



# UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**



**TRABAJO ACADEMICO DE SUSTENTACION DE CASO CLINICO**

**CIRUGIA DE TERCER MOLAR INFERIOR IMPACTADO**

**Presentado por:**

SOLIS CCOPA YADIRA WENDY

**Para optar al Título Profesional de:**

CIRUJANO DENTISTA

**CUSCO-PERU**

**2017**



### **DEDICATORIA**

A mí padre, por sus consejos llenos de  
sabiduría,

A mí madre por su apoyo inagotable y  
constante,

A mí familia y seres queridos por creer en  
mí.



**CONTENIDO**

DEDICATORIA .....	ii
1. INTRODUCCION .....	1
2. OBJETIVOS.....	2
2.1 OBJETIVOS GENERALES.....	2
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	2
3. FUNDAMENTOS TEORICOS.....	2
3.1 BASES TEORICAS .....	2
3.1.1 ETIOLOGÍA .....	2
3.1.2 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS .....	3
3.1.3 CONDICIONES ANATÓMICAS .....	3
3.1.4 CLASIFICACIÓN .....	4
3.1.5 ASPECTOS GENERALES .....	5
3.1.6. COMPLICACIONES ÓSEAS.....	9
3.1.7 COMPLICACIONES DIVERSAS .....	9
3.1.8 TRATAMIENTO QUIRURGICO .....	12
3.2 ANTECEDENTES.....	20
3.3 DEFINICION DE TERMINOS .....	21
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL .....	22
5. CONCLUSIONES .....	23
6. BIBLIOGRAFÍA .....	24
7. HISTORIA CLINICA.....	26
8. ANEXOS .....	50



## 1. INTRODUCCION

Los terceros molares impactados son un tema importante de la patología odontológica, por su frecuencia, por su variedad de presentación y por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan. La erupción del tercer molar en las personas se produce en el inicio de la vida adulta entre los 18-25 años por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o tercer molar. (1)

El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria. Es por esto que su exodoncia es uno de los procedimientos más importantes de Cirugía Bucal y que se lleva a cabo con mayor frecuencia en la práctica diaria del odontólogo. La extracción quirúrgica del tercer molar semi retenido, ya sea por el bloqueo de otro diente o de hueso, por falta de espacio o por mal posición del tercer molar es la intervención quirúrgica más frecuente de las que se realizan en la cavidad bucal. (1)

Las terceras molares retenidas tienen diferentes posiciones; mesioangulada, distoangulada, vertical y horizontal. Algunos autores plantean que la evidencia científica de trabajos realizados indica una mayor incidencia de terceras molares en posición mesioangular, lo cual contribuye a la presencia de lesiones como caries, pérdida de hueso alveolar y de tejido del diente adyacente. (2)

Existen diversas clasificaciones de acuerdo con el orden de frecuencia con que se presentan, la posición del eje longitudinal del diente, la altura respecto al plano de oclusión, la profundidad, entre otras. La retención de los terceros molares es una afección muy común en la generación actual. Su diagnóstico conlleva un examen clínico y radiográfico y su tratamiento, por lo general, es quirúrgico o quirúrgico-ortodóncico. (3)



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GENERALES**

- Analizar la variedad de casos de posición del tercer molar inferior y las posibles complicaciones de los terceros molares impactados en pacientes en general por patología de ausencia de espacio, sin que pueda erupcionar fisiológicamente para poder ampliar los conocimientos y buscar alternativas de solución al tratamiento teniendo presente la variedad de presentación y los accidentes que se presentan usualmente.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar las clasificaciones de los terceros molares y su posición en relación con las partes vecinas, su profundidad relativa en el hueso y una vez llevada a cabo el diagnóstico definitivo, se puede llevar a cabo el tratamiento.
- Determinar el tiempo de la cirugía efectiva de tercer molar inferior en relación con su ubicación.
- Determinar la relación del tiempo de la cirugía efectiva de tercer molar inferior con edad, generó del paciente.
- Instituir los tiempos operatorios y los principios básicos de la técnica quirúrgica necesaria para llevar a cabo la forma adecuada cualquiera de estos procedimientos ante una eventualidad que así lo exija.

## **3. FUNDAMENTOS TEORICOS**

### **3.1 BASES TEORICAS**

#### **3.1.1 ETIOLOGÍA**

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada, y en nuestro medio sobre todo el tercer molar inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares.(1)

### 3.1.2 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si de un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado, El hueso, en su crecimiento, tiene, tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar. (2)

El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria, esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se han calcificado. Este fenómeno acentúa su oblicuidad primitiva y le obliga, para alcanzar su lugar normal en la arcada por detrás del segundo molar, a efectuar una curva de 5 enderezamientos cóncava hacia atrás y hacia arriba (curva de enderezamiento de Capdepont).

La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente. (1)

### 3.1.3 CONDICIONES ANATÓMICAS

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión del tercer molar inferior. El espacio retromolar ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular, mientras que las dimensiones dentarias permanecen sensiblemente iguales que en los orígenes.

Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son:



- Delante. El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.
- Debajo El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.
- Arriba. La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el tercer molar, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección.(3)

El tercer molar está situado en una zona estratégica, los espacios celulares vecinos .Por fuera: las regiones maseterina, geniana y vestibular. Por detrás: espacio temporal, región plerigomaxilar, pilar anterior del velo del paladar, el espacio periamigdalino y el velo del paladar. (1)

### **3.1.4 CLASIFICACIÓN**

Para el estudio de las posibles localizaciones del tercer molar incluidos, usaremos la clasificación de Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del tercer molar con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso. (7)

#### **3.1.4.1 RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON RESPECTO A LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y EL SEGUNDO MOLAR.**

- Clase I. Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II. El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbular. (5)



#### **3.1.4.2 PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO**

Posición A. El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar. Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar. (7)

#### **3.1.4.3 CLASIFICACIÓN DE WINTER**

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar, en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

- Mesioangular.
- Horizontal.
- Vertical.
- Distoangular. o Invertido.(7)

#### **3.1.5 ASPECTOS GENERALES**

Aunque en ocasiones los terceros molares semi retenidos pueden permanecer asintomáticos toda la vida, lo más frecuente es que estos dientes participen en distintos procesos patológicos. Los accidentes originados por el tercer molar son variados y de intensidad distinta; alcanzan todos los niveles y producen todos los cuadros clínicos desde un proceso local de escasa importancia (caries en la cara distal del segundo molar) hasta estados más graves como la producción de una grave infección del suelo de la boca, la formación de un quiste dentígero o la aparición de una lesión neoplásica en los tejidos foliculares circundantes (carcinoma intraóseo). Cuando se presenta patología grave, se coincide acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar, pero la manera de proceder en los terceros molares asintomáticos o que causan problemas leves requiere una consideración cuidadosa. Para decidir si está indicada la extracción en estos casos, es necesario conocer la patología potencial relacionada con estos dientes, además de las



secuelas que pueden acarrear tales problemas. Las complicaciones originadas por el tercer molar pueden clasificarse en infecciosas, tumorales, mecánicas, nerviosas y un último grupo de accidentes diversos. (8)

#### **3.1.5.1 COMPLICACIONES INFECCIOSAS**

Las complicaciones infecciosas que puede producir el tercer molar pueden ser locales como la pericoronaritis que es la más frecuente, regionales como distintos tipos de abscesos cervicofaciales y sistémicas.

Tanto las complicaciones regionales como las sistémicas suelen ser un estadio posterior a la pericoronaritis del tercer molar, es decir, son una secuencia que puede instaurarse por tratamiento efectivo, disminución de las defensas del paciente, etc. (9)

#### **3.1.5.2 PERICORONARITIS**

Es posible definir la pericoronaritis como la infección que afecta los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado; la inflamación resultante puede ser aguda, subaguda o crónica.

Desde el punto de vista teórico, cualquier diente puede estar implicado pero en la práctica, el tercer molar inferior es el afectado en la mayor parte de los casos; por ello, habitualmente nos referiremos a éste, también puede presentarse en los terceros molares superiores. (8-9)

#### **3.1.5.3 PERICORONARITIS AGUDA SEROSA O CONGESTIVA**

Existe un dolor espontáneo en la región retromolar que se acompaña de molestias a la masticación. En el examen intrabucal, veremos por detrás del segundo molar una mucosa enrojecida, edematosa, con indentaciones de las cúspides de los molares antagonistas y que recubre una parte de la corona del tercer molar.

La presión de la mucosa pericoronaria es dolorosa y produce la salida de una serosidad turbia, seropurulenta o de sangre. La evolución de esta pericoronaritis es variable. Espontáneamente o bajo la influencia del

tratamiento, el dolor desaparece y la pericoronaritis evoluciona hacia la remisión. Una nueva crisis es posible a más corto o largo plazo (6-12 meses). Pero esta inflamación puede evolucionar hacia una pericoronaritis supurada. (16)

#### **3.1.5.4 PERICORONARITIS AGUDA SUPURADA**

La pericoronaritis aguda o supurada se caracteriza por existir la clínica inflamatoria típica: Dolor, tumor, rubor y calor. Destacamos la clínica más característica:

- Dolor intermitente, palpitante e intenso que aumenta con la masticación y que puede producir insomnio. Existe irradiación hacia distintas zonas faciales en especial hacia el oído.
- Trismo, que normalmente es poco intenso y es un efecto antiálgico.
- Disfagia y dificultad a la masticación que suele ser el testimonio de la propagación de la inflamación hacia el velo del paladar o a la zona amigdalina (pilar anterior), que están enrojecidas y edematosas.
- Supuración en la zona del tercer molar al comprimir el capuchón mucoso se expulsa pus. La encía está tumefacta y dolorosa, y puede existir ulceración o descamación en la zona del opérculo, que puede mostrar signos de indentación del diente superior e incluso mordeduras de la zona yugal. Puede notarse fetidez bucal (halitosis).
- La encía ha cambiado su color normal y se presenta rojiza o rojoviolácea y cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre. La vasodilatación local ocasiona un aumento de la temperatura de la región. (15)
- Signos generales: incremento de la temperatura (fiebre), pulso y frecuencias respiratorias aumentadas, astenia, anorexia, etc. .(15)

#### **3.1.5.5 PERICORONARITIS CRÓNICA**

La persistencia del absceso submucoso, por no existir drenaje, producirá una pericoronaritis crónica en la que los síntomas están atenuados, aunque



existe una molestia local, no un verdadero dolor, con irradiación hacia la zona auricular, y con algunos períodos de limitación de la apertura bucal.

La exploración nos muestra una mucosa eritematosa y la supuración (seropurulenta) del capuchón es crónica, al igual que la adenopatía submaxilar que además es indolora. Existe un dolor sordo o molestias leves que duran más o menos un día y que se espacian con remisiones a lo largo de varios meses. Es muy raro que un paciente presente pericoronaritis bilateral por lo que deben descartarse, ante esta eventualidad, otros cuadros como una gingivitis ulcerativa. (22)

En la pericoronaritis crónica juegan un papel muy importante la persistencia en la impactación de restos alimenticios y el traumatismo dentario durante la masticación o al cerrar la boca. En estas condiciones tenemos un nicho ecológico favorable para el desarrollo de ciertos microorganismos de la cavidad bucal, especialmente estreptococos, estafilococos, etc.

Esta pericoronaritis crónica puede acarrear distintos problemas, de los que destacamos los siguientes:

- Gingivitis crónica.
- Alteraciones periodontales del segundo molar.
- Halitosis.
- Alteraciones digestivas
- Astenia
- Hiperplasia amigdalina con faringitis crónica.
- Amigdalitis. (18)

### **3.1.5.6 COMPLICACIONES DE LA PERICORONARITIS**

La pericoronaritis del tercer molar puede provocar distintos tipos de complicaciones:

### 3.1.6. COMPLICACIONES ÓSEAS

Este tipo de complicaciones son actualmente muy raras, y en todo caso pueden verse con más frecuencia en pacientes de la tercera edad. Se establecen tras una evolución lenta, tórpida y difícil de una pericoronaritis crónica, y casi nunca las vemos de entrada. Podemos encontrarnos distintos tipos de osteítis, periostitis, osteoperiostitis, etc., que serán motivo de estudio en otro capítulo. No obstante destacaremos que la osteítis cortical aguda difusa suele ser el cuadro más frecuente; en ella además de los signos de la celulitis bucofacial encontraremos los signos de la afectación ósea: dolor muy importante que produce insomnio, trismo intenso e irreductible, dolor a la palpación del ángulo y del borde posterior de la mandíbula, movilidad del tercer molar y dolor a la percusión. La evolución es lenta y suele persistir una supuración intrabucal. Los signos generales son muy intensos (fiebre,astenia, etc.).(14)

### 3.1.7 COMPLICACIONES DIVERSAS

#### 3.1.7.1 CARIES

Cuando un tercer molar incluido está en mayor o menor grado en contacto con la cavidad bucal, tiene una susceptibilidad a la caries muy acusada porque se acumulan restos de comida y porque es difícil mantener limpia esta zona. Esta retención de desechos y de placa se acompaña de un sabor y olor desagradables (halitosis), y tarde o temprano se forma una caries en la cara oclusal del tercer molar, en la superficie distal de segundo molar o en ambos dientes. En la mayoría de los casos, la restauración de estas caries que afectan al tercer molar no sólo no es práctica, sino que a menudo es técnicamente imposible, por lo que se indica la exodoncia, sin esperar a que la caries afecte a la pulpa, produzca un absceso o se desarrolle una infección periapical. La presencia de caries en un tercer molar es un factor a considerar; a menudo complica la extracción ya que la resistencia de la corona es importante para el procedimiento quirúrgico.(17)



Los mismos factores que afectan al tercer molar retenido también aumentan la frecuencia de caries del segundo molar adyacente, como ya hemos comentado antes, en especial de su cara distal. No debe realizarse ningún tipo de tratamiento restaurador definitivo del segundo molar sin antes extraer el tercer molar, aunque sí podremos efectuar tratamiento de conductos, si aquél presentaba patología pulpar. En las maniobras quirúrgicas, se podría dañar la restauración del segundo molar. En ocasiones puede ser difícil valorar si será posible conservar el segundo molar hasta haber extraído el tercer molar incluido; en tales circunstancias, se hace el tratamiento provisional adecuado del segundo molar y se coloca una obturación temporal antes de la extracción del tercer molar, pues esto facilita la extracción del diente retenido y permite al odontólogo tener la certeza de que eliminó toda la caries. Con posterioridad se decidirá si es procedente colocar la restauración permanente. (17)

#### **3.1.7.2 PATOLOGÍA PERIODONTAL**

La impactación constante de alimentos entre un tercer molar parcialmente erupcionado y en mesioversión y el segundo molar puede ocasionar inflamación y pérdida ósea. Se cree que en estos casos se potencia la flora periodontopatógena. Esta bolsa periodontal debilita el apoyo óseo del segundo molar, que puede volverse móvil. En caso de formación de una bolsa profunda puede acontecer la desvitalización del segundo molar y la aparición de patología periapical (absceso apical, granuloma apical, etc.). (20)

La prevención de este problema indica la extracción profiláctica de los tercer molares incluidos ante el primer signo de patología periodontal; con ello se reduce la cantidad de hueso perdido en la cara distal del segundo molar. Al realizar esta extracción debe procurarse no traumatizar los tejidos periodontales con el fin de que estas bolsas periodontales no aumenten después de la extracción quirúrgica. (11)



### 3.1.7.3 REABSORCIÓN DEL TERCER MOLAR

En casos excepcionales puede observarse la reabsorción idiopática de un tercer molar incluido. Esto sucede con mayor frecuencia en dientes que no están en comunicación directa con la cavidad bucal, es decir, que están en inclusión intraósea completa. Los pacientes suelen ser ancianos y el proceso de reabsorción puede asociarse o no con dolor. A menudo estos dientes están anquilosados, el hueso circundante es muy denso y todo ello, junto con la edad del paciente, hace que la intervención quirúrgica para su extracción tenga un riesgo elevado, de modo que sólo se deben extraer si hay un problema grave evidente. (18)

### 3.1.7.4 TERCER MOLAR INFERIOR Y FRACTURAS DE MANDÍBULA

El tercer molar inferior debilita el ángulo mandibular, en especial si está incluido, lo que hace que las fracturas iatrogénicas o traumáticas sean relativamente frecuentes a este nivel. La presencia de un tercer molar incluido multiplica la posibilidad de que la línea de fractura pase a su través entre 2 y 3,8 veces. La predisposición es mayor si la inclusión es bilateral. Si un tercer molar se encuentra en el foco de fractura, él mismo puede estar fracturado y entonces ser el motivo de que se produzca una infección, osteítis, etc., lo cual implicaría mala osificación. Por ello, en estos casos debe hacerse su exodoncia. Igualmente si el tercer molar dificulta la reducción de la fractura o separa los fragmentos del foco de fractura deberá efectuarse su extracción. Recomendamos extraer el tercer molar incluido en caso de reducción cruenta de una fractura de ángulo mandibular que lo afecte, con el fin de disminuir al máximo la aparición de complicaciones, si el tercer molar está en la línea de fractura y no se da alguna de las circunstancias ya nombradas, no procede intentar extraerlo de entrada, puesto que esto implicaría un traumatismo innecesario. (19)

### **3.1.8 TRATAMIENTO QUIRURGICO**

#### **3.1.8.1 FASE PREOPERATORIA**

Abarca desde la realización de la anamnesis, de la exploración clínica, de los estudios radiológicos y complementarios que sean imprescindibles para efectuar un correcto diagnóstico todo lo cual dará lugar o no a una indicación quirúrgica desde la preparación del paciente para la ejecución del acto quirúrgico hasta que termina en el momento que se decide la a realizase la intervención quirúrgica, puede durar meses, semanas, días, horas o minutos.

#### **HISTORIA CLINICA**

El estudio del paciente debe siempre iniciarse con la Historia Clínica. La historia clínica es un documento legal que recoge la descripción completa, ordenada y precisa de la relación entre el profesional y el paciente, es confidencial. El profesional debe hacer un registro ordenado, secuencial y permanente de todos los fenómenos clínicos del paciente. La historia clínica o anamnesis que significa recuerdo o recapitulación, es la realización de un interrogatorio del paciente dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados. El odontólogo debe obtener una historia completa o poner al día la que había hecho previamente. La historia clínica debe incluir el máximo de información posible de los datos personales y familiares referentes al propio paciente, previos o anteriores a la enfermedad actual.(1)

#### **3.1.8.2 FASE OPERATORIA**

Es el momento de la práctica del acto quirúrgico propiamente dicho, con la apertura del campo operatorio, el tratamiento del proceso en cuestión y la sutura de los tejidos, Se puede denominar también periodo intraoperatorio, peroperatorio o transoperatorio.

Clásicamente en la intervención quirúrgica se distinguen 3 grandes tiempos:



- Diéresis o incisión de los tejidos.
- Técnica quirúrgica propiamente dicha.
- Síntesis (sinéresis) o sutura de los tejidos.

El profesional debe proporcionar atención antes de la intervención quirúrgica, inmediatamente después de ella, y a largo plazo, a fin de curar la enfermedad que afecta al paciente. Debe conocer bien la fase operatoria y el tratamiento de las posibles complicaciones intra y postoperatorias y de las eventuales secuelas. (2)

### **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ASEPSIA**

La asepsia quirúrgica es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos. La antisepsia es un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o en el interior de las cosas o los seres vivos. Empezamos con el tratamiento realizando la debida asepsia, utilizando una gasa con Yodopovidona o Povidín, el mismo que nos ayudará a desinfectar el área quirúrgica.

Con las medidas de asepsia y antisepsia evitaremos la contaminación de un paciente a otro por un agente patológico, la sobreinfección de una herida quirúrgica y la transmisión de una enfermedad infecciosa del cirujano o ayudante al paciente y viceversa.(10)

### **ANESTESIA**

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

Anestesia tópica: La anestesia tópica sirve primariamente para reducir el dolor de la inyección pero este es incapaz de atravesar la piel intacta, se difunden a través de la piel erosionada y mucosa. “Los anestésicos locales





se absorben rápidamente, por lo que la anestesia tópica conlleva siempre el riesgo de reacciones sistémicas tóxicas. Por todo esto, es importante conocer los fármacos que vamos a utilizar, para su correcta utilización y prevención de posibles complicaciones.(10)

La anestesia de mucosas es relativamente fácil de obtener, sin embargo, la piel se comporta como una barrera a la difusión de sustancias siendo difícil obtener anestesia mediante la administración tópica de anestésicos locales. Después de varios años de investigación, se obtuvo una nueva formulación que es una mezcla eutéctica de lidocaína y prilocaína llamada EMLA, la cual produce una analgesia efectiva tanto en piel intacta como en piel lesionada con una incidencia mínima de efectos secundarios”(4).

**Anestesia Infiltrativa:** El anestésico local se inyecta sobre la mucosa y va a actuar alrededor de las terminaciones nerviosas o de aquellas fibras nerviosas terminales del sitio a donde queremos lograr el efecto del anestésico y recibe, de forma complementaria, otros nombres que responden a la topografía donde se deposita el anestésico local.(4)

**Anestesia Troncular:** Llamamos anestesia troncular al bloqueo de un tronco nervioso, como el nervio dental inferior, se consigue cuando la inyección del anestésico local se hace lejos de las terminaciones nerviosas, el efecto anestésico es muy superior a las técnicas infiltrativas. (1-4)

Los anestésicos que recomendamos para este tipo de usos es: Tipo amidas: Lidocaína y mepivacaina.

**Concentraciones de Adrenalina:** 1.100.000 en pacientes normales. Evitar el uso de adrenalina en pacientes: Diabéticos, hipertensos, hipertiroideos, no controlados. Medicación antidepressiva. Los agentes anestésicos como cualquier otro medicamento, no deben administrarse sin un conocimiento completo de la historia médica y dental del paciente. Deben investigarse reacciones adversas y alérgicas durante administraciones anteriores.(1)



Tiempos quirúrgicos: Toda intervención quirúrgica consta de los tres apartados fundamentales: apertura del campo o acceso, operación propiamente dicha y reposición de los tejidos o sutura.(1)

### **DIÉRESIS:**

Es el inicio de toda intervención quirúrgica. Supone la separación de los tejidos que cubren el proceso patológico que se va a tratar, para favorecer un abordaje adecuado, pudiéndose tratar proceso cutáneos, subcutáneo, mucosos, submucosos o puede ser necesario atravesar estos tejidos para alcanzar planos más profundos como el hueso". Consiste en incisión y levantamiento de colgajo. (1)

### **INCISIÓN**

En toda intervención quirúrgica se inicia la secuencia operatoria con la incisión de los tejidos de recubrimiento (piel, mucosa, fibromucosa, etc.) La incisión se la realiza con el mango de bisturí #3 y hoja de bisturí #15. El bisturí debe tomarse con la mano firme, pero a la vez con suavidad, procurando que la incisión sea limpia y de un solo trazo incluyendo, mucosa y periostio. (4)

### **LEVANTAMIENTO DE COLGAJO**

Una vez realizados los diferentes cortes de la incisión se procede a separar la mucosa del hueso, levantando lo que se denomina un colgajo que estará formado por la mucosa o fibromucosa y el periostio. Se realiza por medio de sindesmótomo, periostótomo. Se debe manipular el colgajo de una forma suave para no producir necrosis del mismo o cicatrizaciones tórpidas. No desgarrar el colgajo para no complicar el postoperatorio y con un instrumental de borde activo cortante. (4)

### **EXÉRESIS**

Es la fase de operación propiamente dicha, donde se extraerá, evacuará, restaurará o remodelará según sea necesario en el acto operatorio propiamente dicho y se divide en osteotomía, odontosección y extracción.



### **OSTEOTOMÍA**

Cuando se levanta un colgajo mucoperiostico, se expone el hueso maxilar. El corte de hueso, que se realiza para separar el diente del tejido óseo. Cuando se realiza el corte y retirada de hueso se llama: Osteotomía. Para esto se utiliza la fresa quirúrgica de carburo 701, 702,703, que son para micro motor se re aconseja usar suero fisiológico estéril y un buen succionador.

### **ODONTOSECCION**

Se lo conoce también por el corte del diente, que se realiza para dividir al órgano dentario y facilitar su extracción, se utiliza fresa de carburo acompañado de irrigación constante. (4)

### **EXTRACCIÓN**

Se realiza previa la luxación, prehensión, tracción y avulsión. En este procedimiento utilizamos elevadores rectos (finos, anchos y acanalados), curvos (derecho e izquierdo) y fórceps, efectuamos los movimientos para extraer el tercer molar inferior.

### **LUXACIÓN**

Se lo coloca el elevador entre la cara mesial del tercer molar inferior derecho y la parte distal del segundo molar inferior derecho, procediendo a realizar 2 movimientos, uno de impulsión es decir como introduciendo el diente dentro de su propio alveolo y otro movimiento de expulsión o elevación es decir movimientos de adentro hacia afuera logrando dislocar la pieza dentaria. (3)

### **TRACCIÓN**

Este consiste realizar movimientos de lateralidad vestibulolingual con lo cual se logra romper la fibra del periodonto y dilatar el alveolo hasta que la tabla externa seda. (1-3)

## **LIMPIEZA DE LA CAVIDAD**

Una vez finalizada la intervención quirúrgica propiamente dicha, aunque se limite a una simple extracción convencional, deberá ejecutarse una serie de acciones con el fin de dejar un campo operatorio limpio y en óptimas condiciones para posteriormente cubrirlo con los tejidos blandos al realizar la sutura.

Los gestos indispensables a efectuar son:

- Eliminar todos los restos de tejidos patológicos (Granulomas, quistes, etc.) con cucharillas de legrado.
- Retirar los cuerpos extraños de la herida quirúrgica (fragmentos dentarios, de hueso, etc.).

Si observamos o palpamos que hay tejido óseo defectuoso realizamos un limado con una lima de hueso para no dejar puntillas de hueso porque se puede producir una infección, volvemos a lavar con suero fisiológico con povidyn para eliminar cualquier esquirla de hueso que haya quedado y finalmente colocamos una gasa estéril realizando presión para controlar sangrado. (20)

## **CURETAJE**

Es el procedimiento mediante el cual se eliminan todos los restos de tejido necrótico que se encuentren dentro del alveolo, se lo realiza con una cureta quirúrgica. Así se estimula también a la formación del coagulo de sangre.

## **REMODELACIÓN ÓSEA**

Con la pinza gubia se regulariza el hueso con la ayuda también de una lima para hueso, tratando que los bordes queden lisos. Se lo puede llamar alveoloplastia que es la remodelación del alveolo.

## **LAVADO DE LA CAVIDAD**

Se irriga la cavidad con suero fisiológico y povidyn, con el propósito de que se eliminen los restos de esquirlas óseas que pueden quedar.



## SÍNTESIS

La sinéresis es el último tiempo quirúrgico que tiene como objetivo aproximar los bordes de la herida incididos previamente. Siempre que sea posible, se procurará dejar los bordes en la misma posición que ocupaban en un principio, además la sutura favorece la hemostasia al coaptar de forma firme los bordes de la herida y facilita a su vez la cicatrización por primera intención (4).

## SUTURA

Para la sutura hoy contamos con diferentes formas y tamaños de la aguja desde 1/4, 3/8, 1/2, 3/4, de corte cónico, cortante, corte reverso, de origen, animal (cagut, seda), vegetal (Lino, Algodón), sintéticos (poliamida, poliéster, polietileno, polipropileno, ácido poliglicólico, polidioxanona), de diámetro de 2 a 11 -0, largo de 13 cm a 2,5 mt, construcción (monofilamentar, multifilamentar (torcido, trenzado, con revestimiento "silicona o teflón")) (22).

El fin primordial de una sutura es mantener los bordes de la herida coaptados hasta que se produzca la cicatrización. Esta coaptación debe ser completa y cuidadosa. El objeto de unir tejidos separados por una incisión o extracción, para una cirugía bucal acostumbramos a iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar para terminar en vestibular, si se trata de una incisión en una sola cara se debe dirigir aguja de la parte más difícil a la parte más simple esto es de distal a mesial, la aguja perfora la fibromucosa del colgajo de la herida y nuevamente perfora la fibra mucosa del colgajo opuesto y aparece en la superficie en este momento el porta agujas abandona la aguja de su lugar y la vuelve a tomar en la parte activa o punta y de allí se realiza la sutura. Estos puntos deberán conservarse de 5 a 8 días. Finalmente con la ayuda de un porta agujas, una pinza recta de disección y el hilo de seda de 03 con la técnica de puntos separados y empezando de distal a mesial y de palatino a vestibular a nivel de las papilas interdentes donde se encuentra el soporte óseo con el objeto de reunir los tejidos separados y ayudar a la cicatrización.



Recordando siempre que debe de realizarse en tejido sano para que exista una mejor cicatrización. (4)

#### **3.1.8.4 POST OPERATORIA**

Comprende el lapso de tiempo entre que finaliza la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que el paciente ya ha recuperado su estado normal. En Cirugía Bucal varían mucho la importancia y la envergadura de las manipulaciones quirúrgicas por lo que es difícil homogeneizar las medidas postoperatorias.

En este momento, la actitud del profesional estará encaminada hacia laprescripción de medidas locales y generales hasta la retirada de los puntos de sutura para tratar los efectos de la cirugía que en general son el dolor, la inflamación y el trismo pero también cabe la posibilidad de que se instaure un proceso infeccioso.

La fase Post-Operatoria puede ser inmediato o mediato.

##### **Inmediato**

Desde que termina la intervención hasta 72 horas. En este tiempo hay que controlar el proceso inflamatorio y el sangrado. La antibioticoterapia debe administrarse dependiendo de la infección previa así como de los hábitos de higiene del paciente. Debemos recomendar mantener gasa durante 20 min, evitar esfuerzos físicos 72 horas, aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas.

##### **Mediato**

Es el tiempo que transcurre después de las 72 horas. En este tiempo hay que controlar la aparición de la infección. Debemos realizar un hemograma y radiografía de control post quirúrgico, retirar suturas, lavado de alveolo con suero fisiológico. Observar los signos y síntomas después de un mes.  
(4)



### 3.2 ANTECEDENTES

HERNÁNDEZ PEDROSO L. (República de Yemen, 2013). Se realizó un caso poco frecuente de impactación de dientes continuos con las complicaciones y posibilidades terapéuticas implementadas presentando el caso de una paciente femenina, 17 años, quien acude a la clínica de cirugía de la Facultad de Estomatología, en IBB, República de Yemen, por presentar dolor en hemiarcada inferior izquierda, al examen clínico se aprecia, 37 parcialmente erupcionado y ausencia de 38 en cavidad bucal. Se completa estudio con análisis radiográfico diagnosticando retención del 37 y 38, se decide exéresis quirúrgica del 37 y seguimiento de erupción del 38, asociado a terapéutica conservadora del 36 como resultado la valoración integral del paciente en casos de retenciones múltiples se hace necesaria para lograr el equilibrio funcional y estético como los obtenidos en casos como este. (2)

RONQUILLO MACKLIFF J. (Guayaquil, 2011). Se realizó un caso clínico de Tercer Molar Inferior Semi Retenido en un paciente atendidos en el Clínica piloto de Guayaquil, después del registro de la historia y exámenes complementarios se determinó el procedimiento quirúrgico a seguir, resultando que un adecuado diagnóstico y un posterior plan de tratamiento conllevan al éxito en el tratamiento. (4)

PÉREZ LÓPEZ Y. (Cuba, 2007). Se realizó un estudio observacional descriptivo a los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Provincial Docente de Morón, residentes en la zona norte de Ciego de Ávila, durante el período comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2004, con el objetivo de determinar el comportamiento de las intervenciones quirúrgicas por dientes retenidos en estos pacientes. Para la obtención del dato primario se confeccionó un formulario donde se recogió la información necesaria en correspondencia con los objetivos de la investigación. Los datos se procesaron con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Como medida de resumen de la información se utilizó el cálculo porcentual. Los terceros



molares inferiores fueron los dientes que más se intervinieron, siendo la avulsión quirúrgica el tratamiento de elección. En el 23.83% de las intervenciones realizadas se presentaron complicaciones mediatas, siendo más frecuente la osteítis alveolar (9).

MOREJON F. (Cuba, 2000). Se realizó un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares impactados que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico quirúrgico "Abel Santamaría" en el período comprendido entre el 6 de octubre de 1998 y el 6 de octubre de 1999, con el objetivo de determinar las evoluciones y complicaciones post operatorias más frecuentes encontradas en los pacientes operados. Se plantean y analizan los resultados obtenidos y se establecen comparaciones con estudios anteriores. El procedimiento quirúrgico de los terceros molares constituye una de las actividades operatorias más frecuentes dentro del marco de la cirugía maxilofacial, y a partir de la cual pueden aparecer complicaciones que exigen su diagnóstico oportuno y tratamiento. Como complicaciones post operatorias más frecuentes se encontraron la alveolitis en el 29,6 %, la celulitis facial posquirúrgica en el 22,7 %, la hemorragia en el 18,2 % y el trismo mandibular, en el 13,7 % de los casos (14).

### 3.3 DEFINICION DE TERMINOS

**Retención:** Detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria. (1)

**Pieza Retenida:** Cuando el molar no perfora el hueso dando como resultado una retención primaria cuando la erupción es detenida sin que haya una barrera física o posición anómala de la pieza dental, por otra parte puede presentarse una retención secundaria cuando existe una barrera que detiene al molar y existe también una mal posición del diente durante la erupción. (1)





Pieza impactada, es decir que la erupción es retenida por una barrera física o una posición anómala del diente. (2)

Pieza Incluida: cuando el diente se encuentra completamente cubierto por el hueso y con el saco folicular íntegro una vez pasada su fecha de erupción. (2)

Alveolitis: Es la infección del coágulo y los elementos constituyente del alvéolo: hueso, periodonto (LP), periostio y mucosa gingival. (5)

Alveolitis seca: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exagera con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente. (5)

#### **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL**

La proyección nuestra sería mejorar el plan de tratamiento del paciente y por ende acortar el tiempo de la intervención quirúrgica debido a los estudios previos realizados así como servir de referente para otros trabajos del mismo índole; ayudando con la información la publicada en esta investigación.



## 5. CONCLUSIONES

Como futuros profesionales en odontología no cabe duda de que la variedad de casos en cirugía de tercer molar inferior es bastante elevada por ello teniendo en cuenta todas las complicaciones que se nos pueden presentar en un caso, con ayuda de un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento del caso podremos tener como resultado una cirugía exitosa y una respuesta positiva con el paciente post-operatorio.

Los datos revelados en los textos y en casos estudiados de cirugía indican que la mayoría de dientes impactados de forma interósea acaba provocando alguna complicación tarde o temprano.

La realización de un diagnóstico, acertado es de suma importancia, puesto que con ello realizaremos los tratamientos con conocimiento de causa, evitando complicaciones gracias a un adecuado estudio del caso.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Aytes LB. Tratado de cirugía bucal. Primera ed. Argentina; 2004.
2. Hernandez L. RE. Incidencia de terceros molares retenidos en estudiantes yemenitas de IBB. 2011.
3. Zamora IG. Incidencia de terceros molares inferiores impactados en pacientes del municipio Cuatitlán Izcalli. Fed Odontol Colombia. 2008.
4. RONQUILLO MACKLIFF J. Intervencion de tercer molar inferior semiretenido. Universidad de Guayaquil Guayaquil; 2011.
5. Alfonso Martínez Martínez. ANESTESIA BUCAL. Guía Práctica 2009 1ª edición.
6. Moreno Garcia JM. Complications of impacted third molar surgery. Rev Fed Odont Colombia 2002;(202):5-9.
7. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Identification of the patient at risk. Oral Surg. Med Oral Pathol 1992, 73: 393-7.
8. Dolci E. Gay Escoda C, Arnabat Dominguez J."La prevención de la alveolitis seca" Rev. Eur.Odontol. Estomatol. 1992; 5: 261-70.
9. Morales, Flores, Reyes. Complicaciones trans y postoperatorias en la extracción dental. Estudio de 81 casos. Rev. Sanid. Milit. Méx. 1995; 49:67-69.
10. Huaynoca Achá Naira Isabel. TERCER MOLAR RETENIDO – IMPACTADO E INCLUIDO. Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. [citado 2017 Nov 26].
11. Peñaloza De La Torre U. Complicaciones post-exodoncia más frecuentes en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Revista Médica Basadrina [revista en internet]. 2009 Oct; 3(1).
12. Kreisler M, Kauffmann C. Complicaciones postoperatorias en la exodoncia del tercer molar: resultados de un estudio retrospectivo. Quintessence publicación internacional de odontología Madrid 2007; 20 (3): 157-166.



13. Nápoles González Isidro de Jesús, Batista Zaldívar Xiomara Bárbara, Rivero Pérez Oscar, Díaz Gómez Silvia María, Fernández Frach Neyda. Incidencia de la alveolitis. AMC [revista en la Internet]. 2009 Abr; 13(2).
14. Morejón Álvarez Felicia, López Benítez Humberto, Morejón Álvarez Tailín, Corbo Rodríguez María T. Presentación de un estudio en 680 pacientes operados de terceros molares retenidos. Rev Cubana Estomatol [serial on the Internet]. 2000 Aug ; 37(2): 102-105.
15. Martin de Boer y col. Complicaciones after third molar extraction. Quintessence international 1995; 26(11).
16. Litchman M.A. Hemorragia Clínica. México: Editorial Internacional; 1990.
17. Moreno García JM. Complications of impacted third molar surgery. Rev Fed Odont 2002; 202 (4): 5-9.
18. Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica. Ríes Centeno G. A. 9na Edición Mundial 1987; 334-338.
19. Gay Escoda G. Berini A. Cirugía Bucal. 2da Ed. Madrid: Editorial Henarini; 2002.
20. Torres Lagares D, Serrera Figallo M, Romero Ruíz M, Infante Cossío P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez J. Alveolitis seca: Actualización De conceptos. Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.) [revista en la Internet]. 2005 Feb; 10(1): 66-76.
21. Goffrey L. La extracción dental. México D.F: edit El manual moderno S.A.; 1979.
22. Shafer W.G, Levy B.M. tratado de patología bucal. 4ta ed. México: editorial Interamericana; 1991.
23. De Freitas R. Carvalho de C. Principios de técnica cirúrgica: diérese, hemostasia, síntese. Capítulo 4.Pág 26. En Cirugía bucomaxilofacial De Freitas R.São Paulo: Edit Santos. 2006



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

H.CL. N°: 01

# HISTORIA CLINICA

## 1. ANAMNESIS

Directa

Indirecta

Mixta

### 1.1. FILIACION:

- ✚ APELLIDOS Y NOMBRES : Solis Ccopa Deiland Corali
- ✚ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Cusco 23/04/00
- ✚ EDAD : 18 años
- ✚ SEXO : Femenino
- ✚ PROFESION U OCUPACION : Estudiante de Contabilidad
- ✚ LUGAR : Universidad Andina del Cusco
- ✚ GRUPO ETNICO : Mestiza
- ✚ IDIOMA : Castellano
- ✚ RELIGION : Católica
- ✚ DOMICILIO : APV Simon Herrera I- 5
- ✚ TELEFONO : 974429417
- ✚ NACIONALIDAD : Peruana
- ✚ D.N.I : 77081931
- ✚ LUGAR DE PROCEDENCIA : Cusco
- ✚ ESTADO CIVIL : Soltera



## **B. MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente acude a la consulta y refiere: “Tengo molestias al masticar a la altura de mi última muela izquierda, quiero que me revise.

### **B.1. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente acude al consulta dentall, preocupado por dolor a nivel del sector postero inferior izquierdo, refiriendo la molestia 38 días atrás, no presenta ningún signo evidente de patología ,sintomatología dolorosa a la masticación.

- Tiempo de la enfermedad: Refiere hace más de 38 días.
- Forma de inicio : Insidioso
- Curso de la enfermedad : Progresiva

## **C. ANTECEDENTES**

### **a. ANTECEDENTES PERSONALES**

#### **i. FISIOLÓGICOS:**

##### **- PRENATALES:**

Desconoce si presentó alguna complicación.

##### **- NATALES:**

Por referencia que tuvo de su Madre, parto eutócico y a término.

##### **- POSTNATALES:**

Tomo sólo biberón hasta los 3 años, dio su primer paso al año y medio.



ii. PATOLOGICOS:

- ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ALGUN ESPECIALISTA?

SI  NO

- ¿TOMO O ESTA TOMANDO ALGUN FARMACO?

SI  NO

Tomó cuando presentaba infección respiratoria, Amoxicilina.

- ¿HAY ALGUN FARMACO QUE USTED NO PUEDA TOMAR?

SI  NO  NO SABE

- ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE ALGUNA VEZ?

SI  NO

- ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?

SI  NO

- ¿TUVO TRAUMATISMOS?

SI  NO  NO SABE

- ¿HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA?

SI  NO

- ¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ DE SHOCK ANAFILACTICO?

SI  NO

- ¿HA GANADO O PERDIDO PESO DE MANERA BRUSCA ULTIMAMENTE?

SI  NO

- ¿TUVO FIEBRE POR SEMANAS SIN CAUSA JUSTIFICADA?

SI  NO



**b. ANTECEDENTES FAMILIARES**

- **ABUELOS:**

Abuelos Maternos, ambos fallecidos, abuelo presentaba diabetes mellitus

Abuelos Paternos, abuela viva presenta artrosis.

- **PADRES:**

Ambos vivos, con aparente buen estado de salud

**HERMANOS:**

Dos hermanas mujeres.

- **HIJOS:**

No tiene hijos.

**c. ANTECEDENTES MEDICOS**

- **INMUNIZACIONES** SI  NO NO SABE

Presenta vacunas contra: varicela, sarampión (6 años) y fiebre amarilla (10años)

**d. ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS**

Ortodoncia fija: Refiere que culmino tratamiento dos años atrás

Operatoria: Refiere que hace 3 años atrás le realizaron restauraciones con resina en primeras molares.

**e. SOCIOECONOMICOS**

- VIVIENDA

Propia ,3 pisos, ocupa 1 habitación, cuenta con todos los servicios básicos.

- CONDICION SOCIOECONOMICA

Medía, con ingreso Mensual de 2500 nuevos soles.





**f. HABITOS DE HIGIENE BUCAL**

- **CEPILLADO:** SI  NO

La paciente refiere cepillarse 3 veces al día por la mañana y por la noche.

- **SEDA DENTAL:** SI  NO

- **COLUTORIOS:** SI  NO

- **OTROS** SI  NO

**g. CUESTINARIO DE SALUD**

**MENCIONE SI ALGUNA VEZ SUFRIO DE:**

- **FIEBRE REUMATICA** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **REUMATISMO** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **DIABETES** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **TUBERCULOSIS** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **ENFERMEDADES VENEREAS** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **CARDIOPATIAS** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **ASMA** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **EPILEPSIA** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **HEPATITIS** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **INSUFICIENCIA RENAL** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **DISCRASIAS SANGUINEAS** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **HIPOTENSION ARTERIAL** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **VIH – SIDA** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )
- **ANEMIA** SI ( ) NO ( X ) NO SABE ( )



## 2. EXAMEN CLINICO

### A. GENERAL

#### a. ECTOSCOPIA

Paciente con aparentemente buen estado de salud general, fascia relajada, movimientos sincrónicos.

- **ESTADO DE NUTRICION:**

Aparentemente con buen estado de nutrición, relación apropiada entre el peso y la Talla.

- **ESTADO EMOCIONAL:**

Estado emocional aparentemente equilibrado.

- **LOCALIZACION EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA**

Paciente lúcida ubicada en tiempo, espacio y persona.

- **GRADO DE COLABORACION**

Paciente colaborador.

- **TIPO CONSTITUCIONAL**

Leptosomatico

#### b. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRICOS

- **PRESION ARTERIAL** : 126/62 mm.Hg
- **FRECUENCIA RESPIRATORIA** : 17 resp. /min.
- **PESO** : 57 Kg.
- **INDICE DE MASA CORPORAL** : 23.8 Kg./m<sup>2</sup>(Normal)
- **TEMPERATURA** : 36.5 C°
- **PULSO** : 60 pul. /min.
- **ESTATURA** : 1.58m



## B. ESPECIFICO

### a. E.C EXTRA ORAL

#### • CABEZA

- **CRANEO:** Mesocefálico, cabello con buena inserción capilar, de color negro .
- **CARA:** Mesofacial con simetría normal en relación a la línea media, tez de color trigueña.

#### • CUELLO

- **LONGITUD:** 12 cm
- **MOVILIDAD:** Realiza movimientos de rotación y lateralidad sin dificultad, no se aprecian masas nodulares y sin dolor a la palpación.
- **DIAMETRO:** 38 cm
- **FORMA:** Cilindrico Alargado.

- **PIEL Y ANEXOS:** Turgencia, elasticidad, Hidratado, cabello oscuro y bien implantado,

- **PERFIL ANTEROPOSTERIOR:** Convexo.

- **SIMETRÍA FACIAL:** Aparentemente simétrico.

- **TONO MUSCULAR:** Músculo Masetero izquierdo presenta mayor tonicidad muscular referente al masetero derecho, sin dolor a la palpación apertura ni masticación.

- **ATM:** Asintomático, presenta desviación lateral derecha a la apertura en 2mm de la línea media con presencia de clip a la apertura.

- **LABIOS:** Simétricos, delgados, sellado labial adecuado, hidratados.

- **FONACION:** Sin alteración aparente.

- **RESPIRACION:** Nasal.

- **VISION:** Sin alteración aparente.

- **AUDICION:** En aparente buen estado

- **DEGLUCION:** Sin alteración aparente.
- **APERTURA BUCAL:** 3.2 cm





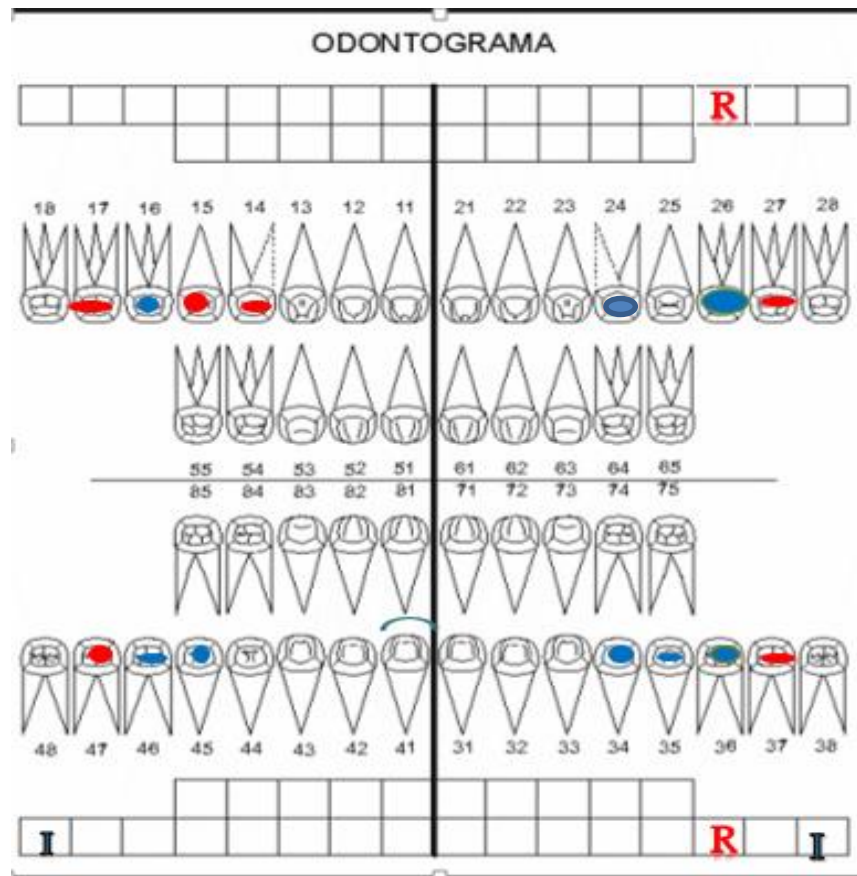
b. E.C.R. INTRAORAL

I. TEJIDOS BLANDOS

- **FRENILLOS**
  - **INTERINCISIVO DEL MAXILAR SUPERIOR:** Presenta una buena irrigación e inserción a nivel interincisivo.
  - **LATERALES SUPERIORES E INFERIORES:** Presentan una buena irrigación y una adecuada inserción en la encía insertada.
  - **SUBLINGUAL:** Con inserción media en la unión del tercio medio y posterior.
- **CARRILLOS:** Mucosa de coloración rosada, brillante, presenta línea Alba, conducto de Stenon permeable bilateral y sin dolor a la palpación.
- **FONDO DE SURCO:** Mucosa rosada y brillante. Inserción adecuada de frenillos laterales.
- **PISO DE BOCA:** Permeabilidad de conductos de Warthon y Rivinus, adecuada secreción salival, sin dolor a la palpación.
- **LENGUA:** Normoglosa y ovoide, presencia de saburra en el tercio posterior.
- **GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES:** Las glándulas Parótida, sublingual y submaxilar no presentan incremento en el tamaño ni volumen y no presentan dolor a la palpación, permeabilidad óptima de los conductos salivales.
- **ENCIAS:** Coloración rosa coral ,presencia de puntilleo.
- **PALADAR DURO:** Euriprósopo, con presencia de rugas palatinas prominentes.
- **PALADAR BLANDO:** Sin inflamación, úvula única con grado de movilidad adecuado.
- **REGION AMIGDALINA:** Los pilares amigdalinos presentan una coloración rosada sin inflamación.
- **SALIVA:** Mucosa

II. TEJIDOS DUROS

ODONTOGRAMA INICIAL



▣ ESPECIFICACIONES:

- Presencia de placa dura en el sector antero inferior y posterosuperior.



- **OCCLUSION:** Llave canina I y molar clase I
- **ALINEAMIENTO GENERAL:** Alterado
- **RELACION CENTRICA:** Sin alteración aparente.

C. EXAMENES AUXILIARES

1. ANÁLISIS COMPLETO DE SANGRE

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LABORATORIO BIOLÓGICO

PACIENTE: DEYLAND CORALI SOLIS CCOPA  
EDAD: 18 AÑOS  
FECHA: 07 DE MARZO DE 2017


ANÁLISIS HEMATOLOGICOS

Hemograma de Schilling

Recuento de Leucocitos :	8,900/mm <sup>3</sup>
Recuento de Hematías :	6'020,000/mm <sup>3</sup>
Hematocrito :	51.0 %
Hemoglobina :	17.6 g/dl

Fórmula Leucocitaria:

Abastados :	02 %
Segmentados :	56 %
Eosinófilos :	00 %
Basófilos :	01 %
Monocitos :	08 %
Linfocitos :	33 %
TOTAL :	100 %


  
Blga. Kelly Veróni  
Ojeda Rondán  
CEP 10007

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LABORATORIO BIOLÓGICO

PACIENTE: DEYLAND CORALI SOLIS CCOPA  
EDAD: 18 AÑOS  
FECHA: 07 DE MARZO DE 2017

ANÁLISIS HEMATOLOGICOS

		Valores de referencia
Tiempo de coagulación:	7 min. 30 seg.	(0-10 minutos)
Tiempo de sangría:	1 min. 30 seg.	(1-5 minutos)

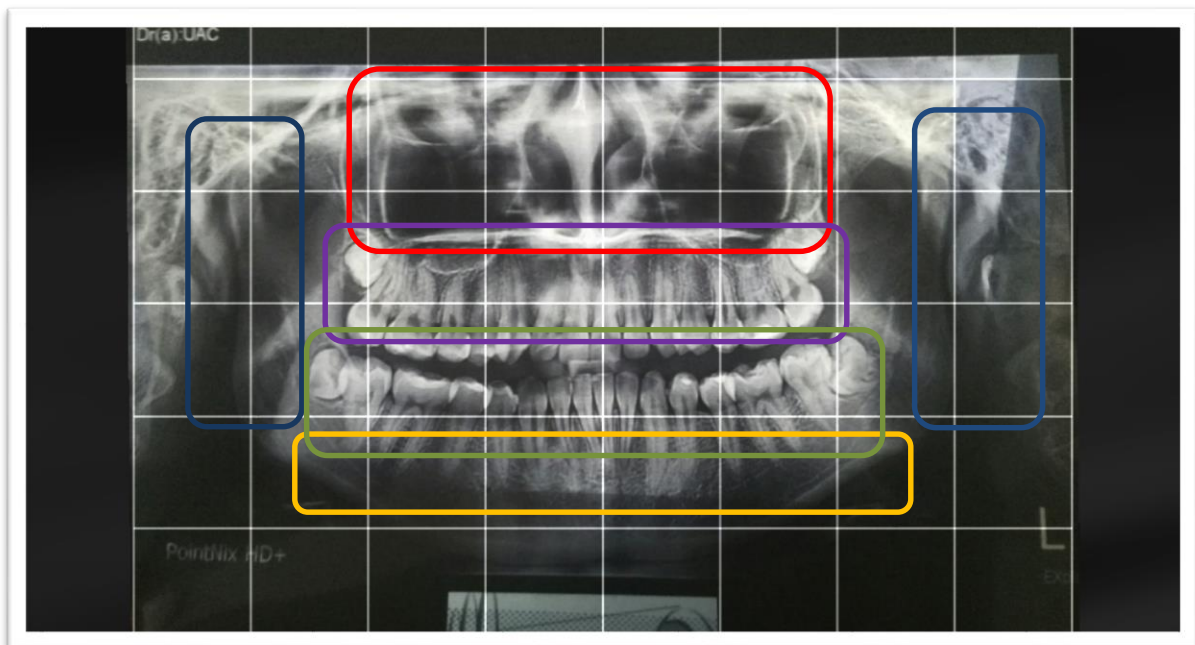
  
Blga. Kelly Veróni  
Ojeda Rondán  
CEP 10007

## 2. EXAMEN RADIOGRÁFICO

### - RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



### RADIOGRAFÍA PANORÁMICA POR REGIONES TOPOGRAFICAS ANATOMICAS







## REGIONES TOPOGRAFICAS ANATOMICAS

### NASOMAXILAR

Presencia del Tabique nasal con ligera desviacion hacia el lado izquierdo, fosa nasal derecha permeable , fosa nasal izquierda aparentemente obstruido. Senos maxilar derecho presenta mayor neumatizacion en referencia al izquierdo.

### ATM

Condilos derecho posee ligera mayor longitud en referencia al izquierdo forma del condilo eliptica alargada.

### MANDIBULAR

Corticales externas densas, contornos del cuerpo mandibular con la rama homogenea, conducto dentario inferior en relacion íntima con las terceras molares 3,8 y 4,8.

### DIENTES MAXILARES

Denticion permanente, presencia de 16 piezas dentarias; se observa piezas 1,8 y 2,8 distoanguladas en proceso de erupcion, en la pieza 1.7 zona radiolucida a nivel oclusal, pieza 1.6 con zona radiopaca a nivel oclusal, pieza 1.5 y 1,4 con imagen radiolucida a nivel oclusal, 2.4 zona radiolucida a nivel coronaria, 2.6 con zona radiopaca a nivel oclusal, 2.7 zona radiolucida a nivel oclusal.

### DIENTES MANDIBULARES

Denticion permanente con 16 piezas dentales. Pieza 3.8 y 4,8 impactadas contra la superficie cervical de las piezas 3.7, 4.7 y en estadio de Nolla 6 y 7 respectivamente, la pieza 3.7 con zona radiolucida a nivel oclusal compatible con caries dental, piezas 3.6, 3.5, 3.4, 4.5 , 4.6 zona radiopaca a nivel oclusal compatible con restauracion.

**-RADIOGRAFIAS PERIAPICALES**



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pzas 1.8-1.7-1.6)

Pieza 1.8 Estadio de Nolla 7

Pieza 1.7 imagen radiolucida a nivel coronal compatible con lesión cariosa oclusal

Pieza 1.6 imagen radiopaca a nivel coronal compatible con material de restauración.



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pzas 1.5-1.4)

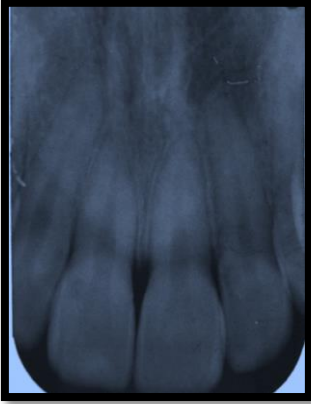
Pieza 1.5 imagen radiolucida a nivel coronal compatible con lesión cariosa en oclusal

Pieza 1.4 imagen radiolucida a nivel coronal compatible con lesión cariosa en oclusal



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pza 1.3)

Pieza 1.3 presencia de la pieza



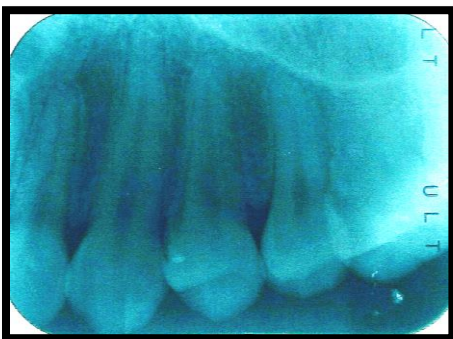
DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pza. 1.2-1.1-2.1-2.1)

Presencia de las piezas 1.2-1.1-2.1-2.2



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pza. 2.3)

Pieza 2.3 presencia de dilaceración apical hacia mesial.



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pzas 2.5-2.4)

Pieza 2.5 presencia de la pieza

Pieza 2.4 imagen radiolucida a nivel coronal compatible con lesión cariosa en oclusal



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pzas 2.6-2.7-2.8.)

Pieza 2.6 imagen radiopaca a nivel coronal compatible con material restaurador a nivel oclusal

Pieza 2.7 imagen radiolucida a nivel coronal compatible con lesión cariosa a nivel oclusal.

Pieza 2.8 Estadio de Nolla 7



DESCRIPCION RADIOGRAFICA(Pza 3.8)

Pieza 3.8 pieza mesiangulada e impactada contra la superficie radicular distal de la pieza 3.7, estadio de formación Nolla 7



DESCRIPCION RADIOGRAFICA (Pzas 3.7-3.6)

Pieza 3.7 imagen radiolucida cervico distal compatible con proceso de reabsorción radicular externa a nivel coronal presenta imagen RL compatible con lesión cariosa oclusal

Pieza 3.6 imagen radiopaca a nivel coronal compatible con material de restauración.

**-RADIOGRAFIA OCLUSAL**



Pieza 3.8 En relación a la línea media la mayor parte de la pieza dental se ubica más hacia lingual con respecto al cuerpo de la mandíbula.



**3. DIAGNOSTICO**

**A. GENERAL**

- Pieza dentales Impactadas 1.8, 2.8, 3.8,4.8
- Caries de dentina. 2.6,3.6,1,7,1.5,1.4,2.4,2.7,3.7,4.7
- Gingivitis leve asociada a placa bacteriana sin factores locales contribuyentes.

**B. ESPECIFICO**

- PIEZA 3.8 MESIOANGULADA E IMPACTADA SEGÚN WINTER, CLASE III POSICIÓN B SEGÚN PEL Y GREGORY.

**4. PRONOSTICO**

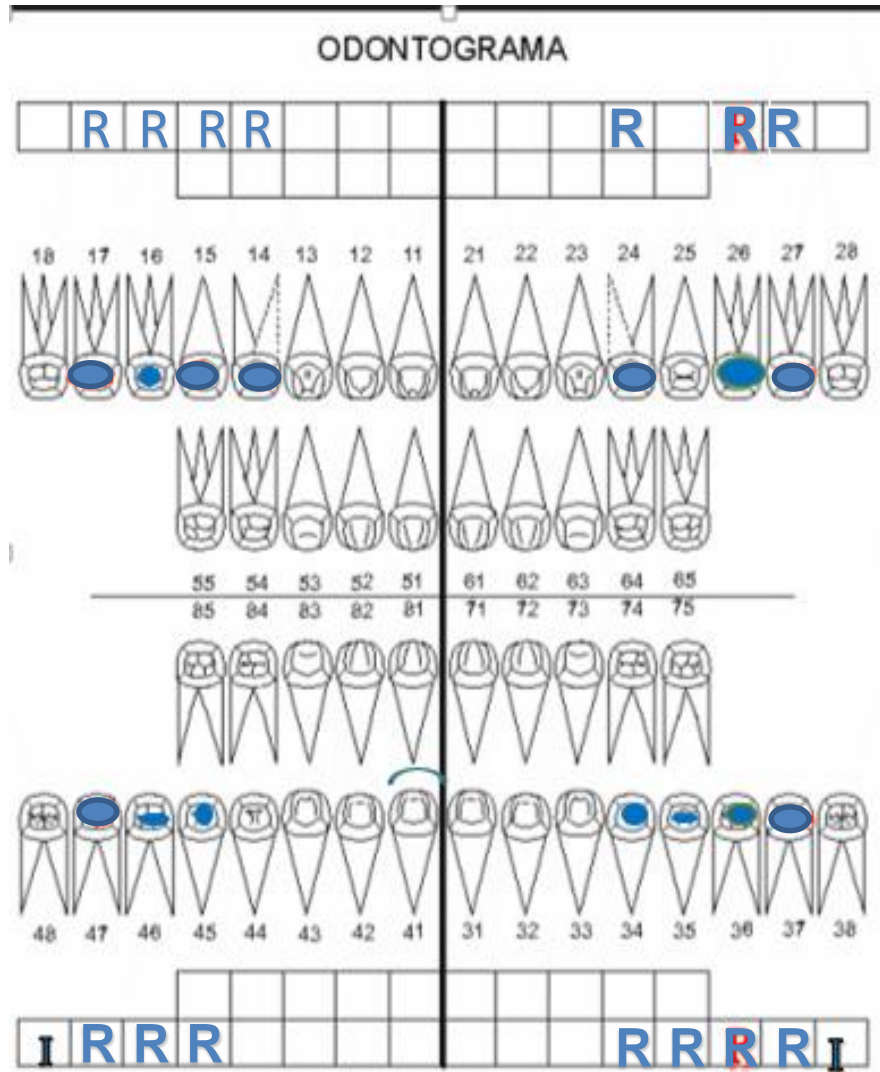
**RIESGO O SIGNOS DE ALARMA**  
ASA I

Favorable

Desfavorable

Reservado

ODONTOGRAMA FINAL





## 5. PLAN DE TRATAMIENTO

### Fase I

**Periodoncia:** Profilaxis total (eliminación de placa supra e infra gingival)

### Fase II

Operatoria de piezas con lesión cariosa.

Cirugía: Exodoncia técnica abierta de la pieza 3.8

Controles Post quirúrgicos

### Fase III

Se derivó a especialista en:

Rehabilitación oral

Otorrinolaringólogo

## 6. EPICRISIS

Paciente de 18 años de edad, género femenino con aparente buen estado de salud, colaboradora y sociable, llega a la consulta por ligero dolor a nivel de la zona retromolar izquierda inferior”, refiere no presentar alergia a ningún medicamento o una enfermedad de riesgo que pueda complicar la intervención quirúrgica. Refiere vacunas contra: varicela, fiebre amarilla y sarampión. Tiene una regular higiene bucal. Presenta un índice de masa corporal dentro de los rangos normales.

Oclusión y alineamiento general alineado, ausencia clínica de piezas 1.8-2.8-3.8-4.8, Se realizó exámenes de laboratorio y complementarios, por lo que se llega a la conclusión que la paciente está apta para realizarse la intervención quirúrgica de tercer molar impactado pieza 3,8 y que la piezas 1.8,2.8 están distoanguladas. La pieza 3.8 a intervenir se encuentra mesioangulada según Winter, clase III posición B según Pel y Gregory.

Una hora previa a la intervención se le recetó una ampolla vía intramuscular de Dexametasona de 04 mg y Diclofenaco Sódico de 75mg, el acto quirúrgico se inició realizando la asepsia intraoral y antisepsia extra oral, se procedió con la anestesia troncular bloqueando el nervio dentario inferior, posteriormente se continuó con la incisión lineal y decolado, luego una vez que se siente el techo





óseo se procede a la osteotomía con una fresa redonda larga de carburo de tungsteno y la odontosección una fresa de fisura del mismo tipo, dividido el diente se procedió a la luxación de la pieza y a su extracción por segmentos, primero la parte coronal y posteriormente al raíz mesial y distal

Se realizó lavado profuso con suero fisiológico para la eliminando los residuos y posterior cureteo solo de las paredes, se procedió a la reposición del colgajo y sutura. En el postoperatorio se le recetó Amoxicilina de 500 mg, 21 tabletas. Naproxeno sódico de 550mg, 6 tabletas, Clorexidina al 0.12% se le dio las indicaciones y recomendaciones correspondientes.

En los controles se aprecia una mejoría en su primer control, con ligera inflamación y presencia de trismo. En el segundo control se procedió al retiro de puntos y se apreció una gran mejoría del estado de la paciente. En el tercer control se observa un inicio del proceso de cicatrización favorable y se procedió a dar de alta a la paciente.

## 8. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

### 8.1. PRE QUIRÚRGICO

A la paciente se le recetó, por vía intramuscular una ampolla de Diclofenaco Sódico de 75 mg y Dexametasona de 04 mg 1 hora antes de la intervención. La paciente asiste al consultorio a las 9:00 am con actitud colaboradora y tranquila; procedimos a la colocación de la ropa quirúrgica de la paciente – operador, y lavado de manos de ambos y de la asistente, calzado de guantes quirúrgicos, asepsia extra oral con Alcohol Yodado y antisepsia con Gluconato de Clorexidina al 1%, instrumental necesario para el acto quirúrgico.

### 8.2. INTRA QUIRÚRGICO

- **Anestesia:** Se utiliza la técnica troncular indirecta aproximadamente a 1 cm por encima de la línea oclusal para bloquear el nervio dentario inferior y le infiltré en el nervio bucal. Total de cartuchos usados de Lidocaína al 2% es de 3 unidades.



- **Prueba de sensibilidad:** Se procedió a realizar punciones en las papilas interdentes a nivel del primer y segundo molar, interrogando al paciente si hay síntomas de dolor cuya respuesta fue negativa.
- **Incisión:** Con bisturí N° 15 inicié la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, con trazo enérgico, que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso, al llegar a la cara distal del segundo molar se contornea el cuello y continua después festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar.
- **Decolado:** Con la ayuda de un periostótomo, legra y gasas humedecidas con suero fisiológico se permitió lograr un colgajo de espesor completo progresando desde el lado distal a mesial.
- **Osteotomía:** Procedí a eliminar el techo óseo, liberándola toda retención hasta el nivel del ecuador dentario para facilitar la exodoncia; usé fresas de Carburo de Tungsteno redonda de vástago largo de alta velocidad con abundante irrigación de suero fisiológico y aspiración constante.
- **Odontosección:** A continuación procedí a dividir el diente según su eje mayor con una fresa de Carburo de Tungsteno de fisura a nivel del eje mayor de la pieza dental con irrigación constante con suero fisiológico.
- **Exodoncia Propiamente Dicha:** Procedí a introducir el elevador entre la cresta alveolar del segundo molar y la cara mesial del tercer molar utilizando el punto de apoyo para determinar la avulsión de la pieza.
- **Tratamiento de la Cavidad:** Lavado profuso con suero fisiológico y se realizó el cureteo de las paredes para eliminar posibles residuos.
- **Sutura:** Luego de revisar los contornos del alveolo se realizó la sutura con hilo 3 ceros con aguja circunferencial, por lo que se reposicionó el colgajo a su estado inicial, posteriormente se realizó la sutura de distal hacia mesial colocando puntos simples.
- Se realizó compresión oclusal a nivel de la área con apósitos de gasa por el periodo de 30 minutos



### 8.3. POST QUIRÚRGICO

La intervención duró 1 hora y culminó a las 10:35 am. Después de la intervención procedí a prescribir lo siguiente:

- Medicación: - Amoxicilina de 500 mg, 21 tabletas.
  - Naproxeno sódico de 550mg, 6 tabletas.
  - Clorexidina al 0.12%.
- Indicaciones: - Tomar una tableta de Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas durante 7 días  
Después de los alimentos.
  - Tomar una tableta de Naproxeno sódico cada 12 horas durante 3 días  
después de los alimentos.
  - Hacerse enjuagues con 15 ml de clorexidina al 0.12% después de los  
alimentos.
  - Una al día
- Recomendaciones: - Reposo relativo.
  - Evitar hacer esfuerzo físico.
  - No escupir.
  - No agacharse.
  - Dieta blanda y blanca
  - Evitar alimentos irritantes
  - No se exponga al sol por mucho tiempo.
  - Tome su medicación puntualmente.
  - Colóquese hielo en la parte inflamada de manera intermitente no más  
de 1 minuto al llegar a su domicilio.



## 9. CONTROLES

### 1º CONTROL

**SIGNOS Y SINTOMAS:** Ligera inflamación del lado izquierdo de la cara, ligera inflamación de la encía a nivel del tercer molar, apertura bucal disminuida, ligero dolor a la alimentación más no al habla, buena adherencia del colgajo.

**Indicaciones:** Se recomienda reposo relativo, dieta blanda, aplicación de hielo en la zona inflamada, continuar con su medicación puntualmente después de los alimentos, uso de Colutorio.

### 2º CONTROL

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:** Apertura bucal restableciéndose, ligera tumefacción a nivel amigdalino, la herida evoluciona favorablemente, adecuada confrontación de tejidos, no presenta sangrado, los puntos realizados están firmes y se procedió a retirarlos, ligera inflamación en la zona de la herida.

### 3º CONTROL

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:** Proceso de cicatrización favorable, no presenta ningún tipo de molestias ni dolor, apertura bucal restablecida, se da de alta al paciente.



# ANEXOS

**ANEXO 01**

**FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES**



**IMAGEN 01** Fotografía paciente de frente



**IMAGEN 02** Fotografía paciente de perfil

**IMAGEN 03** Fotografía paciente de perfil

**ANEXO 02**

**FOTOGRAFÍAS INTRAORALES**



**IMAGEN 04** Fotografía Intraoral de frente



**IMAGEN 05** Fotografía lateral izquierda



**IMAGEN 06** Fotografía Intraoral de frente



**IMAGEN 07** Fotografía paciente de perfil



**IMAGEN 08** Fotografía paciente de perfil

**ANEXO 03**

**PREPARACION DE AREA QUIRURGICA**



**IMAGEN 09** Fotografía del campo quirúrgico



**ANEXO 04**

**ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PACIENTE**



**IMAGEN 10** Fotografía de la asepsia intraoral



**IMAGEN 11** Fotografía antisepsia extraoral

**ANEXO 05**

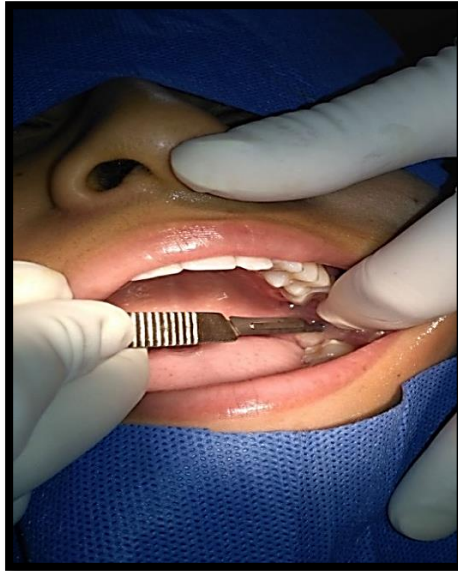
**TÉCNICA DE ANESTESIA TRONCULAR DEL NERVIO DENTAL INFERIOR.**



**IMAGEN 12** Fotografía de técnica anestésica troncular izquierda

**ANEXO 06**

**INCISION Y DECOLADO**



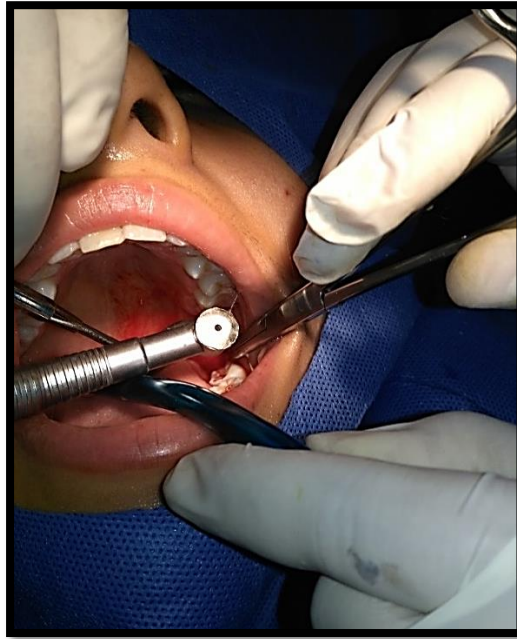
**IMAGEN 13** Fotografía de la incisión lineal



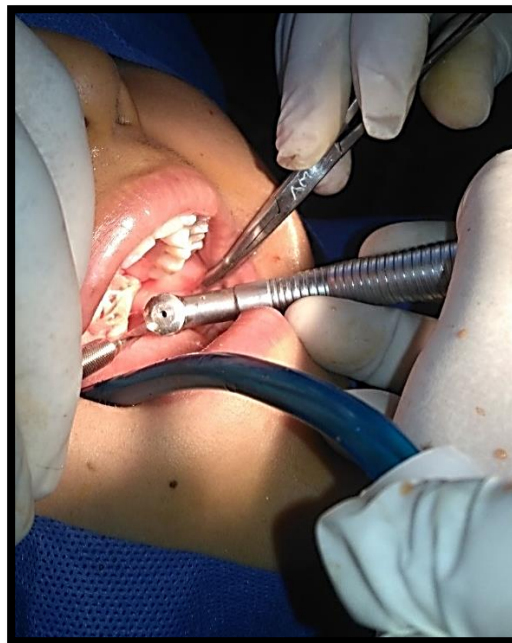
**IMAGEN 14** Fotografía de la realización del decolado

**ANEXO 07**

**OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION**



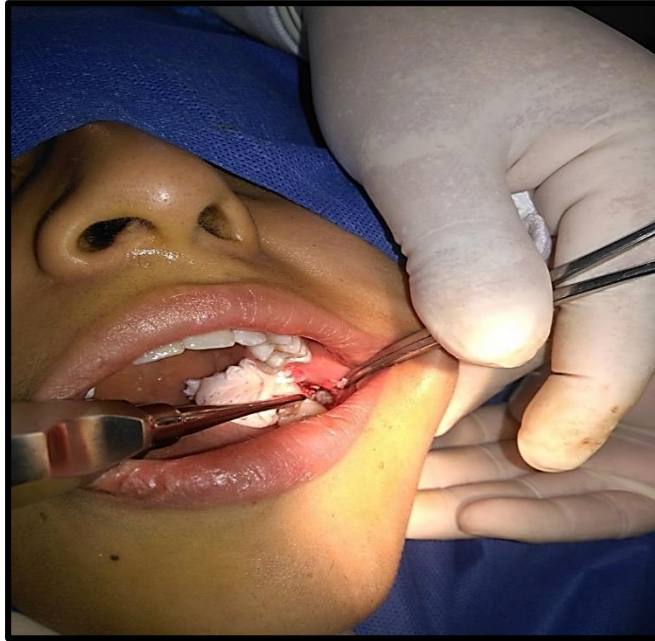
**IMAGEN 15** Fotografía de la osteotomía



**IMAGEN 16** Fotografía de la odontoseccion de la pieza 3,8

**ANEXO 08**

**LUXACIÓN PROPIAMENTE DICHA**



**IMAGEN 17** Fotografía de la luxación de la pieza 3,8



**IMAGEN 18** Fotografía de la luxación de la pieza 3,8

**ANEXO 10**

**OBSERVACION DE PIEZA**



**IMAGEN 19** Fotografía de la revisión de integridad de la pieza 3,8



**IMAGEN 20** Fotografía de la revisión de integridad de la pieza 3,8

**ANEXO 09**

**SUTURA**



**IMAGEN 21** Fotografía de la técnica de sutura

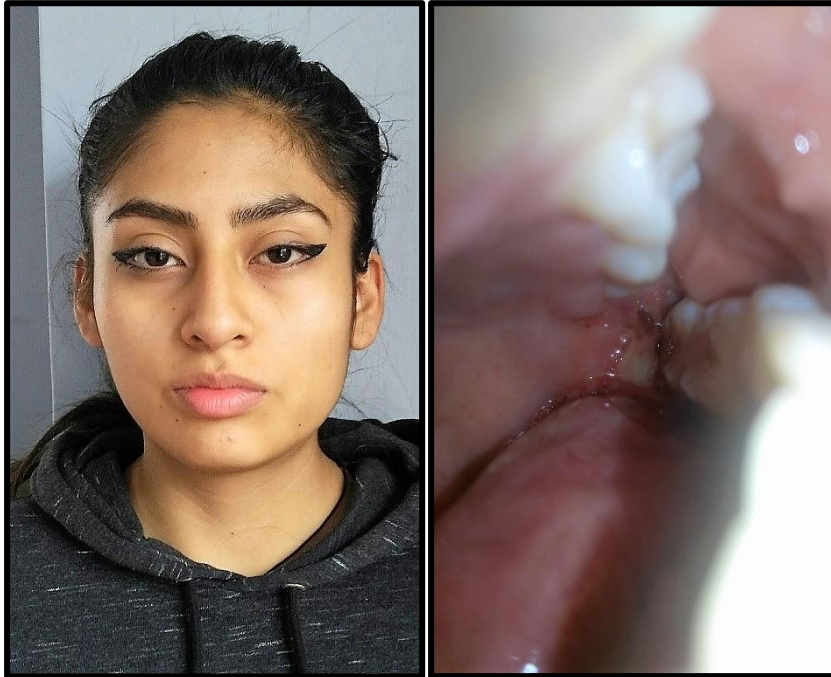


**IMAGEN 22** Fotografía de la técnica de sutura

**ANEXO 10**

**CONTROLES**

**1er Control**



**IMAGEN 23** Fotografía del paciente 1er Control

**IMAGEN 24** Fotografía de la revisión de la zona



**IMAGEN 25** Fotografía que muestra la limitación  
de la apertura bucal del paciente.



**ANEXO 11**

**2do Control**



**IMAGEN 26** Fotografía muestra el inicio del restablecimiento de la apertura bucal del paciente.



**IMAGEN 27** Fotografía muestra la zona intervenida eritematosa

**ANEXO 12**

**3er Control**



**IMAGEN 28** Fotografía después del retiro de puntos



**IMAGEN 29** Fotografía que muestra el restablecimiento  
de la apertura bucal del paciente.

**ANEXO 13**

**Post Control**



**IMAGEN 30** Fotografía que la apertura bucal establecida.

**RADIOGRAFIA DE CONTROL**



**IMAGEN 31** Fotografía que muestra ausencia de restos óseos,  
esquirlas después de la intervención

## ANEXO 14

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado Cirugía de tercera molar

Nombre  
Paciente: Deyland Corral Solis Coopa DNI: .....

..... Declaro que la Dra. Yadira Mena Solis Coopa, me  
ha explicado que es conveniente proceder en mi situación al tratamiento quirúrgico de  
Cirugía Oral que se detalla  
Cirugía de tercer Molar Impactada  
.....

Identificación y descripción del procedimiento: La cirugía oral se realiza para resolver determinados problemas de la cavidad oral como: exodoncia de piezas dentarias o restos apicales incluidos, entre otras. Esta cirugía se realiza con anestesia local con los riesgos inherentes a las mismas.

Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar: La cirugía oral en este caso, se utiliza para realizar exodoncias dentarias incluidas o que estén causando dolor o infección. Consecuencias previsibles de su realización: Tras un periodo de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría en su evolución.

Riesgos: A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, hematoma y edema postoperatorio, hipoestesia o anestesia del nervio alveolar inferior, lingual e infraorbitario de forma temporal o definitiva, dehiscencia de la sutura, osteítis, sinusitis, fracturas óseas, parestia, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados.

Riesgos en función de la situación clínica del paciente: Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

IMAGEN 32 Fotografía muestra el consentimiento informado autorizado

## ANEXO 15

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Asimismo se me ha informado que en cualquier momento previo a la realización del procedimiento puedo revocar este consentimiento para lo cual deberé solicitar el documento correspondiente. Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de Cirugía Oral.

Nombre  
Paciente: Deyland Corali Solís Coapa

.....  
..... Fecha: 22 de Septiembre 2017 Firma [Firma]

Paciente: Deyland Corali Solís Coapa

IMAGEN 33 Fotografía muestra el consentimiento informado autorizado

ANEXO 16

PRESCRIPCION DE LA RECETA

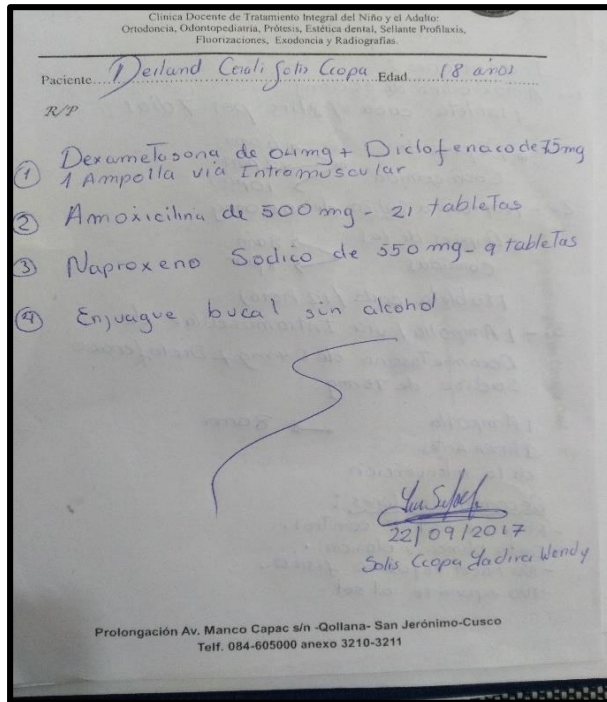


IMAGEN 34 Fotografía muestra la prescripción de la receta

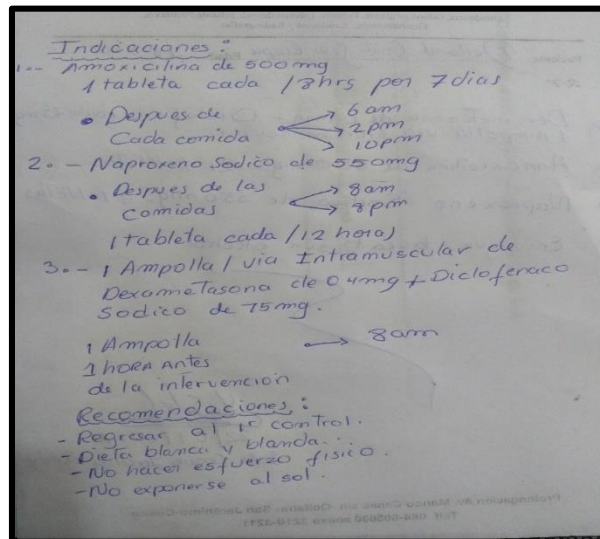


IMAGEN 35 Fotografía muestra las indicaciones de la receta