

Spotti, María Florencia

**Resolución quirúrgica de un
primer molar inferior**

**Trabajo final de la carrera de
Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

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 FINAL PPS

“RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE UN PRIMER MOLAR INFERIOR”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

- **Facultad de Ciencias de la Salud.**
- **Carrera de odontología.**
- **Práctica Profesional Supervisada.**
- **Alumna: Spotti María Florencia.**
- **Tutor: Becerra Mauricio.**
- **Profesor titular responsable: Bonnin, Claudia.**

Índice:

Contenido

Resumen.....	3
Abstract	4
Introducción	5
Objetivos:	6
CASO CLINICO.....	7
Discusión	17
Conclusión:	18
Referencias bibliográficas	18
ANEXO I	19
ANEXO II	20
ANEXO III	21

Resumen

La exodoncia quirúrgica de piezas dentarias con alteraciones de posición y destrucción coronaria extensa representa un desafío frecuente dentro de la práctica odontológica. La correcta planificación preoperatoria y la selección adecuada de las técnicas quirúrgicas permiten disminuir complicaciones y favorecer una resolución más conservadora del procedimiento. Entre las maniobras complementarias más utilizadas en exodoncias complejas se encuentra la osteotomía y la odontosección, técnicas que facilitan el acceso quirúrgico y la extracción individualizada de las raíces dentarias¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).

El presente trabajo integrador expone el abordaje clínico-quirúrgico de un primer molar inferior con inclinación mesial y destrucción coronaria extensa en un paciente masculino de 20 años de edad. El diagnóstico se realizó mediante examen clínico y radiográfico, determinándose la presencia de necrosis pulpar, asociado a un pronóstico restaurador desfavorable y la necesidad de realizar una exodoncia quirúrgica. Debido a las características anatómicas y biomecánicas del caso, se decidió efectuar osteotomía y odontosección para facilitar la extracción y disminuir el riesgo de complicaciones intraoperatorias.

El procedimiento quirúrgico incluyó anestesia troncular, confección de colgajo mucoperióstico, osteotomía vestibular, odontosección en sentido vestíbulo-lingual y extracción individualizada de las raíces mediante elevadores y fórceps. Posteriormente, se realizó curetaje, irrigación profusa del alveolo y síntesis mediante sutura simple.

La evolución postoperatoria fue favorable, observándose una adecuada cicatrización de los tejidos blandos y ausencia de complicaciones infecciosas o inflamatorias durante el control clínico posterior.

A partir del análisis del caso clínico y de la revisión bibliográfica realizada, se destaca la importancia del diagnóstico integral, la planificación quirúrgica y el correcto empleo de técnicas complementarias en la resolución de exodoncias complejas en molares inferiores.

Palabras claves: Exodoncia quirúrgica, osteotomía, odontosección, molar inferior, cirugía bucal.

Abstract

Surgical extraction of teeth with positional alterations and extensive coronal destruction represents a frequent challenge in dental practice. Proper preoperative planning and adequate selection of surgical techniques are essential to reduce complications and achieve a more conservative resolution of the procedure. Among the most commonly used complementary maneuvers in complex extractions are osteotomy and odontosection, which facilitate surgical access and individualized removal of dental roots.

This Integrative Final Project presents the clinical and surgical management of a lower first molar with mesial inclination and extensive coronal destruction in a 20-year-old male patient. Diagnosis was established through clinical and radiographic examination, determining that the tooth was non-restorable and required surgical extraction. Due to the anatomical and biomechanical characteristics of the case, osteotomy and odontosection were performed in order to facilitate extraction and reduce the risk of intraoperative complications.

The surgical procedure included inferior alveolar nerve block anesthesia, mucoperiosteal flap design, vestibular osteotomy, vestibulo-lingual odontosection, and individualized extraction of the roots using elevators and forceps. Curettage, alveolar irrigation, and wound closure with simple sutures were subsequently performed.

Postoperative evolution was favorable, with adequate soft tissue healing and absence of inflammatory or infectious complications during follow-up appointments.

Based on the analysis of the clinical case and the literature review performed, the importance of comprehensive diagnosis, surgical planning, and the appropriate use of complementary techniques in the management of complex lower molar extractions is emphasized.

Key words: Surgical extraction, osteotomy, odontosection, mandibular molar, oral surgery.

Introducción

La exodoncia dentaria constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados dentro de la práctica odontológica. Si bien numerosas extracciones pueden resolverse mediante técnicas convencionales, existen situaciones clínicas que requieren de maniobras quirúrgicas complementarias debido a factores anatómicos, alteraciones de posición dentaria, destrucción coronaria extensa o dificultades de acceso operatorio. En estos casos, la correcta planificación prequirúrgica resulta fundamental para disminuir riesgos y lograr un tratamiento previsible y conservador.

La evaluación clínica y radiográfica previa permite determinar el grado de complejidad del procedimiento y seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada para cada situación en particular. El diagnóstico particular no solo debe contemplar el estado coronario y radicular de la pieza dentaria, sino también la relación con las estructuras vecinas, el acceso operatorio y las condiciones biomecánicas necesarias para realizar la extracción dentaria de manera segura¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Las piezas molares inferiores suelen presentar un mayor grado de dificultad durante la exodoncia debido a sus características anatómicas, la presencia de múltiples raíces y su ubicación dentro del arco mandibular. Cuando existe destrucción coronaria severa o alteración en el eje dentario, la utilización de instrumental convencional puede resultar insuficiente, siendo necesario recurrir a técnicas quirúrgicas complementarias como la osteotomía y la odontosección. Estas maniobras permiten mejorar el acceso al campo operatorio, disminuir las fuerzas de luxación y reducir el riesgo de fracturas óseas o radiculares durante el acto quirúrgico¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).

La odontosección constituye una técnica ampliamente utilizada en exodoncia compleja de piezas multirradiculares, ya que posibilita la separación de las raíces y su extracción individualizada. De esta manera se favorece una resolución más controlada del procedimiento, especialmente en piezas con inclinación marcada o destrucción coronaria avanzada. Por otro lado, la osteotomía facilita la exposición de las estructuras radiculares mediante la remoción controlada de tejido óseo, permitiendo una mejor visualización y manipulación quirúrgica³ (Pérez et al., 2018)

La correcta ejecución de estas técnicas requiere conocimientos precisos de anatomía quirúrgica, biomecánica e instrumental, así como una adecuada interpretación de los estudios complementarios. Asimismo, el manejo postoperatorio y la prevención de complicaciones representan aspectos fundamentales dentro del tratamiento integral del paciente² (Martínez et al., 2023).

El presente Trabajo Integrador tiene como finalidad presentar el abordaje clínico-quirúrgico de un primer molar inferior con una inclinación mesial y una destrucción coronaria extensa, tratado mediante osteotomía y odontosección. Además, se realizará una revisión bibliográfica orientada a los fundamentos, indicaciones y ventajas de estas técnicas quirúrgicas, destacando su importancia en la resolución de exodoncias complejas dentro de la práctica odontológica actual.

Objetivos:

Objetivo general

Analizar distintas variables posibles de abordaje clínico-quirúrgico de un primer molar inferior con inclinación mesial y destrucción coronaria extensa, tratado mediante osteotomía y odontosección, destacando la importancia de la planificación prequirúrgica y de las técnicas complementarias en la resolución de exodoncias complejas.

Objetivos específicos

- Describir las características clínicas y radiográficas que determinaron la indicación de exodoncia quirúrgica del elemento 36.
- Identificar los factores anatómicos y biomecánicos que dificultaban la extracción convencional de la pieza dentaria.
- Explicar las técnicas de osteotomía y odontosección empleada durante el procedimiento quirúrgico.
- Analizar la utilidad del instrumental quirúrgico utilizado para la resolución del caso clínico.
- Evaluar la evolución postoperatoria y la ausencia de complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica.
- Relacionar el caso clínico presentado con la evidencia científica actual sobre exodoncia quirúrgica de molares inferiores.

CASO CLINICO

Presentación del caso:

Paciente de sexo masculino, de 20 años de edad que concurre a la consulta odontológica con el objetivo de realizar una evaluación integral de estado bucodental. Durante el interrogatorio el paciente refiere haber presentado episodios previos de dolor en la región posterior mandibular izquierda, los cuales cedieron espontáneamente tiempo antes de la consulta.

Al examen clínico intraoral se observó en la arcada inferior el elemento 36 con una marcada inclinación hacia mesial, asociada a una lesión de caris extensa con compromiso coronario significativo, principalmente a nivel mesial. Asimismo, se evidenció la presencia de múltiples lesiones cariosas en otras piezas dentarias.



Figura 1. Vista clínica del elemento 36 con inclinación mesial y destrucción coronaria extensa.

Debido a los hallazgos clínicos observados, se le realizó una radiografía periapical para completar el diagnóstico y evaluar las características anatómicas del elemento comprometido. En la radiografía se observó destrucción coronaria avanzada del elemento 36, con conservación radicular. No se evidenciaron signos radiográficos de relación estrecha con estructuras anatómicas de riesgo relevante para el procedimiento quirúrgico.



Figura 2. Radiografía periapical inicial del elemento 36.

Diagnóstico definitivo:

Pieza 36 con inclinación mesial, destrucción coronaria extensa con diagnóstico de necrosis pulpar y pronostico restaurador desfavorable, con indicación de exodoncia quirúrgica mediante osteotomía y odontosección.

Plan de tratamiento y justificación:

Se le indicó la exodoncia quirúrgica del elemento 36 debido a la imposibilidad de realizar una rehabilitación conservadora predecible, considerando el grado de destrucción coronaria y la alteración del eje dentario. La inclinación mesial de la pieza dificultaba la realización de una extracción convencional, por lo que se planifico un abordaje quirúrgico mediante osteotomía y odontosección para disminuir el riesgo de complicaciones intraoperatorias y facilitar la extracción individualizada de las raíces.

Gilligan & Ulfohn (2014) describen que la odontosección constituye una técnica indicada en piezas multirradiculares cuya extracción convencional se encuentra dificultada por alteraciones anatómicas, destrucción coronaria extensa o limitaciones de acceso operatorio. Asimismo, la osteotomía permite mejorar la visualización del campo quirúrgico y disminuir las fuerzas necesarias durante la luxación dentaria¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).

Previo al procedimiento quirúrgico se indicó antibioticoterapia con amoxicilina 875mg asociada a ácido clavulánico 125mg, iniciando el esquema farmacológico 72hs antes de la intervención.

Pronóstico:

El pronóstico del tratamiento fue favorable debido a la adecuada planificación quirúrgica, la correcta ejecución técnica y la ausencia de compromiso de estructuras anatómicas vecinas. Así, el control postoperatorio permitió evidenciar una evolución clínica satisfactoria, sin presencia de complicaciones infecciosas ni inflamatorias.

RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Asepsia del campo operatorio:

Previo al procedimiento quirúrgico se realizó la preparación del campo operatorio mediante la maniobra de asepsia. La misma se realizó con yodo povidona aplicada sobre en la región prioral con movimientos centrífugos, con el objetivo de reducir el riesgo de contaminación durante el acto quirúrgico.



Figura 3. Asepsia del campo operatorio antes del procedimiento.

Anestesia:

Se administró anestesia local utilizando carticaína clorhidrato al 4% con vasoconstrictor (Anescart Forte®). Se realizó anestesia troncular del nervio dentario inferior mediante técnica indirecta de Fisher o técnica 1-2-3, anestesiando simultáneamente el nervio lingual. Posteriormente, se complementó la anestesia infiltrativa a nivel del nervio bucal en fondo de surco vestibular.

Gilligan & Ulfohn (2014) destacan que una correcta técnica anestésica regional constituye un paso fundamental en cirugía bucal, ya que permite realizar maniobras quirúrgicas de manera segura y confortable tanto para el paciente como el profesional¹.



Figura 4. Administración de anestesia troncular del nervio dentario inferior y anestesia infiltrativa del nervio bucal.

Diéresis de tejidos blandos y diseño del colgajo:

Una vez obtenida la anestesia adecuada, se procedió a realizar la diéresis de los tejidos blandos utilizando un mango de bisturí Bad Parker con una hoja N° 15. Se confeccionó un colgajo mucoperiostico recto-oblicuo mediante una incisión divergente iniciada a fondo de surco vestibular a nivel de la mitad del elemento 35, continuamos mediante el festoneado a nivel cervical de los elementos 35, 36 y 37.

La extensión de la incisión desde el elemento 35 se debió a la presencia de un frenillo vestibular prominente, con el objetivo de obtener un adecuado acceso quirúrgico y evitar tensiones sobre el colgajo. Posteriormente, se realizó el decolado mucoperiostico mediante instrumental romo, exponiendo correctamente el campo operatorio.

El diseño adecuado del colgajo permite obtener una correcta visualización quirúrgica y favorece una adecuada reposición tisular durante la síntesis¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).



Figura 5. Diseño y decolado del colgajo mucoperióstico.

Osteotomía:

Luego de exponer el campo operatorio, se realizó la osteotomía mediante instrumental rotatorio y fresa redonda extralarga bajo refrigeración acuosa. La remoción ósea se efectuó en sentido mesiodistal, abarcando el ancho radicular hasta lograr la exposición de la bifurcación del elemento dentario.

La osteotomía constituye una maniobra quirúrgica complementaria indicada cuando el acceso a la pieza dentaria se encuentra limitado o cuando las características anatómicas dificultan la exodoncia convencional. Su objetivo es facilitar la luxación y disminuir el trauma sobre las estructuras vecinas³ (Pérez et al., 2018)

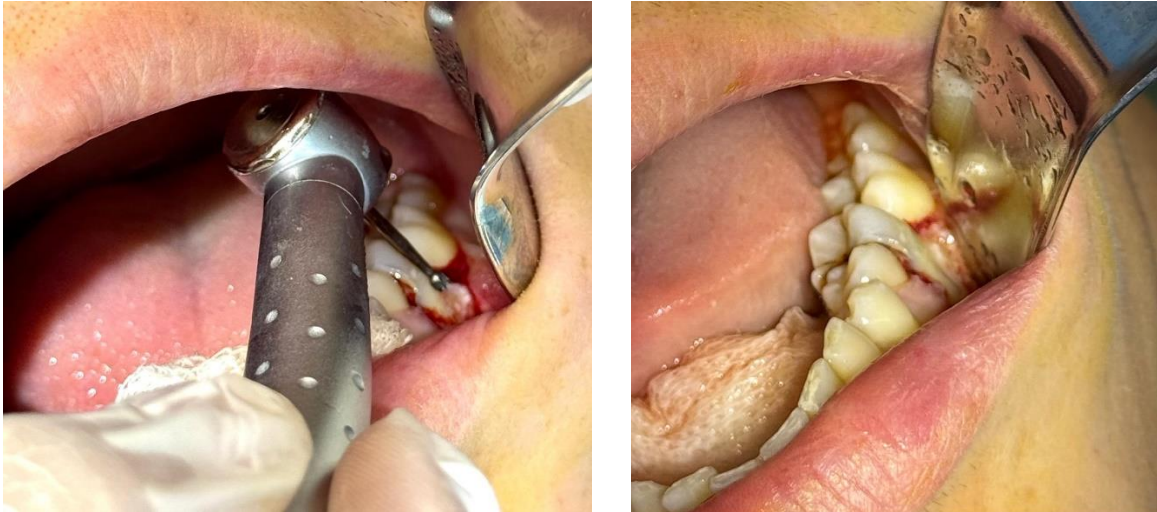


Figura 6. Osteotomía vestibular realizada para exponer bifurcación.

Odontosección:

Posteriormente, se realizó la odontosección utilizando fresa cilíndrica extralarga. La división dentaria se efectuó desde la corona hacia la región radicular en sentido vestibulo-lingual, preservando un margen de seguridad con respecto a la tabla ósea lingual.

La separación completa de las raíces permitió individualizar cada segmento dentario y facilitar su extracción mediante maniobras controladas. La odontosección es una técnica ampliamente utilizada en piezas dentarias multirradiculares complejas, ya que disminuye las fuerzas de luxación y reduce el riesgo de fracturas óseas o radiculares¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).



Figura 7. Odontosección del elemento 36 mediante instrumental rotatorio.

Exerésis:

Una vez completada la odontosección, se comenzó por la luxación del segmento distal utilizando un elevador Clev dent colocado por distal del elemento 36. Posteriormente, se empleó fórceps para premolares inferiores para realizar la extracción de la corona y la raíz distal.

A continuación, se procedió a la extracción de la raíz mesial mediante maniobras de luxación controladas. Debido a la marcada inclinación mesial del elemento dentario y su estrecha relación con el elemento 35, fue necesario utilizar elevador tipo Winter el cual su mecanismo de acción es por rueda y eje, se aplica a nivel mesial del 36, efectuando movimientos dirigidos hacia distal y oclusal para facilitar su remoción.

La correcta utilización de elevadores permite aprovechar principios biomecánicos que facilitan la luxación dentaria y disminuyen el riesgo de complicaciones intraoperatorias¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).



Figura 8. Extracción de la raíz distal.



Figura 9. Utilización de elevador de Winter para la extracción de la raíz mesial



Figura 10. Raíces distal y mesial del elemento 36 luego de la exodoncia.

Curetaje e irrigación:

Finalizada la exodoncia, se realizó el curetaje del alveolo con el objetivo de eliminar restos tisulares y favorecer la correcta cicatrización. Posteriormente, se efectuó una irrigación abundante mediante solución fisiológica y yodo povidona utilizando jeringa tipo Luer.

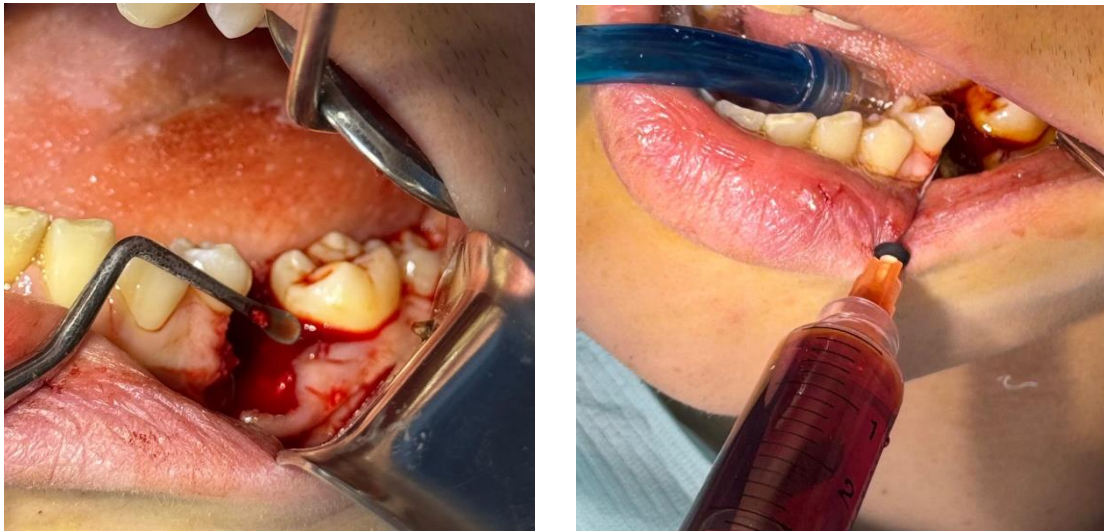


Figura 11. Alveolo post extracción, curetaje e irrigación.

Síntesis:

Finalmente, se reposicionan los tejidos blandos y se realizó la síntesis mediante tres puntos simples utilizando hilo de nylon 3-0. La sutura se efectuó a nivel de la papila distal del elemento 35, fondo de surco vestibular y región correspondiente al alveolo quirúrgico.

La correcta reposición del colgajo favorece la estabilidad de los tejidos y contribuye a una adecuada cicatrización postoperatoria¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).



Figura 12. Síntesis mediante sutura simple con nylon 3-0.

Indicaciones postoperatorias y evolución clínica:

Al finalizar el procedimiento se le brindo al paciente las indicaciones postoperatorias de manera verbal y escritas, indicando continuar con el esquema antibiótico previamente instaurado y administrar ibuprofeno o paracetamol en caso de dolor.

El paciente concurrió a control a los siete días posteriores a la intervención, refiriendo dolor leve únicamente durante el primer día postoperatorio, controlado mediante la administración de flurbiprofeno. Al examen clínico se observó una adecuada cicatrización de los tejidos blandos, ausencia de edema, infección o complicaciones postoperatorias. Posteriormente, se procedió al retiro de suturas y a la realización de control radiográfico.

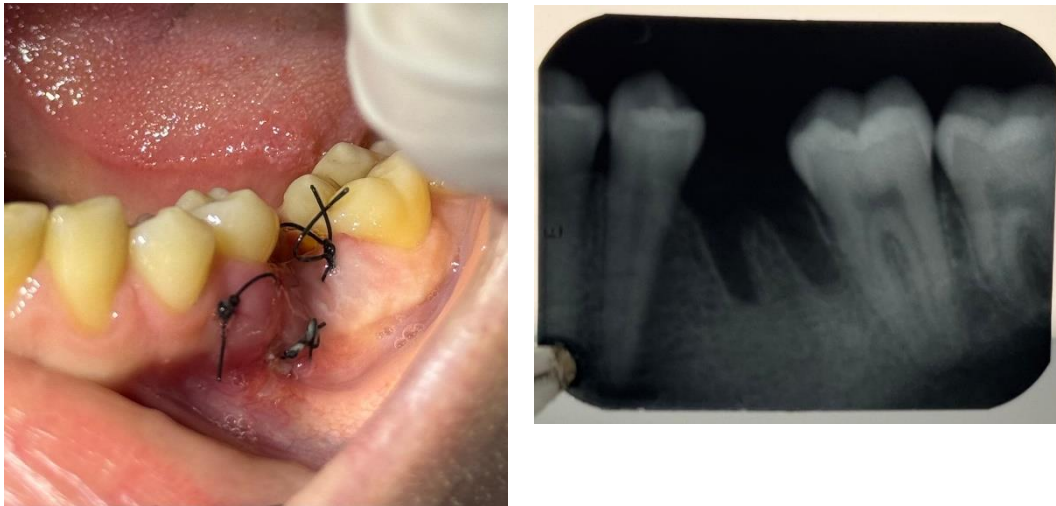


Figura 13. Control postoperatorio a los siete días: adecuada cicatrización de tejidos blandos y radiografía periapical de control.

Discusión

En el caso clínico presentado requirió un abordaje quirúrgico debido a la combinación de destrucción coronaria extensa e inclinación mesial del elemento 36, condiciones que dificultaban su extracción mediante técnicas convencionales. La usencia de tejido coronario suficiente impedía realizar una adecuada prensión con fórceps, mientras que la posición dentaria condicionaba las maniobras de luxación.

Frente a esta situación, se decidió realizar osteotomía y odontosección como técnicas complementarias para facilitar la extracción y disminuir el riesgo de complicaciones intraoperatorias. Gilligan & Ulfohn (2014) describen que la odontosección se encuentra especialmente indicada en piezas multirradiculares con alteraciones anatómicas o destrucción coronaria severa, ya que permite individualizar las raíces y reducir las fuerzas ejercidas sobre las estructuras vecinas¹.

La osteotomía realizada permitió mejorar el acceso quirúrgico y exponer la zona de la bifurcación radicular, facilitando posteriormente la separación del elemento dentario. Pérez et al. (2018) señalan que la remoción ósea controlada favorece la visualización operatoria y contribuye a disminuir el trauma quirúrgico durante la exodoncia. Asimismo, la utilización de instrumental rotatorio bajo refrigeración acuosa permite minimizar el riesgo de lesión térmica sobre el tejido óseo³.

La utilización de elevador tipo Winter durante la extracción de la raíz mesial resultó de gran importancia debido a la inclinación mesial del elemento y a su proximidad con la pieza 35. La correcta aplicación de principio biomecánicos permitió realizar movimientos controlados hacia distal y oclusal, favoreciendo una extracción más conservadora, y segura¹ (Gilligan & Ulfohn, 2014).

En relación a las alternativas terapéuticas, podrían haberse considerado tratamientos conservadores como la terapia endodóntica y posterior rehabilitación protésica. Sin embargo, la marcada inclinación mesial del elemento dentario condicionaba significativamente el pronóstico funcional y biomecánico de la pieza, dificultando una rehabilitación conservadora predecible. A esto se sumaban el compromiso coronario y el diagnóstico clínico compatible con necrosis pulpar. Además, las posibilidades económicas del paciente constituyeron un factor adicional a considerar al momento de establecer el plan de tratamiento.

La evolución postoperatoria fue favorable, observándose adecuada cicatrización de los tejidos blandos y ausencia de complicaciones infecciosas o inflamatorias. La bibliografía actual destaca que una correcta planificación quirúrgica y un adecuado manejo postoperatorio contribuyen significativamente a disminuir la aparición de complicaciones posteriores a la exodoncia quirúrgica² (Martínez et al., 2023).

A partir del análisis realizado puede considerarse la osteotomía y la odontosección herramientas fundamentales para la resolución de exodoncias complejas en molares inferiores, especialmente en aquellos casos donde existan alteraciones de posición dentaria y destrucción coronaria extensa.

Conclusión:

El abordaje quirúrgico realizado en el presente caso clínico permitió resolver de manera satisfactoria la exodoncia de un primer molar inferior con marcada inclinación mesial y compromiso coronario avanzado, condiciones que dificultaban una extracción convencional. La evaluación clínica y radiográfica previa fue fundamental para comprender las características biomecánicas del caso y seleccionar una conducta terapéutica adecuada.

La utilización de maniobras quirúrgicas complementarias facilitó la resolución del procedimiento, permitiendo realizar una extracción más controlada y conservadora, minimizando el riesgo de complicaciones y preservando las estructuras vecinas. Del mismo modo, la correcta selección del instrumental y la aplicación adecuada de principios biomecánicos resultaron determinantes durante el acto quirúrgico.

La evolución postoperatoria favorable evidenció una adecuada respuesta tisular y confirmó la importancia de un correcto manejo clínico y seguimiento del paciente luego de la intervención.

La realización de este caso clínico permitió integrar los conocimientos teóricos con la práctica quirúrgica, resaltando la importancia de la planificación, el criterio clínico y la correcta selección de las técnicas empleadas en exodoncias complejas.

Referencias bibliográficas:

1. Gilligan, J., & Ulfohn, A. (2014). La extracción dentaria: técnicas y aplicaciones clínicas. Editorial Médica Panamericana.
2. Martínez, J., López, A., & Herrera, P. (2023). Complicaciones postoperatorias asociadas a exodoncias quirúrgicas complejas. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 35(3), 115–122. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852023000500006&script=sci_arttext
3. Pérez, M., González, R., & Fernández, L. (2018). Técnicas quirúrgicas complementarias en exodoncia compleja de molares inferiores. *Avances en Odontoestomatología*, 34(2), 84–92. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582018000200084&script=sci_arttext
4. Ríos, P., Salinas, C., & Muñoz, V. (2023). Manejo farmacológico en cirugía oral ambulatoria. *International Journal of Odontostomatology*, 17(3), 224–231. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2023000300224&script=sci_arttext
5. Santos, A., Pereira, L., & Gómez, F. (2024). Clinical criteria for tooth extraction and treatment planning in oral surgery. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 16(2), 145–152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10919794/>
6. Torres, J., Ramírez, E., & Castro, M. (2022). Principales causas de exodoncia en pacientes adultos. *Revista ADM*, 79(4), 210–216. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-199X2022000400004&script=sci_arttext



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: “Resolución quirúrgica de un primer molar inferior”.

AUTOR: Spotti, María Florencia

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: PROF. OD. BECERRA MAURICIO

FIRMA DEL TUTOR:

Od. Mauricio Becerra
IMP: 8722
Cl. Odontológica
FACULTAD DE MEDICINA U.C.C.

FECHA: 10 de Junio de 2026.



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo, Spotti María Florencia estudiante y autora del trabajo integrador titulado: “Resolución quirúrgica de un primer molar inferior” declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

Firma

Córdoba, junio 10 de 2026.



ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 01 días del mes de Abril del año 2026 siendo las 13:22 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Srta. M. Florica DNI N° 40662219 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: ... DNI: ..

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 08 / 04 / 2026 Hora 13:30hs.

El/la que suscribe DNI N°
con domicilio en calle..... otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Srta. M. Florica

Firma del paciente:

Firma del Profesional a cargo:
Od. M. Florica
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA UCC

Firma del representante si el paciente es menor de edad: