

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**

**TRABAJO DE GRADUACION**

Previo a la obtención del título de

**ODONTÓLOGO**

**TEMA:**

**Exodoncia del tercer molar superior derecho por caries profunda y  
compromiso de la cámara pulpar**

**AUTOR:**

**Armando Quiroz Marcillo**

**TUTOR:**

**Remberto Rodríguez C.**

**Guayaquil, abril 2011**

**CERTIFICACION DE TUTORES**  
En calidad de tutor del trabajo de graduación:

**CERTIFICAMOS**

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de Tercer Nivel de Odontólogo.

**El trabajo de graduación se refiere a:** “Exodoncia del tercer molar superior derecho por caries profunda y compromiso de la cámara pulpar”

**Presentado por:**

Quiroz Marcillo Armando

0925061723

**Apellidos y Nombres**

**Cedula de Identidad**

**TUTORES**

\_\_\_\_\_  
**Dr. Remberto Rodríguez C.**  
**Académico**

\_\_\_\_\_  
**Dra. Elisa Llanos R. MSc.**  
**Metodológico**

\_\_\_\_\_  
**Dr. Washington Escudero D.**  
**Decano**

**Guayaquil, abril 2011**

## **AUTORIA**

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

Armando Quiroz Marcillo

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primero a Dios por brindarme sabiduría y salud para poder emprender esta carrera tan completa como es Odontología, luego a mis padres por apoyarme moral y económicamente porque sin su ayuda y comprensión no podría haber hecho este sueño posible.

También tengo que agradecerles a los Doctores por haber tenido la paciencia necesaria para poder enseñarnos todo lo que debemos de enfrentar en un futuro en el cual tendremos que defendernos con los conocimientos que nos han impartido en cada una de las aulas que hemos cruzado.

Gracias a todos los que han confiado en mí.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo voy a dedicar a las personas que de una u otra manera me ayudaron a lo largo de mi carrera, pero en especial a toda mi familia que me supieron comprender y ayudar tanto en lo económico y en lo moral he llega, gracias a ellos he llegado a cumplir mi meta de ser profesional, por eso me alegra poder servirle a mi patria, de aquí en adelante.

## INDICE

Caratula	
Certificación de Tutores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	2
Objetivo Especifico.....	3
CAPITULO 1 – Fundamentación Teórica	
Exodoncia del tercer molar superior derecho.....	4
1.TERCEROS MOLARES.....	4
1.1 Definición.....	4
1.2 Consideración para la extracción.....	6
1.3 Alteraciones de la erupción.....	6
1.3.1 Problemas mecánicos.....	6
1.3.2 Problemas Infecciosos.....	7
1.3.3 Problemas neuromusculares.....	7
1.3.4 Problemas quísticos y tumorales.....	7
1.4 Clasificación de Caninos Retenidos.....	8
1.4.1 Caninos Superiores.....	8
1.4.2 Caninos Inferiores.....	9
1.5 Canino Superior.....	10
1.5.1 Posición Labial.....	10
1.5.2 Posición Palatina.....	10
1.5.3 Posición Intermedia .....	10
1.5.4 Posiciones Inusuales.....	10
1.6 Clasificación de los caninos superiores retenidos.....	11
1.6.1 Clasificación de los terceros molares.....	12
1.7 Indicaciones quirúrgica del tercer molar.....	12
1.7.1 Contraindicaciones.....	13

1.8 Porcentaje de Erupción de los Dientes Retenidos.....	14
1.9 Patogenia.....	15
1.9.1 Razones embriológicas.....	16
1.9.2 Obstáculos mecánicos.....	17
1.9.3 Causas Generales.....	17
1.10 Accidentes originados por los dientes retenidos.....	17
1.10.1 Accidentes mecánicos.....	18
1.10.2 Accidentes infecciosos.....	18
1.10.3 Accidentes Nerviosos.....	19
1.10.4 Accidentes tumorales quistes dentigeros.....	20

## CAPÍTULO 2

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO (extracción del Tercer Molar Superior Derecho (Semi-erupcionado).....	21
2.1. Tercer Molar Superior Derecho.....	21
2.2 Retención de terceros molares. Clasificación.....	22
2.3 Extracción Quirúrgica (exodoncia).....	22
2.3.1 Indicaciones para realizar una exodoncia.....	24
2.3.1.1 Diente afectado por enfermedad periodontal.....	24
2.3.1.2 Dientes Temporales.....	24
2.3.1.3 Dientes Sanos con mal oclusión.....	25
2.3.1.4 Dientes en relación con trauma por oclusión.....	25
2.3.1.5 Dientes con procesos infecciosos.....	25
2.3.1.6 Consideraciones estéticas.....	26
2.3.1.7 Consideraciones protésicas.....	26
2.3.1.8 Estado patológico en el hueso circunvecino.....	26
2.3.1.9 Dientes afectados por fracturas.....	26
2.4 primeros o segundos molares cariados para evitar la retención de terceros molares.....	26
2.4.1 Contraindicaciones para realizar una exodoncia.....	27
2.4.1.1 Contraindicaciones locales.....	27
2.4.1.1.1 Lesiones gingivales agudas.....	27
2.4.1.1.1.1 Gingivitis ulcero necrosante aguda.....	27

2.4.1.1.2 Dientes en áreas irradiadas.....	27
2.4.1.1.3 Infección odontogénica.....	27
2.4.1.2 Contraindicaciones Sistémicas.....	27
2.4.2 Examen clínico y radiológico.....	28
2.4.2.1 Historia clínica.....	28
2.4.2.2 Examen clínico.....	29
2.4.2.3 Examen radiológico.....	29
2.5 Instrumento de cirugía bucal .....	30
2.5.1 Separador de Farabeuf.....	30
2.5.2 Bisturí.....	30
2.5.3 Tambor de gasa.....	30
2.5.4 Periostótomo o Sindesmótomo.....	30
2.5.5 Instrumental rotatorio. Fresas dentales quirúrgicas.....	30
2.5.6 Elevadores.....	30
2.5.7 Fórceps.....	31
2.5.8 Pinza gubia.....	31
2.5.9 Lima para hueso.....	31
2.5.10 Pinzas mosquitos.....	31
2.5.11 Pinzas de disección.....	31
2.6. Técnica de instrumentación.....	31
2.6.1 Mecánica de la palanca.....	32
2.6.1.1 Palanca.....	33
2.6.1.1.1 Potencia:.....	33
2.6.1.1.2 Resistencia.....	33
2.6.1.1.3 Palanca de primer género.....	33
2.6.1.1.4 Palanca de segundo género.....	33
2.6.1.2 Punto de apoyo.....	33
2.6.1.2.1 Hueso Maxilar como punto de apoyo.....	34
2.6.1.2.2 Dientes vecinos como punto de apoyo.....	34
2.6.1.2.3 Potencia.....	34
2.6.1.2.4 Resistencia.....	35
2.6.1.3 Elevadores.....	35

2.6.1.3.1 Palancas de primer género.....	35
2.6.1.3.2 Palancas de segundo género.....	35
2.7 Después de la exodoncia.....	36
2.7.1 Complicaciones infecciosas.....	36
2.7.2 Antibióticos Sistémicos.....	37
2.7.3 Antibióticos Tópicos.....	37
2.7.4 Ficha Clínica.....	38
2.7.5 Asepsia y Antisepsia.....	38
2.7.5.1 Germicida.....	39
2.7.5.2 Asepsia.....	39
2.7.5.3 Antiséptico.....	39
2.7.5.4 Antisepsia.....	39
2.7.5.5 Desinfectante.....	39
2.7.5.6 Esterilización.....	40
2.7.5.7 Métodos Preventivos.....	40
2.8 Técnica Anestésica.....	40
2.8.1 Recomendaciones Sobre el uso de Anestésicos.....	41
2.8.2 Transoperatorio.....	42
2.8.3 Luxación.....	42
2.9 Fórceps.....	42
2.9.1 Tipos De Fórceps.....	42
2.9.2 Fórceps Para La Arcada Superior.....	43
2.9.3 Fórceps Para La Arcada Inferior:.....	44
2.10 Sutura.....	45
2.11 Post Operatorio.....	47
2.11.1 Fármaco Terapia.....	47
2.11.2 Vitamina C.....	47
2.12 Complicaciones.....	50
2.12.1 Locales.....	50
2.12.2 Sistémicas.....	50
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52

BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXO.....	54

## INTRODUCCION

El propósito de la presente es descubrir, identificar, detallar la exodoncia del tercer molar con presencia de caries y compromiso de la cámara pulpar.

Los terceros molares o muelas cordales pueden provocar infecciones, sobre todo cuando el molar está comunicado con la boca. Asimismo también esta situación puede dañar los dientes vecinos, causando caries, patología periodontal en la encía adyacente, encías hinchadas, quistes e incluso tumores, aunque estos últimos no son excesivamente frecuentes.

Sin duda, la indicación de la extracción del tercer molar o "muela del juicio" es uno de los procedimientos más común indicado por parte del ortodoncista y por el odontólogo general. No obstante es una obligación profesional dar una justificación objetiva y ordenada, donde se establezcan claramente las indicaciones y contraindicaciones, el momento ideal, el profesional idóneo, las citas necesarias y el costo del tratamiento.

Por todo lo expuesto, he elegido como tema de investigación "Extracción de Tercer Molar Superior" con esta indagación procuro dar respuesta a las interrogantes que se dan antes, durante y después de la intervención quirúrgica de los Terceros Molares. Asimismo admitiéndome elaborar la investigación previo a la obtención al título de Odontóloga.

Este trabajo se encuadra dentro de las líneas prioritarias de investigación para la carrera de odontología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil presentando toda la información necesaria que brindar ayuda a las personas interesadas en este tema ya que se encuentra debidamente fundamentado con textos e información certificada científicamente.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir, exodoncia del tercer molar superior por caries profunda y compromiso de la cámara pulpar para evitar complicaciones en la salud del paciente.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar la presencia de problemas que compromete la salud y bienestar del paciente.
- Detallar el motivo de la extracción del tercer molar sin ningún tipo de inclusión.
- Aplicar los conocimientos aprendidos durante la preparación académica, en los pacientes de la cavidad en diferentes contextos.

# TEMA

## EXODONCIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO

### CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTACION TEORICA

#### 1. TERCEROS MOLARES

Los terceros molares son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran ubicados por detrás de los segundos molares.

#### Embriología

Embriológicamente se forman a partir de los 36 meses, comenzando su período de calcificación a los 9 años completando su período de erupción entre los 18 y 27 años aproximadamente, de ahí que reciban el nombre de muelas del juicio, pues su aparición es dentro de una edad biológica donde socialmente se cree el individuo comienza a tener “juicio ó uso de razón”.

#### 1.1. DEFINICIÓN:

Diente sumamente irregular en forma e implantación. 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. PORCION 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.

Primer signo de calcificación: 8 a 9 años

Esmalte completado: 12 a 16 años

Erupción: 17 a 21 años

Raíz completa: 18 a 25 años

#### CARA VESTIBULAR

El perfil de la corona sigue la norma general de todos los molares mandibulares.

La corona es más ancha en las áreas de contacto mesiodistal que en el cuello.

#### CARA LINGUAL

Está bien desarrollado.

#### CARA MESIAL

El diente se desaparece al segundo molar mandibular, excepto en las dimensiones.

#### CARA DISTAL

La raíz pequeña.

#### CARA OCLUSAL

Alineación correcta que consigna una buena oclusión.

Perfil más redondeado.

Distancia vestibulolingual mas pequeña en la mitad distal.

- RAIZ

Las raíces son más cortas.

La mesial más cónica desde el cuello hasta el ápice.

Elápice de la raíz mesial es más puntiagudo.

## 1.2 CONSIDERACIONES PARA LA EXTRACCIÓN

Los terceros molares, se forman a partir del cuarto año de vida extrauterina, también se los conoce como muelas cordales o molares del juicio relacionándose esta terminología con la edad en que hacen erupción en la cavidad bucal que es aproximadamente a los 18 años, cuando se ha llegado a un estado de cordura o juicio etapa previa a la madurez.

Es importante considerar desde el punto de vista científico, amparados en múltiples estudios y experiencias clínicas y quirúrgicas, que un tercer molar es mejor eliminarlo a edad temprana de manera “Profiláctica” a esperar que se produzcan lesiones importantes para tomar esa decisión.

Sin embargo, podemos acoger el concepto: “Que si existe espacio que permita alcanzar una erupción completa y el tejido blando alrededor de ellos se encuentra saludable, no habría necesidad de realizar la extracción”.

## 1.3 ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN:

- Erupcionar completamente adoptando una mala posición
- Erupcionar de manera incompleta
- No erupcionar quedando completamente dentro del hueso
- Cualquiera de estas anomalías pueden llegar a producir innumerables problemas como:

### 1.3.1 Problemas Mecánicos

La fuerza de erupción de un diente dura hasta que se forma completamente la raíz, estos molares pueden empujar y desalinear a los dientes ya existentes. También pueden provocar el atrapamiento de los segundos molares que se encuentran por delante de ellos.

### 1.3.2 Problemas Infecciosos:

Cuando la muela del juicio se atrapa parcialmente y sólo sale una pequeña parte de ella, se forma una bolsa en la encía en la cual se retiene alimento. Al no poder remover y limpiar adecuadamente, se produce una inflamación la cual a su vez provoca la retención de más alimento hasta que se produce una infección formándose un absceso. La inflamación se extiende hasta el carrillo (cachete) y los ganglios del cuello, el paciente no puede abrir bien la boca, presenta dificultad para tragar, y un dolor muy fuerte. A esa infección se le conoce con el nombre de pericoronitis y debe ser tratada con antibióticos específicos, limpieza, retiro del alimento atrapado y drenaje del absceso. Las muelas del juicio al tratar de salir se inclinan y se proyectan sobre el molar que está por delante causándoles caries, desmineralización y erosión o desgaste en la zona del cuello.

### 1.3.3 Problemas Neuromusculares

La presión ejercida sobre los segundos molares puede provocar dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular (articulación de la mandíbula con la base del cráneo). Algunos pacientes refieren cefaleas (dolores de cabeza) que pueden deberse a la presión ejercida por las muelas al tratar sin éxito de erupcionar.

### 1.3.4 Problemas Quísticos y TumORAles

Al quedar atrapadas las muelas, es factible que a su alrededor se formen quistes que provocan la destrucción del hueso que se encuentra alrededor de la muela. En algunas ocasiones, en el interior de estos quistes se desarrollan tumores odontogénicos (tumores de origen dentario) como el ameloblastoma, tumor sumamente agresivo que puede alcanzar considerables dimensiones.

También es importante destacar; que por ser una pieza de erupción tardía, está sometida a una presión constante dentro del hueso desde su formación hasta que inicia su periodo eruptivo ( Mas de quince años), da como consecuencia una formación anómala; con raíces alteradas en número, forma y dirección de los ejes oclusales, que imposibilita y en muchas ocasiones contraindica la realización de tratamientos odontológicos conservadores como: la endodoncia o la colocación de elementos protésicos.

#### 1.4 CLASIFICACION PARA CANINOS RETENIDOS

Ríes Centeno clasifica los caninos retenidos de acuerdo a tres criterios: número de dientes retenidos, posición de estos dientes en los maxilares y presencia o ausencia de dientes en la arcada. La retención puede ser simple o bilateral. La localización puede ser vestibular, palatina o lingual y los caninos retenidos pueden estar en maxilares dentados o en maxilares sin dientes.

##### 1.4.1 Caninos Superiores:

Clase I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral

- a) Cerca de la arcada
- b) Lejos de la arcada

CLASE II: Maxilar dentado. Dientes ubicados del lado palatino. Retención bilateral

CLASE III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral

CLASE IV: Maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención bilateral.

CLASE V: Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino (Retenciones mixta o transalveolares)

CLASE VI: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado palatino.

- a) Retención Unilateral    b) Retención Bilateral

CLASE VII: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado vestibular.

- a) Retención Unilateral    b) Retención Bilateral

#### 1.4.2 Caninos Inferiores:

CLASE I : Maxilar dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en el lado lingual.

- a) Posición Vertical                    b) Posición Horizontal

CLASE II: Maxilar dentado. Retención Unilateral. Diente ubicado en lado vestibular.

- a) Posición Vertical                    b) Posición Horizontal

CLASE III. Maxilar dentado. Retención bilateral.

a) Dientes ubicados en el lado lingual.

    a1) Posición horizontal.

    a2) Posición Vertical.

b) Dientes ubicados en el lado bucal.

    b1) Posición horizontal.

    b2) Posición Vertical.

CLASE IV: Maxilar edentulo. Retención unilateral.

a) Posición Horizontal. b) Posición vertical.

CLASE V: MAXILAR edentulo. Retención bilateral.

a) Posición horizontal. b) Posición vertical.

## 1.5 CANINOS SUPERIORES:

### 1.5.1 Posición Labial:

Con la corona en relación con los incisivos

Con la corona por encima de los ápices de los incisivos.

### 1.5.2 Posición Palatina.

Con la corona cercana a la superficie y en relación con las raíces de los incisivos.

Inclusiones profundas: en las que las coronas se relacionan estrechamente con los ápices de los incisivos.

### 1.5.3 Posición Intermedia:

Con la corona situada entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar

Con la corona situada por encima de las raíces de estos dientes hacia vestibular y la raíz hacia palatino o viceversa.

### 1.5.4 Posiciones Inusuales:

Dientes en relación con la pared del seno maxilar o de fosa nasal, o situados en región infraorbitaria.

## 1.6 CLASIFICACIÓN DE CANINOS SUPERIORES RETENIDOS

Posición Labial:

Vertical

Oblicua

Horizontal

Posiciones inusuales:

Borde mandibular.

Eminencia mentoniana

Migración al lado opuesto

### 1.6.1 Clasificación de los Terceros Molares

Según Pell y Gregory los terceros molares se clasifican de acuerdo al espacio disponible entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y pueden ser de Clase I , II, III

En la clasificación de Pell y Gregory también consideran la relación del nivel de oclusión del tercer molar respecto a la cara oclusal del segundo molar. Tienen tres niveles de profundidad, Posición A, B, C.

Las diversas posiciones de esta clasificación son:

-VERTICAL: En ella el eje mayor del tercero es paralelo al eje mayor del segundo molar.

-MESIOANGULAR: Su eje forma con la horizontal un ángulo de entre 30° y 80°.

-DISTOANGULAR: Similar al anterior, pero con el ángulo abierto hacia atrás y su corona apunta en grado variable hacia la rama ascendente.

-HORIZONTAL: El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

-MESIOANGULAR INVERTIDA: Eje oblicuo hacia abajo y adelante entre 90° y 120°.

-DISTOANGULAR INVERTIDA: Similar a la anterior con eje oblicuo hacia abajo y hacia atrás.

-LINGUOANGULAR: Eje oblicuo hacia lingual (Corona hacia la lengua) y ápices hacia la tabla externa.

-VESTIBULOANGULAR: Eje oblicuo hacia vestibular y sus raíces hacia lingual.

“En el maxilar inferior la posición mas característica es la mesioangular en el 42% de los casos.

En cuanto al sexo, Ríes Centeno considera que existe un ligero predominio en la mujer en comparación con el hombre; Santamaría y Landa encuentran el 64% de los casos en la mujer frente al 36% en el hombre; Winter describe un 48.4% para el sexo femenino y el 51.5% para el masculino”

“La falta de desarrollo de uno o dos dientes es relativamente común, el defecto suele ser hereditario y los dientes que con mayor frecuencia faltan son los terceros molares. En pacientes con síndrome de Down la ausencia de uno o más terceros molares es mas del 90%”

### 1.7. INDICACIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR

- Daño en las piezas dentales vecinas (caries, y/o reabsorción radicular)
- Infección y abscesos, situación que puede llegar a ser tan severa y compleja que lleve al paciente a tener que internarse en un centro hospitalario.
- Formación de quistes y tumores, los cuales por su gran crecimiento y agresividad conducirían al paciente a realizarse grandes operaciones.
- Dolor agudo y dolor crónico maxilofacial
- Mayor susceptibilidad para fracturarse la mandíbula, ante un golpe o trauma.
- El eventual “apiñamiento” o cambio de posición de los dientes anteriores, así como la presión sobre ellos ha sido asociado a los terceros molares.

### 1.7.1 Contraindicaciones

- Cuando el tercer molar se puede utilizar para reponer un molar perdido o por perderse
- Cuando retirar el tercer molar significa un riesgo evidente de dañar irreversiblemente estructuras anatómicas vecinas, por ejemplo : el nervio dentario inferior, otros dientes o el seno maxilar.
- Cuando el tercer molar ha erupcionado en una posición adecuada y presenta buena salud de la encía que lo rodea.
- Cuando se tiene un tercer molar totalmente incluido dentro del hueso, sin contacto con el medio ambiente bucal, en ausencia de patología clínica o radiográfica asociada
- Compromisos médicos importantes.
- Edades extremas, cuando no hay problemas.
- Hay que evaluar el beneficio versus el perjuicio.

### 1.8 PORCENTAJE DE ERUPCION DE LOS DIENTE RETENIDOS

Consideraciones clínicas sobre los dientes retenidos.-

Se denominan “dientes retenidos” (Retiniertezahne) (dientes incluidos, impactados) aquellas que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco peri coronario fisiológico.

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

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

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

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

Según **BLUM** presenta un cuadro que contiene, según el, los dientes más frecuentemente retenidos

Diente retenido	Mandíbula	Maxilar
	Porcentaje (%)	Porcentaje (%)
Temporarios....		
Supernumerarios....	2	0,4
Incisivo central....	6	2
Incisivo lateral.....	5	---
Canino.....	0,5	0,4
Primer premolar....	51	4
Segundo premolar....	---	0,8
Primer molar.....	---	0,8
Segundo molar.....	---	0,4
Tercer molar.....	33	86

Según la estadística de BERTEN – CIESZYNSKY, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Diente retenido	Porcentaje (%)
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 molar inferior	0,5
Segundo molar inferior	0,5
Primer molar superior	0,4
Incisivo central inferior	0,4
Segundo molar superior	0,1

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable. Hay muchas personas que, sin trastornos aparentes, conservan sus 4 terceros molares o estos dientes y sus caninos superiores.

### 1.9 PATOGENIA

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

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

### 1.9.1 Razones Embriológicas

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

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en “erupción” en posición viciosa.

Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra conectar al diente en un eje que le permite erupcionar normalmente.

RADASH (1927) dice que “los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriogénico. Sostiene que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones a fines que normalmente existen en el folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de su evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación de tejido óseo y que desplaza al folículo dentario”

### 1.9.2 Obstáculos Mecánicos

Que pueden interponerse a la erupción normal.

- a) Falta material de espacio. Se puede considerar varias posibilidades: el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse en una pared inextensible (cara distal del segundo molar) y la rama montante del maxilar, canino superior tiene su germen situado en el más elevado de la fosa canina. Completada la calcificación del diente, y en maxilares de dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar en su sitio normal

en la arcada. Se lo impiden el incisivo lateral y el primer premolar que ya están erupcionados.

- b) Hueso tal condensación, que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis)
- c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.
- d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos.

Por otra parte, un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que encuentra en su camino, impidiendo su normal erupción.

### 1.9.3 Causas Generales

Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y a las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

## 1.10 ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS

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

Esos accidentes pueden ser clasificados de la siguiente manera:

### 1.10.1 Accidentes Mecánicos

Los dientes retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

- a) Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de “desinclusión” produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aun trastornos a distancias, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.
- b) Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino, se traduce por alteraciones en el cemento (rizalosis), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber periodonticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.
- c) Trastornos “protéticos” que originan en múltiples ocasiones los dientes retenidos. Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambia la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

### 1.10.2 Accidentes Infecciosos

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

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

- b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodontica de un diente vecino;
- c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

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

Los procesos infecciosos del saco folicular, que acabamos de considerar, pueden actuar como "infección local", produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia. Sobre los órganos vecinos (Como por ejemplo, el seno maxilar o las fosas nasales) la presencia de un diente retenido da trastornos diversos.

### 1.10.3 Accidentes Nerviosos

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes son bastantes frecuentes. La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sus troncos mayores, es posible origine algias de intensidad, tipo y duración variables.

La presión que ejerce el tercer molar en sus diversas formas de retención produce, a veces, sobre el nervio dentario inferior, pueden ser causa de trastornos nerviosos de toda índole. Con todo, los verdaderos procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de tales dientes; aun en molares, que después de ser extraídos, puede observarse en una de sus caras radicales, un surco creado por el conducto dentario inferior, los dolores son excepcionales.

Trastornos tróficos por retenciones dentarias son frecuentes.

Se ha observado en casos que de ataques epilépticos que se repetían con frecuencia y que iban precedidos por dolores en la región nasal, desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

#### 1.10.4 Accidentes Tumoraes Quistes Dentigeros.

En su parte correspondiente serán estudiados estos tumores de origen dentario, que tienen su origen indudable en la hipergénesis del saco folicular a expensas del cual se originan. Todo diente retenido es un quiste dentigero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

## **CAPITULO 2**

### **2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO (EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPÈRIOR DERECHO SEMIERUPCIONADO)**

#### **2.1 TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO**

Lo que prevalece en este diente es la anomalía de las formas radiculares, con gran frecuencia se presentan dilaceradas, desviadas de su eje, presentan tres y hasta cuatro raíces y con las formas más caprichosas. Es importante hacer un detallado estudio radiográfico en dos o tres incidencias. No solo hay que estudiar el diente mismo, sino también el hueso circundante, porque es fácil que se fracture la tuberosidad y también considerar la cercanía al seno maxilar.

La anatomía radicular del tercer molar es por completo impredecible, puede tener entre una y cuatro raíces, y entre uno y seis conductos que pueden tener forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar.

Para la extracción de este diente puede emplearse la misma pinza indicada para el primer y segundo molar. Muchas veces es difícil tomarlo con la pinza por su inclinación distal y por el desplazamiento anterior de la apófisis coronoides al tener la boca abierta. Como regla, los dientes con inclinación vestibular se pueden extraer con facilidad. Los que se encuentran en posición distal pueden fracturarse y es difícil retirar las raíces cortas y finas de este diente. Si se considera que este diente no cede con facilidad a la tracción hacia fuera y hacia abajo, es mejor desistir de la técnica de la pinza y emplear un elevador. Este se inserta en mesial del tercer molar a nivel del tabique alveolar. Con esta técnica el diente se inclina hacia atrás y se eleva fuera del alveolo a lo largo del eje de la curvatura apical, de modo que después se procede a extraerlo con facilidad con el fórceps siguiendo la línea de menor resistencia.

## 2.2 RETENCIÓN DE TERCEROS MOLARES. CLASIFICACIÓN.

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

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

Winter clasifica los terceros molares con relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar:

- a) Vertical.
- b) Meso angulado.
- c) Disto angulado.
- d) Horizontal.
- e) En vestíbulo versión.
- f) En linguo versión.
- g) Invertido.

Pell y Gregory, considera los siguientes parámetros, para clasificar los terceros molares inferiores retenidos:

- a) Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular.
- b) Específico para terceros molares inferiores.
- c) Profundidad relativa del tercer molar:

Posición A.

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B.

La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

Posición C.

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

Posición del tercer molar inferior en relación al eje axial del segundo molar.

Igual a la antes mencionada clasificación de Winter.

### **2.3 EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA (EXODONCIA).**

La pérdida de un diente es lamentable tanto desde el punto de vista estético como funcional ya que son componentes importantes en la digestión y asimilación óptima de los alimentos, pero esto no obsta para que muchas veces haya que extraer dientes temporales o permanentes.

Hay ocasiones en los que se extraen dientes sanos para mejorar la masticación y prevenir la mal oclusión, pero en la mayoría de los casos se extraen por estar afectados y atentan contra la salud por ser focos infecciosos.

Dientes en los que hay una gran destrucción coronaria imposible de restaurar

En estos casos, casi siempre la caries dental es la causante de la lesión, existiendo patología pulpar evidente que no es posible tratar endodónticamente; o por el contrario ya han dado origen a infecciones odontógenas que se han difundido y han involucrado otras regiones

Limítrofes (periodontitis, celulitis, etc.)

La realización de una técnica quirúrgica determinada requiere un profundo conocimiento de la anatomía y fisiología regional, además del desarrollo de habilidades y destrezas que da la práctica, la supervisión y la dedicación.

En el caso específico del procedimiento quirúrgico para la exodoncia del tercer molar superior, el acceso, las maniobras instrumentales y especialmente la visualización del campo operatorio se dificultan para el operador en la mayoría de los casos. Más aún para el ayudante y los observadores.

El tercer molar superior está localizado cerca de la tuberosidad del maxilar y sus raíces pueden encontrarse muy próximas al seno maxilar. Se relaciona con estructuras anatómicas importantes como el nervio alveolar superior, la fosa infra temporal y la fosa pterigopalatina. Está cubierto por una cortical vestibular delgada.

### 2.3.1 Indicaciones Para Realizar Una Exodoncia.

Se recomienda realizar exodoncia en los siguientes casos:

#### 2.3.1.1 Dientes Afectados Por Enfermedad Periodontal.

Cuando los dientes se tornan móviles por pérdida de estructuras de soporte. Cuando esta pérdida es notable, no es posible la conservación del diente mediante técnicas específicas y hay que recurrir a la exodoncia.

#### 2.3.1.2 Dientes Temporales.

Hay que tener presente la cronología de la erupción dentaria y sus márgenes para saber interpretar correctamente el periodo normal de recambio; lo habitual es que debajo del diente deciduo se encuentre el permanente, el cual producirá la rizalisis de aquél y su sustitución. Cuando los temporales persisten y los permanentes están listos y en posición para erupcionar y cuando hay una temprana reabsorción

radicular está indicada la exodoncia. Hay que tener en cuenta que puede existir agenesia de los permanentes, lo que tendremos que comprobar radiográficamente.

#### 2.3.1.3 Dientes Sanos Con Mal Oclusión.

En tratamientos ortodónticos como en rehabilitación protésica, es necesario, en ocasiones, recurrir a la exodoncia con el objeto de conseguir una oclusión correcta. Es muy común la exodoncia de los primeros premolares superiores y de los terceros molares en tratamientos ortodónticos con el fin de conseguir espacio, o la exodoncia de dientes inclinados o extraídos en tratamientos protésicos para evitar el correcto diseño y la estabilidad de una prótesis.

#### 2.3.1.4 Dientes En Relación Con Trauma Por Oclusión.

En ocasiones los dientes causan erosiones en los tejidos blandos adyacentes; ejemplo de ello puede ser el tercer molar superior que al erupcionar hacia vestibular es causa frecuente de tales traumatismos los cuales a su vez pueden dar origen a hiperplasias y posibles neoplasias, de ahí que este indicada la exodoncia. Otra circunstancia es cuando un diente está relacionado con un foco de fractura; hay opiniones contrapuestas acerca de los pasos a seguir ante uno de estos dientes, que generalmente se ha movilizado y que incluso puede ser un obstáculo para una correcta reducción de la fractura.

#### 2.3.1.5 Dientes Con Procesos Infecciosos.

Determinados procesos infecciosos crónicos pueden ser susceptibles de desencadenar, mantener o agravar diversos estados patológicos (cardiovasculares, pleuropulmonares, renales, reumáticos, oculares, etc.). Por otra parte no siempre es fácil establecer la relación de causalidad entre el proceso infeccioso dental y la patología, por lo que habrá que ser muy cuidadoso a la hora de plantear las posibles exodoncias. Los focos sépticos deben removerse con cuidado para evitar exacerbaciones o infecciones secundarias por estreptococos. Está también indicada la

administración preventiva de antibióticos.

#### 2.3.1.6 Consideraciones Estéticas.

A veces trascienden los factores puramente funcionales. En ocasiones los dientes en mala posición en pacientes que no deseen tratamiento ortodóntico se extraen por razones estéticas. A veces se plantea una situación similar cuando existe una mal oclusión de clase II ortodónticamente incorregible.

#### 2.3.1.7 Consideraciones Protésicas.

Puede ser necesario realizar exodoncias para el diseño o la estabilidad de la prótesis. En los casos en que hay edentulismo parcial a veces se los extrae para poder construir una prótesis total más satisfactoria desde el punto de vista estético.

#### 2.3.1.8 Estado Patológico En El Hueso Circunvecino.

Esta patología puede comprometer el hueso adyacente o el tratamiento del estado patológico puede requerir la exodoncia. Son ejemplos los quistes, osteomielitis, tumores y necrosis ósea.

#### 2.3.1.9 Dientes Afectados Por Fracturas.

En ocasiones las exodoncias están indicadas cuando los dientes afectados están en la línea de una fractura en el maxilar.

Tiene pocas contraindicaciones, pero en algunos casos se debe tener en cuenta ciertos trastornos locales o sistémicos. Se puede mantener confortable al paciente con analgésicos y antibióticos, si están indicados, o realizando terapia pulpar temporal.

### 2.4 PRIMERO O SEGUNDOS MOLARES CARIADOS PARA EVITAR LA RETENCIÓN DE TERCEROS MOLARES.

La exodoncia de primeros o segundos molares en el momento oportuno puede prevenir en algunos casos la retención de terceros molares, pero es probable que entonces haya que tomar medidas ortodónticas activas para cerrar el espacio y corregir la mal oclusión.

## 2.4.1 Contraindicaciones Para Realizar Una Exodoncia.

### 2.4.1.1 Contraindicaciones Locales

#### 2.4.1.1.1 Lesiones gingivales agudas.

2.4.1.1.1.1 Gingivitis Ulcero-Necrozante Aguda y gingivo estomatitis herpética, ya que su distribución es extensa y porque suelen producir una reacción sistémica importante y debilitan más al paciente.

#### 2.4.1.1.2 Dientes En Áreas Irradiadas.

Puede sobrevenir osteorradionecrosis. Si hay que realizar exodoncias, en circunstancias ideales se debe esperar por lo menos un año para que la circulación sanguínea del hueso se recupere al máximo. En caso de que no se pueda esperar, la exodoncia debe ser lo menos traumática posible, posteriormente el alvéolo se cubre con la mucosa y se deben administrar antibióticos antes y después de la operación.

#### 2.4.1.1.3 Infección Odontogénica.

No es una contraindicación absoluta desde la aparición de la antibioticoterapia. En casos de trismos severos es mejor esperar a que el paciente abra normalmente la boca. No debe olvidarse que la causa de la infección es el diente, por lo que el cuadro infeccioso mejora si es posible proceder a su extracción.

Contraindicaciones sistémicas.

- a) Enfermedades cardíacas.
- b) Antecedentes de fiebre reumática.
- c) Terapia anticoagulante.
- d) Discrasias sanguíneas.
- e) Enfermedades metabólicas descompensadas como diabetes, insuficiencia suprarrenal, insuficiencia renal.
- f) Terapia a base de cortico esteroides.

g) Hipertensión arterial no controlada.

h) Embarazo (Primero y último trimestre).

El embarazo, excepción hecha de ciertos casos particulares, no es una contraindicación de la extracción dentaria. Por regla general se sostiene que, cuanto más adelantada está la gestación, menos inconvenientes sufre la madre; por otra parte estos inconvenientes están más en relación con la afectación psicológica que con el acto operatorio.

Sin embargo haciendo una buena preparación y tomando precauciones especiales se pueden realizar los procedimientos quirúrgicos cuando las probables consecuencias de no hacer el tratamiento son más riesgosas para el paciente que la intervención misma. Es importante antes de realizar el procedimiento de urgencias, realizar una interconsulta con el médico tratante.

#### 2.4.2 Examen Clínico y Radiológico.

Determinar si se debe o no realizar la exodoncia.

El examen previo del paciente es fundamental para poder realizar las exodoncias correctamente. A través de la historia clínica se podrán obtener los datos necesarios para la intervención.

##### 2.4.2.1 Historia Clínica

Mediante una breve anamnesis del paciente podremos estar informados de:

- a) Su estado actual.
- b) Si sigue algún tratamiento.
- c) Las enfermedades que ha padecido.
- d) Intervenciones previas, insistiendo en la dificultad o no de exodoncia anteriores que le hayan realizado.
- e) Si tiene antecedentes alérgicos a fármacos.

- f) Su estado de ansiedad y antecedentes sincopales.
- g) Diátesis hemorrágica.

#### 2.4.2.2 Examen Clínico

- a) Grado de movilidad del diente que se va a extraer.
- b) Morfología de la corona y su estado.
- c) Grosor de la cortical ósea.
- d) Estado de los dientes vecinos y su relación con el diente que se va a extraer.
- e) Estado de la mucosa oral.

#### 2.4.2.3 Examen Radiológico.

Siempre aconsejable en todo tipo de exodoncia, nos permite conocer aspectos de la anatomía del diente y del hueso peri dentario, que, de otro modo, permanecerán ignorados y que, conociéndose, permitirán la aplicación de una técnica quirúrgica idónea para su resolución:

- a) Estado de la corona.
- b) Morfología de la raíz.
- c) Estado de la región peri apical.
- d) Anatomía del periodonto.
- e) Sus relaciones con regiones vecinas (senos paranasales, conducto dentario, etc.)
- f) Sus relaciones con los dientes vecinos y su estado.
- g) Anatomía del hueso alveolar.

Instrumental y material. Técnicas de instrumentación.

Antes de comenzar el procedimiento quirúrgico es importante tener conocimiento sobre la forma correcta de tomar los instrumentos y los pasos de la exodoncia.

## 2.5 INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA BUCAL.

Cuando se va a realizar una técnica quirúrgica intrabucal debe además de preparar una jeringa de anestesia, debe disponer de una bandeja que contenga todo el instrumental quirúrgico que se vaya a necesitar:

### 2.5.1 *Separador de Farabeuf.*

Para retirar la mejilla, labio o el colgajo mucoperióstico. Se permite la visualización del campo quirúrgico.

### 2.5.2 Bisturí.

Con hoja del N° 15, (11, 12): para realizar la incisión de los tejidos blandos.

### 2.5.3 Tambor De Gasa

### 2.5.4 Periostótomo o Sindesmótomo.

Instrumento para la sección y desprendimiento del periostio, obteniéndose el colgajo mucoperióstico.

### 2.5.5 Instrumental Rotatorio. Fresas Dentales Quirúrgicas.

Se acoplan a la pieza de mano. Se usan para actuar sobre los tejidos duros (osteotomía u odontosecciones).

### 2.5.6 Elevadores.

Instrumentos empleados para extraer raíces dentales o dientes completos. Se usan a modo de palanca. (Rectos y Winter)

### 2.5.7 Fórceps.

Pinzas que se usan para efectuar extracciones dentales simples. Constan de dos partes: una constituida por las palas (permiten sujetar la corona del diente) y la otra los brazos de la pinza (permiten al odontólogo sujetar con la mano el instrumento).

### 2.5.8 Pinza Gubia. Sirve Para La Eliminación De Esquirlas o Crestas.

### 2.5.9 Lima Para Hueso.

Son instrumentos cuya parte activa es una lima que se usa para regularizar bordes de crestas que no han quedado uniformes después de las exodoncias.

### 2.5.10 Pinzas Mosquitos

Sirven para sujetar algún vaso sangrante, tejido inflamatorio y raíces dentales.

### 2.5.11 Pinzas De Disección (*con o sin dientes*).

Sirven para prender el colgajo a la hora de suturar, el odontólogo lo sujeta con una mano y con la otra, gracias a la porta agujas pasa la aguja a través del colgajo.

## 2.6 TÉCNICAS DE INSTRUMENTACIÓN.

El método quirúrgico cerrado es aquel que puede llevarse a cabo con la técnica clásica de fórceps y elevadores. El éxito de la técnica depende de la expansión del proceso alveolar, la ruptura del ligamento periodontal y la separación de la inserción epitelial.

Hay varios factores que contribuyen decisivamente en la mejora del trabajo:

- a) Correcta preparación y colocación de las bandejas de trabajo.

- b) Adecuado mantenimiento del equipo.
- c) Técnica de trabajo de cuatro manos.

El instrumental se debe colocar en la bandeja de modo que la pieza que vaya a ser entregada en último lugar debe estar en el lado opuesto al que se está trabajando. Hay varias formas de entregar el instrumental:

- a) El instrumental de mano nunca debe entregarse por encima de la cara del paciente, para evitar accidentes y situaciones de ansiedad.
- b) Los instrumentos que deben montarse para ser manejados se entregan en condiciones aptas de uso inmediato.
- c) El auxiliar hace la entrega con su mano derecha y recoge con la izquierda.
- d) El método de instrumentación puede variar, si en lugar de limitarse a entregar un instrumento, se va a realizar una transferencia de instrumental entre el auxiliar y el odontólogo.

Cualquier procedimiento en cirugía oral y especialmente en exodoncia exige el empleo de una fuerza controlada.

### 2.6.1 Mecánica De La Palanca.

La palanca, elevadores en nuestra especialidad; actúa según principios físicos que se explicaran brevemente:

2.6.1.1 Palanca: Máquina simple que consiste esencialmente en una barra, que se apoya sobre un punto fijo, destinada a mover un cuerpo que se coloca sobre ella.

El punto fijo se denomina PUNTO DE APOYO.

2.6.1.1.1 Potencia: Fuerza que se ejerce en un extremo de la barra. Ejercida por el odontólogo.

2.6.1.1.2 Resistencia: Fuerza que se opone a la potencia. En nuestro caso corresponde al parodonto que soporta al diente.

Según la posición de los tres elementos señalados, la palanca se denomina de primero, segundo y tercer género.

En odontología se utilizan las palancas de primer y segundo género.

#### 2.6.1.1.3 Palanca De Primer Género

La potencia se coloca en un extremo de la máquina y la resistencia en el extremo opuesto; el punto de apoyo se ubica entre estos dos.

#### 2.6.1.1.4 Palanca De Segundo Género

Es aquella que posee la potencia y el punto de apoyo en sus extremos y la resistencia está ubicada entre ambos.

#### 2.6.1.2 Punto De Apoyo

El punto de apoyo para la mecánica de la palanca está dado por el hueso alveolar o por un diente vecino al diente a extraer.

##### 2.6.1.2.1 Hueso Maxilar Como Punto De Apoyo.

El hueso maxilar es punto útil como apoyo para el elevador. El borde alveolar, cuando es fuerte y resistente, permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en implantación normal o en raíces dentarias. Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesiobucal del diente a extraer, pero cuando algunas condiciones así lo exijan, el

elevador puede tener aplicación lingual, mesial, distal o bucal.

La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de tejidos blandos, las cuales, o le impiden actuar, o son traumatizados en el acto operatorio. Por lo tanto el tejido debe ser separado en maniobras como la sindesmotomía. En la extracción de dientes, la palanca es altamente eficaz, con el objeto de multiplicar la fuerza útil. El punto de apoyo se busca en el hueso vecino, actuando el elevador como palanca de primero o segundo género.

#### 2.6.1.2.2 Dientes Vecinos Como Punto De Apoyo.

Los dientes vecinos, constituyen puntos de apoyo útiles. El uso de un diente vecino exige, en este órgano, algunas condiciones para que resulte eficaz a este propósito. La corona debe mantener su integridad anatómica y no deberá estar disminuido el papel de punto de apoyo por la disminución de la resistencia física, en el caso de tener prótesis, coronas u obturaciones proximales.

La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada. Los dientes unirradiculares o los multirradiculares con raíces cónicas o fusionadas, pueden luxarse al ser usadas como punto de apoyo.

#### 2.6.1.2.3 Potencia

La potencia que es la fuerza ejercida sobre el extremo distal de la palanca, sirve para vencer la resistencia. La fuerza destinada para movilizar un diente, varía de acuerdo a múltiples circunstancias, tales como la proximidad del punto de apoyo a la resistencia y la longitud del brazo de palanca.

#### 2.6.1.2.4 Resistencia

El diente implantado (corona y raíz) y el hueso que cubre y rodea a la raíz del diente, se pueden considerar, en el caso quirúrgico, como la resistencia. Son determinantes de la resistencia la disposición radicular del diente, la cantidad de hueso que cubre y rodea al diente, su calidad (la distinta disposición de las trabéculas óseas, la mayor o menor

calcificación) y la edad del paciente.

La resistencia puede ser disminuida en sus valores por la eliminación del hueso o por el fraccionamiento de la pieza a extraerse.

### 2.6.1.3 Elevadores

#### 2.6.1.3.1 Palancas De Primer Género.

El elevador puede ser aplicado como palanca de primer género cuando se ubica su punto de apoyo (el hueso alveolar) entre la potencia (fuerza aplicada por el operador) y la resistencia (el diente). Introducido el elevador según las técnicas de rigor, su parte activa se aplica sobre una de las caras del diente a extraer (la cara mesial) en tanto que el instrumento se apoya sobre el hueso vecino; se ejerce la potencia necesaria y el diente o raíz son desplazados en sentido inverso a la fuerza ejercida.

#### 2.6.1.3.2 Palancas De Segundo Género

La punta del instrumento se introduce en el espacio interdentario; sobre la cresta del hueso mesial, logrando el punto de apoyo. La potencia, en el otro extremo del instrumento, moviliza el diente, en el sentido de la fuerza ejercida.

## 2.7 DESPUES DE LA EXODONCIA

### 2.7.1 Complicaciones Infecciosas

Una de las metas principales del Cirujano al realizar cualquier procedimiento quirúrgico es prevenir la infección postoperatoria luego de la cirugía. Para lograrlo, es necesaria la profilaxis antibiótica en algunos procedimientos. Muchos de estos pueden caer en las categorías de

Cirugías Limpias/Contaminadas o Contaminadas. La incidencia de las infecciones postoperatorias en una cirugía limpia está más relacionada con la técnica del operador que del uso de profilaxis antibiótica.

La Cirugía de Terceros Molares Incluidos claramente cae en la categoría de Cirugía Limpia/Contaminada. Sin embargo, se desconoce la incidencia exacta de la infección postoperatoria. Estudios han demostrado que la infección postoperatoria corresponde a un evento poco común luego de este tipo de cirugías. Esto quiere decir que es poco usual observar dolor, edema y producción de pus que requiera de incisión y drenaje o antibioterapia. La incidencia de dichas infecciones es, probablemente, menor al 2% para la mayoría de las cirugías.

Esta cirugía corresponde al procedimiento quirúrgico más frecuente dentro de los procedimientos realizados en Cirugía Maxilofacial y corresponde a una cirugía estándar. Aún así, ha producido mucha controversia durante las últimas tres décadas, especialmente sobre la necesidad profiláctica de extraer dichas piezas dentarias, como también de realizar o no profilaxis antibiótica, lo que hace que su prescripción sea controversial.

El porcentaje de infección luego de la exodoncia de los terceros molares es mayor que en una exodoncia de rutina<sup>2</sup> pero, como se mencionó anteriormente, ésta es muy baja.

Un problema más común es la Alveolitis Seca. Esta falla en la reparación de la herida es mayormente causada por la combinación de saliva y bacterias anaeróbicas.<sup>(1)</sup>

### 2.7.2 Antibióticos Sistémicos

Reiteradamente la literatura ha confundido la palabra Profilaxis. Hay que tomar en consideración que Profilaxis es todo aquel procedimiento que se efectúa antes y no después del acto quirúrgico. Toda acción posterior, ya es considerada como tratamiento.<sup>3</sup> Partiendo de esta base, la Profilaxis Antibiótica (independiente del antibiótico a utilizar como veremos más

adelante) debe realizarse antes de la cirugía y con un tiempo adecuado de administración para poder obtener un MIC óptimo en el sitio de la cirugía, así como también los niveles sanguíneos deben ser, por lo menos, 3 a 4 veces mayores al MIC antes de la cirugía y evitar así la invasión bacteriana.

Es común el uso de antibióticos en cirugía de terceros molares como tratamiento contra la posibilidad de infección causada por microorganismos orales. La vía sistémica sigue siendo la forma más común de administración, aun cuando el uso de enjuagatorios antisépticos como Clorhexidina al 0,2% previo a la cirugía y el uso de antibióticos en el alveolo inmediatamente después de la exodoncia han demostrado ser efectivos en la prevención de la infección postoperatoria.

### 2.7.3 Antibióticos Tópicos

Junto con investigaciones realizadas sobre la administración de antibióticos sistémicos, se han realizado numerosos estudios sobre la aplicación tópica del antibiótico inmediatamente después de la cirugía. Aun cuando este tipo de tratamiento no es realizado previo a la cirugía, su tiempo de exposición y de administración es menor que los que se han propuesto en situaciones postoperatorias.

La aplicación tópica de antibióticos, como también de sustancias antisépticas como Clorhexidina al 0,2%, han sido utilizadas por su mayor concentración en la zona de la exodoncia, evitando así la presencia de infecciones postoperatorias y de alveolitis.

Los antimicrobianos aplicados tanto sistémica como tópicamente han demostrado una reducción en la incidencia de las alveolitis secas.

El uso de Tetraciclina tópica en polvo o en suspensiones acuosas ha demostrado, la mayoría de las veces, una reducción significativa de las alveolitis secas, como también la combinación de Tetraciclinas con Hidrocortisona. Debido al transportador de esta combinación, se han detectado numerosos casos con hipersensibilidad, por lo que se

recomienda el uso de la solución acuosa.

El antibiótico de preferencia es Amoxicilina, con una dosis de 2g 1 hora antes de la cirugía. En casos de hipersensibilidad, se puede administrar Clindamicina que ha demostrado un efecto deseable contra las complicaciones postoperatorias.

En casos de cirugías de terceros molares no complicados, se recomienda sólo el uso de Antiinflamatorios No Esteroidales, junto con enjuagues de Clorhexidina al 0,2% previos y posteriores a la cirugía.

#### 2.7.4 FICHA CLINICA (VEASE EN EL ANEXO 1)

#### 2.7.5 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Somos personal sanitario y por ello podemos transmitir enfermedades contagiosas. Las podemos transmitir a través del instrumental y material que usamos. Nuestra obligación es evitarlo. Además, podemos contagiarnos nosotros y sufrir estas enfermedades.

En todos los procesos quirúrgicos es básico disponer de unas condiciones para no transmitir ninguna enfermedad infecciosa y a la vez no adquirirla nosotros mismos, por ello es importante conocer todos los sistemas y barreras que se pueden usar para prevenir el contagio y transmisión de las enfermedades causadas por microorganismos.

Todas las enfermedades son importantes pero las más peligrosas son la hepatitis y el sida, sin olvidar la tuberculosis y los herpes.

Debemos conocer una serie de conceptos fundamentales para poder seguir una normativa en nuestro quehacer diario.

##### 2.7.5.1 Germicida

Son sustancias letales para los gérmenes, se clasifican según su actuación:

- Bactericida: eliminan bacterias
- Bacteriostático: inhiben el crecimiento de las bacterias

- Fungicida: Actúa sobre los hongos
- Virucida: Actúa sobre los virus
- Amebicida: Actúa sobre las amebas y los protozoos

#### 2.7.5.2 Asepsia

Son todas las maniobras y procedimientos que debemos usar para evitar que los microorganismos se encuentren en el quirófano o sala donde se va a intervenir, instrumental quirúrgico, tallas, gasas, guantes, mascarillas, etc.

Un medio séptico es un medio infectado o contaminado y un medio aséptico es un medio libre de gérmenes. Se usan antisépticos y desinfectantes:

#### 2.7.5.3 Antiséptico

Es una sustancia química que actúa matando o inhibiendo microorganismos, se pueden usar sobre la piel y mucosas, ya que no es tóxico para ellas, pero tienen muchas limitaciones para usar de forma interna.

#### 2.7.5.4 Antisepsia

Son el conjunto de procedimientos destinados a combatir los microorganismos que se hallan en los tejidos vivos.

#### 2.7.5.5 Desinfectante

es el que elimina microorganismos hasta niveles aceptables, no los elimina todos ni sus esporas, producen la DESINFECCIÓN, es un germicida que no se puede usar sobre los tejidos vivos (diferencia del antiséptico), se usan para desinfectar instrumental y utensilios.

#### 2.7.5.6 Esterilización

Es la destrucción total de todas las formas de vida por los medios físicos o químicos.

### 2.7.5.7 Métodos Preventivos

- Vacunación contra la hepatitis
- Historia clínica del paciente exhaustiva y comportarnos como si todos los pacientes fueran de alto riesgo
- Lavado de manos en cada acto operatorio
- Uso de gorro, guantes, mascarillas y gafas protectoras.

## 2.8. TÉCNICA ANESTÉSICA

La anestesia troncular es parte del procedimiento previo al acto quirúrgico que nos permite realizar las maniobras sin dolor. Esto es primordial para lograr la confianza del paciente y así lograr nuestro objetivo.

Denominándose troncular o regional la que se realiza, colocando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

Esta técnica se puede realizar, tanto para el maxilar superior como para el inferior, sin embargo en el maxilar inferior es donde es mayor su uso.

Conduce la sensibilidad general del labio inferior, mentón, parte posterior de la región geniana, región temporal, oído externo, membranas mucosas relacionadas con el maxilar inferior, dientes inferiores, piso de la boca y los dos tercios anteriores de la lengua, conteniendo también las fibras motoras para los músculos masticadores y músculo peristafilino externo, fibras secretoras para las glándulas salivales provenientes de la cuerda del tímpano.

Se coloca al paciente en posición semisentado, ligeramente reclinado, se limpia la zona a anestesiar con una gasa estéril, se coloca luego una solución antiséptica, con el dedo pulgar se palpa el triángulo retro molar si se va a anestesiar del lado izquierdo y con el dedo índice se palpa el mismo triángulo, si la anestesia es del lado derecho. Después se coloca la inyectora aproximadamente a 1 centímetro por encima de las caras

oclusales de los dientes inferiores y paralela al plano oclusal, con el bisel de la aguja dirigido hacia la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior. Luego se introduce la aguja y se penetra 1 a 3 centímetros, se depositan unas gotas de anestesia, y en este momento estamos anestesiando al nervio lingual, luego se saca ligeramente la aguja del tejido y se gira la jeringa al cuadrante contrario a nivel de los premolares, se introduce la aguja un poco más buscando tocar la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior, tratando de llegar lo más cerca posible del agujero superior del conducto dentario inferior, luego de tocar con la aguja la cara interna de la rama ascendente, nos retiramos un poco y depositamos la mayor parte del líquido anestésico

Luego procedemos a la anestesia del nervio bucal: la más común consiste en aplicar la inyección en el vestíbulo bucal en la parte distal a los molares. De esta forma se bloquean las ramas terminales del nervio antes de que alcance la mucosa gingival alveolar.

### 2.8.1 Recomendaciones Sobre El Uso De Anestésicos.

Tipo amidas: Lidocaína y Mepivacaina.

Concentraciones de Adrenalina:

1: 100.000 en pacientes normales.

Evitar el uso de adrenalina:

Pacientes: Diabéticos, hipertensos, hipertiroideos, no controlados.

Medicación antidepresiva (MAO).

### 2.8.2 Transoperatorio

Es el momento o tiempo que dura la intervención quirúrgica. Se divide en:

Sindesmotomía: consiste en la interrupción más coronal del ligamento circular de Koelliker se realiza para liberar y desgarrar el ligamento

gingivodentario y con ello se persiguen dos objetivos: facilitar la prehensión del diente y evitar desgarros gingivales.

El instrumento que se usa es el sindesmotomo constan de un asa, un eje y una hoja dentaria, cualquier instrumento cortante o punzante: cureta, cucharilla.

Prehensión: debe de hacerse de manera muy alta para evitar que el molar se resbale y se dirija hacia algún nervio o vaso que pueda ser afectado por una mala maniobra. Este paso se lo realiza con los fórceps a continuación hablaremos sobre los más usados:

### 2.8.3 Luxación

El elevador recto es colocado en el sitio más profundo posible entre la cortical vestibular y el molar incluido, en el ángulo mesovestibular. La luxación se realiza con movimientos de rotación firmes y controlados.

## 2.9 FÓRCEPS

Es un instrumento ideado y fabricado con el fin de practicar una exodoncia. Realiza su función según las palancas de segundo género.

### 2.9.1 Tipos De Fórceps:

-En relación con el paciente: de adulto y de niño; la diferencia está en el tamaño, siendo los fórceps para el niño más pequeños.

-En relación con los dientes: para la arcada superior y para la arcada inferior.

### 2.9.2 Fórceps Para La Arcada Superior

1.-Fórceps para el grupo incisivo-canino: los tres elementos se encuentran en línea recta.

La parte activa es de aspecto rectangular y tiene unas caras internas cóncavas para adaptarse mejor a las caras convexas de los dientes.

2.- Fórceps de premolares: sus tres componentes con una ondulación en su disposición lineal que facilite el acceso de dicha región.

La parte activa en sus caras internas es cóncava para adaptarse mejor a las caras convexas de la corona dentaria.

3.-Fórceps de molares, derecho e izquierdo: El fórceps de molares superiores existe una diferencia entre el derecho y el izquierdo por la disposición de las raíces vestibulares, mesial y distal, del molar. Los tres elementos del fórceps presentan una posición más ondulada para introducirse con más facilidad y precisión hasta el grupo dentario.

La parte activa, en relación con la disposición de las raíces vestibulares del molar, permite distinguir que instrumento se utiliza en la hemiarcada derecha y cuál en la hemiarcada izquierda. La que se sitúa por vestíbulo presenta un saliente central en el borde libre de la valva que se sitúa sobre el cuello del diente.

4.-Fórceps de cordales: La disposición muy posterior de tercer molar en la arcada superior hace que este instrumento presente una disposición de sus tres componentes muy peculiar: unos ejes, que se disponen en ángulo recto u obtuso con la articulación y las asas del fórceps, y la auténtica parte activa que se dispone en ángulo recto con los eje antes descrito----aspecto de bayoneta.

5.- Fórceps de raíces superiores o de bayoneta: Las valvas dentarias presentan dos partes fundamentales: un eje que sale en ángulo obtuso al eje de la asas y la valva dentaria; esta valva dentaria tiene forma triangular, de base muy estrecha, terminando en un extremo libre muy

fino. Ello hace que pueda adaptarse mejor y hacer mejor presa sobre los restos radiculares.

### 2.9.3 Fórceps Para La Arcada Inferior:

1.- Fórceps del grupo de incisivos: la corona de estos dientes tiene dos caras de aspecto rectangular, pero dispuestas más o menos paralelas con cuatro bordes. Las valvas están dispuestas de manera que, cuando se abren ligeramente, sus caras internas no estén muy cóncavas como en otros fórceps.

2.- Fórceps del grupo de caninos y premolares: más pesado, más grande y más largo que el de incisivos. Al abrir el fórceps las caras internas de las valvas dentarias del instrumento, no se encuentran paralelas, como en el de incisivos inferiores, sino que son cóncavas.

3.- Fórceps de molares o cuerno de vaca: las valvas no son cuadrangulares sino que tienen cada una la forma de un garfio o gancho terminado en una punta fina, ambos se aproximan desde su nacimiento en la articulación, siguiendo más o menos el trazado de una circunferencia.

4.- Fórceps de pico de loro de uso frontal: presenta en el borde de cada una de las valvas dentarias un saliente o pincho; la parte activa se caracteriza por ser como una prolongación de los ejes de las asas del fórceps, a continuación de la articulación.

Tracción: Debe realizarse con el fórceps correspondiente, controlando la fuerza que no debe ser exagerada, sino rítmica y constante, no "in crescendo", y sin perder nunca la presa. No debemos hacer movimientos violentos, repentinos o espasmódicos.

El movimiento básico de tracción es el vestíbulo-palatino o vestíbulo-lingual teniendo presente que en este movimiento debe participar todo nuestro cuerpo, evitando mover demasiado el codo. En dientes mono

radiculares y de sección circular pueden realizarse movimientos de rotación

## 2.10 SUTURA

Consiste en la reposición de los tejidos.

Material de sutura

Seda (no reabsorbible)

Vicryl (reabsorbible)

Catbuc.

Generalmente se usa de calibre 3.0 o 4.0 (esto también dependerá del cirujano)

La posición y la forma de tomar el porta agujas deben ser las correctas para lograr un mejor nudo.

Durante la técnica de sutura el movimiento debe limitarse solo a la muñeca y los dedos. La aguja enhebrada con el hilo se toma con las caras palmares de los dedos índice y pulgar de la mano izquierda. El porta agujas se toma con la mano derecha, dirigido por el pulgar, por un lado, el corazón y anular, por el otro. El dedo índice se apoya contra el instrumento sirviendo de director del porta agujas.

Tomadas de esta forma la aguja y el porta agujas, pasamos la aguja por la piel o la mucosa de un lado, ayudándonos con una pinza de disección con garra en la mano izquierda. La aguja visible entre los bordes de la herida; luego perforamos el otro borde hasta que aparezca la punta de la aguja por la superficie de la piel. En este momento, retiramos el porta agujas de la aguja y la volvemos a tomar del otro lado de la herida ayudándola a pasar tirando de ella.

El paso de la aguja por los bordes de la herida en la cavidad oral debe realizarse en dos tiempos, atravesando primero un lado, tomando la aguja nuevamente con el porta agujas y volviéndola a pasar por el otro lado de la herida. El fin primordial de una sutura es mantener los bordes de la herida coaptados hasta que se produzca la cicatrización. Esta coaptación debe ser completa y cuidadosa.

Existen dos formas de sutura, la discontinua y la continua y existen además una serie de puntos cuyo conocimiento es fundamental para realizar una buena sutura

1.-Sutura simple discontinua. Es la más común. Se inicia tomando el colgajo en la posición correcta. Se hace pasar la aguja en primer lugar por la parte móvil, generalmente por vestíbulo en dirección oblicua hacia abajo y hacia fuera con el objeto de tomar más tejido en superficie que en profundidad. Así al anudar la sutura quedará evertida. Luego se vuelve a sujetar con el porta agujas y se pasa por la papila interdental. Las cantidades de tejido tomadas en cada borde de la incisión deben ser iguales, tanto en superficie como en profundidad. El nudo debe aproximar el colgajo sin causar isquemia y dentro de lo posible todos los nudos deben quedar de un mismo lado, el lado escogido debe ser el mejor irrigado y los nudos no deben quedar sobre la línea de incisión.

2.- Sutura continua. Existen diferentes variedades de sutura continua. Es útil en incisiones largas, dado que solo se efectúa un nudo inicial y uno final. Pueden ser entrecruzadas o simples.

## 2.11 POST OPERATORIO

Indicaciones



### 2.11.2 VITAMINA C

#### COMPOSICIÓN:

Tabletas efervescentes.

Cada tableta contiene Vitamina C 1g.

Tableta masticable sabor a fruta.

Cebión sabor tropical 500mg.

Cada tableta contiene 500mg. de Vitamina C como ácido L-ascórbico y excipientes más saborizantes.

#### PRESENTACIÓN:

- Tabletas efervescentes 1g. tubo por 10 tabletas.
- Cebión 500 mg.: Tablet masticables.
- Cebión gotas sabor a fresa: frasco – gotero dosificado de 30 ml.

#### INDICACIONES:

- Profiláctico y terapéutico.
- Infecciones febriles.
- Afecciones febriles.
- En caso de peligro acentuado de infección o epidemia.

- Gingivitis.

#### ADVERTENCIA:

-En pacientes con hipertensión y cardiacos que están con medicamentos digitálicos, no lo deben tomar.

#### DOSIFICACIÓN:

Cebión 1 tableta efervescente o más en un vaso de agua.

Cebión de 500 mg. tabletas masticables sabor tropical.

Niños: 1 tableta masticable como caramelo 3 veces al día.

Adultos: 2 tabletas 3 veces al día.

#### RECOMENDACIONES

-No ingerir comidas que puedan producir reacciones adversas (cerdo, embutidos, maní).

-No exponerse al sol.

-No hacer fuerza brusca.

## 2.12 COMPLICACIONES

### 2.12.1 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.

### 2.12.2 Sistémicas.

Controlar a los pacientes hipertensos, toma de presión y medicación.  
Evitar la toma de aspirina 72 horas antes y 48 horas después.

## **CONCLUSIONES.**

- La historia clínica es la base fundamental para la decisión de realizar una extracción de tercer molar
- Que los terceros molares son las piezas más vulnerables a complicaciones dentro de la cavidad oral.
- Saber que la extracción está contraindicada cuando el paciente no presenta salud general en buen estado
- Se entregó diferente concepto de autores con respecto al tema , también se consultó por internet

## RECOMENDACIONES

- Debemos observar la posición de los terceros molares mediante una radiografía panorámica para poder saber el grado de dificultad de la cirugía.
- La exodoncia de los terceros molares debemos tratar de realizarla en adultos jóvenes, porque en adultos se puede presentar mayor dificultad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Peterson L. Principles of Oral and maxillofacial Surgery. Ed. J.B Lippincott Co. 1992, Vol. 1, Part II, Cap. 6. 116-117.
- 2) Poeschl P, Eckel D, Poeschl E. Postoperative Prophylactic Antibiotic Treatment in Third Molar Surgery – A Necessity?. J Oral MaxillofacSurg 62:3-8, 2004.
- 3) Lieblich S. Discussion. J Oral MaxillofacSurg 62:9, 2004.
- 4) Vezeau P. Dental Extraction Wound Management: Medicating Postextraction Sockets. J Oral MaxillofacSurg 58:531 – 537, 2000.
- 5) Alexander R. Dental Extraction Wound Management: A Case Against Medicating Postextraction Sockets. J Oral MaxillofacSurg 58:538 – 551, 2000.
- 6) URL: <http://www.odontocat.com/cirugias1.htm>
- 7) Castellón M.L. Terceros Molares. Clase Magistral Cirugía II, Universidad Mayor, Santiago
- 8) Toshio D, Morio R, Tatsuro T, Atsuki T, Tadao N. Clinical evaluation of third molar status in two bicuspid extraction cases. J Jpn Ortho Soc 1983; 40:251-60.
- 9) Hence RE. Formation and development of third molar in cases of malocclusion.Relationshipbetween and posterior space. DentJpn 1997;33:83-6.

# Anexos

**CASO DE CIRUGÍA**  
**Extracción del tercer molar superior derecho**

**ANEXO 1**  
**Historia Clínica**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
 FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
 CLINICA DE INTERNADO  
 EXODONCIA

Guayaquil, 26/ Marzo de 2011

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Rebeca Quiroz Marcillo

2.- MOTIVO DE CONSULTA : Dolor en la pieza #18

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Dolor localizado

4.- ANTECEDENTES PERSONALES : ninguno

a) Esta bajo tratamiento médico SI \_\_\_\_\_ NO  PORQUE \_\_\_\_\_

b) Que medicación está tomando \_\_\_\_\_

c) Hepatitis no j) Sida no

d) Hemofilia no k) Sinusitis no

e) Alergias no l) Diabetes no

f) Embarazo no m) Complicaciones con anestesia no

g) Cáncer no n) Hemorragias no

h) Hipertensión no o) Otros no

i) Tuberculosis \_\_\_\_\_

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso \_\_\_\_\_ Respiración 18 P. Arterial 120/70 Temperatura 37°

B) EXAMEN INTRAORAL

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

C) EXAMEN EXTRAORAL

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

6.- PIEZA A EXTRAERSE # 18

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : pieza #18 semi retenida, sombra radiolucida compatible con caries en la cara oclusal, cámara amplia, conductos estrechos, ápice y fornice normal, trabeculado óseo normal

8.- DIAGNOSTICO : pieza #18 con caries profunda en la cara oclusal

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Quirúrgico

10.- TÉCNICA QUIRURGICA : Anestesia, Incisión, Levantamiento de colgajo, osteotomía, prehensión, luxación, Tracción

11.- FARMACOPEA : Amoxicilina 500mg x 5 días, Vitaminas

12.- RECOMENDACIONES : Reposo absoluto; Dieta blanda

Andrés Quiroz M.  
 INTERNO TRATANTE

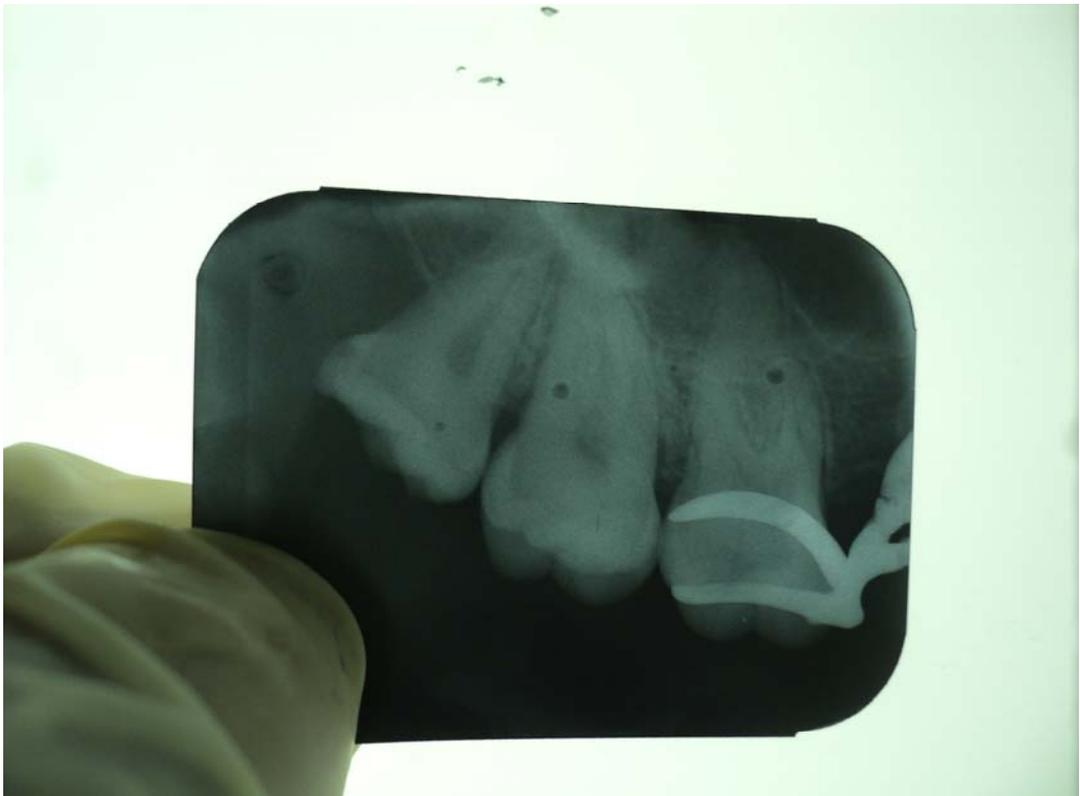
[Signature]  
 JEFE DE GUARDIA

## ANEXO 2



**PACIENTE CON OPERADOR** Se realizo la foto con la paciente previo a la presentación del caso de la cirugía; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

### ANEXO 3



**RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO** Foto tomada en un negatoscopio  
Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado  
Quiroz Armando, 2011

## ANEXO 4



**Presentación del caso,** Se señala la pieza a extraer, Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando., 2011

## ANEXO 5



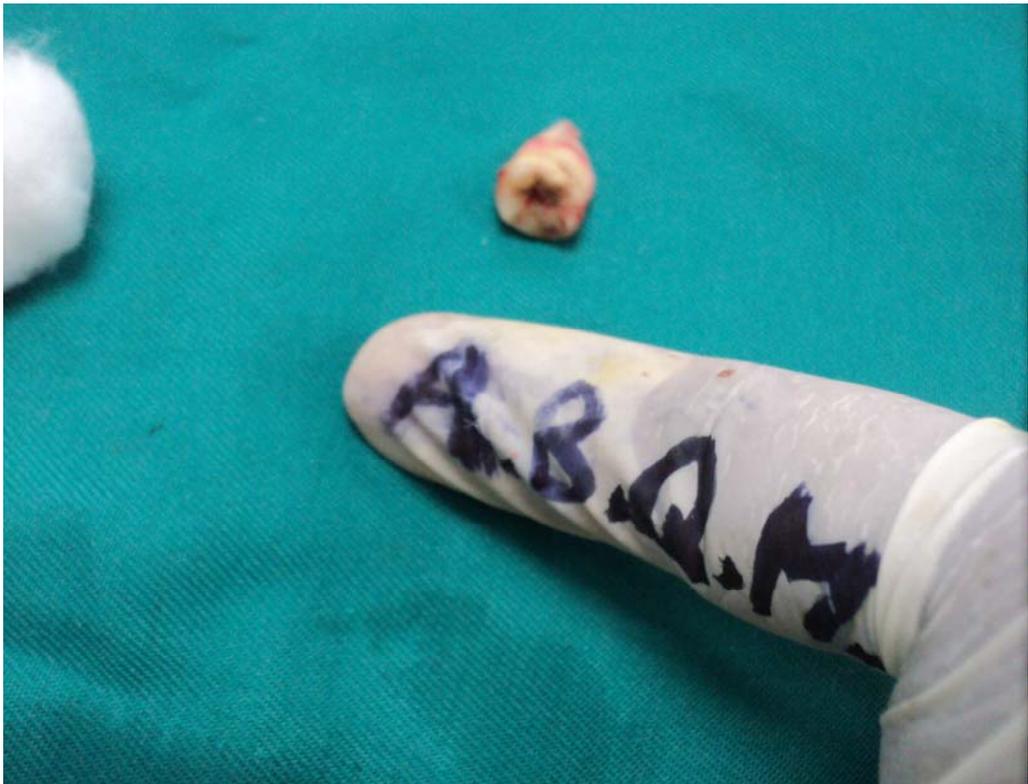
**DURANTE LA CIRUGIA.** Se está extrayendo la pieza con un fórceps superior; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## ANEXO 6



**POST OPERATORIO CON SUTURA.** Se muestra la sutura realizada;  
Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## ANEXO 7



**PIEZA EXTRAIDA.** Se muestra la pieza #18 ya extraída, Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## Otros casos clínicos realizados en la Formación Académica

## **PREVENCION SELLANTES**

### **FICHA CLINICA**



PROXIMA FECHA:   
 # 16 Proflaxis y 46 Settant en las piezas  
 26, 36 y 46 x Prevencion  
 Jefe de Guardia: [Signature]  
 Interno: [Signature]

ESTADISTA FECHA:   
 JEFE DE GUARDIA INTERNO

**Foto # 1**



PACIENTE CON OPERADOR Foto con la paciente previa a realizar el sellante Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado, Quiroz Armando., 2011

**Foto # 2**



PRESENTACION DEL CASO ARCADA SUPERIOR Foto presentando el caso la arcada superior, Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado, Quiroz Armando., 2011

**Foto # 3**



PRESENTACION DEL CASO ARCADA INFERIOR Foto de la arcada inferior presentando el caso, Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado, Quiroz Armando., 2011

**Foto # 4**



MOLARES PREPARADOS (AMELOPLASTIA) Foto con la paciente previa a realizar el sellante Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado, Quiroz Armando, 2011

**Foto # 5**



PIEZAS SUPERIORES GRABADAS CON AISLAMIENTO RELATIVO;  
Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

**Foto # 6**



PIEZAS INFERIORES GRABADAS CON AISLAMIENTO RELATIVO;  
Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

**Foto # 7**



PIEZAS SELLADAS ARCADA SUPERIOR; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando; 2011

**Foto # 8**



PIEZAS SELLADAS ARCADA INFERIOR; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando; 2011

**Foto # 9**



TOMA SUPERIOR E INFERIOR CON CUBETAS APLICANDO CON FLUOR; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

**CASO DE ENDODONCIA  
NECROPULPECTOMIA**

**FICHA CLINICA**

DE GU  
O DE OD  
E INTER  
DE END

NOMBRE: Enrique Burgos EDAD: 18 FECHA: 11

**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** reconstrucción de la pieza # 11

**MOLESTIA PRINCIPAL:** no presenta ningún tipo de molestia en la pieza

**DIENTE A TRATARSE #** 11

**EXPLORACION CLINICA**  
 INSPECCION: fractura de los tercios incisal medio PALPACION: negativo  
 PERCUSION: (-) no presenta dolor MOVILIDAD: negativo  
 TRANSLUMINACION: discreto

**INTERPRETACION RADIOGRAFICA:** .....

**HEMILOGIA DEL DOLOR**  
 TIPO: espontáneo INTENSIDAD: negativo  
 CRONOLOGIA: negativo UBICACIÓN: negativo  
 ESTIMULO: .....

**VITALOMETRIA**  
 PRUEBA TERMICA: negativo  
 PRUEBA DE CAVIDAD: negativo

**DIAGNOSTICO:** pulpa no vital crónica

**TRATAMIENTO**  
 LONGITUD APARENTE: 18 LONGITUD DE TRABAJO: 16  
 PRONOSTICO: .....

**OBSERVACIONES:** .....

1RA CITA: *diagnostico, profilaxis, oncofisiologia, seguimiento, estudio de laboratorio, apertura y eliminacion de tejido, conducta nutricional, fortificacion, lavado de secado y medicacion*

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
INTERNO

2DA CITA: *comentarios, lavado de secado y medicacion* | *recado y condensacion*

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
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**

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		EDAD		Nº HISTORIA CLINICA																																																																																																																																											
		Carmen		Luyao		F																																																																																																																																													
MUNICIPIO		PROFESION		ESTADOCIVIL		ESTADO		EMBAJAZADA																																																																																																																																											
<b>1 MOTIVO DE CONSULTA</b>																																																																																																																																																			
X <i>revisar pieza # 11 con polpa mecánica</i>																																																																																																																																																			
<b>2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b>																																																																																																																																																			
no presenta																																																																																																																																																			
<b>3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES</b>																																																																																																																																																			
1. ALERGIAS: <input type="checkbox"/> 2. ALERGIAS: <input type="checkbox"/> 3. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 4. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 5. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 6. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 7. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 8. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 9. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/> 10. ENFERMEDADES: <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
<b>4 SIGNOS VITALES</b>																																																																																																																																																			
TEMPERATURA: <i>36</i> PULSO: <i>78</i> PRESION: <i>110/70</i> SATURACION: <i>98</i>																																																																																																																																																			
<b>5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO</b>																																																																																																																																																			
1. LARINGE: <input checked="" type="checkbox"/> 2. MANDIBULAS: <input checked="" type="checkbox"/> 3. MANDIBULAS: <input checked="" type="checkbox"/> 4. MANDIBULAS: <input checked="" type="checkbox"/> 5. MANDIBULAS: <input checked="" type="checkbox"/> 6. LENGUA: <input checked="" type="checkbox"/> 7. PALADAR: <input checked="" type="checkbox"/> 8. FIBRO: <input checked="" type="checkbox"/> 9. GINGIVAS: <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
<b>6 ODONTOGRAMA</b>																																																																																																																																																			
<b>7 INDICADORES DE SALUD BUCAL</b>					<b>8 INDICES CPO-cep</b>																																																																																																																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA</th> <th colspan="2">PERIODONTOPATIA PERIODONTAL</th> <th colspan="2">MAL OCCLUSION</th> <th colspan="2">FLUORURACION</th> </tr> <tr> <th colspan="2">PIEZAS DENTALES</th> <th>PLACA</th> <th>CALCULO</th> <th>ANGULO A</th> <th>ANGULO B</th> <th>LINEA</th> <th>LINEA</th> <th>LINEA</th> <th>LINEA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td><td>12</td><td>90</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td><td>24</td><td>61</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>96</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>36</td><td>37</td><td>75</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>41</td><td>71</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>46</td><td>47</td><td>89</td><td>1</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TOTALES</b></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>					HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				PERIODONTOPATIA PERIODONTAL		MAL OCCLUSION		FLUORURACION		PIEZAS DENTALES		PLACA	CALCULO	ANGULO A	ANGULO B	LINEA	LINEA	LINEA	LINEA	10	12	90	0	0						11	24	61	0	0						26	27	96	1	0						36	37	75	1	0						31	41	71	1	0						46	47	89	1	0						<b>TOTALES</b>										<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">INDICES CPO-cep</th> <th colspan="2">TOTAL C</th> </tr> <tr> <th>D</th><th>C</th><th>P</th><th>O</th><th>I</th><th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td> </tr> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td> </tr> <tr> <td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>TOTAL</b></td><td></td> </tr> </tbody> </table>					INDICES CPO-cep				TOTAL C		D	C	P	O	I	TOTAL	0	3	0	0	0		1	0	0	0	0		2	0	0	0	0		3	0	0	0	0		4	0	0	0	0		<b>TOTAL</b>					
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				PERIODONTOPATIA PERIODONTAL		MAL OCCLUSION		FLUORURACION																																																																																																																																											
PIEZAS DENTALES		PLACA	CALCULO	ANGULO A	ANGULO B	LINEA	LINEA	LINEA	LINEA																																																																																																																																										
10	12	90	0	0																																																																																																																																															
11	24	61	0	0																																																																																																																																															
26	27	96	1	0																																																																																																																																															
36	37	75	1	0																																																																																																																																															
31	41	71	1	0																																																																																																																																															
46	47	89	1	0																																																																																																																																															
<b>TOTALES</b>																																																																																																																																																			
INDICES CPO-cep				TOTAL C																																																																																																																																															
D	C	P	O	I	TOTAL																																																																																																																																														
0	3	0	0	0																																																																																																																																															
1	0	0	0	0																																																																																																																																															
2	0	0	0	0																																																																																																																																															
3	0	0	0	0																																																																																																																																															
4	0	0	0	0																																																																																																																																															
<b>TOTAL</b>																																																																																																																																																			
<b>9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA</b>																																																																																																																																																			
<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td>⊙</td><td>RELEVANTE NEGATIVO</td> <td>⊙</td><td>PERIODENTOPATIA</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td>RELEVANTE POSITIVO</td> <td>⊙</td><td>STOMATITIS</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td>ENTRACION INDICADA</td> <td>⊙</td><td>PROTESIS FEA</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td>PERIODENTOPATIA</td> <td>⊙</td><td>PROTESIS REMOVIBLES</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td></td> <td>⊙</td><td>PROTESIS TOTAL</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td></td> <td>⊙</td><td>ODONIA</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td></td> <td>⊙</td><td>ODONIA</td> </tr> <tr> <td>⊙</td><td></td> <td>⊙</td><td>ODONIA</td> </tr> </table>										⊙	RELEVANTE NEGATIVO	⊙	PERIODENTOPATIA	⊙	RELEVANTE POSITIVO	⊙	STOMATITIS	⊙	ENTRACION INDICADA	⊙	PROTESIS FEA	⊙	PERIODENTOPATIA	⊙	PROTESIS REMOVIBLES	⊙		⊙	PROTESIS TOTAL	⊙		⊙	ODONIA	⊙		⊙	ODONIA	⊙		⊙	ODONIA																																																																																																										
⊙	RELEVANTE NEGATIVO	⊙	PERIODENTOPATIA																																																																																																																																																
⊙	RELEVANTE POSITIVO	⊙	STOMATITIS																																																																																																																																																
⊙	ENTRACION INDICADA	⊙	PROTESIS FEA																																																																																																																																																
⊙	PERIODENTOPATIA	⊙	PROTESIS REMOVIBLES																																																																																																																																																
⊙		⊙	PROTESIS TOTAL																																																																																																																																																
⊙		⊙	ODONIA																																																																																																																																																
⊙		⊙	ODONIA																																																																																																																																																
⊙		⊙	ODONIA																																																																																																																																																

PRIMERA CITA

Diagnostico, profilaxis, ginecología, pesamiento  
absoluto, apertura y estimulación de T. esp. de  
concha. I. mal funcionamiento, lavado, conducto  
T. y medicación del conducto

SEGUNDA CITA

conometría, lavado, secado y  
condensación del conducto

FECHA

5/12/20/2011

COSTO

30

ABONO

30

SALDO

-

*[Signature]*  
INTERNO TRATANTE

JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
*[Signature]*

## FOTO N° 1



PACIENTE CON OPERADOR Se realizo la foto con la paciente previo a la presentación del caso; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## FOTO N° 2



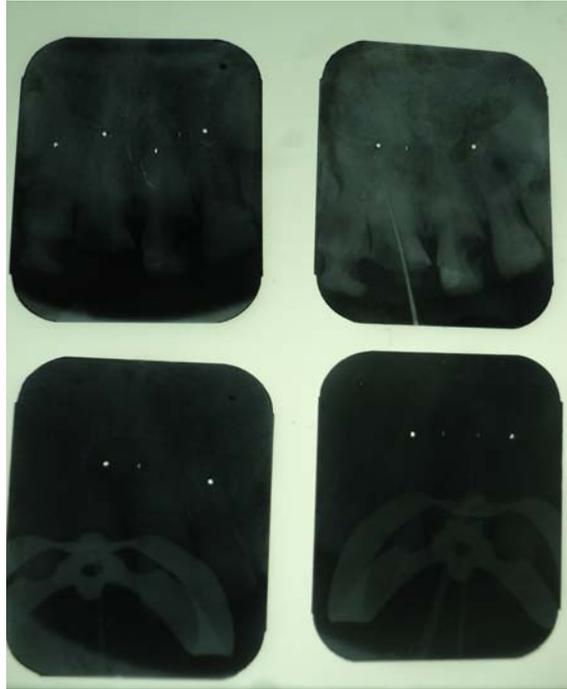
RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Toma de una radiografía periapical de la pieza # 11 en lo cual da una clara muestra de que es una pulpa necrótica; Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

### FOTO N° 3



APERTURA CON AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Mostrando la apertura de la cámara de la pieza # 11 con el aislamiento absoluto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## FOTO N° 4



RADIOGRAFIAS: DIAGNOSTICO, CONDUCTOMETRIA, CONOMETRIA Y CONDUCTO OBTURADO. Descripción: Tomas radiográficas de las secuencias del tratamiento Endodóntico (diagnóstico, lima, cronometría y condesado); Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando., 2011

## FOTO N° 5



PIEZA EN TRATAMIENTO CON AISLAMIENTO ABSOLUTO Y CONOS.  
Descripción: Proceso de condensación del conducto con los conos de gutapercha con el aislamiento absoluto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando., 2011

## FOTO N° 6



PIEZA CON RESTAURACION TALLADO, PULIDO Y ABRILLANTADO.  
Descripción: imagen con el tratamiento terminado ya con obturación de la cámara con su proceso de tallado, pulido y abrillantado; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

**CASO DE**  
**OPERATORIA DENTAL**  
**Restauración de cuarta clase (pieza 11)**  
**FICHA CLINICA**



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

1.- DATOS ESTADISTICOS

a) Nombres *Garza* FECHA: *5/ Mayo 2011*  
 b) Domicilio ..... Apellidos *Garza*  
 Teléfono .....

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA  
*x. estetica fractura de los 3 tercios de la corona*

3.- MOLESTIA PRINCIPAL  
*no presenta ninguna molestia*

4.- PIEZA A TRATARSE # *11*

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA: *Presencia de fractura de la tercia cervical y media conducto alveolar. Ligamento periodontal estrecho, Arise y Periapico normal. Trabeculado poco normal*

6.- EXAMEN CLINICO DE LA PIEZA A TRATAR: *Existe fractura de los tercios incisal y medio de la pieza # 11*

7.- DIAGNOSTICO *Pieza endodonciada con fractura de corona en los tercios medio e incisal*

8.- PLAN DE TRATAMIENTO *Restauración de la pieza # 11 de 4ta clase*

9.- TERAPEUTICA (RECETA) .....

10.- RECOMENDACIONES *Tener mucha cuidado en la masticación*

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			

*[Firma]*  
 INTERNO

*[Firma]*  
 JEFE DE GUARDIA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO: *camen* NOMBRE: *hugo* SEXO: *M* EDAD: *42* N.° HISTORIA CLINICA: *92*

ESPECIALIDAD: *OROPEDIAS* PROFESIONALES: *OROPEDIAS* ESPECIALIDADES: *OROPEDIAS*

1. MOTIVO DE CONSULTA: *reconstruccion para # 11 y 12*

2. ENFERMEDAD/PROBLEMA ACTUAL: *ninguno*

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

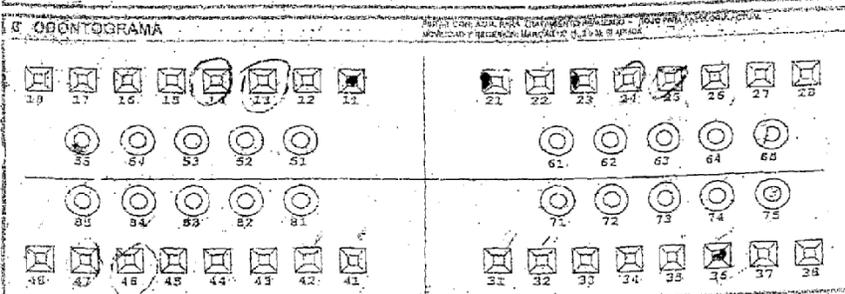
Enfermedades: *NO* Diabetes: *NO* Hipertension: *NO* Infecciones: *NO* Traumatismos: *NO* Cirugias: *NO* Medicamentos: *NO* Alcoholismo: *NO* Tabaquismo: *NO*

4. SIGNOS VITALES

Temperatura: *36.5* Pulso: *70* Presion Arterial: *110/70* Frecuencia Respiratoria: *16*

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1. LINGUA:  2. OROFARINGE:  3. GINGIVAS:  4. PULSIONES:  5. OCLUSION:  6. PERIODONCIO:  7. MUCOSAS:  8. CARIES:  9. PULPITAS:  10. PERIAPICITIS:  11. PARODONTOPATIAS:  12. OTRAS:



7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

INDICACIONES Y SIGNIFICACION				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSION		PULMONOSIS	
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	DMBT/IVT	LEVE	MODERADA	ANULI	MODERADA	LEVE	MODERADA
10	17	36							
11	18	51							
20	27	56							
26	37	73							
31	47	77							
36	48	81							

8. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

	RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD
	RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD
	RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD		RELLENO DE CAVIDAD

Restauración de la Proza # 11

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
INTERNO

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

## FOTO N° 1



PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Foto con el paciente previo a la restauración; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## FOTO N° 2



FOTOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Descripción: Foto Tomada con el poste fibra de vidrio colocado en el conducto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

### FOTO N° 3



PRESENTACION DEL CASO Descripción: Se muestra la pieza # 11 antes de la restauración; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

**FOTO N° 4**



PIEZA EN TRATAMIENTO CAVIDAD CONFORMADA Y AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Se presenta la pieza con aislamiento y poste sementado; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología, Quiroz Armando, 2011

## FOTO N° 5



PIEZA EN TRATAMIENTO CON CAVIDAD CONFORMADA CON MATRIZ Y AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Se aprecia el resinform con la cavidad conformada; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## FOTO N° 6



CASO TERMINADO: TALLADO, PULIDO Y ABRILLANTADO.  
Descripción: se presenta la pieza después de la restauración; Fuente:  
Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, 2011

## **CASO DE PERIODONCIA**

### **FICHA CLINICA**





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

1.- DATOS ESTADISTICOS  
 a) Nombres: Jose Enerilda FECHA: 19/03/2011  
 b) Domicilio: Mapasingue Oeste Apellidos: Vite Ostaiza  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA: Dolor en las Encías

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL  
 a) Cuando realizó la última visita al Odontólogo? No se acuerda  
 b) Es la primera vez que se enferma su encía? SI  
 c) Cuántas veces se cepilla diariamente? SI  
 d) Qué pasta utiliza? 3 veces  
 e) Usa hilo dental? Colgate  
 f) Usa enjuagues bucales? NO  
 g) Cuando comenzó la lesión? NO  
 h) Dónde está localizada? 3 años atrás  
 i) Le sangra al cepillarse? SI  
 j) Sufre de hemorragias espontáneas en la boca? NO  
 k) Tiene mal aliento? SI  
 l) Tiene mal sabor en la boca? SI  
 m) Se muerde las uñas? SI  
 n) Muerde objetos extraños? no  
 o) Aprieta o rechina los dientes? NO

4.- EXAMEN CLINICO  
 a) Señalar restauraciones altas o rubosas \_\_\_\_\_

b) Localización de materia alba y placa bacteriana	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
c) Localización de cálculos supragingival y subgingival	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
d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)	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
e) Localización y medición de movilidad dentaria	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

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO  
 PIEZA 11 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 12 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 13 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 14 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 15 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 16 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 17 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 18 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO  
 PIEZA 21 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 22 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 23 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 24 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 25 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 26 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 27 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 28 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO  
 PIEZA 31 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 32 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 33 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 34 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 35 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 36 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 37 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 38 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 39 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO  
 PIEZA 41 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 42 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 43 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 44 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 45 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 46 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 47 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.  
 PIEZA 48 Corono y con ducto en estuche Rois con cuerpo del elemento periodontal. Estuche apico y. Periodontal normal. Tuberculosis osea normal.

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Periodontitis avanzada

7.- TRATAMIENTO

Periodontal

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

1. Curataje 2. Raspado 3. Alisado 4. Pulido

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

Amoxicilina 500 c/8 horas X 3 dias y Vitamina C

10.- RECOMENDACIONES

cada comida, utilizar enjuague bucal e hilo dental

11.- PRIMERA CITA

FECHA: 19/3/2010

12.- SEGUNDA CITA

*[Signature]*

FECHA: 26/3/2011

JEFE DE GUARDIA

Amardo Ruiz M.

INTERNO

Amardo Ruiz M.

INTERNO

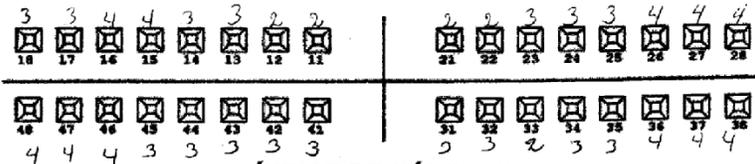


**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE INTERNADO  
PERIODONCIA**

PACIENTE: José Everildo Uite	H.C. #
INTERNO: Fernando Aviroz Morcillo	CURSO: 5/6

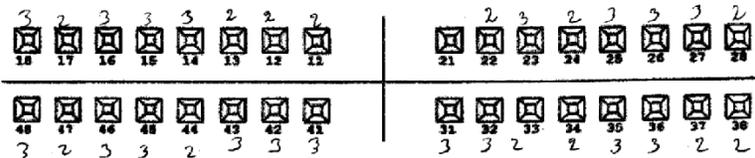
**ÍNDICE DE PLACA**

a) Número de dientes:	32	b) $\frac{32}{32} \times 100\%$	d)
b) Número de caras:	128	c) $\frac{128}{128} \times 100\%$	
c) Caras teñidas:	128		
d) Porcentaje de placa:	98%		



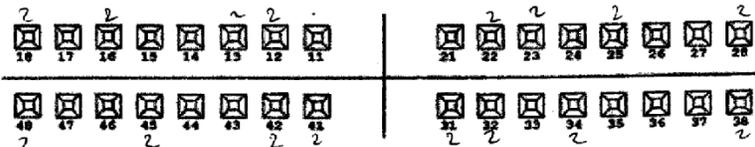
**ÍNDICE DE CÁLCULO**

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



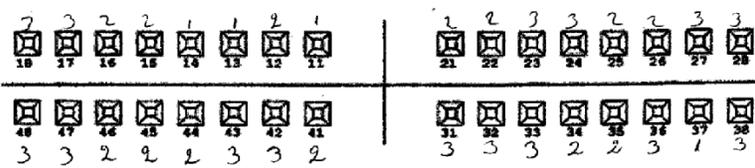
**ÍNDICE DE MOVILIDAD**

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



**ÍNDICE DE SANGRADO**

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



niwda2580® - copyright © 2009

**SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO**

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

**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= 5	MV= 4	MV= 5	MV= 5	MV= 5	MV= 3
V= 4	V= 4	V= 5	V= 4	V= 5	V= 4	V= 5	V= 4
DV= 4	DV= 3						
MP= 5	MP= 3	MP= 3	MP= 4	MP= 4	MP= 3	MP= 4	MP= 4
P= 3	P= 3	P= 5	P= 3	P= 3	P= 3	P= 4	P= 3
DP= 5	DP= 3	DP= 4	DP= 4	DP= 5	DP= 4	DP= 4	DP= 4

**SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO**

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

**SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO**

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

**CÓDIGO DE RUSSELL**

Ausencia de inflamación:	0	Inflamación + bolsa periodontal:	6
Inflam. gingival leve (1 ó 2 caras):	1	Movilidad dentaria:	8
Inflam. gingivocircunscrita:	2	Ausencia dentaria:	9

7	1	8	1	1	8	2	1		1	2	8	1	3			
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
7	1	2	3	2	3	8	8		8	2	1	2	1	2	1	8

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

PACIENTE: José Enerildo Vite	H.C. #
INTERNO: Armando Bizarro Marcillo	CURSO: 5/6

CONTROL DE PLACA

FECHA: 26 / 3 / 2011

4 4 3 4 3 3 3 18 17 16 15 14 13 12 11	2 3 4 4 4 4 4 21 22 23 24 25 26 27 28
2 3 2 2 2 3 3 3 48 47 46 45 44 43 42 41	2 3 2 3 1 3 3 31 32 33 34 35 36 37 38

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 26 / 3 / 2011

1 1 0 0 0 0 0 18 17 16 15 14 13 12 11	0 0 0 1 0 0 1 21 22 23 24 25 26 27 28
1 1 0 1 1 0 1 0 48 47 46 45 44 43 42 41	0 0 1 0 0 31 32 33 34 35 36 37 38

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 26 / 3 / 2011

3 18 17 16 15 14 13 12 11	3 3 3 21 22 23 24 25 26 27 28
1 48 47 46 45 44 43 42 41	1 1 1 31 32 33 34 35 36 37 38

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 26 / 3 / 2011

0 1 1 0 1 0 0 0 18 17 16 15 14 13 12 11	0 0 0 0 0 1 0 21 22 23 24 25 26 27 28
0 1 0 1 0 0 0 0 48 47 46 45 44 43 42 41	0 0 0 0 1 1 0 0 31 32 33 34 35 36 37 38

niwda2580® - copyright © 2009

**SONDAJE DE CONTROL**

FECHA: 26 / 3 / 2011

2 18	2 17	1 16	1 15	2 14	2 13	2 12	2 11	1 21	2 22	3 23	2 24	2 25	2 26	2 27	0 28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3

**CONTROL DE INFLAMACIÓN  
(RUSSELL)**

FECHA: 26 / 3 / 2011

0 18	1 17	0 16	1 15	0 14	1 13	1 12	0 11	0 21	1 22	1 23	1 24	1 25	1 26	1 27	1 28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1			0

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

Armando Ruiz H.  
INTERNO

*Handwritten signature: Armando Ruiz H.*



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

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEGO (H.F.)	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA
	Jose Enerildo	Vite Ostaigo	M		

VENIR DE UNO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS	45-49 AÑOS	50-54 AÑOS	55-59 AÑOS	60-64 AÑOS	65-69 AÑOS	70-74 AÑOS	75-79 AÑOS	80-84 AÑOS	85-89 AÑOS	90-94 AÑOS	95-99 AÑOS	

1 MOTIVO DE CONSULTA *sempre Tratamiento periodontal*

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL *periodontitis avanzada*

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMOGRAMAS	4. HEMOGLOBINA	5. TUBER CALORS	6. ANEMIA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. EMP. CARDIACA	10. OTRO
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	TEMPERATURA	F. RESPIRAT
160/70	75	37.0	18

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. BUCAL SUPERIOR	4. BUCAL INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FISO	8. CARNELES
<input checked="" type="checkbox"/>							

6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL			MAL OCLUSIÓN			FLUOROSIS		
PIEZAS DENTALES				LEVE	MODERADA	SEVERA	ANGLE I	ANGLE II	ANGLE III	LEVE	MODERADA	SEVERA
16	17	65	3	3	2							
11	21	81	3	3	2							
26	27	65	7	3	3							
36	37	73	9	3	3							
31	41	71	3	3	3							
46	47	85	3	9	2							
TOTALES				3	9	2						

8 INDICES CPO-geo

C	P	O	TOTAL
?	?	?	?
C	E	D	TOTAL
?	0	?	?

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

- ⊗ SELLANTE INICERARIO
- ⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)
- ⊗ SELLANTE REALIZADO
- △ BRUXISMO
- ⊗ EXTIRPACIÓN INDICADA
- ⊗ PROTESIS Fija
- ⊗ PERDIDA POR CARIES
- ⊗ PROTESIS RENOVABLE
- ⊗ PROTESIS TOTAL
- ⊗ UCRONA
- ⊗ OBTURADO
- ⊗ CARIE

diagnostico, curatela, resgado

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
INTERNO

STACIONA FECHA

planta pulido fluorizado

*[Signature]*  
JEFE DE GUARDIA

*[Signature]*  
INTERNO

STACIONA FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

## FOTO N° 1



PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Foto con el paciente previo al tratamiento periodontal; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

## FOTO N° 2



RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Descripción: Se muestra la radiografía panorámica previo al tratamiento; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 3**



PRE OPERATORIO SUPERIOR Descripción: Se muestra la arcada superior; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

## FOTO N° 4



PRE OPERATORIO INFERIOR Descripción: Presentación del caso arcada inferior; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 5**



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 6**



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 7**



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 8**



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando, Marzo del 2011

**FOTO N° 9**



Descripción: TOMA SUPERIOR CON CUBETAS APLICANDO FLUOR;  
Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Amando  
Marzo del 2011

FOTO N° 10



Descripción: TOMA INFERIOR CON CUBETAS APLICANDO FLUOR;  
Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; Quiroz Armando,  
Marzo del 2011