

00603

**TECNICAS QUIRURGICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES
IMPACTADOS COMPLICADOS**

ILEANA MARIA ARIAS S.

RUBI E. GUTIERREZ

DIANA V. OYOLA A.

ALEXANDRA L. TELLO S.

JUAN P. GARCIA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1997 - I

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

**ILENA M. ARIAS S.
RUBI E. GUTIERREZ
DIANA V. OYOLA A.
ALEXANDRA L. TELLO S.
JUAN P. GARCIA**

**Monografía presentada como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo**

Presentado a:

Dr. JORGE H. ARANGO MEJIA

Dr. FREDY OSORIO

Tutor

Dr. CARLOS A. VILLAMIZAR G.

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

1997 - I

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas y cada una de las personas que contribuyeron para que esta monografía se hiciera realidad. De igual forma al cuerpo docente y directivas, quienes con sus conocimientos, experiencia formativa y ayuda hicieron posible la culminación de una de las etapas mas importantes de nuestras vidas.

Gracias por ayudarnos a ser lo que somos hoy. Excelentes colegiales.

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, quienes formaron parte de los pilares que marcaron nuestro desarrollo integral y personal, porque ellos y solo ellos han sabido soportar, comprender y estimular nuestros triunfos y derrotas con el amor incondicional y la confianza que han depositado en cada uno de nosotros.

Con el logro de este gran triunfo, trataremos de retribuir los sacrificios, trabajos y desvelos.

ILEANA MARIA

RUBY ESPERANZA

DIANA VICTORIA

ALEXANDRA LILIANA

JUAN PABLO

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACION	3
PROPOSITO	4
OBJETIVOS	5
MARCO TEORICO	6
1. DEFINICIÓN	6
2. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS	7
2.1. INDICACIONES	7
2.2. CONTRAINDICACIONES	9
3. CONSULTA PREOPERATORIA, DIAGNOSTICO, LOCALIZACION Y PLAN DE TRATAMIENTO APLICADOS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS	10
4. CONSENTIMIENTO OTORGADO POR EL PACIENTE AL TRATAMIENTO QUIRURGICO	11
5. TECNICAS ANESTESICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS COMPLICADOS	12
5.1. ANESTESIA INFILTRATIVA	12
5.2. ANESTESIA TRONCOLAR A LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES	13

5.3. ANESTESIA TRONCOLAR PARA EL NERVIO MENTONERO	14
5.4. ANESTESIA TRONCOLAR AL NERVIO DENTARIO INFERIOR	15
5.5. TÉCNICA ANESTESICA DE GOW- GATES	15
5.6. TÉCNICA ANESTESICA PARA LOS NERVIOS NASOPALATINOS Y PALATINOS POSTERIORES	16
5.6.1. Nervios Palatinos Anteriores	16
5.6.2. Nervio Nasopalatino	17
5.7. TÉCNICA ANESTESICA PARA EL NERVIO INFRAORBITARIO	17
5.7.1. Técnica Intraoral	17
5.7.2. Técnica Extraoral	17
6. TÉCNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS	18
6.1. TÉCNICA QUIRURGICA	19
6.2. COMPLICACIONES	20
7. TÉCNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES IMPACTADOS	20
7.1. TÉCNICA QUIRURGICA	21
7.2. COMPLICACIONES	22
8. TÉCNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE CANINOS SUPERIORES IMPACTADOS	23
8.1. TÉCNICA QUIRURGICA	24
8.2. COMPLICACIONES	25
9. TÉCNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE MESIODENS	26
9.1. TECNICAS QUIRURGICAS	26
9.2. COMPLICACIONES	27
10. CONSIDERACIONES PREQUIRURGICAS, QUIRURGICAS Y POSQUIRURGICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE	27

DIENTES IMPACTADOS	
10.1. PREQUIRURGICAS	27
10.2. QUIRURGICOS	29
10.3. QUIRURGICOS	30
COMCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	37

INTRODUCCION

En los últimos años la gran mayoría de los pacientes han presentado inconvenientes en cuanto a la presencia de dientes impactados, principalmente terceros molares y caninos. La principal causa ha sido relacionada con los cambios en los patrones de crecimiento de los maxilares, es decir, anteriormente los hábitos masticatorios estaban relacionados con dietas duras, lo cual hacía necesaria una mayor actividad muscular y por consiguientes un mayor desarrollo y crecimiento de los procesos maxilares permitiendo así que la totalidad de la dentición erupcionara en posición normal; sin embargo las dietas blandas de hoy en día han disminuido esta actividad muscular y los maxilares han disminuido en crecimiento, por lo que los últimos dientes en erupcionar (Premolares, caninos y molares) no pueden erupcionar correctamente o lo que es peor , no erupcionan quedando incluidos por falta de espacio para hacerlo y causando una serie de problemas al paciente.

Durante el desarrollo de este trabajo, se tratara el tema de las diferentes técnicas para la exodoncia de dientes incluidos complicados, teniendo en cuenta los principios quirúrgicos mas elementales así como sus posibles complicaciones y tratamientos.

ANTECEDENTES

Los hábitos funcionales del hombre han cambiado a través de los años, es por esto que los patrones de crecimiento de los maxilares han cambiado, de tal forma que los maxilares han disminuido su crecimiento, debido a que factores como las dietas blandas y los cambios en la alimentación. Esto trae como consecuencia que los últimos dientes en erupcionar (terceros molares y caninos superiores) tiene problemas para erupcionar.

Es común desde hace mucho tiempo ver individuos con problemas de dientes impactados en el maxilar, estos dientes pueden originar diversos problemas tales como quistes, neoplasias, resorciones internas, que pueden llevar a originar daños en las estructuras adyacentes y en algunos casos deformidades en el paciente.

Desde principios de siglo, el odontólogo ha intentado solucionar estos problemas mediante diversas técnicas quirúrgicas, estas técnicas han variado con el tiempo, pero siempre han tratado de ser lo mas molestas posibles y con el menor grado de riesgo para el paciente.

Las técnicas quirúrgicas han sido actualmente simplificadas mediante el uso de nuevos medios diagnosticos, así como diferentes tipos de instrumental. Es por esto que un protocolo detallado de el procedimiento, debe ser cuidadosamente realizado, basado en el

conocimiento y la preparaci3n acad3mica del paciente, as3 como la correcta instrucc3n del paciente sobre el procedimiento a realizar.



JUSTIFICACION

Este estudio se realiza para verificar y unificar conceptos acerca de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas en la exodoncia de dientes incluidos realizados en las clínicas de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano.

PROPOSITO

Unificar conceptos acerca de las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas a la exodoncia de dientes incluidos, a fin de que sirva de guía u orientación a futuros procedimientos, minimizando así las posibilidades de complicaciones antes, durante y después de dicho procedimiento.

OBJETIVOS

GENERAL.

- **Recopilar las técnicas quirúrgicas aplicadas a la exodoncia de dientes incluidos complicados.**

ESPECIFICOS.

- **Determinar los principios básicos quirúrgicos necesarios para la exodoncia de dientes incluidos.**
- **Profundizar nuestros conocimientos en las diferentes técnicas quirúrgicas con el fin de disminuir en lo posible complicaciones durante los procedimientos.**
- **Estudiar de manera detallada los temas sobre cirugía con el objeto de aplicarlos durante los actos quirúrgicos que se puedan presentar en nuestra práctica profesional futura.**



3.- Impactación Parcial : este término corresponde al diente cuya erupción es incompleta , clínicamente el diente es visible, pero a menudo está en posición anormal y siempre se haya cubierto por tejido blando o hueso en cantidades variables.

4.- Impactación ósea completa : el diente se haya totalmente encerrado en el hueso de los maxilares.

2.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS

La eliminación preventiva de dientes impactados busca evitar perdidas de tiempo en una vida productiva, debido a dolor, sufrimiento e infección grave, perdida parcial o total de estructuras óseas y dentarias de los maxilares.

2.1 INDICACIONES.

- La discrepancia entre tamaño y numero de dientes con respecto al tamaño de los maxilares. Esto constituye otra indicación que sugiere la exodoncia de los dientes impactados.

Una incisión gingival alta, asociada a una posición distal (disto angular) en la arcada del tercer molar, favorece la aparición de inflamación crónica e infección (pericoronitis) debido a la imposibilidad de mantener una buena higiene bucal.

- El ortodoncista considera que la exodoncia podría facilitar el tratamiento completo del paciente, ya que la presencia de dichos dientes durante y después del tratamiento, pueden terminar en un fracaso.

- Daño a los dientes adyacentes. A menudo un diente impactado, favorece la retención de alimentos y la aparición de caries en el diente adyacente; incluso el diente impactado puede destruir el soporte óseo del diente funcional inmediatamente adyacente a él. La exodoncia temprana de terceros molares impactados mejora el pronóstico de los segundos molares, ya que en los jóvenes los defectos óseos creados por la eliminación quirúrgica de dientes se lleva a cabo en forma rápida y más completa que en pacientes viejos.

- Dientes impactados y aparatos de prótesis. En pacientes edéntulos totales es común observar dientes impactados (caninos superiores) . La elaboración de una prótesis convencional, puede estimular la fuerza de erupción de dichos dientes, originando problemas de sintomatología y desadaptación de la Prótesis.

- Dientes impactados asociados con quistes y Neoplasias Odontogénicas : La retención prolongada de un diente, puede dar origen a la aparición de patologías tales como los quistes odontogénicos, estos pueden originar algunas alteraciones tales como expansión, tumefacción asimétrica y algunas veces dolor, por lo tanto la exodoncia de estos dientes es indicada, más aún cuando la patología es evidente. en estos casos es recomendable la enucleación no sólo del quiste sino también del diente incluido ya que pueden quedar residuos del epitelio quístico que a su vez pueden originar patologías recurrentes o más agresivas.

- **Resorción interna, externa y caries asociada a un diente impactado** : La presencia de estas tres alteraciones son unas de las indicaciones mas importantes para decidir realizar la exodoncia de los dientes impactados. La Resorción externa al igual que la caries no sólo puede afectar el diente impactado en sí, sino también a los dientes adyacentes (segundos molares) lo cual produciría no sólo daño al diente incluido sino al segundo molar

-**Dolor de etiología desconocida.** Algunos dolores en la articulación temporomandibular, oído, cuello y arcada dental opuesta del mismo lado, así como cefaléas, pueden desaparecer después de la eliminación de un diente impactado, su etiología no se conoce, pero se cree que la presión y posición de estos dientes pueden estimular receptores nerviosos (propioceptores, que originan dolor y neuralgia del trigémino).

2.2. CONTRAINDICACIONES

- **Posible lesión de estructuras adyacentes:** Si durante el plan de tratamiento para la exodoncia de un diente incluido, esto lleva a tener que afectar estructuras adyacentes, es recomendable dejar dicho diente en su posición, ya que resultará mayor el riesgo que el beneficio. Aproximadamente 1 de 100 pacientes sufren trastornos sensitivos transitorios de duración variable con estos casos.

- **Estado fisico comprometido:** El estado nutricional del paciente, así como su estado sistémico deben ser evaluados antes de proceder a realizar cualquier procedimiento quirúrgico en boca.

- Pacientes con problemas cardiovasculares, discrasias sanguíneas, inmunosupresiones: estos constituyen una contraindicación importante para el tratamiento, por lo tanto es necesario realizar una interconsulta médica antes de tomar cualquier decisión.

- Pacientes de edad avanzada: la exodoncia de dientes impactados en estos tipos de pacientes constituye un verdadero riesgo, por lo tanto es indispensable realizar un excelente examen clínico, acompañado de exámenes complementarios e interconsultas con el fin de evitar complicaciones durante y después del procedimiento quirúrgico.

3. CONSULTA PREOPERATORIA, DIAGNOSTICO, LOCALIZACION Y PLAN DE TRATAMIENTO APLICADOS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS

El primer trabajo del odontólogo en una persona que llega a recibir servicio, es determinarlo como paciente. Para esto es necesario diligenciar un documento legal como es la historia clínica. Para llegar a un buen diagnóstico se tiene en cuenta puntos importantes como son :

- Datos de la historia clínica.
- Examen clínico.
- Examen radiográfico.

Los datos de la historia clínica son de gran importancia ya que podemos ver la edad del paciente, el estado físico general, enfermedades sufridas y posibles secuelas al igual que sus antecedentes familiares y casos especiales que comprometan el tratamiento o anexos que el paciente reporte.

En el examen clínico nos confirma los datos de la historia en el cual observamos el estado físico general del paciente, signos vitales, estado facial incluyendo cuello y piel con su color y forma, estado intraoral ; en este examen se tiene en cuenta todas las estructuras con su forma, tamaño, color, como son lengua, carrillos frenillos, paladar, estructuras dentales, posiciones mandibulares, posiciones oclusales, labios, salivación, olfacción; aliento normal o halitosis, reflejos, estado anímico, colaboración y palpación articular y muscular.

El examen radiográfico nos muestra la posición dental completa junto con su raíz, respecto a los maxilares, el estado radicular con su forma, posibles estructuras dentales no vistas y no palpables clínicamente, estado del hueso, calidad, cantidad y cuerpos radiopacos.

todos los aspectos mencionados anteriormente a grandes rasgos que según el criterio del odontólogo puedan ayudarle para un mejor criterio acerca de la posible conducta a seguir durante el tratamiento. Una vez elaborado el diagnóstico y la localización del diente, procedemos a realizar un plan de tratamiento viable; Cada uno de estos planes tienen unas normas aplicadas a todos los procedimientos quirúrgicos tales como asepsia, antisepsia.

4. CONSENTIMIENTO OTORGADO POR EL PACIENTE AL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Cabe anotar que este punto es de suma importancia, puesto que como trabajadores en salud y para bienestar de una persona estamos siendo responsables directos del bienestar de un ser humano. Teniendo en cuenta que cualquier percance trae demandas judiciales, el odontólogo puede evitarse problemas cuando después de diligenciar la historia y teniendo elaborado un plan de tratamiento, se le explica al paciente de manera clara y comprensible

lo que se va a realizar, observando el estado físico del paciente y el tipo de tratamiento. A continuación se pone en conocimiento las posibles complicaciones o riesgos lo cual va anexo a la historia clínica la cual debe ir firmada por el paciente con su respectivas cédula, luego de las explicaciones pertinente. El odontólogo no puede garantizar el resultado exacto de un procedimiento quirúrgico, pues se pueden dar varias opciones.

La relación odontólogo paciente debe ser buena, existir mutuo acuerdo, se debe tener en cuenta el estado ético profesional, se debe opinar y aclarar todos los puntos necesarios del tratamiento e informar al paciente de lo que puede suceder si no se realiza el acto quirúrgico.

Antes de cualquier procedimiento quirúrgico en boca, es necesario obtener una buena anestesia de la zona en la cual se va a llevar a cabo el dicho procedimiento. Las técnicas de anestesia local han sido últimamente las mas utilizadas para este fin.

Debido a la importancia de estas técnicas es necesario detenernos a estudiar y describir de manera sencilla y ordenada cada una de estas técnicas, ya que de ellas depende en gran parte el éxito de el proceso quirúrgico.

Existen una gran variedad de formatos acerca del consentimiento otorgado por el paciente. El Colegio Odontológico Colombiano ha diseñado el suyo propio, el cual es utilizado para todo procedimiento quirúrgico realizados tanto en las clínicas de pregrado como en las de post- grado. (ver anexo 1)

5. TECNICAS ANESTESICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS COMPLICADOS.

5.1. ANESTESIA INFILTRATIVA (TIPO I)

También es llamada anestesia suprapariostica , como su nombre lo dice consiste en la aplicación de la solución anestésica por encima del periostio, la cual se difunde y atraviesa el periostio y la cortical ósea hasta llegar al hueso esponjoso en donde alcanza los plexos nerviosos. Esta técnica es aplicable a sitios donde el espesor de la cortical ósea es delgado y el hueso sea lo suficientemente esponjoso para favorecer la difusión del anestésico. Estos sitios son :

- Incisivos superiores (pulpa, periostio y encía vestibular.)
- Caninos superiores (pulpa, periostio y encía vestibular)
- Premolares superiores (pulpa, periostio y encía vestibular)
- Incisivos inferiores (pulpa, periostio y encía vestibular y lingual)
- Caninos inferiores (pulpa, periostio y encía vestibular y lingual)

5.-2 ANESTESIA TRONCOLAR A LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.

TIPO II

La anestesia tipo II es la mas comúnmente utilizada en la exodoncia de terceros molares incluidos, ya que nos permite anestesiar los nervios dentarios posteriores (ramos del nervio maxilar superior) en su entrada a través de la tuberosidad del maxilar.

Esta técnica nos permite obtener una excelente anestesia de toda la zona de la tuberosidad, la pulpa de los terceros, segundos y primeros molares, así como el periostio y la encía vestibular.

La técnica consiste en la colocación mediante una aguja larga de una solución anestésica en la pared posterior del maxilar (tuberosidad) el cual corresponde al sitio anatómico en el cual los nervios dentarios posteriores penetran al hueso maxilar superior para inervar los molares superiores al igual que su encía y periostio vestibular.

5.3. ANESTESIA TRONCOLAR PARA EL NERVIO MENTONERO (TIPO III).

Esta técnica es ampliamente utilizada en el caso de exodoncias de Premolares inferiores incluidos. Sabemos por anatomía dental que el nervio mentonero es una de las dos ramas terminales del nervio dentario inferior, del cual se desprende para inervar la pulpa de los Premolares inferiores, encía, periostio vestibular, piel y mucosa de la región mentoniana.

Esta técnica consiste en la colocación con aguja corta de una solución anestésica dentro del agujero mentonero, teniendo en cuenta la ubicación anatómica de dicho agujero (entre los ápices de los Premolares inferiores) así como la dirección y orientación de este.

es decir, la aguja debe dirigirse en una ubicación de atrás hacia adelante, de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro. Solo media carpula es necesaria para inducir la anestesia de toda esta zona, la cual permite una pérdida de la sensibilidad también en la porción cutánea de esta zona.

5.4. ANESTESIA TRONCOLAR PARA EL NERVIO DENTARIO INFERIOR (TIPO IV)

Esta técnica es útil en la exodoncia de terceros molares inferiores incluidos. El nervio dentario inferior es una de las ramas terminales del nervio maxilar inferior, dicho nervio penetra al interior del maxilar inferior a través del agujero dentario inferior, por detrás de la espina de spix.

La técnica consiste en la colocación con aguja larga de una solución anestésica en el sitio en el cual el nervio dentario inferior penetra a la mandíbula, teniendo como referencia la espina de Spix. Con dicha técnica, podemos obtener anestesia de la pulpa de 1°, 2° y 3° molar inferior, mas no de el periostio y la encía vestibular, por lo cual esta ha sido modificada .

55. TÉCNICA ANESTESICA DE GOW - GATES.

Esta técnica no es mas que una modificación de la anestesia tipo IV, la cual busca mediante una sola inyección anestésica poder obtener la anestesia no solo de los molares sino también de su periostio y encía vestibular.

Conocemos por anatomía que el tronco nervioso maxilar inferior a nivel del cuello del condilo, se divide en tres ramas : nervio dentario inferior, nervio lingual y nervio bucal. El principio de esta técnica consiste en poder anestésiar todo el tronco nervioso maxilar inferior antes que se divida a nivel del cuello del condilo.

En este procedimiento ya no es la espina de Spix el sitio de referencia, sino la palpación del borde anterior de la rama ascendente del hueso maxilar inferior, 1,5 cms por encima del plano oclusal inferior y 2 cms por detrás del borde anterior de la rama, teziendo como referencia la cúspide meso vestibular del 2° molar superior.

Mediante este procedimiento podemos en una sola inyección obtener la anestesia de los molares inferiores, su encía y periostio tanto vestibular como lingual.

5.6. TÉCNICA ANESTESICA PARA LOS NERVIOS NASOPALATINOS Y PALATINOS ANTERIORES (TIPO V).

Esta técnica es de suma importancia en los procedimientos de abordaje quirúrgico a caninos superiores impactados o mesodens y supernumerarios ubicados en los procesos palatinos del maxilar superior. El procedimiento está dividido así :

5.6.1. Para los nervios palatinos anteriores:

Son los encargados de la inervación de la mucosa de el paladar duro desde canino hasta último molar, estos nervios emergen hacia el paladar a nivel del agujero palatino posterior ubicado aproximadamente 1 centímetro por debajo de la encía marginal libre palatina del primer molar.

El bisel de la aguja se coloca contra la mucosa cerca a la ubicación del agujero palatino posterior. La solución anestésica es colocada a presión advirtiéndolo al paciente de esta sensación, de esta manera el paladar duro en su porción posterior es anestesiado.

5.6.2. Nervio nasopalatino.

También es llamado esfenopalatino interno, y es el encargado de la inervación del paladar duro en su porción anterior (de canino a canino).

El bisel es colocado contra la papila incisiva en su porción lateral y la solución anestésica es colocada a presión, de esta manera la totalidad del paladar duro en su porción intercanina es anestesiada.

5.7. TÉCNICA ANESTÉSICA PARA EL NERVIO INFRAORBITARIO. (TIPO VI)

El nervio infraorbitario constituye la rama terminal cutánea del nervio maxilar superior, a nivel del agujero infraorbitario este nervio emerge hacia la piel de esta región. Antes de emerger, el nervio infraorbitario desprende sus nervios dentarios anteriores y medios (para los incisivos, caninos y Premolares así como encía y periostio vestibular de estos). La técnica anestésica es de dos tipos, intraoral y extraoral.

5.7.1. Técnica intraoral .

Se palpa el reborde infraorbitario y se coloca la aguja en el fondo del surco siguiendo el eje longitudinal del segundo premolar. Se introduce la aguja con bisel hacia hueso, hasta aproximadamente 1 centímetro por debajo del reborde infraorbitario (ubicación del agujero infraorbitario), allí se deposita la solución anestésica.

5.7.2. Técnica extraoral : Se palpa el reborde infraorbitario, se le pide la paciente que mire fijamente un punto en el espacio ubicado frente a él. Se coloca la aguja perpendicular

1 centímetro por debajo del reborde infraorbitario, teniendo como guía la pupila del ojo. Se introduce la aguja hasta tocar hueso y allí se deposita la solución anestésica.

6. TECNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS.

Los terceros molares superiores, junto con los inferiores son los diente que con mayor frecuencia aparecen retenidos. La falta de espacio, por disminución en el crecimiento de los procesos maxilares constituyen su mayor causa. La exodoncia de los terceros molares superiores no plantea problemas tan difíciles como los que se plantean en los molares inferiores, por otra parte las complicaciones post operatorias no son tan frecuentes, de la misma forma, los cuidados son menos complejos.

Los molares superiores se han clasificado de la siguiente manera :

- según su posición puede ser:

- a. horizontal
- b. Vertical
- c. Mesioangular - distoangular.

- Según la profundidad en relación con el segundo molar:

a. La porción mas baja de la corona, está en una línea que concuerda con el plano oclusal del segundo molar.

b. La porción mas baja de la corona, está entre el plano oclusal y la línea cervical.

c.- La porción mas baja de la corona está a nivel de la línea cervical.

Los terceros molares superiores incluidos pueden originar algunos problemas que indican su exodoncias, tales como :

pericoronitis, periodontitis, caries, resorción externa, quistes , neoplasias, apiñamiento etc. todas estas asociadas con dolor.

6.1. TECNICAS QUIRURGICAS.

La incisión, debe realizarse según la posición del diente, generalmente esta se hace distal al segundo molar, ascendiendo por la tuberosidad.

Posteriormente procedemos a elevar un colgajo mucoperiostico. Rara vez es necesario realizar osteotomía, ya que es frecuente observar el diente al elevar el colgajo, la conservación del hueso permite mantener la altura del proceso alveolar evitando así la formación de bolsas periodontales en la pared distal del segundo molar. Una vez visualizado el diente procedemos a realizar la luxación de este según su posición así:

- En posición vertical, el elevador se introduce entre el ángulo meso- vestibular del diente y el hueso, el lado cóncavo del elevador mira hacia el diente, se rota el elevador de manera que el diente se desplace hacia abajo.

- En posiciones mesoangulares, horizontales o palatinas, se coloca un elevador apical del lado opuesto sobre la superficie inferior del diente incluido, para que la superficie de trabajo quede apoyado sobre el lado palatino de la corona.

Como punto de apoyo se utiliza el hueso palatino, se gira elevador para empujar el diente en sentido posterior y vestibular.

- Una vez realizada la exodoncia propiamente dicha, se procede a realizar la revisión de la cavidad y la reposición del colgajo es hecha. Se sutura en puntos simples utilizando seda 3-0.

6.2. COMPLICACIONES.

- Hemorragia : esta puede ocurrir debido al seccionamiento de la arteria dentaria posterior, en este caso la compresión por 15 a 20 minutos garantiza la hemostasia.

- Fracturas radiculares durante la exodoncia: en estos casos se debe analizar mediante las radiografías la ubicación del fragmento fracturado, si se encuentra cerca al seno, se debe valorar el riesgo-beneficio de su extracción.

- Fracturas de la tuberosidad del maxilar : es una de las complicaciones mas frecuentes, generalmente se produce en dientes con posición meso-angulares por mala aplicación de las fuerzas. En estos casos la fractura puede originar hemorragia. La fractura se puede retener mediante una excelente sutura del colgajo o mediante la fijación con alambre trans óseo.

- Migración del diente hacia la fosa pterigomaxilar, debido a la cercanía del diente a la fosa, el diente puede ser migrado hacia esta, debido a una mala aplicación de fuerzas.

En este caso se debe evaluar mediante radiografías la posible posición del diente y evaluar el riesgo- beneficio, ya que sabemos por anatomía dental que en la fosa pterigomaxilar existen gran cantidad de vasos sanguíneos que aumentarían el riesgo de posibles daños en esta región al intentar realizar la exodoncia.

7. TÉCNICA QUIRURGICA APLICADA A LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS.

Los molares inferiores impactados constituyen los dientes con mayor numero de complicaciones. De la misma manera la técnica quirúrgica constituye una de las técnicas mas difíciles y molestas para el paciente. Los terceros molares también se clasifican según la posición de su eje en relación con el segundo molar. así: Horizontal , Vertical , mesioangular y distoangular.

Estos dientes pueden originar algunos estados patológicos que van desde caries dental hasta la presencia de quistes o neoplasias. pasando por pericoronitis, periodontitis , Resorción externa apiñamiento.

7.1. TÉCNICA QUIRURGICA.

La incisión se inicia un poco lingual a la linea oblicua externa, extendiéndose 1,5 cms distal al 2° molar inferior, siguiendo en dirección vestibular alrededor del cuello del 2° molar (gingivomarginal) hasta el espacio interproximal entre el primero y segundo molar. a partir de este punto, la incisión se prolonga hacia abajo con ángulo de 45° y 1 a 2 centímetros hacia el pliegue mucogingival.- El colgajo mucoperiostico es elevado y el hueso es visualizado. Posteriormente se procede a eliminar el hueso que cubre la corona del diente (osteotomía). Según la posición del diente, procedemos a realizar los diferentes tipos de odontosección.

En la Impactación horizontal, se secciona en dos porciones, distal y mesial, primero se elimina la porción distal y luego la mesial. En la Impactación mesioangular: se secciona la

corona en una sola pieza y elevar las raíces en una sola pieza. En la impactación vertical : Se secciona la corona a nivel del cuello anatómico y se elimina, posteriormente se elevan las raíces mediante un pequeño surco de apoyo hecho sobre la cara vestibular de las raíces. En la Impactación disto angular: se secciona la corona mas allá del cuello anatómico de la corona del diente, aquí se debe procurar dejar algo de la porción mesial de la corona unida a la raíz mesial para poder mover este segmento. Una vez realizada la exodoncia del diente, se procede a revisar la cavidad ósea, el colgajo es reposicionado. La sutura se realiza mediante puntos simples con seda 3-0.

7.2. COMPLICACIONES.

Hemorragia, originada por lesión de la arteria dentaria inferior, en este caso se debe ubicar la arteria y ligarla, o en su defecto realizar compresión durante 15 minutos.

Lesión del nervio dentario inferior: esto puede originar parestesia en la región inervada por dicho nervio.

Si el nervio se ha desgarrado, se debe volver a colocar en el conducto mandibular para hacer aproximación de los extremos seccionados. El nervio se recupera de 5 semanas a 6 meses.

- Fractura de la mandíbula: se produce rara vez, se debe al uso imprudente de elevadores o por fragilidad del maxilar por avanzada edad del paciente relacionada con anquilosis del diente. Se debe inmovilizar la mandíbula mediante fijación bimaxilar.

- Fractura o luxación del segundo molar : se debe a una mala aplicación de fuerzas, debido a un apoyo de dicho elevador sobre la superficie distal del segundo molar, la fractura, generalmente se origina a nivel de la corona de este.

8. TECNICAS QUIRURGICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

Después de los terceros molares, los caninos superiores son los dientes que con mayor frecuencia aparecen retenidos en los maxilares, de los cuales el 85 % están en posición palatina.

Los caninos incluidos se clasifican de la siguiente manera:

- El número de caninos incluidos - La posición que estos dientes presentan - La presencia o ausencia de dientes en la arcada. Hoy en día existe una nueva clasificación que abarca todos los casos de retención mencionados anteriormente:

Clase I : maxilar dentado, diente ubicado del lado palatino unilateral, cerca o lejos de la arcada dentaria.

Clase II : Maxilar dentado, dientes ubicados del lado palatino, con retención bilateral.

Clase III : Maxilar dentado, diente ubicado en vestibular, retención unilateral.

Clase IV : Maxilar dentado, diente ubicado en vestibular, retención bilateral.

Clase V : Maxilar dentado, caninos vestibulares y palatinos.

Clase VI : Maxilar desdentado, dientes ubicados en el paladar.

Clase VII : Maxilar desdentado, dientes ubicados en el paladar.

8.1. TÉCNICA QUIRURGICA

Después de realizadas las normas de asepsia y antisepsia, así como la ubicación exacta del canino retenido y la respectiva anestesia de la zona, procedemos a realizar la incisión, esta se debe realizar con bisturí N° 15 y garantizando que llegue hasta hueso. dependiendo de la ubicación, vestibular o palatino del diente, realizaremos dicha incisión. Esta debe ser gingivo- marginal, permitiendo la elevación del colgajo a manera de bolsillo.

Posteriormente se procede a elevar el colgajo el cual debe ser siempre “mucoperiostio”, la elevación de dicho periostio se logra mediante un periostótomo.

Una vez expuesto el hueso, procedemos a realizar la “Osteotomía”, la cual consiste en la eliminación parcial de este con el fin de exponer la corona y parte de la raíz del diente.

Mediante el uso de una fresa para hueso o Zekria, procedemos a retirar hueso alrededor de la corona del diente, con el propósito de permitir la colocación del elevador en esta zona y así poder luxar el diente. Si esto no se logra, procedemos a realizar la odontosección.

La odontosección consiste en el retiro parcial de parte de estructura dentaria, generalmente la corona, esta debe realizarse a nivel del cuello del diente. Una vez hecha esta, retiramos mediante un elevador (recto o apical) la corona para posteriormente eliminar la raíz por esta misma vía.

Una vez eliminado el diente, procedemos a revisar la cavidad, eliminando cualquier resto óseo que quede en dicha cavidad. El paso siguiente es la reposición del colgajo y la sutura de este mediante el uso de sutura 3-0 en puntos simples.

El 85% de los caninos superiores incluidos se encuentran por palatino, a nivel de la apófisis alveolar, lo cual complica su exodoncia. La técnica quirúrgica es similar a para los caninos vestibulares.

La incisión se realiza a nivel del margen gingival extendiéndose desde el segundo premolar hasta el incisivo central (unilateral) o hasta el segundo premolar contralateral (bilateral).

8.2. COMPLICACIONES.

Las complicaciones están relacionadas con varios aspectos durante las técnicas quirúrgicas. La primera de ellas está relacionada con el seccionamiento del paquete vasculonervioso nasopalatino, lo cual puede originar ya sea hemorragia o parestesia a este nivel.

Otra complicación está relacionada con la inadecuada luxación del diente, lo cual puede originar la fractura del piso de las fosas nasales y el desplazamiento de este hacia dicha cavidad. La luxación inadecuada también puede originar movilidad de los dientes

adyacentes, lo cual debe evitar se en lo posible, a pesar que esta es la mas frecuente de las complicaciones durante la exodoncia de caninos superiores.

9. TECNICAS QUIRURGICAS APLICADAS A LA EXODONCIAS DE MESIODENS

Son dientes superiores que se encuentran entre los incisivos superiores. denominados así desde 1917 por Bolk quien consideró que era una regresión de la dentadura de los primates. Su forma es rudimentaria, se aproximan en forma y tamaño a los incisivos permanentes, suelen estar en posición supraapical entre los centrales. Su corona puede estar orientada hacia arriba o hacia abajo y su extracción debe hacerse después de la formación de las raíces de los permanentes lo antes posible, para evitar desplazamientos de los dientes adyacentes.

Estos supernumerarios pueden originar algunas alteraciones en la posición de los dientes adyacentes tales como diastemas, retención de incisivos permanentes, malposiciones de estos, erupción del mesiodens en la cavidad nasal y formación de quistes.

9.1.TECNICAS QUIRURGICAS.

Luego de seguir todos los pasos aplicados ala exodoncia de dientes retenidos tales como asepsia y antisepsia, localización del diente y técnica anestésica, procedemos a realizar la técnica quirúrgica propiamente dicha.

La incisión debe realizarse según la ubicación del diente. Si se encuentra en palatino (mayor frecuencia) la incisión debe ser gingivo marginal estendiendonos desde canino a canino. si se encuentre por vestibular debe realizarse una incisión gingivo marginal con relajante mesial o distal. Se eleva un colgajo mucoperiostico, hasta descubrir el hueso, posteriormente se realiza la "osteotomia", a fin de descubrir el mesiodens. A continuación procedemos a luxar el diente con el propósito de realizar la exodoncia propiamente dicha. Una vez hecha la exodoncia, procedemos a revisar la cavidad y reposicionar el colgajo. La sutura se realiza mediante puntos simples o sutura interdental , asegurando la correcta posición de las papilas, evitando así posibles recesiones.

9.2. COMPLICACIONES.

Las complicaciones son similares a las de los caninos superiores, la hemorragia la parestesia y la posible erupción del diente dentro de la cavidad nasal. La perforación del piso y la migración del diente a esta constituye la complicación mas frecuente de estos diente.

10. CONSIDERACIONES PREQUIRURGICAS, QUIRURGICAS Y POST-QUIRURGICAS APLICADAS A LA EXODONCIA DE DIENTES IMPACTADOS.

10.1. CONSIDERACIONES PREQUIRURGICAS.

Un buen entendimiento por parte del paciente de los procedimientos quirúrgicos que serán empleados antes de iniciar el tratamiento son muy importantes.

- Citas de consulta: es muy recomendable dar cita previa para tener así el tiempo necesario y hablar con el paciente de la conveniencia de realizar o no la intervención quirúrgica. Explicar en donde se va a realizar la cirugía, que tipo de anestesia es preferible utilizar, además se recomienda explicar en detalle al paciente cuales son las posibles y probables secuelas de la operación. Después de esta consulta, el paciente estará dispuesto a otorgar "la autorización en conocimiento de causa". lo cual constituye el documento legal aplicado a todos estos tipos de procedimientos.

- Algunos pacientes están preocupados y se sienten tan desdichados ante la perspectiva de la operación propuesta, que al oír estas explicaciones, solo quieren que se realice el procedimiento que se tiene que hacer, en estos casos es lo mas indicado solicitar al paciente que autorice "por escrito" su deseo en cuanto a dicho procedimiento, lo cual evitará futuras demandas legales. Dicho documento debe ser anexado a la historia clinica del paciente.

- El siguiente paso en la consulta prequirúrgica, es evaluar el estado fisico del paciente, nosotros como odontólogos debemos realizar interconsultas médicas con el fin de obtener una correcta evaluación del estado general del paciente y obtener una autorización por escrito del médico tratante para realizar los procedimientos de cirugía oral.

- Los exámenes de laboratorio son el tercer factor en importancia durante la consulta prequirúrgica. El estado de coagulación del paciente (tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de protrombina) así como un cuadro hemático completo (recuento de glóbulos blancos , recuento de glóbulos rojos, recuento plaquetarios) deben ser solicitadas al

paciente antes del procedimiento, esto con el fin de disminuir los riesgos quirùrgicos y posquirùrgicos.

- Dentro de la evaluación del estado sistèmico del paciente, se debe prestar especial atención a la presencia de alteraciones tales como : discrasias sanguíneas, diabetes, hepatitis, enfermedades cardiorrespiratorias alteraciones renales entre otras.

La presencia de alguna de estas alteraciones podrá contraindicar el procedimiento quirùrgico.

10.2. CONSIDERACIONES QUIRURGICAS.

En esta fase del procedimiento, es responsabilidad del odontólogo y de su personal auxiliar, la presencia de complicaciones durante dicho procedimiento.

- Los protocolos de asepsia y antisepsia, deben ser rigurosamente llevados, una incisión limpia y de bordes definidos así como un correcto diseño del colgajo , minimizan el riesgo de complicaciones en esta fase.

- El trauma sobre hueso se debe minimizar, mediante el uso de instrumentos rotatorios de corte, y evitando en lo posible eliminar hueso innecesario; de la misma manera, las fuerzas ejercidas durante la luxación del diente deben ser ejercidas de una manera correcta, con el fin de evitar fracturas durante este paso quirùrgico.

- Finalmente la revisión de la cavidad en busca de restos dentales o espículas óseas debe llevarse a cabo, la reposición del colgajo y una excelente sutura que permita la correcta confrontación de los bordes, debe ser hecha para evitar así complicaciones posquirúrgicas.

- Si al final de el procedimiento y luego de una inspección minuciosa en un campo sin hemorragia y perfectamente irrigado, quedan todavía dudas, se debe tomar una radiografía pos operatoria con el propósito de verificar la ausencia de algún cuerpo extraño (restos óseos, restos radiculares, etc) que puedan originar problemas de infección post- operatoria.

10.3. CONSIDERACIONES POSQUIRURGICAS.

- Dolor. Es recomendable antes de iniciar la operación, advertir al paciente que al eliminar su diente de Impactación difícil, es casi seguro que tendrá dolor, probablemente intenso durante 6 a 8 horas después de la exodoncia.; al cabo de las 8 horas la intensidad del dolor ira disminuyendo, pero será necesario administrar analgésicos durante las primeras 24 horas después de la intervención. Otro método recomendable para disminuir el dolor postoperatorio es indicar al paciente que empiece a tomar el analgésico prescrito por lo menos 1 hora antes de que pase el efecto del anestésico local, así el adelantarse con analgésicos al dolor este no se tornará tan intenso y será mas fácil tratarlo.

- Edema. Es una manifestación del proceso inflamatorio, fase inicial necesaria de la cicatrización de heridas. La tumefacción es debida a una eliminación insuficiente de liquido linfático, destrucción celular y acumulación de líquidos extracelulares y en la

mayoría de los casos la diapedesis de los elementos sanguíneos a través de las paredes intactas de los vasos. El edema va en aumento de 24 a 36 horas después de la cirugía.

Se recomienda aplicar frío en las primeras 24 horas y luego solución salina tibia después de las primeras 24 horas, esto puede aliviar el dolor y la inflamación.

- **Trismus.** Es la dificultad relativa para abrir y cerrar la boca después de la exodoncia, debido a la molestia o el dolor que estos movimientos producen al paciente causado por la acumulación de líquidos en las fascias musculares, principalmente a nivel de los músculos masetero y pterigoideo interno. Después de las 10 a 12 horas cuando ha disminuido el dolor agudo del traumatismo quirúrgico, el edema y la inflamación provocados por el procedimiento quirúrgico, inhibe todavía el funcionamiento normal de los músculos y el trismus persiste. Normalmente luego de terminado el procedimiento quirúrgico el trismus demorará aproximadamente de 30 a 36 horas en resolverse, si después de 5 días este no se ha resuelto, el odontólogo deberá buscar la posible causa, la cual está relacionada generalmente con equimosis o hematomas en la zona afectada e infección de los espacios faríngeos laterales.

El tratamiento y la resolución rápida del trismus se puede lograr mediante la ingesta de relajantes musculares, acompañado de terapia física y de calor junto con una dieta líquida y blanda.

- **Hemorragia.** Este tipo de complicación postoperatoria es la más frecuente, para esto se debe examinar cuidadosamente al paciente antes de salir del consultorio, a fin de detectar una posible hemorragia postoperatoria. La aplicación de compresas húmedas en el sitio de la cirugía con presión por cerca de 20 minutos deben proporcionar una buena coagulación. Si persiste la hemorragia, o se reanuda luego de haber salido del consultorio

el paciente debe volver a colocar una compresa sobre el sitio operado y mantener la presión durante 1 hora o más. Si después de esto la hemorragia no se detiene, el paciente debe volver al consultorio para realizar los tratamientos adecuados.

Una vez en el consultorio el odontólogo debe eliminar las gasas y aspirar la sangre presente en boca, posteriormente colocar nuevamente gasas y examinar la zona quirúrgica al cabo de 5 minutos.

Si efectivamente la hemorragia persiste, es necesario retirar las suturas, elevar el colgajo y visualizar la cavidad para observar los sitios operados, buscando sitios de desgarre en la mucosa o hemorragia dentro del alvéolo. Los puntos de sangrado diminutos en el hueso son tratados con cera para hueso. Si la hemorragia proviene del paquete vascular alveolar, la presión se realiza mediante taponamiento con compresas de gasa desdobladas apretadas dentro del alvéolo. Si al retirar la compresa se reanuda la hemorragia, se puede colocar una esponja de gelatina absorbible (Gel- Foam) sobre el sitio que sangra, comprimiéndola firmemente con una compresa que la mantiene en el alvéolo.

Cuando la hemorragia de un vaso pequeño en el mucoperiostio, se procede a obturar dicho vaso mediante la utilización de pinzas hemostáticas junto con ligadura para sutura al rededor de las pinzas (sutura trasficcional).

Lograda la hemostasia, se cierra de nuevo la herida después de irrigarla. El paciente debe mantener una compresa de gasa en posición por medio de la presión de mordida durante dos horas aproximadamente después de abandonar el consultorio.

- **Osteítis alveolar.** Es una de las complicaciones mas comunes y desagradables consecutivas a una exodoncia. Esta complicación ocurre casi exclusivamente en el maxilar inferior y que su frecuencia aumenta en relación con la dificultad y la duración del procedimiento quirúrgico.

La osteítis alveolar consiste en la denudación del hueso que conforma el alvéolo, debido al degeneramiento del coagulo sanguíneo formada después de la exodoncia. Factores como los alimentos, el trauma y los microorganismos, hacen que el coagulo formado se degenere y se desprenda, dejando el alvéolo expuesto (alvéolo seco). La exposición del alvéolo, genera un dolor intenso que generalmente se manifiesta al cuarto día después de la exodoncia. En cuanto a su tratamiento, se recomienda sacar una cuña de tejidos blandos distal al segundo molar para abrir la herida, o bien utilizar mechas de gasas o drenes de diques de caucho. También se pueden colocar pomadas con antibióticos, también se utilizan combinaciones de antibióticos y mezclas de varios tipos de esteroides.

Generalmente el padecimiento se manifiesta y es diagnosticado de la siguiente manera : entre el 3° y 4° día después de la operación, el paciente llama para informar de cierto malestar intenso, además el paciente señala un signo clásico : la caída del coagulo sanguíneo del alvéolo, el coagulo estuvo formado y organizado y luego fue eliminado prematuramente exponiendo el proceso alveolar y sus terminaciones nerviosas a los restos de comida y saliva, lo cual provoca una sensación dolorosa. Clínicamente el diagnostico de osteítis alveolar se confirma cuando el odontólogo al levantar el colgajo mucoperiostico, observa un alvéolo vacío.

El tratamiento consiste en la irrigación con solución salina de el sitio, acompañado de la colocación tópica de sustancias tales como eugenol impregnado en una gasa y colocada dentro del alvéolo, dicha gasa debe ser cambiada cada 3 días, posteriormente se cambiara cada 7 días . Existen en el mercado una serie de medicamentos para este tipo de complicación los cuales suelen tener una combinación de anestésicos tópicos, antisépticos y eugenol. sin embargo muchos de ellos no resultan mejores que la aplicación del eugenol puro.



CONCLUSIONES

- Una tècnica quirùrgica adecuada y planeada, puede contribuir a minimizar los riesgos post operatorios en el paciente.
- El conocimiento a cerca de la anatomia de cara y cuella garantizan una correcta tècnica quirùrgica.
- La Tècnica anestèsica es de vital importancia para lograr la mejor colaboraciòn del paciente, asi como el correcto seguimiento del protocolo quirùrgico.
- Es importante explicar al paciente sobre los riesgos y beneficios de el procedimiento quirùrgico, de igual forma el consentimiento del paciente debe ser correctamente diligenciado y firmado por èste, con el fin de evitar complicaciones de tipo legal.
- El buen manejo de la historia clinica, asi como la evaluaciòn detallada del sistema garantizan un buen desarrollo del procedimiento quirurgico.

BIBLIOGRAFIA

1. **ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. Clinic of N.A. Philadelphia . Vol 1. 1990**
2. **DANIEL LASKIN. Cirugia Bucal y Maxilofacial. Panamericana. Buenos Aires. 1987**
3. **GUSTAVO KRUGER. Cirugia Buco-maxilofacial. Panamericana. Bogotà 1982.**
4. **BRUCE DONOFF. Manual of Oral and Maxillofacial Surgery**
5. **ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. Complications, Poor Results and Failures Diagnosis, Prevention and Management. Vol 2, N° 3. 1990.**
6. **HORCH H.H. Cirugia Odontoestomatoògica. Ediciones Cientificas y Tècnicas. Barcelona. 1992.**
7. **RAYMOND FONSECA. Oral and Maxillofacial Trauma. Philadelphia. Vol 2. 1991.**
8. **SOICHIRO ASANOMI. Extracciòn del tercer molar. Editorial Doyma. Barcelona 1992.**
9. **GUILLERMO RASPALL. Cirugia Oral. Editorial Panamericana. Madrid. 1994.**
10. **JOSE F. BALLESTER. El Canino Incluido: Diagnòstico y Tratamiento. M.B.D. Barcelona. 1990.**
11. **CHARLES C: ALLING. Impacted Theeth. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1993.**
12. **GEOFFREY HOWE. Cirugia Bucal Menor. Editorial Manual Moderno. Mexico 1991.**

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA LA OPERACION U OTRO

PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA LA OPERACION U OTRO PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (Para Pacientes de la Facultad de Odontología) COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

NOMBRE DEL PACIENTE _____

HISTORIA CLINICA No. _____

Yo, _____ mayor de edad
identificado como aparece al pie de mi firma, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y conscientemente declaro que:

1. Por la presente autorizo al Colegio Odontológico Colombiano (Facultad de Odontología) para que bajo su responsabilidad asigne a quienes practicarán la siguiente operación ó procedimiento _____

y aquellas operaciones o procedimientos odontológicos adicionales que a juicio de éstos se requieran sobre la base de la mencionada operación o procedimiento

2. He conversado con el Odontólogo designado por el Colegio Odontológico Colombiano (Facultad de Odontología) y / u otros odontólogos sobre la naturaleza y el propósito de la operación o procedimiento, la posibilidad de que puedan surgir o desarrollarse complicaciones, los riesgos previsibles que puedan estar involucrados y los posibles métodos alternativos de tratamiento en los términos con los cuales se han consignado con fecha _____ en la historia clínica cuyo texto declaro que conozco suficientemente.
3. Declaro que he sido advertido en el sentido de que la práctica de operación o procedimiento compromete una actividad de medio, pero no de resultado
4. Autorizo e indico al odontólogo previamente nombrado y a sus asociados y asistentes a proveer servicios adicionales que ellos consideren razonables y necesarios incluyendo, aunque no limitados a ellos, la administración y mantenimiento de la anestesia, la administración de sangre y productos sanguíneos y la preparación de servicios que incluyan la patología y la radiología, así como otras pruebas paraclínicas que sean necesarias
5. Cualquier tejido o partes que sean quirúrgicamente resecadas pueden ser retenidas o descartadas, por el Colegio Odontológico Colombiano (Quirófano Facultad de Odontología) de acuerdo con su práctica habitual
6. Se me ha informado acerca de la naturaleza, beneficios y riesgos previsibles del procedimiento u operación y se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al Colegio Odontológico Colombiano (Facultad de Odontología), sus empleados, agentes y cuerpo odontológico y médico (anestesiólogo), de ulteriores responsabilidades con respecto al permiso para esta operación o procedimiento odontológico y con respecto a los riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión
7. Asimismo, autorizo al médico anestesiólogo a administrar los anestésicos que se consideren necesarios. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia y tales riesgos me han sido explicados

He leído cuidadosamente este formulario antes de firmarlo y he tenido oportunidad de interrogar a mi odontólogo y anestesiólogo sobre la operación o procedimiento odontológico, certifico que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me comprometo con la capacidad de manifestar mi libre consentimiento

FIRMA DEL PACIENTE
C.C.No.

FIRMA DEL ODONTOLOGO
C.C.No.

FIRMA DEL TESTIGO
C.C.No.

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO
C.C.No.

Bogotá, día _____ mes _____ 199 _____

Cuando el paciente sea incapaz de firmar y otras personas firmen por él, llene lo siguiente:

Declare por qué el paciente no es capaz de dar consentimiento personalmente (o de firmar este formulario).

EXPLICACION:

_____ Menor: Se entiende por menor a quien no haya cumplido los dieciocho (18) años.

_____ Inconsciente

_____ Estado Mental

_____ Otros: Explique _____

Relación del firmante con el paciente: _____

Si el paciente es un menor, nombre del padre o tutor legal: _____

Identificación del paciente: _____

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del Paciente.