

Burgos Ubeid, Lara Nazarena

**Abordaje clínico de la
pericoronaritis: desde la
etiología hasta el
tratamiento**

**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/)



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

TRABAJO INTEGRADOR

***Abordaje clínico de la Pericoronaritis: desde la etiología hasta el
tratamiento***

Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico

Autor: Burgos Ubeid Lara Nazarena

Profesora Titular: Dra. Prof. Bonnin Claudia

Profesora Tutora: Od. Esp. Almirón Luciana Paola

Córdoba 2026

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Objetivo Principal	4
Objetivos Específicos	4
Clasificación terceros molares	4
Clasificación Pericoronaritis	5
Histología	6
Caso Clínico	6
Diagnóstico Diferencial.....	7
Diagnóstico Final	8
Plan de Tratamiento	9
Discusión	9
Conclusión	11
Bibliografía	15
Anexo I	17
Anexo II	18
Anexo III	19

RESUMEN

Los terceros molares inferiores retenidos pueden generar distintos tipos de complicaciones donde se destacan los accidentes infecciosos, siendo la **pericoronaritis** uno de los más frecuentes.

La pericoronaritis es un proceso inflamatorio e infeccioso que afecta al tejido gingival que rodea la corona de un elemento parcialmente erupcionado, este tejido afectado recibe también el nombre de Opérculo. Esto se produce principalmente por la acumulación de placa bacteriana y restos alimenticios debajo del capuchón pericoronario, lo que favorece a la proliferación de microorganismos, especialmente bacterias anaerobias.

Este cuadro puede manifestarse con dolor, inflamación, eritema local, supuración, limitación de la apertura bucal y, en casos más severos, compromiso sistémico como fiebre o malestar general.

El presente trabajo tiene como objetivo general describir las posibles complicaciones de la pericoronaritis, como así también los diferentes tratamientos disponibles para su abordaje.

En este contexto, se presentará un caso clínico de una paciente femenina de 26 años que acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Córdoba, con un diagnóstico de pericoronaritis. Se detalla el diagnóstico clínico y radiográfico, la planificación del tratamiento elegido, su abordaje y evolución final.

Finalmente, se enfatiza la relevancia de un manejo adecuado en este tipo de patologías para así prevenir la progresión del cuadro y evitar complicaciones mayores.

Palabras claves: **pericoronaritis, terceros molares retenidos, infección, tratamiento odontológico.**

Abstract

Impacted lower third molars may lead to various types of complications, among which infectious events are the most prominent, with pericoronitis being one of the most frequent.

Pericoronitis is an inflammatory and infectious process that affects the gingival tissue surrounding the crown of a partially erupted tooth; this affected tissue is also known as the operculum. It mainly occurs due to the accumulation of bacterial plaque and food debris beneath the pericoronal flap, which promotes the proliferation of microorganisms, especially anaerobic bacteria.

This condition may present with pain, inflammation, local erythema, suppuration, limited mouth opening and, in more severe cases, systemic involvement such as fever or general malaise.

The aim of this study is to describe the possible complications of pericoronitis, as well as the different treatment options available for its management.

In this context, a clinical case of a 26-year-old female patient who attended the Dental Clinic of the Catholic University of Córdoba with a diagnosis of pericoronitis will be presented. The clinical diagnosis, treatment planning, therapeutic approach and subsequent evolution are described.

Finally, the importance of proper management of this type of pathology is emphasized in order to prevent disease progression and avoid major complications.

Keywords: *pericoronitis; impacted third molars; infection; dental treatment.*

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares, especialmente los inferiores, suelen presentar alteraciones en su erupción, por lo que son susceptibles a la aparición de determinadas patologías, entre ellas la *pericoronaritis*. Se produce una perforación parcial de la mucosa cuando el elemento agita su potencial eruptivo, generando entonces, una comunicación entre el saco pericoronario y el medio bucal.

La posición de los terceros molares se describe mediante la clasificación de Pell y Gregory y de Winter. Múltiples estudios han demostrado que los molares en posición vertical presentan mayor relación con la aparición de pericoronaritis (67%), seguidos de aquellos en posición mesioangular. ⁽¹⁾

Asimismo, se trata de una patología con mayor prevalencia en pacientes jóvenes o de mediana edad, de ambos sexos.

Este accidente infeccioso es un proceso inflamatorio intraoral causado por la infección del saco pericoronario. Su exposición a la sepsis bucal favorece la acumulación de restos alimenticios y proliferación de microorganismo, sobretodo bacterias anaerobias, generando un entorno propicio para el desarrollo de la infección, a su vez este cuadro puede verse agravado por el traumatismo generado por el elemento antagonista.

En determinados casos, la infección puede extenderse o agravarse a partir de otras vías, como la diseminación desde procesos infecciosos vecinos o con menor frecuencia, por vía hemática. ⁽²⁾

Como síntoma clínico se va a manifestar dolor en la región retromolar, pudiendo irradiarse a la región faríngea y amigdalina. Al examen oral se puede observar mucosa inflamada, aumento en su grosor y, a la palpación la salida de secreción purulenta o serosa generando halitosis. Asimismo, puede acompañarse con sintomatología general como fiebre, trismus, adenopatías y decaimiento.

Por otro parte, el tratamiento puede variar según el grado de afección y sintomatología presente, abarcando opciones de tratamiento *no quirúrgicos*, como la irrigación con soluciones antisépticas para reducir la carga bacteriana, o abordajes *quirúrgicos*, tratándose de una operculectomía (eliminación del opérculo) o de la exodoncia del tercer molar, sobretodo cuando la posición dentaria o falta de espacio favorecen a la recurrencia del cuadro.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Describir la pericoronitis asociada a terceros molares inferiores, abordando sus características clínicas, etiología, posibles complicaciones y alternativas terapéuticas.

Objetivos Específicos

- Analizar los factores etiológicos relacionados con la aparición de la pericoronaritis.
- Describir las manifestaciones clínicas y los signos característicos de esta patología, así como su posible evolución.
- Identificar las distintas opciones terapéuticas posibles.

DESARROLLO

Clasificación de terceros molares inferiores:

Clasificación de Pell y Gregory, considera ⁽²⁾:

Espacio entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente: CLASE I,II,III

- Clase I: Existe espacio suficiente para alojar la corona del tercer molar, siendo igual o mayor que su diámetro mesiodistal.
- Clase II: El espacio disponible es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase III: No hay espacio suficiente entre el segundo molar y la rama ascendente, encontrándose el tercer molar total o casi totalmente incluido dentro de esta estructura ósea.

Distancia entre plano oclusal y el cuello anatómico del segundo molar: CLASE A, B, C

- Clase A: el punto más alto del tercer molar está al nivel o por encima de la superficie oclusal del segundo molar .
- Clase B: el punto más alto del tercer molar se localiza entre el plano oclusal y la línea cervical del segundo molar.
- Clase C: el punto más alto del tercer molar se encuentra a nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar.

Clasificación de Winter, considera ⁽²⁾ :

Relación del eje longitudinal del tercer molar con el del segundo molar.

- Retención vertical
- Retención horizontal
- Retención mesioangular
- Retención distoangular
- Retención invertida
- Retención transversal (buco angular o linguo angular)

Diversos estudios demostraron que los elementos dentarios en posición vertical, seguidos de los mesioangulados y aquellos dentro de la Clase A (Pell y Gregory) son los más propensos a generar una pericoronaritis, por el contrario, siendo los elementos dentarios en posición horizontal los menos afectados.

Esta clasificación nos permite identificar el grado de riesgo anatómico y así poder seleccionar el tratamiento adecuado, siendo este una operculectomía o bien la exodoncia del elemento.

Clasificación clínica de pericoronaritis, según su evolución :

- *Aguda:* Presenta dolor súbito e intenso, la mucosa que recubre parte de la corona dentaria se encuentra edematosa y eritematosa. Se observa exudado seroso o purulento, puede verse acompañado de trismus, disfagia, dificultad masticatoria. Asimismo, una evolución del cuadro puede manifestar adenopatías en la cadena ganglionar submandibular, e incluso la infección puede llegar a extenderse a espacios aponeuróticos generando infecciones profundas.
- *Crónica:* Presenta síntomas más atenuados e intermitentes, como molestias locales, trismus leve, halitosis marcada. gotas de serosidad del capuchón, abscesos periamigdalinos unilaterales. La faringitis unilateral recidivante es un signo muy típico a nivel crónico. ⁽³⁾⁽⁴⁾

Histología

El saco pericoronario se caracteriza por ser tejido conectivo con remanentes de epitelio odontogénico y restos del epitelio reducido del esmalte. Radiográficamente, suele observarse un halo radiolúcido homogéneo y semicircular alrededor del elemento dentario. Entre las alteraciones que pueden afectar a los tejidos pericoronarios se encuentra la pericoronaritis.

Histológicamente, en esta lesión el tejido epitelial que recubre la zona afectada presenta un aumento de espesor debido a un proceso hiperplásico, acompañado de edema intercelular y migración de leucocitos inflamatorios. A nivel del tejido conectivo subyacente, hay un aumento de irrigación sanguínea con un infiltrado de linfocitos y células plasmáticas. Esto se debe a la respuesta defensiva del organismo ante la irritación continua y la contaminación bacteriana en el espacio pericoronario, favoreciendo así la reacción inflamatoria y el engrosamiento del tejido.

Las características de la inflamación pueden variar según el estadio del cuadro. En los procesos *agudos* predominan los neutrófilos, mientras que en los *crónicos* hay mayor presencia de células mononucleares, linfocitos, macrófagos y células plasmáticas. ⁽⁵⁾

CASO CLÍNICO

Descripción del caso clínico

Paciente de sexo femenino de 26 años que acude a consulta odontológica, en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Córdoba, debido a que “hace un tiempo le duele la muela de atrás, sobre todo cuando mastica”.

A la anamnesis la paciente relata que para el dolor se auto medicó con Ketorolac, con una mejoría transitoria. No presenta antecedentes a nivel sistémico. Durante el examen clínico y radiográfico se observa al elemento 38 en proceso de erupción, el tejido pericoronario circundante presenta signos de inflamación, caracterizados por eritema y edema. A partir de estos hallazgos se establece un cuadro clínico compatible con pericoronaritis. **(Figura 1 y 2)**



Figura 1. Pericoronaritis en elemento 38.



Figura 2. Radiografía panorámica. Elemento 38 en posición vertical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideran diferentes patologías que pueden presentar manifestaciones clínicas similares a la pericoronaritis.

- *Absceso periodontal*, se diferencia de la pericoronaritis en que no está relacionado con la erupción del tercer molar sino con bolsas periodontales preexistentes.
- *Granuloma piógeno*, lesión exofítica de aspecto rojizo y con tendencia al sangrado. No se asocia a un proceso eruptivo.
- *Hiperplasia gingival*, aumento de volumen del tejido gingival debido a procesos inflamatorios crónicos, factores sistémicos o por consumo de determinados medicamentos. Ausencia de procesos infecciosos asociados a la erupción dentaria.

DIAGNÓSTICO FINAL

Tras el examen clínico, la evaluación de sintomatologías, el análisis de las radiografías periapical y panorámica, se observó al elemento 38 parcialmente erupcionado en posición vertical, sin evidencias de patologías periapicales en el elemento mencionado y en elemento dentario vecino (Figura 3). Asimismo, se corroboró la presencia del tercer molar cubierto por un opérculo presentando signos clínicos característicos, tales como eritema, edema, dolor a la palpación/masticación y un leve sangrado. A partir de estos datos se estableció como diagnóstico definitivo la *Pericoronaritis*.

Por otra parte, se descartan otros diagnósticos diferenciales debido a la ausencia de destrucción periodontal significativa, compromisos óseos o aumento de volumen de lesiones reactivas.

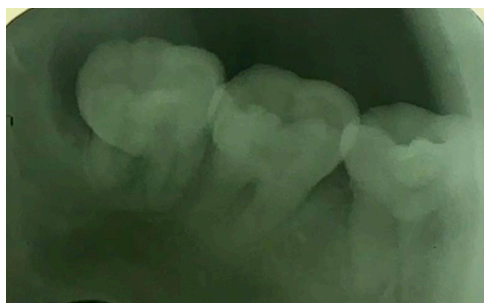


Figura 3. Radiografía periapical del elemento 38.

PLAN DE TRATAMIENTO

Se decide realizar un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo, con el objetivo de eliminar el tejido pericoronario afectado y así prevenir la recurrencia del cuadro. Se realizará la eliminación del opérculo mediante una operculectomía utilizando la técnica de bisturí.

La elección del tratamiento se basa en la sintomatología clínica y los signos observados durante los exámenes. El elemento presenta una posición adecuada para la realización de este tratamiento quirúrgico. Por otra parte, la paciente consta de buena higiene oral y no presenta ninguna patología a nivel sistémico que contraindique el procedimiento.

El pronóstico se considera favorable, ya que la literatura científica describe altos índices de éxito clínico y mínimas recurrencias posteriores luego de la eliminación del tejido pericoronario. ⁽⁶⁾

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de pericoronaritis presentan un manejo inicial similar, orientado al control del proceso infeccioso e inflamatorio para posteriormente, establecer el tratamiento definitivo según las características clínicas y radiográficas de cada paciente.

Existen diversas alternativas terapéuticas que van desde el desbridamiento local y la implementación de medidas adecuadas de higiene local junto con el uso de antiinflamatorios y antibióticos, con el objetivo de evitar complicaciones y limitar el avance del proceso infeccioso.

Primeramente, **la fase inicial del tratamiento** consiste en : Eliminar un mayor crecimiento bacteriano y en el control del dolor . Se realizarán irrigaciones con soluciones estériles como solución salina, agua oxigenada de 10 volúmenes, iodopovidona y, además, se instruye al paciente a que continúe con una adecuada higiene bucal de cepillado y a través de la implementación de buches de clorhexidina al 0,12% por un periodo no superior a los 14 días; este colutorio presenta propiedades antibacterianas, antisépticas y sustantividad, ayudando a reducir la carga bacteriana.

Por otra parte, para el **manejo del dolor**: En la pericoronaritis es esencial la administración de AINEs que van a ofrecer propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, como ser el ibuprofeno.

La administración de antibióticos: Está indicada cuando se sospecha o bien existe un compromiso sistémico, teniendo un uso reservado y limitado. El ATB vía oral de elección es la amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125 mg, seguido de amoxicilina 500 mg , o bien en caso de presentar sensibilidad a estos antibióticos, pueden considerarse la Clindamicina 300 mg o Eritromicina 500 mg .

Una vez resuelto el tratamiento inicial, se decidirá el tratamiento definitivo, siendo este una operculectomía o bien si el elemento no es funcional o no podrá erupcionar correctamente , su extracción.

Operculectomía: Consiste en la cirugía del tejido blando afectado que cubre parcialmente el tercer molar, lo que facilitará la higiene, la acumulación de placa y también evitará el trauma mecánico ocasionado por el elemento antagonista. Su eliminación reduce la posibilidad de recurrencia del cuadro.

Este tratamiento está indicado en aquellos casos donde la posición del elemento es favorable , es decir, cuando se encuentra en una posición vertical o mesioangular lo que facilita el acceso y minimiza el riesgo de complicaciones.

Para este procedimiento existen *diversas técnicas*, entre ellas la utilización de láser, electrobisturí o bisturí convencional, cada uno con ventajas individuales.

El **láser** y la **electrocirugía**, son procedimientos que proporcionan mejor hemostasia, mejoran la visibilidad del campo, menor edema y mayor confort postoperatorio. Siendo en la actualidad, “ el láser la opción más superior debido a su alto efecto analgésico, el cual radica en la acción vascular, ya que aumenta la microcirculación por vasodilatación y en su actividad sobre las terminaciones nerviosas, lo que mejora la conductividad del impulso y disminuye la actividad bioeléctrica bloqueando así el foco nervioso “ . (Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2024) 7 .

De igual manera, su uso va a estar limitado a la habilidad del profesional y de las tecnologías a su alcance.

Extracción del tercer molar : Otra alternativa presente es la extracción del elemento, ya sea por presencia de lesiones cariosas o posición inadecuada en donde no podrá terminar de erupcionar correctamente y el cuadro podrá ser recurrente.

Otra **variante** posible y que ha sido objeto de investigación es la incorporación de la **ozonoterapia en la pericoronaritis**. Consiste en la aplicación de *Oleozon* con una torunda de algodón esteril en la zona pericoronaria tres veces al día. Se trata de un producto con capacidad germicida contra virus, bacterias y hongos, tiene alta acción en la oxigenación de tejidos y poder estimulante en la regeneración tisular, presentando así gran eficacia en los tratamientos de enfermedades infecciosas e inflamatorias de la cavidad bucal. Los resultados de los estudios experimentales fueron satisfactorios al finalizar el tratamiento. ⁽⁸⁾

CONCLUSIÓN

El abordaje del presente caso demostró que es posible una resolución favorable con la realización de la Operculectomía, siendo una opción conservadora y eficaz. Pasos clínicos:

- Primeramente, se procede a la administración de un anestésico local inyectable alrededor del opérculo con técnica infiltrativa (Figura 4). Se utilizó Anescart Forte que pertenece al laboratorio argentino Sidus , es una combinación de Carticaína al 4 % y Adrenalina 1:100.000.

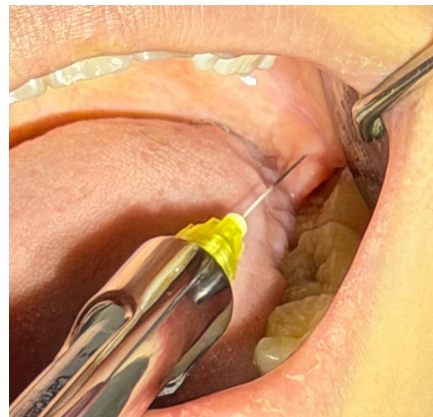


Figura 4. Colocación de anestesia local infiltrativa

- Luego se realiza antisepsia de la zona, mediante lavados con jeringas de 10 ml con cánula roma marca Densell (puntas no cortantes) cargadas de agua oxigenada de 10 volúmenes e iodopovidona por debajo del capuchón. Está irrigación permite el desbridamiento del material séptico, restos de alimentos, exudados y secreciones, proporcionado al medio el oxígeno necesario para combatir los microorganismos anaerobios tales como estreptococos, estafilococos y espiroquetas. (Figura 5).



Figura 5. Lavajes

- Finalmente, se realiza la eliminación del opérculo. Se observa la eliminación completa del tejido pericoronario que cubría la corona dental ,con técnica de bisturí utilizando hoja N 15 (Figura 6 y 7). Durante el procedimiento se fue irrigando con solución fisiológica con el fin de mantener el campo quirúrgico limpio. No se necesitó realizar puntos.



Figura 6. Eliminación del tejido pericoronario. Técnica de bisturí.



Figura 7. Tejido pericoronario.

Esta opción se limita a terceros molares con una posición favorable, ya que si el elemento está impactado horizontalmente o hay espacio insuficiente para la erupción es probable que persistan las áreas difíciles de limpiar, lo que puede causar una recurrencia de la pericoronaritis.

Se decidió utilizar la técnica de bisturí debido a su accesibilidad clínica. Asimismo, sigue considerándose una técnica mínimamente invasiva logrando resultados óptimos.

El control postoperatorio se realizó a las dos semanas de la intervención, observándose una cicatrización adecuada de los tejidos blandos. La mucosa pericoronaral no presenta signos de inflamación, infección, supuración ni sangrado. Correcta exposición de la corona dental, ausencia del opérculo y adecuada adaptación de los tejidos circundantes, lo que indica una evolución favorable y resolución del problema. (Figura 8 y 9)



Figura 8. Exposición de la corona en el elemento 38.



Figura 9. Resultado final

El presente trabajo permite concluir que antes una pericoronaritis no siempre la primera opción terapéutica es la exodoncia del elemento dentario. Existen otras alternativas conservadoras como la operculectomia, cuya indicación depende de una adecuada valoración clínica y radiográfica, especialmente de la posición y pronóstico de erupción del tercer molar.

Por esto, el diagnóstico tiene que ser preciso e integral para que el tratamiento dé como resultado una solución permanente y no solo momentánea.

En el caso presentado, la elección de la operculectomia resultó una alternativa terapéutica eficaz, permitiendo conservar la pieza dentaria y lograr un resultado clínico satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kwon G, Serra M. Pericoronitis. [Actualizado el 21 de noviembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2026-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576411/>
2. Gilligan, J.M., & Ulfohn, A.G. (2014). La extracción dentaria: técnicas y aplicaciones clínicas (1.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
3. Morejón Álvarez, Felicia C, Torres Rodríguez, Luis Enrique, Morejón Álvarez, Tailín, & Herrera Forcelledo, Alianna. (2010). Evolución clínica de la pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 14(2), 41-47. Recuperado en 09 de mayo de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201000200004&lng=es&tln g=es.
4. Morán López, Elena, & Cruz Paulín, Yulién. (2001). Pericoronaritis: Criterios actuales. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*, 38(3), 192-204. Recuperado en 17 de mayo de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300007&lng=es&tln g=es.
5. Parra, V, & Ibaceta, G. (2019). Hallazgos Histopatológicos del Tejido Pericoronario de Terceros Molares Incluidos Sanos. *International journal of odontostomatology*, 13(3), 332-337. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2019000300332>.
6. Vidusha, A., & Subasree, S. (2025). *Clinical evaluation of operculectomy using a 940 nm diode laser in the management of pericoronitis: A retrospective case record study. Journal of Chemical Health Risks*, 15(4), 877–881. <https://jchr.org/index.php/JCHR/article/view/9203>.
7. González-Gómez, Yamirka Aleida, Fernández-González, Yamilé, Sixto-Iglesias, Marlys Susel, Wong-Silva, Jadier, & Corbillón-Labrador, Gilberto Carlos. (2024). Laserterapia y laserpuntura. Alternativa de tratamiento en la pericoronaritis. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 28(2), . Epub 01 de marzo de 2024. Recuperado en 12 de mayo de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942024000200007&lng=es&tln g=es.
8. Mayor Hernández, Félix, Moure Ibarra, Miriam Dolores, & García Valdés, Marlene Rosa. (2010). Evolución clínica de pericoronaritis tratadas con OLEOZON® en urgencias estomatológicas. *Revista Médica Electrónica* , 32 (2) Recuperado el 29 de mayo de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-1824201000200003&lng=es&tln g=pt.
9. Megino Blasco, L., León García, F.J., Benasuly Labuz, Y., Serrano Carmona, C., & Lobato García, J.A.. (2014). Actualización en el tratamiento de la pericoronaritis. *Sanidad Militar*, 70(Supl. extra), 17-18. Recuperado en 10 de abril de 2026, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712014000500008&lng=es&tln g=es.

10. Díaz del Mazo, Lizel, González Rodríguez, Annia, Silva Colomé, María Elena, Ferrer González, Silvia, & Vicente Botta, Braulia Luisa. (2017). Valoración clínico-epidemiológica de pacientes con pericoronaritis aguda de los terceros molares. *MEDISAN*, 21(11), 3188-3196. Recuperado en 09 de mayo de 2026, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100007&lng=es&tlng=es.
11. Castro, M., Pardi, G., & Guilarte, C. (2014). Detección de microorganismos anaerobios en pacientes con pericoronaritis y sensibilidad a los antimicrobianos. *Acta Odontológica Venezuela*, 52 (2).

ANEXO I


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

TRABAJO INTEGRADOR: "ABORDAJE CLÍNICO DE PERICORONARITIS : DESDE LA ETIOLOGÍA AL TRATAMIENTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO".

AUTOR: BURGOS UBEID LARA NAZARENA

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: OD. ESP. ALMIRÓN LUCIANA PAOLA.

FIRMA DEL TUTOR:



FECHA: 10/06/2026

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA


Yo BURGOS UBEID LARA NAZARENA, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado, "ABORDAJE CLÍNICO DE LA PERICORONARITIS: DESDE LA ETIOLOGÍA HASTA EL TRATAMIENTO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO " declaró que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Córdoba, 10 de Junio del 2026

ANEXO III

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 01 días del mes de Abril del año 2026 siendo las 14:00 hs.
 Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
 estudiante/practicante Natalia Borges Ubrei DNI N° 42.151.415 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: [REDACTED] DNI: [REDACTED]

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 [REDACTED] DNI N° [REDACTED]
 con domicilio en calle [REDACTED] otorgo mi consentimiento para que se
 me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta.....

Firma del paciente: [REDACTED] Firma del Profesional a cargo: [REDACTED]

Firma del representante si el paciente es menor de edad:

Dr. LUCIANA PAOLA ALMIRON
M.P. 5533
Carrera de Odontología
Facultad de Medicina - U. C. C.