

Masmanian, Priscila Azul

**Balance entre la necesidad
quirúrgica y el resultado
estético sobre colgajo en
sector anterior**

**Trabajo final para obtención del título
de grado de Odontología**

Directora: Almirón, Luciana Paola

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.](#)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA
JESUITAS

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Trabajo integrador

“Balance entre la necesidad quirúrgica y el resultado estético sobre colgajo en sector anterior”

Autor: Priscila Azul Masmanian

Tutor: Od. Esp. Luciana Paola Almirón

Profesor titular responsable: Dra. Prof. Claudia Bonnin

CÓRDOBA 2025

Índice

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	4
CASO CLÍNICO.....	5
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	6
DIAGNÓSTICO FINAL.....	6
PLAN DE TRATAMIENTO.....	6
PRONÓSTICO.....	7
DISCUSIÓN.....	7
CONCLUSIÓN.....	8
DESARROLLO DEL CASO.....	9
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXO I.....	16
ANEXO II.....	17
ANEXO III.....	18

RESUMEN

La cirugía bucal comprende diferentes técnicas y abordajes para la exodoncia, que se seleccionan según la condición clínica y las necesidades estéticas del paciente. En el sector anterior, las decisiones quirúrgicas deben buscar un equilibrio entre lograr un adecuado acceso para la extracción y preservar las estructuras gingivales y óseas para mantener la estética.

El objetivo de la presentación de este caso clínico es hacer énfasis en la importancia de conservar los tejidos blandos y duros, manteniendo la integridad y la vascularización gingival para favorecer una cicatrización más rápida y con menos complicaciones, comprometiendo lo mínimo posible la estética para asegurar una buena calidad de vida del paciente.

Se presenta a la consulta una paciente femenina, que acude por un resto radicular del elemento 11, con destrucción coronaria avanzada por caries. Debido a la pérdida total de la corona, se diseña la realización de un colgajo mucoperióstico, logrando así una buena visibilidad y acceso.

El uso del colgajo en extracciones del sector anterior brinda una adecuada visibilidad y control, reduce el riesgo de complicaciones y permite conservar el hueso. Sin embargo, requiere un diseño cuidadoso de las incisiones y un manejo atraumático de los tejidos para mantener la armonía estética. Una planificación adecuada y una ejecución precisa aseguran resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

PALABRAS CLAVES: Cirugía bucal, Colgajo en sector anterior, Exodoncia quirúrgica, Preservación estética, Resto uniradiculares.

ABSTRACT

Oral surgery encompasses various techniques and approaches for tooth extraction, which are selected according to the patient's clinical condition and aesthetic requirements. In the anterior region, surgical decisions must achieve a balance between providing adequate access for extraction and preserving gingival and bone structures to maintain aesthetics.

This clinical case highlights the importance of conserving both soft and hard tissues, maintaining gingival integrity and vascularization to promote faster healing and minimize complications.

The use of a carefully designed mucoperiosteal flap in anterior extractions provides proper visibility and control, reduces the risk of surgical trauma, and helps preserve bone and gingival architecture. Adequate planning and precise execution ensure functional and aesthetic outcomes that contribute to the patient's overall quality of life.

Keywords: Oral surgery, flap design, anterior extraction, aesthetic preservation, surgical treatment and root remnants.

INTRODUCCIÓN

La cirugía bucal en el sector anterior requiere una planificación minuciosa debido a su alto compromiso estético. A diferencia de otras zonas, cualquier alteración del contorno gingival, la papila o el perfil mucoso repercute directamente en la sonrisa y en la armonía facial del paciente.

La realización de colgajo en sector anterior es una técnica quirúrgica que permite mejorar visibilidad, acceso y control quirúrgico para eliminar un diente o parte de su claustro alveolar, previa incisión se desprende de una porción de fibromucosa y finalmente se realiza una resección de la lámina ósea vestibular. Es una decisión poco habitual, debido a los riesgos que trae consigo, como recesiones, cicatrices, pérdida papilar o irregularidades del margen gingival si no se planifican adecuadamente.

Sus limitaciones estéticas y los factores que afectan el impacto visual en el área anterior llevan a los operadores a optar por otras técnicas quirúrgicas. Por lo tanto, se debe analizar siempre en base a sus indicaciones y contraindicaciones para lograr el éxito, evitando así complicaciones.

La elección de colgajo en sector anterior representa un desafío tanto funcional como estético, donde el equilibrio entre acceso quirúrgico y la preservación estética es fundamental. La literatura describe diversos diseños, la utilizada en el caso fue la de colgajo fue en línea recta o lineal.

Según el diseño:

- **Trapezoidal o de Newman** es una incisión marginal combinada con dos incisiones horizontales divergentes que permite una amplia exposición de hueso, útil para abordaje de lesiones quísticas, tumorales y traumas.
- **Semilunar o Partsch** es una incisión horizontal curvilínea, con la porción convexa orientada hacia la zona gingival, por lo menos en el diente adyacente a tratar útil para apicectomía, que nos permite acceder al ápice de la pieza radicular sin afectar directamente el margen gingival.
- **Semilunar de Pichler** es una incisión similar a la de Partsch, horizontal curvilínea, con la porción convexa orientada hacia fondo de surco o límite mucogingival, por lo menos en el diente adyacente a tratar útil para apicectomia, que nos permite acceder al ápice de la pieza radicular sin afectar directamente el margen gingival.
- **Archer en forma de V o Triangular amplia** se realiza dos descargas oblicuas que convergen hacia apical del diente a extraer, partiendo de la encía marginal útil para restos radiculares complejos, dientes retenidos anteriores y reposición de tejidos.
- **Thomas** es similar al triangular pero de una sola descarga que va por el margen gingival del resto radicular a extraer y es muy útil para preservar la estética.
- **Wassmund** es en forma paracrestal en L más otra paracrestal que se unen horizontalmente en forma de puente, sin descargas verticales, se eleva manteniendo la continuidad de la papila y eso lo hace muy estética.
- **Incisión en línea recta** es la utilizada en el caso clínico la cual se dirige de manera paralela al eje longitudinal del diente. Única, recta y continua, conserva las papilas y eleva el colgajo en forma de solapa, permitiendo exponer el hueso y la raíz manteniendo la estética y evitando que se necrose. Útil para extracciones simples de sector anterior y de restos radiculares.

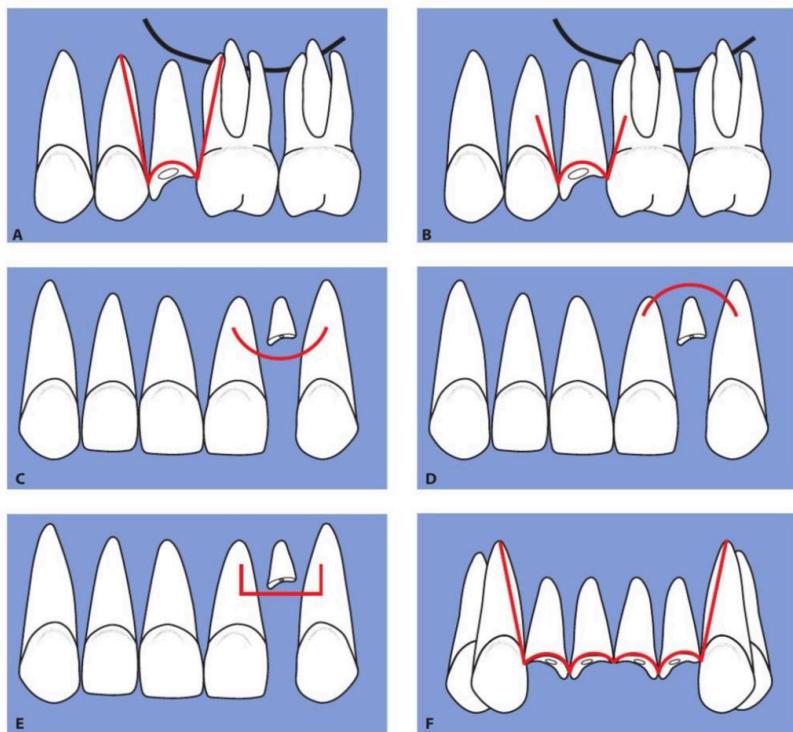


Figura 1 Distintos tipos de colgajo **A** Archer **B** Thoma **C** Partsch **D** Pichler **E** Wassmund **F** Neumann

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conservar los tejidos blandos y duros, en colgajos anteriores, manteniendo la integridad y la vascularización gingival, favoreciendo una cicatrización rápida, con menos complicaciones y comprometiendo mínimamente la estética para asegurar una buena calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las indicaciones clínicas que justifican el uso de colgajo en la extracción de un incisivo central.

- Detallar la técnica empleada: diseño del colgajo, tipo (espesor total o parcial) y estrategia de sutura.
- Evaluar los factores involucrados (biotipo gingival, incisiones, planificación pre/postoperatoria), para el impacto estético postoperatorio
- Comparar esta técnica con alternativas menos invasivas para extracciones en zona estética.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad, acude a la consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Córdoba, con el objetivo de realizarse una rehabilitación integral en su boca, manifestando “quiero volver a tener mi diente”.

Se le solicita a la paciente realizar una ortopantomografía para complementar el examen clínico y una radiografía periapical del diente a tratar.

Durante el examen intrabucal se observó que el elemento 11, presentaba pérdida coronaria total, proceso carioso avanzado y lesión periapical crónica observado en radiografía.



Figura 2 Fotografía intraoral

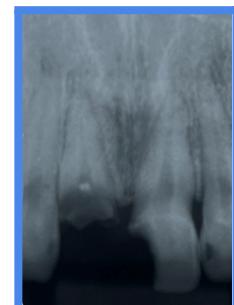


Figura 3 Radiografía periapical

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realizó el diagnóstico diferencial con un *granuloma apical*, esta inflamación crónica que se forma en el ápice de un diente no vital como respuesta del organismo a una infección pulpar, compuesta por tejido de granulación, fibroblastos, linfocitos, macrófagos y vasos nuevos. La presencia del remanente radicular necrótico, como en el caso de la paciente, se observa radiográficamente con una radiolucidez muy marcada y delimitada. Puede evolucionar de no ser tratado a tiempo, a un quiste periapical si hay proliferación epitelial.

El *quiste periapical* es una lesión quística verdadera que se forma en el ápice de un diente necrótico como resultado de una proliferación del epitelio de Malassez dentro de un granuloma apical crónico donde su interior está lleno de líquido inflamatorio.

Radiográficamente aparece como una radiolucidez con bordes bien definidos y corticados más grande que el granuloma.

Menos frecuentes son los *abscesos periapicales crónicos* y *reabsorciones radiculares externas* por infecciones crónicas.

DIAGNÓSTICO FINAL

Se establece como diagnóstico definitivo la presencia de una lesión periapical crónica de origen inflamatorio, compatible con un granuloma apical asociado a un remanente radicular no restaurable del elemento dentario 11. La lesión se relaciona con necrosis pulpar secundaria a un proceso carioso avanzado y presenta características radiográficas de una radiolucidez delimitada en la región apical.

PLAN DE TRATAMIENTO

La paciente desde un comienzo demandó estética en el sector anterior, por lo que cualquier intervención quirúrgica debía planificarse minimizando impacto gingival. Debido al

remanente radicular y la falta de estructura para luxación simple, se descartó la exodoncia convencional.

La evaluación del biotipo gingival reveló un biotipo fino, lo que implica mayor riesgo de recesión si el colgajo no se diseña adecuadamente.

Se indicó la extracción quirúrgica mediante **colgajo en línea recta**, priorizando:

- **Acceso adecuado** para eliminar completamente el foco séptico.
- **Mínimo impacto estético** conservando papillas, contornos y perfil gingival.
- **Preservación ósea** para permitir futura rehabilitación estética (implante o prótesis fija).

El procedimiento concluyó con un curetaje del tejido periausal crónico, irrigación de la cavidad ósea y un cierre primario mediante suturas que favorecen la cicatrización por primera intención que favorezcan los tejidos. El control postoperatorio y seguimiento, fue a los 7 días, para el retiro de puntos y control radiográfico para evaluar la reparación ósea como los tejidos. Y luego se controló a los 15 y 30 días.

PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable debido a una correcta elección del diseño del colgajo, preservación de tejidos blandos, mínima alteración del margen gingival, buena respuesta cicatricial y eliminación total del foco séptico. El mantenimiento del contorno gingival permitirá una rehabilitación estética predecible.

DISCUSIÓN

La literatura coincide en que la exodoncia de restos radiculares en el sector anterior debe priorizar tanto la resolución del proceso inflamatorio como la preservación de la estética. La decisión del diseño del colgajo constituye un punto crítico, ya que incisiones mal ubicadas pueden generar cicatrices visibles, recesión o pérdida papilar.

En este caso, se evaluaron diversas alternativas:

- Exodoncia simple sin colgajo, descartada por falta de acceso y riesgo de fractura adicional.
- Técnicas atraumáticas sin elevación (periotoños, ultrasonidos): poca efectividad por la pérdida coronaria total.
- Colgajos trapezoidales o triangulares, que ofrecen mayor visibilidad pero más riesgo estético.
- Colgajos semilunares, poco recomendados en zona estética por comprometer la inserción gingival.
- Wassmund, de alta estética, pero excesivo para este tipo de lesión.

Además de estas opciones, la literatura describe otros procedimientos conservadores, tales como la apicectomía, diversas técnicas de preservación alveolar y la exodoncia asistida mediante ultrasonidos o sistemas piezoelectrónicos, orientadas a reducir el trauma operatorio y favorecer resultados estéticos más predecibles. La selección de cada técnica depende de variables anatómicas, biológicas y estéticas particulares de cada caso.

La decisión terapéutica se fundamentó en el equilibrio entre los requerimientos quirúrgicos, la preservación de los tejidos y la optimización del resultado estético, constituyendo la opción más segura y conservadora para la resolución de este caso.

CONCLUSIÓN

La exodoncia mediante colgajo en el sector anterior exige un cuidadoso balance entre la necesidad quirúrgica y el resultado estético. En este caso, la selección del colgajo en línea recta permitió una adecuada exposición quirúrgica con mínima alteración de los tejidos gingivales, lo que favorece la cicatrización y la futura rehabilitación estética.

Este abordaje demuestra que, cuando se planifica correctamente, es posible resolver el proceso inflamatorio preservando la arquitectura gingival y logrando un resultado estético predecible. La experiencia refuerza la importancia del diseño del colgajo como factor decisivo en cirugía de sectores visibles.

DESARROLLO DEL CASO

El procedimiento quirúrgico fue planificado considerando dos ejes fundamentales:

- 1. La necesidad de obtener acceso adecuado al resto radicular del elemento 11.**
- 2. La preservación de la estética gingival propia del sector anterior, especialmente en un biotipo fino como el de la paciente.**

Cada fase de la técnica se ejecutó evaluando su posible repercusión sobre el perfil gingival, el contorno de la mucosa y la futura rehabilitación estética.

- Anestesia**

Se le aplica solución anestésica de Carticaína al 4% (Septodont), con técnica infiltrativa anestesiando los filetes nerviosos del nervio dentario anterior, el cual da inervación a la zona. Se reforzó por palatino, anestesiando los filetes nerviosos del nervio esfenopalatino que da inervación al sector anterior de la bóveda palatina.

La infiltración cuidadosa evita inflamación excesiva que pudiera distorsionar el margen gingival durante el diseño del colgajo, factor clave para mantener la simetría estética.

- Incisión**

Se procedió a realizar la incisión del colgajo en el sector anterior de forma recta efectuada por distal, con el objetivo de preservar el frenillo labial y por consideraciones estéticas.

Utilizando un mango de bisturí Bard Parker con hoja N° 15. Se ejecutó una incisión magistral de 90°/45°/90° permitiendo un borde limpio, bien irrigado y poco propenso a necrosis, iniciando el trazo sobre la encía vestibular próxima al fondo de surco, a la altura del ápice del

diente adyacente al elemento a extraer. A partir de ese punto, se continuó con un recorrido vertical.

Justificación estética

- Mantiene continuidad papilar.
- Evita cicatrices visibles en encía marginal.
- Reduce el riesgo de pérdida del contorno gingival.
- Permite reposicionamiento estable en cierre primario.

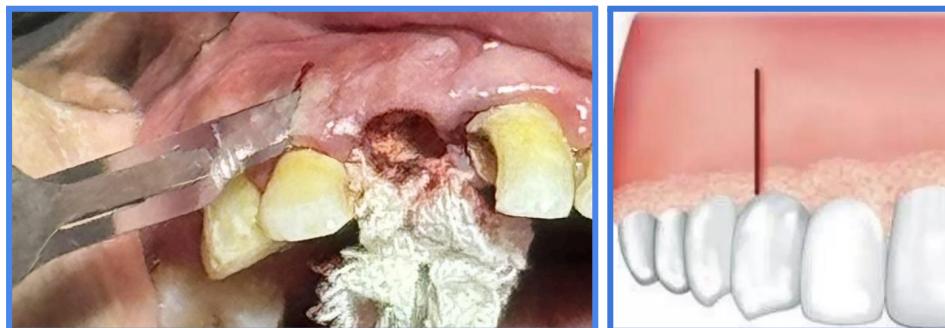


Figura 4 Incisión del colgajo en línea recta.

● Diéresis de tejidos blandos

El colgajo mucoperióstico fue separado de su respaldo óseo mediante el uso de un sindesmotomo recto, despegando cuidadosamente el tejido fibromucoso hasta exponer la tabla ósea subyacente. El despegamiento se realizó únicamente hasta lograr visibilidad suficiente del remanente radicular, evitando sobreextensión que pudiera comprometer inserciones y vascularización.

Una vez completado, se colocó un trozo de gasa estéril por debajo del colgajo, lo que permitió una adecuada hemostasia y facilitó el trabajo en un campo operatorio más limpio y visible.



Figura 5 Decolado del colgajo mucoperióstico. **Figura 6** Levantamiento de colgajo.

- **Diéresis de tejidos duros**

Este procedimiento consiste en la resección controlada del tejido óseo, mediante la eliminación parcial de la tabla vestibular. La osteotomía debe realizarse de forma delimitada y conservadora, con el fin de minimizar la agresión a las estructuras vecinas. Puede efectuarse utilizando instrumental manual o rotatorio en este caso, se empleó instrumental rotatorio a través de una turbina equipada con fresa redonda (#6) extra larga (DENTO), con abundante irrigación acuosa. La maniobra se realizó con movimientos de “pincelado” en sentido mesiodistal, abarcando el ancho correspondiente a la porción radicular expuesta.



Figura 7 Osteotomía con instrumental rotatorio.

- **Exodoncia**

Se empleó un fórceps para restos radiculares a fin de realizar la extracción de la raíz correspondiente al elemento dentario N° 11, aplicando movimientos controlados de tracción y rotación para lograr su remoción completa sin comprometer las estructuras óseas adyacentes y fracturas.

Las maniobras se realizaron con suma delicadeza ya que en sector anterior la integridad de la tabla ósea vestibular es clave para mantener el volumen gingival y evitar recesiones visibles.



Figura 8 Extracción propiamente dicha de su claustro alveolar.

- **Tratamiento de la cavidad**

Una vez finalizada la extracción se efectúa la “*toilette de la cavidad*” eliminando del interior del alveolo todo resto de tejido patológico mediante cucharillas para hueso marca Lucas nº 86, con el fin de estimular el sangrado y favorecer la formación de un coágulo sanguíneo estable. El coágulo cumple un papel fundamental durante el proceso de cicatrización, con una duración aproximada de 7 a 10 días. Actúa como un apósito biológico natural que protege la zona de extracción frente a agentes externos como restos alimenticios, bacterias y aire, y constituye además la base para el desarrollo del tejido de granulación y la posterior neoformación ósea.



Figura 9 Curetaje del alvéolo.

- **Sutura**

Se utilizó hilo Nylon con aguja quirúrgica cóncava-convexa $\frac{3}{8}$ de círculo de 16 mm con punta triangular de corte inverso, se realizaron puntos simples, siendo el primer punto en ángulo y los segundos puntos sobre el margen gingival sobre el mismo alveolo, logrando así la unión de los tejidos. El objetivo es promover una cicatrización óptima que garantizara un resultado estético adecuado y evitará la aparición de necrosis o complicaciones tisulares.



Figura 10 Reubicación del colgajo y sutura.

CONTROLES

El primer control fue a los 7 días, se observó una evolución favorable del proceso cicatricial, sin signos de infección, inflamación excesiva y buena adaptación de los bordes suturados. Los tejidos blandos mostraron adecuada respuesta reparativa y el área intervenida presentó un aspecto clínico compatible con una cicatrización por primera intención. Los siguientes a los 15 y 30 días.



Figura 11 Radiografía periapical post-tratamiento
(4 meses).



Figura 12 Fotografía post- cirugía (4 meses).

BIBLIOGRAFÍA

1. Koç, C., et al. (2021). Periapical lesions: Granuloma vs cyst — Histopathological and radiographic correlations. *Clinical Oral Investigations*.
2. Abbott, P. V. (2020). Classification, diagnosis and clinical manifestations of periapical lesions. *Australian Dental Journal*.
3. Nair, P. N. R. (2021). Apical periodontitis: A dynamic and evolving inflammatory lesion. *Endodontic Topics*.
4. Patel, S., et al. (2020). The diagnostic accuracy of radiographic methods for differentiating periapical lesions. *International Endodontic Journal*.
5. ClearDent. (2025). Diccionario odontológico: Colgajo. Recuperado de <https://www.cleardent.es/diccionario-odontologico/colgajo/>
6. NCBI Bookshelf. (2024). Oral surgery. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK610687/>
7. — Sin datos suficientes para autoría / título completo — (2021). Título del artículo. Revista Cubana de Estomatología, 58(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000200213
8. Resnik, R. R., & Misch, C. E. (2020). *Misch's Contemporary Implant Dentistry* (4^a ed.). Elsevier. Recuperado de <https://shop.elsevier.com/books/mischs-contemporary-implant-dentistry/resnik/978-0-323-39155-9>
9. Bonanthaya, K., Panneerselvam, E., Manuel, S., Kumar, V. V., & Rai, A. (2021). *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. Springer Nature.
10. Sharma, R. P. C. L., Shams, S., et al. (2023). Comparison between Partial Newmann Flap versus Modified Partial Newmann Flap in surgical extraction of mandibular third molars. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 17(4). Recuperado de <https://www.pjmhsone.com/index.php/pjmhs/article/download/4566/4515/6326>

ANEXOS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR : “Balance entre la necesidad quirúrgica y el resultado estético sobre colgajo en sector anterior”

AUTOR: Masmanian Flores Priscila Azul

REALIZADO BAJO LA TUTELA DE LA PROFESORA: Od.Esp.Almiron, Luciana Paola

FIRMA DEL TUTOR



FECHA: Córdoba, 3 de diciembre de 2025.

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Masmanian Flores Priscila Azul, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado "Balance entre la necesidad quirúrgica y el resultado estético sobre colgajo en sector anterior".

DECLARÓ que el trabajo presentado es original y elaborado por mi.

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 09 días del mes de Abril del año 2025, siendo las 16:50 hs. Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante/practicante ... **Masmanian M. Sc. S. A.** DNI N° 42354653 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: ... **Masmanian M. Sc. S. A.** DNI: ... **42354653**

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 anatómico 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 **Masmanian M. Sc. S. A.** DNI N° 42354653
con domicilio en calle **Av. 1000** otorgo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Sra. **Masmanian M. Sc. S. A.**

Firma del paciente:

Firma del Profesional a cargo:

Firma del representante si el paciente es menor de edad: