



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previo a la obtención del título de

ODONTÓLOGO

TEMA:

**Indicaciones para la Extracción del Tercer Molar Superior
Izquierdo Semierupcionado**

AUTOR:

Andrés Fernando López Salgado

TUTOR:

Dr. Juan José Macio

Guayaquil, Abril 2011

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de graduación:

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a: **“Indicaciones para la Extracción del Tercer Molar Superior Izquierdo Semierupcionado”**

Presentado por:

Andrés Fernando López Salgado

0604299297

Nombres y Apellidos

Cédula de Ciudadanía

TUTORES

Dr. Juan José Macio Pincay

Tutor Académico

Dra. Elisa Llanos R. MSc

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, Abril 2011

AUTORÍA

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

Andrés Fernando López Salgado

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres, mi hermana y a toda mi familia por el apoyo brindado durante todo el trayecto estudiantil.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a aquellas personas que hicieron posible su realización especialmente a Dios, a mis padres Fernando López Gallegos y Miriam Salgado Portugal y a toda mi familia, de igual manera y consideración al Dr. Juan José Macio Pincay y la Dra. Elisa Llanos Rodríguez.

INDICE

Contenido	Pág
Caratula	
Certificado de tutores	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	1
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos.....	3
CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
1.1. Dientes retenidos.....	4
1.2 Patogénia.....	5
1.2.1. Razones embrilógicas.....	6
1.2.2. Obstáculos mecánicos.....	6
1.2.3. Causas generales.....	7
1.2.4. Accidentes originados por los dientes retenidos.....	7
1.2.4.1. Accidentes mecánicos.....	7
1.2.4.2. Accidentes infecciosos.....	8
1.2.4.3. Accidentes nerviosos.....	9
1.2.4.4. Accidentes tumorales.....	10
1.3. Clasificación de los terceros Molares.....	10
1.4. Consideración para la extracción.....	11
1.5. Indicación quirúrgica del tercer molar.....	12
1.6. Contraindicaciones.....	12
CAPITULO 2 CASO QUIRÚRGICO	14
2.1. Preoperatorio.....	14
2.1.1. Historia Clínica.....	14
2.2. Operatorio.....	14
2.2.1. Asepsia.....	14
2.2.2. Anestesia.....	15

2.2.2.1. Anestesia del nervio maxilar superior.....	15
2.2.2.2. Anestesia nervio palatino anterior.....	16
2.2.3. Incisión Lineal.....	16
2.2.4. Levantamiento de colgajo.....	16
2.2.5. Ostectomía.....	17
2.2.6. Extracción propiamente dicha.....	17
2.2.7. Tratamiento de la cavidad.....	18
2.2.8. Reposición de colgajo.....	18
2.2.9. Sutura.....	18
2.3. Post operatorio.....	20
2.3.1. Terapéutica.....	20
2.3.2. Recomendaciones.....	20
2.3.3. Complicaciones.....	21
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	25

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares o muelas del juicio son piezas dentarias correspondientes a la dentición permanente y se encuentran ubicados por detrás de los segundos molares. 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. Un diente retenido es aquella pieza dentaria que habiendo alcanzado el periodo normal de erupción, no ha conseguido hacerlo por algún motivo.

Los terceros molares presentan una alta incidencia de inclusión y han sido asociados con la aparición de patología muy diversa como la pericoronaritis, la caries en la cara distal del segundo molar o en el propio tercer molar, el dolor miofacial, ciertos tipos de quistes y tumores odontogénicos y el apiñamiento dentario primario o secundario.

La dificultad en la erupción de los terceros molares, en especial de los inferiores, se debe a su formación tardía y a la evolución filogenético que ha sufrido la mandíbula y que ha dado como resultado la falta de espacio disponible para que los molares puedan erupcionar normalmente.

El propósito del siguiente trabajo de graduación es describir cuales son las características de los molares superiores incluidos, como han variado en el tiempo, generaciones y contextos.

OBJETIVO GENERAL

Describir las indicaciones para la extracción de tercer molar superior semierupcionado para prevenir situaciones y complicaciones que conlleven al fracaso del tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las posiciones del tercer molar superior incluido.
- Definir la técnica quirúrgica a aplicar
- Aplicar el conocimiento teórico práctico recibido durante la preparación académica y desarrollada en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología en los pacientes de la comunidad.

TEMA: INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO SEMIERUPCIONADO

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1. DIENTES RETENIDOS

Se denominan “dientes retenidos” (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 pericoronario fisiológico. La “retención dentaria” puede presentarse en dos formas: el diente esta completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente esta 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 donde provenía.

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

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

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.

1.2. 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 las cuales el diente no hace erupción, de la siguiente manera:

1.2.1. 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”

1.2.2. OBSTACULOS MECANICOS.-

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 (exostosis)
- 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.

1.2.3. 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.

1.2.4. 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:

1.2.4.1 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 (rizólisis), en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber periodónticos 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 diagnostico de una retención dentaria. El diente, en su trabajo de erupción, cambio la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

1.2.4.2. 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 periodóntica 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.

1.2.4.3. Accidentes Nerviosos

Los accidentes nerviosos producidos por los dientes son bastante 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 radiculares, 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.

1.2.4.4. Accidentes Tumorales

Quistes dentígenos. 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 dentígeno en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrífugamente el diente originador.

1.3. 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 más 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 más del 90%”.

1.4. 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”.

1.5. 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.

1.6. 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.

CAPITULO II CASO QUIRÚRGICO

2.1. PREOPERATORIO

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

2.1.1. HISTORIA CLINICA (véase anexo 1)

2.2. OPERATORIO

Trata sobre el acto quirúrgico, propiamente dicho, consta de los siguientes tiempos:

2.2.1. 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.

La cirugía aséptica es aquella que esta libre de toda infección o contaminación por instrumento o materiales empleados al intervenir al paciente.

La asepsia se la realiza con yodo povidona impregnado en una gasa completamente estéril, una vez realizada esta acción se procede a

agarrar con una pinza mosquito, para luego distribuirla por toda el área que vamos a intervenir quirúrgicamente.

2.2.2. ANESTESIA

2.2.2.1. Anestesia del nervio maxilar superior

- Anatomía:

Desde su origen, el nervio maxilar superior se dirige hacia delante, atraviesa el agujero redondo mayor y penetra en el trasfondo de la fosa pterigomaxilar. En esta cavidad sigue el nervio una dirección oblicua hacia delante, hacia abajo y hacia fuera; sale así del trasfondo para penetrar en la fosa pterigomaxilar propiamente dicha, y alcanza la extremidad posterior del canal infraorbitario.

Cambia entonces el nervio maxilar de dirección por segunda vez y se introduce en el canal infraorbitario, y después en el conducto infraorbitario para desembocar en la fosa canina por el agujero infraorbitario. Parten del nervio maxilar posterior ramos colaterales denominados dentarios posteriores.

La técnica se realiza en la región retrotuberositaria, a 2-3 cm. por encima y detrás de los molares superiores

- Zona anestesiada

Los molares (excepto la raíz mesial del primer molar cuando existe el dentario medio), el periodonto, la cortical ósea externa y la mucosa vestibular.

- Técnica

Se localiza la apófisis cigomática del maxilar y se inyecta en fondo de vestíbulo justo por detrás de ella, a la altura de la raíz distal del 2° molar. Una vez penetrada la aguja, se pide al paciente que cierre la boca y se avanza formando un ángulo de 45° con el plano oclusal. De los molares

superiores, penetrando hacia arriba, atrás y adentro contorneando la tuberosidad, sin penetrar más de 2 cm.

2.2.2.2. Anestesia nervio palatino anterior

- Anatomía

Se practica a nivel del agujero palatino posterior, situado en el paladar a nivel de la raíz palatina del 2° molar, equidistante de la línea media y el reborde gingival.

- Técnica

Tras localizar la posible ubicación del orificio se punciona con aguja corta, dirigiéndola perpendicularmente desde la comisura bucal opuesta y tras aspirar se inyecta suavemente, depositando unas gotas del anestésico, sin penetrar más allá del bisel.

- Precauciones

La punción en el orificio es muy dolorosa, por lo que hay que proceder con cuidado. Si se penetra en el conducto se anestesia el velo del paladar, con las consiguientes molestias deglutorias, fonatorias y respiratorias. A la altura del canino, debido a la inervación cruzada, es necesaria la punción a su mismo nivel.

2.2.3. INCISIÓN LINEAL

Se realiza una incisión en línea recta en la mucosa vestibular que situaremos cerca de la zona a tratar. Normalmente se efectúan paralelas al eje longitudinal dentario, huyendo de la papila dentaria pero perpendicular a aquél y en la zona de la mucosa libre alveolar.

2.2.4. LEVANTAMIENTO DE COLGAJO

El despegamiento de colgajo debe ejecutarse de forma cuidadosa y atraumática, manipulando los tejidos blandos con suavidad para no producir necrosis tisular, lo que induciría alteraciones de la cicatrización. Después de realizada la incisión, se realiza el despegamiento de colgajo

con el periostótomo, este instrumento se apoya contra el hueso y levanta el periostio de su inserción ósea. En ocasiones deben legrarse las inserciones musculares que existan en la zona y despegarlas del hueso, para así liberar adecuadamente el colgajo. El colgajo una vez liberado, debe mantenerse con un separador romo con el objeto de no traumatizarlo y evitar así tirones y desgarros de los tejidos blandos. Para mantener los labios de la herida operatoria apartados o para proteger los colgajos, deben colocarse los separadores. De este modo se que sean heridos o traumatizados y que se interpongan en las maniobras operatorias. Un colgajo que ha sido reflejado cuidadosamente, presenta menos tendencia a la dehiscencia y a las anomalías cicatriciales, a la hora de recolocar y suturarlo.

2.2.5. OSTECTOMÍA

El objeto de ellas es reseca la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante.

2.2.6. EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

La extracción del molar retenido, término y finalidad de la operación en estudio,

Se realiza después de eliminados (o disminuidos), los factores de la resistencia (por osteotomía).

Se aplica sobre la cara medial del tercer molar un elevador, que siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo genero con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio bucal, eleva el molar, dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

Este es el enunciado general, como se comprende; modalidades anatómicas y clínicas, imponen la necesidad de recurrir a nuevas

maniobras que permiten disminuir aún mas e inclusive anular los factores de la resistencia: obrar sobre el mismo cuerpo molar y dividirlo (odontosección), para que de la unidad estructural que es el molar retenido resulten varias porciones, las cuales se eliminaran por separado.

La odontosección puede realizarse en dos formas distintas: según su eje mayor o según su eje menor. Si bien ambas maniobras pueden efectuarse con varios tipos de instrumentos-escoplo y fresa de carburo de tungsteno, para la primera usamos escoplo, preferentemente el de hoja ancha, de uno o dos biseles, muy bien afilado, y para la segunda, la fresa, redonda o de fisura.

El uso del escoplo, el golpe destinado a seccionar el molar debe ser de tal intensidad, que logre el propósito de un solo intento; el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionarse o sobre un surco de la misma cara. La odontosección con fresa, en la división según el eje menor, se realiza a nivel del cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar el recalentamiento del molar. La dirección que debe darse al corte del molar que permite que la parte distal de la corona del molar seccionado sea mayor que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda ser elevada cómodamente.

2.2.7. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD

Lavajes con solución fisiológica y curetaje eliminando residuos.

2.2.8. REPOSICIÓN DEL COLGAJO

Reposición del colgajo (planchado) con una gasa embebida en solución fisiológica.

2.2.9. SUTURA

Terminamos el acto quirúrgico y se procede a suturar y unir los labios de la herida la sutura favorece a la cicatrización de los tejidos, para lograrlo se procede a la técnica adecuada y la eyección correcta del material de

sutura en nuestro caso el más recomendable es el de seda negra 3.0 con aguja curva no reabsorbible.

Tipo de sutura

Se utilizo el procedimiento de puntos individuales que consiste en realizar puntos independientes con la aguja enhebraba y manejada por el porta aguja se perfora la fibra mucosa del lado palatino. La aguja recorre el trayecto hasta llegar el lado vestibular frente a la perforación del lado palatino se reactiva la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso se afrontan los labios y se anudan. En el caso de la pieza 38 se procedió a coger 3 puntos de sutura individuales.

2.3. POST OPERATORIO

2.3.1. TERAPEÚTICA

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE INTERNADO FECHA : NOMBRE DEL PACIENTE: Receta Guayaquil 17 de junio del 2010 RP/ 1.-AMOXICILINA 500 mg Cap. N° 9 2.- CATAFLAM 50 mg Grageas N° 9 3.- Vitamina C 1g 1 Tubo	FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE INTERNADO FECHA : 13 de marzo del 2011 NOMBRE DEL PACIENTE: Yolanda Mendoza Apolo <i>prescripción:</i> AMOXICILINA Tomar una cada 8 horas por 3 días de una a dos horas antes o después de las comidas CATAFLAM Tomar una cada 8 horas por 3 días de una a dos horas antes o después de las comidas Vitamina C Tomar una diaria por 10 días
---	--

2.3.2. RECOMENDACIONES

- Mantener gasa mordida 15 minutos.
- Reposo relativo.
- Dieta blanda 24 horas
- Aplicar fomentos fríos.
- Enjuague con agua sal e higiene.
- Tomar anti inflamatorios según indicaciones.
- Antibiótico terapia opcional

2.3.3. COMPLICACIONES

INMEDIATAS:

- 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.
- Hematoma: Es la colección sanguínea que diseca los planos faciales o el periostio, y que se traduce clínicamente por la aparición de tumefacción, equimosis y la palpación de una masa de consistencia dura. Lo más frecuente es que se resuelva espontáneamente y progresivamente.
- Trismo: La mayoría de los pacientes presenta en el postoperatorio una incapacidad o limitación para abrir la boca hasta los límites normales. Las causas que explican este hecho son:
 - o La contracción muscular protectora, debido a la inflamación relacionada con el traumatismo quirúrgico.

CONCLUSIONES

- La extracción de los terceros molares por motivos profilácticos es la que se indica con mayor frecuencia, seguida por la indicación ortodóncica.
- Los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar y por lo tanto son los responsables de causar diversas patologías que conlleva a realizar la extracción del mismo.

RECOMENDACIONES

- Realizar una buena historia clínica nos conducirá a elegir un buen plan de tratamiento en la extracción de los terceros molares.
- Considerar que los terceros molares pueden provocar complicaciones antes durante y después de la extracción.
- Considerar que la extracción del tercer molar está contraindicado en pacientes en los cuales su salud en general no se encuentra en buen estado

BIBLIOGRAFIA

Coiffman F. Cirugía plástica reconstructiva y estética. 2º ed. Barcelona: Masson/Salvat; 2004: 157-200.

Figún, R. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 1978: 247 – 250.

Ries Centeno G. A. Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica. 9na Edición Mundi 1987 Bs. As.

Cirugía Bucal y maxilofacial. Laskin D. M. Ed. Médica. Panamericana. Bs. As., año 1987

<http://www.portalodontologico.blogspot.com/TopografiaYCirugiaDel3MolarSuperior/1/nervios/>. Consultado abril, 2011

ANEXOS

CASO DE CIRUGÍA
Extracción del tercer molar superior izquierdo

ANEXO 1
Historia Clínica

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
EXODONCIA

Guayaquil, 11 de Junio de 2010

1.- NOMBRE Y APELLIDO : Armando Francisco Quijije Mendez

2.- MOTIVO DE CONSULTA : Extracción

3.- MOLESTIA PRINCIPAL : Dolor

4.- ANTECEDENTES PERSONALES

a) Esta bajo tratamiento médico : SI Ninguno NO X PORQUE _____

b) Que medicación está tomando : Aspirin

c) Hepatitis : No

d) Hemofilia : No

e) Alergias : No

f) Embarazo : No

g) Cáncer : No

h) Hipertensión : No

i) Tuberculosis : No

j) Sida : No

k) Sinusitis : No

l) Diabetes : No

m) Complicaciones con anestesia : No

n) Hemorragias : No

o) Otros : _____

5.- EXAMEN CLINICO

A) SIGNOS VITALES

Pulso 72/min Respiración 18/min P. Arterial 100/60 mmHg Temperatura 37°C

B) EXAMEN INTRAORAL

a) Mucosa labial : N

b) Mucosa de carrillo : ✓

c) Paladar duro y blando : ✓

d) Orofaringe : ✓

e) Lengua : ✓

f) Piso de la boca : ✓

g) Dientes : ✓

h) Periodonto : Normal

i) Oclusión : ✓

j) Otros : _____

C) EXAMEN EXTRAORAL

a) Labios : ✓

b) A.T.M. : ✓

c) Piel : ✓

d) Cuello : ✓

6.- PIEZA A EXTRAERSE # : #28

7.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA : _____

8.- DIAGNOSTICO : Caries Profunda en pulso distal con complicación Pulpar.

9.- PLAN DE TRATAMIENTO : Quirúrgico

10.- TECNICA QUIRURGICA : Exposición, Preposición, Tracción, Oclusión, Tratamiento de la cavidad, Sutura.

11.- FARMACOEPIA : Amoxicilina 500 mg. Cap. # 9 1/8 horas x 3 días, Naproxeno Potásico 50 mg. Tab. # 9 1/8 horas x 2 días

12.- RECOMENDACIONES : Vitaminas C. 500 mg. masticables, 1 dosis x 12 días, Dieta Blanda y Reposo

Andrés López
INTERNO TRATANTE

R
JEFE DE GUARDIA

Corona: SRL en ocluso-distal compatible con caries profunda con comunicación pulpar.

Cámara pulpar: amplia

País: Tres, fusionados, forma cónica, conductos amplios.

Espacio de la membrana periodontal: normal

Apice y Periapice: normal

Trabeculado óseo: normal

Cortical alveolar: normal

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; López A, 2011

ANEXO 3



RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Foto tomada en un negatoscopio de la pieza # 28 Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado López A, 2011

ANEXO 4



Presentación del caso, Se señala la pieza a extraer, Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

ANEXO 5



DURANTE LA CIRUGIA. Se realiza la extracción propiamente dicha de la pieza #28; Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

ANEXO 6



POST OPERATORIO CON SUTURA. Se muestra la sutura realizada;
Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

ANEXO 7



PIEZA EXTRAIDA. Se muestra la pieza 28 ya extraída, Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

Otros casos clínicos realizados en la Formación Académica

PREVENCION SELLANTES

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		N° HISTORIA CLINICA	
U. de Guayaquil		Garcia Sebastian		Topia Jocomé		M		10 años			
MENOR DE LAO		1-4 AÑOS		5-8 AÑOS		9-14 AÑOS		15-19 AÑOS		MAYOR DE 20 AÑOS	
				PROGRAMADO		PROGRAMADO		PROGRAMADO		PROGRAMADO	
1 MOTIVO DE CONSULTA <i>Prevención</i>											
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL <i>Ninguna</i>											
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
1. ALERGIAS ANTIDOTICO ☐ 2. ALERGIAS ANESTESIA ☐ 3. TISMS RAYADOS ☐ 4. VISITA ☐ 5. TUBER CULOS ☐ 6. ASMA ☐ 7. DIABETES ☐ 8. HIPER TENSION ☐ 9. ENF. CARDIACA ☐ 10. OTRO ☐											
<i>Ningun antecedente</i>											
4 SIGNOS VITALES											
PRESION ARTERIAL <i>100/60 mmHg</i> FRECUENCIA CARDIACA <i>70 v/min</i> TEMPERATURA <i>37.2 °C</i> RESPIRAT <i>16 x/min</i>											
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO											
1. LABIOS ☒ 2. MEJILLAS ☒ 3. MAXILAR SUPERIOR ☒ 4. MAXILAR INFERIOR ☒ 5. LENGUA ☒ 6. PALADAR ☒ 7. PISO ☒ 8. GARCILLOS ☒											
<i>Normal</i>											
6 ODONTOGRAMA											
PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1, 2, 3), 0: APLICA											

Diagnóstico, Prof. Lomas y Sellentes Piezas # 16, 26, 36, 46.

21016
JEFE DE GUARDIA

Andrés López
INTERNO

2DA CITE

RECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

SRA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITY

BECHA:

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

STACITA

TECHNICAL

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

TA CITA

ECHA

JEFE DE GUARDIA

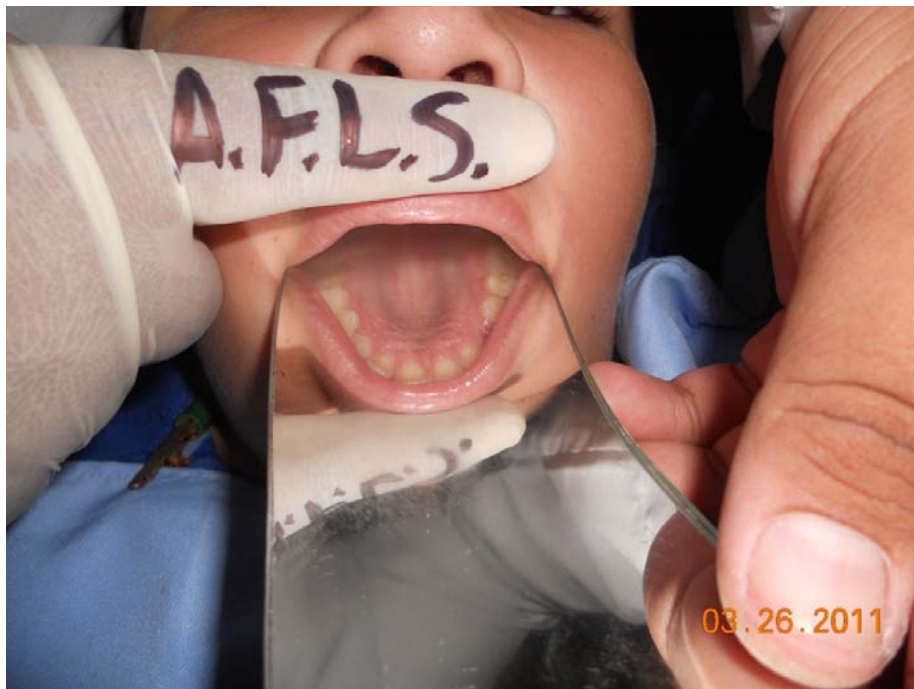
INTERNO

Foto # 1



PACIENTE CON OPERADOR Foto con el paciente previo a realizar el sellante Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado; López A, 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, ; López A, 2011

Foto # 3



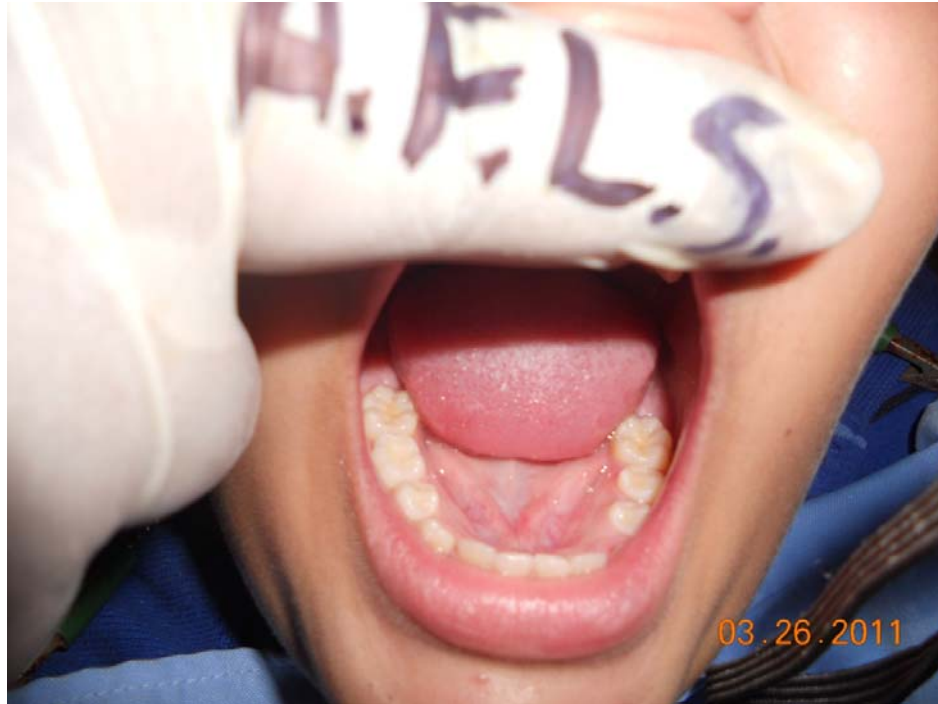
PRESENTACION DEL CASO ARCADEA INFERIOR Foto de la arcada inferior presentando el caso, Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado, ; López A, 2011

Foto # 4



MOLARES SUPERIORES PREPARADOS (AMELOPLASTIA) Foto con el paciente previo a realizar el sellante Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado; López A, 2011

Foto # 5



MOLARES INFERIORES PREPARADOS (AMELOPLASTIA) Foto con el paciente previo a realizar el sellante Realizado en la Facultad de Piloto de Odontología Clínica de Internado; López A, 2011

Foto # 6



PIEZAS SUPERIORES GRABADAS CON AISLAMIENTO RELATIVO;
Clínica De Internado Facultad De Odontología; ; López A, 2011

Foto # 7



PIEZAS INFERIORES GRABADAS CON AISLAMIENTO RELATIVO;
Clínica De Internado Facultad De Odontología; ; López A, 2011

Foto # 8



PIEZAS SELLADAS ARCADA SUPERIOR; Clínica De Internado Facultad De Odontología; ; López A, 2011

Foto # 9



PIEZAS SELLADAS ARCADA INFERIOR; Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

Foto # 10



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

CASO DE ENDODONCIA NECROPULPECTOMIA

Historia Clínica

UIL
 OLOGIA
 NCIA
 Año... FECHA: 21/06/10

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

MOTIVO DE LA CONSULTA Cambiar de Color

MOLESTIA PRINCIPAL: Mal olor en la pieza

DIENTE A TRATARSE # 23

EXPLORACION CLINICA
 INSPECCION: Negativa PALPACION: Negativa
 PERCUSION: Negativa MOVILIDAD: Negativa
 TRANSLUMINACION: Discolorido

INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

SEMIOLOGIA DEL DOLOR
 TIPO: Asintomático INTENSIDAD: Asintomático
 CRONOLOGIA: Asintomático UBICACIÓN: Asintomático
 ESTIMULO: Asintomático

VITALOMETRIA
 PRUEBA TERMICA: Negativa
 PRUEBA DE CAVIDAD: Negativa

DIAGNOSTICO: Pulpa no Vital Estado Crónico

TRATAMIENTO
 LONGITUD APARENTE 26 mm LONGITUD DE TRABAJO 25 mm
 PRONOSTICO Favorable

OBSERVACIONES:

PRIMERA CITA

Anestesia, Aislamiento, ob-
luto, apertura de la cavidad, acceso, neutralización de contenidos,
séptico y tóxico, conductometría, instrumentación, medición...
anticonducto, cura oclusiva

SEGUNDA CITA

Anestesia, Aislamiento, retiro de la cura oclusiva, lavado,
secado, colocación del cono principal, conometría, obturación...
de conducto, radiografía post-operativa, cura oclusiva

FECHA

21/06/10

COSTO

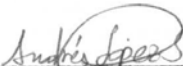
\$30

ABONO

\$30

SALDO

Pagado



INTERNO TRATANTE


JEFE DE GUARDIA

Crona: SRL nivel incisal compatible con caries

Cámara: pequeña, conducto amplio,

Raíz: una sola, forma cónica, SRL, inmediatamente
debajo del nivel cervical encare distal compatible con caries penetrante
con compromiso pulpar.

Apice: SRL compatible con proceso periapical

Trabeculado óseo: normal

Espacio Periodontal: Ensanchado

Cortical Alveolar: Reabsorción Ósea Horizontal marcada.

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; López A, 2011

FOTO N° 2



RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Toma de una radiografía periapical de la pieza # 23 lo cual da una clara muestra de que es una pulpa necrótica; Clínica De Internado Facultad De Odontología; ; López A, 2011

FOTO N° 3



APERTURA CON AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Mostrando la apertura de la cámara de la pieza # 23 con aislamiento absoluto; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; ; López A, 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; ; López A, 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; ; López A, 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; López A, 2011

CASO DE
OPERATORIA DENTAL
Restauración de cuarta clase (pieza 21)

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE INTERNADO
FICHA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL

1. DATOS ESTADÍSTICOS
a. Nombres: Luis Vicente
b. Domicilio: Montalvo, Los Rios
c. MOTIVO DE LA CONSULTA: Estética
d. MOLESTIA PRINCIPAL: Empoquetamiento de alimentos
e. PIEZA A TRATARSE # 21
f. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA: Corona: Fractura con mesio-incisal, SRO compatible con material de obturación, Gingiva amplia, un solo conducto, espacio del ligamento periodontal ensanchado, Apice y Periapice normal. T. S normal
g. EXAMEN CLÍNICO COMPLEMENTARIO: Cavidad con fractura en su ángulo mesio-incisal. pieza # 21.
h. DIAGNÓSTICO: Fractura de ángulo mesio-incisal Pieza # 21
i. PLAN DE TRATAMIENTO: Restauración de 4to Clase con Resina de Fotocurado
j. TERAPEUTICA (RECETA):
k. RECOMENDACIONES: No ingerir alimentos colorantes en 4 horas aproximadamente

PASOS OPERATORIOS

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		

Andrés López
INTERNO

Q/A/C
JEFE DE GUARDIA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	EDAD (AÑOS)	ECAD	N° HISTORIA CLINICA
U. de Guayaquil	Julio Viento	Castillo Benitez	M	49 años	
1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS

1 MOTIVO DE CONSULTA	ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE
Restauración	

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	REGISTRAR ENFERMEDAD, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL
Ninguno	

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
1. ALERGIA ANTIDRUGA	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAIAS	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
Ninguno									

4 SIGNOS VITALES			
Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Temperatura	F. Respirat.
110/70 mmHg	72 mm	37.2 °C	16 x/min

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO						
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
Normal							

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

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL	8 INDICES CPO-cpo							
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA	ENFERMEDAD PERIODONTAL							
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALCULO	ONISMITIS	LEVE	MODERADA	SEVERA	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1					

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA					
* BELLANTE EFICAZ	* BELLANTE REALIZADO	* PERDIDA (OTRA CAUSA)	* BIODONTOLOGIA	* PROTESIS TOTAL	* CORONA

27/03/11

Profilaxis y Restauración 4^{ta} Clase Peza #21

[Signature]
JEFE DE GUARDIA

[Signature]
INTERNO

2DA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

3RA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

4TA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

5TA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

6TA CITA

FECHA

JEFE DE GUARDIA

INTERNO

FOTO N° 1



Foto # 1 PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Foto con el paciente previo a la restauración; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 2



Foto # 2 RADIOGRAFIA DE DIAGNOSTICO Descripción: Foto Tomada a la radiografía de diagnostico; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 3

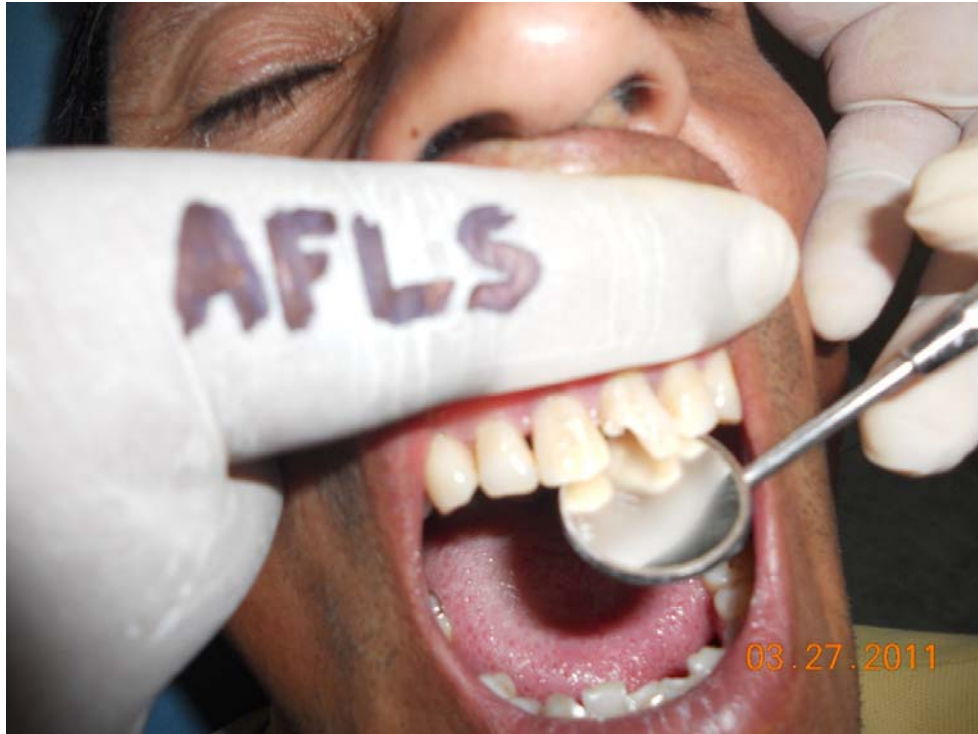


Foto # 3 PRESENTACION DEL CASO Descripción: Se muestra la pieza # 21 antes de la restauración; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 4

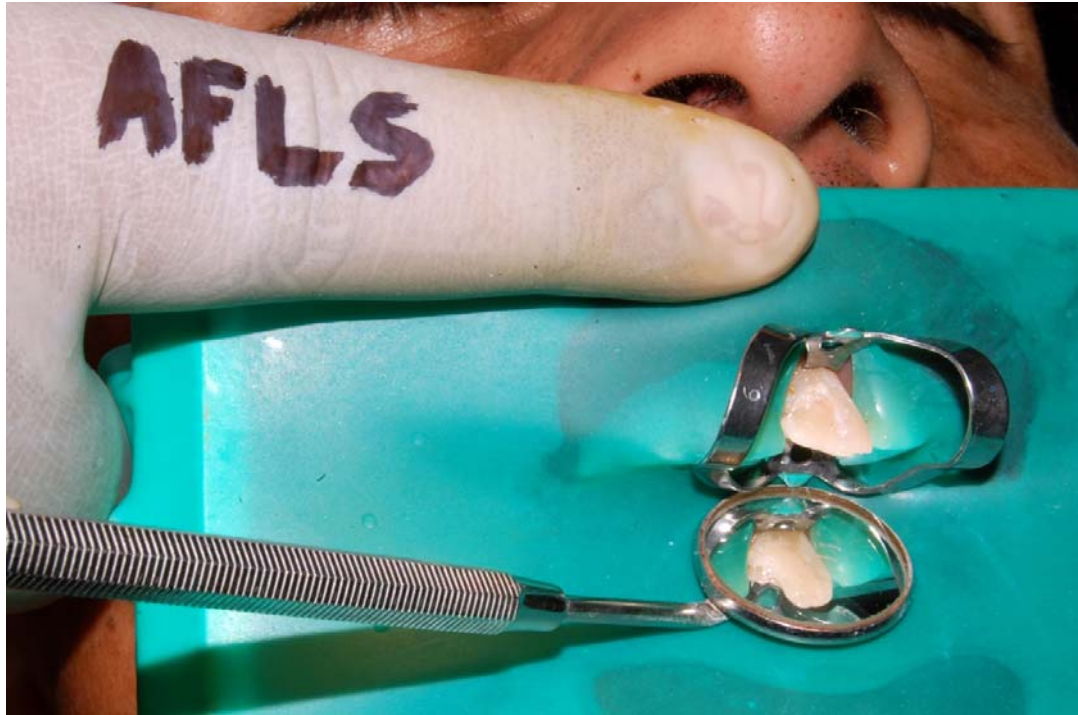


Foto # 4 PIEZA EN TRATAMIENTO CAVIDAD CONFORMADA Y AISLAMIENTO ABSOLUTO Descripción: Se presenta la pieza con aislamiento Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 5



Foto # 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; López A, 2011

FOTO N° 6



Foto # 6 CASO TERMINADO: TALLADO, PULIDO Y ABRILLANTADO.
Descripción: se presenta la pieza después de la restauración; Fuente:
Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

CASO DE PERIODONCIA

Historia Clínica



1.- DATOS ESTADÍSTICOS

a) Nombres : Don Vicente
b) Domicilio : Matanzas, Las Llas

FECHA: 20/03/11
Apellidos : Castillo Buitrago
Teléfono : _____

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente llega a la consulta para
realizar una limpieza dental

3.- SINTOMATOLOGIA PERIODONTAL

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

4.- EXAMEN CLINICO

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

b) Localización de materia alba y placa bacteriana

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

c) Localización de cálculos supragingival y subgingival

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

d) Localización de bolsas periodontales (Sondaje periodontal)

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

e) Localización y medición de movilidad dentaria

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

5.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 11 Corona normal, cámara amplia, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 12 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 13 Corona normal, cámara amplia, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 14 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 15 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 16 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 17 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 18 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

PIEZA 31 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 32 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 33 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 34 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 35 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 36 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 37 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 38 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 21 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 22 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 23 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 24 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 25 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 26 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 27 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 28 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

PIEZA 41 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 42 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 43 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 44 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 45 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 46 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 47 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

PIEZA 48 Corona normal, cámara estrecha, conducto amplio, raíz única, esp. lig. per. ensanchado, Apice y Periapice normal.

6.- DIAGNOSTICO CLINICO

Periodontitis

7.- TRATAMIENTO

Tratamiento Periodontal

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

Revisión Alcega Pulido, Técnica de cepillado dental, Fluorización.

9.- TERAPEUTICA (RECETA)

Enjuague bucal 2 Te. Triclosina 2 m.l. x 3 veces al día.

10.- RECOMENDACIONES:

Correcta técnica de cepillado dental, uso de hilo y enjuague bucal.

11.- PRIMERA CITA

Diagnóstico, Indicaciones, Fecha: 20/03/11

JEFE DE GUARDIA

12.- SEGUNDA CITA Control de Placa sangrada, Fecha: 27/03/11

JEFE DE GUARDIA

infección, sondaje, raspado, alisado, pulido y colocación de flúor.



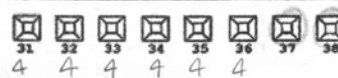
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO
PERIODONCIA

PACIENTE: Luis Vicente Cortillos Benitez	H.C. #
INTERNO: Andrés Fernando López Solgado	CURSO: 5/6

ÍNDICE DE PLACA

a) Número de dientes:	25
b) Número de caras:	100
c) Caras teñidas:	100
d) Porcentaje de placa:	100%

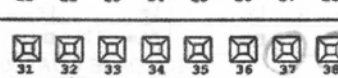
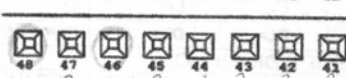
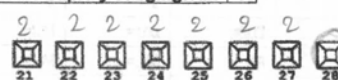
b) 100	100%
c) 100	d) 100%



ÍNDICE DE CÁLCULO

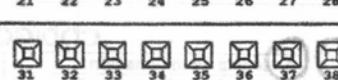
Ausencia de cálculo:	0
Cálculo supragingival:	1

Cálculo subgingival:	2
Cálculo supra y subgingival:	3



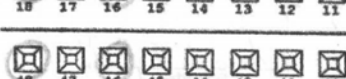
ÍNDICE DE MOVILIDAD

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



ÍNDICE DE SANGRADO

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



SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

PIEZA 11	PIEZA 12	PIEZA 13	PIEZA 14	PIEZA 15	PIEZA 16	PIEZA 17	PIEZA 18
MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 1	MV=	MV= 1	MV=
V= 1	V= 1	V= 1	V= 2	V= 2	V=	V= 1	V=
DV= 1	DV= 1	DV= 1	DV= 2	DV= 3	DV= 1	DV= 2	DV= 1
MP= 2	MP= 2	MP= 3	MP= 3	MP= 2	MP= 1	MP= 2	MP= 1
P= 3	P= 3	P= 3	P= 2	P= 3	P= 1	P= 3	P= 1
DP= 3	DP= 3	DP= 2	DP= 3	DP= 3	DP= 1	DP= 2	DP= 1

SONDAJE CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

PIEZA 21	PIEZA 22	PIEZA 23	PIEZA 24	PIEZA 25	PIEZA 26	PIEZA 27	PIEZA 28
MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 2	MV= 1	MV= 1	MV= 2	MV=
V= 1	V= 1	V= 2	V= 2	V= 2	V= 2	V= 1	V=
DV= 2	DV= 2	DV= 3	DV= 2	DV= 2	DV= 2	DV= 1	DV=
MP= 2	MP= 2	MP= 2	MP= 3	MP= 3	MP= 1	MP= 1	MP= 1
P= 2	P= 2	P= 2	P= 2	P= 2	P= 2	P= 2	P= 1
DP= 2	DP= 2	DP= 3	DP= 3	DP= 2	DP= 2	DP= 2	DP= 1

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

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

SONDAJE CUADRANTE INFERIOR DERECHO

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

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

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

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



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

PACIENTE: <u>Luis Vicente Castillo Benitez</u>	H.C. #
INTERNO: <u>Andrés Fernando López Salgado</u>	CURSO: <u>5/6</u>

CONTROL DE PLACA

FECHA: 27, 03, 11

CONTROL DE CÁLCULO

FECHA: 27, 03, 11

CONTROL DE MOVILIDAD

FECHA: 27, 03, 11

CONTROL DE SANGRADO

FECHA: 27, 03, 11

niwde2580® - copyright © 2009

SONDAJE DE CONTROL

FECHA: 27 / 03 / 11

10	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CONTROL DE INFLAMACIÓN (RUSSELL)

FECHA: 27 / 03 / 11

10	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

JEFE DE GUARDIA

INTERNO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE INTERNADO

1. ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APellidos		SISTEMA		SISTEMA	
		Luis Vicente		Castillo Benitez		M		29	
2. MOTIVO DE CONSULTA		Limpieza dental							
3. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		Ninguna							
4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
Ninguna									
5. SIGNOS VITALES									
Temperatura 37.0, Pulso 72, Presion 120/80, Frecuencia 16 x min									
6. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO									
L. LANCER, S. LANCER, S. LANCER, S. LANCER, S. LANCER, S. LANCER, S. LANCER, S. LANCER									
7. INDICADORES DE SALUD BUCAL									
8. INDICES CPD-CED									
9. SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA									

20/03/11
Diagnóstica, Sonda, Pestaña,
D/Ala C
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

27/03/11
Pulido, Alisado, Colocación de Floc
D/Ala C
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

ESTACION
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

ESTACION
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

ESTACION
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

ESTACION
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

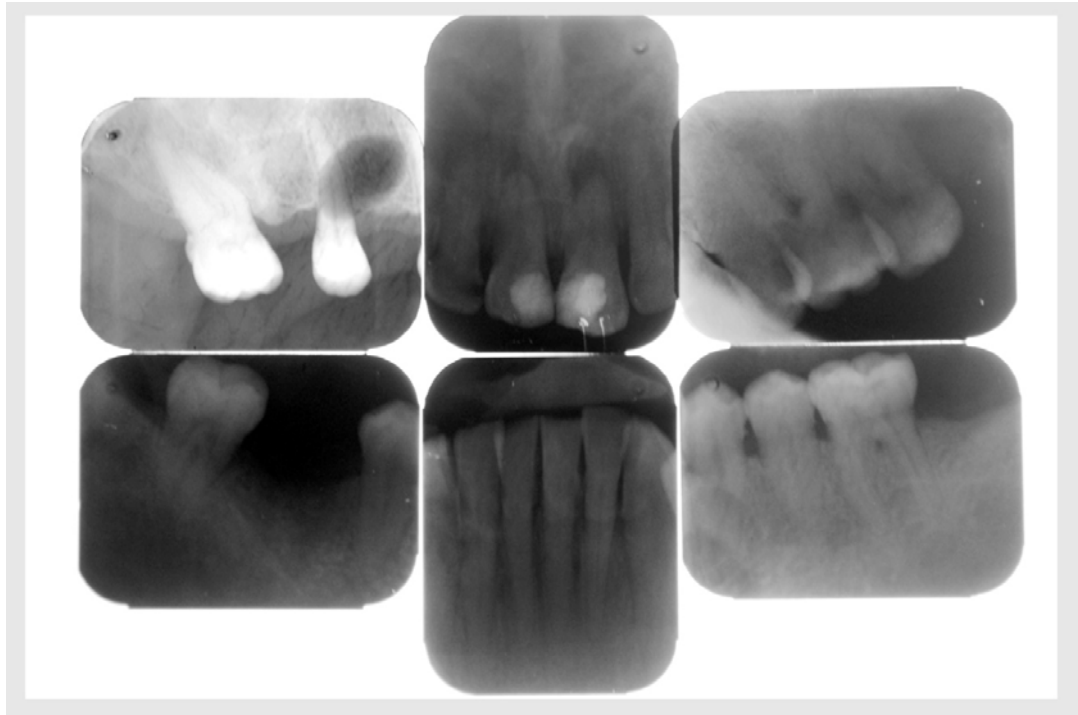
ESTACION
JEFE DE GUARDIA
INTERNO

FOTO N° 1



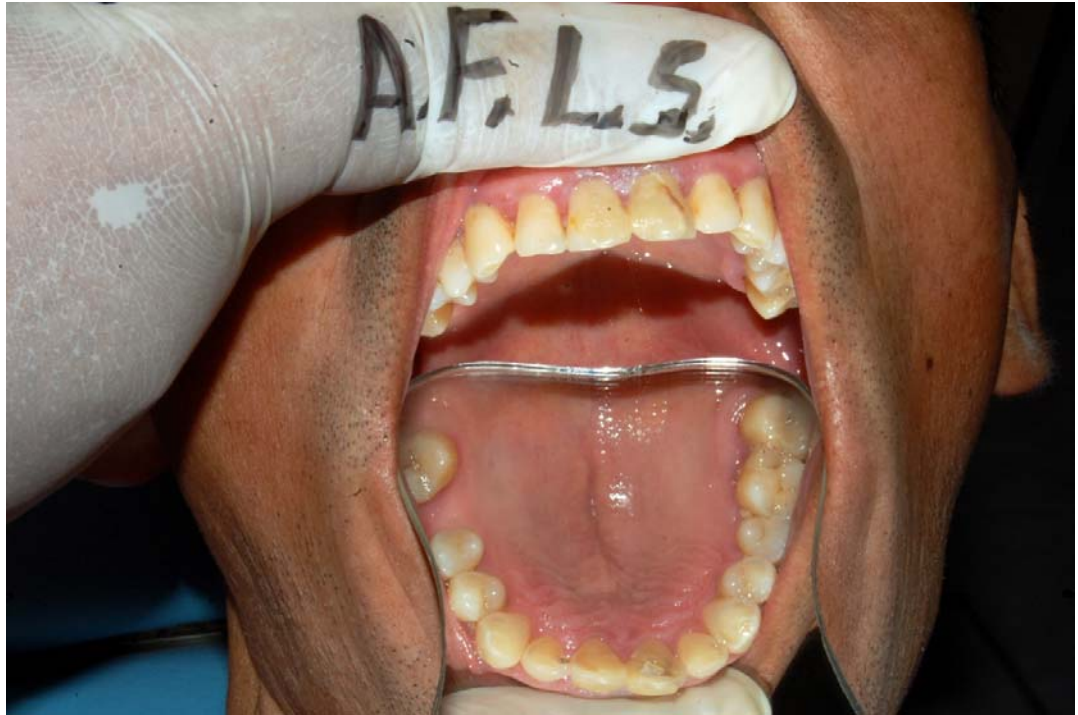
PACIENTE CON OPERADOR Descripción: Foto con el paciente previo al tratamiento periodontal; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 2



RADIOGRAFIAS DE DIAGNOSTICO Descripción: Se muestran las 6 radiografías de diagnostico; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 3



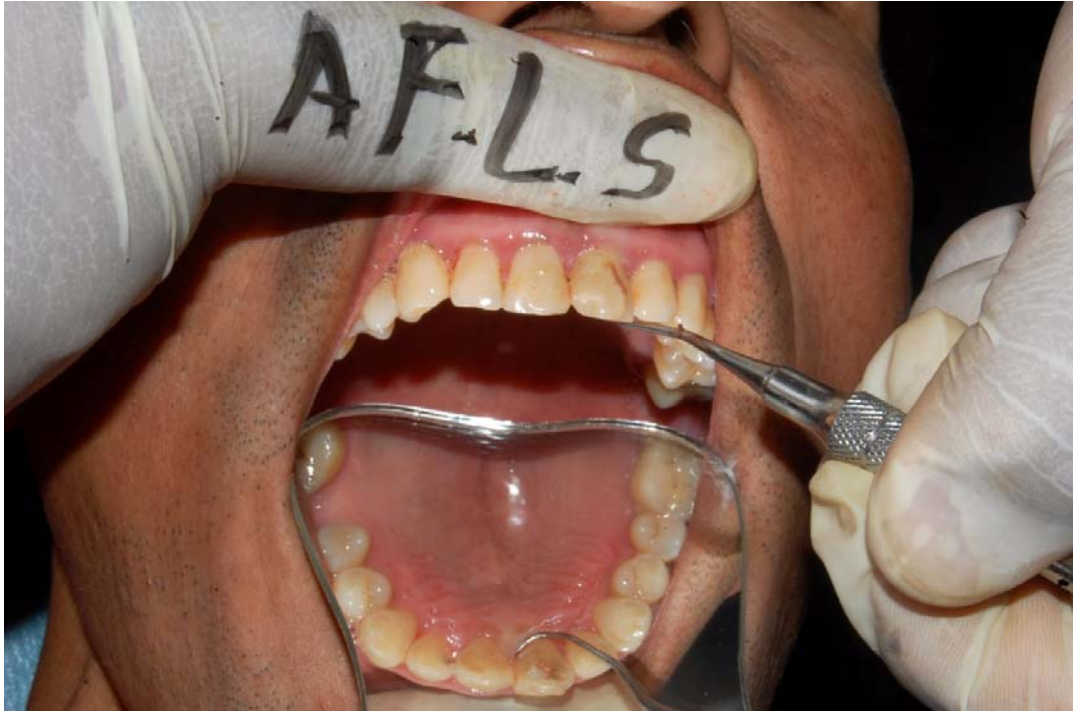
PRE OPERATORIO SUPERIOR Descripción: Se muestra la arcada superior; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 4



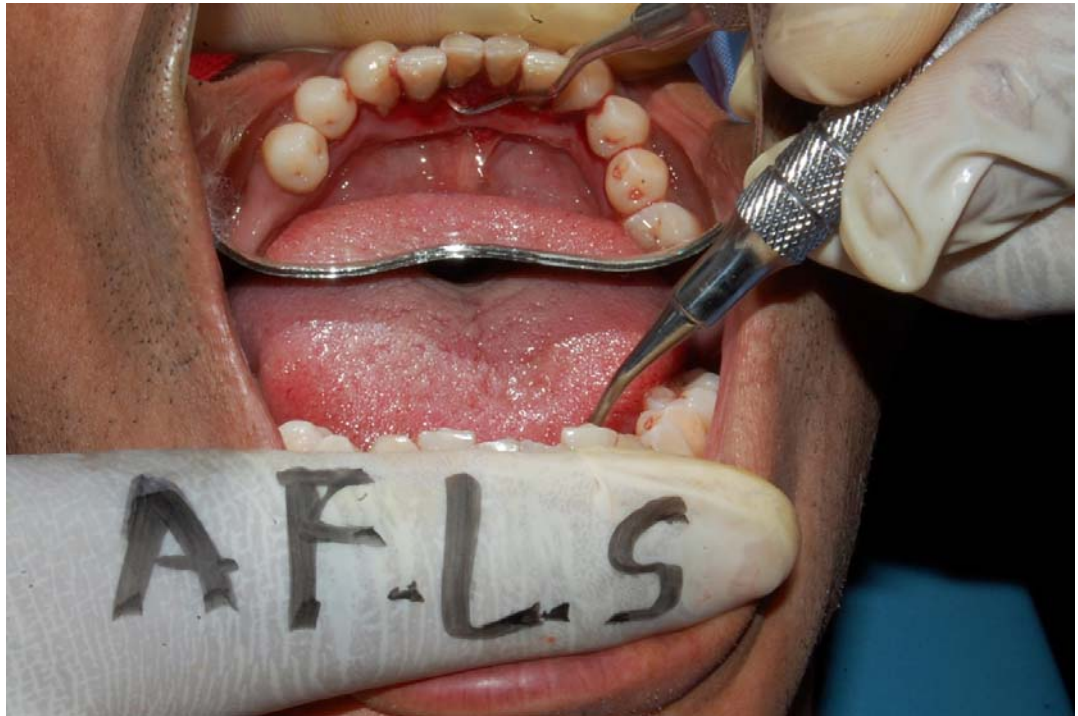
PRE OPERATORIO INFERIOR Descripción: Presentación del caso arcada inferior; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 5



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 6



Descripción: DURANTE EL DETARTRAJE INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 7



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA SUPERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 8



Descripción: POST OPERATORIA ARCADA INFERIOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De Odontología; López A, 2011

FOTO N° 9



Descripción: TOMA SUPERIOR E INFERIOR CON CUBETAS
APLICANDO FLUOR; Fuente: Clínica De Internado Facultad De
Odontología; López A, 2011