



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

TEMA

**Técnica quirúrgica de extracción de pieza dentaria inferior
ectópica**

AUTORA:

BERNARDA ANDREA SÁNCHEZ ARTEAGA

TUTOR

DR. JUAN JOSÉ MACIO PINCAY MSc.

Guayaquil, Mayo de 2016



APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **“Técnica quirúrgica de extracción de pieza dentaria inferior ectópica”**, presentado por el Sr/Srta. **Bernarda Andrea Sánchez Arteaga**, del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, Mayo del 2016.

.....
Dr. Juan José Macio Pincay MSc.

CC: 0908946627



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo/a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

Dr. Mario Ortiz San Martín, Esp.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés, Mg.

Subdecano

Dr. Patricio Proaño Yela. Mg

Gestor de Titulación



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Bernarda Andrea Sánchez Arteaga**, con cédula de identidad N°**0925810152** declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, Mayo del 2016.

.....
Bernarda Andrea Sánchez Arteaga
CC 0925810152

DEDICATORIA

Dedico este trabajo y esfuerzo a mi tía “Nena”, porque durante todo este tiempo me he estado preguntando si con ella aquí todo hubiera sido más fácil.

Seguramente así hubiera sido.

A mis papás, por todo el esfuerzo hecho durante toda mi vida y la de mis hermanos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque de todas las posibles maneras intervino a que yo siguiera por este camino.

Agradezco a mis padres y hermanos que con todo aporte me han ayudado a continuar hasta llegar al final de esta etapa.

Agradezco a mi prima y amigas por estar conmigo riendo y llorando, acompañándonos durante todos estos años.

A mis amigos del colegio dándome aliento siempre y ayudándome en toda situación.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo "**Técnica quirúrgica de extracción de pieza dentaria inferior ectópica**", realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, Mayodel 2016.

.....
Bernarda Andrea Sánchez Arteaga
CI 0925810152

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS,
FILMACIONES O ENTREVISTA.**

Yo....., con cédula de identidad
N°....., autorizo a los estudiantes para que tomen fotografías,
cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona o para que me
realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma
impresa sólo con fines académicos.

Firma.....

Fecha.....

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR/A.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vi
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS, FILMACIONES O ENTREVISTA.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE FOTOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCION.....	1
2. OBJETIVO.....	13
3. DESARROLLO DEL CASO	13
3.1 HISTORIA CLINICA	13
3.1.1 IDENTIFICACION DEL PACIENTE	13
3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA.....	13
3.1.3 ANAMNESIS.....	14
3.1.4 EXAMEN CLINICO	14
3.1.4.1 SIGNOS VITALES	14
3.1.4.2 EXAMEN EXTRAORAL.....	14
3.1.4.3 EXAMEN INTRAORAL	17
3.2 ODONTOGRAMA	20
3.3 EXAMEN RADIOGRÁFICO	21
3.4 DIAGNOSTICO.....	23
4. PRONOSTICO	23
5. PLANES DE TRATAMIENTO	23
5.1 TRATAMIENTO.....	24
6. DISCUSIÓN.....	39
7. CONCLUSIÓN	40
8. RECOMENDACIONES.....	40

9. BIBLIOGRAFÍA	41
10. ANEXOS	43

ÍNDICE DE FOTOS

FOTO 1 PACIENTE DE FRENTE	15
FOTO 2 VISTA LATERAL IZQUIERDA.....	16
FOTO 3 VISTA LATERAL DERECHA	17
FOTO 4 IMAGEN INTRAORAL FRONTAL DE AMBAS ARCADAS EN COLUSIÓN.....	18
FOTO 5 IMAGEN LATERAL INTRAORAL DERECHA	18
FOTO 6 IMAGEN LATERAL INTRAORAL IZQUIERDA.....	19
FOTO 7 ARCADADA SUPERIOR	19
FOTO 8 ARCADADA INFERIOR.....	20
FOTO 9 ODONTOGRAMA	20
FOTO 10 RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	21
FOTO 11 RADIOGRAFÍA PERIAPICAL CON TÉCNICA OCLUSAL.....	22
FOTO 12 RADIOGRAFÍA OCLUSAL	22
FOTO 13 INICIO DEL PACIENTE.....	24
FOTO 14 INICIO DE LA PACIENTE.....	25
FOTO 15 INSTRUMENTAL EN LA MESA DE MAYO.....	25
FOTO 16 INSTRUMENTAL EN MESA DE MAYO.....	26
FOTO 17 ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERATORIO	27
FOTO 18 COLOCACIÓN DEL CAMPO FANTASMA.....	28
FOTO 19 ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR CON LIDOCAÍNA AL 2%.....	29
FOTO 20 ANESTESIA DEL NERVI0 LINGUAL CON LIDOCAÍNA AL 2%	30
FOTO 21 ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA A NIVEL DE PIEZA #4.5.....	30
FOTO 22 ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA A NIVEL DE LA PIEZA #4.5.....	31
FOTO 23 SINDESMOTOMÍA.....	32
FOTO 24 PUNTO DE APOYO CON ELEVADOR RECTO FINO.....	33
FOTO 25 MOVIMIENTOS SUAVES DE ROTACIÓN CON ELEVADOR RECTO FINO.....	33
FOTO 26 MOVIMIENTOS SUAVES DE ROTACIÓN CON ELEVADOR RECTO DE HOJA MEDIANA	34
FOTO 27 MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y ELEVACIÓN CON ELEVADOR RECTO ANCHO.....	35
FOTO 28 MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN CON ELEVADOR RECTO ANCHO	35
FOTO 29 AVULSIÓN DE LA PIEZA #4.5	36
FOTO 30 LIMPIEZA DEL ALVEOLO CON CURETA.....	37
FOTO 31 FORMACIÓN DE COÁGULO EN EL ALVEOLO.....	37
FOTO 32 ALVEOLOTRIPSIA.....	38
FOTO 33 ALVEOLO DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.....	38
FOTO 34 PIEZA DENTARIA #4.5 FUERA DEL ALVEOLO.....	39
FOTO 35 IMAGEN POSTOPERATORIA 15 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.....	43
FOTO 36 IMAGEN POSTOPERATORIA 15 DÍAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. EVOLUCIÓN NORMAL	44
FOTO 37 EVOLUCIÓN NORMAL POSTQUIRÚRGICO	44
FOTO 38 RADIOGRAFÍA PANORÁMICA PREVIA AL TRATAMIENTO.....	45
FOTO 39 FICHA CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO	46
FOTO 40 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE LABORATORIO	47
FOTO 41 TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA LA PACIENTE	48
FOTO 42 FICHA CLÍNICA REALIZADA A LA PACIENTE PREVIA A LA INTERVENCIÓN.....	49
FOTO 43 FICHA CLÍNICA REALIZADA A LA PACIENTE.....	50
FOTO 44 EVALUACIÓN DEL TUTOR	51
FOTO 45 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	52

RESUMEN

Los dientes ectópicos son aquellos que, erupcionados o no, van a encontrarse en una posición inusual. Estos casos suelen ser muy comunes en piezas dentarias erupcionadas, por diversos factores que provocan esta anomalía, mientras que las piezas ectópicas sin erupcionar son casos menos comunes. El propósito de este trabajo, es establecer los pasos de la técnica quirúrgica para la extracción de una pieza dentaria inferior ectópica que se encuentra hacia lingual, presentando un caso clínico de una paciente de 23 años de edad, sexo femenino, que acude a consulta por presentar el segundo premolar inferior derecho ectópico erupcionado hacia lingual, entre primer premolar y primer molar. Presentaba molestias en la lengua y dificultad para realizar la correcta higiene del área. Su diagnóstico se constató por medio de estudio radiográfico. Previo a la intervención la paciente se realizó tratamiento periodontal y exámenes complementarios, los cuales arrojaron resultados positivos para poder ser tratada. Se efectuó la exéresis quirúrgica de dicha pieza mediante una extracción simple con ayuda de elevadores rectos. El resultado fue una cirugía sin ningún tipo de complicación, mejorando el estado de la paciente, incluida la correcta higiene del área. En conclusión, el tratamiento de elección para estos casos, siempre se va a definir mediante el análisis radiográfico y de exámenes complementarios, buscando ante todo el bienestar del paciente y evitar futuras complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Dientes ectópicos, segundo premolar, erupción ectópica.

ABSTRACT

Ectopic teeth are those that erupted or not, are found in an unusual position. These cases are very common in erupted teeth, whereas ectopic unerupted pieces are less common cases. The purpose of this work is to establish the steps for the surgical technique of an ectopic lower tooth, lingually located, removal. This is a clinical case of a 23 year old female, who presented the lower right second premolar ectopic lingual erupted, between first premolar and first molar. She experienced discomforting her tongue and difficulty performing proper hygiene of the area. Her diagnosis was found by x-ray studies. Before the surgery, periodontal treatment and complementary tests were performed on the patient, which showed positive results for her treatment. Surgical excision of this piece was performed by a simple extraction using straight elevators. The surgery was successful, improving the patient's condition and allowing proper hygiene of the area. In conclusion, the treatment for these cases will always be defined by x-ray studies and complementary tests, seeking above all patient comfort and avoid future complications.

KEY WORDS: ectopic teeth, second premolar, ectopic eruption.

1. INTRODUCCION

La erupción dental, es el resultado de la acción simultánea de distintos fenómenos tales como: la calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la reabsorción de las raíces de los dientes temporales, la proliferación celular y la aposición ósea alveolar; constituye un proceso fisiológico que participa directamente en el desarrollo del aparato estomatognático. (Morón, 2006)

El proceso de erupción de dientes permanentes comienza a los 6 años con la erupción del primer molar permanente en boca, convirtiendo la dentición primaria en dentición mixta. La dentición permanente se completa a los doce años cuando erupcionan los segundos molares, faltando por emerger los terceros molares, cuya edad de erupción se considera normal entre los dieciocho y treinta años. (Morón, 2006)

El patrón normal de erupción dental es variable tanto en dentición temporaria como permanente, observándose mayores modificaciones en la cronología que en la secuencia, la cual sigue un orden más estricto de erupción. (Morón, 2006)

Según Braskar, la cronología no se produce de una manera exacta puesto que es modificada por factores diversos, tales como la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, edad radicular, edad cronológica, factores ambientales, las extracciones prematuras de dientes primarios, raza, sexo, condicionantes socioeconómicos y otros. (Morón, 2006)

Las anomalías dentales del desarrollo pueden ser definidas como una alteración o desequilibrio en el proceso normal de formación de las piezas dentarias, el cual es el resultado de una serie de interacciones complejas entre el epitelio oral y el tejido mesenquimático. Alteraciones en este proceso pueden producir desviaciones, forma, tamaño, posición, estructura del esmalte y dentina y alteración en la erupción. (Bowen, 2013)

Se conoce como diente ectópico aquel que está fuera de su área anatómica, puede erupcionar o por el contrario quedarse incluido dentro del hueso. La etiología de un diente ectópico es muy variada, pero suele deberse principalmente a causas congénitas y a factores locales. Los dientes que más

frecuentemente se ven afectados son los caninos superiores, los terceros molares, los incisivos inferiores y los premolares, y es más frecuente que ocurra en mujeres que en hombres.(Saborido, 2012)

Escoda define a los dientes ectópicos como aquellos que erupcionan, total o parcialmente, fuera de su normal ubicación dentro de la arcada dentaria. Por regla general este problema afecta principalmente a los últimos dientes de cada serie, es decir terceros molares, segundos premolares, caninos e incisivos laterales. (Escoda & España., 2012)

Algunos dientes pueden erupcionar en el sitio correspondiente a otro diente, normalmente con dientes adyacentes, este fenómeno es denominado transposición dentaria, que según Silva es una subdivisión de la clasificación erupción ectópica, refiriéndose a la posición. (Blanco Ballesteros, 2011)

La transposición, se define como el intercambio de posición entre dos dientes permanentes dentro de la misma arcada o hemiarcada dental, puede ser total (intercambio de diente y raíz) o parcial (intercambio solo de la corona). Abarca generalmente la transposición de dos dientes, aunque puede existir en mayor número. Puede ser bilateral, aunque muy rara, pero igual se han reportado. (Blanco Ballesteros, 2011)

Como normas generales específicas para la extracción de dientes erupcionados en posición anormal, se destacan:

Dientes en vestibuloversión: En el maxilar superior se puede aplicar el botador desde la zona palatina, luxando el diente hacia el vestíbulo, dado que la cortical externa tiene menor grosor o está disminuida. En la mandíbula se puede usar un fórceps con la parte activa de desigual tamaño.(López, 2012)

Dientes en linguoversión: el espesor de la cortical externa varía con el grado de desviación; normalmente esta cortical es gruesa. En cambio, la cortical interna es delgada. La luxación se efectúa hacia la cara palatina o lingual con el uso de botadores o fórceps con la parte activa de distinto tamaño.(López, 2012)

Dientes en mesioversión y distoversión: Estas anomalías de posición son muy frecuentes. La extracción de estos dientes vendrá condicionada por el grado de

desviación; adecuaremos la posición del fórceps y recordaremos siempre que el eje de la parte activa debe seguir el eje longitudinal del diente a extraer. Los movimientos de luxación vendrán también condicionados por esta anomalía de dirección.(López, 2012)

Dientes en giroversión: en estos casos la mayor dificultad consiste en el difícil acceso al cuello dentario para la presa con el fórceps. Los movimientos de luxación deben dirigirse en el sentido de menor resistencia.(López, 2012)

La erupción ectópica de un diente dentro de la cavidad oral es común, pero en otros lugares es raro, y su etiología no siempre es conocida. (Moreno García & Collado, 2007) Los dientes ectópicos a nivel del seno maxilar-región infraorbitaria son una entidad poco usual. (Marchena, 2015)

Marchena describió un caso, un paciente masculino de 22 años que acude a la consulta por sintomatología dolorosa en la zona maxilar derecha. Paciente sin antecedentes médicos constatables, se decide realizar una ortopantomografía, ya que clínicamente solo se observan erupcionados el primer y tercer molar permanente superior. (Marchena, 2015)

Tras la valoración de la radiografía, se apreció el segundo molar permanente superior en posición ectópica; cercano a la región infraorbitaria del seno maxilar. Como plan de tratamiento se realizó la exodoncia del tercer molar superior que obstaculizaba la erupción del segundo molar. (Marchena, 2015)

También se presentó un caso clínico de un diente ectópico en una niña de 14 años. La paciente acudió con su madre aquejada de la persistencia del canino inferior temporal derecho, que a su edad ya debería haberse caído. Tras la realización del estudio radiográfico mediante ortopantomografía, se detectó el canino permanente inferior derecho en una posición ectópica, totalmente horizontal en la zona basal de la sínfisis mandibular. (Marchena, 2015)

Los terceros molares impactados en la rama mandibular y en la región subcondilar son poco frecuentes. Se asocian por lo general con quistes dentígeros, siendo ésta una razón descrita que podría asociar su desplazamiento de la región original, así como un movimiento eruptivo abortado o bloqueo de su

erupción por una lesión como tumor odontogénico. La remoción de terceros molares incluidos ectópicos asociados a quistes está indicada, pero es bastante difícil, realizándose técnicas endoscópicas para su resolución.(Fuentes & Oporto, 2009)

Fuentes y Oporto reportaron un caso, el hallazgo de un tercer molar ectópico impactado fue realizado por medio de una radiografía panorámica, en una evaluación diagnóstica de ingreso a la clínica odontológica de la Universidad de La Frontera, en un paciente de sexo femenino de 51 años de edad, quien consultó por tratamiento odontológico. (Fuentes & Oporto, 2009)

La pieza dentaria se encontraba en la mandíbula, en la zona retromolar derecha, perpendicular al ángulo de la mandíbula, subcortical e inmediatamente sobre el canal mandibular. La corona orientada hacia el proceso condilar de la mandíbula, en estrecha relación al canal mandibular. El ápice radicular se orientaba hacia el borde basilar derecho del mismo hueso. (Fuentes & Oporto, 2009)

Al examen extra oral la paciente no evidenció alteraciones de tejidos blandos o duros, del mismo modo, no existió relato de sintomatología dolorosa espontánea, ante estímulos o durante la función; tampoco existió parestesia en la región facial. Al análisis de movimientos mandibulares, estos se encontraban dentro de rangos normales. (Fuentes & Oporto, 2009)

La exploración clínica intraoral no arrojó alteraciones de color o forma en ningún tipo, así como tampoco hubo relato de dolor espontáneo o al estímulo de la zona retromolar y sus proximidades. No existía pérdida de la sensibilidad en dientes, encía, labio y/ lengua del lado donde se encontraba la pieza ectópica, como tampoco del lado contralateral. (Fuentes & Oporto, 2009)

A raíz del análisis del caso, cabe señalar la importancia de, antes de tomar la decisión de proceder quirúrgicamente, evaluar los reparos y relaciones anatómicas, que permitirán al clínico prever con mayor certeza los riesgos y pronóstico del tratamiento, otorgando una evaluación de los posibles beneficios o perjuicios que pudieran tener para el paciente la exéresis quirúrgica de una pieza ectópica impactada que se presenta semiológicamente inafectada, sin antecedentes clínicos para desarrollar alguna patología. (Fuentes & Oporto, 2009)

La extracción de estos dientes erupcionados en posición anómala puede estar motivada por razones estéticas, protésicas, funcionales u ortodóncicas, por patología pulpar de dichos dientes o periodontal de la zona donde están situados, para evitar procesos de caries en los dientes vecinos, o por producir ulceraciones de las mucosas o de la lengua. En principio, es preferible extraer el diente mal alineado o ectópico que otro en correcta posición en la arcada dentaria.(Escoda & España., 2012)

Cuando por la posición del diente o su grado de erupción es imposible la exodoncia convencional con fórceps o botadores, se planteará su extracción quirúrgica siguiendo la secuencia: incisión, despegamiento de colgajo, osteotomía-odontosección, luxación, extracción del diente con botadores, limpieza y legrado, sutura.(López, 2012)

Si debemos aplicar esta técnica, es preferible evitar los accesos linguales en la zona mandibular por dificultad de visión y manipulación que presentan, por las incomodidades que plantea al paciente y por el mayor índice de complicaciones y molestias postoperatorias que pueden inducir. (Escoda & España., 2012)

No es extraño que los caninos y premolares superiores se presenten en posición suspendida o heterotópica, exigiendo para su extracción la preparación de un colgajo y la liberación completa de la corona dentaria, mediante ostectomía. En estos casos la cortical externa es delgada, por lo que debe evitarse su fractura. (Escoda & España., 2012)

Generalmente tras la ostectomía adecuada al caso, se logra introducir un botador recto entre la cara distal del diente y el tabique óseo distal. Con pequeños movimientos de rotación, el instrumento penetra consiguiendo la luxación dentaria que se completa con movimientos hacia atrás y hacia afuera. Se finaliza la extracción con botadores o con fórceps si es posible una presa correcta del diente.(Escoda & España., 2012)

Los dientes erupcionados en posición ectópica presentan una relación con los dientes vecinos, las corticales óseas y los órganos vecinos, distinta que los erupcionados dentro de la arcada dentaria normal. La arquitectura del hueso es distinta y las posibilidades de acceso son diferentes. Por todo ello la técnica para

su extracción vendrá condicionada por estas variaciones, aunque se pueden aplicar las reglas fijas para toda exodoncia: buscar la vía de menor resistencia y con el menor traumatismo posible (Escoda & España., 2012)

Los segundos premolares son dientes que frecuentemente quedan impactados al erupcionar después del primer molar definitivo y el primer premolar; sobre todo esto sucede en caso de pérdida prematura del segundo molar temporal. Los segundos premolares inferiores en mal posición que frecuentemente están en proceso de erupción, tienen su corona atrapada hacia lingual entre el primer premolar y el primer molar. (Escoda & España., 2012)

El diente también puede yacer entre las raíces de los dientes adyacentes, en cuyo caso la extracción es más difícil. Para localizar estos dientes, las radiografías oclusales son de gran ayuda. En el caso de dientes no incluidos, la radiografía periapical también nos sirve para controlar las posibles anomalías en la raíz dentaria(Bowen, 2013)

El estudio radiográfico de pacientes podría incluir técnicas intraorales y extraorales. Dentro de las técnicas intraorales están incluidas: técnica del paralelismo, técnica de la bisectriz, interproximal, aleta de mordida, oclusal y seriada. Entre las técnicas extraorales las más frecuentes están la panorámica y cefalométrica. (Guarayo, 2015)

La falta de espacio en la arcada dentaria, que puede surgir después de la pérdida prematura del segundo molar temporal, provoca que el segundo premolar adopte, al erupcionar, una posición lingual (con mayor frecuencia que vestibular) en relación con el resto de dientes erupcionados. La extracción de dicho diente puede estar indicada por caries, razones ortodóncicas, o como medida preventiva en la formación de caries.(Escoda & España., 2012)

Es frecuente por ello que la corona de estos dientes esté completamente destruida por la caries, ya que el prisma triangular que forman los premolares-canino o segundo premolar-primer molar-canino, es un receptáculo donde se impactan los alimentos, y que dificulta su correcta higiene.(Escoda & España., 2012)

Antes de proceder a la extracción del diente, hemos de valorar el grado de erupción, la inclinación del diente, la forma radicular y su trayectoria de salida, la presencia de retenciones, y el espacio que queda entre el primer premolar y el primer molar. (Escoda & España., 2012)

Si se usan fórceps de puntas delgadas (tipo bayoneta), tiene que existir espacio suficiente para efectuar la presa, bien en sentido mesio-distal, bien en sentido vestibulo-lingual, y se efectúa la extracción con una combinación de movimientos hacia lingual y de rotación alrededor del eje longitudinal del diente. Cuando la posición lingual del premolar es más marcada, se levanta un colgajo mucoperióstico lingual sin descargas y se elimina hueso del mismo lado, para exponer la máxima convexidad de la corona. (Escoda & España., 2012)

Después, se levanta un colgajo mucoperióstico vestibular con una descarga y se retira el hueso que cubre la corona. Si la dirección de salida lo permite, se eleva el diente de su alvéolo, aplicando fuerza en dirección distal o vestibular. (Escoda & España., 2012)

La técnica llamada del “instrumento roto” no es una forma útil de aplicar la fuerza a un diente de este tipo desde el lado vestibular. Se utiliza una fresa redonda para crear un punto de apoyo vestibular sobre la raíz del premolar. Se aplica un elevador de hoja delgada sobre dicho punto, y se efectúa una presión ligera sobre el mismo, para extraerlo siguiendo la dirección del eje mayor del diente. (Escoda & España., 2012)

Si el diente desviado hacia el lado lingual está impactado entre el primer premolar y el primer molar, será necesario practicar una odontosección para efectuar su extracción. La superficie vestibular de la corona y la porción cervical de la raíz quedan ampliamente expuestas con la eliminación ósea pero debe hacerse con cuidado para evitar lesionar el nervio mentoniano y los dientes vecinos. (Escoda & España., 2012)

Después se utiliza una fresa redonda para efectuar la odontosección, extraemos la corona y luego, con los elevadores, podemos completar la extracción. Para finalizar se alisan los bordes óseos y se reposicionan y suturan los tejidos blandos. (Escoda & España., 2012)

Los premolares superiores suelen erupcionar por palatino, pero a veces llega a verse el tercio radicular apical en forma de gancho, situado en marcada oblicuidad lingual por encima de la reflexión de la mucosa en el fondo de saco vestibular. En este caso se puede efectuar un abordaje quirúrgico como los descritos anteriormente, con odontosección selectiva, para facilitar la exodoncia. (Escoda & España., 2012)

Debe recordarse que las maniobras quirúrgicas en la cara lingual mandibular son difíciles y comportan postoperatorios molestos, con la posibilidad de que aparezcan hematomas, infecciones, lesiones de la glándula sublingual, etc. Por todo ello debemos esmerarnos en la secuencia diagnóstica y quirúrgica, insistiendo en los siguientes puntos (Escoda & España., 2012):

- Correcto estudio radiográfico. Posición, volumen, estado, dirección y relaciones con los dientes vecinos y otras estructuras anatómicas, como por ejemplo el seno maxilar. (Escoda & España., 2012)
- Estudio del tipo y calidad de hueso. Edad, estado de mineralización. (Escoda & España., 2012)
- Incisiones correctas, bien diseñadas, que permitan el fácil acceso, despegamiento del colgajo sin desgarros, ostectomía en cantidad necesaria sin comprometer los dientes vecinos y que permita desplazar el diente hacia el espacio creado o hacia el lugar de menor resistencia, procurando no dejar esquirlas o bordes agudos. (Escoda & España., 2012)
- Aplicar el instrumental de exodoncia sin dañar el hueso, los dientes contiguos o los tejidos blandos. Hay que evitar que los botadores se nos deslicen, proyectándose y lesionando las estructuras vecinas. (Escoda & España., 2012)
- Sutura correcta.
- indicación del tratamiento farmacológico pertinente: antibióticos, analgésicos-antiinflamatorios, etc. (Escoda & España., 2012)

Otro diente que frecuentemente erupciona en posición ectópica es el incisivo lateral superior, si bien la mayoría de las veces no es precisa su extracción, ya

que la alteración es poco importante y varía desde una ligera vestibularización o rotación.

Otras veces se puede ver erupcionado por palatino del incisivo central. En este caso puede ser precisa su extracción que se puede efectuar con un fórceps de bayoneta con una presa por mesial y distal del diente. Se luxa el diente en la dirección de la raíz, con una ligera presión hacia apical, a la vez que se efectúan pequeños movimientos de rotación axial. Se completa su extracción después de la total luxación del mismo.(Escoda & España., 2012)

A veces el primer molar definitivo, durante su erupción, toma una inclinación exagerada. Esto provoca la reabsorción de la raíz distal del segundo molar temporal, y el molar definitivo puede quedar impactado debajo de la corona del mismo. (Escoda & España., 2012)

En este caso, está indicada la extracción del segundo molar temporal, y la corrección ortodóncica del primer molar definitivo, para que el segundo premolar definitivo no encuentre obstáculos en su camino, y así pueda erupcionar a su correcta ubicación. (Escoda & España., 2012)

En cualquier caso, siempre ante cualquier extracción de dientes erupcionados en posición ectópica, valoraremos su posición, eje de salida, posibles relaciones con el hueso maxilar, dientes vecinos o la raíces de estos, y con las estructuras anatómicas, como senos maxilares, etc. Ya que, conociendo estos detalles, podremos estar preparados para abordar la intervención quirúrgica con el mayor éxito. (Escoda & España., 2012)

Si no se tienen en cuenta estos detalles, podemos caer en el error de intentar sin éxito una extracción en la que solo usando el fórceps no logremos extraer el diente. Sin embargo, e s posible que levantando un pequeño colgajo solucionemos rápidamente la situación.(Escoda & España., 2012)

El control del dolor es uno de los aspectos más importantes para propiciar al paciente un comportamiento positivo en la consulta odontológica. Sin embargo, esto aún constituye un desafío para el cirujano dentista cuando trata a pacientes ansiosos, ya que la administración de la anestesia local es lo que determina que

muchos pacientes eviten el tratamiento odontológico. (Barros & Campolongo, 2013)

Para el tratamiento es necesaria la colocación del anestésico local, ya sea para terapias pulpares, quirúrgicas o protésicas, pues en la mayoría de los tratamientos es imprescindible la manipulación de los tejidos altamente vascularizados. Por este motivo, el uso de anestésico local es fundamental para la inhibición del dolor durante el procedimiento. (Eche)

Los anestésicos locales, son sustancias químicas, cuya finalidad es provocar la pérdida de sensibilidad de un área del cuerpo, de forma temporal y reversible, sin intervenir en la conciencia del paciente. Este bloquea en forma reversible la conducción del impulso nervioso, pues inhibe la excitación de la membrana del nervio en las fibras mielínicas y amielínicas, disminuyendo la velocidad del proceso de despolarización y el flujo de entrada de iones de sodio. (Cespedes, 2012)

En la investigación de Juan Eche Herrera, él habla sobre la colocación de anestesia local que genera un dolor manifestado por los pacientes, pues antes de que el anestésico inicie su efecto, ingresa a la mucosa a una temperatura inferior a la corporal y produce un estímulo doloroso. (Eche)

El objetivo de su investigación fue determinar la influencia de la temperatura de la lidocaína al 2% con epinefrina 1:80,000 sobre el dolor por inyección e inicio de acción. En sus resultados se encontró que, para la administración de anestesia a 37°C, el 100% manifestó dolor “menor a lo esperado”, mientras que, en la administración de anestesia a temperatura ambiente, solo 61% manifestó dolor “menor a lo esperado”. (Eche)

En su investigación sobre la influencia de la temperatura de la lidocaína 2% sobre el dolor de inyección e inicio de acción en el bloqueo del nervio dentario inferior, Juan Eche, concluyó que la administración del anestésico local a 37°C produce menor intensidad de dolor y menor tiempo de inicio de acción en comparación con la administración de anestésico local a temperatura ambiente. (Eche)

Se ha descrito en la literatura que todas las raíces dentarias son curvas en algún grado. Las curvaturas radiculares excesivas reciben el nombre de dilaceraciones, que se definen como el resultado de un disturbio en la formación dentaria que produce una desviación o curva en relación a la línea de la corona de un diente y su raíz. (Fuentes, 2015)

Fuentes realizó una investigación, donde estudiaron la morfometría de premolares mandibulares y análisis de curvaturas radiculares, e identificar el tercio radicular en el que la curvatura se origina, mediante el uso de radiografías panorámicas y morfometría lineal. También detectaron la prevalencia de curvaturas radiculares excesivas o dilaceraciones. (Fuentes, 2015)

De los dientes curvados, el ángulo promedio de la curvatura fue de 19,68°. Se encontró que del total de premolares mandibulares observados (294 premolares) con curvaturas el 12,24% tienen curvaturas hacia mesial, el 58,84% hacia distal y el 28,92% son rectos o sin curvas. (Fuentes, 2015)

Del total de curvaturas, el 0,48% se originaron en el tercio cervical, 27,27% en el tercio medio y 72,25% en el tercio apical. Respecto a los premolares mandibulares, tienen curvaturas radiculares en el 72,09%, con ángulo promedio de 13,9°. La mayoría de las curvas se originaron en el tercio apical (72,25%). (Fuentes, 2015)

La prevalencia de las dilaceraciones fue de 0% o 30,27% según distintos criterios. A partir de los resultados obtenidos en esa investigación consideraron importante el conocimiento de la anatomía radicular de los dientes es de importancia antes de la ejecución de procedimientos en endodoncia, ortodoncia y otras áreas, para realizar una planificación adecuada de estas prácticas odontológicas. (Fuentes, 2015)

El canal mandibular y su contenido tienen un papel importante en el campo de la cirugía maxilofacial. Este puede presentar variaciones anatómicas, por lo que su desconocimiento ha sido relacionado con complicaciones en la realización de procedimientos quirúrgicos y de anestesia en la práctica dental y maxilofacial. (Roa, 2015)

Las variaciones del canal, así como de su contenido; nervio mandibular y ramas, y los vasos mandibulares han sido reportadas como la posible causa de una inadecuada técnica anestésica; iatrogenia y complicaciones asociadas, además de complicaciones tales como compresión neurovascular causando entumecimiento y/o dolor. (Roa, 2015)

En la inervación de la mandíbula intervienen: el nervio dentario inferior, mentoniano, lingual y sublingual. En la mandíbula existen algunas referencias anatómicas que nos sirven de ayuda durante la cirugía. En su cara externa el orificio mentoniano (nervio mentoniano) y la línea oblicua externa que asciende a la rama. En su cara interna la espina de Spix con el orificio dentario inferior donde se incorpora el nervio del mismo nombre. (Solano, 2014)

Roa, en su caso clínico, describió un canal mental accesorio, acompañado de un bucle anterior del nervio mental de ubicación bilateral, por medio de una radiografía panorámica digital, que se encontraba a nivel de la pieza #3.4. El conocimiento tanto de la morfología mandibular, como de las variaciones que esta pueda sufrir, es indispensable para una correcta práctica odontológica. (Roa, 2015)

El estudio detallado tanto de su posición normal, así como también de sus variaciones, puede determinar el éxito o fracaso de un tratamiento, por lo cual hoy en día, la radiografía panorámica o la tomografía computarizada, son utilizadas en la práctica odontológica, proporcionando visibilidad adecuada de las estructuras anatómicas. (Roa, 2015)

Las alteraciones neurosensoriales en el mentón y el labio inferior son una de las complicaciones más difíciles, pero que en general pasan inadvertidas pudiendo ocurrir durante cualquier procedimiento quirúrgico, como la colocación de implantes, importante en la región premolar inferior. En consecuencia, para evitar daño a estas estructuras vitales, la localización exacta de las estructuras anatómicas deben ser identificadas antes de la cirugía utilizando técnicas imagenológicas apropiadas. (Roa, 2015)

2. OBJETIVO

Establecer la técnica quirúrgica idónea para la exodoncia de un segundo premolar inferior derecho, ectópico lingualizado.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1 HISTORIA CLINICA

3.1.1 IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres: Paola Elizabeth

Apellidos: Holguín Betancourt

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil, 19 de marzo de 1992.

Edad: 23 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Residente en: Guayaquil

Provincia: Guayas

Dirección: Bastión Popular bloque 1B mz. 462 solar 10

Teléfono de domicilio: 042558566

Teléfono particular: 0969788596

Ocupación: ama de casa

3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de sexo femenino, de 23 años de edad refiere molestia de la lengua por constante laceración con la pieza 45, además de tener dificultad para realizar correcta higiene de la zona.

La paciente manifiesta que acude a consulta porque “me molesta en la lengua esa muela, y no me puedo cepillar bien ahí”

3.1.3 ANAMNESIS

3.1.3.1 Antecedentes personales

Se realiza la anamnesis interrogando al paciente si presenta enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del corazón, del aparato digestivo y genitourinario, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades psiquiátricas, alergias, diabetes, antecedentes de hemorragias y hepatitis, a lo cual la paciente refiere que no presenta antecedentes en ninguno de los ámbitos antes mencionados. También nos indica que no fuma, no bebe alcohol ni se encuentra embarazada.

3.1.3.2 Antecedentes familiares

La paciente informa que en su familia no existen antecedentes de diabetes, cáncer, sida ni procesos hemorrágicos. Al mismo tiempo indica que su madre es hipertensa, la cual es controlada.

3.1.4 EXAMEN CLINICO

3.1.4.1 SIGNOS VITALES

La presión arterial se encuentra en 90/60 mm/Hg.

La frecuencia cardiaca en 60 latidos por minuto.

Su temperatura es de 36,5°C.

La frecuencia respiratoria es de 16 respiraciones por minuto.

3.1.4.2 EXAMEN EXTRAORAL

Se realiza examen extraoral tomando en cuenta las principales estructuras que rodean a la cavidad oral.

La paciente presenta simetría facial, y su biotipo es mesofacial.

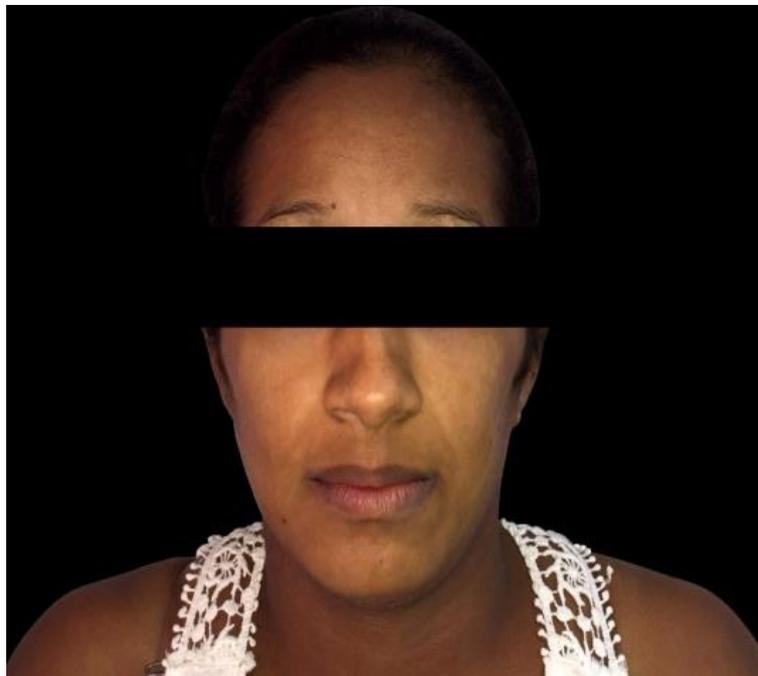
En la piel no se observa ningún tipo de anomalía.

En la ATM se realizó palpación bilateral, con apertura y cierre, no presentó chasquidos.

Los labios se encuentran en estado normal al igual que la zona del cuello.

No se presentó inflamación de ganglios.

Foto 1 Paciente de frente



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 2 Vista lateral izquierda



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Paciente no presenta ninguna anomalía en su perfil.

Foto 3 Vista lateral derecha



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

3.1.4.3 EXAMEN INTRAORAL

En tejidos blandos como mucosa vestibular, carrillos, paladar duro, paladar blando, piso de la boca y lengua no presenta patología aparente. Presenta ligera inflamación de las encías.

En las piezas dentarias, algunas van a presentar restauraciones, presenta edentulismo parcial en la arcada superior y caries en varias piezas en ambas arcadas. Hay presencia de placa bacteriana.

Foto 4 Imagen intraoral frontal de ambas arcadas en colusión



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Paciente presenta inflamación de las encías y presencia de placa bacteriana

Foto 5 Imagen lateral intraoral derecha



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 6 Imagen lateral intraoral izquierda



Fuente; Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 7 Arcada superior



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Edentulismo parcial en arcada superior, presencia de caries en varias piezas y una restauración defectuosa.

Foto 8 Arcada inferior

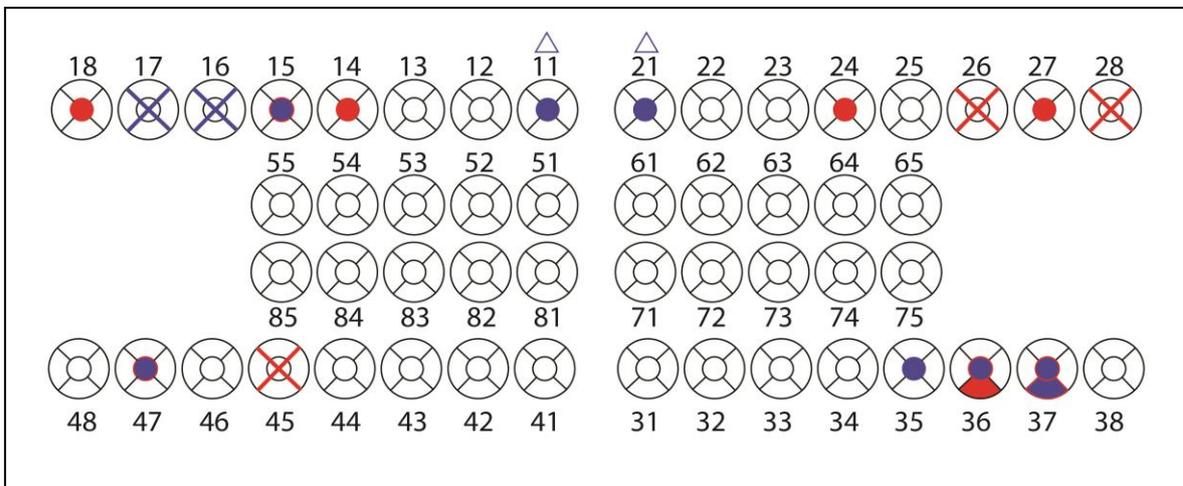


Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Pieza dentaria #4.5 en posición ectópica hacia lingual, varias piezas dentarias con restauraciones defectuosas, apiñamiento en sector anterior.

3.2 ODONTOGRAMA

Foto 9 Odontograma



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Endodoncia de piezas #1.1 y #2.1

Ausencia de piezas #1.6 y #1.7

Restos radiculares de piezas #2.6 y #2.8

Extracción indicada de piezas #4.5, #4.8, #3.8, #2.6 y #2.8

Caries en piezas #1.4, #2.4, #1.8 y #2.7 por oclusal. Y pieza # 3.6 por vestibular

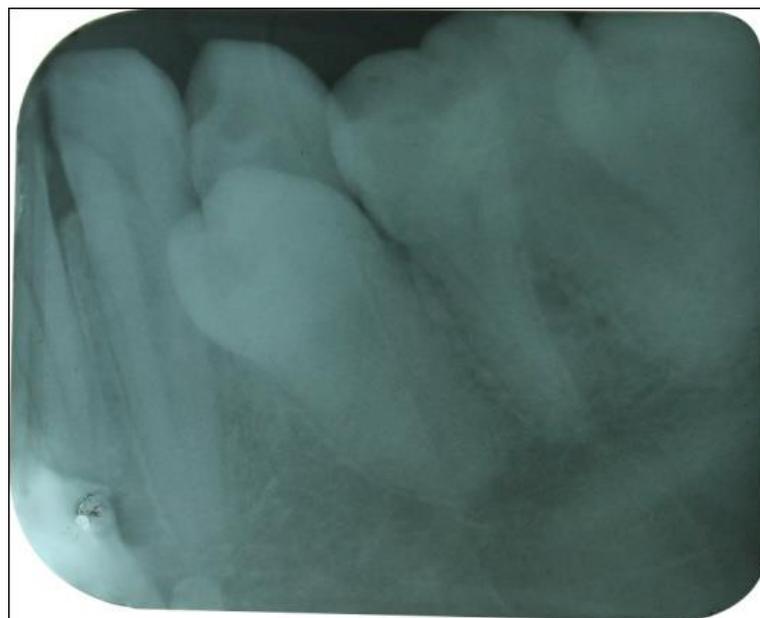
Restauraciones de resina con recidiva cariosa de piezas #3.7 por oclusal y vestibular, #3.6, #4.7 y #1.5 por oclusal.

Restauraciones de resina de piezas #1.1 y #2.1 por vestibular, incisal y palatino, pieza # 3.5 por oclusal.

3.3 EXAMEN RADIOGRÁFICO

En los exámenes radiográficos periapicales, se observa a la pieza #4.5 sin lesiones en los tejidos circundantes al ápice y la zona del ligamento periodontal en estado normal. Se ve su relación con el canal del nervio dentario inferior muy próximo a su ápice.

Foto 10 Radiografía periapical



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

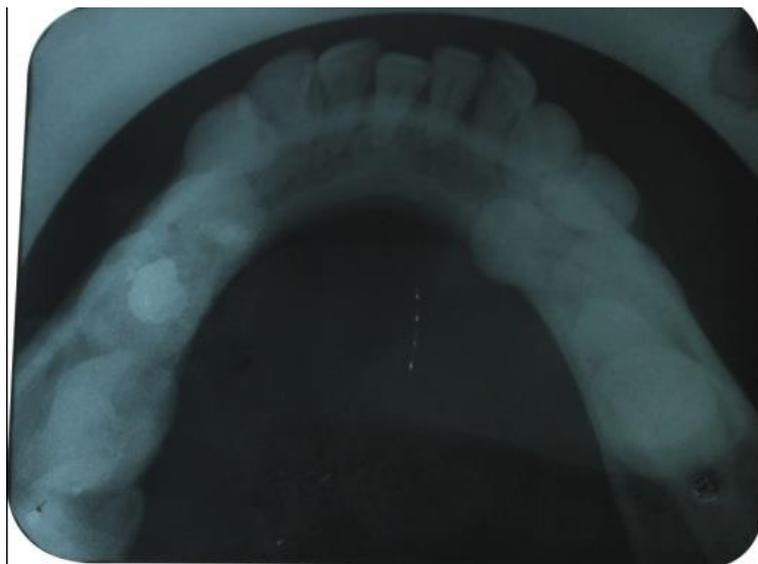
En las siguientes radiografías con técnica oclusal se puede ver a la pieza #4.5 hacia lingual, y su raíz relacionada a las raíces de las piezas #4.4 y #4.6.

Foto 11 Radiografía periapical con técnica oclusal



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 12 Radiografía oclusal



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

3.4 DIAGNOSTICO

Paciente presenta edentulismo parcial en arcada superior por ausencia de piezas #1.6 y #1.7,

Presenta restos radiculares de piezas #2.6 y #2.8.

Presenta caries en piezas #1.4, #1.8, #2.4, #2.7 y #3.6.

Restauraciones defectuosas de piezas #1.5, #3.7, #3.6, #4.7.

Presenta tratamientos endodónticos de pieza #1.1 y #2.2.

No presenta movilidad en piezas dentarias ni retracciones gingivales.

No presenta abrasiones ni pérdida de dimensión vertical oclusal.

4. PRONOSTICO

La salud oral de la paciente es regular ya que presenta caries en varias piezas dentarias a demás de ser edente parcial. Presenta inflamación gingival y el control de placa es alto. El caso clínico se enfoca en la pieza #4.5 la cual está erupcionada de manera ectópica hacia lingual. Su pronóstico será favorable realizando el procedimiento pertinente al caso.

5. PLANES DE TRATAMIENTO

OPCIÓN A: Derivar al ortodoncista

OPCIÓN B: Exodoncia de pieza #4.5

OPCIÓN C: Conservación de la pieza dentaria, realizando profilaxis cada 6 meses.

5.1 TRATAMIENTO

Se optó por la opción b, la cual es la exodoncia de la pieza #4.5. Previo al tratamiento elegido, a la paciente se le realizó tratamiento periodontal semanas atrás por presentar gingivitis generalizada. Se realizan las fotografías de evidencia de cómo llega la paciente, es decir el antes de la cirugía.

Foto 13 Inicio del paciente



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se observa pieza dentaria fuera del arco dentario, en posición anormal. Con empaquetamiento de restos de alimento en la zona que se forma entre primer premolar, primer molar y segundo premolar

Foto 14 Inicio de la paciente



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se observa placa bacteriana formada por restos de alimentos.

Foto 15 Instrumental en la mesa de mayo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se ordena el instrumental, previamente esterilizado, en las mesas de mayo de acuerdo al orden en que van a ser utilizados.

Foto 16 Instrumental en mesa de mayo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Secuencia de los pasos

1° Asepsia y antisepsia:

Se inicia el tratamiento realizando asepsia y antisepsia del campo operatorio extraoral con yodopovidona (foto17), el cual tiene poderosa actividad germicida, ataca bacterias grampositivas y gramnegativas, microbacterias, esporas, hongos, virus, quistes y protozoos(Sánchez & Saenz) e intraoral con bucotricina por medio de buchadas. Luego se coloca campo fantasma sobre la paciente dejando al descubierto solo la zona de interés.

Foto 17 Asepsia y antisepsia del campo operatorio



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Con ayuda de una pinza hemostática se toma una gasa, la cual se empapa de yodopovidona, para hacer la asepsia y antisepsia sobre la piel que rodea los labios de la paciente.

Foto 18 Colocación del campo fantasma



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Campo fantasma que sirve para aislar el área de interés para la cirugía.

2° Anestesia:

Se aplica anestesia local, técnica troncular con lidocaína al 2% y epinefrina 1:50000, anestesiando el nervio dentario inferior y el nervio lingual (foto19 y 20). Posteriormente se aplica anestesia de manera infiltrativa en la mucosa lingual a nivel de la pieza dentaria a extraer (foto 21 y 22). Esperamos unos minutos hasta que se produzca su efecto de bloqueo de los nervios.

Foto 19 Anestesia troncular del nervio dentario inferior con lidocaína al 2%



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Punción y colocación del anestésico, para bloqueo del nervio dentario inferior. Se toma como referencia el borde anterior de la rama mandibular.

Foto 20 Anestesia del nervio lingual con lidocaína al 2%



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 21 Anestesia local infiltrativa a nivel de pieza #4.5



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 22 Anestesia local infiltrativa a nivel de la pieza #4.5



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Colocación del anestésico a nivel de los tejidos que rodean la corona de la pieza dentaria #4.5, para evitar incomodidad en la paciente.

3° Sindesmotomía:

El sindesmótomo es un instrumento empleado para la separación del tejido de adherencia epitelial de la pieza dentaria antes de usar el instrumental de exéresis. (Condori, 2011)

Se realiza introduciendo el sindesmótomo en el espacio entre el diente y encía, circundando las adherencias gingivales del diente. Esta acción se realiza por todas las caras de la pieza #4.5, desprendiendo sin dificultad el ligamento que circula a su alrededor (foto 23)

Foto 23 Sindesmotomía



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se realiza la sindesmotomía rodeando a la pieza dentaria, previo a la luxación. Con ayuda de gasa se seca el campo operatorio para tener buena visibilidad.

4° Luxación:

Los elevadores son instrumentos que sirven para movilizar o extraer, sus partes son: Mango, que es adaptable a la mano del operador; tallo o cuello del botador, que une al mango con la hoja y hoja, que puede tener formas distintas (estrecha, ancha, etc.) (Condori, 2011)

Con este instrumento primero ubicamos el punto de apoyo (foto 24) se dirige con movimientos suaves de rotación, con los cuales terminamos de romper las adherencias periodontales de la pieza y dilata el alveolo. Se inicia con elevador recto fino, una vez que este queda flojo en el punto de apoyo se cambia al elevador recto mediano (foto 25y 26).

El elevador es empuñado con la mano derecha y se sujeta la pieza dentaria con el dedo pulgar e índice para controlar los movimientos y evitar luxación de dientes vecinos y herir partes blandas.

Foto 24 Punto de apoyo con elevador recto fino



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se busca el punto de apoyo con el elevador de hoja fina. Se realizan movimientos pequeños de rotación.

Foto 25 Movimientos suaves de rotación con elevador recto fino



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 26 Movimientos suaves de rotación con elevador recto de hoja mediana



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Luxación con elevador recto de hoja mediana, apoyando sobre el pulgar para tener mejor control de los movimientos.

5° Extracción:

Con movimientos de rotación y elevación se logra avulsionar la pieza del alveolo sin ninguna complicación con ayuda del elevador de hoja ancha (foto 27, 28 y 29).

Foto 27 Movimientos de rotación y elevación con elevador recto ancho

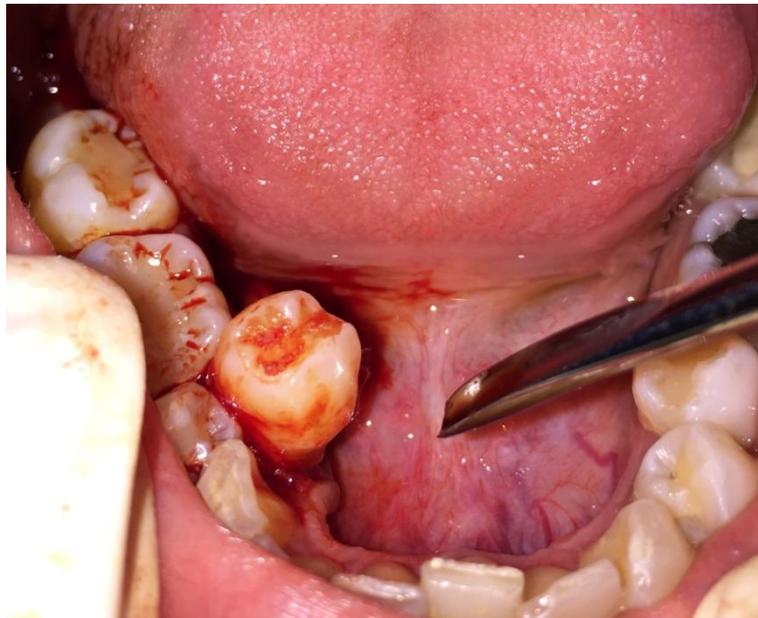


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Utilización de elevador recto de hoja ancha, con movimientos de elevación.

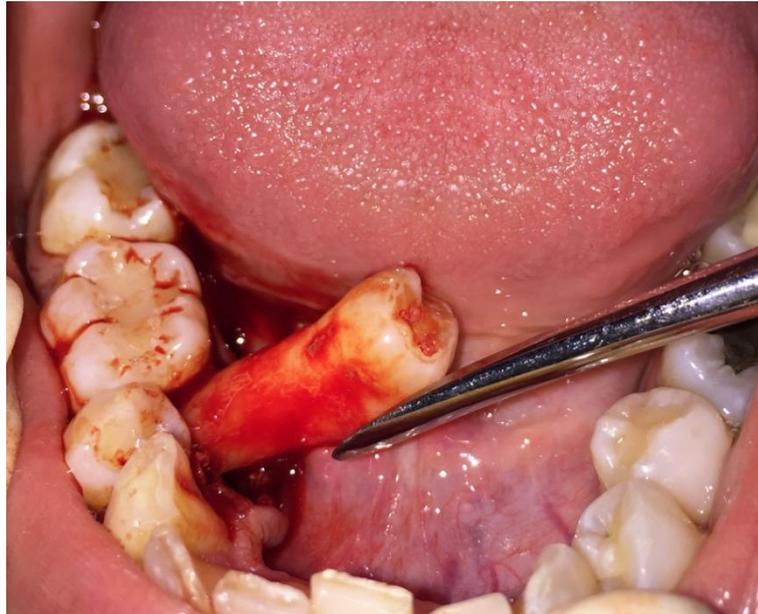
Foto 28 movimientos de elevación con elevador recto ancho



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 29 Avulsión de la pieza #4.5



Fuente: Propia de la investigación

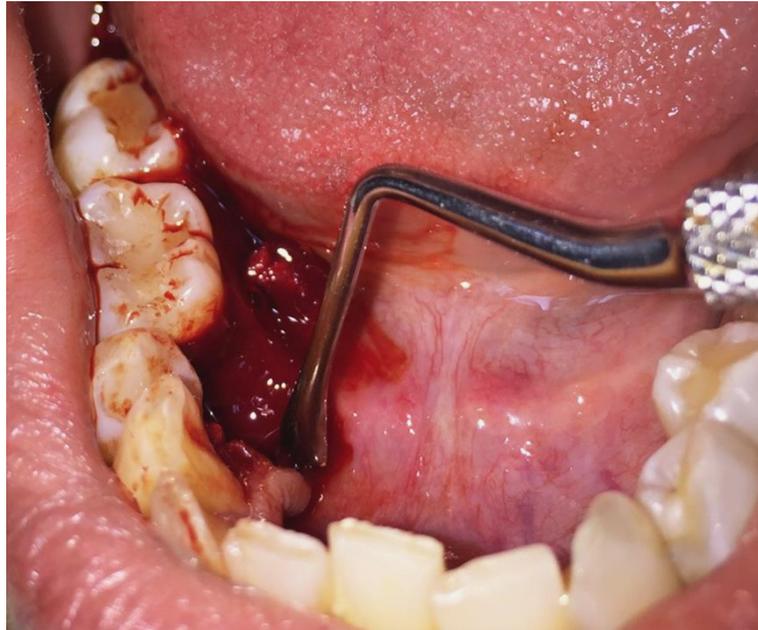
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Pieza dentaria #4.5 totalmente fuera del alveolo.

6° Síntesis:

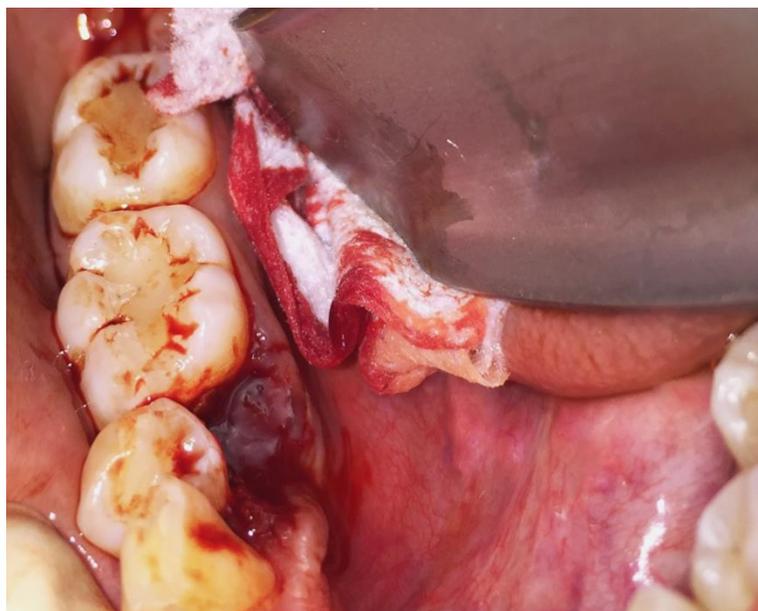
Con ayuda de una cureta quirúrgica se limpia el alveolo a fin de eliminar cualquier resto que haya quedado dentro, como esquirlas óseas, tejido periapical, etc. (foto30). Con el dedo índice se verifica que no haya irregularidades óseas, las cuales no se encontraron. Se realizó alveolotripsia con el fin de disminuir el diámetro del alveolo y cerrarlo, con ayuda del dedo pulgar en índice de la mano derecha (fig.32). Se finalizó colocando gasa estéril para taponar el alveolo indicando a la paciente morderlo por treinta minutos con el fin de controlar el sangrado.

Foto 30 Limpieza del alveolo con cureta



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga
Limpieza del alveolo con cureta quirúrgica.

Foto 31 Formación de coágulo en el alveolo



Fuente: Propia de la investigación
Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 32 Alveolotripsia

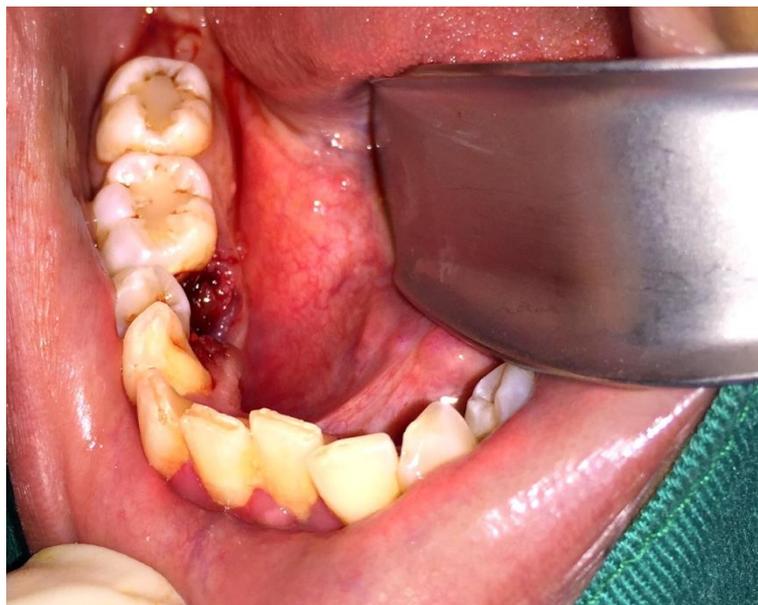


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Presión que se realiza con los dedos pulgar e índice, cerrando el alveolo y reposicionar la encía.

Foto 33 Alveolo después del procedimiento quirúrgico



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 34 Pieza dentaria #4.5 fuera del alveolo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Pieza dentaria #4.5, después de ser extraída.

6. DISCUSIÓN

Varios autores tratan de descifrar porque se produce la erupción o posición ectópica de las piezas dentarias. En el caso de la paciente ella manifestó que cuando era una niña tuvo problemas de caries por lo que los padres la llevaban al odontólogo para “sacarle los dientes dañados”, con lo que se puede suponer de alguna extracción prematura, perdiendo espacio en la arcada para el recambio.

Algunos autores manifiestan que la etiología de la erupción ectópica no está todavía del todo clara y muchas teorías han sido propuestas incluyendo traumatismos, quistes, tumores, alteraciones del desarrollo. En muchos casos la etiología no pudo ser identificada. En ocasiones el diente pudo migrar a distintas localizaciones, incluyendo el seno maxilar y región infraorbitaria.(Moreno García & Collado, 2007).

Las piezas dentarias ectópicas son la resultante de alteraciones del desarrollo dentario, específicamente, de los tejidos a partir de los cuales se originan las piezas dentales.(Fuentes & Oporto, 2009)

La indicación de la exodoncia en el caso de un diente ectópico en general viene determinada por la presencia de sintomatología o en prevención de futuras complicaciones. En caso de optar por un tratamiento conservador será necesario el seguimiento del paciente. (Moreno García & Collado, 2007)

En este caso clínico la paciente manifestaba dolor además de impedimento para limpiar el área de la pieza ectópica, y fue por este motivo que realizamos la extracción de la pieza.

7. CONCLUSIÓN

El tratamiento a elección para un diente ectópico erupcionado, como en este caso, siempre va determinarse de acuerdo a las molestias que pueda producir en el paciente. Si esta causa dolor, impide la correcta higiene, además lastima otras estructuras debe considerarse la extracción de la pieza, con la finalidad de prevenir futuras complicaciones y siempre tratando de buscar el bienestar del paciente.

Siempre se debe asegurar el diagnóstico por medio de radiografías, las cuales nos aportan información de ubicación y anatomía de la pieza y su relación con otras estructuras.

8. RECOMENDACIONES

En casos de dientes ectópicos es recomendable realizar el estudio de la posición de la pieza y su relación con estructuras vecinas para evitar complicaciones. Las radiografías periapicales, oclusales y panorámicas son de gran utilidad para determinar el abordaje y técnica para la avulsión de la pieza ectópica.

9. BIBLIOGRAFÍA

al, M. r. (2015). tratamiento ectopicos. *revista europea* , 13-16.

Barros, T., & Campolongo, G. (2013). *SCIELO*. Recuperado el 10 de MARZO de 2016, de SCIELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200002&script=sci_arttext&tlng=en

Blanco Ballesteros, G. (20 de enero de 2011). *Acta Odontológica Venezolana*. Recuperado el 10 de MARZO de 2016, de *Acta Odontológica Venezolana*: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art18.asp>

Bowen, B. S. (12 de junio de 2013). *repositorio.uchile*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de *repositorio.uchile*.: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117526/Sanchez_B.pdf?sequence=1

Cespedes, B. (2012). *REVISTAS BOLIVIANAS*. Recuperado el 11 de MARZO de 2016, de *REVISTAS BOLIVIANAS*: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001200002&script=sci_abstract

Condori, E. (diciembre de 2011). *revistas bolivianas*. Recuperado el 5 de abril de 2016, de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011001200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Eche, J. (s.f.). *Mediagraphic.mex*. Recuperado el 11 de marzo de 2016, de *Mediagraphic.mex*: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od155d.pdf>

Escoda, C. G., & España., A. (20 de marzo de 2012). *odontopromoxivunerg.files*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de *odontopromoxivunerg.files*: <https://odontopromoxivunerg.files.wordpress.com/2013/01/9.pdf>

Fuentes, R. (junio de 2015). *SCIELO*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de SCIELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022015000200012&script=sci_arttext&tlng=en

Fuentes, R., & Oporto, G. (MARZO de 2009). *SCIELO*. Recuperado el 10 de MARZO de 2016, de SCIELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022009000100006&script=sci_arttext&tlng=e

Guarayo, D. E. (2015). *Revistas Bolivianas*. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de *Revistas Bolivianas*: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2075-61942015000100006&script=sci_arttext&tlng=es

López, M. (14 de febrero de 2012). *ocwus.us.es/*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de *ocwus.us.es/*: http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-21/page_17.htm

Marchena, L. (2 de Febrero de 2015). *REDOE*. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de *REDOE*: <http://www.redoe.com/ver.php?id=167>

Moreno García, G., & Collado, J. (MAYO de 2007). *SCIELO*. Recuperado el 11 de MARZO de 2016, de SCIELO: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582007000300009

Moreno, D. W. (diciembre de 2012). *repositorio.ug*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de [repositorio.ug: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7457/1/GALLARDOwenceslao.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7457/1/GALLARDOwenceslao.pdf)

Morón, A. (2006). *Acta Odontologica Venezolana*. Recuperado el 11 de marzo de 2016, de [Acta Odontologica Venezolana: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/erupcion_dientes_permanentes.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/erupcion_dientes_permanentes.asp)

Morón, A., Santana, Y., & Pirona, M. (2006). Cronología y Secuencia de Erupción de Dientes Permanentes en Escolares Wayúu. Venezuela: Acta Venezolana.

Morón, A., Santana, Y., & Pirona, M. (2006). Cronología y Secuencia de la Erupción de Dientes Permanentes en Escolares Wayúu. Venezuela.

Roa, I. (septiembre de 2015). *scielo*. Recuperado el 11 de marzo de 2016, de scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022015000300026&script=sci_arttext&tlng=pt

Saborido, S. (19 de enero de 2012). *ortodonciamadrid.org*. Recuperado el 22 de febrero de 2016, de [ortodonciamadrid.org: http://www.ortodonciamadrid.org/que-es-un-diente-ectopico/](http://www.ortodonciamadrid.org/que-es-un-diente-ectopico/)

Sánchez, L., & Saenz, E. (s.f.). Recuperado el 5 de Abril de 2016, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v15_n2/pdf/a02.pdf

Solano, P. (abril de 2014). *scielo*. Recuperado el 9 de marzo de 2016, de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852014000100002&script=sci_arttext&tlng=e

10. ANEXOS

Foto 35 Imagen postoperatoria 15 días después de la intervención



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se observa una normal evolución de los tejidos blandos y correcta reposición de la mucosa. La paciente no refiere dolor ni molestias en la zona.

**Foto 36 Imagen postoperatoria 15 días después de la intervención.
Evolución normal**



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 37 Evolución normal postquirúrgico



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Evolución normal de los tejidos y mejoría estética de la zona. No se observan anomalías en la mucosa.

Foto 38 Radiografía panorámica previa al tratamiento



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Se observa senos maxilares en estado normal, todas las estructuras anatómicas sin anomalías. Se pueden ver restos radiculares de piezas #2.6 y #2.8, las cuales clínicamente no se observan. Se observa una sombra radioopaca del lado inferior derecho a nivel de primer premolar, compatible con pieza dentaria #4.5

Foto 40 Exámenes complementarios de Laboratorio



F

Universidad de Guayaquil
Facultad de Ciencias Químicas
Laboratorio DR. J.D.MORAL ROMERO

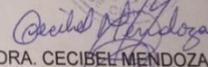
Guayaquil, FEBRERO 16. 2016
Nombre:..... PAOLA HOLGUIN BETANCOURT

HEMOGRAMA			Ref.Rango
Hematíes	5'090.000	x mm3	M 4.2-5.2 H 4.8 -6.8
Leucocitos	8,400	x mm3	5.000 - 10.000
Hemoglobina	14	g/dl	M 11.5-14.5 H13.5-16.0
Hematócrito	42	%	M 37-47 H 40-54
Plaquetas	247,000	x mm3	150-400
VCM		fL	80 - 95
HCM		pg/gr	30 - 35
CHCM		g/100ml	28 - 32
Fórmula Leucocitaria:			
Segmentados	71	%	45 - 75
Cayados		%	
Juveniles		%	
Eosinófilos	1	%	0 - 3
Basófilos		%	0 - 2
Linfocitos	24	%	15 - 45
Monocitos	4	%	5 - 10,

T.SANGRIA	49"	2 - 5 min.
T.COAGULACION	5'21"	5 - 11 min

TEST	RESULTADO	UNID.	VAL.REFERENCIAL
Glicemia	78	mg/dl	(70-105)

VIIH PRUEBA NO REACTIVA

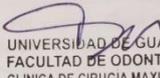
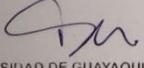
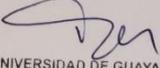

 DRA. CECIBEL MENDOZA
 Directora del Laboratorio (e)

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Exámenes complementarios de la paciente. Todos los valores se encuentran dentro de los rangos normales.

Foto 41 Terapia Farmacológica para la paciente

<p>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL Dr. Juan Macio Pincay 5to año paralelo B</p> <p>PACIENTE: <u>Paola Kelgwin B.</u> FECHA: <u>18 febrero 2016</u></p> <p>Rp.</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Voltaren SL 75mg. #92.- Amoxicitina 500mg #93.- Redoxon 1gr. #14.-5.- <p> UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL DOCENTE Dr. Juan Macio Pincay MSc.</p>	<p>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL Dr. Juan Macio Pincay 5to año paralelo B</p> <p>PACIENTE: <u>Paola Kelgwin B.</u> FECHA: <u>18 febrero 2016</u></p> <p>Prescripción.</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Voltaren 1 tab. 1 c/8 horas2.- Amoxicitina 1 cap. c/8 horas3.- Redoxon 1 tab. c/12 horas4.-5.- <p> UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL DOCENTE Dr. Juan Macio Pincay MSc.</p>
<p>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL Dr. Juan Macio Pincay 5to año paralelo B</p> <p>PACIENTE: <u>Paola Kelgwin B.</u> FECHA: <u>18 febrero 2016</u></p> <p>Rp.</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Voltaren SL 75mg #92.- Amoxicitina cap. 500mg #93.- Redoxon 1gr #1.4.-5.- <p> UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL DOCENTE Dr. Juan Macio Pincay MSc.</p>	<p>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL Dr. Juan Macio Pincay 5to año paralelo B</p> <p>PACIENTE: <u>Paola Kelgwin B.</u> FECHA: <u>18 febrero 2016</u></p> <p>Prescripción.</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Voltaren 1 tab c/8 horas2.- Amoxicitina 1 cap c/8 horas3.- Redoxon 1 tab c/12 horas.4.-5.- <p> UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE ODONTOLOGIA CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL DOCENTE Dr. Juan Macio Pincay MSc.</p>

Fuente: propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 42 Ficha clínica realizada a la paciente previa a la intervención


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
Dr. Juan J. Macío Pincay
Profesor de Quinto Año paralelo B


1. DATOS DEL PACIENTE: FICHA CLÍNICA DE CIRUGÍA: # 00..... FICHA DE ADMISIÓN: # 076259
 Fecha: 18 de Febrero de 2016
 Apellidos: Holgoin Betancourt Nombres: Paula Elizabeth
 Nacido en: Guayaquil el día: 19 de Marzo de 1992
 Residente en: Guayaquil provincia de: Guayas C/P.:
 Calle: Barrio Popular bloque 113 m. 462 solar 10
 Telf. particular: 0969798596 Telf. trabajo: 042558566 (casa)
 Familiar cercano: Nombre: Flore Betancourt Telf: 0991467842

2. MOTIVO DE LA CONSULTA: "Quiero que me saquen ese diente"

3. MOLESTIA PRINCIPAL: "me molesta en la lengua esa uuela y no me puedo cepillar bien ahí"

4. ANTECEDENTES PERSONALES

	si	no	✓	Especificar
1. Enfermedades del aparato respiratorio	si	no	✓	.....
2. Enfermedades del corazón	si	no	✓	.....
3. Enfermedades del aparato digestivo	si	no	✓	.....
4. Enfermedades del aparato genitourinario	si	no	✓	.....
5. Diabetes	si	no	✓	.....
6. Hemorragias	si	no	✓	.....
7. Enfermedades alérgicas	si	no	✓	.....
8. Hepatitis	si	no	✓	.....
9. Enfermedades del sistema nervioso	si	no	✓	.....
10. Enfermedades psiquiátricas	si	no	✓	.....
11. Accidente en el curso de la anestesia	si	no	✓	.....
12. ¿Qué fármacos está tomando?.....				.....
13. ¿Está embarazada?	si	no	✓	.....
14. ¿Fuma?	si	no	✓	.....
15. ¿Toma alcohol?	si	no	✓	.....
16. ¿Alergia a medicamentos?	si	no	✓	.....

5. HISTORIA SOCIAL: _____

6. HÁBITOS: _____

7. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Diabetes	Si { } No {✓}	4. Cancer	Si { } No {✓}
2. Hipertensión arterial	Si {✓} No { }	5. Sida	Si { } No {✓}
3. Procesos Hemorrágicos	Si { } No {✓}	6. Otros	.....

8. EXAMEN CLÍNICO

1. Signos vitales:

Pulso: 60 X min Respiración: 16 X min
 Presión arterial: 90/60 mmHg Temperatura: 36.5 °C

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 43 Ficha clínica realizada a la paciente

2. Examen Intraoral:
 Mucosa Labial: normal Mucosa Carrillo: normal Paladar duro y blando: normal
 Oclusión: normal Piso de la boca: normal Oro faringe: normal

3. Examen Extraoral:
 Labios: normal Piel: normal ATM: normal Cuello: normal

9. ODONTOGRAMA

CODIGO DE ODONTOGRAMA

Restos Radiculares:	R	Caries	C
Ausencia:	A	Extracción	X
Retenido:	Ø	Semirretenido	θ
Prótesis Total:	<input type="text"/>	Prótesis Parcial	----

Otros: Riña ectópica por lingual (#45)

10. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA: Segundo premolar inferior lingualizado (#45).

11. EXAMEN COMPLEMENTARIO: adjunto

12. DIAGNÓSTICO: Segundo premolar inferior derecho ectópico lingualizado.

13. PLAN DE TRATAMIENTO: Extracción quirúrgica de pieza #45.

14. EVOLUCIÓN: Normal (período a los 15 días).

15. OBSERVACIÓN: _____

16. CONSENTIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

a. El paciente/padres del paciente (si es menor de edad): Paola Holguin.

b. Consiente/consienten a la intervención de cirugía de: _____

c. Tras haber sido informado de que, además de los normales riesgos operatorios, se podrán presentar los siguientes riesgos específicos o alteraciones funcionales y estéticas: _____

d. Firma del paciente o de los padres del paciente: Paola Holguin

e. C.I. PACIENTE: 0025297806

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 44 Evaluación del tutor

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: HOJA DE COTEJO
HOJA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PRÁCTICO DE CIRUGÍA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE OPERADOR: Bernarda Sánchez
 PARALELO: 5/8

CONSIDERACIONES		CONOCIMIENTO APTO	CONOCIMIENTO NO APTO	REFORZAR CONOCIMIENTOS
EVALUACIÓN ACTITUDINAL (TRABAJO EN EQUIPO)		✓		
EXAMEN CLÍNICO		✓		
EXAMEN RADIOGRÁFICO		✓		
DIAGNÓSTICO		✓		
TRATAMIENTO		✓		
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA : RIESGO QUIRURGICO DEL ÁREA DE TRABAJO		✓		
HABILIDADES QUIRURGICAS:	TÉCNICA DE ANESTESIA	✓		
	COLGAJO	✓		
	MANEJO DE ELEVADOR	✓		
	SUTURA	✓		
EVOLUCIÓN POSTOPERATORIO		MUY BUENA ✓	BUENA ()	REGULAR ()

NOMBRE DEL PACIENTE: Paola Holguín

FECHA: 18 de febrero HORA DE INICIO: 9:00 am HORA DE TERMINO: 9:40 am

OPERADOR: Bernarda Sánchez PUNTAJE: _____

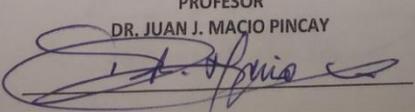
AYUDANTE: Vanessa Galaz PUNTAJE: _____

INSTRUMENTISTA: _____ PUNTAJE: _____

CIRCULANTE: 1 _____ PUNTAJE: _____

CIRCULANTE: 2 _____ PUNTAJE: _____

OBSERVACIÓN: _____

PROFESOR
 DR. JUAN J. MACÍO PINCAY


Fuente: Propia de la investigación
 Autor: Bernarda Sánchez Arteaga

Foto 45 Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGÍA BUCO-MAXILOFACIAL

Declaración de la / el Paciente

- ❖ Declaro cierto todos los datos relativos a mi historia clínica, no habiendo omitido ningún aspecto de interés o que me hubiera sido cuestionado.
- ❖ Declaro que he sido informado/a satisfactoriamente de la naturaleza y propósito de la intervención arriba citada. Se me ha explicado verbal y gráficamente los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas o tratamiento. También se me ha informado del tipo de Anestesia y de los riesgos comúnmente conocidos que conlleva.
- ❖ Declaro que he sido informado que la intervención q será realizada por los estudiantes con la supervisión del profesor.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ❖ Doy mi consentimiento para que el estudiante Bernarda Sánchez A. de S.P.#. 2. Y su equipo realice la operación descrita. Si durante la intervención surgiera alguna situación inesperada que requiera cualquier procedimiento distinto o añadido ahora previsto y que me han sido explicados, y autorizo al equipo que realice aquello que crea conveniente o necesario.
- ❖ Doy consentimiento para que se administre la anestesia señalada anteriormente, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas durante el transcurso de la misma.
- ❖ Doy mi consentimiento para ser fotografiado/a, y filmado/a, antes, durante y después de la intervención, para que posteriormente puedan ser utilizadas dichas imágenes en publicaciones de carácter única y exclusivamente científico y/o divulgativo.

ACEPTACIÓN

- ❖ Acepto y me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones recibidas tanto antes como después de la intervención, así como acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado.
- ❖ Acepto y reconozco que no se pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto al resultado de la operación sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior reintervención para mejorar el resultado final.
- ❖ Acepto firmar este consentimiento informado e historia clínica y doy fe de que el estudiante Bernarda Sánchez A. de S.P.#. 2. y/o su equipo de ayudantes me han informado de la intervención a la que deseo ser intervenido/a.

ESTUDIANTE RESPONSABLE

- ❖ He informado verbal y gráficamente a la/el paciente del propósito y naturaleza de la operación descrita anteriormente, de sus alternativas, de los posibles riesgos, de sus limitaciones y de los resultados que pueden esperarse.

Fecha, Guayaquil, 18 de Febrero del 2016

Paula Melgún
Firma del Paciente.
C.I # 0925292806

Bernarda Sánchez A.
Firma del estudiante.
C.I # 09258052

[Firma]
Firma del Docente.
Responsable

Fuente: Propia de la investigación

Autor: Bernarda Sánchez Arteaga