

**Arce Gardella, Fabio Federico**

---

**Reabsorción asociada a  
elementos retenidos**

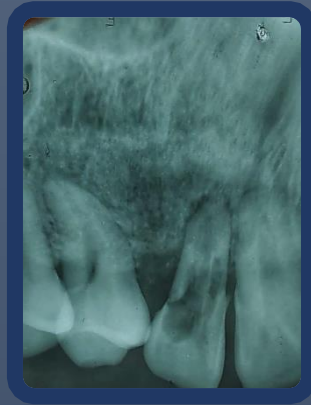
**Trabajo final de la práctica profesional  
supervisada de Odontología**

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.](#)



## *REABSORCIÓN ASOCIADA A ELEMENTOS RETENIDOS*

CARRERA DE ODONTOLOGÍA  
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA  
ARCE GARDELLA, FABIO FEDERICO

JTP: MASÓ, SABRINA ELENA  
TITULAR DE CÁTEDRA: BONIN, CLAUDIA

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS .....	6
CASO CLÍNICO PROPIO .....	7
DISCUSIÓN .....	15
CONCLUSIÓN.....	17
BIBLIOGRAFÍA .....	18

## RESUMEN

La reabsorción dentinaria es un proceso patológico caracterizado por la resorción a nivel dentinario comenzando desde el interior del conducto en dirección hacia el exterior del mismo, esto puede responder a estímulos externos, internos y también puede tener un origen idiopático.

La reabsorción dentinaria se encuentra asociada a distintos factores, uno de ellos es la presencia de elementos retenidos en las proximidades de las raíces de otros elementos dentarios, los cuales provocan por su presencia, o por la intervención requerida para la extracción de dichos elementos, la reabsorción radicular de los elementos circundantes con las consecuencias que esto acarrea.

Se presenta un caso clínico conformado por un paciente que ha sido sometido a una cirugía de extracción de un canino retenido y que, tras la misma, ha presentado dolores, molestias y cambios de coloración a nivel de un incisivo lateral, el objetivo es analizar la interacción entre los elementos retenidos en sus diversas ubicaciones y la prevalencia de reabsorciones dentinarias internas asociadas.

Este documento pretende profundizar en esta problemática, complementando la información con un caso clínico junto a sus estudios complementarios, como por ejemplo las tomografías Cone Beam, que brindan un nivel de información espectacular para analizar la posición y relación de elementos retenidos con las raíces de los elementos dentarios adyacentes y como estos pueden o no relacionarse.

**Palabras clave:** reabsorción, interna, retenido, clínico, extracción, raíz, externa

## ABSTRACT

Root resorption is a pathological process in which resorption takes place at a dentin level, starting from inside the root canal and progressing towards the outside, this can happen due to external or internal stimuli or have an idiopathic origin.

Root resorption is associated to diverse factors, one of them being the presence of impacted elements in the surroundings of dental roots belonging to other elements. These impacted elements cause by their presence, or by the procedure needed to perform the removal of, the start of a pathological process known as internal root resorption affecting the roots of those elements that were near the impacted element.

A clinical case is presented, showing a patient whom has gone through the extraction of an impacted canine and is now presenting symptoms such as pain and discoloration in one lateral incisor, the objective is to find if there is any relationship between these symptoms and the surgical procedure that took place to remove the impacted canine.

This document pretends to dive into this problematic and complement it with a clinical case coupled with complementary studies such as the Cone Beam Computed Tomography, critical to be able to see and diagnose the state and position of impacted elements and their relationship with surrounding teeth.

**Keywords:** resorption, internal, impacted, root, extraction, clinical, external

## INTRODUCCIÓN

Los elementos retenidos pueden definirse como aquellos elementos que llegada su fecha de erupción, no lo hacen y mantienen su saco pericoronario fisiológico normal intacto, estos elementos son un hallazgo frecuente durante la práctica odontológica diaria y deben ser debidamente diagnosticados y debe brindárseles la importancia que ameritan, ya que si bien puede que durante el hallazgo no hayan provocado ningún tipo de daño, tienen un gran potencial para generar complicaciones a largo plazo, una de ellas, es la reabsorción dentinaria a nivel de las raíces de los elementos dentarios que los rodean.

Los elementos que más comúnmente sufren de retención son en primer lugar, los terceros molares inferiores, seguidos por los terceros molares superiores y, en tercer lugar, los caninos superiores.

La retención de estos elementos supone todo un desafío, si bien existen casos en donde una persona puede transcurrir toda su vida de forma normal con elementos retenidos y nunca sufrir ningún tipo de molestia o problema, es cierto que hay que al menos llevar un control del desarrollo y avance de los casos con una conducta expectante, ya que, no en todos los casos estos elementos se mantienen inocuos y derivan en problemáticas mayores, como la ya mencionada reabsorción radicular de elementos circundantes, problemas estéticos por malposición de otros elementos, fragilidad ósea que aumenta las probabilidades de fractura en la zona, la posibilidad de transformación de estos en un tipo de quiste o tumor, mayor chance de desarrollo de caries, problemas periodontales, pericoronaritis etc.

Tanto las radiografías como las tomografías son herramientas de gran utilidad para el descubrimiento, ubicación, diagnóstico y tratamiento efectivo de estos elementos.

La problemática principal que se desarrolla en este trabajo es la Reabsorción Dentinaria externa e Interna, asociada a un elemento retenido. La reabsorción dentinaria, es un proceso fisiológico llevado a cabo por células especializadas, los osteoclastos, que se encargan de remover dentina de sectores específicos de los elementos dentarios en respuesta a diferentes estímulos, como se dijo, este es un proceso fisiológico que se da por ejemplo, en la raíces de elementos temporarios para ayudar a la exfoliación de los mismos y dar lugar a los elementos permanentes, y es justamente la presencia de los elementos permanentes la que induce esta reabsorción.

Contamos con dos tipos de reabsorción radicular:

- Interna: tiene su comienzo en la dentina y toma dirección hacia el cemento y suele ser más común en elementos anteriores, puede clasificarse en tipo A, B y C según su ubicación, el mecanismo histofisiopatogénico no es del todo claro, pero se acepta la teoría de que, tras un traumatismo, una zona de la pulpa coronal se necrosa e infecta, trasladando estímulos inflamatorios hacia la periferia e interior del elemento dentario, induciendo a la reabsorción. Este tipo de reabsorción es asintomática y su hallazgo suele ser radiográfico en la mayoría de los casos, aunque también es posible observarla como una pequeña mancha de coloración rosada en la superficie del elemento dentario. (Peña, 2013) (Cueva, 2021)
- Externa: Se trata de un proceso fisiológico en la dentición temporal y frecuente en la dentición permanente, también recibe el nombre de reabsorción inflamatoria, es un defecto que penetra en la dentina y puede comprometer la pulpa, suele deberse a traumatismos, ortodoncia, blanqueamientos. "La superficie radicular está protegida por una barrera constituida por el cementoide y las células productoras de cemento

que, ante un estímulo prolongado (ortodoncia) o brusco (traumatismo), y la correspondiente liberación de mediadores de la inflamación, se verán alteradas dando lugar a cementoclastos y dentinoclastos que ocuparán las lagunas de Howship (de presiones óseas) y que, en contacto con el tejido mineralizado, formarán osteoclastos multinucleados. Estos son los responsables del inicio de la reabsorción.” (Peña, 2013) (Mascareño Lupercio Juan Carlos - Sarmiento-Hernández Seyla Nayjaá, 2016)

¿Pero qué sucede cuando esta resorción se da en elementos permanentes?

Es en esta situación, cuando podemos denominarla patológica, puede darse por distintos estímulos, inflamación crónica de la pulpa, movimientos ortodóncicos no controlados, blanqueamientos dentales agresivos, y como analizaremos en este caso, por la presencia de otros cuerpos alrededor de las raíces.

El mecanismo por el cual la resorción se produce, no está completamente estudiado o explicado, se dice que los osteoclastos son las células responsables.

Existen unas proteínas llamadas factor de diferenciación osteoclástica y ligando de osteoprotegerinas, estas regulan la función de los osteoclastos, estas proteínas son secretadas tanto por los osteoblastos como por los osteoclastos para regular el aumento o reducción de la presencia osteoclástica en los procesos de deposición y remoción fisiológicos tanto de tejido óseo como de tejido dentinario, se cree que la actividad bacteriana y la presencia de inflamación a nivel periodontal por distintas causas, producen un aumento de la liberación de factor de diferenciación osteoclástico, por lo tanto aumentando el nivel de osteoclastos y rompiendo el balance, lo que promueve la reabsorción.

Hay varios tipos de reabsorciones a nivel radicular, tenemos la externa y la interna, sus síntomas incluyen sensibilidad dental, inflamación, pérdida dentaria, descoloración.

Los tratamientos incluyen el control del factor causal, la endodoncia y la remoción del elemento en última instancia.

## OBJETIVOS

### Generales

- Desarrollar y describir las reabsorciones dentinarias
- Fundamentar que relación puede darse entre elementos retenidos y las reabsorciones
- Establecer un nivel de prevalencia
- Concientizar sobre la importancia del correcto diagnóstico de elementos retenidos y su debido control
- Informar sobre los tratamientos posibles frente a las reabsorciones dentinarias

### Específicos

- Establecer una relación entre la retención de los caninos y la resorción radicular a nivel de los incisivos
- Analizar el caso clínico y estudios complementarios para establecer tratamientos adecuados
- Informar al paciente sobre su situación y sus posibles soluciones



## CASO CLÍNICO PROPIO

Nombre: G.R

Género: masculino

Edad: 26 años

Motivo de consulta: "Necesito tratamiento de conducto en este diente porque se puso gris"



Paciente sano, sin antecedentes familiares, alergias, no consume medicamentos.

El paciente se presenta a la consulta odontológica el día 13 de agosto del año 2024, se procede a incorporar al paciente al sillón odontológico, realizar una historia clínica en la que se concluye que es un paciente sano, sin antecedentes patológicos de importancia, sin alergias, que no consume medicación, sin antecedentes familiares, pero que si se había sometido a intervenciones odontológicas con anterioridad.

Durante la anamnesis el paciente relata que tuvo un cambio de coloración en el elemento 22 y la presencia de un canino retenido a nivel de las raíces de los elementos 22 y 21, el cual había sido extraído, por lo que el paciente acude a nuestra consulta para realizarse un tratamiento endodóntico.

A la inspección intraoral, se observa un cambio en la coloración del elemento 22, la ausencia del elemento 23, la presencia de los terceros molares superiores e inferiores y una restauración oclusal en el elemento 46, el paciente cuenta con buena higiene, no presenta gingivitis clínicamente apreciable y su oclusión corresponde a una clase 1 molar, pero no es posible determinar la clase canina por ausencia del elemento 23.

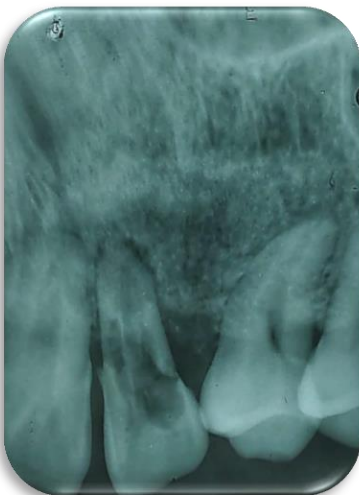


Se puede observar un cambio de coloración en el elemento 22 a nivel vestibulo-cervical, así como la ausencia del canino por distal de éste.

Se realizan test de vitalidad al frío y al calor siendo estas negativas y también test de percusión con resultados positivos.

El elemento además presenta cierto grado de movilidad.

Se procede entonces a la toma de una radiografía periapical del elemento 22.



Se puede observar como el elemento presenta una gran reabsorción tanto interna, apreciable por la radiolucidez en el interior del elemento, como externa a nivel radicular y un nivel de inserción ósea muy bajo, esto respaldado por movilidad detectada durante el diagnóstico clínico, también es destacable el ensanchamiento del ligamento periodontal.

Se decide no realizar el tratamiento endodóntico y recomendar la extracción del elemento 22 debido a la gran pérdida de sustancia que sufrió producto de la reabsorción interna que presenta, la cual es evidenciable en la toma radiográfica, esta situación lo vuelve un elemento muy frágil con alta posibilidad de sufrir una fractura.

El paciente nos brinda la siguiente ortopantomografía realizada previamente a la cirugía del elemento retenido 23. Se puede observar una retención ósea horizontal, clasificándose como una retención de clase 1: "maxilar dentado, retención unilateral, canino ubicado por palatino, cerca de la arcada o lejos de ésta hacia la línea media" (Jorge Marcelo Gilligan, 2014) y que posee la estrecha relación a las raíces de los elementos 21, 22 y 24.

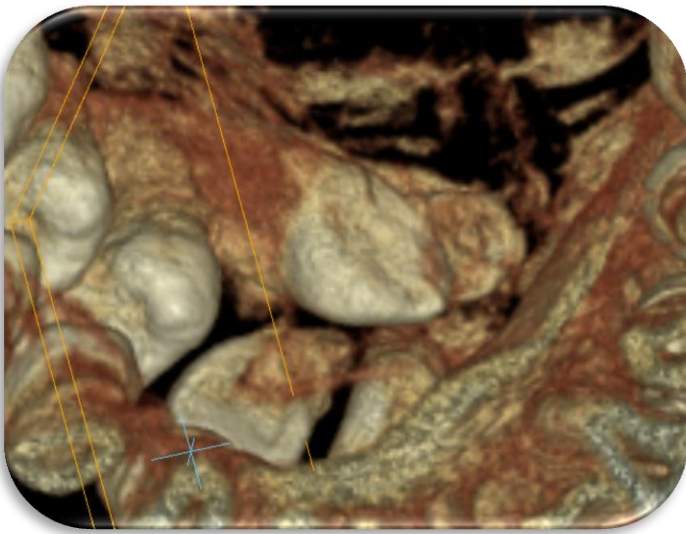


Por otra parte, se aprecia la inexistencia de focos sépticos, la presencia de algunas restauraciones oclusales, como la del elemento 46, la ausencia del elemento 36, un tratamiento endodóntico en el elemento 15 y la presencia de los terceros molares superiores e inferiores en boca.

El diagnóstico del paciente se complementa con un estudio Cone Beam, realizado también durante los preparativos para la intervención quirúrgica destinada a la extracción del elemento retenido 23.

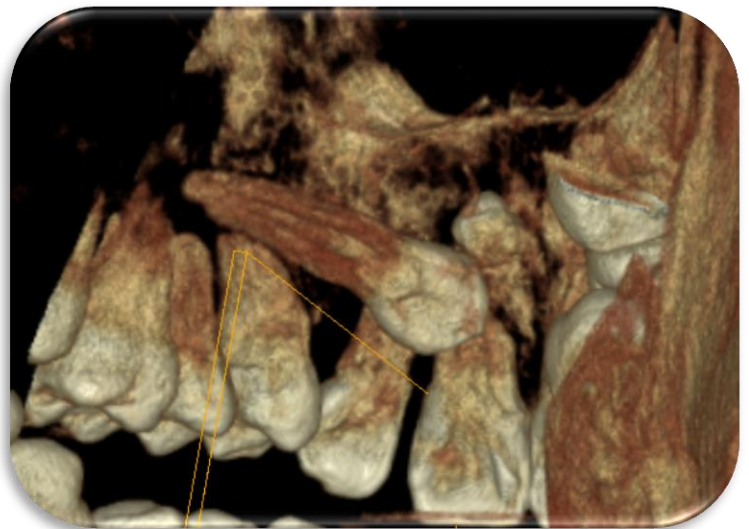


En este corte sagital, podemos apreciar la estrecha relación entre la corona del elemento 23 (2) y la porción radicular del elemento 22(1)



Puede observarse en estas fotografías extraídas del estudio Cone Beam del paciente, la posición y relación del canino retenido respecto de los elementos de sus alrededores, particularmente la cercanía con las raíces de los elementos 21 y 22.

Se aprecia su ubicación correspondiente a una retención de clase 1.





Fotografías tomadas tiempo después, previas a la endodoncia del 22 tras la extracción del elemento 23.

Se puede observar una lesión a nivel gingival producto del proceso infeccioso a nivel radicular que sufría el elemento 22 producto de la reabsorción radicular.

### **Diagnóstico diferencial**

Debe realizarse un diagnóstico diferencial con aquellos casos donde por ejemplo el cambio de coloración y la reabsorción sufrida por la raíz se deban a causas como una concusión o traumatismo producto de un accidente, un blanqueamiento demasiado agresivo, la presencia de caries macropenetrante, la edad del paciente, un tratamiento ortodóncico realizado con fuerzas excesivas e incontroladas, dientes reimplantados tardíamente, presencia de quistes o tumores en la proximidad, enfermedades sistémicas o síndromes que afecten el metabolismo del calcio, contar con predisposición genética u otros factores predisponentes como el bruxismo, así como ser de causa idiopática, todo lo necesario para reconocer la causa u origen de la lesión o patología, lo obtendremos a partir de una completa anamnesis al momento de incorporar al paciente al sillón odontológico y mediante la realización de un exhaustivo examen clínico y radiográfico.

En estos casos, el tratamiento suele elegirse según el nivel, tipo y lugar de reabsorción, pudiendo extenderse desde una conducta expectante, a un tratamiento endodóntico o la extracción del elemento dentario.

En este caso, el paciente tenía programada la extracción del elemento retenido junto a la realización de un tratamiento de conducto en el elemento 22 y vigilar su evolución.

El paciente acude a la consulta un mes después, relatando que decidió continuar con el tratamiento que tenía previsto en otro establecimiento.



RX pre-endodancia



RX post-endodancia

El paciente relata que la noche tras la realización de la endodancia al elemento 22 sufrió la fractura del mismo.



Se puede observar la línea de fractura total a nivel radicular en sentido horizontal del elemento dentario, íntimamente relacionada con la ubicación de la reabsorción dentinaria interna.

Debido a esto, se hace evidente la necesidad de extracción del incisivo lateral.



Fotografía tomada días después de la extracción del elemento 22, aún con las suturas.

### **Ortopantomografía y cefalometría lateral post-exodoncia del elemento 22**



Se puede apreciar en esta ortopantomografía postratamiento la ausencia tanto del canino retenido como del elemento 22 que finalizó con su extracción tras la fractura.



Se adjunta una radiografía lateral como elemento de diagnóstico complementario.

## **Pronóstico**

El paciente se encuentra ahora con un gran compromiso estético en el sector anterior debido a la ausencia tanto del canino como del incisivo lateral, se encuentra pronto a comenzar un tratamiento ortodóncico para alinear su arcada superior y cerrar el espacio, solucionando el problema estético, aunque se debería considerar si la idea de iniciar un tratamiento ortodóncico es la adecuada, ya que otros elementos, como el 21, también se han visto afectados por la presencia del elemento retenido y cuentan con muy poco soporte óseo, por lo que las fuerzas aplicadas por un tratamiento ortodóncico podrían derivar al shock y muerte de la pulpa dental de ese elemento, requiriendo también el tratamiento endodóntico o extracción en un futuro.

Un curso de acción más adecuado correspondería a la confección de una prótesis removible superior tanto por un tema estético como de mantenimiento de espacio o la colocación de implantes.



## DISCUSIÓN

Expuesto lo anterior, ¿Puede entonces la presencia o extracción de un elemento retenido, tener relación o provocar consecuencias tales como la reabsorciones internas o externas, de elementos vecinos?

Este caso en particular, y otros estudios que se anexarán más adelante, nos demuestran que existe una relación entre los elementos retenidos y la reabsorción radicular de aquellos elementos que se encuentran en la proximidad, lo más común es justamente la reabsorción de incisivos permanentes por la presencia de caninos retenidos como sucede en el caso clínico expuesto en este trabajo.

Esta situación suele ser frecuente, si bien los caninos superiores son el tercer elemento en orden de frecuencia de retención, por detrás del tercer molar inferior y el tercer molar superior, la ausencia de sintomatología los vuelve difíciles de evidenciar y diagnosticar, su presencia suele ser casi siempre un hallazgo radiográfico accidental durante el diagnóstico y tratamiento de otro cuadro clínico.

La evidencia muestra que la presencia de elementos retenidos tiene un impacto sobre los elementos vecinos, y pareciera ser que la posición en la cual el canino está retenido tiene influencia sobre cuál será el elemento vecino perjudicado, pero en la mayoría de los casos, es el incisivo lateral el más afectado.

Hay muchos parámetros a tener en cuenta a la hora de relacionar el elemento retenido con sus elementos vecinos, por ejemplo:

- Grado de retención
- Retención unilateral o bilateral
- Edad del paciente
- Distancia entre la posición del elemento retenido y la sutura media del paladar
- Localización del elemento retenido en sentido palato-vestibular
- Relación entre los ejes longitudinales del elemento retenido y de los incisivos centrales

Existe mucha variabilidad entre diversos estudios y la importancia de estos factores, pero es importante de todas maneras mencionarlos ya que son objeto de estudio y discusión.

La reabsorción radicular provocada por la presencia de elementos retenidos puede clasificarse en varios grados, pero lo más común es la reabsorción a nivel del tercio apical. También podemos identificar la severidad según la clasificación propuesta por Ericson y Kurol:

- Sin reabsorción: superficies radiculares intactas, pero con una posible pérdida de cemento.
- Reabsorción leve: Hasta la mitad del grosor dentinario
- Reabsorción moderada: Mas allá del grosor dentinario, pero sin descubrir tejido pulpar.
- Reabsorción severa: Exposición pulpar

Un estudio con una muestra de 61 pacientes encontró una incidencia del 18,5% de reabsorción radicular en pacientes con caninos retenidos, destacando la relación entre la edad del paciente y la posición del elemento retenido, donde aquellos pacientes más jóvenes presentaban la retención a un nivel más central respecto al maxilar, y aquellos pacientes mas adultos presentaban una ubicación más vestibular. También demostraron una relación entre la angulación del elemento y la forma y ubicación de la reabsorción.

Otro estudio en donde se recolectaron varias fuentes, revela que la posición más frecuente de los caninos retenidos es 56,99% por palatino, que el tercio apical es donde con más frecuencia se presenta la reabsorción (56.87%), que más frecuentemente suele ser leve (43.2%) que severa (30.9%).

## CONCLUSIÓN

Es más que clara la relación entre los elementos retenidos y las posibilidades de desarrollar reabsorción a nivel radicular de elementos vecinos y es conocida la dificultad de propinar un tratamiento adecuado ante esta situación, que en la mayoría de los casos, según su severidad, conduce a la pérdida del elemento dentario tarde o temprano, es por eso que es importante conducir exámenes regulares y hacer uso de las tecnologías tales como las tomografías computarizadas para ayudar a la hora del diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Los elementos retenidos siguen siendo hoy en día un hallazgo accidental en la mayoría de los casos, pero cabe destacar que con el paso del tiempo los profesionales y la misma sociedad se han ido concientizando sobre la importancia del seguimiento de estos elementos, pero siguen siendo muchos los pacientes y profesionales que siguen sin brindar un tratamiento adecuado al no considerarlos realmente importantes o peligrosos, sin tener en cuenta el potencial que tienen para crear complicaciones a futuro.

En el último tiempo estos tipos de hallazgo han ganado relevancia, lo cual está demostrado en la cantidad de estudios científicos recientes que abarcan esta temática, que hoy en día, gracias a técnicas avanzadas y mejoradas, poseen cada vez un mejor pronóstico, debiéndose también al aumento de la rigurosidad a la hora de los exámenes clínicos y radiográficos que se realizan en las consultas.

Todo esto favorece y conduce a un aumento en la conservación de estos elementos que cada día poseen un mejor pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

### Referencias

- al, M. K. (s.f.). *Ajodo*. Obtenido de [https://www.ajodo.org/article/S0889-5406\(19\)30764-4/fulltext](https://www.ajodo.org/article/S0889-5406(19)30764-4/fulltext)
- Angela Graciela Deliga Schroder, O. G.-F. (s.f.). *pubmed*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165975/>
- Bautista Martinez, E. I. (2017). *Tesis de Especialidad. México: Universidad Autónoma del Estado de Mexico*. Obtenido de Reabsorción radicular de incisivos por impactación de caninos.
- Benitez Alvarez, E. C. (2024). *Relación de la posición e inclinación de caninos retenidos en la reabsorción radicular de incisivos laterales superiores permanentes en imágenes tomográficas Cone Beam en pacientes entre 14 y 26 años del Centro Odontológico UCSM*. Obtenido de Repositorio de Tesis UCSM: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f64ce349-012a-4043-89ed-0eade88d7713/content>
- Cueva, L. A. (Diciembre de 2021). *Instituto de diagnóstico maxilofacial*. Obtenido de Reabsorción dentaria: Etiopatogenia y clasificación: <https://idmperu.com/159-reabsorcion-dentaria-etiotopogenia-y-clasificacion/>
- Jorge Marcelo Gilligan, A. G. (2014). *La extracción dentaria*. Buenos Aires: Editorial MedicaPanamericana.
- Martha Mendoza Rodríguez, O. R. (2020). *Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Obtenido de Publicación semestral, Vol. 8 No. 16.
- Mascareño Lupercio Juan Carlos - Sarmiento-Hernández Seyla Nayjaá, -R.-Q. J. (2016). *Revista Tamé* . Obtenido de [https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_13/Tam1613-02i.pdf](https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_13/Tam1613-02i.pdf)
- Miguel Muñoz-Domon, D. A.-V.-C.-N. (2020). *Impactación Canina Maxilar y Reabsorción Radicular de Dientes Adyacentes: Un Análisis a Través de Tomografía Computarizada*. Obtenido de International Journal of Odontostomatology.
- Peña, C. L. (Mayo de 2013). *Gaceta Dental*. Obtenido de Reabsorciones radiculares: Tipos, causas y manejo: [https://gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/247\\_CIENCIA\\_ReabsorcionesRadiculares.pdf](https://gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/247_CIENCIA_ReabsorcionesRadiculares.pdf)
- Rodríguez Romero F.J.\*, R. S. (2008). Reabsorción radicular de incisivos laterales superiores en relación con la erupción ectópica de caninos. Presentación de dos casos. *Av Odontoestomatol vol.24*. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000200002&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000200002&script=sci_arttext&tlng=en)
- Tomas, P. A. (2020). *Estudio de las reabsorciones radiculares asociadas a caninos retenidos maxilares en Tomografía Cone Beam*. Obtenido de Revista de la Facultad de Odontología: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4336>
- Vergíu Carlos Cava, W. F. (2009). *EXTIRPACIÓN DE CANINO RETENIDO Y ESTABILIZACIÓN DENTAL MEDIANTE* . Obtenido de CORE: <https://core.ac.uk/download/pdf/268148907.pdf>

**ANEXO I**

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

TRABAJO INTEGRADOR: Reabsorción radicular asociada a elementos retenidos

AUTOR: Arce Gardella, Fabio Federico

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Masó, Sabrina Elena

FIRMA DEL TUTOR:

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive letter 'S' with a vertical line through it and a horizontal line across the middle.

FECHA: 12/11/2024

## ANEXO II

Yo Arce Gardella, Fabio Federico, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado "Reabsorción asociada a elementos retenidos" DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

Firma  
  
Córdoba, 2024

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Medicina  
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA  
Universidad Juvenil

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En la Ciudad de Córdoba a los 13 días del mes de Agosto del año 2024 siendo las 16:00 hs.  
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el  
estudiante/practicante Ale García Ferrero DNI N° 4159881 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: Gastón Jeremías Urdabe Rodríguez DNI: 39651955

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 Gastón Jeremías Urdabe Rodríguez DNI N° 39651955  
con domicilio en calle Paraná 474 otorgo mi consentimiento para que se  
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta Ale García Ferrero

Firma del paciente: [Firma]

Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: -----