



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

Previo a la obtención del título de

**ODONTOLOGA**

**TEMA:**

**Etiopatogenia de las Anomalías de la Erupción Dentaria**

**Autora**

Ligia Elena Gadvay Samaniego

**TUTORA:**

Dra. Fatima Mazzini de Ubilla M.SC

**Guayaquil, abril 2011**

## CERTIFICADO DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de Graduación:

### CERTIFICAMOS:

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

**El trabajo de graduación se refiere a:**

“Etiopatogenia de las Anomalías de la Erupción Dentaria.”

**Presentado por:**

Gadvay Samaniego Ligia Elena

060428323-4

**Apellidos y Nombres**

**Cedula de Ciudadanía**

### TUTORES

\_\_\_\_\_  
Dra. Fatima Mazzini de Ubilla M.Sc.

\_\_\_\_\_  
Dra. Elisa Llanos R. M.Sc.

**Académico**

**Metodológico**

\_\_\_\_\_  
Dr. Washington Escudero Doltz

**Decano**

Guayaquil marzo del 2011

## **AUTORÍA**

La autoría, criterios, conceptos y análisis vertidos en el presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor

LIGIA ELENA GADVAY SAMANIEGO

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por su bendita sabiduría, comprensión y amor.

A la universidad de Guayaquil por la oportunidad para poder desarrollar y terminar con éxito mi actividad académica.

Mi sincero agradecimiento a la Dra. Fatima Mazzini, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección que ha facilitado a las mismas.

Gracias, a mi familia, a mi Madre y mis hermanos, que han compartido junto a mi mis triunfos y fracasos brindándome su apoyo incondicional.

Gracias a mis amiga/os, que siempre me han estado presentes brindándome un gran apoyo, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

A todos, muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor dedico este trabajo a toda mi familia.

Mi madre Zoilita dedico este trabajo de graduación por su apoyo incondicional, por su lucha diaria, por su amor, por estar conmigo en los momentos buenos y malos, por sus consejos y por enseñarme a luchar por mis sueños y a nunca rendirme.

A mis hermanos en todo momento estuvieron brindándome su apoyo, a pesar de todas las dificultades.

Por eso con mucho cariño les dedico este trabajo a todos por creer en mí y apoyarme para terminar mi carrera.

A todos ellos mi agradecimiento.

<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
Caratula	
Certificación de tutores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos.....	3
<b>CAPITULO: 1 FUNDAMENTACION TEORICA</b>	
1.1 Erupción Dentaria.....	4
1.2 Etiopatogenia.....	4
1.3 Factores locales.....	5
1.3.1 Erupción Precoz.....	5
1.3.2 Pérdida de los dientes temporales por caries.....	5
1.3.3 Anquilosis.....	6
1.3.4 Retención prolongada de los dientes permanentes.....	6
1.3.5 Traumatismos .....	6
1.3.6 Posición irregular del diente.....	7
1.3.6.1 Impactación.....	7
1.3.7 Falta de espacio en la arcada.....	8
1.3.8 Quistes dentígeros y periodontitis apical.....	9
1.3.9 Dientes supernumerarios.....	9
1.3.10 Densidad del hueso.....	10
1.3.11 Tumores odontogénicos u odontomas.....	10
1.3.12 Fibromatosis gingival hereditaria.....	11
1.3.13 Displasia odontomaxilar segmentaria.....	11

1.3.14 Odontodisplasia regional.....	12
1.4 Factores sistémicos.....	12
1.4.1 Malnutrición.....	12
1.4.2 Déficit de la hormona de crecimiento.....	12
1.4.3 Tratamiento de radioterapia y quimioterapia.....	13
1.4.4 Infección por VIH.....	13
1.5 Desordenes genéticos.....	13
1.5.1 Osteogénesis imperfecta.....	13
1.5.2 Dentinogenesis imperfecta.....	14
1.5.3 Amilogénesis imperfecta.....	14
1.5.4 Síndrome de Apert.....	14
1.5.5 Querubismo.....	15
1.5.6 Displasia dentinaria tipo I.....	15
1.5.7 Displasia cleidocraneal.....	15
1.5.8 Síndrome de Down.....	16
1.5.9 Síndrome de Parry–Romberg o atrofia hemifacial progresiva..	16
CAPITULO. 2 CASO QUIRURGICO.....	17
2.1 Fase Preoperatoria.....	17
2.1.1 Historia clínica.....	17
2.2 Fase Operatoria.....	17
2.2.1 Intervención Quirúrgica “extracción del tercer molar superior izquierdo semiretenido”.....	17
Asepsia.....	17
Anestesia.....	18
Incisión.....	18
Levantamiento del colgajo.....	18
Osteotomía.....	19
Operación propiamente dicha.....	19
Tratamiento de la cavidad.....	19
Sutura.....	20
2.3 Indicaciones posoperatorias. ....	20

Receta.....	20
Recomendaciones.....	21
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	25

## INTRODUCCIÓN

La erupción dentaria está formada por una compleja serie de procesos de desarrollo, por los cuales un germen se forma y el diente erupciona en la arcada en su posición funcional, según sus tiempos establecidos. Sin embargo durante su proceso evolutivo pueden producirse numerosas alteraciones que pueden interferir en la erupción dentaria normal.

Las anomalías pueden ser causadas por factores genéticos, ambientales (sistémicos y locales) o de ambos que se presentan en cada una de las etapas de la formación dental.

Durante la erupción de los dientes temporales pueden suceder una serie de acontecimientos patológicos que son la causa de las complicaciones en el proceso de erupción normal. Afectando a uno o un grupo de elementos de la dentición temporal, sin alterar del aparato masticatorio de un niño.

Las afecciones tempranas tienen secuelas en el momento de la erupción en la dentición permanente, provocando anomalías dentarias por la pérdida precoz de los dientes deciduos ya que estos actúan como mantenedores de espacios para la erupción de los dientes definitivos. Las principales complicaciones que presentan los dientes permanentes son las retenciones e inclusiones dentales por la falta o por la pérdida del espacio, ya sea esta por la mesialización de las piezas o por la presencia de un obstáculo que impiden la erupción normal del diente.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Determinar las diferentes causas que producen las anomalías en la erupción dentaria y las complicaciones que se presentan en las distintas denticiones “temporal y permanente”.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer las patologías que afectan e impiden la erupción normal en los dientes temporales.
- Investigar cuales son los principales problemas para las inclusiones dentales
- Saber cuáles son las complicaciones que produce las retenciones prolongadas de los dientes permanentes.

## **TEMA:**

# **Etiopatogenia de las Anomalías de la Erupción Dentaria**

## **CAPITULO: 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **1.1 Erupción Dentaria**

La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona dentaria desde el lugar de su desarrollo dentro del hueso hasta su posición funcional en la cavidad bucal, sin embargo durante su formación pueden producirse numerosas anomalías que pueden interferir en la erupción.

La erupción dentaria sigue una secuencia determinada e intervalos de tiempo concretos, si existe un retraso mayor de seis meses. Debe investigarse si existe una agenesia o si el diente está incluido.

Cronología de la erupción dentaria: (ver anexo #1 y #2).

### **1.2 Etiopatogenia**

La etiopatogenia de las anomalías de la erupción dentaria no se conoce completamente, pero se le atribuyen muchos factores de diferente etiología, asociados al retraso de la erupción, como por ejemplo: dientes supernumerarios, anquilosis, quistes, erupción ectópica, tumores odontogénicos / no odontogénicos, deficiencias nutricionales, infección por VIH, síndrome de Gardner, etc.

Para conocer esta peculiar anomalía en la erupción de los dientes debe buscarse su causa primaria, desde el origen de la especie humana como inicia la evolución.

Los antropólogos afirman que el desarrollo constante del cerebro humano agranda su caja craneana a expensas de los maxilares, provocando en el hombre moderno la disminución en el número de los dientes.

<sup>1</sup>Hooton afirmó que las diferentes partes que forman el aparato estomatognático han disminuido en proporción inversa a su dureza y plasticidad, es decir, lo que más ha empequeñecido son los músculos, la función masticatoria, seguidos de los huesos y por último los huesos.

### **1.3 Factores locales**

#### **1.3.1 Erupción Precoz**

El recién nacido puede presentar uno o varios dientes temporales erupcionados con más frecuencia en la mandíbula. En caso de erupción precoz el diente suele ser móvil y corre el riesgo del paso a las vías respiratorias, se altera la alimentación del recién nacido y puede producir úlceras en la lengua y labios, por todo ello se debe realizar la extracción de la pieza.

#### **1.3.2 Pérdida de los Dientes Temporales por Caries**

Los dientes temporales sirven de mantenedores de espacios para los dientes permanentes, tanto en su arcada como en la conservación de su plano oclusal correcto.

La caries es por su frecuencia el factor más importante en la pérdida precoz de los dientes temporales, lo que implica el desplazamiento de los dientes adyacentes.

La pérdida del primer y segundo molar superior temporal y del primeros, segundos molares y caninos inferiores, es preocupante estos mantienen el espacio de los dientes definitivos.

La extracción prematura del segundo molar temporal favorece al desplazamiento mesial del primer molar permanente, interrumpiendo así la erupción del segundo premolar permanente.

---

<sup>1</sup> Hooton

### **1.3.3 Anquilosis (Imagen ver en anexo #3)**

La anquilosis dental es la fusión del diente al hueso, previene la erupción del diente. Esto puede ocurrir en los dientes primarios, como en los dientes permanentes y puede ocurrir en cualquier etapa durante el desarrollo o la erupción.

La anquilosis de dientes temporales se ha relacionado con el retraso de la erupción del diente permanente sucesor ya que el diente temporal anquilosado supone una obstrucción física. La solución clínica es la extracción de dicho diente temporal para así facilitar la correcta erupción del diente permanente.

La causa de la condición no se sabe todavía. Las teorías incluyen el trauma y la herencia. Una revisión y una radiografía son los principales métodos de diagnóstico para determinar la anquilosis.

### **1.3.4 Retención Prolongada de los Dientes Permanentes**

La retención de los dientes temporales más allá de la época normal de exfoliación, produce una interferencia mecánica que desvía la erupción del diente permanente, favoreciendo a la mal posición o la impactación.

Esta anomalía se debe a la anquilosis alveolo dentaria, en la que se produce la fusión anatómica entre el cemento radicular y el hueso alveolar con la desaparición total o parcial del espacio periodontal.

Los dientes afectados más frecuentes son los molares temporales inferiores.

### **1.3.5 Traumatismos**

Las alteraciones o lesiones que se produzcan en la dentición primaria están relacionadas directamente con los daños secundarios en la dentición permanente. Suelen darse de un accidente obstétrico, como en

un parto complicado traumatiza los gérmenes de los dientes temporales inferiores y produce su avulsión.

La subluxación suele dar como secuelas en la dentición permanente: alteración de la erupción e hipoplasia.

La avulsión, puede provocar hipoplasia de esmalte; y la fractura radicular, suele alterar la erupción del diente permanente sucesor.

La intrusión, suele provocar las mismas alteraciones además de la deformación de la corona y/o raíz dependiendo de la zona que se esté formando en ese momento.

### **1.3.6 Posición Irregular del Diente**

La dirección anómala de erupción del un diente provoca que queda impactado.

#### **1.3.6.1 Impactación**

La impactación es el fallo en la erupción de un diente producida por una barrera física, “apiñamiento, falta de espacio en la arcada, por la presencia de otro diente, hueso o por tejidos blandos”, que impiden la erupción normal del diente, detectable con una radiografía.

La impactación de un diente temporal también se ha relacionado con el retraso de la erupción dental de los dientes permanentes sucesores, ya que supone una obstrucción para la erupción del mismo.

Frecuencia de las inclusiones dentarias:

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%

Segundo premolar superior	3%
Primer Premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1,5%
Incisivo lateral inferior	0,8%
Primer premolar superior	0,8%
Primer premolar inferior	0,5%
Segundo molar inferior	0,5%
Primer premolar superior	0,4%
Incisivo central inferior	0,4%
Segundo molar superior	0,1%

### 1.3.7 Falta de Espacio en la Arcada

Hay múltiples causas que provocan la falta de espacio.

- **Micrognatia Mandibular o Maxilar**

Es el crecimiento anormal de los maxilares por ello es posible que la erupción dentaria se realice en un maxilar de volumen menor, del mismo modo una erupción adelantada en maxilares normales, puede producir una desproporción entre el volumen del maxilar de esa edad y la erupción dentaria.

- **Anomalías en el Tamaño y en la Forma de los Dientes**

El tamaño está determinado por la herencia, las anomalías de tamaño más frecuentes en la zona de premolares inferiores, ocurre también en la zona de los incisivos, se da en uno o en varios dientes lo que da lugar a un aumento significativo de la longitud de la arcada y un conflicto de espacio para los últimos dientes en erupcionar.

La forma de los dientes también están relacionados con el tamaño de los maxilares, lo más importante en este caso es la macrodoncia, ya sea por

presencia de un cingulo exagerado o unos rebordes marginales muy amplios.

### **1.3.8 Quistes Dentígeros y Periodontitis Apical**

Pueden ser un factor influyente en el retraso de la erupción.

- **Quiste Dentígero** (Imagen ver en anexo #4)

Es un quiste odontogénico, que rodea a la corona de un diente no erupcionado, que se asocia a la ruptura del retículo estrellado durante la amelogénesis, denominado epitelio reducido del esmalte.

Este quiste es causa común del retraso en la erupción de la dentición permanente, es la presencia de este tipo de quistes dentígeros que interfieren con el proceso normal.

- **Periodontitis Apical**

Es una enfermedad por infección del conducto radicular, el tratamiento lógico de la enfermedad consiste en eliminar la infección del conducto y excluir su re infección.

Si no es eliminado el tejido enfermo de la pulpa, antes o después saldrán las bacterias y sus productos de desecho (toxinas) a través de la raíz del diente, resultando una inflamación e infección de los tejidos que rodean la raíz (hueso y ligamento periodontal), causando una periodontitis apical.

### **1.3.9 Dientes Supernumerarios**

Los dientes supernumerarios pueden imitar la forma de los dientes normales, (eumórficos), o tener una forma atípica (heteromórficos). Suelen presentarse de forma aislada o de forma grupal, en ocasiones los dientes supernumerarios erupcionan en la posición del diente definitivo.

La presencia de uno o varios dientes supernumerarios provocan una obstrucción para la erupción dental, se encuentran con más frecuencia en el maxilar superior aunque pueden aparecer en cualquier zona de los maxilares, su localización habitual es en la línea media llamados “mesiodens”.

Los mesiodens, además de provocar un retraso en la erupción dental, su presencia puede derivar en otras alteraciones como son un diastema central y una erupción dental anómala. Se encuentran muy cerca a los dientes permanentes por vestibular o por palatino, o próximos al suelo de las fosas nasales en cualquier dirección.

#### **1.3.10 Densidad del Hueso**

Cuando se ha perdido prematuramente un diente temporal el germen del diente permanente está alejado del lugar de erupción en la arcada, el alveolo tiene tiempo de cerrarse con un puente óseo, que por su consistencia actúa como barrera difícil de ser superada por la presión de la erupción del diente definitivo.

En una exfoliación fisiológica normal de los dientes temporales el saco peri coronario del diente permanente entra en contacto con la cavidad bucal, por lo que no existe una verdadera cicatrización del alveolo y la corona sigue su proceso de erupción en el espacio disponible.

#### **1.3.11 Tumores Odontogénicos u Odontomas**

Es un tumor originado en estructuras dentales o en las estructuras embrionarias de las cuales se desarrollan los dientes. Pueden presentarse como múltiples réplicas diminutas de dientes conocido como odontoma compuesto, o presentarse como aglomeraciones de tejido amorfo, y reciben el nombre de odontoma complejo.

La mayoría de los odontomas son asintomáticos y se diagnostican por el DTE o por hallazgo radiográfico casual. A pesar de ser un proceso poco común, los quistes odontogénicos y neoplasias deben tenerse en cuenta cuando se produce un fallo eruptivo unilateral de un diente temporal; especialmente en los casos de los caninos primarios ya que éstos no suelen estar implicados en la impactación por causa traumática.

### **1.3.12 Fibromatosis Gingival Hereditaria**

Es el crecimiento excesivo del tejido gingival, caracterizado por el aumento lento y progresivo no hemorrágico de la encía queratinizada maxilar y mandibular. La encía presenta un color normal, agrandada y firme y es histológicamente benigna, tiene una consistencia semejante al cuero, con gránulos disminuidos en la superficie y en casos graves, los dientes están prácticamente cubiertos y la tumefacción sobresale dentro del vestíbulo de la boca.

El tratamiento es quirúrgico, con el fin de eliminar la encía hiperplásica; sin embargo, en algunas ocasiones el engrosamiento gingival recidiva o los dientes subyacentes no erupcionan.

### **1.3.13 Displasia Odontomaxilar Segmentaria**

Caracterizado por un aumento unilateral del proceso alveolar del maxilar superior y la encía, alteraciones dentales y un patrón óseo radiográfico característico. El aumento en el proceso alveolar maxilar se localiza más frecuentemente desde el canino hasta la tuberosidad, lo cual suele causar una asimetría facial. Las alteraciones dentales más frecuentes son la ausencia de dientes, espacios anormales. Sin embargo, hay casos que no presentan retraso de la erupción dental por lo que no es una característica dental patognomónica de la alteración.

Sus características dentales son: agenesias dentales, reabsorción anormal de las raíces de los dientes temporales y obliteración pulpar progresiva de los primeros molares presentes en la región afectada.

#### **1.3.14 Odontodisplasia Regional**

También denominada como diente fantasma o detención localizada del desarrollo dental, es una anomalía esporádica, que afecta uno o varios dientes, generalmente en un mismo cuadrante, y que daña toda la estructura dentaria, presentando una forma anormal, Afecta ambas denticiones: temporal y permanente

Se descubre muchas veces al tomar una radiografía por estar ausente un diente, observándose una masa de tejido dentario desorganizado con una zona semejante a la corona, pero sin formación radicular. No se pueden delimitar los tejidos dentarios, el esmalte ni la dentina, y presentan una gran cámara pulpar.

### **1.4 Factores Sistémicos**

Relacionado con una serie de problemas sistémicos.

#### **1.4.1 Malnutrición**

La malnutrición del niño en el primer año de vida, está asociada al retraso de la erupción, con las caries y el mal desarrollo dental. Este retraso se observa en la dentición temporal y no en la permanente.

#### **1.4.2 Déficit de la Hormona de Crecimiento**

El déficit de la hormona de crecimiento produce un retraso en la erupción de la dentición permanente.

### **1.4.3 Tratamientos de Radioterapia y Quimioterapia**

La leucemia es la neoplasia más frecuente en la infancia, entre los dos y cinco años de edad. La radioterapia y la quimioterapia pretenden destruir las células tumorales causando los mínimos daños posibles en las células normales. La radioterapia afecta a las células de la zona irradiada; mientras que la quimioterapia tiene un efecto sistémico. Por ello, las células odontogénicas en desarrollo son susceptibles a la quimioterapia pese a estar lejos del tumor; produciendo alteraciones en el desarrollo de los dientes, además a retrasos en la erupción.

### **1.4.4 Infección por VIH**

Se presenta un retraso en el desarrollo y en la erupción dental destacado, niños infectados con VIH.

## **1.5 Desórdenes Genético**

Es una característica clínica de diferentes alteraciones genéticas:

### **1.5.1 Osteogénesis Imperfecta**

Es un trastorno genético del tejido conjuntivo caracterizado por fragilidad ósea. La enfermedad engloba un grupo de trastornos hereditarios originados por mutaciones en los genes que codifican el procolágeno, se manifiesta en aquellos tejidos en los que el colágeno es la principal proteína de la matriz extracelular, como son el hueso, ligamentos, esclerótica y dentina.

Las manifestaciones clínicas en la dentición son anomalías en la forma de las coronas, constricciones cervicales, cámaras pulpares agrandadas y obliteradas, agenesias, impactaciones dentales,

invaginaciones. Y retraso en el desarrollo dental con un mínimo de 12 meses.

### **1.5.2 Dentinogénesis Imperfecta**

La Dentinogénesis Imperfecta, es la distrofia hereditaria que afecta más frecuentemente a la estructura del diente durante la embriogénesis, y particularmente en las fases de diferenciación de tejidos y de formación de la matriz orgánica tanto dentición temporal como en la permanente. Radiográficamente la DI se caracteriza por la presencia de dientes con coronas bulbosas, con una constricción en el cuello y raíces cortas y delgadas.

### **1.5.3 Amelogénesis Imperfecta**

Se presenta con formación anormal del esmalte, engloba un grupo de desórdenes hereditarios que afectan a la calidad y cantidad de esmalte, afectando a dientes temporales y permanentes. Las malformaciones del esmalte han sido categorizadas como formas hipoplásicas, hipocalcificadas, se asocian con reabsorciones de la corona de los dientes sin erupcionar, calcificaciones pulpares, y un retraso en la erupción dental.

### **1.5.4 Síndrome de Apert**

Consiste en una condición autosómica dominante caracterizada por craniosinostosis, hipoplasia del tercio medio facial y sindactilia en manos y pies. Además se ha relacionado con el retraso en el desarrollo de la dentición.

### **1.5.5 Querubismo**

Enfermedad fibro-ósea hereditaria de las mandíbulas. Las mandíbulas aumentadas de volumen y los ojos elevados dan una apariencia querubínica; al examen radiográfico se hacen evidentes múltiples radio luminosidades.

Existen frecuentes retrasos de erupción y espacios quísticos multiloculares irregulares en los maxilares por lo que los afectados presentan agenesias dentarias y los gérmenes formados no pueden erupcionar o son forzados a alejarse de su posición normal.

### **1.5.6 Displasia Dentinaria Tipo I**

Es un defecto genético en la formación, afecta ambas denticiones pero comprometiendo sólo la dentina radicular, la corona tiene aspecto normal, por lo tanto el diagnóstico debe hacerse con la radiografía, donde se observan raíces cortas, pequeñas y hacia el ápice redondeadas, además la cámara y el conducto obliterado o casi completamente obliterado, movilidad dental.

### **1.5.7 Displasia Cleidocraneal**

Esta alteración autosómica dominante afecta a ambos sexos por igual, y se suele diagnosticar durante la infancia o adolescencia. Se caracteriza por una osificación defectuosa de la clavícula y el cráneo, además de diferentes afectaciones orales. Entre éstas se observan contracción palatina, que además a veces está figurado, retención prolongada de la dentición primaria, retraso en la erupción de los dientes permanentes, y en ocasiones dientes supernumerarios que no erupcionan.

### **1.5.8 Síndrome De Down**

Es un trastorno genético caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible, existen dientes de menor tamaño ausencia congénita de dientes, caninos superiores impactados, transposición dental, incisivos laterales anómalos y un desarrollo y retraso importante de la erupción.

### **1.5.9 Síndrome de Parry-Romberg o Atrofia Hemifacial Progresiva**

Esta condición poco común se caracteriza por una atrofia progresiva de los tejidos subcutáneos pudiendo afectar piel, cartílagos, tejido conectivo, músculos, huesos, atrofia lingual unilateral y retraso de la erupción dental también unilateral.

## **CAPITULO: 2 CASO QUIRÚRGICO**

### **2.1 Fase Pre – Operatorio**

Es la valoración integral y de preparación del paciente previo a una intervención quirúrgica, a través de la cual no solo se investiga de forma clínica sino complementariamente la patología para llegar al diagnóstico presuntivo y luego al diagnóstico final para establecer un tratamiento adecuado para el paciente.

#### **2.1.1 Historia Clínica (Anexo #3)**

### **2.2 Fase Operatoria**

El acto quirúrgico propiamente dicho consta los siguientes tiempos operatorios:

- Anestesia
- Incisión
- Levantamiento de colgajo
- Osteotomía
- Operación propiamente dicha
- Tratamiento de la cavidad
- Sutura

#### **2.2.1 Intervención Quirúrgica**

Extracción Quirúrgica Del Tercer Molar Superior Izquierdo Semiretenido (Mesio Angular)

- Asepsia.- es el estado libre de microorganismos.

La realice impregnando una gasa en yodo povidine sostenida en una pinza hemostática realizando movimientos circulares alrededor de la boca

del paciente desinfectando la zona extraoral, también procedí a desinfectar la zona quirúrgica y las partes blandas que lo rodean, logrando así que el área de trabajo este desinfectada , evitando el fracaso de la intervención quirúrgica.

- Anestesia.- para anestesiarse los nervios dentarios posteriores y el palatino anterior utilicé tubo de anestésico con vaso constrictor al 2%, aplicando la técnica local troncular.

Anestesia de los Nervios Dentarios Posteriores.- Para anestesiarse el nervio dentario posterior, arrastre la comisura bucal del lado a operarse para obtener una mejor visibilidad del campo operatorio. Realicé la punción en el fondo del surco vestibular al nivel de la raíz distal del segundo molar, al atravesar la mucosa se realizo un movimiento ligero hacia arriba con la jeringuilla colocada la aguja en ángulo de 45° con el eje longitudinal de la pieza dentaria de referencia, se dirige la aguja hacia arriba, ligeramente hacia atrás y hacia adentro en dirección a la fosa pterigomaxilar.

Anestesia del Nervio Palatino Anterior.- la infiltración la realice a nivel del orificio palatino posterior ubicado en la raíz palatina del segundo molar. El área anestesiada abarca parte de paladar duro y blando extendiéndose al primer premolar.

- Incisión.- Para la incisión utilicé el mango de bisturí # 3 y un bisturí #15. Se realizó una incisión lineal por la mucosa vestibular, mucosa gingival se incidirá a nivel distal del segundo molar hacia distal del tercer molar a través de la cresta ósea de la tuberosidad hasta el repliegue mucoso pterigomaxilar.

- Levantamiento De Colgajo.- Con un sindesmotomo o periostótomo se procedió a realizar el desprendimiento del colgajo con unos movimientos

suaves, con la ayuda de una gasa vamos separando el colgajo y a su vez realice hemostasia.

Se desprendió mucosa y periostio suficiente hasta obtener una buena visión del campo operatorio.

- Osteotomía.- Se basa en eliminar hueso alveolar, generalmente vestibular, hasta llegar al lugar donde está la pieza dentaria cubierta total o parcialmente. Se puede realizar con fresas de carburo tungsteno, bajo constante irrigación de solución "suero fisiológica + rifocina + povidine solución", teniendo cuidado de no lesionar las estructuras vecinas. Debemos eliminar la menor cantidad de hueso posible.

En este caso no fue necesario porque el diente estaba semi retenido.

- Operación Propiamente Dicha.- Es el acto quirúrgico en el cual se procede a retirar un diente de su alveolo esto se logra seccionando el parodonto de protección y posteriormente con fórceps o elevadores provocando la separación definitiva de la articulación alveolodentaria.

Realicé la luxación con elevadores rectos de Winter, colocando la punta del elevador en el espacio interdentario, entre el segundo y tercer molar, con la parte activa hacia mesial del tercer molar superior, separamos el colgajo para que no sufra daño alguno y con movimientos suaves y de rotación en función de palanca, empezamos a luxar la pieza.

Una vez luxada la pieza precedemos a la prensión con el fórceps 150 aplicamos una fuerza hacia afuera (vestibular), abajo y atrás, consiguiendo así la avulsión de la pieza de su alveolo.

Tratamiento De La Cavidad.- Una vez extraída la pieza procedimos a eliminar el tejido patológico del alveolo y sus alrededores con una cureta para hueso, utilizando una lima y una pinza gubia remodelamos los contornos óseos y eliminamos las esquirlas óseas que pueden quedar libres.

Se procedió a lavar el alveolo, con una solución de “suero fisiológico + povidine + rifocina”, con la ayuda de una jeringuilla irrigamos el alveolo de manera abundante para arrastrar y eliminar cualquier restos de tejido patológico o cuerpos extraños.

Aplicamos medicamento dentro de la cavidad “rifocina”.

- Sutura.- Se procedió a unir los tejidos separados por la incisión, colocando el colgajo sobre el hueso sano para favorecer una correcta cicatrización y una buena hemostasia.

Se realizó una sutura a puntos separados, con hilo catgut 3/0; El primer punto se colocó en la cara distal del segundo molar, y luego se continuó con la sutura del triángulo retromolar. Sobre la zona de la herida quirúrgica se colocó una gasa doblada humedecida con rifocina, solicitamos al paciente que muerda la gasa con una ligera presión durante 15 min.

### 2.3 Indicaciones Postoperatorias

Receta

**Rp:**

- Ogdontocilina capsulas de 500 mg # 15

- Odontogestic tabletas de 550 mg # 15

- Redoxon de 1g # 1tubo

- Enjuague bucal bucotrixina #1 frasco

**Indicaciones:**

- Tomar 1 c/8 horas

- Tomar 1 c/8 horas con estomago lleno

- 1 c/12 horas, disolver una tab en ½ vaso con agua

- Enjuagarse 5 veces al día

### Recomendaciones

- Mantener la gasa por 10 min
- Aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas.
- Dieta fresca y blanda
- Reposo relativo
- Evitar esfuerzos físicos por al menos 72 horas
- Ejercicios graduales. Abrir y cerrar la boca
- Buena higiene bucal

## **CONCLUSIONES**

La presencia de alteraciones en el proceso normal de la erupción dental hace difícil el proceso de diagnóstico y terapéutica, por ello debemos llevar una correcta valoración, junto a un control clínico y radiográfico a partir de los 6 años o desde el momento que empiecen a presentarse anomalías.

Las variaciones en el tiempo de erupción presentan una etiología muy variable; por ello, ante un caso de retraso de erupción dental se deberá determinar la causa del retraso. Deberá realizarse una historia clínica médica y dental exhaustiva incluyendo radiografías intraorales o extraorales para descartar diferentes causas locales.

Las inclusiones dentales son las principales anomalías en la dentición permanente, por su poca o falta de visibilidad dificulta un correcto diagnóstico, y hace que la terapéutica sea tardía.

En la presencia de los terceros molares retenidos es importante una valoración y un diagnóstico correcto del paciente, para llevar un plan de tratamiento adecuado.

## **RECOMENDACIONES**

Llevar un correcto control clínico y radiográfico de los pacientes, que presenten retrasos en proceso de la erupción dentaria dentarias en un periodo mayor de 6 meses, esto facilitara el diagnostico y su posterior tratamiento.

Para toda intervención quirúrgica se debe realizar una historia clínica bien detallada y un diagnostico radiográfico del paciente lo cual nos ayudara a prevenir posibles complicaciones.

Con el diagnostico correcto elaborar un plan de tratamiento adecuado para el paciente y llevar un control pos-operatorio, con esto nos aseguramos el éxito del tratamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

M. Donado. "Cirugía Bucal Patología y técnica" 2da edición.

M. Chiapasco, P. Casentini, G. garattini, M. C. Meazzini "Cirugia Bucal".

L. Calatrava Páramo y M. Donado Rodríguez "Patología del tercer molar"

Donado Rodríguez Manuel. Cirugía bucal patología y técnica. Segunda edición 1988-Madrid.

Cosme Gay Escoda, Ma. Ángeles Sánchez Garcés, Leonardo Berini

Guillermo A. Ríos Centenos "Cirugía Bucal "

[www.nexusmedica.com](http://www.nexusmedica.com)

[www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image)

# **ANEXOS**

## ANEXO #1

DENTICION TEMPORAL	
Edad	Pieza
5-6 meses	Incisivo central inferior
5-6 meses	Incisivo lateral inferior
7-8 meses	Incisivo central superior
8-9 meses	Incisivo lateral superior
14 meses	Primer premolar superior
18 meses	Canino superior
24 meses	Segundo premolar superior
12 meses	Primer premolar inferior
16 meses	Canino inferior
20 meses	Segundo premolar inferior

**Cronología de la Erupción Dentaria Temporal. Fuente: Odontología  
Pediátrica. Logan y Kronfeld 1933**

## ANEXO #2

<b>DENTICIÓN PERMANENTE</b>	
<b>Edad</b>	<b>Pieza</b>
6-7 años	Incisivo central inferior.
6-7 años	Primer molar superior
6-7 años	Primer molar inferior
7-8 años	Incisivo central superior
7-8 años	Incisivo lateral inferior
8-9 años	Incisivo lateral superior.
9-10 años	Canino inferior.
10-11 años	Primer premolar superior
10-12 años	Segundo premolar superior
10-12 años	Primer premolar inferior
11-12 años	Segundo premolar inferior
11-12 años	Canino superior.
11-13 años	Segundo molar inferior (molar de los 12 años)
12-13 años	Segundo molar superior (molar de los 12 años)
17-21 años	Tercer molar inferior o Muelas del juicio.
17-21 años	Tercer molar superior o Muelas del juicio

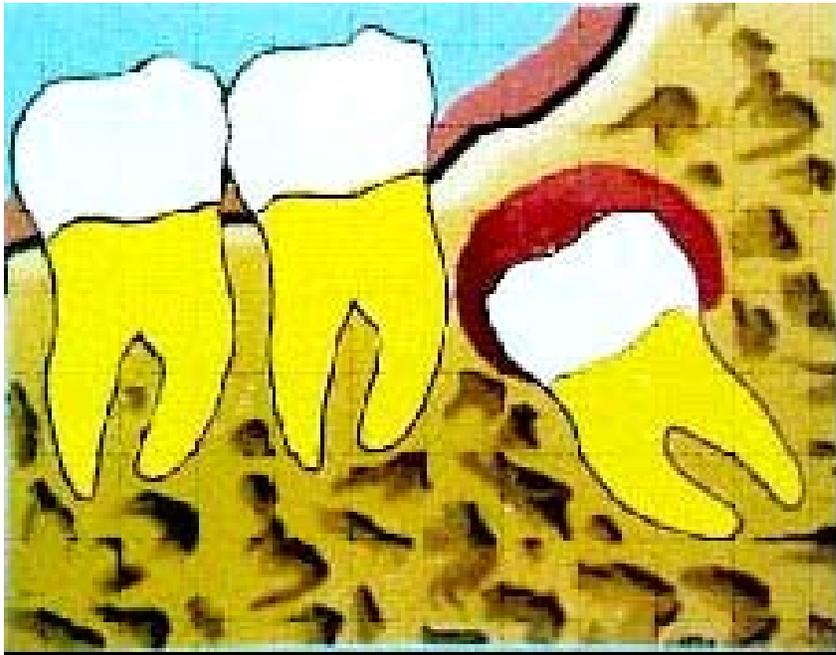
**Cronología De La Erupción Dentaria Permanente Fuente:  
Odontología Pediátrica. Logan y Kronfeld. 1933**

## ANEXO #3



**Retraso en la erupción dentaria por anquilosis. Fuente: copyright Dr. Elias Romero de León. 2003**

## ANEXO # 4



Retraso en la erupción dentaria por Anquilosis. Fuente: Odontologia-online

**CASO CIRUGÍA BUCAL  
EXTRACCIÓN DE TERCER  
MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO  
SEMIRETENIDO**

## **ANEXO #5**

### **FICHA CLINICA**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

## FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

### CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
	Clara Cenobia	Quinones	F	49	

MENOR DE UN AÑO	1-4 AÑOS	5-8 AÑOS PROGRAMADO	9-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-19 AÑOS PROGRAMADO	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60-69 AÑOS	70-79 AÑOS	80-89 AÑOS	90-99 AÑOS	EMBARAZADA
													X

**1 MOTIVO DE CONSULTA** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Profilaris y Extracción

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SINTOMAS: CROMOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA AFERENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Ninguna.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAJAS	4. VIHUSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**4 SIGNOS VITALES**

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. MIN.

**5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO** DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
X	X	X	X	X	X	X	X
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				
X	X	X	X				

Normal

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

--	--

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA			
18	17	55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	
11	21	51				
28	27	66				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
<b>TOTALES</b>						

LEVE	ANGLE I	LEVE
MODERADA	ANGLE I	MODERADA
SEVERA	ANGLE II	SEVERA

**8 INDICES CPO-ceo**

C	P	O	TOTAL
19	0	0	19
c	e	o	TOTAL

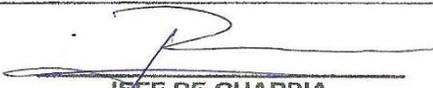
**9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA**

* (blue)	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	⊠	PRÓTESIS TOTAL
* (red)	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA
X (top)	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ (blue)	ORTURADO
X (side)	PÉRDIDA POR CARIES	□ (dashed)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ (red)	CARIES

1RA CITA

FECHA:

Diagnostico y Profilaxis

  
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  
 EXODONCIA

Guayaquil, 10/ Agosto de 2010....

- 1.- NOMBRE Y APELLIDO : Olara Cenobia Quiñonez
- 2.- MOTIVO DE CONSULTA : Extracción
- 3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Dolor
- 4.- ANTECEDENTES PERSONALES : Ninguno
- a) Esta bajo tratamiento médico SI \_\_\_\_\_ NO X PORQUE \_\_\_\_\_
- b) Que medicación está tomando : Ninguno
- c) Hepatitis X \_\_\_\_\_ j) Sida \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- d) Hemofilia X \_\_\_\_\_ k) Sinusitis \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- e) Alergias X \_\_\_\_\_ l) Diabetes \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- f) Embarazo X \_\_\_\_\_ m) Complicaciones con anestesia \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- g) Cáncer X \_\_\_\_\_ n) Hemorragias \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- h) Hipertensión X \_\_\_\_\_ o) Otros \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_
- i) Tuberculosis \_\_\_\_\_

- 5.- EXAMEN CLINICO
- A) SIGNOS VITALES
- Pulso 72' Respiración 18X' P. Arterial 110/60mmHg Temperatura 37°C
- B) EXAMEN INTRAORAL
- |                          | N        | A |                    | N        | A                |
|--------------------------|----------|---|--------------------|----------|------------------|
| a) Mucosa labial         | <u>✓</u> |   | f) Piso de la boca | <u>✓</u> |                  |
| b) Mucosa de carrillo    | <u>✓</u> |   | g) Dientes         |          | <u>Caries</u>    |
| c) Paladar duro y blando | <u>✓</u> |   | h) Periodonto      |          | <u>Engrosado</u> |
| d) Orofaringe            | <u>✓</u> |   | i) Oclusión        | <u>✓</u> |                  |
| e) Lengua                | <u>✓</u> |   | j) Otros           | <u>✓</u> |                  |
- C) EXAMEN EXTRAORAL
- |           |          |           |          |
|-----------|----------|-----------|----------|
| a) Labios | <u>✓</u> | c) Piel   | <u>✓</u> |
| b) A.T.M. | <u>✓</u> | d) Cuello | <u>✓</u> |

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : # 28

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : Corona: SRL en caras oclusal - Palatina - Vestibular - Distal compatible con caries penetrante con compromiso pulpar Cámara Pulpar amplia - Raíz: #3 2 raíces lucienas y 1 palatina. Forma cónica - Conductos: estrechos →

8.- DIAGNOSTICO : Caries profunda por oclusal distal vestibular y Palatino con compromiso pulpar

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Quirurgico

10.- TECNICA QUIRURGICA : Luxación, Prehensión, Tracción, Avulsión

11.- FARMACOPEA : Americilina Cap. 500 mg #9 1/c 8 horas Polgenal 20 mg tab. #3 1/c 8 horas Vitamina C 500 mg tab # 1/c 12 horas

12.- RECOMENDACIONES : Dieta Blanda y Reposo

Ligia Gadway  
 INTERNO TRATANTE

[Signature]  
 JEFE DE GUARDIA

## **ANEXO #6**



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

## **ANEXO #7**



**Radiografía de diagnóstico, se puede observar el tercer molar superior izquierdo semiretenido con caries. (Pieza # 38), Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## ANEXO #8



**Presentación del caso, tercer molar inferior superior izquierdo semiretenido, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## ANEXO #9



**Durante la Cirugía: anestesia, Fuente: Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011**

## ANEXO #10



**Durante la Cirugía: avulsión de la pieza, Fuente: Clínica de Internado, Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## ANEXO #11



**Post operatorio: sutura a puntos separados se utilizo hilo catgut 3/0,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G;  
2011.**

## ANEXO #12



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

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

**CASO PREVENCIÓN  
SELLANTES DE FOSAS Y  
FISURAS**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

## FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

### CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA
	Marcela Josue	Samaniego Muñoz	F	7 años	

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15-18 AÑOS	MAYOR DE 18 AÑOS	EMBARAZADA
		X				

**1. MOTIVO DE CONSULTA**

Tratamiento Preventivo de Caries

**2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**

Ninguna

**3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIAS ANTIBIOTICO	2. ALERGIAS ANTIBIOTICA	3. HIJOS ENFERMOS	4. HIJOS ENFERMOS	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
Ninguno									

**4. SIGNOS VITALES**

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (bpm)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRATORIA (rpm)
100/40	74	37°C	16x'

**5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO**

El sistema Estomatognatico Normal

**6. ODONTOGRAMA**

PATRÓN CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL


**7. INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				REPERECCION PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	ANGLE I	ANGLE 1	LEVE	MODERADA
18	17	85	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3
			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	0	0	0
			0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>									

**8. INDICES CPO-geo**

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

**9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

* (blue)	BELLANTE REALIZADO	⊙ (red)	PERDIDA (CITRACALOR)	⊠	PROTESIS TOTAL
* (red)	BELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊠ (blue)	CORONA
X (blue)	EXTRACCION INDICADA	□	PROTESIS FIJA	○ (blue)	OSTURADO
X (red)	PERDIDA POR CARIES	⋯	PROTESIS REMOVIBLE	○ (red)	CARIES

1RA CITA FECHA: 26 Feb 2010  
Diagnóstico "Profilaxis"  
Sellante piezas 16-36-36-46

[Signature]  
JEFE DE GUARDIA

Ligia Cardenas  
INTERNO

2DA CITA FECHA:

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

\_\_\_\_\_  
INTERNO

3RA CITA FECHA:

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

\_\_\_\_\_  
INTERNO

4TA CITA FECHA:

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

\_\_\_\_\_  
INTERNO

5TA CITA FECHA:

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

\_\_\_\_\_  
INTERNO

6TA CITA FECHA:

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

\_\_\_\_\_  
INTERNO

## FOTO #1



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

## FOTO #2



**Presentación del caso: Arcada superior, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

### FOTO #3



**Presentación del caso: Arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #4



**Molares preparados – Arcada superior, piezas # 16 y 26, Fuente:  
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #5



**Molares preparados – Arcada inferior, piezas # 36 y 46, Fuente:  
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #6



**Piezas grabadas – Arcada superior, con aislamiento relativo piezas #16 y 26, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #7



**Piezas Grabadas – Arcada inferior, piezas # 36 y 46, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #8



**Piezas selladas – Arcada superior, piezas # 16 y 26, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #9



**Piezas selladas – Arcada inferior, piezas # 36 y 46, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #10



Fluorización arcada superior e inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.

**CASO PERIODONCIA  
TRATAMIENTO GINGIVAL Y  
ELIMINACION DE TARTARO**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO: Segunda      APELLIDO: Mayra Samaniego M      SEXO (M/F): F      EDAD: 44      N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

EDAD: 1-4 AÑOS      5-8 AÑOS PROGRAMADO      9-14 AÑOS PROGRAMADO      15-19 AÑOS PROGRAMADO      MAYOR DE 20 AÑOS      EMBARAZADA

**MOTIVO DE CONSULTA**  
Realizar un Tratamiento Periodontal

**ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**  
Ninguna

**ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Ninguna

**SIGNOS VITALES**

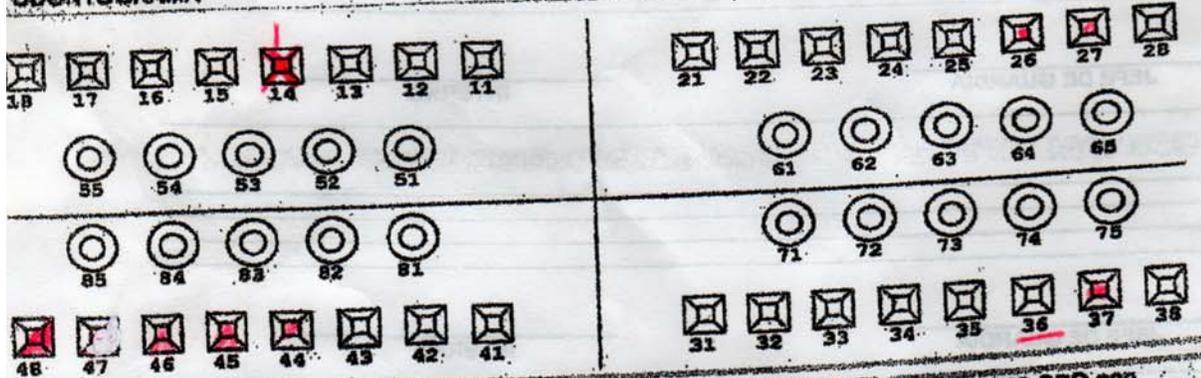
SIEN: 100/70      FRECUENCIA CARDIACA: 62x      TEMPERATURA: 37°C      F. RESPIRATORIA: 20x

**EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO**

LABIOS      2. MEJILLAS      3. MANDIBLA SUPERIOR      4. MANDIBLA INFERIOR      5. LENGUA      6. PALADAR      7. PISO      8. GOMILLOS

10. DRO PARINGE      11. A.T.M.      12. GANGLIOS

**ODONTOGRAMA**      PARTIR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL      MOVILIDAD Y REGIONES MARCAR (X, Y, Z) SI APLICA



**INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	ORINMIS	LEVE	ÁNGULO I	LEVE
0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ÁNGULO I	MODERADA
				SEVERA	ÁNGULO II	SEVERA
6	17	66				
1	21	61				
16	27	66				
36	37	75				
51	41	71				
46	47	86				
<b>TOTALES</b>						

**8. INDICES CPD-CEO**

C	P	O	TOTAL
D			
d			

**9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

- ⊙ SELLANTE NECESARIO
- ⊙ SELLANTE REALIZADO
- X EXTRACCIÓN INDICADA
- X PERDIDA POR CARIES
- ⊙ PERDIDA (TRAUMÁTICA)
- △ ENDODONCIA
- PROTESIS FIJA
- PROTESIS REMOVIBLE
- ⊙ PROTESIS TOTAL
- ⊙ CORONA
- ⊙ OBTURADO
- ⊙ CARIES

1RA CITA FECHA 26 - Febrero

Diagnostico,  
Control de tartaro  
Detrasoraje

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*Ligia Cadvaj*  
INTERNO

2DA CITA FECHA

Control de placa, pulido, alado, sondaje, control sangrado, control inflamacion, fluorizacion

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*Ligia Cadvaj*  
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 : Segundo Moyan Samaniego  
 b) Domicilio : Duran

FECHA: 26-Febrero-2011  
 Apellidos: Moyan Samaniego  
 Teléfono:

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA : Limpieza Dental

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

- a) Cuándo realizó la última visita al Odontólogo? : 3 años
- b) Es la primera vez que se enferma su encía? : No
- c) Cuántas veces se cepilla diariamente? : 1 o 2 veces al día
- d) Qué pasta utiliza? : Palgate
- e) Usa hilo dental? : No
- f) Usa enjuagues bucales? : No
- g) Cuándo comenzó la lesión? : hace 2 años
- h) Dónde está localizada? : Generalizada Diente y Encía
- i) Le sangra al cepillarse? : Si
- j) Sufre de hemorragias espontánea en la boca? : No
- k) Tiene mal aliento? : Si
- l) Tiene mal sabor en la boca? : Si
- m) Se muerde las uñas? : No
- n) Muerde objetos extraños? : Si
- o) Aprieta o rechina los dientes? : Si

4.- EXAMEN CLINICO

a) Señalar restauraciones altas o rubosas : No presenta restauraciones altas

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

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

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

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

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

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

e) Localización y medición de movilidad dentaria

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





### SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

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

### SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

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

### SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

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

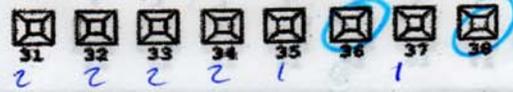
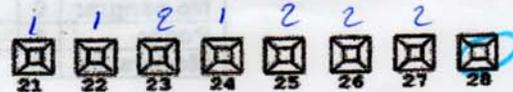
### SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

### 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

Ligia Gudway  
INTERNO

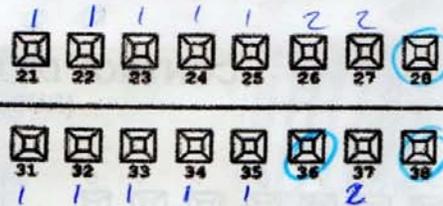
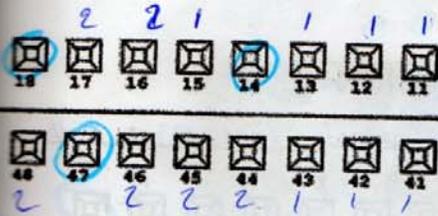


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
 CLINICA DE INTERNADO  
 CONTROL DE PERIODONCIA

PACIENTE:	Segundo Mayan Samaniego	H.C. #
INTERNO:	Ligia Godvay	CURSO: 5/4

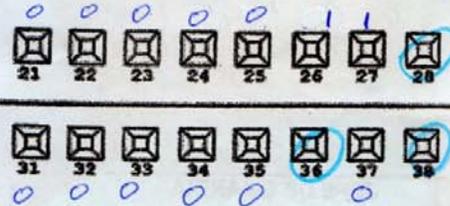
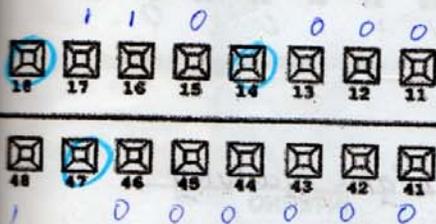
CONTROL DE PLACA

FECHA: 19 / 03 / 2011



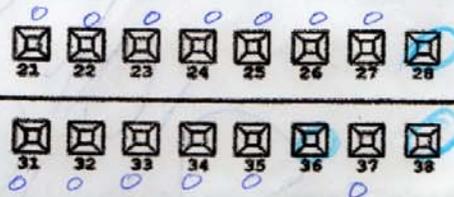
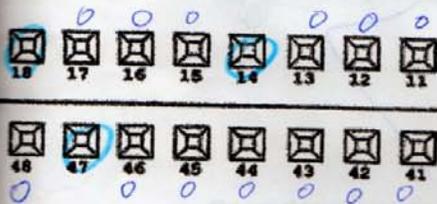
CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 19 / 03 / 2011



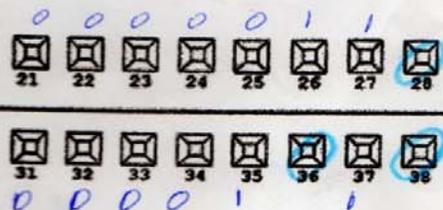
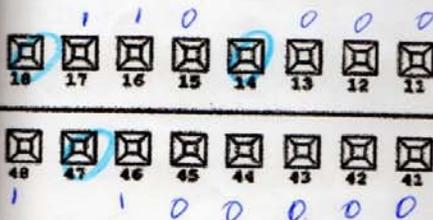
CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 19 / 03 / 2011



CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 19 / 03 / 2011



# SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 19 / 03 / 2011

3.13	2.12	3.15		2.2.2	2.12	3.13		3.13	3.13	3.13	3.13	3.23	3.23	3.23		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	3.23	3.23	3.13		3.23	3.13	3.13	3.23	3.13	3.13	3.13	3.13	3.23	3.23		
3.23		3.23	3.23	3.23	3.23	3.33	3.4.3									
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
3.33		3.23	3.13	3.23	3.23	3.23	3.23	3.23	3.23	3.23	3.23	3.23		3.23		

# CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 19 / 03 / 2011

	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	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	
0		0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0		0		

JEFE DE GUARDIA

Ligia Gadway  
INTERNO

*[Large handwritten signature]*

## FOTO #1



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

## FOTO #2



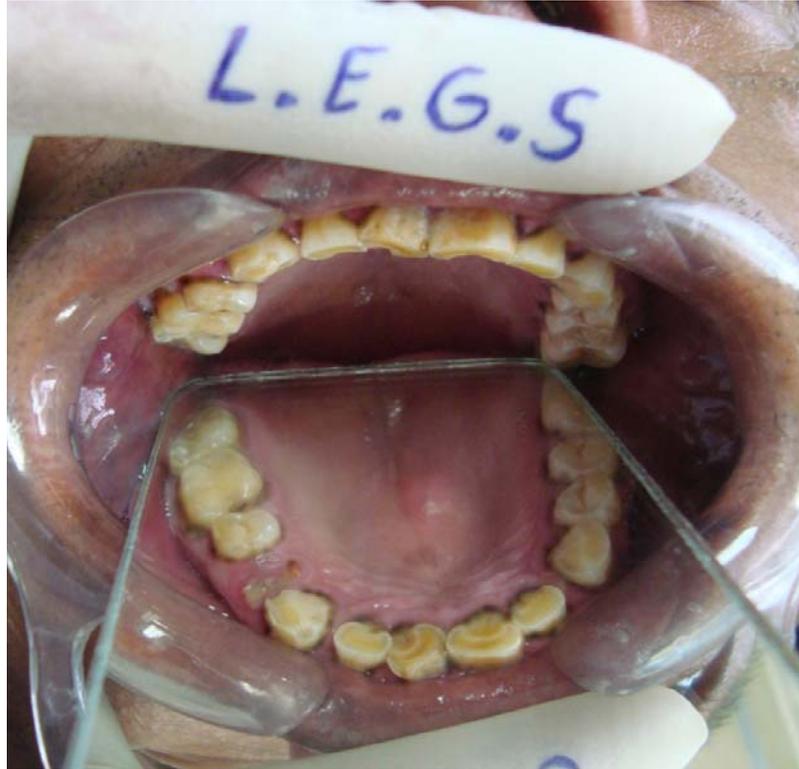
**Radiografías de diagnóstico, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

### FOTO #3



**Preoperatorio: presentación del caso arcadas superior e inferior,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G;  
2010.**

## FOTO #4



**Preoperatorio: presentación del caso arcada superior, Fuente:  
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #5



**Preoperatorio: presentación del caso arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #6



Durante el tratamiento: arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.

## FOTO #7



Durante el tratamiento: arcada superior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.

## FOTO #8



Post operatorio: arcada inferior, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.

## FOTO #9



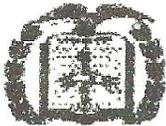
**Post operatorio: arcada superior, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.**

## FOTO #10



Fluorización arcada superior e inferior, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2010.

**CASO OPERATORIA DENTAL  
II CLASE EN EL SEGUNDO  
MOLAR INFERIOR IZQUIERDO**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

## FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

### CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
	Julio Cesar	Vargas	M	33 años	

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 8 AÑOS PROGRAMADO	9 - 14 AÑOS NO PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS PROGRAMADO	20 - 24 AÑOS	25 - 29 AÑOS	MAYOR DE 30 AÑOS	EMBARAZADA
							<input checked="" type="checkbox"/>	

**1 MOTIVO DE CONSULTA** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Realizarse una Profilaxis y Operateria

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

Ninguna.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO FRAGIAS	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
<input checked="" type="checkbox"/>									

**4 SIGNOS VITALES**

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA (m/m)	TEMPERATURA (°C)	F. RESPIRAT. (m/m)
110/60 mmHg	72 x1	36.5 °C	22 x1

**5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO** DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
<input checked="" type="checkbox"/>							
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO-FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				

Normal.

**6 ODONTOGRAMA** PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL

MOBILIDAD Y RECESION: MARCAR 'X' (1, 2 & 3), SI APLICA


**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES		PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS				
16	17	55	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE
			1	0	0	MODERADA	ANGLE I	MODERADA
			1	0	0	SEVERA	ANGLE II	SEVERA
11	21	51	1	0	0			
28	27	65	1	0	0			
36	37	75	1	0	0			
31	41	71	1	0	0			
46	47	85	1	0	0			
<b>TOTALES</b>								

**8 INDICES CPO-ceo**

	C	P	O	TOTAL
D	7	1	0	8
d	0	0	0	0
	<b>C</b>	<b>P</b>	<b>O</b>	<b>TOTAL</b>

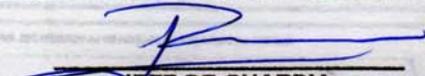
**9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

SELLANTE NECESARIO	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	PRÓTESIS TOTAL
SELLANTE REALIZADO	ENDODONCIA	CORONA
EXTRACCIÓN INDICADA	PRÓTESIS FIJA	OBTURADO
PÉRDIDA POR CARIES	PRÓTESIS REMOVIBLE	CARIES

1RA CITA

FECHA:

*Diagnostico y Profilaxis.*

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

*Ligia Gadray.*  
\_\_\_\_\_  
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

1.- DATOS ESTADISTICOS  
 a) Nombres : Johia Cesar FECHA: 12/Ago/2010  
 b) Domicilio : Martha de roldos Mz #3 Apellidos : Vargas Abad  
 Teléfono : 093182171

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA : Por Restauración "Operatoria"

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Ninguna

4.- PIEZA A TRATARSE # : Pieza # 36

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: Corona S.R.O. en cara Oclusal distal compatible con material de restauración provisional. Camaca y conductos con S.R.O. compatible con material de obturación total raíz # 2 y distal - 1. Merial Forma conica Apice y Periapice. S.R.L. compatible con lesión periapical espacio peri dental engrosada. Trabeculado oseo normal Cortical alveolar presenta reabsorción osea horizontal leve.

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: Material de Obturación Provisional por Oclusal y Distal

7.- DIAGNOSTICO : Preterial de obturación provisional por Oclusal y Distal. Pieza tratada endodónticamente

8.- PLAN DE TRATAMIENTO : Restauración Clase II con xerina de fotocurado

9.- TERAPEUTICA (RECETA) : Ninguna

10.- RECOMENDACIONES : No ingerir alimentos duros y Colorantes

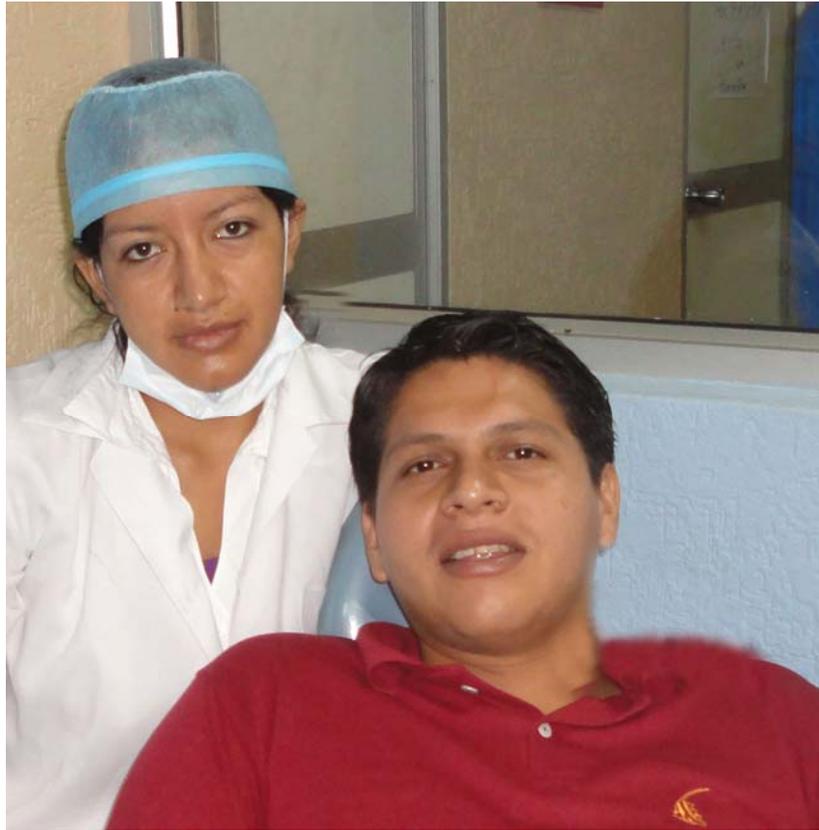
11.- PASOS OPERATORIOS

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

Ligia Godvay  
 INTERNO

[Firma]  
 JEFE DE GUARDIA

## FOTO #1



**Operador paciente, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #2



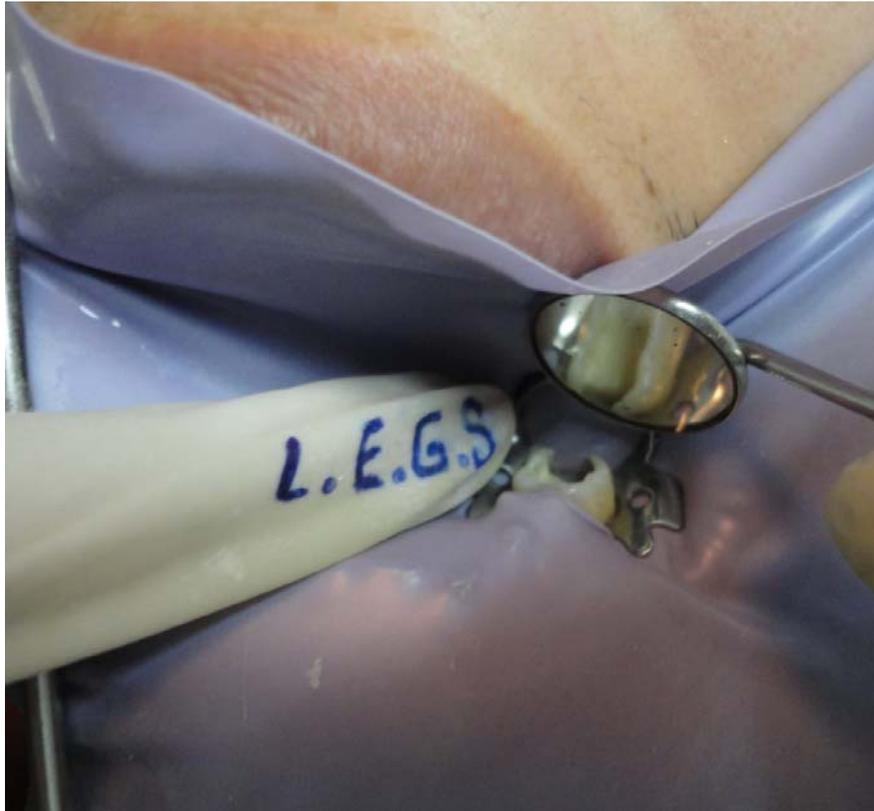
**Radiografía de diagnóstico pieza # 36, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #3



**Presentación del caso operatoria II clase segundo molar inferior izquierdo, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #4



**Pieza en tratamiento - cavidad conformada con aislamiento absoluto,  
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G;  
2011.**

## FOTO #5



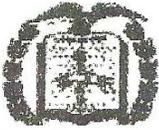
**Pieza en tratamiento cavidad conformada con matriz y aislamiento absoluto Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #6



**Caso terminado tallado pulido y abillantado, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

**CASO ENDODONCIA  
NECROPULPECTOMIA  
EN EL INCISIVO CENTRAL  
INFERIOR DERECHO**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

## FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

### CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
	Torge	Aviler Vaca	M	49	

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
		PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO		X

**1 MOTIVO DE CONSULTA** ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

Realizarse una Profilaxis y Endodoncia

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SÍNTOMAS: CROMOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Ninguna.

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRADIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	

**4 SIGNOS VITALES**

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	F. RESPIRAT.
110/60	79x	37°C	18x

**5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO** DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
/	/	/	/	/	/	/	/
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				
/	/	/	/				

Normal.

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

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	
			0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	
16	17	55	2	(	(	
11	21	51	2	(	(	
26	27	65	2	(	(	
36	37	75	2	(	(	
31	41	71	2	(	(	
46	47	85	2	(	(	
<b>TOTALES</b>						

ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
LEVE <input checked="" type="checkbox"/>	ÁNGULO I	LEVE
MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
SEVERA	ÁNGULO III	SEVERA

**8 INDICES CPO-ceo**

	C	P	O	TOTAL
D	8	10	0	18
d	c	e	o	TOTAL

**9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA**

* (azul)	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	⊠	PRÓTESIS TOTAL
* (rojo)	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	⊞	CORONA
X (rojo)	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	azul	OSTEONECROSIS
X (azul)	PÉRDIDA POR CARIES	⋯	PRÓTESIS REMOVIBLE	rojo	CARIES

1RA CITA

FECHA:

  
\_\_\_\_\_  
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 ENDODONCIA

NOMBRE: Jorge Avilez Vaca EDAD: 49 FECHA: 04 - Agosto 2010

**ANTECEDENTES**

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

**MOTIVO DE LA CONSULTA** Realizarse una Endodoncia

**MOLESTIA PRINCIPAL:** Ninguna

**DIENTE A TRATARSE #** Pieza # 41

**EXPLORACION CLINICA**

INSPECCION: Corona destruida por caries en las caras mesial, incisal, lingual PALPACION: Negativa  
Mesial, Incisal, Lingual  
 PERCUSION: Negativa MOVILIDAD: .....  
 TRANSLUMINACION: .....

**INTERPRETACION RADIOGRAFICA:** Corona s.r.l. en las caras incisal, mesial, lingual compatible con caries que penetra con compromiso pulpar. Cámara Pulpar estrecha conducto estrecho. Raíz única forma conica Apise y Periapice con SRL compatible con absceso

**SEMIOLOGIA DEL DOLOR** Asintomatico

TIPO: ..... INTENSIDAD: .....  
 CRONOLOGIA: ..... UBICACION: .....  
 ESTIMULO: .....

**VITALOMETRIA**

PRUEBA TERMICA: .....  
 PRUEBA DE CAVIDAD: Negativa

**DIAGNOSTICO:** Pulpa no vital en estado Cronico

**TRATAMIENTO** Necropulpectomia II

LONGITUDI APARENTE 15 mm LONGITUD DE TRABAJO 14 mm  
 PRONOSTICO: .....

**OBSERVACIONES:**

Radiografía cada 6 meses durante los 2 primeros años

PRIMERA CITA

1. Anestesia 2. Aislamiento 3. Apertura 4. Neutralización de  
contenido séptico 5. Conductometría 6. Instrumentación  
Medicación intracanal Cera oclusiva

SEGUNDA CITA

2. Anestesia 2. Aislamiento 3. Retiro de la Cera oclusiva 4  
4. Lavado 4. Secado 5. Conometría 6. Obturación del conducto  
7. Rx. postoperatoria 8. Obturación

FECHA

COSTO

ABONO

SALDO

Ligia Cadvall  
INTERNO TRATANTE

[Signature]  
JEFE DE GUARDIA

Terminado  
2 C. t.

“Interpretación Radiográfica”

Espacio periodontal engrosado. Trabeculado óseo: anormal.  
Cortical alveolar presenta reabsorción ósea horizontal leve.

## FOTO #1



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

## FOTO #2



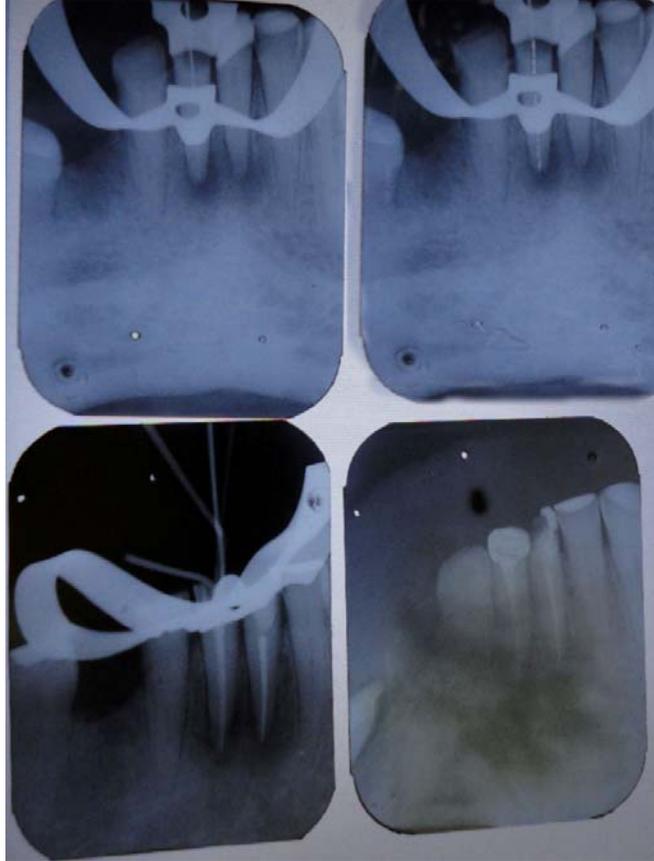
**Radiografía de diagnostico pieza #41, Fuente: Clínica de Internado  
Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

### FOTO #3



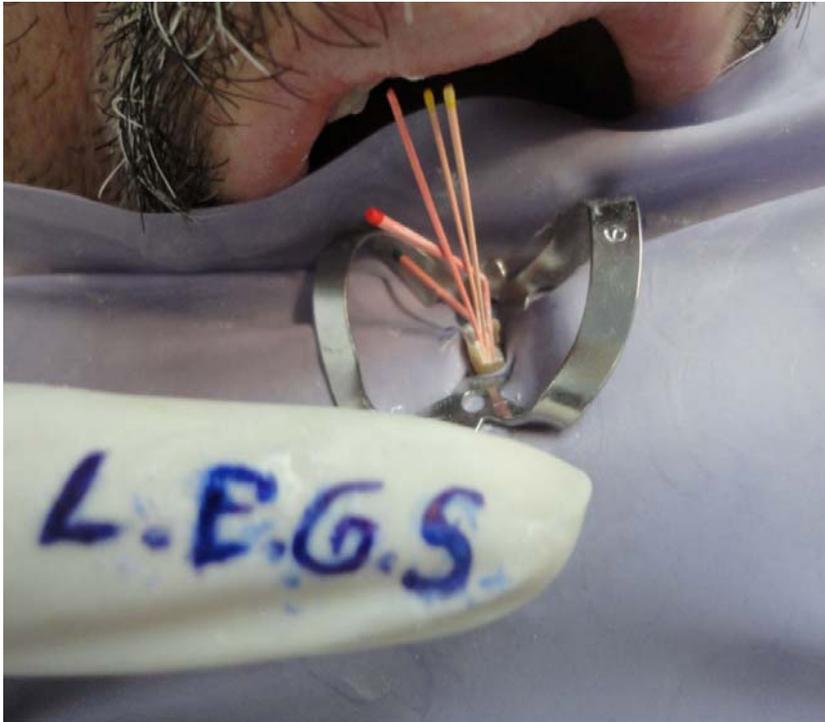
Apertura de la cavidad con aislamiento absoluto, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.

## FOTO #4



**Radiografías: diagnóstico, conductometría, conometría, conducto obturado, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #5



**Pieza en tratamiento con aislamiento absoluto y conos, Fuente:  
Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Ligia G; 2011.**

## FOTO #6



**Presentación del caso con restauración terminada, tallada pulida y  
abrillantada, Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de  
Odontología, Ligia G; 2011.**



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGIADO

Guayaquil, 25 - Febrero del 2011

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

De mis consideraciones:

Yo, Leiza Elena Gudvay Samaniego con C. I. N°  
060428323-4 alumno del Quinto año Paralelo N° 4 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,

  
-----  
C. I. N° 060428323-4

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

  
-----  
Dr. Washington Escudero Doltz  
**DECANO**