES

1RA CITA

FECHA:

1
Diagnostico, Profilaxis, Restauracion de
4to clase.


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



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

DATOS ESTADISTICOS

Nombre: Jaime Alberto Vera Vasquez
Apellido: Vasquez
Edad: 25 años

FECHA:

Apellidos: Vera Vasquez
Teléfono: 086315069

16 / Sep / 2010

TIPO DE LA CONSULTA

Rotura del ángulo distal pieza # 21

LESION PRINCIPAL

Se choca con la lengua en esta pieza (21)

PIEZA A TRATARSE #

21

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

En la zona que radiógrafa compatible con resina, no de esta una resina, pero radiógrafa compatible con caries (falta de radiopacidad) el elemento engrosado, conducto 2 está realigado endoclavado, traído de 25 normal

SÍNTOMAS CLINICOS DE LA PIEZA A TRATAR:

fractura distal del ángulo de la pieza # 21

DIAGNOSTICO

fractura del ángulo distal de la pieza # 21
pieza endoclavada

PLAN DE TRATAMIENTO

Restauración de 4ta clase con resina de fotocurado

TERAPIA (RECETA)

ninguna

RECOMENDACIONES

no ingerir alimentos en las próximas 4 horas
y no morder alimentos de consistencia muy dura

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		

Karla Estrella Layana 5/5
INTERNO

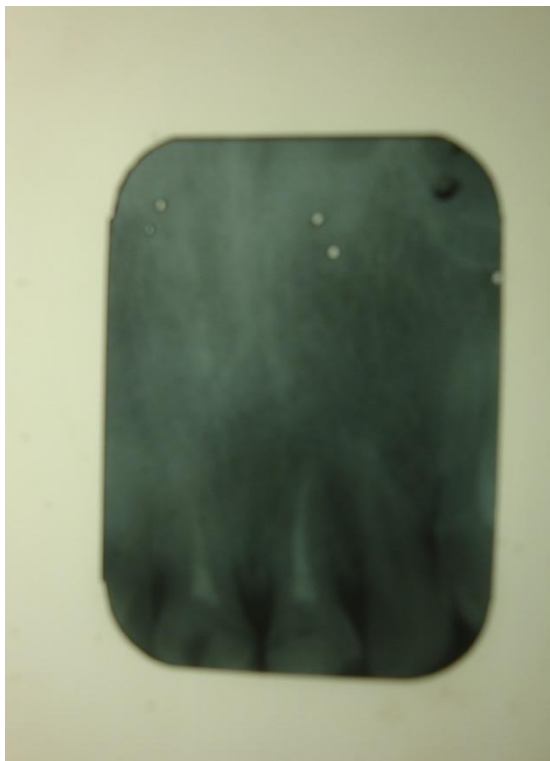
JEFE DE GUARDIA

FOTO 1



Paciente operador, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla Estrella.
Guayaquil, 10 de septiembre del 2010.

FOTO 2



Radiografía de diagnóstico, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla Estrella.
Guayaquil, 10 de septiembre del 2010.

FOTO 3



Presentación del caso, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado,
Paciente: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla Estrella.
Guayaquil, 10 de septiembre del 2010.

FOTO 4



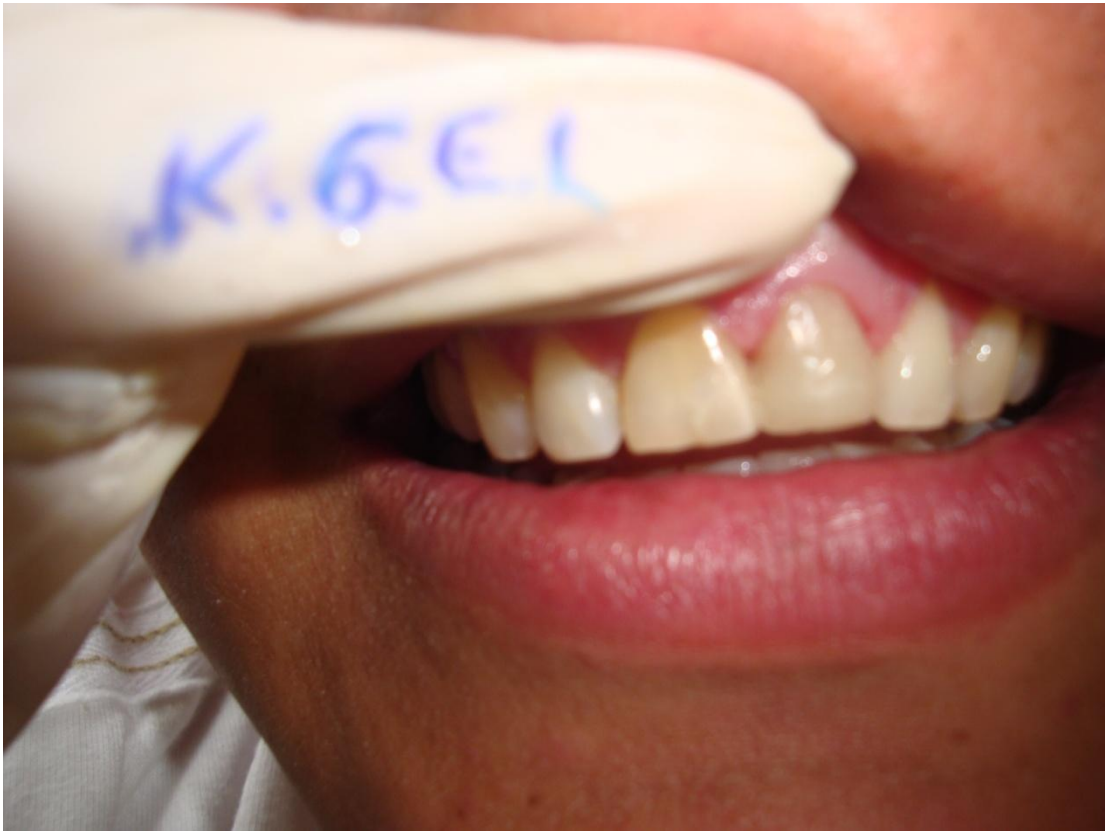
Pieza en tratamiento cavidad conformada con poste, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 10 de septiembre del 2010.

FOTO 5



Pieza en tratamiento cavidad conformada, Facultad Piloto de Odontología,
Clínica de Internado, Paciente: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla
Estrella. Guayaquil, 10 de septiembre del 2010

FOTO 6



Presentación del caso terminado, Facultad Piloto de Odontología, Clínica de Internado, Paciente: Alumno: Jofre Alberto Vera Vásquez, Alumno: Karla Estrella. Guayaquil, 10 de septiembre del 2010.

CASO DE ENDODONCIA NECROPULPECTOMIA



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

Canv.

Mayra Hanna Rivero

EDAD:

26 años

FECHA:

18/01/2011

ANTES

Tratamiento médico

SI

no sensible

☒ NO

☐ Alergia a medicamentos

SI

☐ NO

☒

Tratamiento con anestesia

SI

☐ NO

☒ Hemorragia

SI

☒ NO

☐

DE LA CONSULTA

Desea arreglar su diente.

PRINCIPAL:

Dolor.

TRATARSE #

12.

EXAMEN CLINICO

ON: Presenta caries en palatos apical

PALPACION: normal

ON: no presenta dolor a la percusión

MOVILIDAD: ninguna leve

PERIAPICIA

normal

EXAMEN RADIOGRAFICO

Corona con sombra radiolúcida compatible con caries profunda. Se observó la cámara pulpar en contacto directo con el tejido periapical. El cemento es homogéneo, el apéndice no se ve.

TIPO DEL DOLOR

Asintomático

INTENSIDAD

UBICACIÓN

asintomático

EXAMEN PERIAPICAL

TERMICA:

negativo

DE CAVIDAD:

negativo

EXAMEN PULPAR

Pulpa no vital estado crónico

EXAMEN PERIAPICAL

DIAPARENTE

PROGNO

CONCLUSIONES:

LONGITUD DE TRABAJO

19 mm

PRIMERA CITA

Anestesia Asistida, Apertura, cirugía neurológica, de
contorno, conducto borbic, instrumentación, medicación,
conducto, cura, cirugía.

SEGUNDA CITA

Anestesia Asistida, refirir de cura, cirugía, lavado
sección, cirugía, obturación, pedicúlo, potoperación
cura, cirugía.

FECHA

27/enero/2011

COSTO

\$ 30.00

ABONO

\$ 15.00

SALDO

\$ 15.00

Carla Estrella Layana
INTERNO TRATANTE

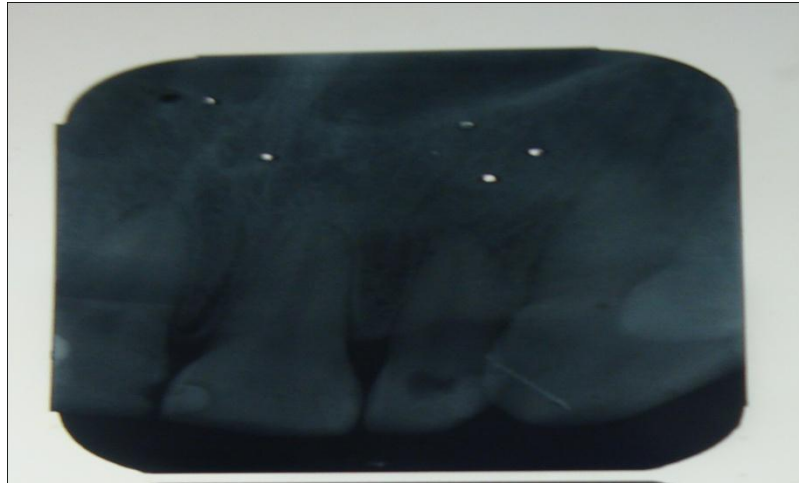
Jefe de Guardia

FOTO 1



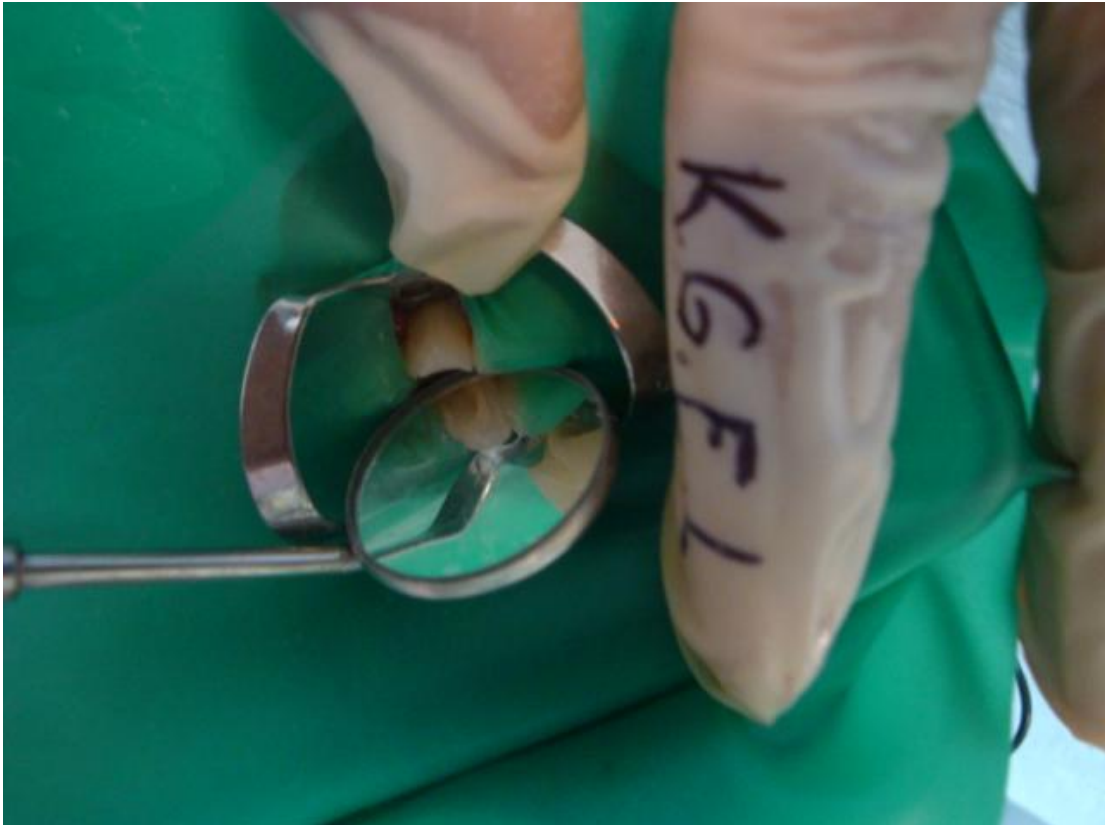
PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Se realizo la foto con la paciente previo a la presentación del caso; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 18 de enero del 2011.

FOTO 2



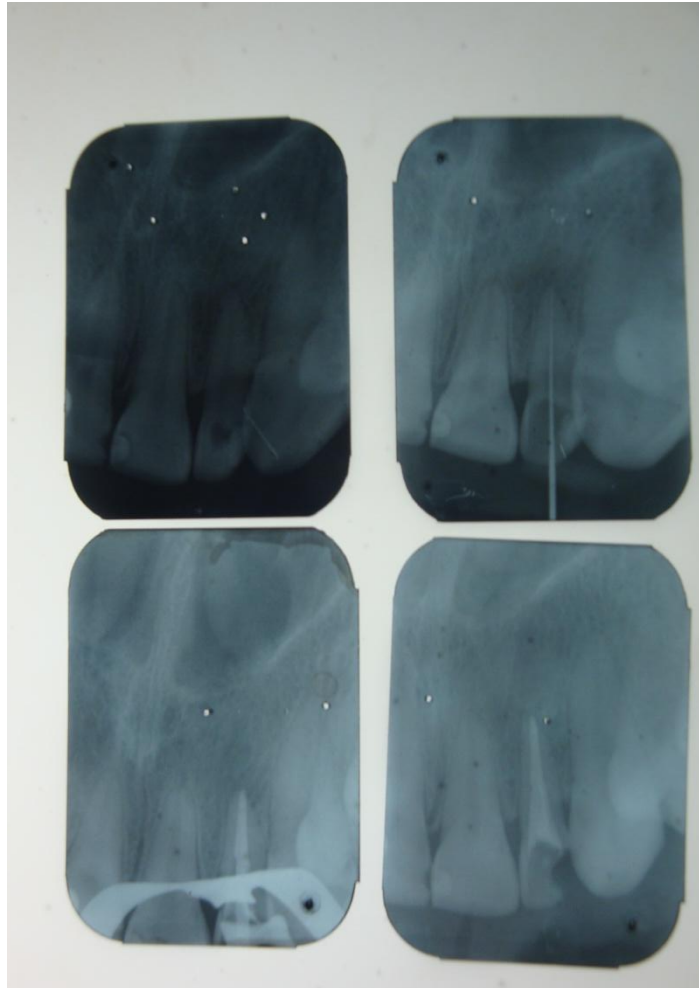
RADIOGRAFIA DE DIAGNÓSTICO Descripción: Toma de una radiografía periapical de la pieza # 12; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 18 de enero del 2011.

FOTO 3



APERTURA CON AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Mostrando la apertura de la cámara de la pieza # 12 con el aislamiento absoluto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 18 de enero del 2011.

FOTO 4



RADIOGRAFIAS: DIAGNÓSTICO, CONDUCTOMETRÍA, CONOMETRÍA Y CONDUCTO OBTURADO. Descripción: Tomas radiográficas de las secuencias del tratamiento Endodóntico (diagnóstico, lima, cronometría y condesado); Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología;

Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 27 de enero del 2011.

FOTO 5



PIEZA EN TRATAMIENTO CON AISLAMIENTO ABSOLUTO Y CONOS.

Descripción: Proceso de condensación del conducto con los conos de gutapercha con el aislamiento absoluto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 27 de enero del 2011.

FOTO 6



PIEZA CON RESTAURACION TALLADO, PULIDO Y ABRILLANTADO.

Descripción: imagen con el tratamiento terminado ya con obturación de la cámara con su proceso de tallado, pulido y abrillantado; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Marjuri Tarira. Autor: Karla Estrella Layana, Guayaquil, 27 de enero del 2011.

CASO DE PERIODONCIA



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

OS ESTADISTICOS

Nombre: Angel Jacinto Romero Vera
Apellido: Valdeon Estrecho

FECHA:

31 de Mayo, 2011

Apellidos

Teléfono

088 299 603

TIVO DE LA CONSULTA

Desea realizarse una limpieza

OMATOLOGIA PERIODONTAL

do realizó la última visita al Odontólogo?

hace 4 años

primera vez que se enferma su encía?

no

as veces se cepilla diariamente?

dos veces

asta utiliza?

colgate

ilo dental?

no

juagues bucales?

no

do comenzó la lesión?

no se ha percatado

e está localizada?

principalmente en zona de incisivos inferiores

gra al cepillarse?

no

de hemorragias espontánea en la boca?

no

mal aliento?

no

mal sabor en la boca?

no

verde las uñas?

no

de objetos extraños?

no

la o rechina los dientes?

si

HEN CLINICO

ar restauraciones altas o rubosas

no presenta restauraciones rubosas

ización de materia alba y placa bacteriana

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
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

ización de cálculos supragingival y subgingival

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

ización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

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

ización y medición de movilidad dentaria

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

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 11 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 12 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 13 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 14 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 15 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 16 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 17 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 18 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 21 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 22 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 23 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 24 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 25 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 26 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 27 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 28 Corono completa, raíz recta, un cordón apical, espesor de ligamento periodontal adecuado.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 32 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 33 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 34 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 35 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 36 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 37 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 38 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 42 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 43 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 44 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 45 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 46 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 47 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

PIEZA 48 Corono completa, una raíz recta, un cordón apical, ligamento periodontal adecuado.

1.- DIAGNOSTICO CLINICO

Periodontitis localizada avanzada

2.- TRATAMIENTO

R.A.P. cirugía y desbridamiento

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

Respecto al diente - Pulido - y curación de cepillado - hilo dental

4.- TERAPEUTICA (RECETA)

Enjuagues de betadina 500 mg x 5 días, hilo dental, Bactericida de

5.- RECOMENDACIONES:

Visita al odontólogo cada 6 meses para control

1.- PRIMERA CITA

FECHA: 27 - mayo 2011

JEFE DE GUARDIA

2.- SEGUNDA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

INTERNO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA

PACIENTE:	Angel Jacinto Romero Vera.	H.C. #
INTERNO:	Karla Estrella	CURSO: 5/5

ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes:	24
b) Número de caras:	24
c) Caras teñidas:	24
d) Porcentaje de placa:	100%

b)	100%
c)	d)



ÍNDICE DE CÁLCULO

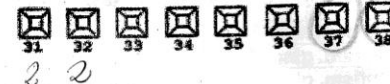
Ausencia de cálculo:	0
Cálculo supragingival:	1

Cálculo subgingival:	2
Cálculo supra y subgingival:	3



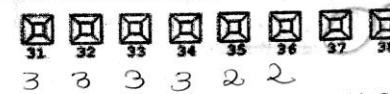
ÍNDICE DE MOVILIDAD

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



ÍNDICE DE SANGRADO

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



SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

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

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	PIEZA 32	PIEZA 33	PIEZA 34	PIEZA 35	PIEZA 36	PIEZA 37	PIEZA 38
MV= 6	MV= 8	MV= 6	MV= 5	MV= 3	MV= 5	MV=	MV=
V= 7	V= 7	V= 4	V= 5	V= 4	V= 5	V=	V=
DV= 6	DV= 8	DV= 7	DV= 4	DV= 4	DV= 5	DV=	DV=
ML= 8	ML= 6	ML= 5	ML= 5	ML= 5	ML= 4	ML=	ML=
L= 8	L= 8	L= 8	L= 5	L= 4	L= 5	L=	L=
DL= 8	DL= 8	DL= 8	DL= 4	DL= 4	DL= 5	DL=	DL=

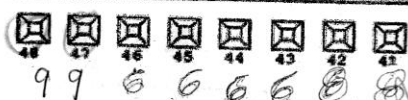
SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	PIEZA 42	PIEZA 43	PIEZA 44	PIEZA 45	PIEZA 46	PIEZA 47	PIEZA 48
MV= 7	MV= 7	MV= 8	MV= 4	MV= 4	MV= 3	MV=	MV=
V= 8	V= 8	V= 7	V= 5	V= 5	V= 6	V=	V=
DV= 7	DV= 8	DV= 5	DV= 6	DV= 5	DV= 5	DV=	DV=
ML= 8	ML= 7	ML= 6	ML= 5	ML= 4	ML= 4	ML=	ML=
L= 8	L= 7	L= 6	L= 5	L= 5	L= 3	L=	L=
DL= 8	DL= 8	DL= 0	DL= 5	DL= 4	DL= 4	DL=	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



JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

PACIENTE: <u>Angel Jacinto Rangel Vera</u>	H.C. #
INTERNO: <u>Karla Estrella Rayana</u>	CURSO: <u>5/5</u>

CONTROL DE PLACA

FECHA: 3 abril, 2011

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 CÁLCULO

FECHA: 3 abril, 2011

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 MOVILIDAD

FECHA: 3 abril, 2011

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: 3 abril, 2011

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

SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 8 feb, 2011

3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
18	17	16	15	14	13	12	11
3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
21	22	23	24	25	26	27	28
3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
31	32	33	34	35	36	37	38
3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
48	47	46	45	44	43	42	41
3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3	3 3
6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6	6 6

CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 3 abril, 2011

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

JEFE DE GUARDIA

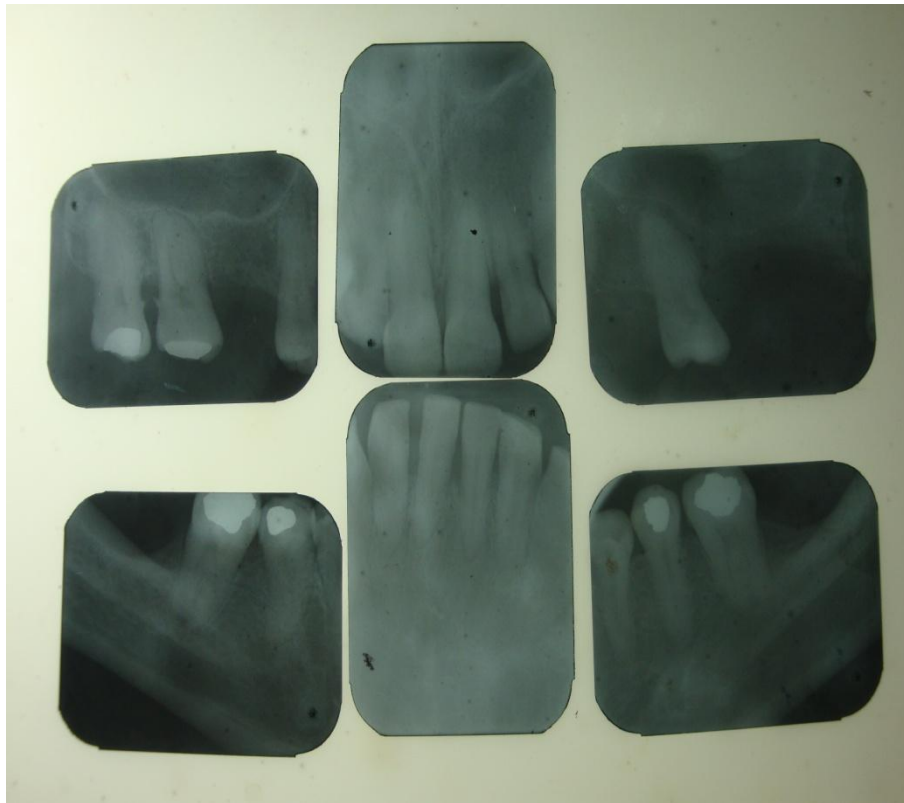
INTERNO

FOTO 1



PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Foto con el paciente previo al tratamiento periodontal; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 27 de Marzo del 2011

FOTO 2



RADIOGRAFIAS DE DIAGNÓSTICO. Descripción: Se muestran las 6 radiografías de diagnóstico; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 27 de Marzo del 2011

FOTO 3



PRE OPERATORIO SUPERIOR Descripción: Se muestra la arcada superior;

Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología Paciente: Ángel

Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 27 de Marzo del 2011

FOTO 4



PRE OPERATORIO INFERIOR Descripción: Presentación del caso arcada inferior; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 27 de Marzo del 2011.

FOTO 5



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.

FOTO 6



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.

FOTO 7



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.

FOTO 8



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Autor: Paciente: Ángel Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.

FOTO 9



Descripción: TOMA SUPERIOR CON CUBETAS APLICANDO FLUOR;
Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel
Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.

FOTO 10



Descripción: TOMA INFERIOR CON CUBETAS APLICANDO FLÚOR;
Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Paciente: Ángel
Romero. Autor: Karla Gabriela Estrella, Guayaquil, 3 de abril del 2011.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 18 de marzo del 2011

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

De mis consideraciones:

Yo, Karla Gabriela Estrella Legua con **C. I. N°**
0917754327 alumno del Quinto año Paralelo N° 5 solicito a usted y
por su digno intermedio a quién corresponda se me asigne el nombre del
TUTOR para mi caso de **MEMORIA** en la materia de
Cirugía como requisito previa a mi Incorporación.

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

Es Justicia,

Karla Gabriela Estrella Legua

C. I. N° 0917754327

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



Washington Escudero Doltz

Dr. Washington Escudero Doltz

DECANO