



Cirugía de dientes retenidos

Mg. CD. Raúl Botetano Villafuerte

Cirugía de los dientes retenidos

Raúl Orlando Botetano Villafuerte



- Especialista en Cirugía bucal y maxilofacial
- Magister en Docencia e Investigación en Estomatología
- Doctorado en Educación
- Estudios completos de Doctorado en Salud Pública
- Profesor Asociado. Facultad Odontología Universidad Federico Villarreal
- Autor del Atlas clínico de Cirugía Oral. 2013. Madrid, España
- Autor del Manual de Diagnóstico Clínico en Odontología. 1993
- Autor del libro de Enfermedades Estomatológicas en la Costa Central y Sur del Antiguo Perú. 2004. UNFV
- Autor de 60 artículos científicos publicados en revistas de la especialidad
- Ex Decano Nacional del Colegio Odontológico del Perú
- Ex Presidente del Consejo de Decanos de los Colegios Profesionales del Perú

Índice

Capítulo I:

Diagnóstico de los dientes retenidos



2

Capítulo II:

Incisiones y Colgajos



7

Capítulo III:

Localización de dientes retenidos



10

Capítulo IV:

Exodoncia de dientes retenidos



13

Capítulo V

Medicación pre o post-operatoria



19

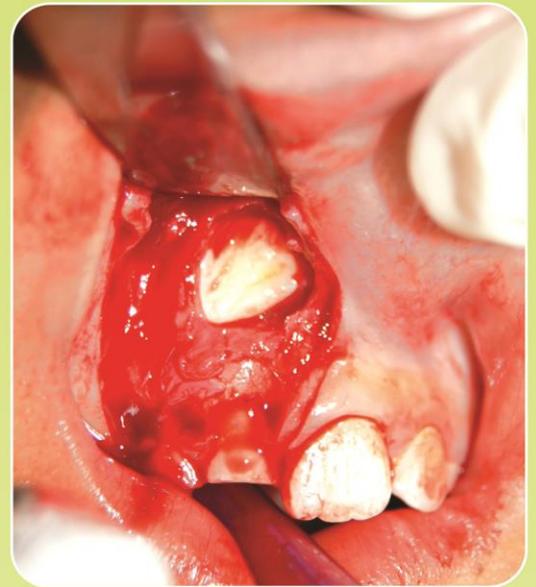
Capítulo I

Diagnóstico de los dientes retenidos

El diagnóstico de los dientes retenidos puede realizarse en forma clínica, o valiéndose de las distintas técnicas de imagenología como la radiografía periapical, la panorámica digital y la tomografía computarizada volumétrica.

Estos métodos son de uso diario por el odontólogo general y su uso se ha difundido muchísimo en la práctica clínica. La panorámica digital ha mejorado ampliamente con respecto a su predecesora la panorámica convencional, disminuyendo notablemente la magnificación hasta 0% en algunos equipos de última generación. La tomografía computarizada tiene dos variantes importantes: la tomografía computarizada helicoidal multicorte y la tomografía computarizada volumétrica; la primera puede reconstruir imágenes de los tejidos duros y blandos, mientras que la volumétrica sólo puede realizar reconstrucciones de los tejidos duros aunque su resolución y precisión es mayor que la helicoidal.

La tomografía helicoidal está indicada cuando deseamos estudiar lesiones patológicas (tumores y quistes), mientras que la volumétrica se indica como parte del estudio implantológico o cuando la sospecha de lesiones patológicas en los maxilares sólo compromete los tejidos duros como dientes y maxilares. El estudio de los tejidos blandos, como las glándulas salivales mayores, suele hacerse mediante la gammagrafía de las mismas; esta gammagrafía también está indicada para escanear los huesos de todo el cuerpo (scan óseo) para identificar lesiones metastásicas en pacientes portadores de neoplasias malignas.

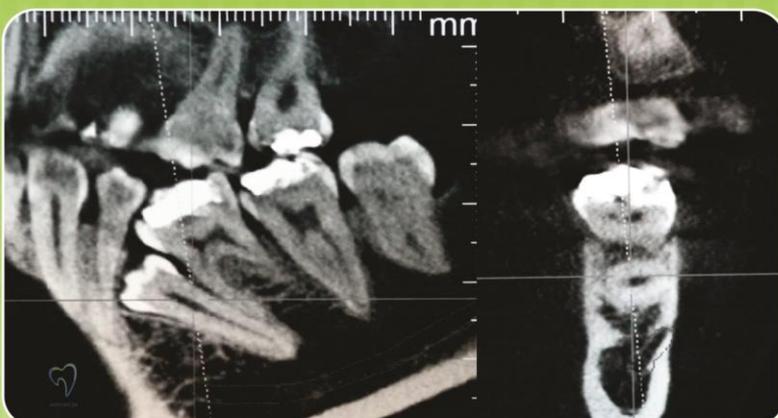


Caso 1

Fig. 1

Incisivo central retenido próximo al piso nasal. La retención se produjo debido a la presencia de un pequeño odontoma y la persistencia del diente decíduo. Esto impidió la erupción oportuna del incisivo central.

La detección temprana de estos problemas facilita el tratamiento ortodóncico, así como la exposición quirúrgica para su tracción por el ortodoncista.



Caso 2

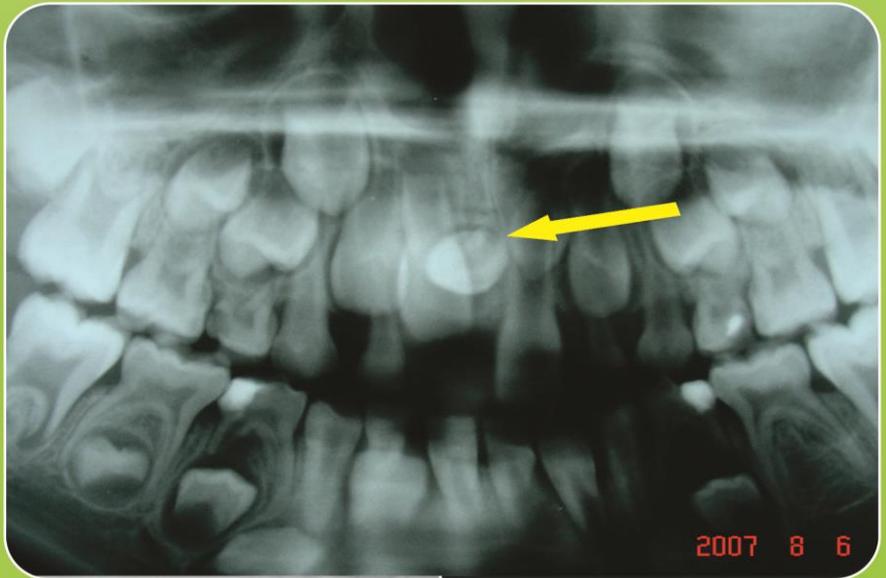
Fig. 2

Tomografía computarizada de un segundo premolar inferior cercano al conducto mentoniano (a). La reconstrucción coronal muestra que el agujero mentoniano está distante, aproximadamente a 3 mm del diente retenido. Durante la exodoncia no hubo lesión del paquete neuro-vascular mentoniano.

Fig. 3

La panorámica muestra un mesiodens que ha interferido en la erupción del incisivo central superior derecho.

El niño de 7 años de edad, recibió el diagnóstico de retención dentaria del incisivo en forma oportuna.



Caso3

Fig. 4

El aspecto clínico muestra una prominencia vestibular que corresponde al diente retenido.

Cuando el diagnóstico se hace en forma temprana, el tratamiento indicado es la eliminación de la traba mecánica (el mesiodens) y esperar la erupción espontánea del incisivo.



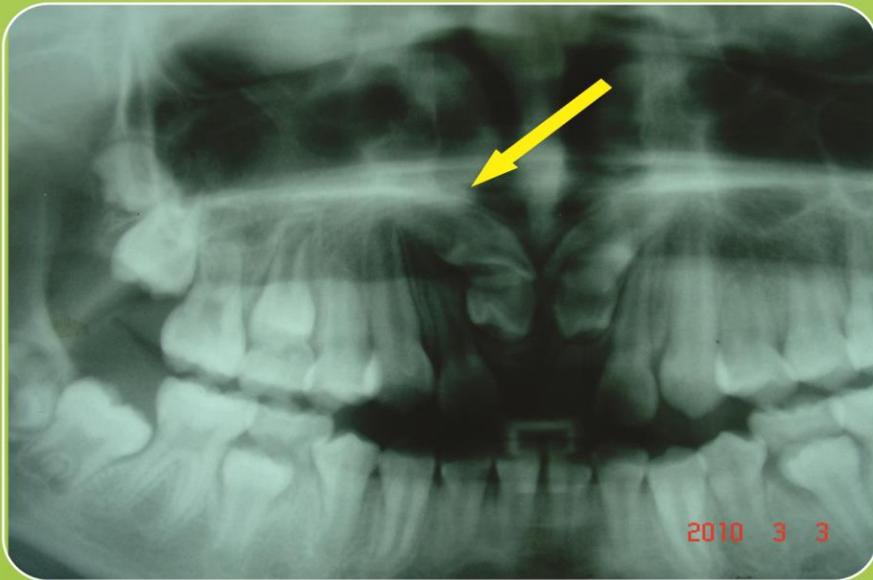
Caso3

Fig. 5

La vista clínica muestra el aspecto del incisivo central expuesto. La fuerza eruptiva del diente se mantiene intacta, y por ello sólo cabe esperar la culminación de su erupción. La foto inferior muestra al mesiodens extraído.



Caso3



Caso 4

Fig. 6

Este joven de 14 años presenta dos mesiodens en la maxila. Esto produjo la retención de ambos incisivos centrales superiores.

Debido a la edad del paciente no es suficiente con realizar la extracción de los mesiodens, sino complementarlo con una tracción ortodóncica como parte de un tratamiento integral.

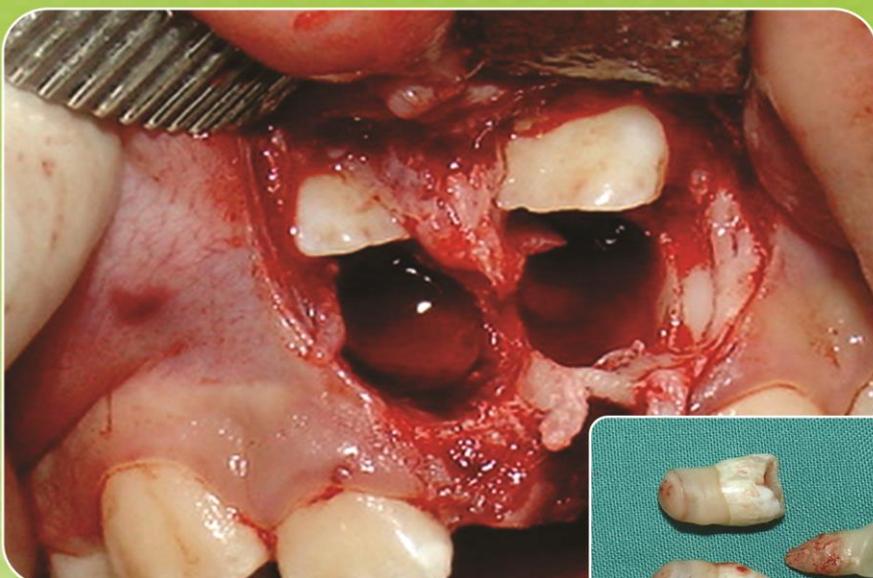


Caso 4

Fig. 7

La vista clínica muestra la persistencia del incisivo central izquierdo deciduo.

También se observa la mesialización del incisivo lateral derecho y la falta de espacio para ambos incisivos centrales permanentes.



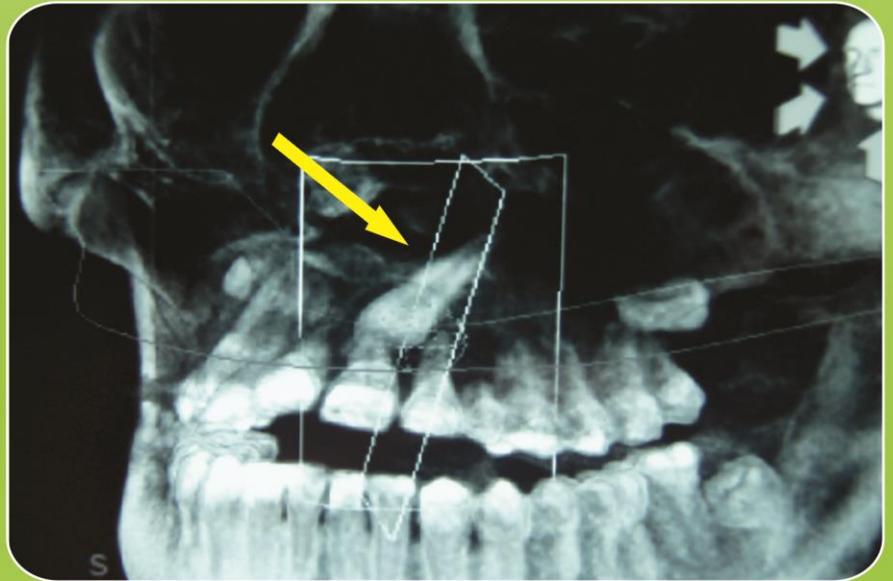
Caso 4

Fig. 8

Luego de la exodoncia de ambos mesiodens y el incisivo deciduo (abajo), se realizó la colocación de botones ortodóncicos para la tracción de los incisivos centrales permanentes.

Fig. 9

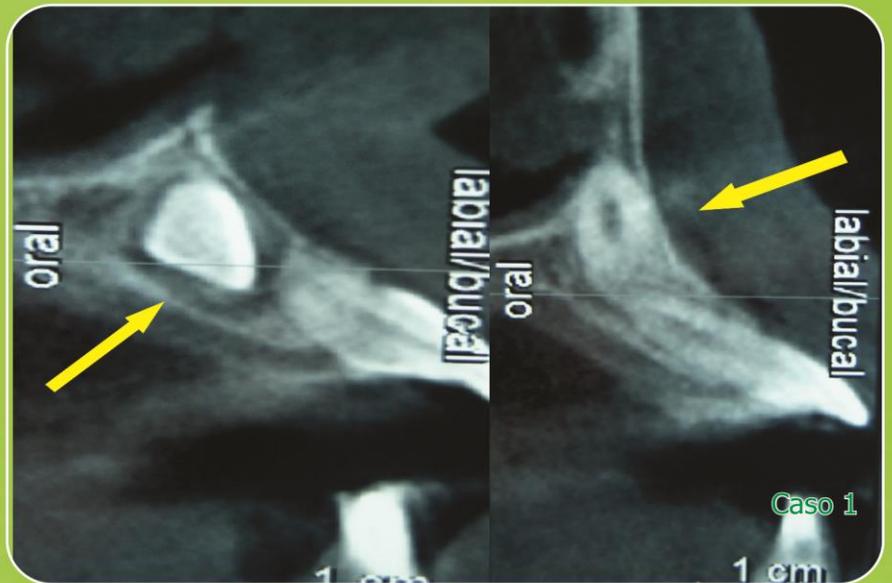
La reconstrucción 3D muestra la posición del canino superior izquierdo retenido. Esta imagen sólo es una vista panorámica y referencial del problema, sin embargo muestra la posición general del diente retenido, su relación con los dientes y la fosa nasal próxima. Esta vista también puede ser utilizada como complemento de la panorámica, toda vez que nos brinda una imagen general del problema.



Caso 5

Fig. 10

La reconstrucción sagital muestra que la corona del canino retenido se encuentra hacia el lado palatino. La imagen derecha muestra que la raíz del mismo diente se encuentra hacia el lado vestibular. En este caso, el abordaje quirúrgico se realiza a través de la ubicación de la corona del diente retenido, es decir, desde el lado palatino.



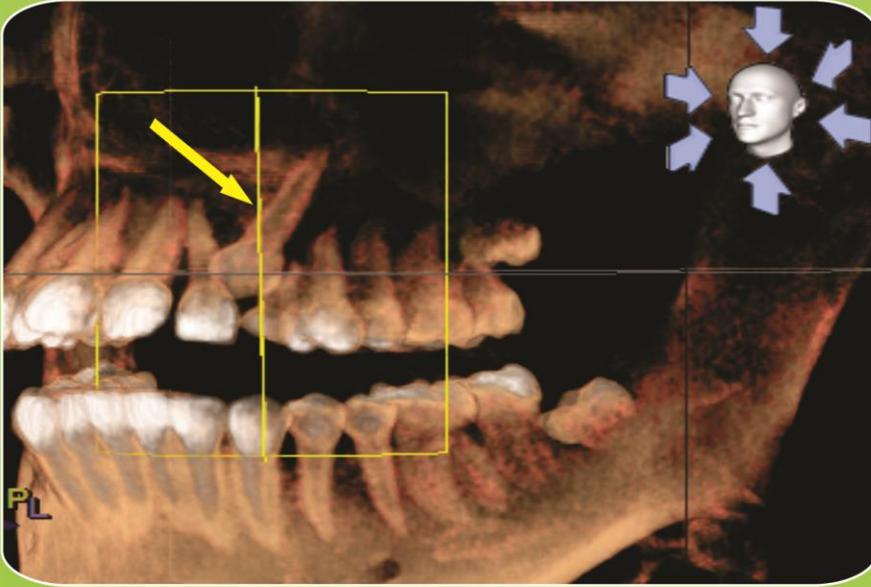
Caso 5

Fig. 11

Luego de la cirugía, se observa el botón de ortodoncia colocado hacia el lado palatino del paciente. La exodoncia del canino deciduo y el tratamiento general estuvo a cargo del especialista en ortodoncia.



Caso 5 **5**



Caso 6

Fig. 12

La reconstrucción 3D de este paciente de 13 años, muestra al canino superior izquierdo retenido.

También se observa el desplazamiento mesial de la raíz del incisivo lateral, producido por la presión del canino durante su erupción.

La fijación del incisivo lateral debe ser comprobada en forma clínica para establecer su viabilidad en la arcada dentaria.



Caso 6

Fig. 13

La reconstrucción sagital de la tomografía computarizada (a) muestra la ubicación palatinizada de la corona del canino retenido. La reconstrucción axial (b) corrobora la apreciación anterior y determina el abordaje palatino para el tratamiento de exposición quirúrgica y tracción ortodóncica.



Caso 6

Fig. 14

La vista clínica muestra la posición del bracket en la zona palatina.

No se hizo ningún colgajo, sino más bien una operculectomía para exponer la corona del diente retenido.

Capítulo II

Incisiones y Colgajos

La incisión es un trazo sobre el tejido blando mediante el uso de un instrumento cortante el cual puede ser de naturaleza mecánica o física. Los instrumentos mecánicos son el bisturí y la tijera, mientras que aquellos de naturaleza física son el electrobisturí y el rayo láser.

El colgajo, por su parte, es una porción de tejido blando (mucosa, piel, músculos, etc.), tejido duro (hueso) o ambos desplegados luego de practicar la incisión. Generalmente se utiliza para realizar el abordaje quirúrgico; en otros casos, se lleva a cabo para la reconstrucción de zonas con déficit de tejidos.

El diseño de las incisiones en cirugía oral comprende una variedad casi ilimitada de trazos. Las incisiones son heridas cortantes cuyos trazos pueden adoptar distintas formas geométricas. Los colgajos son porciones de tejidos que se desprenden de su zona original manteniendo la unión con la zona de la cual se obtiene. En la práctica clínica las incisiones y los colgajos pueden corresponder en forma, tal como sucede con las incisiones en forma de arco; dichas incisiones toman el nombre de arciformes al igual que el colgajo que se obtiene.

En otros casos, el tipo de incisión no se corresponde con el tipo de colgajo tal como sucede cuando trazamos una incisión envolvente en la zona del paladar y el colgajo se denomina palatino. En otros casos la incisión no conduce a la obtención de un colgajo, tal como sucede en la incisión en forma de ojal (losange) que sirve únicamente para la biopsia de tejidos blandos o en operculectomías.

Fig.16

Incisión palatina en la que se realizó la exodoncia de un diente supernumerario adyacente a los premolares superiores. La amplitud del colgajo facilitó la visibilidad del cirujano durante la extracción y la posterior limpieza quirúrgica en el lecho óseo.



Caso7

Fig. 15

La incisión y el colgajo deben facilitar el acceso quirúrgico y cualquier maniobra ortodóncica.

La visibilidad y la reducción del tiempo operatorio son criterios que determinan muchas veces la extensión de la incisión.

En este caso, el colgajo trapezoidal ha sido replegado apicalmente para exponer al canino retenido.

Esto facilitará la colocación y recambio de cualquier dispositivo de ortodoncia durante cualquier etapa del tratamiento.



Caso8



Caso 9

Fig. 17

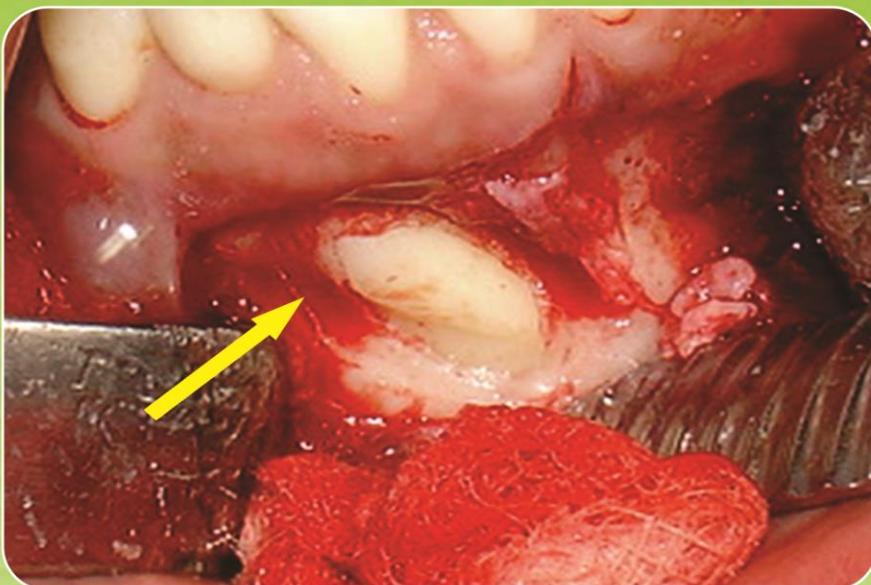
La incisión envolvente o "de bolsillo" sólo facilita el abordaje quirúrgico en la zona cervical. Esta incisión no es muy utilizada en la cirugía de dientes retenido, salvo en aquellos casos en los cuales el diente se encuentre muy próximo a la zona cervical de los dientes vecinos.



Caso 10

Fig. 18

La incisión palatina es una modificación de la incisión anterior. Se utiliza cuando la corona del diente retenido se encuentra próximo al paladar. La incisión palatina clásica se extiende de 1º molar derecho a izquierdo. La modificación es sólo desde el 1º molar del lado afectado hasta distal del canino opuesto al diente retenido. La visibilidad ofrecida por este colgajo es pequeña pero suficiente cuando ha sido suficientemente desplegado.



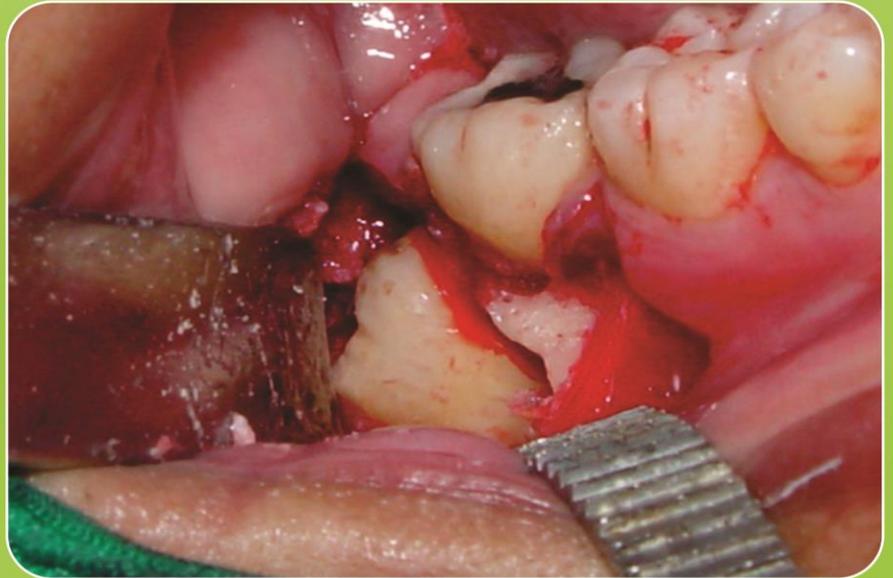
Caso 11

Fig. 19

La incisión mentoniana se extiende a lo largo de la línea muco-gingival desde distal de ambos primeros premolares inferiores. La visibilidad es muy buena, aunque es necesaria la desinserción de los músculos del mentón (cuadrado y borlas del mentón) para permitir una osteotomía amplia. Esta incisión es muy común para tomar injertos de hueso autólogo del mentón.

Fig. 20

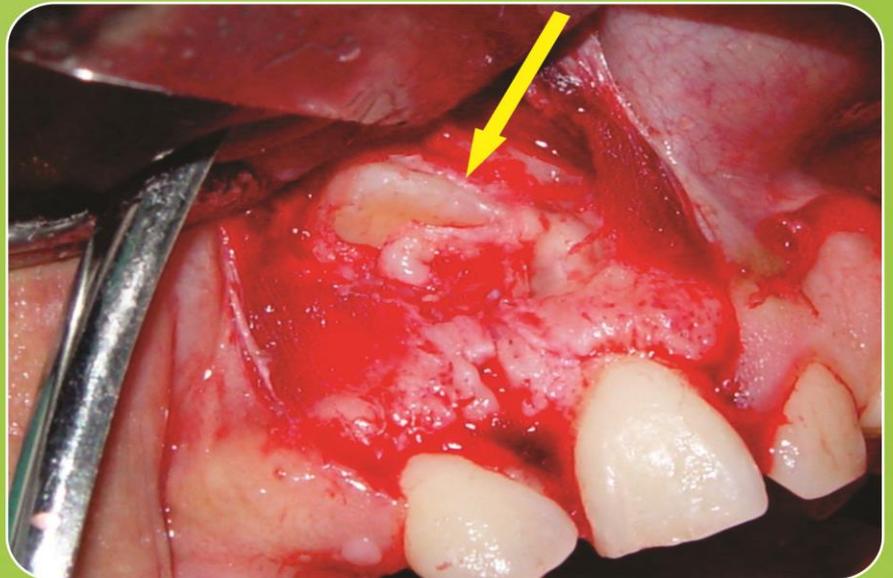
La incisión tipo Widman (monoangular o de un solo ángulo) es la preferida en la zona del tercer molar. En la zona molar no está indicada la incisión de descarga vertical, debido a la posibilidad de lesionar en alguna zona del trayecto del nervio bucal. Esta lesión produciría parestesia o anestesia de toda la mucosa del vestíbulo.



Caso 12

Fig. 21

La incisión trapezoidal con la incisión horizontal siguiendo el cuello de los dientes se denomina Newman. Esta incisión permite una amplia visibilidad, y está indicada cuando la patología se extiende apicalmente. En este caso se observa un incisivo central superior retenido en forma transversal y muy cerca del piso nasal.



Caso 13

Fig. 22

La incisión tipo Newman ha sido usada para visibilizar a un mesiodens (que ya fue extraído minutos antes) y al incisivo central al cual se le colocará un botón de ortodoncia. En este caso, la incisión ha respetado las papilas de los incisivos ya erupcionados.



Caso 14

Capítulo III

Localización de dientes retenidos

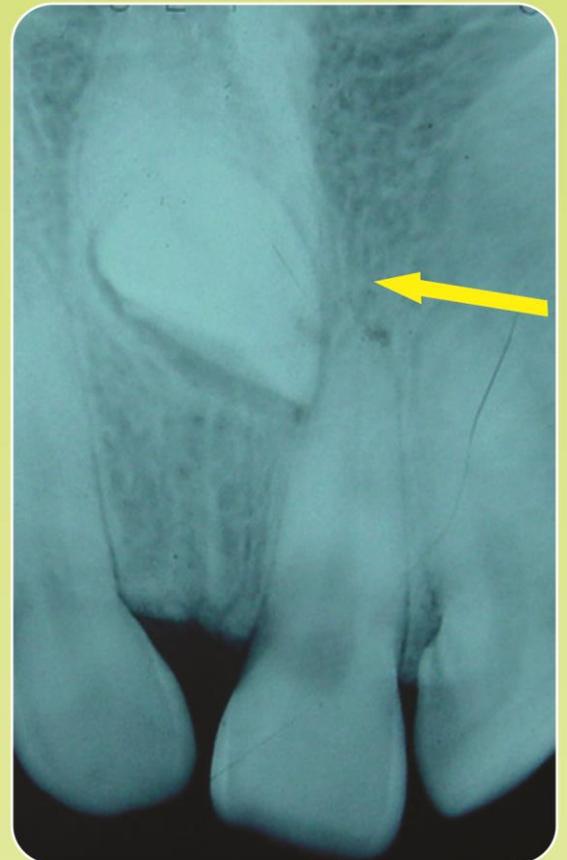
De acuerdo con los tiempos actuales, la tomografía panorámica digital y la tomografía computarizada volumétrica constituyen los elementos de diagnóstico más confiables. La precisión, alta resolución, así como la obtención de una visión tridimensional de los tejidos duros de los maxilares brinda al odontólogo una imagen clara del diente retenido, su localización (vestibular, palatina o lingual), su posición (según el eje axial del diente), así como la cercanía a estructuras anatómicas importantes (como el conducto dentario inferior, el seno maxilar o las fosas nasales).

Sólo en casos aislados, la radiografía periapical y la tomografía panorámica digital son suficientes para asumir una decisión quirúrgica. Si bien la técnica radiográfica periapical de Clark permite determinar el acceso quirúrgico, ésta no nos muestra la inclinación axial de la raíz del diente retenido, dilaceraciones específicas o una imagen objetiva en manos inexpertas.

Una correcta determinación del abordaje quirúrgico permite la exodoncia o el acceso para una tracción ortodóncica con un mínimo de daño de los tejidos duros y blandos de la boca.

En la actualidad, el paciente valora mucho un post-operatorio soportable en dolor y con un menor número de días de complicaciones. Para ello, el cirujano-dentista debe obtener la mayor cantidad posible de información acerca del diente retenido que debe resolver, el abordaje quirúrgico, así como el pronóstico final respecto al tratamiento decidido.

Cuando el estudio panorámico digital no es de total confiabilidad para el odontólogo, éste debe optar por un estudio tomográfico computarizado volumétrico para obtener mayor y mejor información pormenorizada respecto a la ubicación del diente retenido, dilaceración radicular, extensión de alguna patología no visible mediante el estudio panorámico, relación del diente retenido con las estructuras vecinas, cercanía con la raíz de los dientes vecinos, anomalías de forma en el diente retenido, así como la cantidad de hueso que se osteotomizará con la finalidad de establecer la posibilidad de colocar algún tipo de injerto óseo durante la cirugía.



Caso 15

Fig. 23

La radiografía periapical muestra al incisivo central superior derecho en posición transversal.

Debido a la tardanza en el inicio del tratamiento odontológico, el espacio disponible se ha cerrado por la mesialización del incisivo lateral derecho.

La oportunidad en el inicio del tratamiento de ortodoncia determinará una mayor complejidad en el abordaje quirúrgico, y lógicamente un mayor tiempo de tratamiento integral.

Fig. 24

La vista clínica corrobora la imagen radiográfica periapical.

En este caso, la decisión de traccionar o extraer el diente retenido estará supeditada a la posición real del diente durante la cirugía.

Esta decisión se complementará necesariamente con un tratamiento de ortodoncia.



Caso 16

Fig. 25

La aplicación de anestesia infiltrativa del nervio nasopalatino mediante la vía nasal es necesaria debido a la cercanía de la zona quirúrgica con el piso nasal.

La anestesia alta de ambos nervios nasopalatinos (derecho e izquierdo) se realiza en cada vestíbulo nasal.

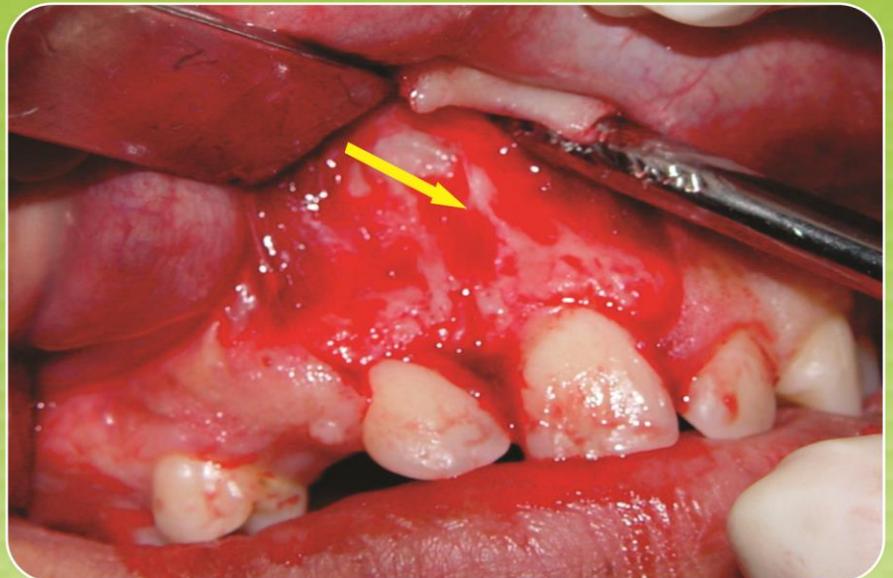


Caso 16

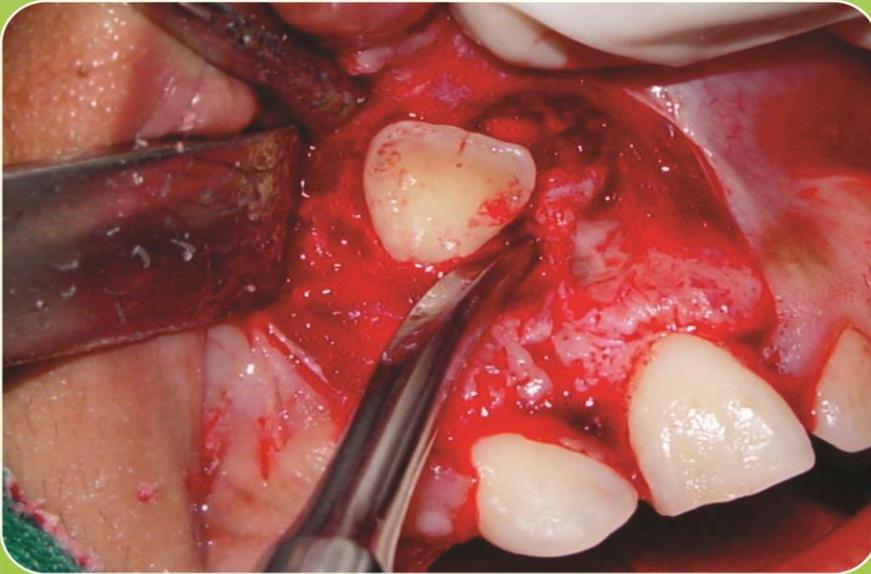
Fig. 26

La flecha indica la prominencia del incisivo central retenido sobre la tabla vestibular.

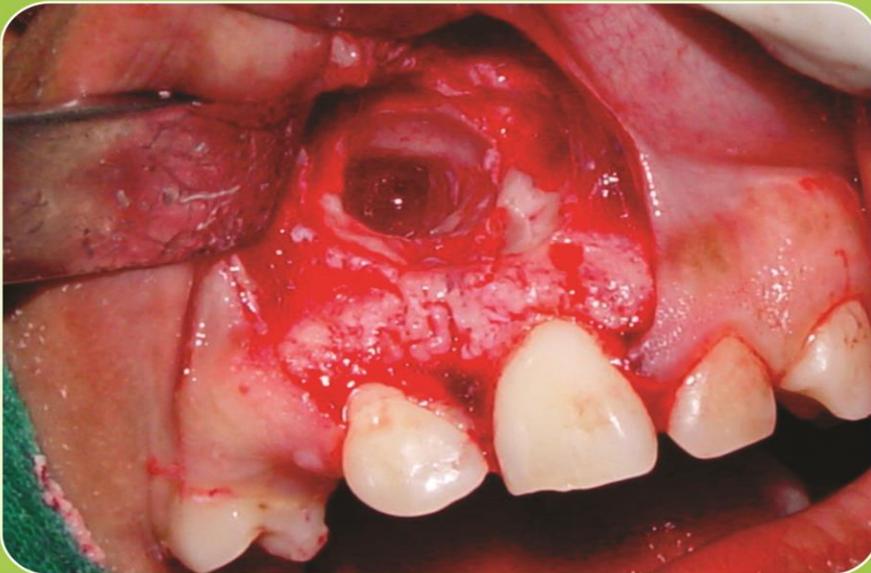
La zona es muy cercana al piso nasal, comprobándose la necesidad de haber colocado previamente la anestesia nasopalatina por vía nasal.



Caso 16



Caso 16



Caso 16



Caso 16

Fig. 27

Debido a la posición transversal (y casi invertida), el ortodoncista decidió la exodoncia del incisivo retenido.

La manipulación y la palanca deben ser realizadas en forma cuidadosa para evitar que el incisivo perforo el piso nasal, o que produzca la luxación de los dientes vecinos durante la cirugía.

Fig. 28

El lecho quirúrgico muestra hacia arriba la prominencia que produjo el diente retenido hacia el piso nasal.

La cirugía se produjo sin mayores contratiempos, y el paciente no manifestó ningún tipo de dolor durante la cirugía.

Fig. 29

El suturado debe ser hermético (a), devolviendo el colgajo hacia su posición original.

El diente extraído (b) muestra una dilaceración radicular, así como una raíz rechoncha y más corta de lo normal.

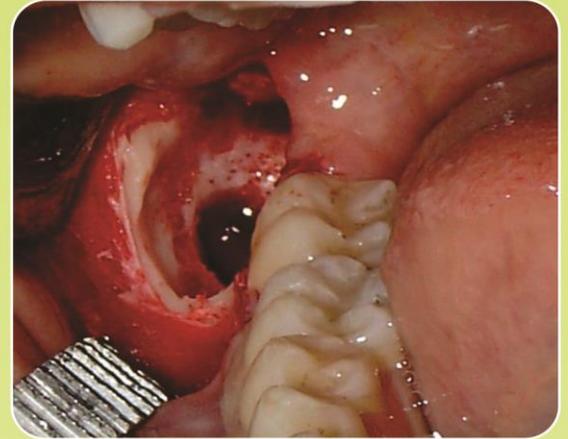
Capítulo IV

Exodoncia de los dientes retenidos

La decisión para la exodoncia de los dientes retenidos se tomará una vez descartada la posibilidad de la exposición quirúrgica y tracción del diente. Otras posibilidades históricas como el reimplante intencionado y el transplante dentario son técnicas en desuso.

Para determinar el abordaje quirúrgico es necesario que el cirujano tenga la seguridad de la ubicación del diente retenido y su relación con estructuras vecinas. Además se debe contemplar que para la extracción de los terceros molares inferiores debe ubicarse el trayecto del conducto dentario inferior para evitar lesiones vasculares o neurales.

Como es inevitable en todo procedimiento quirúrgico, debe contemplarse la existencia de complicaciones durante o después de la cirugía. El riesgo de complicaciones dolorosas y el edema, pueden disminuirse significativamente con el uso previo de AINEs y vitaminas (complejo B o vitamina C siete días antes del acto quirúrgico).



Caso 17

Fig. 29

El lecho quirúrgico de otro paciente muestra la extensión de la osteotomía realizada.

Al fondo, la sangre empieza a coagularse y conformar un lecho que estará totalmente cubierto con un coágulo que constituye el apósito natural de la herida ósea.



Fig. 28

La panorámica muestra al 3° molar en posición horizontal y cercano a la corona del 2° molar mandibular (a).

El conducto dentario inferior no presenta variaciones anatómicas o cercanía al diente retenido.

El diente fue extraído mediante una osteotomía y odontosección (b) para disminuir la extensión de la pérdida ósea.



Caso 18

Fig. 30

La panorámica muestra al 3º molar en posición mesioangular. El techo del conducto dentario inferior se encuentra intacto, como señal que no existe una relación íntima con el diente retenido.

La corona del 3º molar es amplia y sus raíces son más bien cortas, aunque existe una traba mecánica entre las coronas del 2º y el 3º molar.

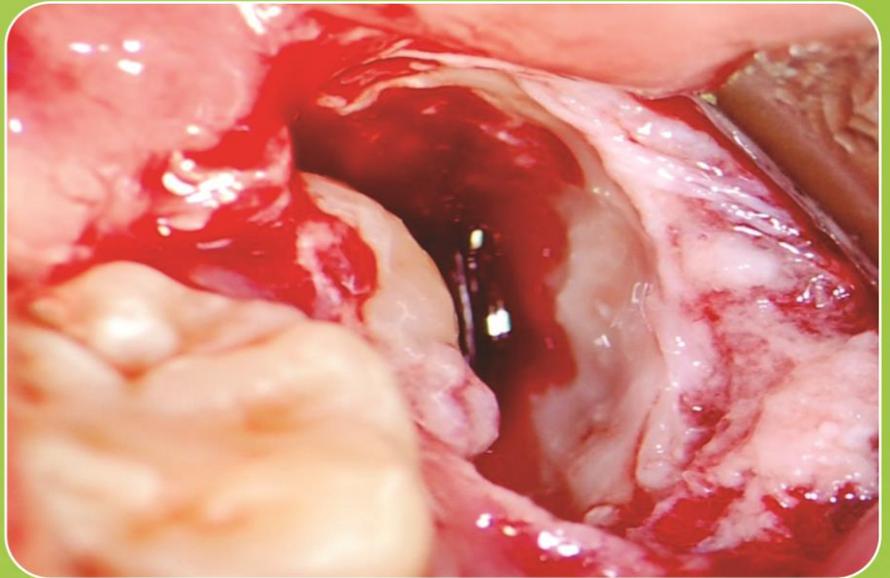


Caso 19

Fig. 31

Después de la osteotomía vestibular, se observa la corona del 3º molar muy cercano a la corona del 2º molar.

El repliegue del colgajo con instrumentos adecuados minimiza el trauma y reduce el tiempo operatorio.



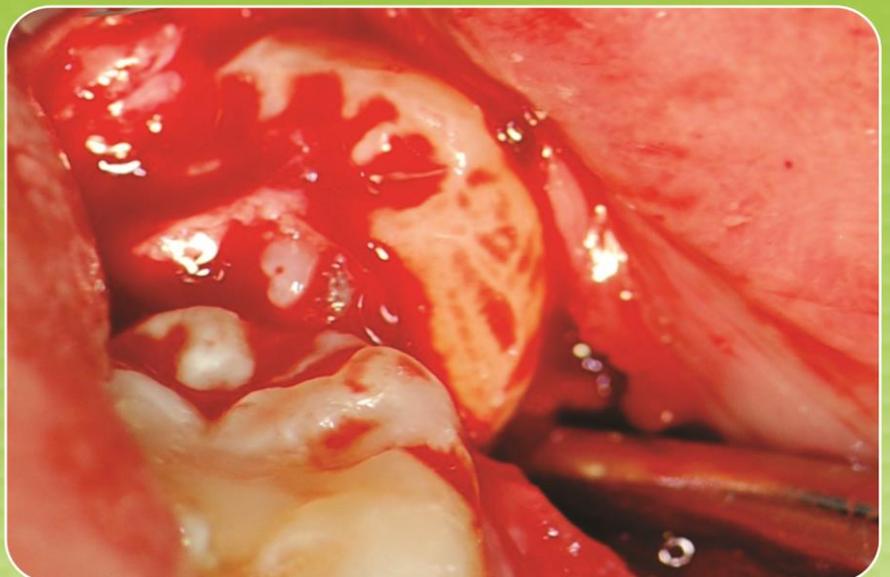
Caso 19

Fig. 32

La odontosección en la cara mesial de la corona del 3º molar facilita su luxación.

El diente retenido es avulsionado mediante una ligera palanca ejercida con el elevador acanalado curvo.

Durante esta maniobra, debe evitarse la presión sobre el diente vecino.



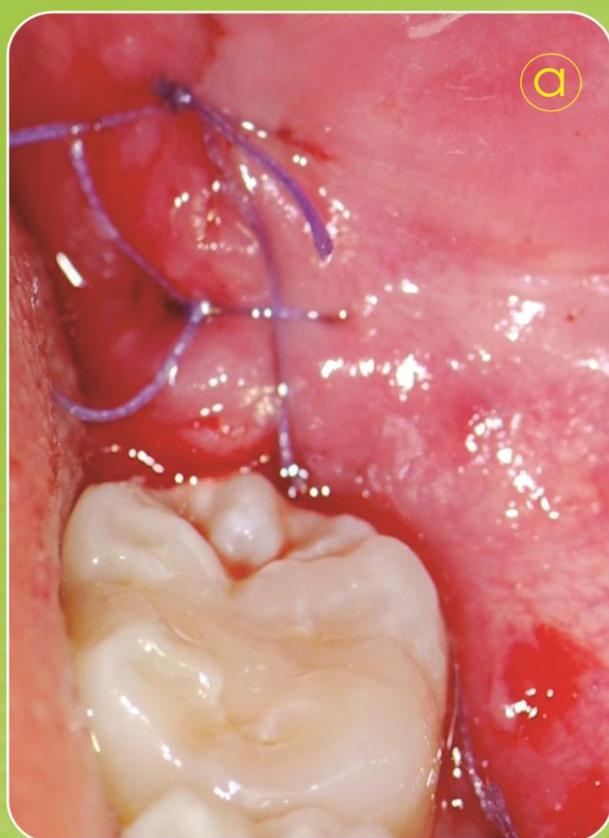
Caso 19



Caso 19

Fig. 33

El lecho quirúrgico debe ser lavado profusamente con solución salina o agua destilada. Debe evitarse el curetaje óseo, ya que una manipulación inadecuada o torpe puede producir la lesión del paquete vásculo-nervioso dentario inferior. La cercanía del VAN lingual también puede producir complicaciones innecesarias, que pueden evitarse con un lavado profuso con solución salina.



Caso 19



Caso 19

Fig. 34

El suturado debe ser prolijo y hermético (a). La sutura se realizó con hilo de ácido poligláctico (Vycril) de un grosor 5-0. Como se advierte en la foto, el trazo de la incisión horizontal en la zona retromolar estuvo dirigido de atrás hacia adelante sobre la proyección de las cúspides vestibular para evitar la lesión del nervio lingual y la cuerda del tímpano.

El diente extraído (b) presenta un desgaste en la cara mesial de su corona. Las raíces fueron pequeñas, aunque la raíz distal presentó una dilaceración atípica que no fue advertida en la tomografía panorámica.

Fig. 35

La panorámica muestra un canino retenido muy cercano al piso nasal y en posición horizontal. La paciente de 17 años vino a la consulta con la indicación de extraerse el diente retenido.



Caso 20

Fig. 36

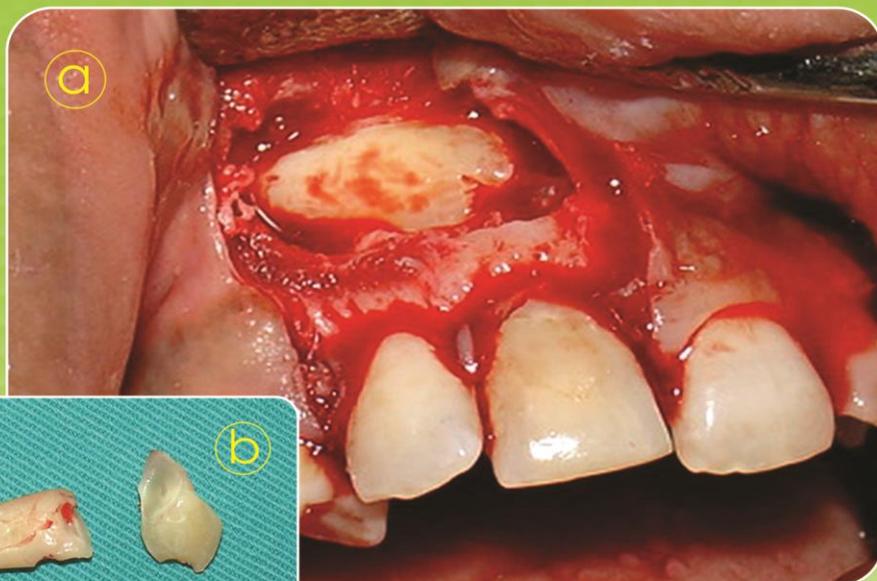
La tomografía computarizada muestra que la corona del canino retenido se encuentra más próxima a la tabla vestibular. La flecha señala un cuerpo extraño en la fosa nasal, que corresponde a un piercing nasal que usaba la paciente. Entre el piso nasal y el canino retenido existe una cantidad suficiente de hueso que los separa.



Caso 20

Fig. 37

Momentos precisos en que el canino está expuesto para su extracción previa odontosección de su corona (a). El diente fue extraído por completo (b).



Caso 20



Caso 21

Fig. 38

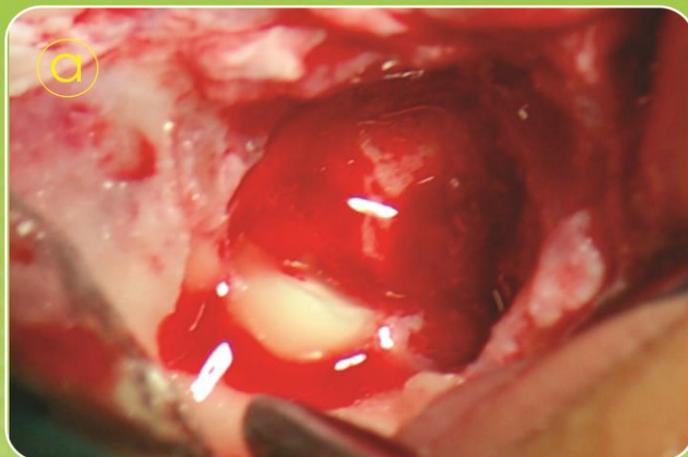
La panorámica digital muestra al 1° molar mandibular retenido, así como un molar deciduo sumergido. Los dientes sumergidos son dientes deciduos anquilosados a la base ósea, en este caso, el borde inferior de la mandíbula.



Caso 21

Fig. 39

La tomografía computarizada volumétrica muestra la relación entre el 1° molar permanente retenido y el molar deciduo sumergido. En todas las vistas se observa la anquilosis del molar deciduo al borde inferior de la mandíbula.



Caso 21



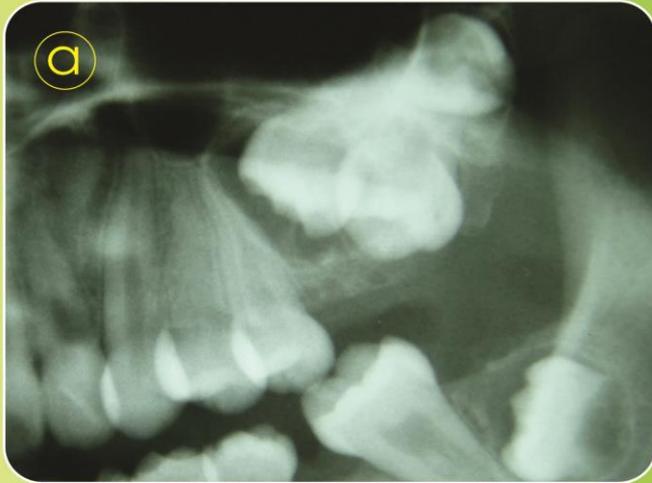
Caso 21



Caso 21

Fig. 40

El lecho quirúrgico muestra una parte de la raíz que quedó anclada al borde óseo de la mandíbula (a). La cavidad quedó cubierta con un injerto de hueso bovino (b) y una membrana absorbible de cortical ósea bovina. Finalmente fue extraída todo el 1° molar permanente, así como la corona y la pulverización de gran parte de la raíz del molar deciduo sumergido.



Caso 22



Caso 22

Fig. 41

Esta paciente de 19 años fue referida para la extracción del 1° y 2° molar superior. La panorámica muestra una imagen radiolúcida alrededor de la corona del 1° molar (a).

Los dientes extraídos fueron retirados conjuntamente con el tejido pericoronar que fue enviado para el estudio histopatológico (b). El diagnóstico fue de un quiste inflamatorio.



Caso 23



Caso 23

Fig. 42

La panorámica muestra un 2° molar mandibular retenido en un paciente adulto de 34 años (a).

Se realizó la exodoncia del diente retenido mediante una sección coronal (b) y una osteotomía cervical.

Finalmente se cubrió el lecho quirúrgico con un injerto de hueso bovino y una membrana de cortical ósea bovina (c), además del suturado cuidadoso y hermético.

Capítulo V

Medicación pre o post-operatoria

La decisión para la medicación pre o post-operatoria queda a consideración del cirujano oral. La medicación preoperatoria con analgésicos está indicada para el uso de derivados del coxib (celecoxib, etoricoxib), nimesulida o meloxicam. Los mejores resultados han sido observados cuando se administran AINEs pre y postoperatorios, o cuando se indican intra y postoperatorios.

El uso de vitaminas preoperatorias brinda buenos resultados cuando se les administra 5 a 7 días previos a la cirugía. Las más usadas son las siguientes:

Vitamina K: disminuye el riesgo potencial de sangrado post-operatorio al crear mejores condiciones para la activación de la cascada de la coagulación.

Vitamina C: es un agente antioxidante muy bueno que mejora la síntesis de colágeno; a nivel vascular, el colágeno mejora la elasticidad vascular y disminuye el riesgo de fragilidad vascular, como sucede en los pacientes con antecedentes de microangiopatía diabética; disminuye el tiempo de sangría en los pacientes.

Vitaminas B1, B6 y B12: son considerados como antinociceptivos (disminuyen la activación de los receptores del dolor o nociceptores disminuyendo la intensidad del dolor postoperatorio; también son antialodínicos (disminuyen el riesgo de dolor persistente); disminuyen también la síntesis de factor de necrosis tumoral (mejorando indirectamente la cicatrización tisular).

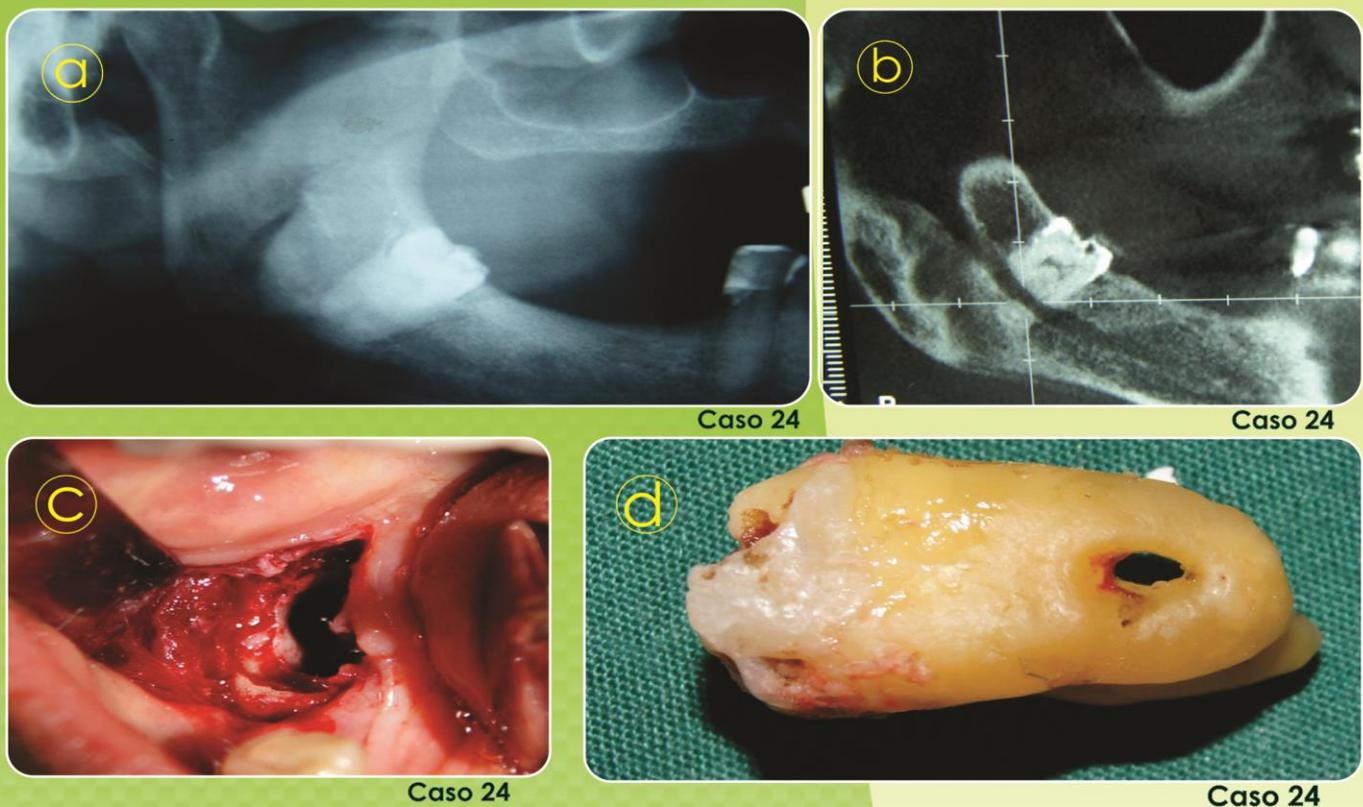


Fig. 43

La extracción del tercer molar mandibular derecho fue postergada en dos oportunidades por la superposición del conducto dentario que supone la cercanía del conducto dentario inferior (a). La tomografía computarizada confirma la sospecha y se observa el trayecto al interior del diente retenido (b). El lecho quirúrgico fue amplio y se hizo la sutura sin complicaciones (c). El diente extraído muestra el trayecto de la rama superior del conducto dentario inferior (d); clínicamente se comprobó que el tronco principal del conducto dentario inferior estaba intacto. La paciente quedó con una secuela de parestesia labial.

3. CORTICOSTEROIDES Y ANALGÉSICOS POST-OPERATORIOS

- Es uno de los esquemas más utilizados cuando la cirugía produce un trauma severo.
- Tiene por objetivo disminuir la sintomatología dolorosa y edematosa que se produce inevitablemente después de la cirugía.
- Puede iniciarse con una dosis de ataque más elevada para evitar el riesgo de hiperalgesia y alodinia.
- Es útil con AINEs en general o con inhibidores selectivos de la COX2.

4. AINEs POST-OPERATORIOS

- Se utiliza cuando el trauma producido durante la operación es reducido.
- Es considerado de elección cuando se realizan exodoncias simples, tratamientos de endodoncia o de tipo periodontal.
- El tiempo de administración de los AINEs es por un tiempo relativamente corto (uno o dos días).
- En estos casos no existe el riesgo de hiperalgesia o alodinia post-quirúrgica.
- La combinación de AINEs con mayor performance analgésica y anti-inflamatoria es suficientemente eficaz.
- Existen presentaciones comerciales con estas combinaciones. La más conocida es la combinación diclofenaco-paracetamol.
- También son muy utilizadas las combinaciones de ibuprofeno o naproxeno con paracetamol ó las combinaciones de ibuprofeno o naproxeno con ketorolaco o clonixinato de lisina.

5. TERAPIA COMBINADA Ó MULTIMODAL

- Se basa en la prescripción combinada de un opiáceo con un AINE.
- Los opioides más utilizados son el tramadol, oxicodona y la peptidina.
- Los AINEs que han sido estudiados en estas combinaciones terapéuticas son el paracetamol, ibuprofeno, ketoprofeno y el ketorolaco.
- Esta terapia multimodal se basa en el sinergismo que producen ambos grupos de fármacos, con la reducción significativa de los riesgos de los opiáceos.



Curso Personalizado: CIRUGÍA BUCAL AMBULATORIA



Profesor:
Mg. Espec. Raúl Botetano Villafuerte

- Contenido:
- Cirugía de dientes retenidos
 - Tomografía y clínica del conducto dentario
 - Cirugía apical contemporánea
 - Cirugía transprotésica
 - Manejo de la comunicación buco-sinusal
 - Farmacoterapia clínica
 - Ejecución de cirugías por los participantes, previo planeamiento quirúrgico

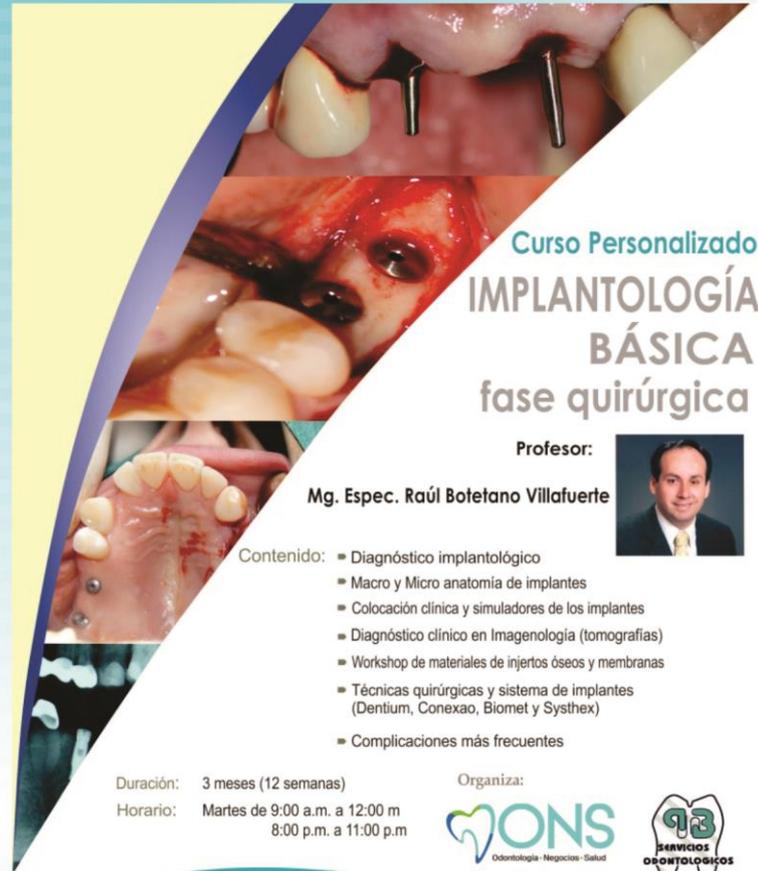
Duración: 10 semanas
Horario: Viernes de 10:00 a.m. a 1:00 p.m.



Práctica Clínica
Los participantes que desean realizar su cirugía podrán hacerlo en su respectivo paciente, previo planeamiento quirúrgico

INFORMES E INSCRIPCIONES: Jr. Enrique Cipriani 282 (Paralela cdra. 12 de a Av. Canadá) Sta. Catalina - La Victoria
224-8503 (Desde las 4:00 p.m.)
9-4303-8369 9-9966-6709
www.ons.pe

** Incluye certificado y CD interactivo



Curso Personalizado: IMPLANTOLOGÍA BÁSICA fase quirúrgica



Profesor:
Mg. Espec. Raúl Botetano Villafuerte

- Contenido:
- Diagnóstico implantológico
 - Macro y Micro anatomía de implantes
 - Colocación clínica y simuladores de los implantes
 - Diagnóstico clínico en Imagenología (tomografías)
 - Workshop de materiales de injertos óseos y membranas
 - Técnicas quirúrgicas y sistema de implantes (Dentium, Conexao, Biomet y Systhex)
 - Complicaciones más frecuentes

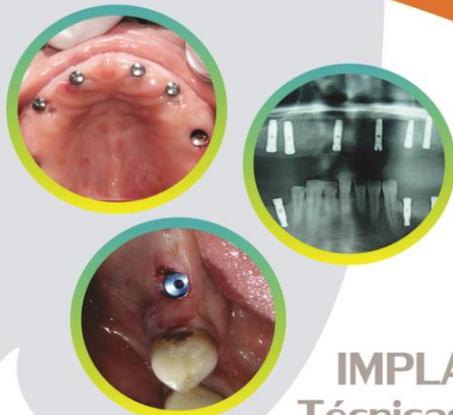
Duración: 3 meses (12 semanas)
Horario: Martes de 9:00 a.m. a 12:00 m
8:00 p.m. a 11:00 p.m



INFORMES E INSCRIPCIONES: Jr. Enrique Cipriani 282 (Paralela cdra. 12 de la Av. Canadá) Sta. Catalina - La Victoria
224-8503 (Desde las 4:00 pm)
9-4303-8369 9-9966-6709
www.ons.pe

** Incluye certificado y CD interactivo

Otros cursos:
➤ Implantología técnicas avanzadas
➤ Prótesis sobre implantes



Curso: IMPLANTOLOGÍA Técnicas Especiales

Profesor: Mg. Espec. Raúl Botetano Villafuerte

- Contenido: Técnica sin colgajo (flapless)
Implantes inmediatos.
Manejo del extremo libre, expansión y sinus lift

Duración: 3 meses (12 semanas)



INFORMES E INSCRIPCIONES: 2248503 (Desde las 4:00 pm)
999666709

** Incluye Certificado y CD Interactivo



Curso Personalizado: PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

Profesor:
Mg. Espec. Raúl Botetano Villafuerte

- Contenido:
- Impresiones con cubeta abierta y cerrada. (en simuladores o pacientes)
 - Coronas cementadas o atornilladas.
 - Resolución de casos de baja y mediana complejidad.
 - Prótesis en el paciente edéntulo total

Duración:
3 meses (12 semanas)



INFORMES E INSCRIPCIONES: 2248503 (Desde las 4:00 pm)
999666709

** Incluye Certificado y CD Interactivo

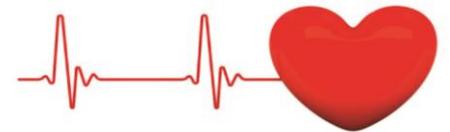


RCP Básico para el Consultorio Dental

Reanimación Cardiopulmonar

Profesor: Mg. Espec. Raúl Botetano Villafuerte

Contenido: Curso de RCP Básico para
profesionales de la salud y ciudadanos en general.



Duración: 4 horas

Incluye: Práctica Clínica con Simuladores Humanos
- Adultos y niños -
Uso del desfibrilador en el consultorio dental.

Organiza:



INFORMES E INSCRIPCIONES 2248503 (Desde las 4:00 pm)
999666709

** Incluye Certificado y CD Interactivo

Cortesía:



www.ons.pe

Jr. Enrique Cipriani 282 (Paralela cdra. 12 de la Av. Canadá) Sta. Catalina - La Victoria
224-8503 (Desde las 4:00 p.m.)
9-4303-8369 9-9966-6709
www.ons.pe