Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Odontología
Unidad de Posgrado

Exéresis de odontoma complejo mediante osteotomía sagital de rama mandibular

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Máxilofacial

AUTOR

Nelly Marcelina CARRASCO ORTEGA

ASESOR

Mg. José Luis CORNEJO SALAZAR

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Carrasco N. Exéresis de odontoma complejo mediante osteotomía sagital de rama mandibular [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Nelly Marcelina Carrasco Ortega
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40045465
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-6660-3165
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	José Luis Cornejo Salazar
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07349888
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2052-0244
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Arturo Alberto Rodríguez Flores
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06967696
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Alejandro Alberto Cornejo García
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06105443
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Jaime Alejandro Hidalgo Chavez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	44293365

Datos de investigación	
Línea de investigación	B.3.3.1. Terapia de las enfermedades y alteraciones estomatológicas.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Lugar: Hospital Nacional Hipólito Unanue País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: El Agustino Calle: Av. César Vallejo 1390 Latitud: -12.03956 Longitud: -76.99386
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020 - 2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral **http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14**

Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ACTA N° 009-FO-UPG-2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILOFACIAL

Siendo las 09:00 horas del día jueves 13 de marzo de dos mil veinticinco, en el Aula 1 de Pregrado en la Facultad de Odontología, el Jurado de Sustentación conformado por los docentes:

- Presidente : C.D. Esp. Arturo Alberto Rodríguez Flores
- Miembro : C.D. Esp. Alejandro Alberto Cornejo García
- Miembro : Mg. Esp. Jaime Alejandro Hidalgo Chávez
- Asesor : Mg. Esp. José Luis Cornejo Salazar

Se reunieron para la sustentación del trabajo académico titulado: **EXÉRESIS DE ODONTOMA COMPLEJO MEDIANTE OSTEOTOMÍA SAGITAL DE RAMA MANDIBULAR;** presentado por la C.D. **NELLY MARCELINA CARRASCO ORTEGA**, egresada del programa de **Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Máxilofacial**, desarrollado en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología.

Concluida la sustentación, los miembros del jurado procedieron a formular sus preguntas las que fueron absueltas por la titulanda. Acto seguido se procedió con la evaluación correspondiente. En forma colegiada, el jurado asignó la calificación de:

DIECISIETE (Letras) — 17 (Números) — Aprobado por logro. (Escala)

Habiendo sido aprobada la sustentación del trabajo académico, el Jurado de Sustentación recomienda al Consejo de Facultad **apruebe el otorgamiento del título de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Máxilofacial a doña NELLY MARCELINA CARRASCO ORTEGA.**

Siendo las _____ horas, se levantó la sesión. Se deja constancia del acto, mediante las firmas del Jurado de Sustentación y asesor del trabajo académico en la presente acta.

C.D. Esp. Arturo Alberto Rodríguez Flores
Presidente

C.D. Esp. Alejandro Alberto Cornejo García
Miembro

Mg. Esp. Jaime Alejandro Hidalgo Chávez
Miembro

Mg. Esp. José Luis Cornejo Salazar
Miembro Asesor

Nota: La calificación se consigna en letras, números y nivel, de acuerdo con el Reglamento General de Estudios de Posgrado.
El resultado de la calificación de la sustentación de tesis corresponderá a uno de los siguientes niveles:

20	Aprobado por excelencia
18 - 19	Aprobado por destacado
16 - 17	Aprobado por logro
14 - 15	Aprobado
00 - 13	Desaprobado

El promedio de la calificación con fracción de 0.5 o más, se redondea al entero inmediato superior.

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Jose Luis Cornejo Salazar en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen N° ° 0049-FO-UPG-2020 del trabajo académico, cuyo título es **"EXÉRESIS DE ODONTOMA COMPLEJO MEDIANTE OSTEOTOMÍA SAGITAL DE RAMA MANDIBULAR"** presentado por el CD. Nelly Marcelina Carrasco Ortega para optar el Titulo de Segunda Especialidad Profesional en Cirugía Bucal y Maxilofacial

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 13**% de similitud**, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado/ título/ especialidad correspondiente.

Firma del Asesor _____

DNI: 07349888

Nombres y apellidos del asesor: José Luis Cornejo Salazar



Huella digital

AGRADECIMIENTOS:

Hoy nos toca cerrar un capítulo extraordinario en nuestra historia de vida, como es la especialidad, pero aún quedan muchos sueños por perseguir, muchos retosque cumplir, muchas personas a quien agradecer y sobre todo:

Agradecer a Dios, por permitirme hacer este sueño realidad.

A mi pequeño hijo Rodrigo, por todo el tiempo que no estuve para ti.

A mi querida madre por apoyarme, ayudarme y ser mi fortaleza para seguir adelante, sin ti mamá MARÍA no lo hubiera logrado.

A los docentes de la Especialidad, en especial al Dr. Arturo Rodríguez Flores y a la Dra. Gloria Arellano, jefe del departamento de odontoestomatologia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y jefa del servicio de cirugía bucal y maxilofacial, respectivamente, así como al Dr. David Moreno Villalobos, quienes me acogieron, creyeron y confiaron en mí.

Al Dr. José Luis Cornejo, por su paciencia y constancia como mi asesor, dándome sus orientaciones y consejos para lograr este objetivo.

DEDICATORIA

No fue fácil este camino, más aún cuando dejas muchas cosas atrás…. pero lo logramos.

Quisiera dedicar este trabajo a mi madre, mi mayor fortaleza, a mi hijo mi mayor motivación para no rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para él…

sin ustedes no lo hubiera logrado

1. TÍTULO

EXÉRESIS DE ODONTOMA COMPLEJO MEDIANTE OSTEOTOMÍA SAGITAL DE RAMA MANDIBULAR.

2. PALABRAS CLAVES: Odontoma**,** Osteotomía, Sagital de rama**.**

3. RESUMEN

Los odontomas son tumores benignos que surgen de la transformación de células mesenquimatosas y epiteliales odontogénicas, diferenciadas, con el potencial de formar esmalte, dentina y cemento, la diferencia entre ambos es el tipo de organización del tejido dental. Su origen se desconoce, sin embargo, se ha relacionado con procesos infecciosos, anomalías congénitas, hiperactividad odontoblástica y traumatismos. El tipo de tratamiento a utilizar dependerá del tamaño del odontoma, cuando son pequeños o de tamaño medio, el tratamiento aceptable es la escisión del tumor. La dificultad se presenta con aquellos odontomas grandes, donde su extirpación involucra la pérdida de grandes cantidades de hueso, la posibilidad de una fractura mandibular y la probabilidad de lesionar el IAN, entonces conociendo estos inconvenientes durante la extirpación de tumores grandes de la mandíbula, en 1979, Rittersma y van Gool incluyeron el uso de la técnica quirúrgica denominada osteotomía sagital de rama mandibular para dar tratamiento a este tipo de patologías. **Objetivo**: Siendo entonces nuestro objetivo, reportar y conocer otras opciones de tratamiento del odontoma complejo de gran tamaño ubicadas en el maxilar inferior. **Caso clínico**: Se reporta el caso de un paciente de sexo masculino de 37 años de edad, sin antecedentes sistémicos de importancia, quien presentaba dolor y tumefacción de región geniana izquierda asociado a secreción purulenta de esta misma región, a quien después de realizar los exámenes clínicos, imagenológicos e histopatológicos, se llegó al diagnóstico de odontoma complejo infectado. El paciente fue tratado exitosamente con la técnica quirúrgica de osteotomía sagital de rama mandibular, en el servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Nacional Hipólito Unanue de la ciudad de Lima-Perú. **Conclusión:** Para realizar un mejor manejo de los odontomas complejos de gran tamaño, es necesario conocer otras opciones de tratamiento como es la utilización de la técnica quirúrgica: osteotomía sagital de rama mandibular, la misma que nos permitió, en el caso de nuestro paciente, evitar fracturas patológicas a consecuencia de la perdida de estructura ósea considerable, como cuando se realiza con una técnica quirúrgica

convencional, y más aún, si consideramos que el tumor de nuestro paciente se encontraba dentro de ambas tablas mandibulares, por lo que al utilizar esta técnica quirúrgica nos permitió preservar la basal mandibular y nos evitó en lo posible, lesionar al IAN .

ABSTRACT

Odontomas are benign tumors that arise from the transformation of differentiated mesenchymal and epithelial odontogenic cells, with the potential to form enamel, dentin and cementum. The difference between them is the type of organization of the dental tissue. Its origin is unknown, however, it has been related to infectious processes, congenital anomalies, odontoblastic hyperactivity and trauma. The type of treatment to be used will depend on the size of the odontoma. When they are small or medium-sized, the acceptable treatment is tumor excision. The difficulty arises with those large odontomas, where their removal involves the loss of large amounts of bone, the possibility of a mandibular fracture and the probability of injuring the IAN. Knowing these inconveniences during the removal of large tumors of the jaw, in 1979, Rittersma and van Gool included the use of the surgical technique called sagittal osteotomy of the mandibular ramus to treat this type of pathology. **Objective** : Our goal is to report and learn about other treatment options. of large complex odontoma located in the lower jaw. **Case Clinical** : We report the case of a 37-year-old male patient with no significant systemic history who presented pain and swelling of the left genital region associated with purulent discharge from the same region. After clinical, imaging and histopathological examinations, a diagnosis of infected complex odontoma was made. The patient was successfully treated with the surgical technique of sagittal osteotomy of the mandibular ramus, in the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Hipólito Unanue National Hospital. from the city of Lima-Peru. **Conclusion:** In order to better manage large complex odontomas, it is necessary to know other treatment options such as the use of the surgical technique: sagittal osteotomy of the mandibular ramus, which allowed us, in the case of our patient, to avoid pathological fractures as a result of the loss of considerable bone structure, as when performed with a conventional surgical technique, and even more so, if we consider that our patient's tumor was located within both tables mandibular, for that that by using this surgical technique we allowed preserve the mandibular basal and prevented us, as far as possible, from injuring the IAN.

4.INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos de la cavidad oral como los odontomas, se presentan con mucha frecuencia y en la mayoría de los casos no muestra síntomas, el retraso de la erupción dentaria permanente es el signo más común[1]. Provienen del aumento de células mesenquimatosas y epiteliales diferenciadas, en la cual los ameloblastos y odontoblastos producen dentina y esmalte los mismos que se almacenan de forma defectuosa o anormal[2,3]. Dentro de los tumores odontogénicos, los odontomas son los tumores benignos más comunes (20-40%)[4]. El origen de los odontomas es desconocido. Pudiendo entonces ser originados por una variedad de factores, incluidos traumatismos, mutaciones genéticas, infecciones, hiperactividad odontoblástica o alteraciones del gen que controla el desarrollo dentario. Estos tumores, en su mayoría, no tienen una predilección clara por el sexo y se dan a conocer durante la segunda y tercera década de la vida[5-8]. Las clasificaciones de los odontomas se realizan teniendo en consideración la distribución y el grado de mutación de las células odontogénicas, clasificándose entonces en: odontomas compuestos (OCp) y odontomas complejos (OC)[9,10]. El odontoma compuesto identifica una diferenciación morfológica e histológica, en tanto que el odontoma complejo únicamente identifica histodiferenciación[11]. En el odontoma compuesto se configuran diferentes estructuras dentales de diversas formas (dentículos), mientras que en el odontoma complejo se constituye una sólida masa de tejidos dentales blandos y duros, dispuestos de forma desorganizada sin asemejarse a la estructura de un diente.[10,12,13]

El sitio más frecuentemente informado es la zona incisivo-canina del maxilar superior (67%), en segundo lugar, están las zonas anteroinferior y posteroinferior del maxilar inferior (33%)[14-16].

Claramente, el odontoma compuesto es más frecuente que el odontoma complejo[14]. Los odontomas compuestos se localizan con una frecuencia mayor, en la parte anterior del maxilar superior, próximo a la corona de un diente no erupcionado, o entre las raíces de los dientes erupcionados (61%) entre tanto el odontoma complejo lo hace en la parte posterior del maxilar inferior (59%)[17-19].

El odontoma compuesto, Radiográficamente, se observa como masas radiopacas con bordes irregulares que asumen una conformación similar a un diente, con un margen periférico radiolúcido, a la vez que los complejos presentan una radiopacidad única[10].

Los odontomas compuestos, Histológicamente, están acondicionados en un patrón organizado de estructuras dentales y envueltos parcialmente por una cápsula de tejido conjuntivo, se caracterizan por la presencia de tejidos dentales, esmalte desmineralizado, dentina, cemento y pulpa, en tanto que los odontomas complejos se observan como una masa mal organizada de tejidos dentales duros[12].

Comúnmente, el tratamiento más aceptado para los odontomas es la exéresis; no obstante, cuando las dimensiones del odontoma son grandes y su ubicación comprometen el IAN o los dientes contiguos, es necesario considerar otras opciones de tratamiento, para evitar posibles complicaciones. Los grandes odontomas complejos de la mandíbula son inusuales; Por esta razón, hay poca disponibilidad de información sobre el abordaje quirúrgico preferido para estas lesiones[17-24].

La Osteotomía Sagital de Rama Mandibular es una técnica quirúrgica estandarizada y de uso rutinario en cirugía ortognática, principalmente indicada para corregir deformidades dentofaciales como el retrognatismo y/o el prognatismo mandibular, con el paso del tiempo la osteotomía sagital de rama mandibular también se ha utilizado intuitivamente para manejar procedimientos orales particulares que conlleven a un alto riesgo de dañar el nervio alveolar inferior (IAN), como la extracción de dientes impactados cerca del canal mandibular y/o tumores benignos.25-33 Así mismo la osteotomía sagital de rama mandibular permite lograr un acceso excelente a la lesión, en especial si esta lesión se ubica totalmente dentro de las placas corticales, manteniéndose la continuidad de la basal mandibular, después de la fijación de los segmentos distal y proximal. Otra ventaja para emplear esta técnica quirúrgica es que nos permitirá preservar y disecar el paquete neurovascular, en especial cuando éste, ha sido desplazado por una lesión, por lo tanto, esta es una ventaja importante en comparación con otras técnicas quirúrgicas de resección en donde el IAN puede resultar afectado[34]. De igual forma, la osteotomía sagital de rama mandibular nos posibilitará tener un mejor acceso para extirpar una gran lesión benigna de la mandíbula en un individuo joven, como es el caso de nuestro paciente, superando así a la técnica tradicional de resección en bloque, evitando de esta manera la creación de un gran defecto en el hueso cortical que conlleve a un mayor riesgo de fractura[20-24].

Por estas razones se pretende demostrar con este trabajo que la osteotomía sagital de rama mandibular es una alternativa quirúrgica para tratar este tipo de tumores como es el odontoma complejo de gran tamaño.

4. INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino, de 37 años de edad, procedente y natural de la ciudad de Lima, de ocupación obrero y de grupo étnico mestizo.

Antecedentes médicos personales: sin antecedentes sistémicos de importancia.

Antecedentes familiares: el paciente niega antecedentes familiares relevantes.

RAM: No refiere.

Paciente acude a consulta manifestando dolor y tumefacción de hemicara izquierda el mismo que fue progresivo después de recibir un golpe en la cara hace 15 días aproximadamente, a estos síntomas se agrega también secreción purulenta en esta misma región, motivo por el cual opta por acudir a odontólogo particular donde al evaluarlo le solicitan una radiografía panorámica, a la valoración de ésta, sugieren la impactación de la tercera molar inferior izquierda con la presencia de una alteración patológica de la estructura ósea en esta misma zona, recibiendo entonces la recomendación de acudir a un especialista y con la prescripción de amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días, el paciente recurre al Hospital Nacional Hipólito Unanue específicamente al servicio de cirugía ,bucal y maxilofacial para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

5. HALLAZGOS CLÍNICOS

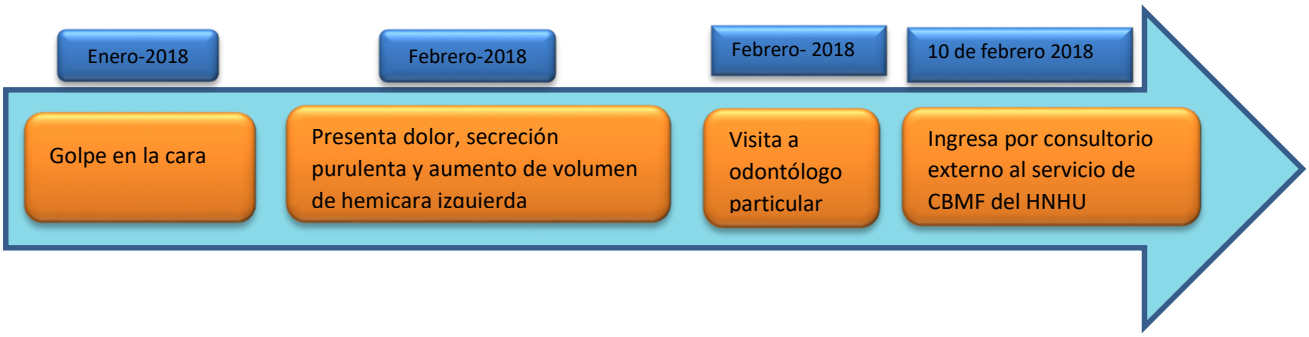
Examen general: Paciente en REG, BEN, BEH, LOTEP

Examen clínico extraoral: se observa una ligera tumefacción en la región geniana baja izquierda, de consistencia dura, dolorosa a la palpación con la presencia de una fístula activa que a la dígito presión se observa secreción purulenta.

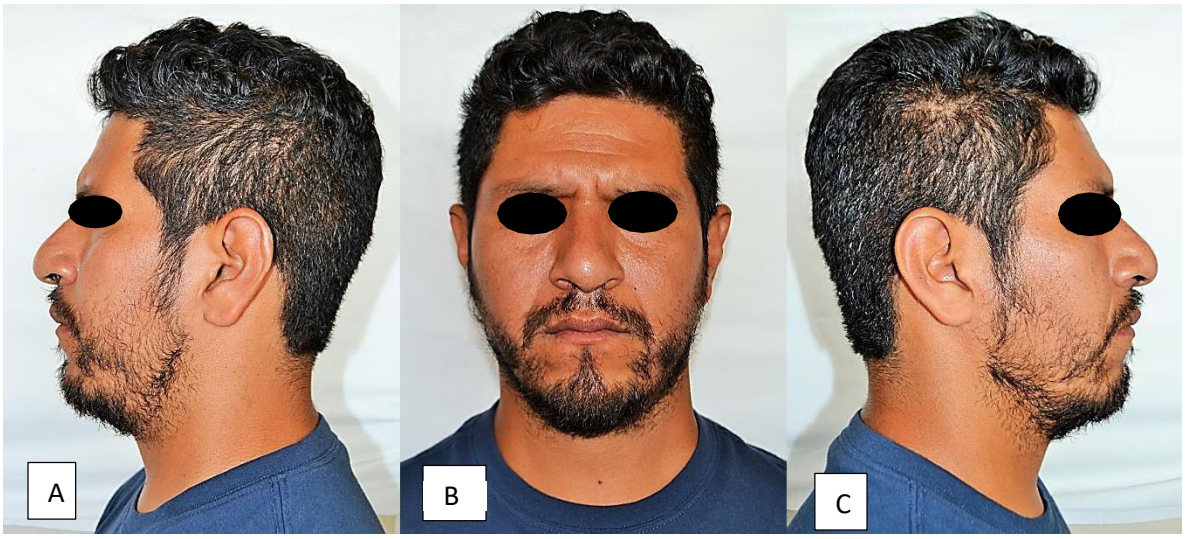
Examen clínico Intraoral: se observa borramiento de fondo de surco vestibular del tercer cuadrante por tumefacción, que se extiende desde la segunda molar inferior izquierda hasta el espacio retromolar izquierdo, de 5 x 3 cm aproximadamente con expansión de tabla vestibular y lingual, de consistencia dura, con dolor a la palpación, se evidencia indentaciones sobre la mucosa del reborde alveolar de las la segunda y tercera molar inferior izquierda asociado a fístula activa a nivel de la primera molar inferior izquierda, no se evidencia la segunda ni la tercera molar inferior izquierda. (Figuras 1 y 2).

En la evaluación del cuello: se encuentra cilíndrico, móvil y no se palpan adenopatías.

6. LINEA DEL TIEMPO



EXAMEN CLÍNICO EXTRA ORAL



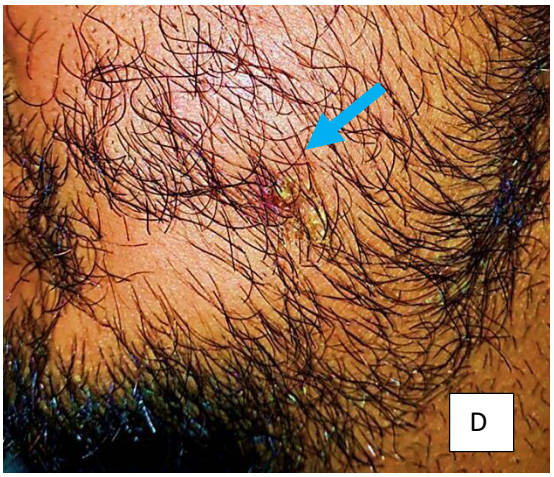


Figura 1. A, B y C Imágenes extra orales que demuestran tumefacción en región geniana izquierda. D. Imagen donde se puede valorar la presencia de una fistula extraoral con secreción purulenta.

EXAMEN CLÍNICO INTRA ORAL



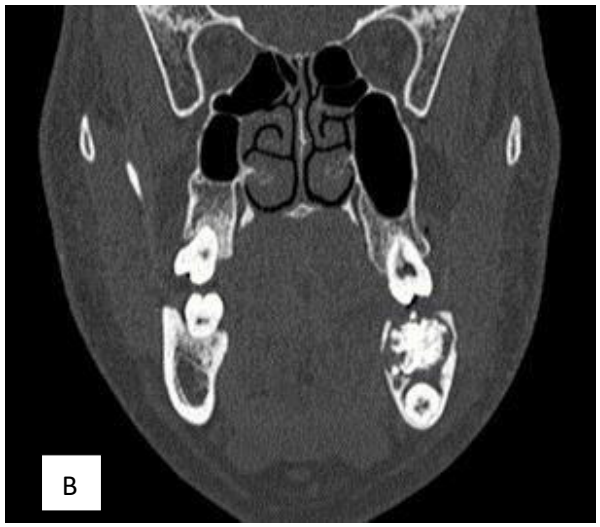
Figura 2. A y B. Imágenes intra orales que muestran tumefacción de fondo de surco vestibular de tercer cuadrante el mismo que compromete al reborde alveolar de la segunda y tercera molar inferior izquierda observándose también indentaciones en este mismo lugar, evidenciándose así mismo una fistula intra oral activa próxima a la primera molar inferior izquierda.

7. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

8.1. Exámenes Complementarios para el diagnóstico

La valoración de la radiografía panorámica mostró una imagen radiopaca grande rodeado por un halo radiolúcido de márgenes irregulares que se expandía desde distal de la pieza 3.6 comprometiendo cuerpo y ángulo mandibular izquierdo, la pieza 3.8 se encontró por debajo de esta imagen radiopaca, muy próximo a la basal mandibular (Figura 3A). En la tomografía Cone Beam podemos evidenciar el adelgazamiento y fenestración de las corticales bucales y linguales con predominio de la tabla lingual así como el desplazamiento del IAN (Figura 3 B,C y D)









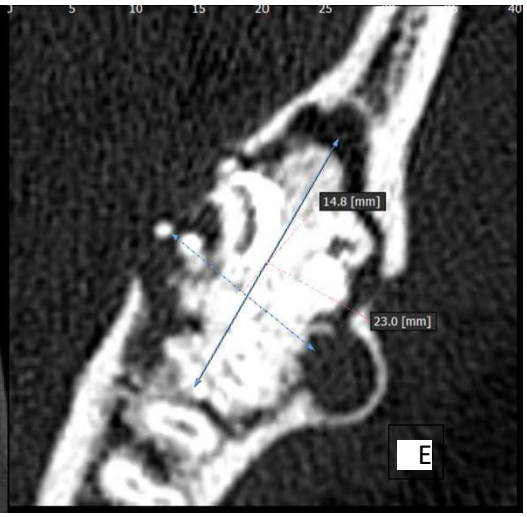


Fig. 3A. La valoración de la radiografía panorámica mostró una imagen radiopaca, con márgenes irregulares que compromete el cuerpo y ángulo mandibular izquierdo, la pieza 3.8 se encontró por debajo de esta imagen radiopaca, muy próximo a la basal mandibular. En la tomografía Cone Beam podemos evidenciar el adelgazamiento y fenestración de las corticales bucales y linguales a predominio de la tabla lingual (Fig.3. B, C, D y E).

Después de realizar la **biopsia incisional**, se envió la muestra a anatomía patológica. El resultado de la valoración microscópica demuestra la existencia de una masa calcificada que consta de diversas áreas ocupadas por tejido blando, la estructura de la masa calcificada posee cualidades de cemento, osteocemento, dentina y osteodentina, en las áreas de tejido blando se identificó una matriz de esmalte e islas de epitelio odontogénico contorneado por tejido inflamatorio, todas estas particularidades microscópicas nos permiten llegar al diagnóstico de odontoma complejo infectado. Fig. 4

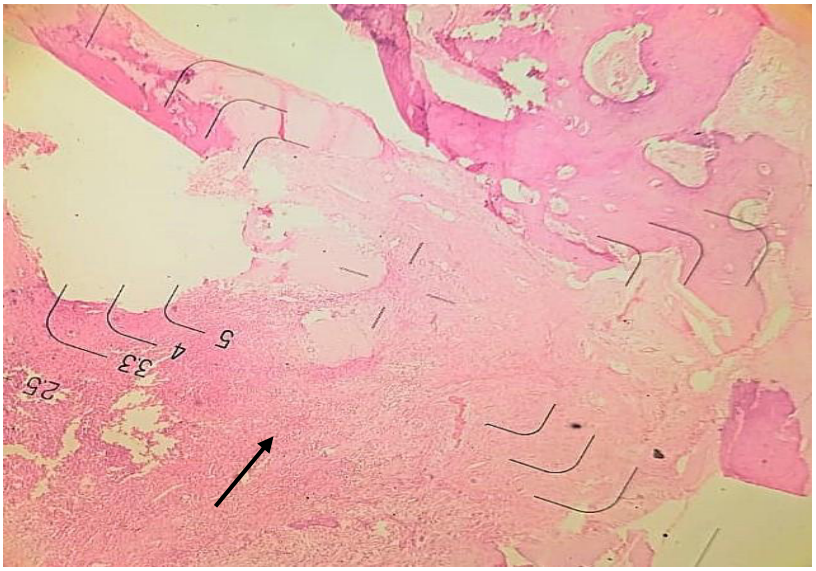


Fig.4. IMÁGEN MICROSCÓPICA que muestra matriz de esmalte desorganizado (flecha negra).

8.2. Diagnóstico Presuntivo y Definitivo

8.2.1. diagnóstico presuntivo:

- D/C Actinomicosis
- D/C odontoma de cuerpo mandibular izquierdo infectado
- D/C Ameloblastoma de cuerpo mandibular izquierdo infectado

8.2.2. diagnóstico definitivo:

ODONTOMA COMPLEJO DE CUERPO MANDIBULAR IZQUIERDO INFECTADO

8.2.3. Características del pronóstico

Favorable, debido a que, al implementar esta técnica quirúrgica para la exéresis de este tipo de tumor, nos permitió conservar estructura ósea sin la consecuente posibilidad de una fractura patológica por el tamaño del tumor y por la presentación de la tercera molar desplazada hacia la basal mandibular.

9. TRATAMIENTO TERAPÉUTICO E INTERVENCIÓN

9.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- Primeramente, para controlar el proceso infeccioso con el que cursaba el paciente administramos: 300 mg de clindamicina vía oral cada 8 horas asociado a 500 mg de ciprofloxacino vía oral cada 12 horas, estos dos medicamentos fueron administrados por una semana; observando así la reducción de los síntomas.
- Se planteó realizar de manera ambulatoria: limpieza quirúrgica y la biopsia incisional para definir el diagnóstico.

- Al evaluar las dimensiones del tumor de nuestro paciente y teniendo en cuenta que al utilizar la técnica quirúrgica convencional como tratamiento, existe la posibilidad de perder grandes cantidades de hueso para poder acceder a la lesión y por ende ocasionar una fractura mandibular, al mismo tiempo corremos el riesgo de dañar el IAN, entonces tomando en consideración todas estas desventajas, decidimos elegir como alternativa quirúrgica a la osteotomía sagital de rama mandibular unilateral como tratamiento definitivo considerando dentro de nuestro plan de tratamiento : la exéresis del odontoma mandibular, la exodoncia de la tercera molar inferior izquierda y la fistulectomía, más la colocación de material de osteosíntesis con bloqueo intermaxilar y cerclaje tipo ivy por 15 días. (Figura 4 A, B, C y D)

9.2. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Después de haber sido intubado el paciente nasotraquealmente se continua con la asepsia y antisepsia, para luego colocar los campos estériles.
- Luego se realiza la colocación del tapón faríngeo.
- Enseguida realizamos la infiltración de anestésico local con vasoconstrictor en III cuadrante (Figura 5A)
- Complementamos realizando la Incisión lineal en fondo de surco vestibular del III cuadrante desde la pieza 3.6 hasta el borde anterior de la rama mandibular izquierda.
- Realizamos el decolado mucoperióstico hasta localizar la lesión.
- Posteriormente realizamos la osteotomía sagital de rama mandibular izquierda (Figura 5B)
- Enseguida realizamos exéresis del tumor mandibular (odontoma complejo) más la exodoncia de la pieza 38.
- Pasamos a realizar el lavado profuso de la herida quirúrgica con NACL al 0.9% y verificamos el lecho quirúrgico tomando la decisión de ampliar la incisión hasta la pieza 3.4, una vez más realizamos el decolado mucoperiostico con la disección del nervio mentoniano.
- Posteriormente realizamos las exodoncias de pieza 2.7 y 2.8 previa infiltración de anestésico con vasoconstrictor en II cuadrante.
- Enseguida realizamos el bloqueo intermaxilar (cerclaje tipo Ivy) con alambre 0.18.
- Pasamos a la adaptación y colocación, con ayuda del percutáneo, de 2 mini placas rectas de 5 y 6 agujeros (sistema 2.0) con tornillos de 7 y 9 mm (Figura 5.C)
- Luego realizamos el desbloqueo intermaxilar y comprobación de la oclusión.
- Procedemos a realizar la Fistulectomía.

- Realizamos la hemostasia correspondiente para luego iniciar con la sutura de heridas quirúrgicas intra y extra orales.
- Retiramos el tapón faríngeo.
- Dentro de los hallazgos operatorios se evidenció tumor de 3 x 2.5 cm aproximadamente de bordes irregulares de consistencia dura rodeado de tejido de granulación así mismo se evidencia la fenestración de la tabla vestibular y lingual del cuerpo mandibular izquierdo.

Debemos de precisar también que el paciente, por la infección que cursaba al momento de su ingreso al hospital, se administró 300 mg de clindamicina vía oral cada 8 horas asociado a 500 mg de ciprofloxacino vía oral cada 12 horas ambos medicamentos fueron administrados por 7 días, posteriormente fue programado para su tratamiento quirúrgico definitivo.

Luego de la intervención quirúrgica, el paciente pasa a recuperación y con la autorización del anestesiólogo previa evaluación, el paciente retorna a su piso de hospitalización.

Durante el posoperatorio inmediato y durante su estancia hospitalaria se administró:

- ✓ 2 g de Ceftriaxona EV cada 24 horas
- ✓ 600 mg de Clindamicina EV cada 8 horas
- ✓ 100 mg de Ketoprofeno EV cada 8 horas
- ✓ 4 mg de Dexametasona EV cada 8 horas
- ✓ 50 mg de Ranitidina EV cada 8 horas,
- ✓ 50 mg de Dimenhidrinato EV PRN nauseas y/o vómitos
- ✓ 100 mg de Tramadol EV PRN dolor intenso.

Al momento del alta del paciente se prescribió:

- ✓ Amoxicilina más ácido clavulámico 500mg VO cada 8 horas por 7 días
- ✓ Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas por 3 días.
- ✓ Higiene oral adecuada tres veces al día.
- ✓ Control dentro de 3 días por consultorio externo.

Debemos de precisar que el paciente sale de alta con fijación intermaxilar (cerclaje tipo Ivy), el mismo que es retirado a las dos semanas, esto con la finalidad de conservar la estabilidad de la oclusión, actualmente el paciente se encuentra con un pronóstico favorable y al momento de su alta definitiva no se ha reportado ninguna

complicación.

Durante el acto quirúrgico, en sala de operaciones, se cumplió con el plan de tratamiento propuesto inicialmente, y debido a las múltiples piezas dentarias en mal estado que presentaba el paciente, los mismos que podían exponer alguna complicación posterior, se procedió a realizar las exodoncias de las piezas 2.7 y 2.8; este último procedimiento fue el único cambio que se realizó al plan de tratamiento propuesto inicialmente.

10. SEGUIMIENTOS Y RESULTADOS

10.1. Evolución

El paciente tuvo un curso posoperatorio favorable, siendo hospitalizado, sin complicaciones y fue dado de alta dos días después de su procedimiento quirúrgico. Debemos precisar que el paciente en el PO1 reporto ligera parestesia de labio inferior a predominio izquierdo que era uno de los posibles riesgos que se podía presentar, debido a la manipulación del nervio mentoniano, el mismo que se resolvió días posteriores.

Por otro lado, a la evaluación clínica de la oclusión del paciente, ésta se encontraba conservada y estable, así mismo la fistula extraoral que presentaba al momento de la consulta se encontraba completamente resuelta.

finalmente, la ortopantomografía posterior a la operación demostró una correcta fijación del material de osteosíntesis donde la continuidad de la basal mandibular se encontraba conservada.

Durante los controles posteriores, el paciente reportó dificultad para poder alimentarse debido al bloqueo intermaxilar el mismo que fue solucionado sugiriendo la administración de alimentos de preferencia licuados a través de una sonda el mismo que fue tolerado por el paciente, sin embargo, después del retiro de estos últimos, en las fechas previstas, el paciente reportó una recuperación favorable y en cuanto a la apertura bucal, así como la oclusión estuvieron conservadas y en relación a la pieza 3.6 se hizo la interconsulta respectiva con el servicio de endodoncia para su tratamiento definitivo.

ACTO QUIRÚRGICO

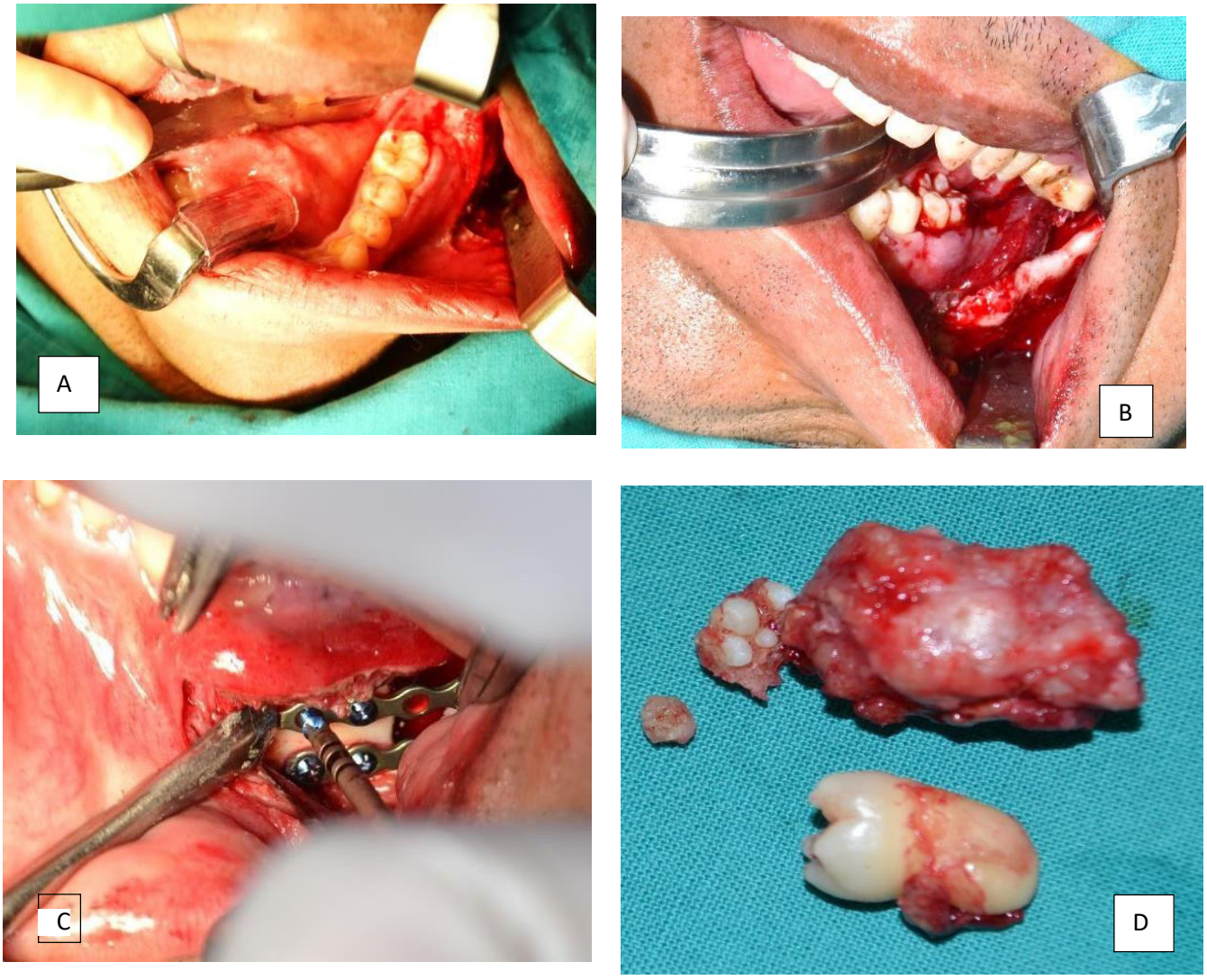


Figura 5. A, B, C. Imágenes intra orales donde se evidencia el abordaje quirúrgico osteotomía sagital de rama unilateral. **D.** Pieza quirúrgica.

10.2. Resultados

CONTROL POST OPERATORIO AL MES

FOTOGRAFIAS EXTRAORALES PRE Y POST QUIRURGICO



FOTOGRAFIA PRE OPERATORIA



FOTOGRAFIA POST OPERATORIA (1 MES)



FOTOGRAFIA PRE OPERATORIA



FOTOGRAFIA POS OPERATORIA (1 MES)



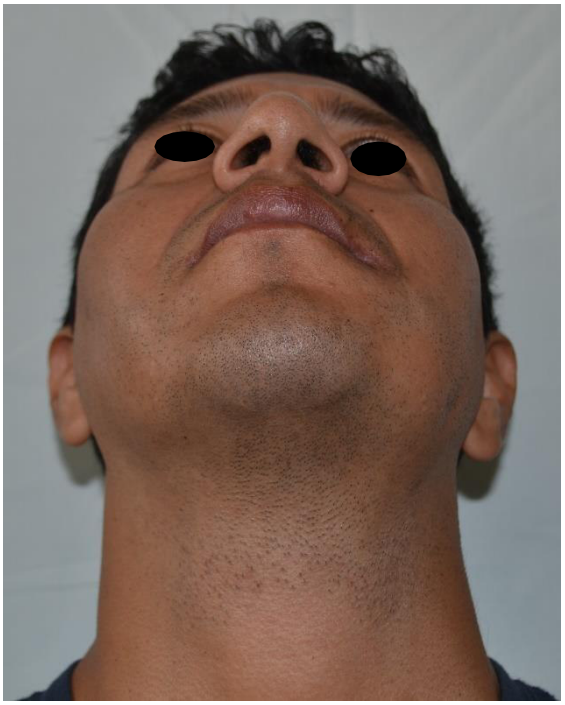
FOTOGRAFIA PRE OPERATORIA



FOTOGRAFIA POS OPERATORIA (1 MES)



FOTOGRAFIA PREOPERATORIA



FOTOGRAFIA POS OPERATORIA (1 MES)

FOTOGRAFIA INTRAORAL



FOTOGRAFIA PREOPERATORIA



FOTOGRAFIA POST OPERATORIA 1 MES



FOTOGRAFIA PREOPERATORIA



FOTOGRAFIA POSOPERATORIA 1 MES

FOTORGRAFIA DE RADIOGRAFIAS PRE Y POST QUIRURGICA

FOTOGRAFIA DE RADIOGRAFIA PANORÁMICA PREQUIRURGICA



FOTOGRAFIA DE RADIOGRAFIA PANORÁMICA POST QUIRURGICA INMEDIATA

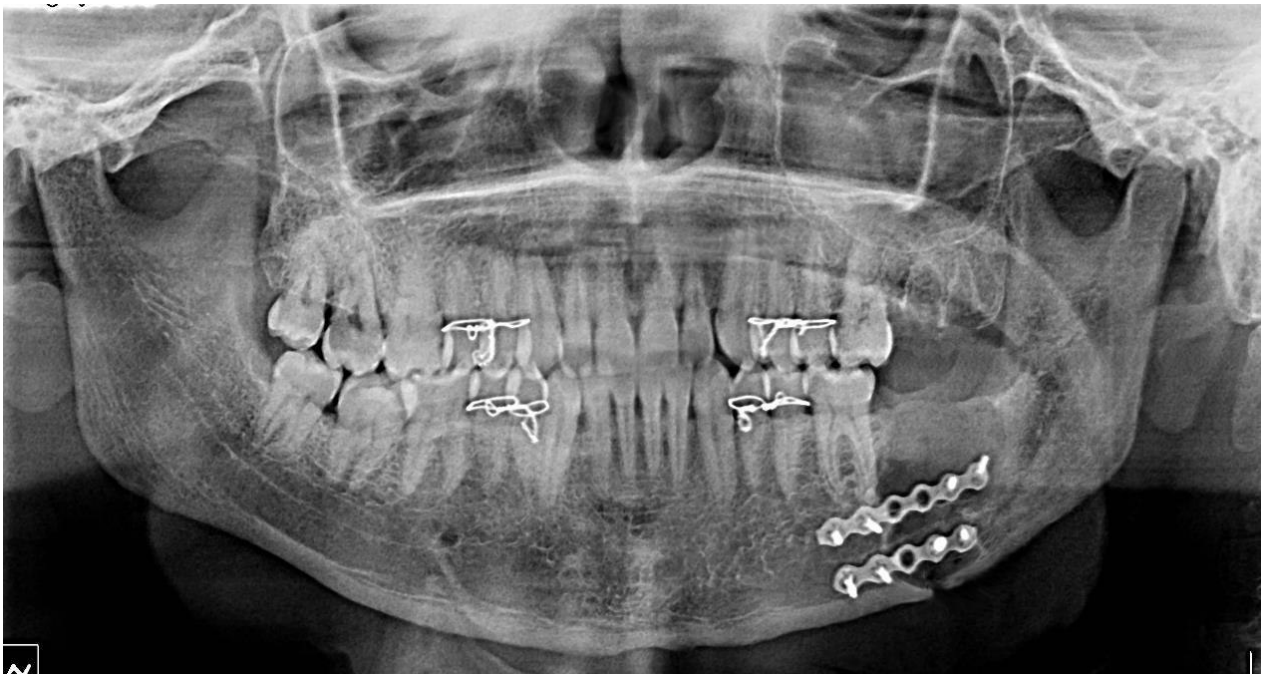


Figura 5. Imagen radiológica después de la cirugía, donde se muestra que la continuidad de la basal mandibular del lado afectado se encuentra preservada, en donde el material de osteosíntesis está en una adecuada posición con un cerclaje tipo ivy a nivel de las premolares derecha e izquierda.

11.- DISCUSION

Uno de los tumores benignos de la cavidad oral son los odontomas, generalmente no dan síntomas, no son agresivos, son de crecimiento lento, cuya causa puede estar asociado con un trastorno de la erupción dentaria, y es poco frecuente que se relacione con las infecciones locales.

El odontoma compuesto está constituido por múltiples dentículos con una configuración organizada de sus tejidos, y regularmente se ubica en el segmento anterior del maxilar superior, siendo capaz de actuar como retención mecánica para la erupción de los incisivos.[35,36] El potencial de crecimiento de dicha lesión es limitado, normalmente no sobrepasa la dimensión del diente al que se le relaciona, siendo el tratamiento adecuado la enucleación del tumor pudiendo realizarse dicho procedimiento bajo anestesia local sin problemas[37-39,40].

La variante compleja es inusual en relación a la variante compuesta[37,39,40], pudiendo presentar una conducta mucho más expansiva. Su ubicación más común es en el segmento posterior del cuerpo de la mandíbula[38,39,40] y puede ocasionar la retención mecánica de una molar como en el caso que presentamos. La configuración histológica de este tipo de lesión se caracteriza por presentar una masa amorfa de tejido dental desorganizada, heterogénea e irregular que puede alcanzar dimensiones significativas. Las asimetrías faciales grotescas, los abombamientos óseos próximos a la lesión, y los desplazamientos de las piezas dentarias retenidas a posiciones ectópicas como la basal mandibular, la rama ascendente y seno maxilar pueden ser producidas por la elevada velocidad de crecimiento del tumor. Esto puede conllevar a la fragilidad de los pilares y arbotantes mandibulares, lo que aumenta el riesgo de fracturas patológicas durante o después de la cirugía. Esta variante también se trata con enucleación tumoral; Sin embargo, debido a las posibles complicaciones operatorias y a su localización, es usual que el tratamiento se efectúe bajo anestesia general.[37,38]

Del mismo modo, cuando las dimensiones y la localización de un odontoma pueden poner en riesgo al nervio alveolar inferior (IAN) o a los dientes contiguos, debemos plantearnos una estrategia distinta evitando de esta manera posibles complicaciones. Los odontomas complejos de gran tamaño en el maxilar inferior son poco comunes; Por tanto, hay escasa información sobre el enfoque quirúrgico preferencial para este tipo de lesiones. [21-43] Sin embargo, hay 4 posibles abordajes quirúrgicos para eliminar grandes tumores benignos en el ángulo mandibular:

- Intraoral, por eliminación de la corteza bucal.
- enfoque lingual, mediante la eliminación de la corteza lingual delgada.

● Osteotomía segmentaria mediante abordaje sub mandibular extra oral, que requiere resección parcial de la mandíbula y reconstrucción con un injerto óseo.
● Osteotomía sagital de rama mandibular unilateral.

Blinder et al[42] describieron un enfoque bucal y lingual intra oral y discutieron las ventajas para la eliminación de odontomas grandes. Donde indicaron que los riesgos de extirpación de un odontoma cada vez que se encuentra una corteza bucal delgada, pueden implicar una fractura de la mandíbula y la exposición de la cara lingual de la rama, lo que produce disestesia de la lengua homo lateral.

Rittersma y van Goo[44] describieron inicialmente la utilización de la técnica quirúrgica de osteotomía sagital de rama mandibular, con el fin de obtener el acceso para la eliminación de un granqueratoquiste multinucleado, evitando así la morbilidad asociada con la resección y la pérdida ósea, seguida de un injerto óseo de una lesión no maligna.

Toffanin et al[45] utilizaron la osteotomía sagital de rama mandibular, para la eliminación de un tercer molar mandibular estrechamente conectado al nervio alveolar inferior, lo que reduce el riesgo de dañar el nervio alveolar inferior.

Es así que, el tamaño del odontoma complejo, asociado con la tercera molar incluida, la misma que se disponía cerca a la basal mandibular, descrito en este reporte, lo convirtió en una indicación ideal para emplear la técnica quirúrgica de osteotomía sagital de rama mandibular.

11.1. CONCLUSIONES

Sabemos que el tratamiento de un odontoma es la exéresis del tumor con la técnica quirúrgica convencional, sin embargo, debemos de tener en consideración, la ubicación y el tamaño del odontoma, así como la edad del paciente, por lo que, debemos optar por otras opciones de tratamiento.

Cuando, los odontomas complejos superan su tamaño habitual, más aún cuando estos se ubican en el maxilar inferior asociados a la retención y desplazamiento hacia la basal mandibular de una tercera molar, como en el caso que presentamos, existirá un mayor riesgo de que se presente una fractura patológica de la mandíbula, al utilizar una técnica convencional, debido al compromiso y debilitamiento de las arbotantes y pilares mandibulares por la pérdida de tejido óseo.

Entonces dentro de los abordajes quirúrgicos existe la osteotomía sagital de rama mandibular la cual normalmente la empleamos para tratamientos de cirugía ortognática y a la vez podría plantearse para retirar estos tipos de tumores benignos de gran tamaño, la misma que nos presenta múltiples ventajas como: un mejor acceso y visibilidad de la lesión, menor riesgo de fractura intra y posoperatoria de la mandíbula conservando la continuidad de la basal mandibular, nos permite la posibilidad de una cicatrización primaria de la herida, y nos evita la resección parcial o total te estructura ósea, que

invariablemente requerirá procedimientos de injertos óseos con comorbilidades concomitantes posteriores, por lo que se podría considerar como un procedimiento de "preservación de hueso" en el que la cantidad de hueso extraído se limita a las líneas de osteotomía.

Es así que al utilizar esta técnica quirúrgica en nuestro paciente obtuvimos buenos resultados como una oclusión estable, mejor preservación de tejido óseo y una recuperación rápida del paciente sin ningún tipo de complicaciones.

Entonces es labor del profesional cirujano bucal y maxilofacial, poder realizar un diagnóstico adecuado de las patologías que se presentan en cavidad oral y tener en cuenta otras opciones quirúrgicas para realizar un tratamiento conservador de este tipo de tumores benignos, como son los odontomas complejos de gran tamaño.

12. Referencias bibliográficas

1. Tirado-Amador LR, González-Martínez FD, Sir-Mendoza FJ. Uso controlado de los rayos X en la práctica odontológica. Rev Cienc.Salud. 2015; 13 (1): 99-112. doi: dx.doi.org/10.12804/ revsalud13.01.2015.08.

2. Padmanabhan MY, Pandey RK, Aparna R. Erupted composite odontoma associated with malformed teeth – unusual dental aberrations following maxillofacial trauma. Rom J Morphol Embryol. 2013;54(4):1153-1156.

3. Sreedharan S, Krishnan IS. Compound odontoma associated with impacted maxillary incisors. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2012;30(3):275-278.

4. Hidalgo Sánchez O, Leco Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-análisis sobre la epidemiología y clínica de los odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 1;13(5):306-310.

5. Yadav M, Godge P, Meghana SM, Kulkarni SR. Compound odontoma. Contemp Clin Dent. 2012;3(Suppl 1):S13-S15.

6. Bagewadi SB, Kukreja R, Suma GN, Yadav B, Sharma H. Unusually large erupted complex odontoma: A rare case report. Imaging Sci Dent. 2015;45(1):49-54.

7. Nelson-Filho P, Silva RA, Faria G, Freitas AC. Odontomalike malformation in a permanent maxillary central incisor Sub sequent to trauma to the incisor predecessor. *Dent Traumatol*. 2005;21(5):309-312.

8. Chang JY, Wang JT, Wang YP, Liu BY, Sun A, Chiang CP. Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases. J Formos Med Assoc. 2003;102(12):876-882.

9. Barnes L, Eveson JW, Relchart P et al. Pathology and genetics of head and neck tumors. WHO. Classification of tumors. Lyon: IARC Press; 2005. pp. 284-327.

10. Soluk-Tekkesin M, Pehlivan S, Olgac V, Aksakall N, Alatli C. Clinical and histopathological investigation of odontomas: review of the literature and presentation of 160 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(6):1358-1361.

11.Sánchez A, Liceaga CJ. Odontoma complejo de tamaño inusual. Revisión de literatura y reporte de un caso. Rev Mex Cir Bucal Max. 2012;8(3):103-109.

12. Vázquez DJ, Gandini PC, Carbajal EE. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. Av. Odontoestomatol.2008;24 (5):307-312.

13. Yépez J, Castillo JL, Molina M. Odontoma compuesto mandibular. Reporte de caso. Revista Medula. 2009;18:138-143.

14. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruíz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;84(6): 672-675.

15. Amado-Cuesta S, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. Med Oral. 2000;8 (5): 366-373.

16. Fernández AM, Duarte EC, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. J Oral Pathol Med. 2005;34(10):583- 587.

17. Hidalgo O, Leco MI, Martínez JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13(11):730-734.

18. Maden EA, Altun C, Sencimen M. A case report of compound odontoma associated with an unerupted maxillary central incisor. Arch Clin Exp Surg. 2014;3(1):47-51.

19. Bodin I, Julin P, Thomsson M. Odontomas and their pathological sequels. Dentomaxillofac Radiol. 1983;12(2):109-114.

20. Frame JW. Surgical excision of a large complex composite odontome of the mandible. Br J Oral Maxillofac Surg 1986;24:47.

21. Goldberg H, Schofield IDF, Popovich ID. Cystic complex composite odontoma. Report of two cases. Oral Surg. 1981;51:16,.

22. Laskin DM. Discussion—Surgical management of large complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split. J Oral Maxillofac Surg. 1989; 47:183.

23.Shteyer A, Taicher S, Marmary Y. Odontoma in the subcondylar region. Br J Oral Surg. 1979;17:161,

24. Wong GB. Surgical management of a large, complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg.1989;47:179.

25. Abu-El Naaj I, Braun R, Leiser Y, Peled M: Surgical approach to impacted mandibular third molars—Operative classification. J Oral Maxillofac Surg 68:628, 2010

26. Amin M, Haria S, Bounds G: Surgical access to an impacted lower third molar by sagittal splitting of the mandible: A case report. Dent Update 22:206, 1995

27. Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Gutierrez-Perez JL: Removal of a premolar with extreme distal migration by sagital osteotomy of the mandibular ramus: Report of case. J Oral Maxillofac Surg 58:575, 2000

28. Toffanin A, Zupi A, Cicognini A: Sagittal split osteotomy in removal of impacted thirdmolar. J Oral Maxillofac Surg 61: 638, 2003

29. Jones TA, Garg T, Monaghan A: Removal of a deeply impacted mandibular third molar through a sagittal split ramus osteotomy approach. Br J Oral Maxillofac Surg 42:365, 2004

30. Scolozzi P, Lombardi T, Jaques B: Successful inferior alveolar nerve decompression for dysesthesia following endodontic treatment: Report of 4 cases treated by mandibular sagittal osteotomy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 97:625, 2004

31. Scolozzi P, Lombardi T, Jaques B: Le Fort I type osteotomy and mandibular sagittal osteotomy as a surgical approach for removal of jaw cysts. J Oral Maxillofac Surg 65:1419, 2007

32. Sencimen M, Varol A, G€ulses A, et al: Extraction of a deeply impacted lower third molar by sagittal split osteotomy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 108: e36, 2009

33. Santos SE, Tavares RN, de Moraes M, Freire-Filho FWV: Sagittal osteotomy for the removal of deeply impacted mandibular molars: A presentation of series of cases. J Maxillofac Oral Surg 14:263, 2015

34. Barnard D. Surgical access to a complex composite odontome by sagittal splitting of the mandible. Br J Oral Surg. 1983; 21:44.

35. Wright JM,Soluk-Tekkesin M. Odontogenic tumors: where are we in 2017?J Istanbul Univ Fac Dent 2017;51:10-30

36. Speight PM, Takkata T. New tumour entities in the 4th edidtion of the world Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxilofacial bone tumours. Virchows Arch 2018;472:331-9.

37. Cuesta SA, Albiol JG, Aytés LB, Escoda CG. Revision de 61 casos de odontoma.Presentacion de un odontoma complejo erupcionado. Med Oral 2003;8:366-73.

38. Philipsen HP, Reichard PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumors and odontomas. Consideration on interrelationship.Review of literatura and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral oncology 1997, 33:86-99.

39. El –Neggar AK,chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO classification of head and neck tumors,4ª ed; Lyon; IARC, 2017, pp. 224-5

40. Bereket C, Cakir-Ozkan N, Sener I, Bulut E, Tek M. complex and compound odontomas: Analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma.Niger J Clin Prac 2015;18:726-30.

41. Shteyer A, Taicher S, Marmary Y: Odontoma in the subcondylar region. Br J Oral Surg 17:161, 1979.

42. Blinder D, Peleg M, Taicher S: Surgical considerations in cases of large mandibular odontomas located in the mandibular angle. Int J Oral Maxillofac Surg 22:163, 1993

43. Guven O: An unusual treatment with sagittal split osteotomy:Report of a case involving an odontoma. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 14:163, 1999

44. Trauner R, Obwegeser HL: The surgical correction of mandibular prognathism and retrognathia with consideration of genioplasty. Oral Surg Oral Pathol Oral Med 10:677,

1957.

45. Toffanin A, Zupi A, Cicognini A: Sagittal split osteotomy in removal of impacted third molar. J Oral Maxillofac Surg 61:638, 2003

ANEXOS

INFORME ANATOMOPATOLOGICO



CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
Servicio de Patología Oral

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO

PO:2018-171

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Sexo
CHAMORRO	**TAPIA**	**YURI**	**37**	**F**

Procedencia	Servicio	N.H.C.
Hospital Hipólito Unanue.	Cirugía Bucomaxilofacial.	1696367

Espécimen:
Tejido a nivel de pieza dental 36.

EXAMEN MACROSCÓPICO:
Se recibe fijado en formol fragmento de tejido de forma y superficie irregular, color blanco amarillento, que mide 0.8 x 0.4 x 0.3 cms, consistencia sólida, se envía a descalificación y Se incluye todo.

Tec. Laboratorio.

EXAMEN MICROSCÓPICO:
Las secciones estudiadas muestran mezcla de tejidos dentarios constituidos por dentina, cemento, pulpa, zonas necróticas en la periferia. Dichas estructuras en algunas áreas muestra tejido conectivo, áreas de hemorragia e infiltrado inflamatorio con áreas de necrosis.

DIAGNÓSTICO:

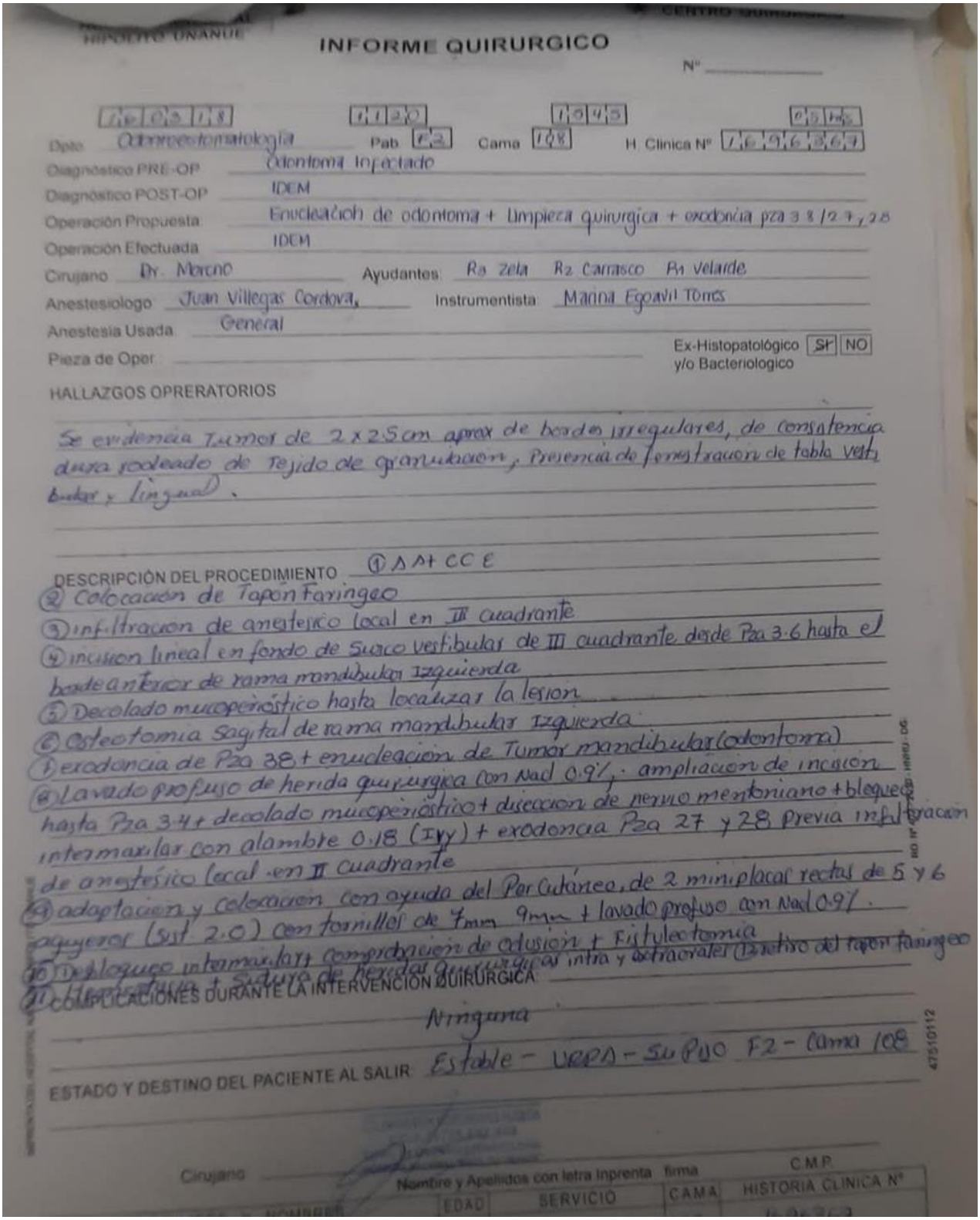
ODONTOMA COMPLEJO INFECTADO.

Observación:

Fecha: 12 de abril 2018.

Dra. Sonia Sacsaquispe C.
Patología Oral

INFORME QUIRURGICO



HIPOLITO UNANUE

INFORME QUIRURGICO

N° _____

Fecha 0 3 0 8 | Hora 1 1 2 0 | Cama 1 0 4 3 | H. Clinica N° 0 5 1 5 6 7 6 3 6 7

Dpto: Odontoestomatologia Pab: F2 Cama: 108 H. Clinica N°: 1'6'9'6'3'6'7

Diagnóstico PRE-OP: Odontoma Infectado

Diagnóstico POST-OP: IDEM

Operación Propuesta: Enucleación de odontoma + Limpieza quirurgica + exodoncia pza 3 8 / 2 7, 2 8

Operación Efectuada: IDEM

Cirujano: Dr. Moreno Ayudantes: R1 Zela R2 Carrasco R1 Velarde

Anestesiologo: Juan Villegas Cordova, Instrumentista: Marina Egoavil Torres

Anestesia Usada: General

Pieza de Oper: Ex-Histopatológico SI NO y/o Bacteriologico

HALLAZGOS OPRERATORIOS

Se evidencia Tumor de 2 x 2.5 cm aprox de bordes irregulares, de consistencia dura rodeado de Tejido de granulacion, Presencia de fenestracion de tabla vestibular y lingual.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

① Δ Δ + CC E
② Colocacion de Tapon Faringeo
③ Infiltracion de anestesico local en III cuadrante
④ incision lineal en fondo de Surco vestibular de III cuadrante desde Pza 3.6 hasta el borde anterior de rama mandibular izquierda
⑤ Decolado mucoperiostico hasta localizar la lesion
⑥ Osteotomia Sagital de rama mandibular Izquierda
⑦ exodoncia de Pza 38 + enucleacion de Tumor mandibular (odontoma)
⑧ Lavado profuso de herida quirurgica con Nacl 0.9%, ampliacion de incision hasta Pza 3.4 + decolado mucoperiostico + disseccion de nervio mentoniano + bloqueo intermaxilar con alambre 0.18 (I y y) + exodoncia Pza 27 y 28 Previa infiltracion de anestesico local en II cuadrante
⑨ adaptacion y colocacion con ayuda del Perforadora, de 2 miniplacas rectas de 5 y 6 agujeros (Synt 2.0) con tornillos de 7mm 9mm + lavado profuso con Nacl 0.9%.
⑩ Desbloqueo intermaxilar + comprobacion de oclusion + Fistulectomia
⑪ Hemostasia + Sutura de herida quirurgica intra y extraoral (Retiro del tapon faringeo

COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Ninguna

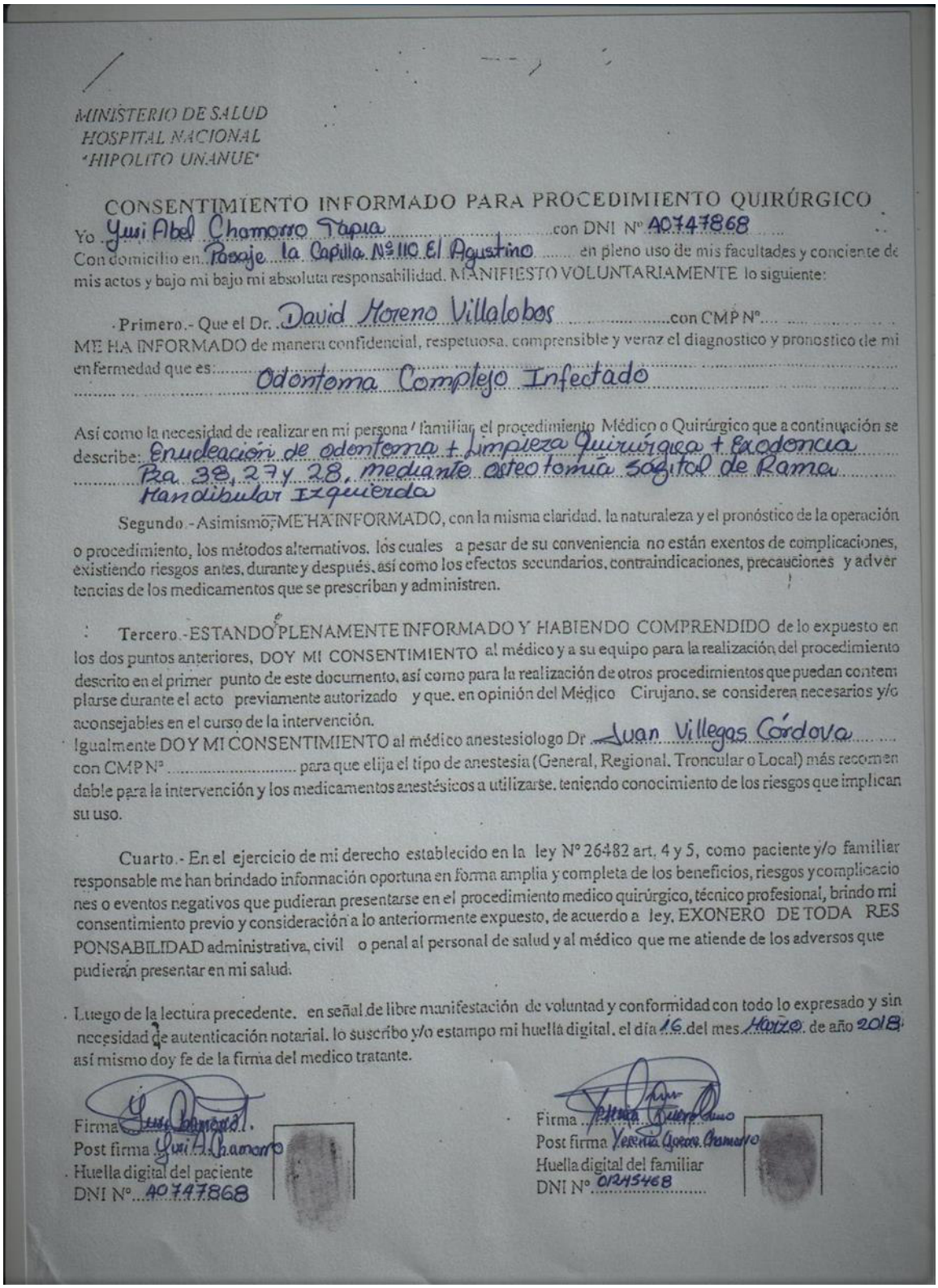
ESTADO Y DESTINO DEL PACIENTE AL SALIR: Estable - UCPA - Su Piso F2 - Cama 108

Cirujano _____ Nombre y Apellidos con letra imprenta: _____ firma _____ C.M.P. _____

NOMBRES	EDAD	SERVICIO	CAMA	HISTORIA CLINICA N°

47510112

CONSENTIMIENTO INFORMADO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
"HIPOLITO UNANUE"

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo Yuri Abel Chamorro Tapia con DNI N° 40747868
Con domicilio en Pasaje la Capilla N°110 El Agustino en pleno uso de mis facultades y conciente de mis actos y bajo mi bajo mi absoluta responsabilidad. MANIFIESTO VOLUNTARIAMENTE lo siguiente:

Primero.- Que el Dr. David Moreno Villalobos con CMP N° ME HA INFORMADO de manera confidencial, respetuosa, comprensible y veraz el diagnostico y pronostico de mi enfermedad que es: Odontoma Complejo Infectado

Así como la necesidad de realizar en mi persona / familiar el procedimiento Médico o Quirúrgico que a continuación se describe: Enucleación de odontoma + Limpieza Quirúrgica + Exodoncia Pza. 38, 27 y 28, mediante osteotomía Sagital de Rama Mandibular Izquierda

Segundo.- Asimismo, ME HA INFORMADO, con la misma claridad, la naturaleza y el pronóstico de la operación o procedimiento, los métodos alternativos, los cuales a pesar de su conveniencia no están exentos de complicaciones, existiendo riesgos antes, durante y después, así como los efectos secundarios, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se prescriban y administren.

Tercero.- ESTANDO PLENAMENTE INFORMADO Y HABIENDO COMPRENDIDO de lo expuesto en los dos puntos anteriores, DOY MI CONSENTIMIENTO al médico y a su equipo para la realización del procedimiento descrito en el primer punto de este documento, así como para la realización de otros procedimientos que puedan contemplarse durante el acto previamente autorizado y que, en opinión del Médico Cirujano, se consideren necesarios y/o aconsejables en el curso de la intervención.
Igualmente DOY MI CONSENTIMIENTO al médico anestesiologo Dr Juan Villegas Córdova con CMP N° para que elija el tipo de anestesia (General, Regional, Troncular o Local) más recomendable para la intervención y los medicamentos anestésicos a utilizarse, teniendo conocimiento de los riesgos que implican su uso.

Cuarto.- En el ejercicio de mi derecho establecido en la ley N° 26482 art. 4 y 5, como paciente y/o familiar responsable me han brindado infonnación oportuna en forma amplia y completa de los beneficios, riesgos y complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse en el procedimiento medico quirúrgico, técnico profesional, brindo mi consentimiento previo y consideración a lo anteriormente expuesto, de acuerdo a ley. EXONERO DE TODA RESPONSABILIDAD administrativa, civil o penal al personal de salud y al médico que me atiende de los adversos que pudieran presentar en mi salud.

Luego de la lectura precedente, en señal de libre manifestación de voluntad y conformidad con todo lo expresado y sin necesidad de autenticación notarial, lo suscribo y/o estampo mi huella digital, el día 16 del mes Marzo de año 2018 así mismo doy fe de la firma del medico tratante.

Firma
Post firma Yuri A. Chamorro
Huella digital del paciente
DNI N° 40747868

Firma
Post firma Verónica Quispe Chamorro
Huella digital del familiar
DNI N° 07245468