



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO/A

TEMA:

EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO CON
INCISIÓN ANGULAR, COLGAJO TRIANGULAR Y SUTURA
INDIVIDUAL

AUTOR/A:

TATIANA ISABEL RIVADENEIRA SANTAMARIA

TUTOR/A:

Dr. NERVO MEDRANO NUÑEZ Esp.

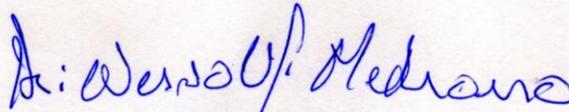
GUAYAQUIL MAYO DEL 2016

ECUADOR

APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es:.. EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO CON INCISIÓN ANGULAR, COLGAJO TRIANGULAR Y SUTURA INDIVIDUAL, presentado por la Srta. TATIANA ISABEL RIVADENEIRA SANTAMARIA, 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. NERVO MEDRANO NUÑEZ Esp.

CC: 0906122593

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

CERTIFICACION DE TUTORES

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

Dr. Mario Ortiz San Martin, Esp.

Decano.

Dr. Miguel Álvarez Avilés, Mg

Subdecano.

Dr. Patricio Proaño Yela, Mg

Gestor de Titulación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, TATIANA ISABEL RIVADENEIRA SANTAMARIA, con cédula de identidad N°0202043626, 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 13 de abril .de 2016.



TATIANA ISABEL RIVADENEIRA SANTAMARIA.

CC. 0202043626

DEDICATORIA

Hay muchas personas inmersas en esta dedicatoria, aquellas que siempre han estado en los buenos y malos momentos, apoyándome y alentándome durante toda mi carrera universitaria, como son mis padres, mis hermanos y mi enamorado Cristian quien ha sido también un pilar fundamental durante mis cinco años de estudio

Pero sobre todo este trabajo quiero dedicar a un ser muy especial; mi hermana María del Carmen, porque más que mi hermana se convirtió en mi madre, quien siempre ha estado a mi lado apoyándome y dándome las fuerzas necesarias para nunca rendirme y seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por no dejarme abandonar mis sueños y guiarme para enfrentar cualquier obstáculo que se presentare en mi camino y poder culminar con una etapa más de mi vida estudiantil, por la familia que me ha dado y por todas las bendiciones que ha puesto en mi camino.

Agradezco a mis padres: Carmen y Javier los mismos que con su ejemplo de vida me guiaron para seguir adelante y alcanzar mi meta anhelada, a mis hermanos Paul y María quienes han sido mi modelo de superación.

Mi agradecimiento también a un una persona muy especial en mi vida, Cristian quien siempre con su paciencia, dedicación y amor me ha apoyado, constituyéndose en un pilar fundamental en mi vida universitaria y sentimental, el mismo que fue mi compañero de lucha para no rendirme y seguir hasta el final para así alcanzar mi objetivo.

Gracias a mi Familia por estar siempre presente en las buenas y en las malas a pesar de la distancia siempre hemos permanecido juntos, gracias a mi Madre por todo su sacrificio, para que yo llegue a cumplir con esta etapa de mi vida y por haber estado siempre pendiente en mis aciertos y desaciertos, de mis triunfos y mis derrotas. ¡Gracias Madre! Me siento tan orgullosa de ser su hija.

Quiero agradecer a mi Universidad Estatal de Guayaquil, a la Facultad Piloto de Odontología, la misma que por cinco años me cobijo en su templo del saber y me saco de la obscuridad, para hoy con mi corazón lleno de emoción y con mi cabeza repleta de conocimientos, hacerle frente a mi profesión.

A mis compañeros que me brindaron su amistad, confianza y que unidos hasta el final llegamos a nuestro objetivo.

Agradezco también a mi tutor de Tesis Dr. NERVO MEDRANO NUÑEZ, por haberme brindado la oportunidad de acudir a su capacidad y conocimientos científicos, así como también haberme tenido la paciencia necesaria para guiarme durante todo el desarrollo de mi caso clínico.

¡GRACIAS A TODOS Y SIEMPRE VIVIRAN EN MI CORAZÓN!

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 de EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO CON INCISIÓN ANGULAR, COLGAJO TRIANGULAR Y SUTURA INDIVIDUAL, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, 13, de abril de 2016.



TATIANA ISABEL RIVADENEIRA SANTAMARIA

CC:0202043626

INDICE GENERAL

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR/A	ii
CERTIFICACION DE TUTORES.....	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
INDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE FOTOS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCION.....	1
2. OBJETIVO GENERAL.....	12
3. DESARROLLO DEL CASO.....	13
3.1.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....	13
3.1.1.- Identificación del paciente.....	13
3.1.2. Motivo de la consulta.....	13
3.1.3.- Anamnesis.....	13
3.2.- ODONTOGRAMA	14
3.3.- EXAMEN EXTRAORAL.....	16
3.3.1.- FOTOS FRONTALES	16
3.3.2.- FOTOS LATERALES	17
3.4.- EXAMEN INTRAORAL.....	18
3.4.1.- IMAGEN LATERAL DERECHA E IZQUIERDA	19
3.5.- IMAGEN RADIOGRAFICA	20
3.5.1.- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO:.....	20
3.6.- DIAGNOSTICO.....	21

4.- PRONOSTICO.....	21
5.- PLANES DE TRATAMIENTO.....	21
5.1.-TRATAMIENTO.....	22
6.- DISCUSIÓN.....	29
7.- CONCLUSION.....	30
8.- RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
ANEXOS.....	34
Anexo 1 Historia clínica del paciente.....	34
Anexo 2. Hemograma completo.....	37
Anexo 3.....	38
Consentimiento informado para tomar fotos, videos, filmaciones o entrevista.....	38

INDICE DE FOTOS

Foto 1 Frontal.....	16
Foto 2 Frontal.....	16
Foto 3 Lateral Derecha.....	17
Foto 5 arcada superior.	18
Foto 6 arcada inferior.....	18
Foto 7 Arcadas en oclusión.	19
Foto 8 lateral derecha.....	19
Foto 9 lateral izquierda.	20
Foto 10.- Rx. Preoperatoria	20
Foto 11. Organización del Instrumental.....	22
Foto 13. Asepsia Intraoral.....	23
Foto 14. Anestesia Troncular.....	23
Foto 15. Incisión.....	24
Foto 16. Levantamiento de colgajo	24
Foto 17. Osteotomía	25
Foto 18. Odontosección de la corona.	25
Foto 19. Fragmento de la corana seccionada	26
Foto 20. Luxación de las raíces.....	26
Foto 21. Verificación del alveolo luego de la extracción	27
Foto 22. Sutura individual (2).....	27
Foto 23. Puntos retirados a los 8 días de la cirugía	28
Foto 24. Rx. Posoperatoria.....	28

RESUMEN

El manejo de los dientes impactados, es probablemente el problema más común de la cirugía bucal en todo el mundo. Un diente impactado, es aquel que no erupciona en la arcada dentaria dentro del intervalo de tiempo esperado. Queda impactado, porque los dientes adyacentes, un hueso demasiado denso, un exceso de tejidos blandos o alteraciones genéticas impiden la erupción. El objetivo del presente caso clínico es determinar las ventajas que se obtienen al realizar la exodoncia del tercer molar inferior impactado, con una incisión angular, colgajo triangular y sutura individual. Se lo realizó, en las clínicas de cirugía bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, mediante el análisis clínico en un paciente de 34 años de edad de sexo femenino. Los resultados demostraron que mediante la utilización de una incisión angular y colgajo triangular se obtiene mayor accesibilidad, irrigación y visibilidad para la extracción del molar impactado. Llegando a la conclusión, que el colgajo triangular es uno de los más recomendados si el cirujano necesita mayor acceso a las áreas más apicales del diente, que permite una mejor irrigación en el área de la intervención; además dicha incisión y colgajo favorece para una mejor cicatrización pos-operatoria del paciente. Que no se debe recomendar como regla general que los dientes impactados se dejen como están. Si el diente se deja hasta que surjan problemas, en una etapa posterior de la vida, es probable que la cirugía sea complicada y peligrosa.

PALABRAS CLAVES: problema, impactado, tercer molar, colgajo triangular, incisión angular, cirugía.

ABSTRACT

The management of impacted teeth, is probably the most common problem of oral surgery worldwide. An impacted tooth is one who erupts in the dental arch within the expected time interval. It is impacted because adjacent teeth, a bone too dense, excess soft tissue or genetic alterations prevent the eruption. The objective of this clinical case is to determine the advantages obtained when performing the extraction of impacted third lower molar, with an angular incision, single triangular flap and suture. I performed it in oral surgery clinics of the Faculty of Dentistry at the State University of Guayaquil, by clinical analysis in a patient of 34 years old female. The results showed that by using an angular triangular flap incision and greater accessibility, visibility irrigation and for the extraction of impacted molar is obtained. Concluding that the triangular flap is one of the most recommended if the surgeon needs better access to the most apical areas of the tooth, which allows better irrigation in the area of intervention; It said incision and flap also promotes better healing for postoperative patient. That should not be recommended as a general rule that impacted teeth are left as they are. If the tooth is left until problems arise at a later stage of life, it is likely to be complicated and dangerous surgery.

KEYWORDS: problem, impacted, third molar, triangular flap, angular incision, surgery.

1. INTRODUCCION

Los terceros molares son los dientes que ocupan el octavo lugar a partir de la línea mediana dental de cada hemiarcada en la dentición permanente, y generalmente presentan alguna condición anómala como son: morfología radicular variable, problemas de erupción, ausencia congénita y en un menor porcentaje patologías asociadas. (Herrera, 2013)

Los terceros molares se presentan en el 90% de la población, y a lo menos un 33% de estos corresponden a terceros molares mandibulares impactados. (Fuentes, 2012)

La edad de erupción del tercer molar es entre los 18-20 años, aunque en algunos pacientes puede continuar hasta los 25 años. Durante el desarrollo normal, el tercer molar inferior comienza con una angulación horizontal, y a medida que se desarrollan los dientes y la mandíbula crece, la angulación cambia de horizontal a mesioangular y a vertical. La causa más común de que el tercer molar quede impactado es el fracaso en la rotación de mesioangular a vertical. El segundo factor fundamental es que la dimensión mesiodistal de los dientes con respecto a la longitud de la mandíbula es tal que el espacio en la apófisis alveolar por delante del borde anterior de la rama es insuficiente para que el diente erupcione hasta su posición correcta. (Hupp, 2014)

Existen varias definiciones para los dientes impactados. (Anderson, 2015) Cuando un tercer molar queda bloqueado durante su proceso de erupción se denomina Incluido, Impactado o retenido. Esto puede ser parcial o total, es decir ubicarse completamente dentro del hueso maxilar o mandibular. Es conocido que 9 de 10 personas al menos presentan un tercer molar completamente incluido dentro del hueso, debido a la falta de espacio para su erupción en la boca (Fuster, 2007).

En la bibliografía es frecuente observar como los términos inclusión y retención se usan erróneamente de forma indistinta. Se denomina retención a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente. Por otro lado, un diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el termino inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación. (Escoda, 1999).

Los terceros molares parcialmente impactados pueden traer problemas como dolor, infección, apiñamiento de los demás dientes, o daño del segundo molar (que se encuentra por delante de él) principalmente por caries que se desarrollan al ser esta zona de difícil acceso para la correcta higiene oral. El diagnóstico previo a la extracción quirúrgica de un tercer molar inferior se basa en una correcta historia clínica y en un minucioso examen clínico y radiológico. (Fuster, 2007)

CRONOLOGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR:

Variados son los momentos de la formación de la pieza dentaria, de su traslación y, finalmente, de su instalación definitiva en el arco dentario, que caracterizan la cronología de la dentición.

Son los siguientes:

- ✓ Aparición de la lámina dentaria.- Ocurre durante la sexta semana de vida intrauterina.
- ✓ Diferenciación de órgano del esmalte.- De la lámina se desprende el listón dentario, uno para cada diente, en el cual ha de diferenciarse el abultamiento epitelial que originará el órgano del esmalte. Esto ocurre para el tercer molar inferior en el 36^a mes de después del nacimiento.
- ✓ Diferenciación del bulbo dentario.- La diferenciación del mesodermo contenido por el órgano del esmalte; esto ocurre al 6to año después del nacimiento.
- ✓ Diferenciación del saco dentario.- Ocurre a los 7 años de edad.
- ✓ Oclusión del saco dentario.- Este momento señala la liberación del folículo de la lámina dentaria. Ocurre los 8 años de edad.
- ✓ Calcificación.- La calcificación se da de la siguiente manera:

9 años Comienza calcificación

10 años Termina 1/3 oclusal

11 años Termina 1/3 medio

12 años Termina corona

14 años Termina 1/3 cervical R.

16 años Termina 1/3 medio R.

20 años Termina calcificación. (Chavez, 2010)

TEORIAS SOBRE POR QUE LOS DIENTES RESULTAN IMPACTADOS.

Se han propuesto dos teorías principales como posible explicación para la impactación de los dientes: (Anderson, 2015)

La primera se conoce como la teoría de la guía que identifica los factores locales y las condiciones como la contribución a la impactación de un diente. Estos incluyen condiciones como desplazamientos embriológicos de los gérmenes dentarios, transposición dentaria y la presencia de dientes supernumerarios u odontomas. (Anderson, 2015)

La segunda teoría se conoce como la teoría genética, que relaciona los dientes impactados con otras anomalías dentales genéticas como el tamaño, la forma el número y la estructura de los dientes. (Anderson, 2015)

POSIBILIDADES TERAPEUTICAS ANTE UNA IMPACTACION DENTARIA.

Las posibilidades de tratamiento de las inclusiones dentarias podrían resumirse en tres actitudes terapéuticas: La abstención, la extracción y la colocación del diente en su sitio. (Dental, 2013)

Podríamos escoger la abstención cuando exista una contradicción general del diente o cuando su manipulación resulte peligrosa, en cualquier caso, esta opción no es la más segura y se irían realizando periódicamente controles clínicos y radiológicos para asegurarse de que todo está bien. Si decidiéramos la extracción de la pieza dental retenida, tendríamos por seguro que la recolocación no fuera posible, por motivos económicos del paciente que no pudiese pagar el coste de un tratamiento ortodóncico, o si el paciente presenta problemas derivados del diente impactado como algias, procesos inflamatorios, patología quística o tumores. Y finalmente tenemos la opción de colocar el diente en la arcada que sería ante todo la primera opción a tomar por estética y funcionalidad del diente, pero siempre y cuando eso no exija maniobras peligrosas para el paciente y para los dientes vecinos. (Dental, 2013)

INDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES IMPACTADOS

Pericoronaritis.

En el tercer molar, el espacio pericoronar es un receso en el que se acumulan restos alimentarios y proliferan bacterias con el consiguiente desarrollo de un proceso inflamatorio, el cual puede ser a su vez el inicio de un proceso agudo infeccioso del hueso y tejidos blandos. (Raspall, 2006)

Prevención de caries dental.

Cuando un tercer molar está impactado o parcialmente retenido, las bacterias que causan la caries dental pueden quedar expuestas sobre la cara distal del segundo molar, así como en el tercer molar impactado. (Hupp, 2014)

Edad.

La edad ideal para decidir la conservación o la exodoncia del tercer molar suele ser entre los 18 y 21 años. A esta edad ya podremos definir con bastante exactitud si los molares van a estar erupcionados, impactados o semierupcionados. (Navarro, 2008)

Dolor.

El dolor asociado a terceros molares mandibulares impactados puede deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre dientes vecinos. (Raspall, 2006)

Prevención de la reabsorción radicular.

En ocasiones, un diente impactado origina suficiente presión en la raíz del diente adyacente como para provocar una reabsorción radicular. Aunque el proceso por el cual se produce la reabsorción radicular no se conoce bien, parece ser similar al proceso de reabsorción que sufren los dientes temporales durante la erupción de los permanentes. (Hupp, 2014)

Patología folicular.

El saco folicular de un tercer molar impactado puede sufrir degeneración quística y formar un quiste dentigero. También puede ser el origen de un tumor odontogénico, siendo el más frecuente el ameloblastoma. (Raspall, 2006)

Prevención de fracturas de la mandíbula.

Un tercer molar mandibular impactado ocupa un espacio que normalmente sería hueso. Esto puede debilitar la mandíbula haciendo que sea más susceptible a fracturas. (Raspall, 2006)

Facilitación del tratamiento ortodóntico.

Cuando los pacientes requieren la retracción de los primeros y segundos molares mediante técnicas ortodónticas, la presencia de terceros molares puede interferir con el tratamiento. Por tanto, se recomienda la extracción de los terceros molares antes de comenzar el tratamiento ortodóntico. (Hupp, 2014)

Por lo general se ha postulado la erupción de los terceros molares como causa de apiñamiento dental anterior. Por ello un gran número de pacientes son enviados al cirujano para su extracción previo al inicio del tratamiento ortodóntico. (Navarro, 2008)

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES IMPACTADOS.

Todos los dientes incluidos, impactados o retenidos deben extraerse a menos que haya contraindicaciones específicas que justifiquen dejarlos en su sitio. Las contraindicaciones para la extracción de los dientes incluidos, impactados o retenidos se relacionan principalmente con el estado físico del paciente. (Hupp, 2014)

Decisión del propio paciente.

Cuando rechaza a que se le realice el tratamiento de cirugía. (Navarro, 2008)

Edades extremas.

En edades precoces se considera que debe diferirse la exodoncia hasta que se pueda asegurarse el diagnóstico de impactación. Se considera exodoncia prematura cuando se realiza antes de que la raíz esté formada entre 1/3 y 2/3 de su longitud. (Navarro, 2008)

La contraindicación más común para la extracción de los dientes impactados es la edad avanzada. A medida que el paciente envejece, el hueso se vuelve muy calcificado, y por tanto menos flexible, y es menos probable que se deforme ante las fuerzas de la extracción

dental. De la misma manera, a medida que envejece, el paciente responde de modo menos favorable y con más secuelas postoperatorias. (Hupp, 2014)

Estado de salud deteriorada.

Un estado de salud general deteriorado es contraindicación de la extracción de un diente impactado. Con frecuencia, este estado de salud está asociado con la edad avanzada. Si el diente impactado es asintomático, su extracción quirúrgica debe considerarse opcional. Si la función cardiovascular o respiratoria o las defensas del huésped para combatir la infección están gravemente afectadas, o si el paciente tiene una coagulopatía adquirida o congénita grave, el cirujano debe pensar en dejar el diente en la apófisis alveolar. Pero si el diente se vuelve sintomático, el cirujano y el médico del paciente deberán planificar su extracción con secuelas quirúrgicas y postoperatorias mínimas. (Hupp, 2014)

Probable daño excesivo de estructuras adyacentes.

Si el diente está en una zona en la que su extracción puede poner en gran peligro nervios, dientes o puentes previamente construidos, quizá sea prudente dejarlo en su sitio. (Hupp, 2014)

SISTEMAS DE CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES IMPACTADOS.

Clasificación de la impactación.

El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar permite la clasificación de la impactación. (Raspall, 2006)

La radiografía panorámica muestra la imagen más precisa de la totalidad de la anatomía de la región y es la radiografía de elección para planificar la extracción de terceros molares. En algunas circunstancias también es correcto realizar una radiografía periapical bien posicionada siempre que se vean todas las partes del diente además de la anatomía adyacente de relevancia. (Hupp, 2014)

1.- CLASIFICACIÓN DE WINTER.

Considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo. (Raspall, 2006)

Mesioangulares: La corona del diente está inclinada hacia el segundo molar en dirección mesial. Es el que se observa con más frecuencia, y constituye aproximadamente el 43% de todos los dientes incluidos, impactados o retenidos. (Hupp, 2014)

Verticales: cuando los dos ejes son paralelos entre sí. Este tipo de angulación es la segunda más frecuente ya que corresponde al 38% de todos los casos, y es la tercera en dificultad de extracción. (De Rosa, 2011)

Distoangulares: El eje mayor del tercer molar está angulado en sentido distal o hacia atrás, alejándose del segundo molar. Suceden de forma poco habitual en aproximadamente el 6% de todos los terceros molares, es la que tiene la angulación más difícil para la extracción. (Hupp, 2014)

La retención Distoangular es la más complicada para la Extracción, debido a que la trayectoria de salida discurre por dentro de la rama ascendente mandibular, y su extracción requiere una intervención quirúrgica importante. (De Rosa, 2011)

Horizontales: cuando el eje longitudinal de ambos dientes son perpendiculares. Este tipo de angulación es la menos frecuente y corresponde al 3% de todas las retenciones; así mismo, este tipo de angulación es más difícil para la extracción que la mesioangular. Según el plano coronal se clasifican en: Vestibuloversión: cuando la corona del tercer molar se desvía hacia vestibular. Linguoversión: si la corona del tercer molar se desvía hacia lingual o palatino. (De Rosa, 2011)

2.- CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

Los clasifican según:

La altura de la corona del tercer molar respecto al segundo molar.

1. Clase A, la mayor parte de la corona del cordal está por encima del plano de la unión corono-radicular del segundo molar. (Navarro, 2008)

2. Clase B, cuando la unión corono-radicular divide la corona del tercer molar en dos partes iguales. (Navarro, 2008)
3. Clase C, cuando la mayor parte de la corona se encuentra por debajo del plano corono-radicular. (Navarro, 2008)

Según la proporción de superficie oclusal de corona cubierta por el hueso del borde anterior de la rama ascendente mandibular. (Navarro, 2008)

1. Clase 1, cuando la corona está descubierta de hueso.
2. Clase 2, cuando la mitad distal de la corona está cubierta de hueso.
3. Clase 3, cuando toda la corona está cubierta de hueso. (Navarro, 2008)

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Este tipo de cirugía es muy frecuente y conviene que se realice antes de que el paciente desarrolle la raíz del cordal (antes de los 20 años de edad), ya que cuanto mayor sea la raíz, mayor contacto tendrá con el nervio y mayor será el riesgo durante la exodoncia. (Martinez, 2015)

Los principios y los pasos para extraer dientes impactados son los mismos que para otras extracciones quirúrgicas.

La técnica se compone de cinco pasos básicos.

Paso 1.- Levantar el colgajo para lograr el acceso a la zona y tener visibilidad del hueso que recubre el diente y debe ser eliminado, el levantamiento del colgajo debe ser de una dimensión adecuada para permitir la estabilización de los separadores e instrumentos para la osteotomía. (Huaynoca, 2012)

En la mayoría de las situaciones, el colgajo «en sobre» es la técnica preferida. Dicho colgajo se sutura más rápido y mejor que uno triangular (colgajo «en sobre» con una incisión de descarga). Sin embargo, si el cirujano necesita mayor acceso a las áreas más apicales del diente, lo que podría estirar y desgarrar el colgajo «en sobre», debe pensar en el empleo de un colgajo triangular. (Hupp, 2014)

El diseño del colgajo debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Estar delimitado por una incisión nítida.

2. Proveer su propio riego sanguíneo.
3. Permitir una adecuada visibilidad de los tejidos subyacentes.
4. No contar con ángulos agudos.
5. Descansar sobre hueso sano.
6. Ser capaz de reposicionarse en su lugar.
7. Cicatrizar por primera intención. (De Rosa, 2011)

La realización de un colgajo en la cavidad bucal exige el respeto de una serie de normas:

1) Conocer perfectamente la anatomía de la región, para evitar así iatrogenia por su desconocimiento. 2) Respetar los vasos sanguíneos de la zona, y así no comprometer la correcta irrigación del colgajo. 3) La incisión debe efectuarse verticalmente y de un solo trazo sin líneas secundarias. 4) El colgajo debe estar diseñado de tal manera que las incisiones, al suturarse, reposen siempre sobre hueso sano. 5) La anchura de la base del colgajo, normalmente situada en el fondo vestibular, debe ser siempre mayor que su vértice, lo que evita que existan cicatrices en su base. 6) El espesor del colgajo podrá ser de grosor completo si es mucoperióstico, o de grosor parcial si no incluye el periostio. 7) El despegamiento y la tracción del colgajo será suave pero firme, evitándose así la necrosis del mismo. 8) El diseño del colgajo debe permitir una correcta visualización de la lesión a tratar. (Ortiz, 2014)

Colgajo triangular.

El colgajo triangular se obtiene con una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival (sulcular), unida a una sola incisión vertical de descarga oblicua a la primera, que va desde el surco gingival hasta el fondo del vestíbulo. Esta incisión de relajación se hace como mínimo un diente por delante del área quirúrgica deseada. Así la sutura se efectuará sobre hueso sano. (Ortiz, 2014)

Ventajas

- ✓ No existe riesgo de que la incisión cruce la lesión.
- ✓ Es fácil de reposicionar.
- ✓ El aporte sanguíneo al colgajo es máximo. (Perez, 2008)
- ✓ La posibilidad de cruzar la lesión con la incisión se elimina

- ✓ La técnica facilita simultáneamente el curetaje periodontal y la alveoloplastia cuando es necesaria
- ✓ Provee buen acceso para las reparaciones radiculares laterales.
- ✓ Es un buen diseño para el tratamiento de raíces cortas
- ✓ El colgajo es fácilmente reposicionado porque la encía tiene puntos de referencia básicos y el error en la posición es casi imposible. (Rivas, 2008)

La gran mayoría de los clínicos utilizan de forma sistemática colgajos triangulares o envolventes. El colgajo mucoperióstico envolvente podría proporcionar un período postoperatorio con menos dolor y edema, pero ofrece un campo quirúrgico más reducido, desinserta las fibras periodontales de los molares vecinos y es más difícil de manejar, sobre todo para cirujanos poco experimentados (Fuster, 2007)

El colgajo triangular, probablemente mucho más utilizado en la práctica habitual, es un colgajo más versátil que permite un mejor acceso y visibilidad. Mónaco y cols sostienen que el colgajo triangular disminuye el tiempo operatorio, y lo indican en pacientes menos colaboradores o con dificultades de apertura oral. (Cossio, 2009)

Los separadores Austin y Minnesota son los empleados con más frecuencia para retraer el colgajo cuando se extraen los terceros molares inferiores. (Hupp, 2014)

Paso 2: Eliminación del recubrimiento óseo

Una vez que el tejido blando fue levantado y retraído mediante la incisión de modo que el campo quirúrgico pueda ser visualizado es necesario realizar una evaluación respecto a la cantidad de hueso que se debe eliminar, a veces el diente puede dividirse con una fresa (odontosección) y extraerse sin la eliminación del hueso. Sin embargo, en la mayoría de los casos es necesario realizar la osteotomía. (Huaynocha, 2012)

Las fresas que se usan para eliminar el hueso que recubre el diente retenido varían según las preferencias del cirujano. Téngase en cuenta que no debe usarse nunca una pieza de mano de alta velocidad para eliminar hueso alrededor de los terceros molares o seccionarlos. Es importante el uso de un micro - motor de baja velocidad. (Hupp, 2014)

Paso 3: Odontosección

Una vez eliminado el hueso en cantidad adecuada se debe valorar la posibilidad o necesidad de seccionar el diente, la odontosección permite la extracción de la pieza dental por separado mediante elevadores a través de la abertura creada con la osteotomía. (Huaynoca, 2012)

La dirección en la que debe dividirse el diente depende fundamentalmente de la angulación del mismo y de la curvatura de la raíz. (Hupp, 2014)

Paso 4: Extracción del diente seccionado con botador

Una vez eliminado el hueso y seccionado el diente, este debe ser extraído de la apófisis alveolar con el uso de botadores o elevadores, en la mandíbula los botadores empleados con mayor frecuencia son el botador recto, Cryer, Pico de Crane, éstos instrumentos están diseñados para no aplicar una fuerza excesiva, si no para sujetar el diente o la raíz del mismo y aplicar fuerza en la dirección correcta. (Huaynoca, 2012)

La aplicación de excesiva fuerza puede provocar una fractura desfavorable del diente, del exceso de hueso vestibular, del segundo molar adyacente o incluso de la mandíbula. (Hupp, 2014)

Paso 5: Preparación de la sutura de la herida

Después de la eliminación de la pieza dental es necesario el uso de una lima de hueso para eliminar cualquier tipo de irregularidad evitando de esta forma aristas molestosas para el paciente y logrando la cicatrización uniforme de la incisión. Además debe realizarse una irrigación final y una inspección minuciosa antes de cerrar la herida, comprobando una correcta hemostasia y la distribución ideal de puntos en la sutura. (Huaynoca, 2012)

El cierre de la incisión por un tercer molar se suele llevar a cabo por primera intención. Si el colgajo estaba bien diseñado y no se ha traumatizado durante el procedimiento quirúrgico, se ajustará a su posición original. Suelen necesitarse solo dos o tres puntos de sutura para cerrar la incisión. (Hupp, 2014)

El postoperatorio no debería implicar más que una hinchazón que irá reduciéndose en dos o tres días y exigirá una dieta blanda y una higiene acorde a las recomendaciones del profesional en la primera semana tras la intervención. (Martinez, 2015)

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer las ventajas que se obtienen al realizar la exodoncia del tercer molar inferior impactado, empleando una incisión angular, colgajo triangular y sutura individual.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

3.1.1.- Identificación del paciente.

Apellidos: Villavicencio Choez.

Nombres: Johanna del Carmen .

No De Historia Clínica: 078497.

Fecha De Nacimiento: 9 de octubre de 1981 .

Edad: 34 Años.

Sexo: Femenino.

Estado Civil: Soltera.

Dirección: Urbanización Ciudad Santiago.

Ocupación: Abogada.

3.1.2. Motivo de la consulta.

“Deseo que me saque la muela del juicio porque quiero ponerme los brackets”

3.1.3.- Anamnesis

Antecedentes Familiares: Ninguno

Hábitos: Ninguno

Cirugías conocidas: Ninguna

Dificultad con anestésico: Ninguna

Historia De la Enfermedad Actual: Johanna no refiere ninguna molestia con alguna enfermedad

Examen físico general y clínico

Temperatura: 37 grados C.

Sistema respiratorio

Ruidos respiratorios: Normal (x) Anormal ()

No presenta ruidos respiratorios.

Frecuencia respiratoria: 20 R. x min.

Sistema cardiovascular

Pulso: 60 x min.

Presión arterial: 110/ 70 mg/Hg

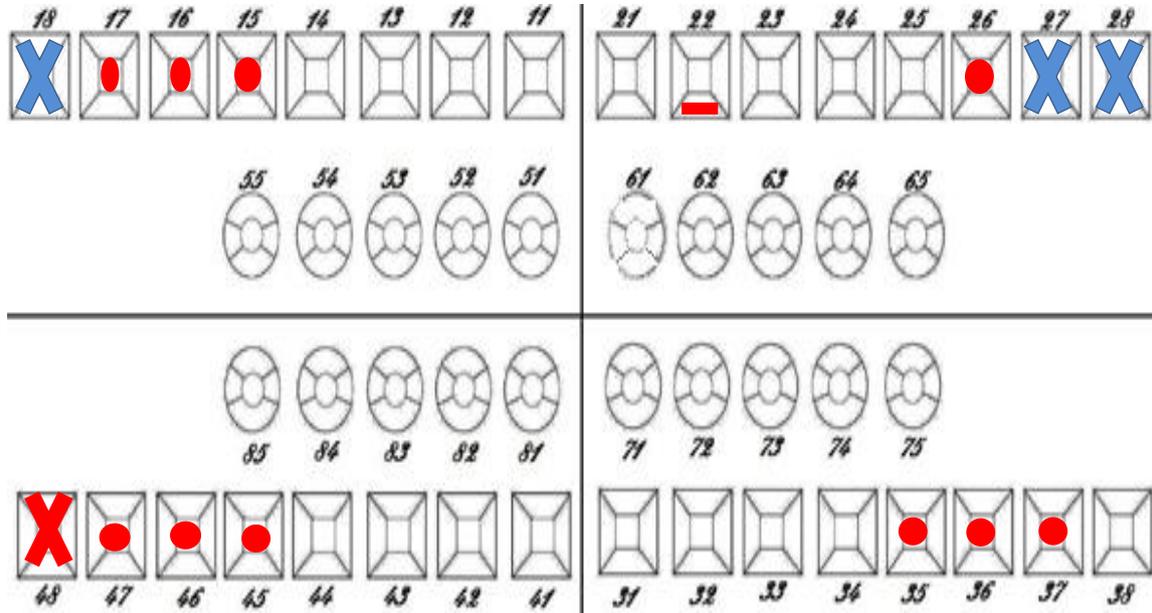
Examen físico segmentario

Asimetría: Normal.

Palpación: Tono muscular normal, ausencia de ganglios inflamados.

ATM: Presenta chasquido unilateral (izquierdo).

3.2.- ODONTOGRAMA



Cuadrante superior derecho.

Pieza # 15, 16, 17 caries en cara oclusal.

Ausencia de la pieza #18.

Cuadrante superior izquierdo.

Caries en la pieza # 22 cara palatina.,

Caries en la pieza # 26 cara oclusal.

Ausencia de la pieza #27, 28.

Cuadrante inferior Izquierdo.

Caries en las piezas # 35, 36, 37 en la cara oclusal.

Cuadrante inferior Derecho.

Caries en las piezas # 45, 46, 47 en la cara oclusal

Extracción indicada de la pieza # 48

3.3.- EXAMEN EXTRAORAL

3.3.1.- FOTOS FRONTALES

Foto 1 Frontal



Fuente: Registro de la investigación

Autora: Tatiana Rivadeneira Santamaria

Paciente Braquiofacial sin asimetrías faciales

Foto 2 Frontal



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

Paciente hipertónico con línea media desviada sonrisa baja

3.3.2.- FOTOS LATERALES

Foto 3 Lateral Derecha.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

Paciente presenta perfil convexo

Foto 4 Lateral Izquierda



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

3.4.- EXAMEN INTRAORAL.

Foto 5 arcada superior.

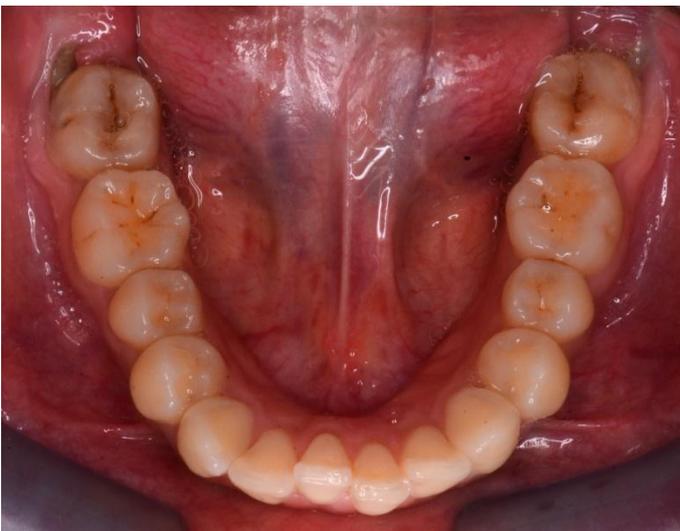


Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

En la foto de la arcada superior se observa: Arco ovalado Tejido blando en buen estado
Perdida de las piezas # 27, Caries en las piezas # 15, 16, 17, 22,26.

Foto 6 arcada inferior.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

En la foto de la arcada inferior se observa: Tejido blando en buen estado, Caries en las piezas # 35, 36,37, 45, 46,47. Los terceros molares semi erupcionados

Foto 7 Arcadas en oclusión.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

En la foto en oclusión se observa la línea media desviada. Los tejidos blandos en buen estado

3.4.1.- IMAGEN LATERAL DERECHA E IZQUIERDA

Foto 8 lateral derecha.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

En la foto lateral se observa. La clase canina I La clase molar I

Foto 9 lateral izquierda.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaria

En las fotos laterales se puede observar que: El paciente no presenta enfermedad periodontal

3.5.- IMAGEN RADIOGRAFICA

Foto 10.- Rx. PREOPERATORIA



3.5.1.- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO:

Película panorámica.

Dentición permanente.

- ✓ MAXILAR SUPERIOR.

Ausencia de las piezas # 18, 27, 28.

- ✓ MAXILAR INFERIOR

Microdoncia de los incisivos inferiores

Caries en la pieza # 47

Pieza # 48 impactada.

Caries penetrante en la pieza # 48

3.6.- DIAGNOSTICO.

- ✓ Tercero molare inferior derecho impactado
- ✓ Caries
- ✓ Restauraciones defectuosas
- ✓ Microdoncia de los incisivos inferiores
- ✓ Edentulismo parcial

4.- PRONOSTICO.

Luego de haber realizado un análisis minucioso de la historia clínica y exámenes complementarios, se pronostica un buen resultado quirúrgico y terapéutico al realizar la exodoncia del tercer molar inferior impactado con incisión angular, colgajo triangular y sutura individual.

5.- PLANES DE TRATAMIENTO

Ortodoncia.

Cirugía de tercer molar inferior impactado con incisión lineal y exodoncia con fórceps 151.

Cirugía de tercer molar inferior impactado con incisión angular, colgajo triangular y sutura individual.

5.1.-TRATAMIENTO

El primer paso que realizamos es tomar la presión arterial para comprobar que el paciente se encuentre en los niveles normales de presión arterial para poder realizar el acto quirúrgico sin ningún inconveniente.

Foto 11. Organización del Instrumental



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Procedemos a la colocación del instrumental en la mesa quirúrgica de una manera ordenada para que se nos facilite en el momento de la cirugía

Foto 12. Asepsia Extraoral



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Procedemos a realizar la asepsia extraoral para desinfectar la zona, la cual la realizamos utilizando una pinza mosquito con una torunda de gasa empapada con yodo povidine

Foto 13. Asepsia Intraoral



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Realizamos la asepsia quirúrgica que consiste en la esterilización completa y la ausencia total de bacterias en un área. Se realiza la asepsia con una torunda de gasa humedecida en yodo povidine en la zona intra bucal donde se realizara el acto quirúrgico

Foto 14. Anestesia Troncular



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Colocación del líquido anestésico, produciendo la pérdida parcial o total de la sensibilidad en la zona de la pieza a extraerse, aplicación de la técnica troncular en la cual anestesiaremos el nervio dentario inferior, el nervio lingual y el nervio bucal. Esta técnica la vamos a realizar colocando la aguja con la solución anestésica de forma suave, procurando al mismo tiempo que la aguja esté paralela al eje de los dientes seleccionados.

Foto 15. Incisión



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

El siguiente paso procedemos a realizar la incisión angular, que es una incisión marginal combinada con una incisión oblicua que va desde la cresta gingival hasta el surco vestibular o labial; la incisión oblicua se hace mesialmente a la incisión marginal para que el campo operatorio no salga de la visión directa.

Foto 16. Levantamiento de colgajo



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Se procede hacer el levantamiento del colgajo triangular utilizando un periostotomo, el cual se va a introducir en la brecha de la incisión para realizar dicho desprendimiento y así tener mejor visibilidad en el acto quirúrgico.

Foto 17. Osteotomía



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Continuamos con la osteotomía a nivel de la rama ascendente de la mandíbula, el cual lo realizamos con un micromotor de baja velocidad y con fresas 701, y con abundante suero fisiológico para no producir necrosis del tejido por sobrecalentamiento.

Foto 18. Odontosección de la corona.



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

El siguiente paso es la realización de la odontosección de la corona para que se nos facilite la extracción de las raíces ya que por su posición es un poco complicado lo cual con la odontosección se nos facilita, esta técnica también se la realiza con un micromotor de baja velocidad y con fresas 702, 703 e irrigamos con abundante suero fisiológico para evitar calentamiento por el excesivo fresado.

Foto 19. Fragmento de la corona seccionada



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

En la foto se observa el fragmento de la corona seccionada, que fue retirada para proceder a la extracción de las raíces.

Foto 20. Luxación de las raíces



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Se procede a realizar la luxación con un elevador recto y con un elevador curvo para producir la avulsión de las raíces, haciendo movimientos de prensión palanca y tracción.

Foto 21. Verificación del alveolo luego de la extracción



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Observamos el alveolo y verificamos que no tenga fragmentos o esquirlas Oseas que puedan producir problemas postoperatorios lo cual realizamos un curetaje e irrigación con abundante suero fisiológico para expulsar con presión cualquier esquirla u cuerpo extraño que se encuentre dentro del alveolo.

Foto 22. Sutura individual (2)



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Hacemos la reposición del colgajo mediante una sutura simple la cual la vamos a realizar con hilo de seda 3.0 en la que realizamos dos puntos individuales.

Foto 23. Puntos retirados a los 8 días de la cirugía



Fuente: Registro de la investigación

Autor: Tatiana Rivadeneira Santamaría

Se cita al paciente a los 8 días después de la extracción para observar la evolución y retirar los puntos los cuales se retiran con una tijera pequeña y la pinza hemostática.

Foto 24. Rx. POSOPERATORIA



Este es el paso final, la radiografía postoperatoria para verificar la evolución de los tejidos estén formándose adecuadamente.

6.- DISCUSIÓN

El presente caso clínico se lo realizó en un paciente de 34 años de sexo femenino, que fue intervenido quirúrgicamente en las clínicas de cirugía bucal de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil, con el objetivo de establecer las ventajas que se obtienen al realizar la exodoncia del tercer molar inferior impactado, empleando una incisión angular, colgajo triangular y sutura individual.

Según Ma. Ángeles Fuster Torres, en su estudio realizado determina que la gran mayoría de los clínicos utilizan de forma sistemática colgajos triangulares o envolventes. El colgajo envolvente podría proporcionar un período postoperatorio con menos dolor y edema, pero ofrece un campo quirúrgico más reducido, desinserta las fibras periodontales de los molares vecinos y es más difícil de manejar, sobre todo para cirujanos poco experimentados.

Mónaco y cols, sostienen que el colgajo triangular disminuye el tiempo operatorio, y lo indican en pacientes menos colaboradores o con dificultades de apertura oral.

7.- CONCLUSION

Las diferentes referencias bibliográficas nos permiten llegar a la conclusión en el presente caso clínico, que mediante la realización de una incisión angular y un colgajo triangular se obtuvo una mejor visibilidad y accesibilidad para facilitar y disminuir el tiempo de intervención quirúrgica, además permitió una mejor cicatrización y recuperación posoperatoria del paciente.

8.- RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización de una correcta historia clínica, para obtener un buen diagnóstico y así poder establecer el tratamiento adecuado que se debe seguir para la extracción del tercer molar impactado.

Es recomendable la extracción del tercer molar a una edad adecuada, para prevenir posibles complicaciones y enfermedades que se producen a causa del mismo y que además dificultan su extracción.

Se recomienda el colgajo triangular, ya que por experiencia propia nos disminuye el tiempo operatorio y además permite un mejor acceso y visibilidad ya que debido a la ubicación del tercer molar, la extracción se torna más complicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anderson, L. K. (2015). *Tratado de Cirugia Oral Maxilofacial y Protesis Para Tejidos Blandos* (Vol. I). Venezuela: Amolca. Recuperado el 28 de Enero de 2016
- Chavez, D. (2010). *cybertesis*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/571/1/Chavez_bd.pdf
- Cossio, P. (3 de Mayo de 2009). *Scielo*. Recuperado el 21 de Marzo de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582009000300008&script=sci_arttext
- De Rosa, L. (Octubre de 2011). *repositorio.usfq.edu.ec*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1242/1/102294.pdf>
- Dental, P. (2013). *Prop Dental*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de <https://www.propdental.es/blog/odontologia/inclusiones-dentarias/>
- Escoda, C. &. (1999). *Cirugia Bucal*. Madrid: ediciones Ergon.
- Fuentes, R. B. (Agosto de 2012). *Scielo*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072012000200006
- Fuster, M. (Septiembre de 2007). Recuperado el 9 de Marzo de 2016, de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50919/TESIS%20ENTREGADA%200K%2024X17-3.pdf?sequence=1>
- Herrera, J. C. (03 de Diciembre de 2013). *Scielo*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022013000400035
- Huaynoca, I. (Noviembre de 2012). *Revistas Bolivianas*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012001000005&script=sci_arttext

- Hupp, J. E. (2014). *Cirugia Oral y Maxilofacial Contemporanea*. España: Elsevier.
Recuperado el 16 de Marzo de 2016
- Martinez, P. (10 de Agosto de 2015). *Clínica Dental Ferrus & Bratos*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de <http://www.clinicaferrusbratos.com/odontologia-general/dientes-incluidos/>
- Navarro, C. (2008). *Cirugia Oral*. Madrid: Aran Ediciones. Recuperado el 21 de Abril de 2016
- Ortiz, M. (2 de Abril de 2014). *blogdiario.com hispanarevista*. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://todosobreodontologia.blogspot.es/tags/colgajos/>
- Perez, J. L. (11 de Marzo de 2008). *Open Course Ware Universidad de Sevilla*. Obtenido de http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-14/page_04.htm
- Raspall, G. (2006). *Cirugia Oral e Implantologia* (Segunda ed.). España: Panamerica .
Recuperado el 24 de Febrero de 2016
- Rivas, R. (2008). *Notas para Estudio de Endodoncia*. Recuperado el 1 de Abril de 2016, de <http://www.iztacala.unam.mx/~rrivas/cirugia3.html>

ANEXOS

Anexo 1 Historia clínica del paciente.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLINICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

FECHA: 22/03/2016. FICHA DE ADMISION: _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: <u>Johanna Villavicencio Choez</u>	Edad: <u>34 años</u>	Ocupación: <u>Abogada</u>
Dirección: <u>Ciudad Santiago</u>	Telef: <u>0989187450</u>	

2. ANAMNESIS

Motivo de consulta: deseo sacarme las muelas del juicio para ponerme brackets.

Historia de la enfermedad actual: _____

3. ANTECEDENTES PERSONALES

	SI NO		Describir lo anormal	
	SI	NO		
Habitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/>
Enfermedades sistémicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Antecedentes quirúrgicos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exodoncias?	<input type="checkbox"/>
Inf. contagiosas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial	<input type="checkbox"/>
Padres vivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanos	<input type="checkbox"/>
			Consumo alcohol?	<input type="checkbox"/>
			HTA	<input type="checkbox"/>
			Consumo drogas?	<input type="checkbox"/>
			Alergias	<input type="checkbox"/>
			Hemorragias?	<input type="checkbox"/>
			Complicaciones?	<input type="checkbox"/>
			Hepatitis A, B	<input type="checkbox"/>
			VIH	<input type="checkbox"/>
			HTA	<input type="checkbox"/>
			Diabetes	<input type="checkbox"/>

Especifique: _____

4. INTERROGATORIO POR SISTEMAS

	N	A	Describir lo anormal
Respiratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardio Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Especifique: _____

5. EXAMEN CLÍNICO POR APARATOS : Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Respiratorio	FR: <u>18</u>	ESTERTORES:	
Cardio vascular	PR:	FC: <u>70 x/min.</u>	T/A: <u>110/70 mmHg.</u>

Especifique: _____

5. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cara.

5.1 Examen extraoral:

	N	A	Describir lo anormal
Simetría facial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tercios faciales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATM	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>chasquido lado izquierdo.</u>
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N: Normal A: Anormal

Especifique: _____

5.2 Examen Intraoral:

	N	A	Describir lo anormal
Tejidos Blandos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tejidos duros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Especifique: _____

7. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Tercer molar inferior impactado.

.....

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

1.1 BIOMETRIA HEMATICA

R: 4.32 GB: 7.14 HB: 12.2 g/dl HTCO: 26.6% TS: PLAQ: 333 GLICEMIA: 87 mg/dl

Describir lo anormal.....

1.2 INTERPRETACION RADIOGRAFICA

DIAGNOSTICO RX:

ELL Y GREGORY: CLASE: 11 POSICION: C

LABECULADO: Trabeculas osas normal

INDICACIONES PREOPERATORIAS

INDICACIONES:

EDUCACION:

VTBTCOS:

INES:

ANTI-SEPTICOS:

PROS:

TECNICA QUIRURGICA PROGRAMADA

DESCRIBIR EL ACTO QUIRURGICO: Aseptica, Anestesia topica, Anestesia troncular del Nervio dentario inferior, Lingual y Bucal de la R. # 48. Insision Angular, levantamiento del colgajo "Triangular", Osteotomia, Odontoseccion, irrigacion constante con suero fisiologica, luxacion de las piezas fragmentos, tratamiento de la Cuidad Medicacion con Rifaxina Sutura con hilo 3.0 seda, puntos individuales "2"

Fecha: 12/03/2016	Hora de inicio: 9:15 am	Hora de terminación: 12:01 pm	Profesor responsable: Dr. Medicina
-------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------------------------

BIOPSIA O CULTIVO:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: 3er molar impactada

PRONOSTICO: Favorable

INDICACIONES Y TRATAMIENTO POST QUIRURGICO:

CONTROL POST QUIRURGICO:

Fecha	Procedimiento
03/2016	Retiro de Puntos de Sutura

FECHA	TRATAMIENTO	FIRMA DEL PROFESOR
22/03/2016	Exodoncia de Tercer molar impactada P2 # 48.	

Declaración de la / del Paciente:

- Declaro cierto todos los datos relativos a mi historia clínica, no habiendo omitido ningún aspecto de interés me hubiera sido cuestionado.
- Declaro que he sido informada/o satisfactoriamente de la naturaleza y propósito de la intervención arriba descrita. Se me han explicado verbal y gráficamente los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de 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 será realizada por un estudiante con la supervisión del profesor.

Consentimiento informativo

Una vez recibida la información, comprendida la intervención y aceptado los riesgos:

- Doy mi consentimiento: para que el estudiante Tatiana Rueda y su equipo realice la operación descrita. Si durante la intervención surgiera alguna situación inesperada que requiriese cualquier procedimiento distinto o a los ahora previstos y que me han sido explicados, solicito 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/o, y filmado/o, antes, durante y después de la intervención, para posteriormente puedan ser utilizadas dichas imágenes en publicaciones o exposiciones de carácter exclusivamente científico y/o divulgativo.

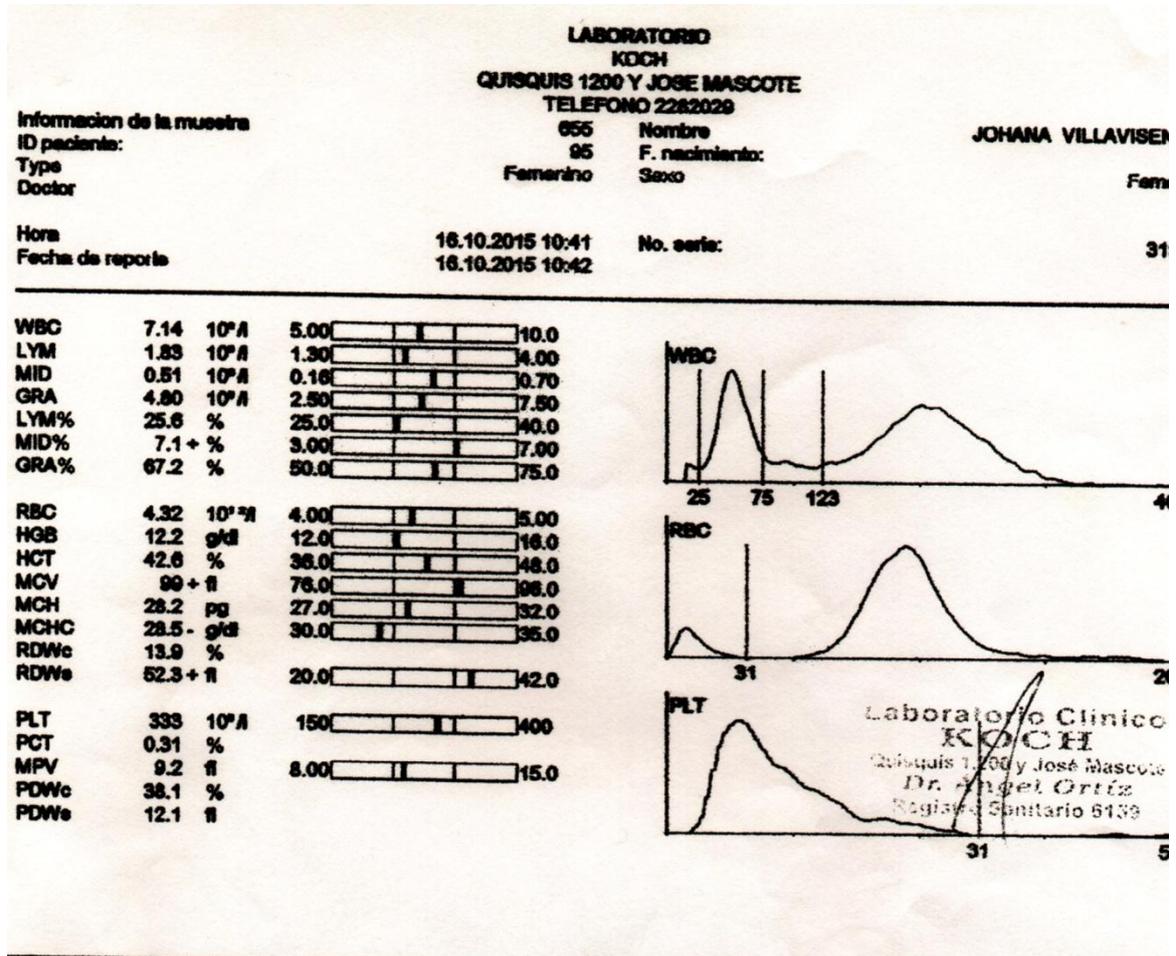
Aceptación

- Acepto y me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones recibidas tanto antes como después de la intervención, así como a acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado.
- Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el 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 Tatiana Rueda y/o su equipo de ayudantes me han informado de la intervención a la que deseo ser sometida/o.

Estudiante responsable

- He informado verbal y gráficamente a la/el paciente del propósito y naturaleza de la operación de la que se trata, de sus alternativas, de los posibles riesgos, de sus limitaciones y de los resultados que se pueden esperar pero no asegurar.

Anexo 2. Hemograma completo.



LABORATORIO CLINICO KOCH
Dr. Ángel Ortiz Arauz MCs

NOMBRE : Johana Villavicencio Fecha: 16/ 10/2015

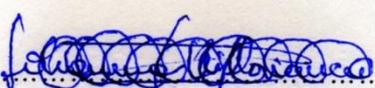
Bioquímicos

Glicemia 87 mg/dl 80 - 110

Anexo 3.

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

Yo JOHANNA DEL CARMEN VILLAVICENCIO CHOEZ, con cédula de identidad N° 0917844896, 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..