

Verra, Lucía

Diagnóstico y resolución de lesión radiolúcida periapical: caso clínico

**Trabajo final de la práctica profesional
supervisada de Odontología**

Director: Ayassa, Felipe Luis

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

TRABAJO INTEGRADOR



ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA
**DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN DE LESIÓN
RADIOLÚCIDA PERIAPICAL: CASO
CLÍNICO**

Realizado por: Verra Lucía

Tutor: Od. Ayassa, Felipe Luis

Profesora Titular Responsable: Dra. Claudia Bonnin

2024

ÍNDICE

RESUMEN	2
PALABRAS CLAVES	2
ABSTRACT	3
KEY WORDS:	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICO	6
Etiología	6
Patogenia	6
Características Clínicas	7
Características Radiográficas	7
Características Histológicas	7
NECROSIS PULPAR	8
ÉXITO Y RETRATAMIENTO EN ENDODONCIA: CONTROL A LARGO PLAZO	8
CIRUGÍA PERIAPICAL	10
CASO CLÍNICO	10
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIÓN	13
BIBLIOGRAFÍA	14
ANEXO I	15
ANEXO II	16
ANEXO III	17

RESUMEN

El periodonto de inserción, compuesto por cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar, juega un papel crucial en la sujeción del diente en el alveolo. La exposición de la pulpa dental a irritantes, ya sean mecánicos o microbianos, puede provocar inflamación y, en casos severos, necrosis pulpar, llevando al desarrollo de periodontitis apical asintomática. Este trabajo tiene como objetivo evaluar la periodontitis apical asintomática, analizando sus factores etiológicos y características clínicas, así como la efectividad de las intervenciones terapéuticas para detener la progresión de la patología y promover la regeneración del tejido periapical. Se presenta el caso de un paciente de 39 años con un diagnóstico de periodontitis apical asintomática, en el cual se realizó un tratamiento endodóntico para eliminar la infección y promover la recuperación del tejido periapical. Los hallazgos evidencian que la endodoncia es una intervención eficaz que permite conservar el diente natural y mantener la integridad del tejido óseo circundante. Sin embargo, el éxito del tratamiento no solo depende de la intervención inicial, sino también de un seguimiento riguroso a largo plazo, dado que la reparación del tejido periapical puede requerir años. Este caso destaca la complejidad de las patologías periapicales y la necesidad de un enfoque multidisciplinario para asegurar la funcionalidad y longevidad del diente tratado, sugiriendo que el monitoreo continuo es esencial para la detección de posibles complicaciones.

PALABRAS CLAVES: periodontitis apical asintomático, necrosis pulpar, endodoncia, cirugía periapical.

ABSTRACT

The attachment periodontium, composed of cementum, periodontal ligament and alveolar bone, plays a crucial role in holding the tooth in the socket. Exposure of the dental pulp to irritants, whether mechanical or microbial, can cause inflammation and, in severe cases, pulp necrosis, leading to the development of asymptomatic apical periodontitis. This work aims to evaluate asymptomatic apical periodontitis, analyzing its etiological factors and clinical characteristics, as well as the effectiveness of therapeutic interventions to stop the progression of the pathology and promote the regeneration of periapical tissue. The case of a 39-year-old patient with a diagnosis of asymptomatic apical periodontitis is presented, in which endodontic treatment was performed to eliminate the infection and promote the recovery of the periapical tissue. The findings show that endodontics is an effective intervention that allows preserving the natural tooth and maintaining the integrity of the surrounding bone tissue. However, treatment success depends not only on the initial intervention, but also on rigorous long-term follow-up, since repair of periapical tissue can require years. This case highlights the complexity of periapical pathologies and the need for a multidisciplinary approach to ensure the functionality and longevity of the treated tooth, suggesting that continuous monitoring is essential for the detection of possible complications.

KEY WORDS: asymptomatic apical periodontitis, pulp necrosis, endodontics, periapical surgery.

INTRODUCCIÓN

El periodonto de inserción es el aparato de sostén del diente en el alveolo y está constituido por cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. Estos tejidos originados del mismo componente embrionario -el Folículo o saco dental-, conforman una unidad funcional mantenida, en el diente adulto, por la actividad metabólica del ligamento periodontal. Este complejo tisular, en la región del ápice radicular o periápice, se denomina tejido periapical. ¹

La lesión o irritación de los tejidos pulpaes o periodontales pueden producir una inflamación. Las reacciones de la pulpa dental a los irritantes dependen mucho del tipo y de la duración de un estímulo. Estos irritantes se clasifican en dos grandes grupos: no vivos (mecánicos, térmicos o químicos) o vivos (microbianos). ²

En condiciones normales, la dentina y la pulpa dentales están aisladas de los microorganismos orales por las capas de esmalte y cemento que las recubren. Cuando se rompe la integridad de estas capas protectoras (como resultado de caries, fracturas y grietas inducidas por un traumatismo, procedimiento restaurador, anomalías congénitas de los dientes, raspaje y alisado radicular, atricción o abrasión) o faltan de forma natural, el complejo dentinopulpar se expone al medio oral. En ese momento, la pulpa se encuentra en riesgo de infección por los microorganismos orales presentes en las caries, la saliva y la placa dental. El riesgo aumenta con la profundidad de las lesiones debido al diámetro de los túbulos dentinarios, que aumentan al ir acercándose a la pulpa. ²

La caries es la causa más frecuente de la exposición pulpar. Sin embargo, los microorganismos pueden llegar también a la pulpa por una exposición pulpar directa como resultado de procedimientos restauradores iatrogénicos, como resultado de un traumatismo y a través de una bolsa periodontal que se extiende al foramen apical o a un conducto lateral. ²

Cuando se produce una necrosis pulpar, los microorganismos pueden invadir todo el sistema de conductos radiculares no inhibidos por los mecanismos de defensa del huésped. Como consecuencia de la interacción entre los microorganismos y la defensa del huésped, se producen cambios inflamatorios en los tejidos periapicales que dan lugar al desarrollo de una periodontitis apical. ²

OBJETIVO

Objetivo general

Evaluar la periodontitis apical asintomática, analizando sus factores etiológicos y características clínicas, así como la efectividad de las intervenciones terapéuticas para detener la progresión de la patología y promover la regeneración del tejido periapical.

Objetivos específicos

- Evaluar los factores etiológicos y patogénicos involucrados en la periodontitis apical asintomática en dientes con necrosis pulpar.
- Caracterizar las manifestaciones radiográficas y clínicas de la periodontitis apical asintomática para optimizar su diagnóstico.
- Determinar la relevancia del seguimiento clínico y radiográfico a largo plazo para garantizar el éxito terapéutico en el tratamiento endodóntico.
- Analizar la eficacia del tratamiento endodóntico convencional en comparación con intervenciones quirúrgicas, como la cirugía periapical, en casos de persistencia de infección.

PERIODONTITIS APICAL ASINTOMÁTICO

La periodontitis apical asintomático es la inflamación y destrucción del periodonto apical como consecuencia de una necrosis pulpar, se caracteriza por presentar un área radiolúcida perirradicular generalmente sin síntomas clínicos.³

Etiología: Es una secuela de la necrosis pulpar. Si el proceso agudo no es tratado, se convierte en crónico; ello supone un cambio en el tiempo y en la población celular. Su etiología se basa en que el proceso inflamatorio agudo es una respuesta exudativa, mientras que el crónico es más bien una respuesta proliferativa.³

Patogenia: Cuando al tejido periapical llegan gérmenes poco virulentos, en escasa cantidad, o productos tóxicos de descomposición pulpar, en un organismo con buena capacidad de defensa, se produce un cuadro crónico. Este proceso se caracteriza por una gran concentración de macrófagos, fibroblastos, células plasmáticas y linfocitos que intervienen en la reacción antígeno-anticuerpo. Los macrófagos y fibroblastos constituyen una barrera mecánica de defensa en el foramen apical.³

Los antígenos de la pulpa condicionan la formación de anticuerpos que a través del torrente circulatorio llegan al tejido periapical, estimulando a los linfocitos y células plasmáticas para producir fundamentalmente IgG, IgA, en menos cantidad IgM y C3 del sistema de complemento, originando una respuesta específica humoral, e inespecífica celular. Además, existe una marcada reacción vascular, produciéndose un tejido de granulación (el llamado granuloma periapical). Se dice que este tejido de granulación está más o menos delimitado por una reacción fibrosa que en ocasiones constituye una pseudocápsula. También pueden observarse células epiteliales provenientes de los restos epiteliales de Malassez, en diferentes grados de proliferación. Estas lesiones tienen por lo general una rica inervación con fibras mielínicas y amielínicas. El crecimiento de este tejido de granulación puede provocar destrucción del cemento y la dentina radicular. La acción compresiva directa del tejido inflamatorio sobre el hueso estimula la acción de los osteoclastos y ocasiona destrucción ósea que puede ser visible en las radiografías.³

Un aumento en la virulencia de los microorganismos o disminución en la capacidad de defensa del organismo, condicionan un proceso purulento que intentará buscar una vía de drenaje, bien sea a través del conducto o a través del hueso alveolar, mediante la formación de un trayecto fistuloso. La colección purulenta se abre camino a través del hueso hasta llegar al periostio formándose un absceso, posteriormente tanto el periostio como la mucosa son perforados, y el pus es drenado a través de la fístula.³

La evolución de esta lesión crónica varía según una serie de circunstancias. En algunos casos el tejido de granulación puede crecer lentamente y destruir el tejido óseo sin

producir sintomatología, pero en ocasiones el proceso crónico puede agudizarse y formar un absceso. Otra posible evolución es la formación de un quiste.³

En algunos casos el tejido periapical responde al proceso inflamatorio crónico de intensidad leve, produciendo hueso compacto alrededor del ápice; esta lesión es conocida como osteítis condensante.³

Características Clínicas: Es una lesión de larga data, asintomática por lo general, o levemente sintomática en pocos casos. Sus características clínicas son irrelevantes ya que el paciente no manifiesta dolor significativo y las pruebas revelan poco o ningún dolor a la percusión. En los casos donde la lesión ha perforado la cortical ósea la palpación sobre apical puede causar molestia. El diente afectado está necrótico por lo que las pruebas de vitalidad serán negativas.³

Características Radiográficas: La radiografía es el punto clave para el diagnóstico, ya que la periodontitis apical crónica se asocia con imágenes radiolúcidas perirradiculares. Estas imágenes radiolúcidas pueden variar desde un ensanchamiento del espacio del ligamento y resorción de la lámina dura, hasta la destrucción del hueso perirradicular que evidencia francas lesiones radiolúcidas periapicales.³

Algunos autores basados en las características radiográficas han intentado diagnosticar quistes, granulomas.³

Características Histológicas: Característicamente hay proliferación de fibroblastos y elementos vasculares, así como la infiltración de macrófagos y linfocitos.³

Histológicamente la periodontitis apical crónica se clasifica como un granuloma o quiste perirradicular.³

Es importante resaltar que los dos cuadros anatomopatológicos (granuloma y quiste), en ocasiones no tienen una delimitación tan clara como parece y depende de la opinión del patólogo que lo interprete.³

Típicamente es asintomática, y en la mayoría de los casos es un hallazgo radiográfico. También es posible asociar a esta lesión con dientes tratados endodónticamente que en la cita de control encontramos al diente asintomático, pero que ha desarrollado o persistido una periodontitis apical crónica. Las características para poder establecer el diagnóstico son las siguientes:³

Tabla 1:

Características para hacer un diagnóstico³

Pruebas de vitalidad	- Negativas
Dolor espontáneo	- Ausente o muy leve
Dolor a la palpación sobre apical	- Ausente o leve si la lesión ha perforado la cortical ósea
Dolor a la percusión	- Poco o ninguno
Movilidad	- Ausente
Afectación de los tejidos blandos	- Ausente
Radiográficamente	- Imagen radiolúcida apical de tamaño variable, puede ser difusa o circunscrita

NECROSIS PULPAR

La necrosis pulpar es la muerte de la pulpa dental que puede ser parcial o total y que implica el cese de los procesos metabólicos de este órgano. La necrosis pulpar es el resultado final de las alteraciones inflamatorias de la pulpa dental como la pulpitis irreversible. Aunque la necrosis es una secuela de la inflamación, puede también ocurrir por traumatismos donde la pulpa es destruida antes de que se desarrolle una reacción inflamatoria, como resultado, se produce un infarto isquémico y causa una pulpa necrótica gangrenosa seca. Las pulpitis agudas así como los estados degenerativos dependiendo de algunos factores intrínsecos pueden avanzar rápida o lentamente hacia la muerte pulpar. ⁴

El conducto radicular necrótico contiene una flora bacteriana mixta, tanto en anaerobios como aerobios siendo los microorganismos predominantes en la necrosis pulpar las bacterias anaerobias *Bacteroides* o *Fusobacterium*, *Bacteroides gingivalis*, *Bacteroides intermedius* y *Bacteroides endodontalis*. ⁴

La necrosis pulpar se trata mediante un procedimiento de endodoncia. Este tratamiento busca eliminar el tejido afectado, desinfectar los conductos radiculares y posteriormente sellarlos, preservando así la estructura dental y restaurando su funcionalidad.

ÉXITO Y RETRATAMIENTO EN ENDODONCIA: CONTROL A LARGO PLAZO

El tratamiento endodóntico no termina con la obtención de una radiografía final exitosa, sino que existe un período en el cual se deben efectuar controles clínicos y radiográficos, de los cuales se podrá observar el éxito del tratamiento realizado. ⁵

El resultado del tratamiento endodóntico se valora con la radiografía final y ausencia de signos y síntomas, pero el control clínico y radiográfico se debe realizar a distancia para

determinar el éxito mediato, realizando controles durante 2-3 años, tiempo durante el cual tendrá lugar la reparación total de los tejidos periapicales, o hasta por varios años más inclusive.⁵

La reparación de las lesiones patológicas preexistentes (habitualmente observadas como áreas radiolúcidas en las radiografías preoperatorias) suele producirse por medio de la regeneración de trabéculas óseas, normalización del espacio periodontal y la neoformación de una cortical ósea sin interrupciones. Sin embargo, en algunos casos la nueva formación de hueso puede ser reemplazada por un tejido colágeno fibroso, sin células inflamatorias, habitualmente denominado fibrosis periapical posendodóntica. Este tejido puede observarse en los controles a distancia como un área radiolúcida persistente, aún en los casos en los que el tratamiento endodóntico haya sido bien realizado. En estos casos, la imagen radiográfica, e incluso la tomografía computarizada de haz cónico, suele revelar la presencia de una cortical ósea consistente y bien definida rodeando el área radiolúcida, lo que de por sí puede considerarse como ausencia de tejido patológico. Sin embargo, el uso de las imágenes por sí solas puede resultar insuficiente para obtener un diagnóstico preciso. En ese sentido, obtener una muestra histológica preoperatoria del caso podría ser esencial para una correcta toma de decisiones y una adecuada orientación del tratamiento. La muestra permitiría al clínico realizar un diagnóstico preciso, y así evitar errores de interpretación que lleven a decisiones inapropiadas, tales como un retratamiento innecesario, una cirugía apical o una extracción dentaria innecesaria.⁶

Cuando el tratamiento del conducto radicular no consigue sanar la enfermedad periapical, a menudo es apropiado volver a tratar el diente, primero mediante abordajes convencionales, en especial si el tratamiento previo es técnicamente deficiente. Ello requiere la retirada de la obturación radicular previa y de cualquier material colocado por motivos restaurativos. Todos los materiales deben retirarse en su totalidad para asegurar la aplicación de fármacos antibacterianos sobre las superficies de la dentina del conducto radicular. Las tasas de cicatrización periapical en el retratamiento de los conductos se perciben como inferiores a las del tratamiento primario por las razones siguientes:

- Acceso obstruido a la infección apical.
- Microbiota potencialmente más resistente.

Los resultados de una serie de estudios muestran que la tasa de éxito media ponderada del retratamiento no quirúrgico de conductos radiculares es del 66%, lo que corresponde de un 6% menos que la del tratamiento primario en dientes con periodontitis apical. No obstante, también se ha constatado que la tasa de supervivencia de dientes

sometidos a retratamiento no quirúrgico puede ser similar a la del tratamiento primario de los conductos. ⁵

CIRUGÍA PERIAPICAL

En el caso que no se soluciones con un retratamiento se debe realizar una cirugía periapical.

La cirugía periapical permite eliminar una lesión periapical conservando el diente causal en los casos en los que no se pueda resolver la patología mediante un tratamiento de conducto convencional. La intervención quirúrgica actúa sobre los tejidos periodontales periapicales (hueso y encía) y en los tejidos del propio ápice dentario (cemento, dentina y conducto radicular). De este modo conseguimos mantener el diente y eliminar el foco infeccioso causante de la lesión. (Peñarrocha 2004)⁷

Este procedimiento quirúrgico consta de tres técnicas básicas: legrado apical, apicectomía o resección apical y la obturación retrógrada (Gay Escoda, 1999). En su primer tiempo, la cirugía periapical tendía a la eliminación de una gran cantidad de tejido alrededor de la lesión, y a la sección de una gran porción de la raíz, en un intento de limpiar toda la zona afectada, sin dar suficiente importancia al sellado del conducto radicular. Más tarde se comprobó que en los casos que el sellado apical no era bueno, el hueso no regeneraba, aunque todo el tejido patológico hubiera sido eliminado; la causa era la persistente comunicación entre el conducto radicular y el espacio periapical. (Donado 1998)⁷

El objetivo de la cirugía periapical es conseguir la regeneración de los tejidos del periápice, lo que exige extirpar toda la lesión periapical mediante el legrado y la resección del ápice radicular, y aislar los conductos radiculares con un adecuado sellado apical que impida la filtración y la presencia de irritantes, evitando así la recidiva infecciosa. ⁷

CASO CLÍNICO

Concurre a la consulta paciente de 39 años, el motivo de la consulta fue "vengo a ver que solución tengo para este diente", al realizar la historia clínica relata que había tenido un accidente automovilístico hacia 15 años en el cual había perdido varios elementos dentarios, en el elemento 12 comenta que había tenido un golpe dos semanas antes de la consulta, también nos comenta haber tenido una restauración y debido al trauma que había tenido se le había salido la restauración.

Al examen clínico se observa la presencia de caries, hay gran pérdida de la porción coronaria y hay presencia de fistula.



Ilustración 1: Examen clínico del elemento 12

Seguidamente se llevó a cabo las pruebas terminas con frio -50° realizadas con Edo-Ice las cuales resultaron negativas, se le realizo también las percusiones verticales y horizontales las cuales dieron resultados negativos.

Se realiza una toma radiográfica en donde se observa una lesión radiolúcida a nivel apical, hay ensanchamiento del ligamento periodontal y perdida tejido óseo.



Ilustración 2: Examen radiográfico del elemento 12.

El diagnóstico es periodontitis apical asintomática, basado en la información recopilada durante el examen clínico y radiográfico. El estado pulpar de dicho elemento es necrosis o gangrena pulpar.



Ilustración 3: Examen radiográfico post-endodoncia del elemento 12

El tratamiento indicado es un tratamiento endodóntico total de pulpa no vital.

Se seguirá observando la zona radiolúcida ya que el periodonto tiene un tiempo biológico de reparación.

DISCUSIÓN

Se eligió la endodoncia como tratamiento preferido porque ofrece la ventaja de conservar el diente natural, lo que es esencial para preservar la estructura ósea circundante. La preservación del diente evita la reabsorción del hueso alveolar, una consecuencia común tras la extracción dental, y asegura que la función masticatoria se mantenga sin recurrir a tratamientos más invasivos. Esta decisión es particularmente importante en pacientes que ya presentan la pérdida de varios dientes, ya que mantener la mayor cantidad posible de estructura ósea es crucial para la estabilidad a largo plazo. En estos pacientes, la pérdida ósea puede llevar a complicaciones adicionales, como la reducción de la altura y el ancho del hueso disponible para futuros tratamientos, especialmente si se considera la colocación de implantes dentales en el futuro.

Además, la endodoncia permite evitar las complicaciones asociadas con prótesis removibles o implantes, que requieren un proceso más largo, costos más elevados y, en algunos casos, pueden no ser viables debido a la cantidad insuficiente de hueso o la salud general del paciente. Al optar por conservar el diente natural, se minimizan estos riesgos, se mantiene la funcionalidad del diente y se prolonga la longevidad del sistema dentario del paciente. De este modo, se preserva no solo la estética, sino también la integridad de las arcadas dentarias, facilitando una mejor calidad de vida a largo plazo.

Una limitación de este estudio fue el corto período de seguimiento, lo que impide evaluar completamente el tiempo necesario para la regeneración ósea.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del caso clínico de periodontitis apical asintomática mostró la importancia de la intervención temprana y el diagnóstico adecuado en la preservación de los dientes afectados. La necrosis pulpar identificada en el paciente fue tratada mediante una endodoncia, un procedimiento clave para eliminar la infección y promover la recuperación del tejido periapical.

Sin embargo, el éxito del tratamiento no solo depende de la intervención inicial, sino también de un seguimiento riguroso a largo plazo. La reparación de los tejidos periapicales puede tomar años, lo que subraya la importancia de los controles periódicos tanto clínicos como radiográficos. En caso de complicaciones, como la persistencia de la infección o una reparación incompleta, se deben considerar alternativas como el retratamiento endodóntico o la cirugía periapical.

Este caso resalta la complejidad de las patologías periapicales y la necesidad de un enfoque multidisciplinario para asegurar la funcionalidad y longevidad del diente tratado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Soares, I. J., & Goldberg, F. 2012 segunda edición. *Endodoncia técnica y fundamentos*. Editorial medica panamericana.
- 2- Mahmoud, T., Ashraf, F. F., & Shahrokh, S. 2022 sexta edición. *Endodoncia principios y práctica*. Elsevier España.
- 3- Alvarado, Alessandra, M. 2002 *Patología endodóntica peri-radicular y su diagnóstico*. Universidad Central de Venezuela.
<https://www.carlosboveda.com/Odontologosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado25.htm>
- 4- Israel, P. L., & Jezbít, S. L. V. NECROSIS PULPAR.
<http://revistasbolivianas.umsa.bo/pdf/raci/v21/v21a09.pdf>
- 5- Hargreaves, K. M., & Berman, L. H. 2022. duodécima edición. *Cohen vías de la pulpa*. Elsevier España.
- 6- Zmener, O. (2022). *Diagnóstico clínico, radiográfico e histológico de un caso de fibrosis periapical posendodóntica*. Revista de la Asociación Odontológica Argentina, 110, e1101231. <https://doi.org/10.52979/raoa.1101231.1194>
- 7- Peñarrocha Diago, M., Peñarrocha Oltra, D., & Gay Escoda, C. 2019. *Cirugía periapical básica*. Universitat de València.
<https://books.google.es/books?id=v2a3DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- 8- Hargreaves, K. M., & Berman, L. H. 2016. Undécima edición. *Cohen vías de la pulpa*. Elsevier.

ANEXO I
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

**TRABAJO INTEGRADOR: DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN DE LESIÓN
RADIOLÚCIDA PERIAPICAL: CASO CLÍNICO**

AUTOR: VERRA LUCÍA

**REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: OD. AYASSA,
FELIPE LUIS**

FIRMA DEL TUTOR:

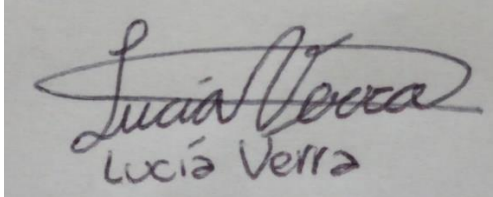


FELIPE AYASSA
Od. M.P. 8339

FECHA: 23 de Octubre del 2024

ANEXO II
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo VERRA LUCÍA, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado
DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN DE LESIÓN RADIOLÚCIDA PERIAPICAL:
CASO CLÍNICO declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Handwritten signature of Lucía Verra in black ink on a light background. The signature is written in a cursive style and is followed by the printed name 'Lucía Verra' in a smaller font.

Firma

Córdoba, 23 de Octubre del 2024

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 20 días del mes de Marzo del año 2024 siendo las 14:00 hs. Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante/practicante Lucía Vera DNI N° 4039291 que habiendo aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales, oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Noelia del Valle Arrieta DNI: 31669896

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe Arrieta Noelia del Valle DNI N° 31669896 con domicilio en calle Nicolás Avellaneda 1173 otorgo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Sra.....

Firma del paciente: Noelia del Valle Arrieta

Firma del Profesional a cargo: Felipe

Firma del representante si el paciente es menor de edad: