

Ainol, Francisco

Caries secundaria

Trabajo final de la práctica profesional supervisada de Odontología

Directora: Masó, Sabrina Elena

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.](#)

TRABAJO INTEGRADOR

“Caries secundaria”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

CARRERA DE ODONTOLOGIA

“PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA”

Autor: Ainol Francisco

Tutor: Od. Masó Sabrina Elena

Profesor titular responsable: Dra. Bonnin Claudia

Córdoba, 2024

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos generales:	2
Objetivos específicos:	2
Desarrollo	3
Causas.....	3
Riesgo de caries secundaria.....	3
Formación de caries secundaria.....	4
Diagnóstico de caries secundaria	4
Factores de riesgo	4
CASO CLINICO.....	6
Diagnostico diferencial.....	11
Pronostico	11
Discusión.....	11
Conclusiones.....	12
Referencias bibliográficas	13

CARIES RECURRENTE O SECUNDARIAS

Resumen

La caries secundaria también denominada caries recurrente constituye una de las razones principales de reemplazo de las restauraciones. Es una lesión de caries que se localiza adyacente a una restauración, y puede originarse como una lesión externa y /o lesión de pared ⁽¹⁾. Es importante destacar que puede prevenirse a partir del control de los factores de riesgo del paciente. Las causas que pueden producirla son variadas, como puede ser microfracturas, acumulación de placa bacteriana en el espacio entre el material restaurador y el diente, contracción de polimerización del material, etc.

Las bacterias pueden provenir de la cavidad oral misma y quedar atrapadas en el entorno anaeróbico de las microfisuras a lo largo de la interfaz entre el diente y la restauración. Esto sugiere que el primer paso y la contribución a la formación de la caries puede ser la destrucción de la proteína del diente. A esto le sigue la fermentación de los carbohidratos dietéticos presentes que se acumulan y producen más ácidos, lo que lleva a la lesión.

Para la intervención de este tipo de lesión se ha seguido el mismo procedimiento operatorio, comenzando por el diagnóstico de los elementos dentarios tanto clínica como radiográficamente. La apertura (remoción de la restauración) se realizó con piedra esférica a alta velocidad bajo refrigeración acuosa, la remoción del foco patológico con fresa esférica a baja velocidad (del mismo tamaño que la cavidad) o cucharillas, limpieza de la cavidad, protección dentino pulpar y posteriormente la restauración con su correspondiente desgaste y pulido final.

Palabras claves: caries secundaria, caso clínico, restauración.

Keywords: secondary caries, clinical case, restoration.

Introducción:

En el presente trabajo se desarrollará el tema de caries secundarias y analizando varios aspectos con respecto a la misma y explicando el caso clínico donde se relatará el diagnóstico, plan de tratamiento que se escogió para este caso en particular. Se eligió este tema ya que se ha presentado a la consulta una paciente que contiene varias lesiones de este tipo y se consideró algo interesante a desarrollar debido a que presentaba varias lesiones en sector anterior.

Además, la elección del tema se dio ya que a mi criterio es algo importante en darle la importancia que se merece ya que esta puede ser prevenida con una correcta destreza por parte del operador, es decir, controlando bien el tema de la contracción del material de restauración, verificando si la lámpara irradia la luz necesaria, correcta y no está presentando unos defectos que puede llegar a provocar un fracaso operatorio.

Objetivos generales:

Desarrollar el tema seleccionado, brindando toda la información necesaria para poder entender la importancia sobre caries secundaria a partir de distinta bibliografía buscada en internet en sitios confiables (PubMed, Scielo, etc.), describir caso clínico sobre un paciente que concurrió a la consulta con este tipo de lesiones.

Objetivos específicos:

- Dar información sobre caries secundaria.
- Detallar caso clínico con información recogida en la historia clínica.
- Desarrollar el plan de tratamiento que se ideó.
- Justificar porque se ha elegido la intervención que se hizo en este caso y no otra.

Desarrollo:

La caries secundaria también denominada caries recurrente constituye una de las razones principales de reemplazo de las restauraciones. Es una lesión de caries que se localiza adyacente a una restauración, y puede originarse como una lesión externa y /o lesión de pared. El diagnóstico clínico, está basado en la presencia de pigmentación y brecha marginal, ambos signos igualmente no son criterios absolutos para el diagnóstico de caries secundaria ⁽¹⁾.

Se sabe que este tipo de lesión es un proceso complejo y multifactorial, que entrelaza las diversas causas de la caries “convencional” con las características específicas de la restauración y del material restaurador involucrado, es decir, la patogénesis de la caries secundaria sigue el mismo concepto que cualquier otra lesión de caries, involucrando desmineralización y, en el caso de la caries secundaria de la dentina, disolución enzimática del componente orgánico, pero se modifica por la presencia de un margen de restauración.

Causas:

Las caries secundarias pueden estar asociadas con una restauración defectuosa (a través de espacios existentes entre la restauración y el diente que permiten que fluidos ácidos o biopelículas ingresen a la interfaz, es importante tener en cuenta que estos espacios que pueden existir entre el remanente dentario y el material de restauración puede deberse a distintos motivos, como puede ser por una contracción de polimerización del material no compensado o un fotocurado insuficiente del material) o asociadas con una restauración intacta (por ejemplo, a través de una menor capacidad de amortiguación de la restauración en comparación con el tejido duro del diente) o no causalmente asociadas con la restauración en absoluto, sino meras caries primarias adyacentes a restauraciones existentes (cuando el proceso de caries no se ha abordado lo suficiente a nivel del paciente y la superficie próxima a la restauración se vuelve cariosa como resultado de esta actividad de caries en curso).

Sin embargo, cualquier sea el caso se requiere de la presencia de los factores relevantes para el desarrollo de caries como lo son: presencia de placa bacteriana criogénica, suministro de carbohidratos fermentables, desequilibrio en la pérdida de minerales y pérdida de tejido duro dental.

Riesgo de caries secundaria ⁽²⁾:

- **Ubicación de la superficie.** La gran mayoría de las lesiones cariosas secundarias (se encuentran en el margen gingival de las restauraciones, independientemente del

material de restauración. Se especuló además que las restauraciones proximales “más profundas”, es decir, las que se extienden hasta la unión cemento-esmalte o más allá, muestran mayores riesgos de caries secundarias, ya que el sustrato dental no es esmalte, sino cemento y dentina, pero también porque la colocación de la restauración puede ser más difícil para estas restauraciones más profundas.

-Paciente susceptible a caries: El riesgo de fracaso de la restauración debido a caries secundarias es significativamente mayor en pacientes con alto riesgo de caries en comparación con los de bajo riesgo.

-Habilidades del operador: la caries secundaria está parcialmente asociada a la calidad de la restauración colocada. Además del paciente como factor principal, el operador es visto a menudo como el segundo factor principal que influye en la longevidad de la restauración y el riesgo de caries secundarias. La experiencia y el cuidado del operador durante la colocación de la restauración afectarán su integridad y supervivencia a largo plazo.

Formación de caries secundaria ⁽³⁾:

En la caries secundaria, las bacterias pueden provenir de la cavidad oral misma y quedar atrapadas en el entorno anaeróbico de las microfisuras a lo largo de la interfaz entre el diente y la restauración. Esto sugiere que el primer paso y la contribución a la formación de la caries puede ser la destrucción de la proteína del diente. A esto le sigue la fermentación de los carbohidratos dietéticos presentes que se acumulan y producen más ácidos, lo que lleva a la lesión. Se ha estudiado que más de la mitad de la odontología operatoria realizada en adultos implica el reemplazo de restauraciones basadas en el diagnóstico de caries secundaria.

Diagnóstico de caries secundaria ⁽²⁾:

La inspección visual es el método más utilizado para detectar caries secundarias. Sin embargo, aún existe heterogeneidad en el enfoque clínico utilizado por los odontólogos en la evaluación de la detección visual.

También se puede utilizar la inspección táctil para ayudarnos a realizar el diagnóstico y se puede usar la radiografía como método complementario, en donde se podría visualizar una línea radiolúcida adyacente a la radioopacidad que tiene el material restaurador, esto nos indicaría la presencia de caries secundaria.

Factores de riesgo ⁽⁴⁾:

Como sabemos el desarrollo de caries secundaria obedece o sigue el mismo mecanismo que la caries primaria, es decir, desmineralización y proteólisis dependiendo si está en esmalto o dentina. Es por eso que los factores de riesgo son los mismos que presenta la caries primaria. Estos pueden dividirse en:

-Niveles y factores de riesgo para caries BAJO RIESGO: donde podemos encontrar:

- Índice O'Leary <20%
- Índice de placa de Löe ≤ 1
- Condicionantes de placa: no
- Frecuencia de hidratos de carbono <4 momentos
- Medicaciones u otros factores que disminuyen secreción salival: no
- Control odontológico regular con acciones preventivas integradas en programas
- Incluye fluoruros sistémicos y locales.
- Bajos niveles de S. Mutans <10⁵ UFC por mL de saliva.
- Lactobacilos <10³ UFC por mL de saliva
- Nivel socioeconómico alto.

-Niveles y factores de riesgo para caries MODERADO RIESGO:

- Índice O'Leary >20 $\leq$ 30%
- Índice de placa de Löe =1
- Hay condicionantes de placa (calculo, obturaciones desbordantes).
- Frecuencia de hidratos de carbono ≥ 4 <6 momentos
- Medicación que disminuye secreción salival.
- Sin historia de fluoruros sistémicos
- Control odontológico irregular con acciones restauradoras
- Moderados niveles de S. Mutans y lactobacilos

-Niveles y factores de riesgo para caries ALTO RIESGO:

- Índice O'Leary >30%
- Índice de placa de Löe: >1
- Hay condicionantes de placa
- Frecuencia de hidratos de carbono >6 momentos
- Múltiples restauraciones
- Sin antecedentes de flúor.
- Atención odontológica irregular (solo urgencias o restauraciones)
- Altos niveles de S. Mutans y lactobacilos

CASO CLINICO:

Se presenta a la consulta paciente de sexo femenino a la Clínica Odontológica Sixto Castellanos sj en la catedra de "Practica Profesional Supervisada" donde su motivo de consulta fue "necesito unos arreglos de caries en los dientes de adelante" por lo que se procedió a la confección de la historia clínica para la recolección de datos, se recogieron datos filiatorios (nombre, edad, ocupación, número de DNI, etc.), tras la anamnesis no se ha evidenciado la presencia de patologías locales o sistémicas que puedan llegar a complicar la realización del tratamiento.



(Figura 1; 2; 3; 4; 5; fotografías extraorales de la paciente)

A inspección extraoral no se han encontrado factores relevantes que puedan influir a la hora de la realización del plan terapéutico, solo puede destacarse que, al trazar la línea media facial, hay una leve asimetría entre el lado derecho y el izquierdo. Al trazar los tercios faciales observamos que no se encuentran equilibrados, siendo el tercio medio mayor que el superior e inferior.

Al examen intraoral se observó inflamación gingival con la presencia de cálculo supragingival a nivel de los elementos anteroinferiores en la cara lingual de los mismos. En los elementos 1.1 (incisivo central superior permanente derecho); 1.2 (incisivo lateral superior permanente derecho); 2.1 (incisivo central superior permanente izquierdo); 2.2 (incisivo lateral superior permanente izquierdo) se observaron múltiples restauraciones con resina compuesta filtradas a nivel de las caras interproximales y lesiones cariosas que afectaban las caras mesiales y distales de los elementos dentarios anteriormente mencionados.



-Figura A (fotografía oclusal superior). -Figura B (fotografía oclusal inferior). -Figura C (fotografía de frente). -Figura D (fotografía lateral izquierda). -Figura E (Fotografía lateral derecha)

Siguiendo con la inspección intrabucal se observó la ausencia del elemento 1.5 (segundo premolar superior permanente derecho) y 4.6 (primer molar inferior permanente derecho). Según lo relatado por la paciente, durante la anamnesis, dichos elementos dentarios fueron extraídos hace aproximadamente 1 año. Se observó presencia de caries en surco vestibular del elemento 3.6 (primer molar inferior permanente izquierdo), cara oclusal del elemento 4.5 (segundo premolar inferior permanente derecho) y caries macropenetrante oclusodistolingual del elemento 3.7 (segundo molar inferior permanente izquierdo) el cual fue derivado al servicio de endodoncia para el respectivo tratamiento endodóntico.

Como plan de tratamiento a seguir se optó por la remoción de las antiguas restauraciones de resina compuesta que presentaban caries secundarias o recurrentes, la eliminación del tejido patológico y la posterior restauración con resinas compuestas.



-Figura F (situación clínica inicial). -Figura G (radiografía periapical inicial)

Se trabajo con aislamiento absoluto para una mejor la intervención operatoria ya que propicia un ambiente adecuado para los materiales de restauración. El uso de la goma dique es de especial importancia durante la remoción del tejido cariado, ya que garantiza un medio libre de humedad y evita la contaminación bacteriana proveniente de la saliva, debido a que esta puede invadir el complejo dentinopulpar y conllevar a la infección. Además, en cuanto a la adhesión hay evidencia que muestras que en un medio seco se da una correcta adaptación marginal, contrario a otras expuestas a humedad y saliva; por tanto, se ha concluido que el dique de goma favorece un medio seco e idóneo para la adhesión ⁽⁵⁾.

También es de suma importancia el uso del aislamiento absoluto del campo operatorio debido a que esto evita accidentes que pueden ocurrir durante el procedimiento operatorio, ya sea evitar que el paciente ingiera los materiales que se utilizan como ácido fosfórico, o durante la restauración con la utilización de cuñas y matrices, entre otras.

Para la realización de estas operatorias se ha seguido el mismo procedimiento para todas, solo en algunas se han hecho algo diferente como una protección dentino pulpar, por ese motivo se procederá a explicar los tiempos operatorios juntos.

Luego del diagnóstico tanto clínico como radiográfico se procede a la colocación de anestesia utilizando clorhidrato de carticaina al 4%, adrenalina 1:100000 de la marca comercial Anescart Forte, colocación del aislamiento absoluto del campo operatorio aislando de canino a canino superior.

Los tiempos operatorios a seguir fueron los siguientes:

-Remoción de la restauración antigua: donde se utilizó piedras esféricas a alta velocidad con refrigeración acuosa, eran de diferentes tamaños de acuerdo a la extensión de la restauración.

-Eliminación del foco patológico: se ha eliminado la lesión cariosa una vez eliminado la antigua restauración con fresas esféricas a baja velocidad y con cucharillas.

-Limpieza de la cavidad: con spray de la jeringa triple y con solución fisiológica para dejar la cavidad en condiciones.

-Protección dentino pulpar: se ha realizado en aquellas cavidades en donde la extensión era muy extensa por lo que nos valemos de el Theracal LC con el fin de aislar el complejo dentino pulpar de la restauración, evitar molestias postoperatorias y también tener en cuenta que este material al ser fotopolimerizable facilitará la colocación por sus propiedades tixotrópicas y condensación inmediata ⁽⁶⁾.

Para la obturación de los elementos a tratar se realizó el correcto acondicionamiento con ácido fosfórico al 37% durante 15 segundos solo en esmalte, pasado ese tiempo se lava con agua y se seca, evitando resecar la dentina remanente.

Una vez acondicionado se procede a hacer el protocolo adhesivo donde se utilizo adhesivo universal, este es llevado a la cavidad con un microbrush y es frotado en la cavidad, se proyecta aire limpio para volatilizar el vehículo y se fotocuro.

Para restaurar se utilizó resinas compuestas nanoparticuladas donde se uso distintas tonalidades para devolver correctamente el color. Se uso color A20 para devolver color de la dentina y para los últimos incrementos se utilizo un color A2. Una vez restaurado se hizo el desgaste y pulido correspondiente

En una primera instancia comenzamos trabajando en la cara distal del elemento 2.1 y cara mesial del elemento 2.2. Realizamos la intervención en un mismo tiempo de los dos elementos dentarios para aprovechar la misma anestesia infiltrativa y devolver la relación de contacto entre ambas piezas.



Figura H (apertura de cara distal de elemento 2.1 y cara mesial de elemento 22).



Figura I (restauración final).

Para la cara mesial del elemento 2.1 se tuvo en cuenta la información recaudada en el caso anterior, solo que se realizó en una segunda sesión. Se agregó en este caso la utilización de una cuña y matriz de acero en cara proximal con el objetivo de proteger al diente vecino durante la apertura. Y algo más que se hizo a diferencia del anterior es la utilización de Theracal LC para protección indirecta debido a la extensión de la lesión.



Figura J (apertura cara mesial elemento 2.1)



Figura K (restauración final)

Para la cara mesial del elemento 1.1 se procedió a realizar las maniobras operatorias similares a los casos anteriores para la eliminación de la restauración.



Figura L (apertura cara mesial y distal elemento 11)



Figura M (Restauración final)

Diagnostico diferencial:

Principalmente se realiza el diagnostico diferencial con caries primarias, es importante remarcar la diferencia que existe entre ambas, en cuanto a caries secundarias decimos que es una lesión que se desarrolla adyacente a una restauración, mientras que la caries primaria se origina y desarrolla sobre una superficie dentaria no restaurada con anterioridad. La caries primaria y secundaria es la misma, y ambas se observan clínicamente y radiográficamente igual, la única diferencia entre estas, es que la secundaria ocurre adyacente a una restauración¹. Mientras que, la diferencia entre caries residual y caries secundaria, radica en que la primera, se trata de tejido cariado que no fue eliminado antes de la colocación de la restauración.

Pronostico:

Para este caso en particular podemos decir que tiene un pronóstico favorable ya que en la paciente se ha trabajado mucho la motivación y en la prevención, como por ejemplo técnicas de cepillado, dieta, momentos de azúcares, por lo que podemos predecir que las restauraciones hechas en los elementos dentarios afectados pueden perdurar en el tiempo.

Discusión:

Es importante considerar y tener en cuenta que hay diversas situaciones o casos que nos hacen pensar que tipo de intervención y plan de tratamiento se elige ante la situación clínica que se nos presenta. En este caso hay varias formas de poder actuar frente a este tipo de lesiones una opción es rellenar este espacio que se generó entre la restauración y el remanente dentario a partir de materiales fluidos que nos permiten sellar esa interfase y aislarla de los microorganismos de la cavidad bucal, otra manera de intervenirla es haciendo un recambio en la restauración, es decir eliminación de la restauración antigua, eliminar foco patológico y volver a restaurar, como se hizo en este caso. Algunos autores creen en la posibilidad o que la mejor opción a seguir es el sellado de esa interfase diente-restauración, ya que la intervención es menos invasiva y más conservadora, además porque creen que es menos costoso.

En este caso se eligió eliminar toda la restauración, eliminar foco patológico y volver a restaurar debido a que se pensó en que era lo más óptimo a elegir ya que de esa forma estábamos seguros de que la lesión no se extendiera en profundidad y evitar en un futuro un tratamiento endodóntico que eso le costara más. Para evitar la recidiva se instauró y se hizo hincapié de la prevención de caries con el fin de que las restauraciones puedan conservarse a largo plazo.

Conclusiones:

Para concluir es de suma importancia tener en cuenta este tipo de lesión sobre todo para evitar que se agrave la extensión de la lesión, es por eso que debemos de instruir una correcta higiene oral, enseñar a conciencia la importancia de cepillado en que momentos hacerlo y demás.

Como profesionales debemos prestar suma atención a la hora de realizar una restauración, para evitar este tipo de lesión, siguiendo protocolos según corresponda. A partir de lo visto en bibliografías debemos tener como herramienta indispensable el aislamiento absoluto del campo operatorio debido a que de esa forma evitamos cualquier tipo de contaminación en la cavidad cuando estamos restaurando. Otra herramienta es una correcta adhesión y evitar o no tener en cuenta de compensar la contracción de polimerización del material de restauración, ya que como vimos es una de las causas principales por la cual se forman este tipo de lesiones.

Por último, es importante recalcar que para tratar este tipo de lesión hay diversas formas, siempre elegir la que mejor se ajuste al paciente y a las habilidades del operador, tratar de siempre elegir aquello que sea lo mejor para el bienestar del paciente. Explicar y comunicarle al paciente todo lo que se puede elegir, los riesgos y beneficios y así llegar a un correcto tratamiento sobre todo para hacerlo más participativo y generar una buena relación odontólogo-paciente.

Referencias bibliográficas:

- 1) Figueroa-Gordon, M. (2009). Caries secundaria. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(2), 474-480. Recuperado en 08 de septiembre de 2024, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200028&lng=es&tlng=es.
- 2) Askar, H., Krois, J., Göstemeyer, G. *et al.* Caries secundarias: ¿qué son y cómo se pueden controlar, detectar y gestionar?. *Clin Oral Invest* **24**, 1869–1876 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03268-7>
- 3) Chenicheri, S., R, U., Ramachandran, R., Thomas, V., & Wood, A. (2017). Insight into Oral Biofilm: Primary, Secondary and Residual Caries and Phyto-Challenged Solutions. *The open dentistry journal*, 11, 312–333. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010312>
- 4) Piovano. S. (2006), Cap.19 EXAMEN Y DIAGNÓSTICO EN CARIOLOGÍA, OPERATORIA DENTAL INTEGRACION CLINICA (358). Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
- 5) Gómez Díaz, Marta, Vargas Quiroga, Edgar, Pattigno Forero, Brenda, & Tirado Amador, Lesbia. (2017). Algunas consideraciones sobre el aislamiento absoluto. *MEDISAN*, 21(10), 3066-3076. Recuperado en 08 de septiembre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000011&lng=es&tlng=es.
- 6) Baños-Carrera, K., Patiño-Sánchez, K., & Arroyo-Lalama, E. (2023). Usos del TheraCal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 27, e5853. Recuperado de <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5853>

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: CARIES SECUNDARIA.

AUTOR: AINOL BARRIA FRANCISCO SEBASTIAN.

REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LA PROFESORA: Od. MASÓ SABRINA ELENA.

Firma del tutor:



FECHA: 02/10/2024

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Ainol Barria Francisco Sebastián, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Caries Secundaria” DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Firma

Córdoba, 02 de octubre 2024



Consentimiento informado

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 15 días del mes de Mayo del año 2024, siendo las 14:00 hs. Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante/practicante Ariel Traverso DNI N° 4.352.3584 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: Arcoz Simon Melania DNI: 37.618.141

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 fotografien 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 anatómo 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 Arcoz Simon Melania DNI N° 37.618.141
con domicilio en calle Gaitan 35 otorgo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta.....

Firma del paciente:

Firma del Profesional a cargo:

Firma del representante si el paciente es menor de edad: