



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previo a la obtención del título de

ODONTÒLOGA

TEMA:

Intervención Quirúrgica Del Tercer Molar Superior

AUTORA:

Keyla Estefanía Peñarreta Quezada

TUTORIA:

Dr. Rosendo Marcalupo Moreira

Guayaquil, Abril 2011

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el honorable consejo de 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: **“Intervención Quirúrgica Del Tercer Molar Superior”**

Presentado por:

Peñarreta Quezada Keyla Estefanía

0705199008

Apellidos y Nombres

Cédula de Ciudadanía

TUTORES

Dr. Rosendo Marcalupo M.

Tutor Académico

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla MSc.

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, Marzo 2011

AUTORÍA

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

Keyla Estefanía Peñarreta Quezada

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento imperecedero a todos y cada una de las personas que formaron parte de esta, mi primera etapa de formación profesional.

Principalmente a nuestro padre Dios, quien es mi fuente infinita de inspiración, valor y poder para alcanzar esta meta y enrumbarme por el camino del éxito profesional.

A mis padres, les agradezco su conducta, su ejemplo y honestidad, que me hicieron privilegiar el estudio, el conocimiento y el trabajo como meta en la vida.

A mis maestros, que no limitaron jamás sus conocimientos científicos, y supieron enseñarme a través de sus palabras con la sencillez que los caracteriza, dejando un legado de sus conductas éticas.

A toda mi querida familia en especial a mis abuelitos y hermanos que de una u otra forma colaboraron con un granito de arena, con su fé, confianza y respaldo permanente durante esta etapa de mi vida.

A mis compañeros y amigos por los momentos compartidos, por su invaluable cooperación y apoyo que me brindaron en todos estos años.

A mis apreciados pacientes que me fueron enseñando con sus diferentes problemáticas la necesidad de resolverlas y brindarles mi apoyo en momentos tan especiales.

Mis más sinceros agradecimientos a todos quienes forman La Universidad de Guayaquil “Facultad de Odontología”, por hacer realidad mi sueño de ser la nueva Odontóloga de la República del Ecuador, para engrosar las filas de la sabiduría y sacar a flote los conocimientos que ayudan a progresar los pueblos.

Muchas gracias a todos quienes formaron parte que este emprendimiento profesional.

DEDICATORIA

Dedicado este trabajo con todo cariño y amor a mis padres y a Dios, quienes me dieron la oportunidad de cumplir este sueño en mi vida, como lo ha sido estudiar la carrera de Odontología.

Keyla Estefanía Peñarreta Quezada.

Índice

Contenidos	Página
Carátula	
Certificación De Tutores	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos.....	3
Capítulo. 1- Fundamentación Teórica.....	4
1.1 Extracción De Los Terceros Molares.....	4
1.1.1 Concepto.....	4
1.1.2 Anatomía De Los Terceros Molares.....	5
1.1.3 Clasificación De Los Terceros Molares.....	6
1.1.3.1 Clasificación De Los Terceros Molares Inferiores.....	6
1.1.3.2 Clasificación De Terceros Molares Superiores.....	7
1.1.4 Problemas Ocasionados Por Terceros Molares.....	8
1.1.5 Indicaciones De Exodoncia De Terceros Molares.....	8
1.1.6 Contraindicaciones De La Extracción De Un Tercer Molar.....	9
1.1.7 Nivel De Complejidad De La Extracción Del Tercer Molar.....	9

1.1.8 Complicaciones En La Extracción De	
Terceros Molares	10
1.1.8.1 Locales.....	10
1.1.8.2 Sistémicas.....	10
1.1.9 Terceros Molares Y Ortodoncia.....	10
1.1.10 Indicaciones De Extracción De	
Terceros Molares En Tratamientos Ortodónticos.....	11
Capítulo 2- Presentación Del Caso Clínico	
(Extracción Del Tercer Molar Superior Izquierdo).....	13
2.1 Fase Preoperatorio.....	13
2.1.1 Historia Clínica (Ver Anexo 1).....	13
2.2 Fase Operatoria.....	13
2.2.1 Intervención Quirúrgica.....	14
2.3 Fase Postoperatoria.....	19
Conclusiones.....	21
Recomendaciones.....	22
Bibliografía.....	23
Anexos.....	24

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares por ser las últimas piezas, frecuentemente no tienen espacio para erupcionar dentro del arco dental, quedando en una posición de retención parcial dentro del hueso, induciendo a infecciones importantes y a caries en las piezas vecinas, así como también, a la inducción de un posible fracaso del tratamiento ortodóntico. Debido a su ubicación posterior al resto de las piezas dentales tiene poca o ninguna importancia en la función masticatoria, por lo tanto su presencia es innecesaria. Es la pieza dental que más se relaciona con el desarrollo de patologías graves de los maxilares como son los quistes, los tumores y la reabsorción de piezas dentales, todas situaciones con gran poder destructivo de las estructuras anatómicas vecinas.

La extracción de los terceros hoy en día es un procedimiento técnicamente muy avanzado, con un protocolo quirúrgico y de cuidado post operatorio bien establecido y confiable, lo cual le permite al paciente que se opera tener una experiencia indolora, segura, predecible, con pocos días de convalecencia y finalmente tener la sensación de “haberse quitado un problema”.

Por lo anteriormente expuesto he tomado como tema de trabajo de graduación “Intervención Quirúrgica del Tercer Molar Superior” con este estudio pretendo compilar los datos más relevantes a tomarse en cuenta en el momento de decidir y realizar la extracción de dichos dientes, así mismo actualizarme en cuanto a las técnicas empleadas para dicha extracción. Además permitiéndome elaborar la investigación previa a la obtención del título de ODONTOLOGA.

La presente investigación se enmarca dentro de las líneas de investigación designadas para la carrera de Odontología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Es un tema de beneficio que aportará conocimientos para los interesados.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la técnica, indicaciones y contraindicaciones necesarias para la realización de una extracción de terceros molares, así como comparar dichas justificaciones con el motivo principal de los pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las indicaciones necesarias para la extracción del tercer molar superior izquierdo
- Conocer las posibles patologías que pueden causar el tercer molar superior izquierdo
- Determinar las anomalías que causan el tercer molar superior izquierdo al erupcionar después de un tratamiento ortodóntico.
- Establecer las contraindicaciones para la extracción de el tercer molar superior izquierdo

TEMA:

**INTERVENCIÒN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR
SUPERIOR IZQUIERDO**

CÁPITULO 1. FUNDAMENTACIÒN TEÒRICA

1.1 EXTRACCIÒN DE LOS TERCEROS MOLARES

1.1.1 CONCEPTO

Las extracciones de los terceros molares es un acto quirúrgico que consiste en la avulsión del diente de su alveolo dental, muchos dentistas generales recomiendan este acto como primer tratamiento para estos dientes. Esta modalidad fue implementada por un par de razones. La mandíbula humana ante la evolución, se ha achicado y mucha gente no tiene el suficiente espacio para poder hacer uso de sus últimos molares.

La otra razón por la cual muchos dentistas recomiendan las extracciones de estos dientes es porque son muy difíciles de limpiar. Mantener limpios estos dientes es una batalla en sí misma, y usualmente ganan las bacterias. La abundancia de bacterias en el área de los terceros molares puede que cause problemas con los segundos molares.

Es por estas razones que muchos dentistas hoy en día recomiendan las extracciones de los terceros molares en la adolescencia. El hueso a esta edad es muy movable y la probabilidad de complicaciones dentales es mucho menor que si un paciente decide sacarse los dientes cuando ya le están dando dolor, o cuando ya son adultos.

Esto no quiere decir que en todos los casos todos los pacientes tienen que sacarse estos dientes. Estos dientes sí son necesarios y perderlos puede significar una falta de área para masticar. Los casos de terceros molares tienen que ser evaluados caso por caso.

Como toda cirugía las extracciones de los terceros molares tienen sus riesgos quirúrgicos y éstos tienen que ser evaluados en el tratamiento.

Es importante agregar que muchas personas viven toda su vida con los terceros molares, y tienen espacio para tenerlos. No todas las personas tienen que extraerse estos dientes, es más el poder tenerlos sanos en su boca es un privilegio y tiene sus ventajas. Estas incluyen tener más área para masticar, tener 4 dientes más para tratar de solucionar problemas de espacio en la vejez. Las ventajas de retener estos dientes son importantes, y tienen que ser evaluadas antes de decidir extraer los terceros molares. A disfrutarlos y a no tener miedo de perder el juicio.

1.1.2 ANATOMÍA DE LOS TERCEROS MOLARES

Los terceros molares son dientes sumamente irregulares en forma e implantación. Su PORCIÓN CORONARIA Tiene la mayor dimensión MD muy desproporcionado.

Cuando es pentacuspídeo, tiene forma trapezoidal recordando un poco al primer molar. Puede presentarse cúspides accesorias con surcos poco nítidos, enmascarados con muchos surcos secundarios. PORCIÓN RADICULAR Muy irregular, presentándose unirradiculares (bastante frecuente), bi o multirradiculares. Su morfología interna reproduce las irregularidades de su forma externa, por lo tanto las variaciones que presenta son demasiadas como para pretender registrar con exactitud sus características. Aún así algunos autores describen que podría encontrarse un conducto amplio a nivel del cuello y que disminuye su diámetro hasta el foramen apical único.

Proceso de calcificación de terceros molares	
Primer signo de calcificación	8 a 9 años
Esmalte completado	12 a 16 años
Erupción	17 a 21 años
Raíz completada	18 a 25 años

1.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

Existen muchas clasificaciones de los terceros molares las cuales nos van a ayudar para saber la dificultad que presenten a la exodoncia.

Hay clasificaciones que lo relacionan con el segundo molar según la angulación del tercero respecto al eje mayor del segundo.

Otra clasificación que es muy utilizada es la de:

PELL Y GREGORY.

Esta clasificación nos va a dar:

- ➡ Relación entre la posición del tercer molar y la rama mandibular.
- ➡ Relación de la altura del tercer molar y el segundo molar.

1.1.3.1 Clasificación De Los Terceros Molares Inferiores.

(En relación a la angulación del tercer molar con respecto del segundo)

- ❖ Mesioangular
- ❖ Horizontal
- ❖ Vertical
- ❖ Distoangular.

Pell y Gregory.

(En relación a la Rama)

- **Clase 1:** suficiente espacio anteroposterior para la erupción, es decir entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar.
- **Clase2:** Aprox. La mitad del tercer molar está cubierto por la rama mandibular y la otra mitad tiene espacio para la erupción.
- **Clase 3:** Tercer molar totalmente incluido en la rama mandibular, por lo tanto este tercer molar no va a tener un espacio en boca para poder erupcionar.

Pell y Gregory

(altura del tercer molar)

- **Clase A**: Plano oclusal del tercer molar al mismo nivel que plano oclusal del segundo molar.
- **Clase B**: Plano oclusal del tercer molar se encuentra entre plano oclusal y línea cervical del segundo molar.
- **Clase C**: Tercer molar por debajo de línea cervical del segundo molar.

Sistemas de clasificación de los terceros molares deben ser utilizados para determinar el grado de complejidad del procedimiento quirúrgico.

Ejemplo:

Exodoncia pieza. 32 con impactación distoangular, clase 3 y C de Pell y Gregory, este procedimiento seria de alto grado de complejidad.

1.1.3.2 Clasificación De Terceros Molares Superiores

(En relación a la posición)

- ❖ Impactación vertical. (63%)
- ❖ Impactación Distoangular. (25%)
- ❖ Impactación Mesioangular. (12%)

Generalmente los terceros superiores son mas benevolentes que los inferiores y las relaciones ectópicas son menos frecuentes.

Pell y Gregory

(En relación del segundo con el tercero)

- **Clase A**: Superficie oclusal del tercer molar al mismo nivel que el segundo molar.
- **Clase B**: Superficie oclusal del tercer molar se ubica entre plano oclusal y línea cervical del segundo.

- **Clase C**: Superficie oclusal del tercer molar por sobre línea cervical del segundo.

1.1.4 PROBLEMAS OCASIONADOS POR TERCEROS MOLARES

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; estos dientes pueden llegar a provocar los siguientes problemas:

- ***Mecánicos***: Obstáculos producidos por interposición dentaria
- ***Infecciosos***: Pericoronaritis.
- ***Nerviosos***: Neuritis por compresión o inflamación.
- ***Tumorales***: Quistes asociados a la erupción.
- ***Quirúrgicos***: Durante los procedimientos de la extracción.

1.1.5 INDICACIONES DE EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES.

- Ausencia de espacio en la arcada, sin que el tercer molar pueda hacer su erupción normal y fisiológica.
- Prevención de caries y enfermedad periodontal, en relación fundamentalmente a sus piezas vecinas.
- Patología infecciosa en relación al tercer molar.
- Lesiones en dientes vecinos.,
- Presencia de quistes o tumores odontogénicos, relacionados con el tercer molar.
- Indicación ortodóncica, indicación bastante frecuente e importante y que los ortodoncistas indican cuando todavía no aparecen las piezas en boca.

Lo importante es la evaluación, ver el espacio que se tiene y si existe alguna patología asociada, en relación al saco pericoronario, o en relación a toda la parte periodontal.

1.1.6 CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR

- Compromiso médico importante, esto es una contradicción relativa, ya que si se puede realizar la exodoncia cuando se tiene un paciente compensado.
- Edades extremas, por ejemplo no se indicaría la extracción de un tercer molar incluido que ha estado por años en esa condición y que no originado ninguna complicación, sin originar patología infecciosa, se tendría que tener una actitud expectante, voy a controlar, voy a ver si se tienen complicaciones pero la exodoncia no va ser la primera indicación.
- Probables lesiones a estructuras adyacentes, si para realizar la exodoncia necesito realizar procedimientos muy traumáticos, hay que evaluar el beneficio versus el perjuicio.

1.1.7 NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR

- Posición (clasificación anterior)
- Morfología radicular, si están totalmente formadas o no, y si existe dilaceraciones etc.
- Tamaño del saco pericoronario.
- Densidad ósea, en relación a la pieza dentaria
- Relación con el segundo molar.
- Relación con estructuras anatómicas vecinas

Entonces al recibir a nuestro paciente además de realizar la ficha clínica completa tenemos que evaluar el grado de complejidad de la extracción.

1.1.8 COMPLICACIONES EN LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES

1.1.8.1 Locales

Hemorragias locales

- Retirar tapón, lavar con suero fisiológico y agua oxigenada, para ver fondo, y retirar tejido granulomatoso.
- Colocar malla de fibrina + trombina, si fuera útil, y sutura de mucosa. Eliminar cualquier tejido duro, irritante.
- Usar prótesis inmediata.

1.1.8.2 Sistémicas

- Controlar a los pacientes hipertensos, toma de presión y medicación.
- Evitar la toma de aspirina 72 horas antes y 48 horas después. Administrar vitamina C y K.
- Si la pérdida es importante, realizar hematócrito, y si es necesario realizar transfusión de expansor tisular.

1.1.9 TERCEROS MOLARES Y ORTODONCIA

Desde el comienzo de la especialidad de ortodoncia, la presencia de los terceros molares se pensó responsable de apiñamientos tardíos de los dientes anteroinferiores porque con frecuencia se observaba que coincidían con el momento de erupción de los terceros molares y se intentó concluir una relación causa-efecto entre estos dos fenómenos.

Se pensaba que el vector de fuerzas de la erupción de los terceros molares empujaba contra los segundos molares, causando la migración mesial de los dientes posteriores. El resultado era la pérdida de espacio y el apiñamiento. Numerosos estudios que pretendían probar esta hipótesis no encontraron asociación entre ambos acontecimientos.

Para algunos autores el tercer molar mandibular constituye un factor determinante en el desarrollo del apiñamiento inicial severo. Sin embargo, otros autores se sitúan en el extremo opuesto y consideran de forma categórica, que los terceros molares no juegan un papel importante ni decisivo en la aparición de estas anomalías.

Entre los postulados de unos y otros se sitúan un grupo quizás el más numeroso, que opina que los terceros molares en combinación con otros efectos pueden contribuir al desarrollo del apiñamiento de las piezas anteriores.

Aunque sigue siendo motivo de controversia los tratamientos de ortodoncia (frenos dentales), frecuentemente requieren la extracción de dichos molares para evitar que la presión ejercida hacia el frente provoquen movimientos indeseados y/o fracasos de dichos tratamientos de ortodoncia, no existe un tiempo especial ya que se pueden realizar al inicio del tratamiento, durante, o al finalizarlo según sea la preferencia e indicación del especialista en ortodoncia.

1.1.10 INDICACIONES DE EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLAR EN TRATAMIENTOS ORTODÓNTICOS

La extracción será indicada cuando

- Existe ausencia de espacio en la arcada: En aquellos procedimientos ortodóntico largos donde el ortodoncista indica la extracción antes de que la erupción de los terceros molares vaya a producir algún daño o valla a alterar la distribución que el ortodoncista le dio a las piezas dentarias.

- Se requiere instalar segmentos por ejemplo llevar un segundo molar a un sector levemente mas posterior se indicaría la extracción del tercer molar.
- Existe posiciones anómalas en los terceros molares que aunque nunca van a erupcionar por la posición en que se encuentran si pueden producir daño s las otras piezas.
- Evitar recidiva del tratamiento ortodónico. (de sus propios tratamientos).

CAPÍTULO 2.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO (EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO)

La intervención quirúrgica consiste en la realización de una serie de fases siguiendo principios científicos bien definidos y aplicando una secuencia de gestos manuales adecuados.

Consta de tres fases perfectamente diferenciadas:

- Fase Preoperatoria
- Fase Operatoria
- Fase Postoperatoria

A nuestra consulta acude paciente de sexo masculino para realizarse la extracción del tercer molar superior izquierdo por indicación de un ortodoncista.

2.1 FASE PREOPERATORIO

Es el momento desde que se decide la intervención quirúrgica hasta que se realiza, y puede durar meses, semanas, días, horas o minutos. Esta fase 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.

2.1.1 HISTORIA CLÍNICA (ver anexo 1)

2.2 FASE OPERATORIA

Es el acto quirúrgico propiamente dicho es de gran importancia que el cirujano bucal y su equipo tenga un plan quirúrgico bien diseñado (protocolos terapéuticos y organización), y que en caso de que surjan imprevistos tengan

los conocimientos y el juicio necesario para tomar decisiones acertadas con rapidez y precisión.

En este caso se siguió los siguientes tiempos quirúrgicos:

- Incisión y Colgajo
- Luxación
- Prehensión
- Tracción
- Avulsión
- Tratamiento de la cavidad

2.2.1 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Asepsia Del Paciente

Se realizó la asepsia al paciente ya que este, es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica.

En este caso se indicó al paciente que enjuague su cavidad bucal con el colutorio antiséptico clorhexidina al 2%. Y extrabucalmente se limpió con povidine líquido.

Anestesia

Aplicamos la técnica local Infiltrativa en esta modalidad, el anestésico local se inyecta alrededor de las terminaciones nerviosas o aquellas fibras nerviosas terminales que no son macroscópicamente identificables. En este caso se utilizó dicha forma anestésica en los nervios dentarios posteriores.

Nervios Dentarios Posteriores

Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, antes de la entrada de este último al conducto infraorbitario.

En numero de 1, 2 o varios, se dirigen hacia abajo, abandonando la fosa nombrada, recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios en número variable (los agujeros dentarios posteriores y superiores) que se hallan situados en la tuberosidad a 2 o 3 centímetros por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercer molar, segundo y primer molar superior. La anastomosis de los nervios dentarios forma el arco nervioso externo.

Técnica Básica

El punto de inyección son los pequeños orificios denominados foramidas dentarias postesuperiores que hay en la tuberosidad del maxilar superior. Para acceder a esta situación, el paciente tendrá la boca casi cerrada del todo, para evitar la interferencia con la apófisis coronoides mandibular; el espejo dental retirará suavemente la comisura labial hacia arriba.

El punto de punción se ha de situar en el fondo del vestíbulo, la aguja se dirigirá atrás y hacia arriba, siempre en contacto con el hueso maxilar.

La penetración de la aguja es arbitraria ya que no hay tope ni referencia ósea; la experiencia nos dice que será algo inferior a los 2cm. La inclinación de la aguja variará según la altura ósea del maxilar superior, habitualmente el ángulo formado por la aguja y el plano oclusal es de 45°.

Síntomas De La Anestesia De Los Nervios Dentarios Posteriores

Alcanzado los nervios dentarios posteriores, se consigue la anestesia de los tres molares y hueso, periostio, pulpa, periodonto y encía, a excepción de la raíz bucal del primer molar y en la encía palatina de los tres dientes (que está inervada por el palatino anterior).

Los síntomas de la anestesia están dados por la insensibilidad de las regiones citadas.

Incisión y Colgajo

Se realizó esta maniobra mediante la cual procedemos a la apertura de los tejidos o las mucosas, para poder llegar a los planos más profundos, y poder realizar de esta manera, el propio objetivo de la intervención quirúrgica. Se realizó una incisión lineal con la ayuda de mango de bisturí # 3 y hoja de bisturí # 15. Una vez realizada la incisión debe presentar las siguientes características:

- ✓ La base del colgajo debe ser lo suficientemente ancha para asegurar una vascularización adecuada y así evitar la necrosis del tejido.
- ✓ Buena visualización del área quirúrgica, por medio de una incisión que favorezca el acceso a esta y facilite las maniobras del operador, evitando desgarros y rupturas de los tejidos que dificulten y compliquen la cicatrización de la herida.
- ✓ La incisión debe realizarse con un trazo firme y continuo, de esta manera la adaptación de los colgajos y la cicatrización de la herida será óptima.
- ✓ La incisión debe trazarse de tal manera que cuando se reposicione el colgajo, la línea de sutura repose sobre tejido sano e íntegro, para evitar desprendimiento de los puntos de sutura y formación de

dehiscencias que afecten la cicatrización y el restablecimiento de la anatomía normal.

Extracción Propiamente Dicha

Se ejecutó la luxación con un elevador recto aplicando la ley física de palanca, maniobra por lo cual se rompen las fibras del ligamento y se dilatan el alveolo óseo realizando movimientos de adentro hacia afuera.

Para la prehensión se utilizó un fórceps universal N° 151, realizamos la Prehensión de la pieza dentaria adoptando la parte activa del fórceps al cuello del diente.

Usando el fórceps utilizado para la prehensión realizamos movimientos de lateralidad vestibulo – palatino para romper las fibras del ligamento periodontal y dilatar al alveolo, el mismo que debe dilatarse lo suficiente para evitar la fractura de la cortical externa o de alguna de las raíces.

Como último paso se realiza la avulsión que consiste en la completa exarticulación de la pieza dentaria de su alveolo.

Tratamiento De La Cavidad

Una vez que hemos finalizado la intervención quirúrgica propiamente dicha se realizó una serie de pasos con el fin de dejar un campo operatorio limpio y en óptimas condiciones para posteriormente cubrirlo con los tejidos blandos al realizar la sutura.

Curetaje

Este acto consiste en limpiar el alveolo con la ayuda de una cureta evitando la aparición de quistes residuales, consiste en el legrado del tejido patológico periapical.

Lavado De La Cavidad

Se irrigó el campo quirúrgico de forma muy abundante con suero fisiológico más povidine y rifocina, para arrastrar y expulsar las virutas de hueso y cuerpos extraños cuya presencia interfería en la cicatrización normal.

Regularización ósea

Con la ayuda de la lima para hueso, ya que esta posee una opción cortante, logrando limar los bordes óseos filosos del alveolo utilizando movimientos de entrada y salida.

Constricción Digital

Este paso consiste en ejercer fuerza con los dedos pulgar e índice corticales interna y externa para disminuir el diámetro mayor producido por la dilatación alveolar.

Sutura

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión y hacerlos reposar sobre los huesos sanos para favorecer una correcta cicatrización y una buena hemostasia.

Sutura Puntos Separados

Se realizó el método a punto separado que consiste, como su nombre lo indica, en realizar puntos independientes uno del otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura (hilo de seda 3,0) y manejado por el portaaguja o a mano, se perfora la fribromucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de medio centímetro del borde de la incisión.

La aguja recorre su proyecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toma ambas extremidades se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo.

Sucesivos pasos de agujas siguiendo las mismas indicaciones completaran el procedimiento.

Cada punto estará colocado a una distancia aproximada de un centímetro. Ciertos tipos de sutura de pueden realizar con espacios mayores (sutura en paradentosis, sutura para colgajos palatinos) o mas aproximadas (suturas en plásticas).

2.3 FASE POSTOPERATORIA

Comprende el lapso de tiempo entre que finaliza la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que el paciente ya ha recuperado su estado normal.

El compromiso que el odontólogo o cirujano bucal contrae con su paciente no termina al colocar el último punto de sutura, puesto que tiene la responsabilidad de garantizar un período postoperatorio tranquilo indoloro y sin problemas ni secuelas.

En el postoperatorio deberán ejecutarse un conjunto de medidas, técnicas o tratamientos cuya finalidad es mantener los objetivos conseguidos con el acto quirúrgico.

Farmacoterápia

Receta

R.P.

1. Amoxicilina 500mg # 9 caps.

2. Apronax 550mg # 9 tab.

3. Vitamina C Tab Dispersable 1 tubo

PRESCRIPCIÓN:

1. Amoxicilina 1 ^o/8 hrs.

2. Apronax 1 ^o/8 hrs.

3. Vitamina C Tab 1gr. 1 diaria.

Recomendaciones para el paciente.

- Mantener la gasa mordiendo durante 1 hora.
- Mantener la cabeza elevada las primeras horas, evitando acostarse; si debe dormir, apoye la cabeza sobre dos almohadas.
- No hacer ningún esfuerzo físico durante las próximas 24 horas.
- No realizar buches.
- Colocar compresas frías las primeras 24 horas alternando por períodos cortos de tiempo en la zona indicada por el profesional.
- Es aconsejable no hacer aspiraciones bruscas de aire como fumar o tomar mate en las siguientes 48 horas.
- Ingerir alimentos blandos y tibios los 2 primeros días.
- No salivar (escupir)
- A las 24 horas realizar la higiene bucal normal.
- Consultar con el odontólogo en caso de complicaciones:
 - hemorragia (salida profusa de sangre)
 - Inflamación (hinchazón de la cara)
 - Dolor, infección o retardo de la cicatrización de la herida

CONCLUSIONES

- Las extracciones del tercer molar superior izquierdo deben ser realizadas según los parámetros de salud y las necesidades que el paciente presente.
- El mayor porcentaje de los terceros molares presentan anomalías en su posición, desarrollo o al momento de erupcionar.
- Los terceros molares en combinación con otros factores pueden contribuir al desarrollo del apiñamiento de las piezas anteriores después de un tratamiento ortodóntico.
- La extracción de terceros molares está contraindicada cuando el paciente no presente un estado de salud estable.

RECOMENDACIONES

- Realizar una historia clínica completa, de esta manera conocer en qué estado de salud general se encuentra el paciente.
- Visitar al dentista periódicamente y realizar un estudio radiográfico para observar la evolución del desarrollo del tercer molar.
- Analizar la posición en que los terceros molares harán su erupción mediante radiografías.
- Explicar al paciente que debe exponer el estado de salud real en el que se encuentra, para evitar complicaciones durante y después de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes, 2003 “Tratado De Cirugía Bucal” Barcelona-España, Océano Ergòn.
- Donato, M. 1998 “Cirugía Bucal Patología Y Técnica” 2da Edición. Barcelona-España.
- Gibilisco Stafne; Diagnostico Radiográfico En Odontología. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Moran López, Elena Dra. Cirugía Bucal. Tomo 1. Cuba 2001
- Ries Centeno, G.G. 1991. “Cirugía Bucal”, Editorial Ateneo, México. 188: 224

<http://www.odontocat.com/ciru3.htm> Marzo / 2001-03-15/ 1:04pm

http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/extraccion_dentaria.pdf Marzo / 2001-03-15/ 7:32pm

<http://tercerosmolares.blogspot.com/> Marzo / 2001-03-16/ 1:16am

Anexos

Anexo 1: Historia Clínica

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
EXODONCIA

9 de 2011

- 1.- NOMBRE Y APELLIDO
- 2.- MOTIVO DE CONSULTA
- 3.- MOLESTIA PRINCIPAL
- 4.- ANTECEDENTES PERSONALES

- a) Esta bajo tratamiento médico
- b) Que medicación está tomando
- c) Hepatitis
- d) Hemofilia
- e) Alergias
- f) Embarazo
- g) Cáncer
- h) Hipertensión
- i) Tuberculosis

Ricardo Johnny Mena Durán

Extracción del Tercer Molar.

Ninguna. (Fines ortodónticos)

Ninguno

SI NO PORQUE

Nada

j) Sida

no

k) Sinusitis

no

l) Diabetes

no

m) Complicaciones con anestesia

no

n) Hemorragias

no

o) Otros

no

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso 68 min Respiración 18 min P. Arterial 120/80 Temperatura 37°

B) EXAMEN INTRAORAL

- a) Mucosa labial
- b) Mucosa de carrillo
- c) Paladar duro y blando
- d) Orofaringe
- e) Lengua
- f) Piso de la boca
- g) Dientes
- h) Periodonto
- i) Oclusión
- j) Otros

C) EXAMEN EXTRAORAL

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

6.- PIEZA A EXTRAERSE #

28

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Corona en estado completo, Presenta 3 raíces, tres conductos, ligamento periodontal en estado normal, transculda de oído normal.

8.- DIAGNOSTICO

Pieza Normal (Fines Ortodónticos)

9.- PLAN DE TRATAMIENTO

Exodoncia

10.- TECNICA QUIRURGICA

Sindesmotomia - luxación - Prehensión Tracción - Suav.

11.- FARMACOPAEA

Amoxicilina 500mg 1C/8h
Aptonax 550mg 1C/8h Vitamina C

12.- RECOMENDACIONES

No embargo Físico
Comida Blanda.
Descansar

Keyla Penameta Quizada
INTERNO TRATANTE

EEF DE GUARDIA
9-2-11

Caso de Cirugía:

**Intervención Quirúrgica del Tercer Molar
Superior Izquierdo**

Anexo 2



Paciente – Operador. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Anexo 3



Radiografía Periapical, maxilar superior, zona de molares, la pieza #28 presenta corona en estado completo, presenta 3 raíces, 3 conductos, ligamento periodontal en estado normal, trabeculado óseo normal. Pieza indicada para extracción por fines ortodónticos. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Anexo 4



Presentación De Caso. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Anexo 5



Fase Operatoria utilizando un fórceps universal N° 151 realizando la prehensión con la ayuda de un espejo bucal para separar el carrillo de la zona quirúrgica. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Anexo 6



Postoperatorio con sutura utilizando hilo de seda 3.0. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Anexo 7



Tercer Molar Superior Izquierdo extraído, pieza íntegra sin fractura radicular. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

OTROS CASOS CLÍNICOS REALIZADOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

Caso de Operatoria:

**Restauración de Cuarta con colocación de
poste prefabricado en el Incisivo Lateral
Inferior Derecho**

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
Universidad Guayaquil	Rosa	Castillo Rosado	F	48 años	
MEJOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-49 AÑOS	50-64 AÑOS	65 AÑOS

1. MOTIVO DE CONSULTA
Por limpieza dental y Restauración

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Ninguna

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICA	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RINORRAGIA	4. VIHUS	5. TUBER CULOS	6. ASMA	7. DIABETES	8. SUPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	P. RESPIRAT
110/50	68 x	37°	16 x

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLO
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO-FARINGE	11. A.T.S.	12. GINGIVAS				
☒	☒	☒	☒				

ATm presenta sonido anormal al abrir la boca.

6. ODONTOGRAMA

PIR con AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL

MOVILIDAD Y RESORCION MARCAR EN (1, 2 & 3), SI APLICA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCCLUSION		FLUOROSIS							
PIEZAS DENTALES				PLACA	CALCULO	GRANIOSIS	LEVE	ANGLES I	LEVE						
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
TOTALES															

8. INDICES CPD-ceo

D	C	P	O	TOTAL
6	18	1		25
C				
O				

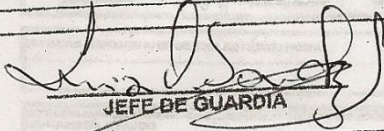
9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

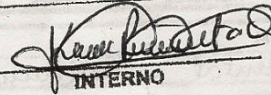
* ₁₈	BRILLANTE NEGATIVO	* ₂₈	PERDIDA (CITRA CRUSA)	* ₃₈	PROTESIS TOTAL
* ₄₈	BRILLANTE REALIZADO	* ₅₈	ENDODONCIA	* ₆₈	CORDON
* ₇₈	EXTRACCION INDICADA	* ₈₈	PROTESIS FIJA	* ₉₈	OBTURADO
* ₁₀₈	PERDIDA POR CARIES	* ₁₁₈	PROTESIS REMOVIBLE	* ₁₂₈	CARIES

1RA CITA

FECHA: 01-07-2011

Diagnostico y Profilaxis.

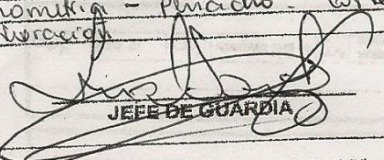

JEFE DE GUARDIA

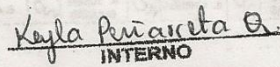

INTERNO

2DA CITA

FECHA: 8-2-11

Retirar Material Intraconducto - Instrumentación Vano - Inigo - Aspro)
Conomulig - Pincado - Corte de Pincado - Lavado de Cámara -
Observación

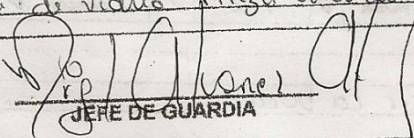

JEFE DE GUARDIA

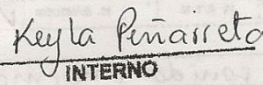

INTERNO

3RA CITA

FECHA: 19-02-11

Restauración de la Pieza #42 en Colocación de Paste de
Fibra de Vidrio (Pieza endodonciada)


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 GUAYATECO
FACULTAD FILOSOFICA DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
FICHA CLINICA DE OPERATORIA DENTAL

1.- DATOS ESTADISTICOS

2.- Nombres: Rosa Castillo Rosado
3.- Domicilio: Flor de Bastion

FECHA: 19-02-2011
Asistido: Castillo
Teléfono: 083026878

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

Restauración de algunos dientes

3.- MOLESTIA PRINCIPAL

Acumulación de restos alimenticios del diente afectado y falta de Estética

4.- PIEZA A TRATARSE #

42

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Corona con sombra radiolucida compatible con destrucción en el ángulo disto incisal, cámara ausente, conducto con sombra radiopaca compatible con material de obturación endodóntica, ligamento ligeramente ensanchado y periapex normal.

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: Pieza endodóntica con cavidad en el ángulo disto incisal

7.- DIAGNOSTICO

Pieza endodonciada, restauración de 1ta Clase

8.- PLAN DE TRATAMIENTO

Operación dental; restauración de 1ta clase con resina de fotocurado y colocación de fibra de vidrio

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

No es necesario.

10.- RECOMENDACIONES

Evitar tomar o comer alimentos con colorantes, evitar comer cosas duras.

11.-

PASOS OPERATORIOS

	FECHA	FIRMA JEFE DE GUARDIA
1.- Maniobras Previas	19-02	
2.- Apertura de la cavidad	19-02	
3.- Extensión preventiva	19-02	
4.- Eliminación de tejido cariado	19-02	
5.- Protección dentino pulpar	19-02	
6.- Conformación definitiva de la cavidad	19-02	
7.- Obturación de la cavidad	19-02	
8.- Tallado de la Restauración	19-02	
9.- Pulido de la Restauración	19-02	

Keyla Prioreta

Foto 1



Paciente - Operador. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 2



Radiografía Periapical, maxilar inferior, zona de incisivos, la pieza # 42 presenta corona con sombra radiolúcida compatible con destrucción en Angulo distoincisal, cámara ausente, conducto con sombra radiopaca compatible con material de obturación endodòntico, ligamento ensanchado y periápice normal. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 3



Presentación Del Caso. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Foto 4



Pieza En Tratamiento Con Cavidad Conformada, con poste de fibra de vidrio y aislamiento Absoluto. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 5



Pieza En Tratamiento Con Cavidad Conformada Con resinfor y Aislamiento Absoluto.
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 6



Caso Terminado: Tallado, Pulido Y Abrillantado. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Caso de Prevención:

**Colocación de Sellantes en los Primeros
Molares Permanentes**

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
Universidad Guayaquil	Jeremy Joel	Guzman Franco	M	9 años	
MEMORIA (AÑO)	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS
	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO

1 MOTIVO DE CONSULTA

Prevención

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Ninguna

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS	2. ALERGIAS	3. ENFERMEDADES	4. ENFERMEDADES	5. ENFERMEDADES	6. ENFERMEDADES	7. ENFERMEDADES	8. ENFERMEDADES	9. ENFERMEDADES	10. OTRO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

4 SIGNOS VITALES

TAKE	FRECUENCIA	TEMPERATURA	F. RESPIRATORIA
120/80	72/min	37.0	17/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MANDIBLA SUPERIOR	4. MANDIBLA INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FUEO	8. CERVICELLOS
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. GUMAS	10. ORO PARANAL	11. A.T.M.	12. GUMAS				
✓	✓	✓	✓				

lengua Presenta manchitas Rojas en la punta de la lengua

6 ODONTOGRAMA

INTER CON. AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL

MOVIDO Y RESECION: MARCA "X" (1, 2, 3, 4) SI AFECTA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS	8 INDICES CPD-600						
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALEDO.	ORIGENES				C	P	O	TOTAL			
18	✓	17	✓	95			LEVE	ANGLE I	LEVE	3					3
11	✓	21	✓	51			MODERADA	ANGLE I	MODERADA						
26	✓	27	✓	95			SEVERA	ANGLE II	SEVERA						
36	✓	37	✓	75											
31	✓	41	✓	71											
46	✓	47	✓	85											
TOTALES															

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

●	RELLANTE NEGATIVO	⊙	PERDIDA (OTRA CAUSA)	⊙	PROTESIS TOTAL
●	RELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊙	CORONA
⊙	EXTRACCIÓN INDICADA	⊙	PROTESIS FIJA	⊙	OSTURADO
⊙	PERDIDA POR CARIES	⊙	PROTESIS REMOVIBLE	⊙	CARIES

Foto 1



Paciente Operador. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 2



Presentación Del Caso Arcada Superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 3



Presentación Del Caso Arcada Inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 4



Ameloplastía Superior: desgaste superficial de las superficies Oclusales. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 5



Ameloplastía Inferior: desgaste superficial de las superficies Oclusales. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 6



Piezas Superiores con ácido grabador y Aislamiento Relativo; se coloca luego de la Ameloplastía el ácido grabador para que el sellante se fije en las superficies Oclusales Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 7



Piezas Inferiores con ácido grabador y Aislamiento Relativo; se coloca luego de la Ameloplastía el ácido grabador para que el sellante se fije en las superficies Oclusales Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 8



Superficies selladas de arcada superior: luego de eliminar el ácido grabador con agua se procede a secar bien las superficies para colocar el sellante, finalmente se eliminan los excesos. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 9



Superficies selladas de arcada superior: luego de eliminar el ácido grabador con agua se procede a secar bien las superficies para colocar el sellante, finalmente se eliminan los excesos. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 10



Toma Superior E Inferior Con Cubetas Aplicando Flúor. Clínica de Internado
Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Caso de Endodoncia:
Necropulpectomía del Incisivo Lateral
Inferior Derecho

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	UNIVERSIDAD GUAYAQUIL	NOMBRE	Rosa	APELLIDO	Castillo Posado	SEXO (M/F)	F	EDAD	48 años
MEMOR DE (AÑOS)		9-14 AÑOS	5-14 AÑOS	15-14 AÑOS	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA	
PROGRAMADO		PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO		PROGRAMADO	

1. MOTIVO DE CONSULTA
Por limpieza dental y restauración.

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
Ninguna

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIAS	2. ALERGIAS	3. ALERGIAS	4. ALERGIAS	5. ALERGIAS	6. ALERGIAS	7. ALERGIAS	8. ALERGIAS	9. ALERGIAS	10. ALERGIAS
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

4. SIGNOS VITALES

Presión Arterial	110/80	Frecuencia Cardíaca	68 mm	Temperatura	37°	F. Respirat	16 mm
------------------	--------	---------------------	-------	-------------	-----	-------------	-------

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CUELLO
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Atm presenta sonido anormal al abrir la boca.

6. ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	71	72	73	74	75	38
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES				PLACA CALCULO		ORIENTE		TOTAL	
18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11				0-1-2-3-4		0-1-2-3		0-1	
11 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27				2		1		2	
26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33				2		2		1	
31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38				2		2		1	
TOTAL									

8. INDICES CPO-geo

C	P	O	TOTAL
6	18	1	25
C	P	O	TOTAL

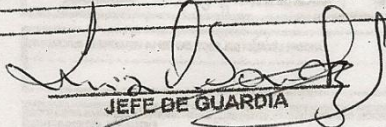
9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

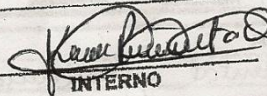
*18	SEÑALANTE NEGATIVO	*28	PERDIDA (OTRA CAUSA)
*17	SEÑALANTE NEUTRO	*27	ENDODONCIA
*16	EXTRACCIÓN INDICADA	*26	PROTESIS FIJA
*15	PERDIDA POR CARIES	*25	PROTESIS REMOVIBLE
		*24	PROTESIS TOTAL
		*23	CORONA
		*22	OSTURADO
		*21	CARIES

1RA CITA

FECHA: 01-07-2011

Diagnostico y Profilaxia

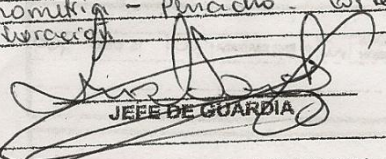

JEFE DE GUARDIA

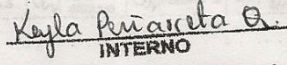

INTERNO

2DA CITA

FECHA: 8-2-11

Retirar Material Intraconducto - Instrumentacion (limo - Inigo - Aspio)
Conomikig - Pinacho - Corte de Pinacho - Lavado de Camara -
Observacion

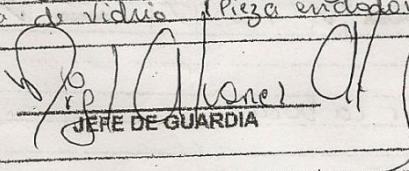

JEFE DE GUARDIA

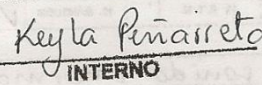

INTERNO

3RA CITA

FECHA: 19-02-11

Restauracion de la Pieza #42 en Colocacion de Parte de
Fibra de Vidrio (Pieza endodonciada)


JEFE DE GUARDIA


INTERNO

4TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

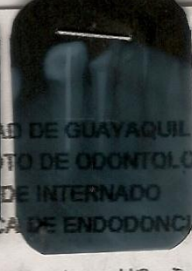
INTERNO

6TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

NOMBRE: Rosa Castillo Rosado EDAD: 48 años FECHA: 01-07-2011

ANTECEDENTES

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

MOTIVO DE LA CONSULTA: Por Restauración de unos dientes

MOLESTIA PRINCIPAL: Acumulación de restos alimenticios en el diente
causado y Falta de Estética

DIENTE A TRATARSE #: Pieza # 42.

EXPLORACION CLINICA

INSPECCION: Proceso carioso con aparente PALPACION: -
compromiso pulpar

PERCUSION: - MOVILIDAD: Normal

TRANSILUMINACION: Criómico

INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Sombra radiolucida en el angulo disto incisal
compatible con proceso carioso, 1 Conducto radicular, Conducto radi-
cular estrecho, Ligamento periodontal ensanchado

SEMILOGIA DEL DOLOR

TIPO: - INTENSIDAD: -
CRONOLOGIA: - UBICACIÓN: -
ESTIMULO: -

VITALOMETRIA

PRUEBA TERMICA: -
PRUEBA DE CAVIDAD: -

DIAGNOSTICO: Diente con pulpa no vital en estado irreversible

TRATAMIENTO

LONGITUD APARENTE: 18 mm LONGITUD DE TRABAJO: 20 mm

PRONOSTICO: Favorable para el diente
desfavorable para la pulpa

OBSERVACIONES

PRIMERA CITA

- Diagnóstico
- Apertura
- Instrumentación (Conductometría)
- Material Intracanal (Resina de Cal)
- Material de Obturación provisional (Caut)

SEGUNDA CITA

Retirar Material Intracanal
Instrumentación (Limo - Irigo - Aspiro)
Conometría
Penacho - Corte de Penacho - Lavado de Cámara - Obturación

FECHA

01-02-2011

COSTO

\$30

ABONO

\$30

SALDO

Keyla Penarreta Quezada

INTERNO TRATANTE

EFE DE GUARDIA

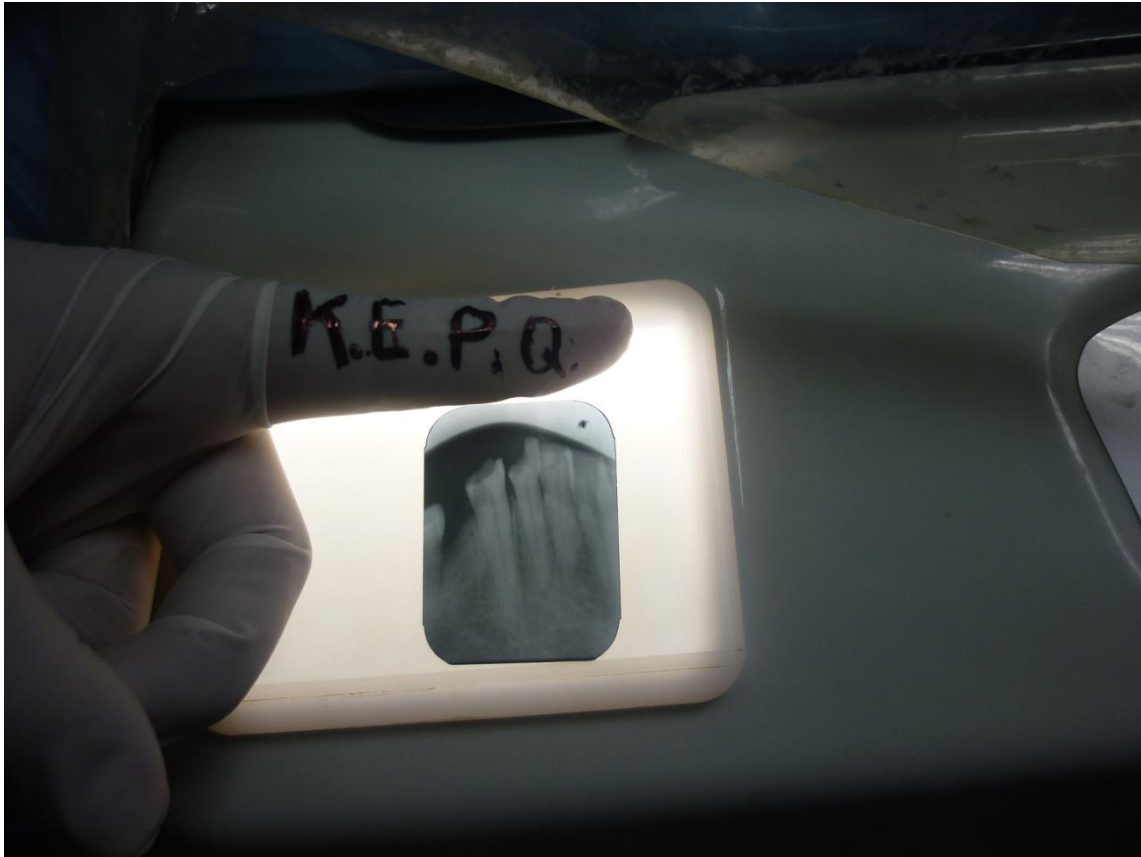
8-2-11

Foto 1



Paciente Operador. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 2



Radiografía Periapical, maxilar inferior, zona de incisivos, la pieza # 42 presenta corona con sombra radiolúcida en el ángulo distoincisal compatible con proceso carioso, aparente comunicación con cámara, 1 conducto radicular, conducto estrecho, ligamento periodontal ensanchado, trabeculado óseo normal. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 3



Apertura Con Aislamiento Absoluto. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2010.

Foto 4



Serie radiográfica de los pasos que se realizó en el transcurso del tratamiento: diagnóstico, conductometría, conometría y conducto obturado. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 5



Pieza En Tratamiento Con Aislamiento Absoluto Y Conos. Clínica de Internado
Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 6



**Pieza Con Restauración: Tallado Pulido Y Abrillantado. Clínica de Internado
Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.**

Caso de Periodoncia:
Tratamiento periodontal y colocación de
férula

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	Nº HISTORIA CLINICA
Universidad de Guayaquil	María Eugenia	Montoya Romero	F	47 años	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-8 AÑOS	9-14 AÑOS	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS
		PROGRAMADO	PROGRAMADO		

1. MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en una pieza dentaria

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Ninguna

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICA	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMOGRAMAS	4. HEMORRAGIA	5. TUMOR CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

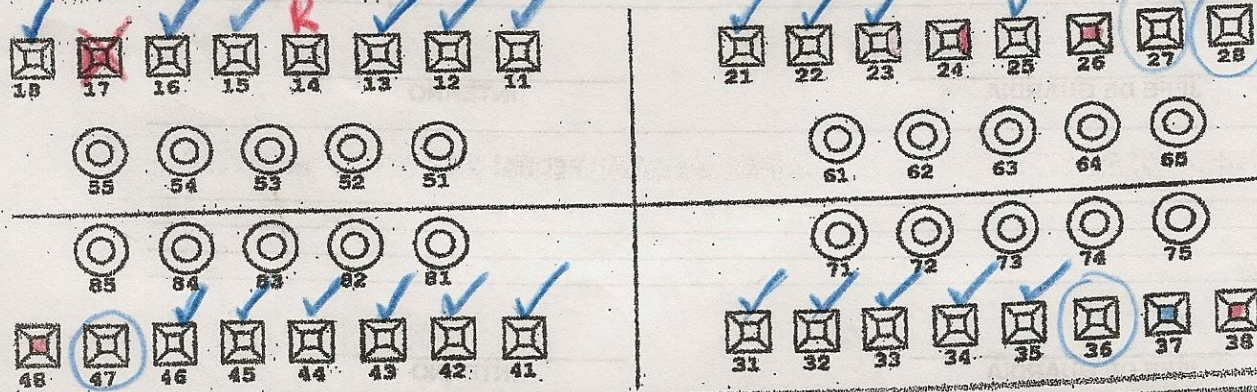
4. SIGNOS VITALES

Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Temperatura	F. Respirat.
140/80	80/min	37°	18/min

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FISO	8. GARRILLOS
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

6. ODONTOGRAMA



7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUCROSIIS	
				LEVE	MODERADA	ANGLE I	ANGLE II	LEVE	MODERADA
				SEVERA				SEVERA	
PIEZAS DENTALES				PLACA		CALDILLO		GINGIVITIS	
				0-1-2-3		0-1-2-3		0-1	
16	17	55	2	2	1				
11	21	61	3	3	1				
26	27	65	2	2	1				
36	37	75	2	3	1				
31	41	71	3	3	1				
46	47	85	3	2	1				

8. INDICES CPD-ceo

				TOTAL	
D	C	P	O		
5	4	1		10	
d	c	p	o		
					TOTAL

9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

★	SEÑALANTE NEGATIVO	⊗	PERDIDA (CITRA CRUSA)	⊞	PROTESIS TOTAL
★	SEÑALANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA
★	EXTRACCIÓN NEGADA	⊞	PROTESIS PDA	⊞	OSTIADO

1RA CITA

FECHA: 10-02-11

Diagnostico - Profilaxis


JEFE DE GUARDIA

Keyla Penameta Q
INTERNO

2DA CITA

FECHA:

Raspado y Alisado. Extracción Indicada y fluorización y
fertilización


JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

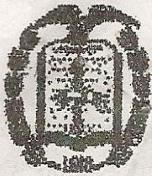
INTERNO

6TA CITA

FECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres: Maia Eugenia
b) Domicilio: Primavera 2

FECHA: 10-02-2011
Apellidos: Montoya Romero
Teléfono: 097648762

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

Dolor dental y Limpieza dental.

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?

hace 5 años.

No

2 veces.

Triple Acción Colgate

No

Si

hace 2 años.

En la Zona Inferior Anterior por Vestibular y Lingual

Antes Si Ahora No

No

Si

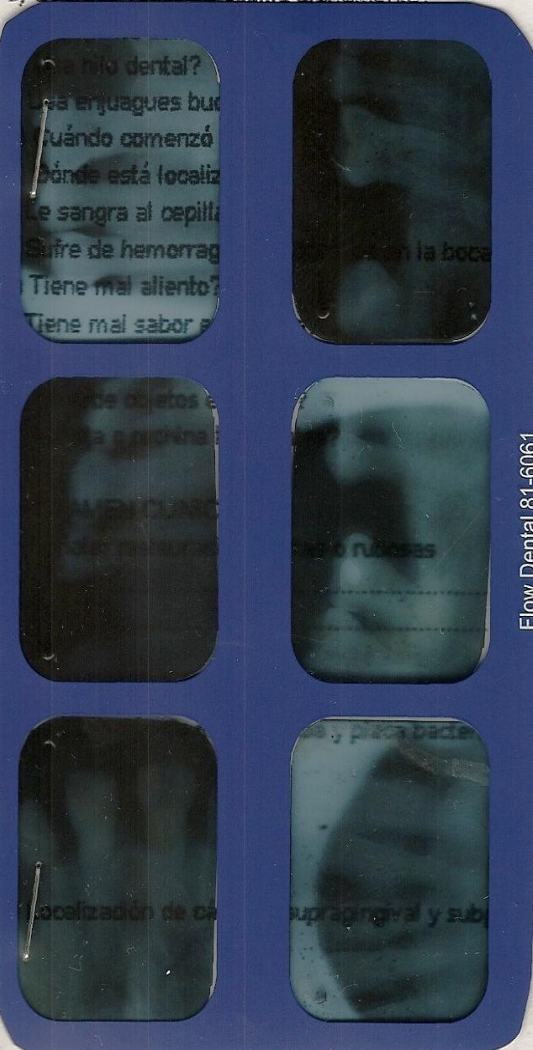
Si

No

No

No

No



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

18-17-16-15-14-13-12-11 21-25-26
46-45-44-43-42-41 31-32-33-34-35-37

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 11	Corona con cámara amplia, 1 Raíz, 1 conducto amplio, ligamento normal y hueso sano.
PIEZA 12	Corona con cámara amplia, una raíz, 1 conducto, ligamento ligeramente ensanchado, hueso sano
PIEZA 13	Corona completa, 1 Raíz, 1 conducto amplio, ligamento normal, hueso sano
PIEZA 14	Corona ausente, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ligeramente ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 15	Corona con caries en cervical del lado distal, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 16	Corona con caries en cervical del lado distal, 2 Raíces, 3 conductos, ligamento normal, Reabsorción ósea
PIEZA 17	Corona con caries cervical del lado distal que compromete pulpa, 3 Raíces, 3 conductos, R. ósea
PIEZA 18	Corona completa, 2 Raíces, 3 conductos, posición distoangular, ligamento periodontal sano...

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31	Corona con cámara estrecha, 1 Raíz, 1 conducto estrecho, ligamento ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 32	Corona completa presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 33	Corona completa presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 34	Corona completa, cámara estrecha, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento normal, Reabsorción ósea
PIEZA 35	Corona completa, cámara estrecha, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento normal, R. ósea
PIEZA 36	Pieza Ausente
PIEZA 37	Corona completa, presenta sombra RO compatible a material de obturación, 2 Raíces, 2 conductos, R. ósea
PIEZA 38	Corona completa, 2 Raíces, 1 conducto, posición mesioangular, ligamento normal, R. ósea

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 21	Corona con cámara amplia, 1 Raíz, 1 conducto estrecho, ligamento ensanchado
PIEZA 22	Corona completa presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, R. ósea
PIEZA 23	Corona completa presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, R. ósea
PIEZA 24	Corona completa, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, Reabsorción ósea
PIEZA 25	Corona completa, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento normal, Reabsorción ósea
PIEZA 26	Corona con cámara estrecha, 2 Raíces, 3 conductos, ligamento normal, hueso sano
PIEZA 27	Pieza Ausente
PIEZA 28	Pieza Ausente

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41	Corona con cámara estrecha, presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, R. ósea
PIEZA 42	Corona completa, presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado, R. ósea
PIEZA 43	Corona completa, presenta tartaro, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento ensanchado
PIEZA 44	Corona completa, cámara estrecha, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento normal
PIEZA 45	Corona con cámara estrecha, 1 Raíz, 1 conducto, ligamento normal
PIEZA 46	Corona completa, 2 Raíces, 2 conductos, ligamento normal, R. ósea
PIEZA 47	Pieza Ausente
PIEZA 48	Corona completa, 2 Raíces, 2 conductos, posición mesioangular

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Enfermedad Periodontal Crónica

7.- TRATAMIENTO

Tratamiento Periodontal Convencional

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

Diagnostico - Profilaxis - Radiografías - Fotografías - Distantraje - Sondaje - Pulido y Alisado Radicular - Fluorización - Terapéutica - Recomendaciones.

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

Amoxicilina 500mg - Apironax 550mg
Vitamina C, Enjuague Bucal, Pasta dental Gengivit

10.- RECOMENDACIONES:

cepillarse los dientes 3 veces al día, visitar al odontólogo periódicamente, usar hilo dental, usar enjuague bucal. Todos los días.

11.- PRIMERA CITA

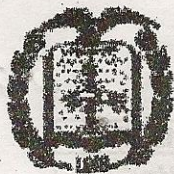
FECHA:

Keyla Pinarreta &
INTERNO

12.- SEGUNDA CITA

FECHA:

Keyla Pinarreta &
INTERNO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA

PACIENTE: María Eugenia Montoya.	H.C. #
INTERNO: Keyla Periarreta A	CURSO: 5/2

ÍNDICE DE PLACA

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

b)	100%
c)	d)

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

ÍNDICE DE CÁLCULO

Ausencia de cálculo:	0
Cálculo supragingival:	1

Cálculo subgingival:	2
Cálculo supra y subgingival:	3

0 2 2 2 0 2 2 2	2 1 0 1 2 1
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
2 2 2 2 2 3 3 3	3 3 3 2 2 2 2

ÍNDICE DE MOVILIDAD

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

2	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
	2 3 3	3 3 2

ÍNDICE DE SANGRADO

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

2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 3 3 2 3
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

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

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

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

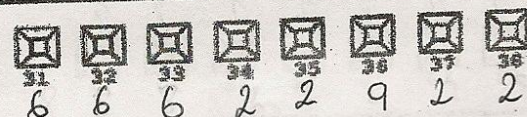
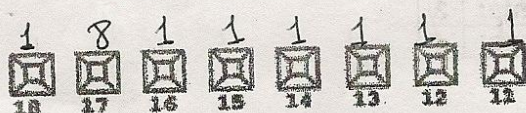
SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

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



Keyla Peñarreta &
INTERNO

JEFE DE GUARDIA



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

PACIENTE: <i>Maria Eugenia Montoya Romero</i>	H.C. #
INTERNO: <i>Kyela Penarreta R.</i>	CURSO: <i>5/2</i>

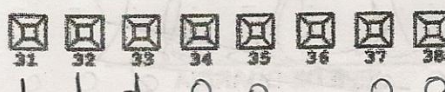
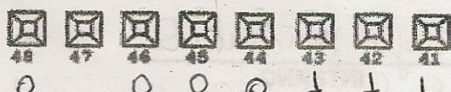
CONTROL DE PLACA

FECHA: *15* / *02* / *2011*



CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: *15* / *02* / *2011*



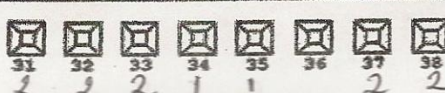
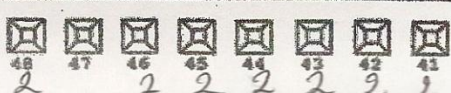
CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: *15* / *02* / *2011*



CONTROL DE SANGRADO

FECHA: *15* / *02* / *2011*



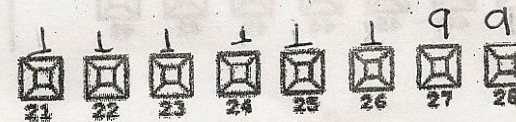
SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 15 / 02 / 2011



CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 15 / 02 / 2011



[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

Foto 1



Paciente - Operador. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 2



Serie radiográfica de ambos maxilares para analizar el estado de salud oral de la paciente y realizar un correcto diagnóstico. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2010.

Foto 3



Preoperatorio Superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Foto 5



Preoperatorio Inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 6



Toma Superior Después Del Destartraje .Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 7



Toma Inferior Después Del Destartraje .Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 8



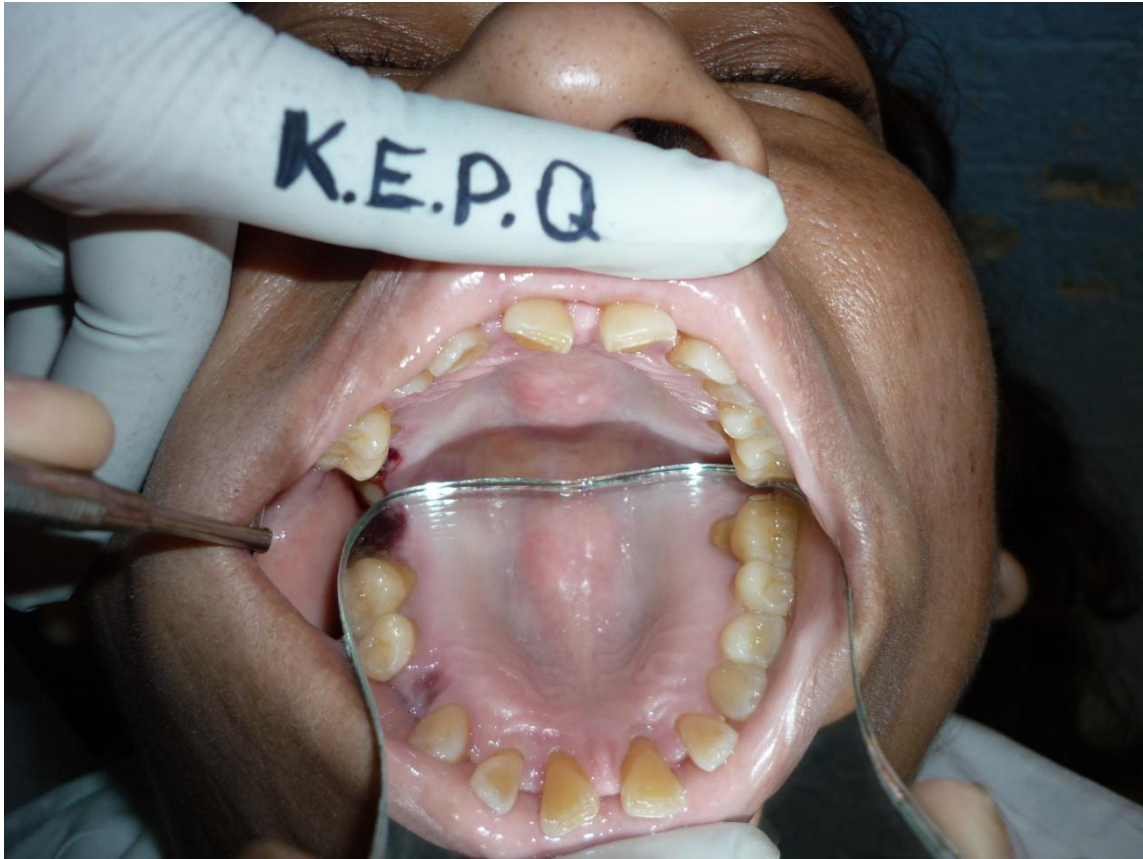
Fluorización Superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 9



Fluorización Inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología. Peñarreta K, 2011.

Foto 10



Postoperatorio Superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Foto 11



Postoperatorio Inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.
Peñarreta K, 2011.

Solicitud de Tutor