

TRABAJO DE SUFICIENCIA 3RA VEZ

por Mendoza Nicho

Fecha de entrega: 07-dic-2022 09:32a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1974248472

Nombre del archivo: bajo_de_Suficiencia_Profesional__MENDOZA_NICHO_JEAN_ANDREI.docx (10.26M)

Total de palabras: 3770

Total de caracteres: 21328

DEDICATORIA

Al divino creador por estar a mi lado en todo momento importante en mi vida, a mi familia que me ha acompañado en mi vida universitaria.

JEAN ANDREI MENDOZA NICHÓ

AGRADECIMIENTO

A mis adorados padres, por su apoyo incondicional para el término de mis estudios universitarios; agradezco a todos mis hermanos por su aliento constante, continuo y desinteresado; a mis maestros

que guiaron mi prepararon en los claustros universitarios.

JEAN ANDREI MENDOZA NICH0

RESUMEN

La terapia ortod3ntica en la mayor3a de los casos demandan la exfoliaci3n de los cordales superiores e inferiores, evitando las recidivas y fracasos en estos procedimientos.

Particularmente, la exodoncia de los cordales para muchos investigadores impide que se instalen alteraciones mordaces y alarmantes en el individuo joven, entre estos podemos mencionar: infecciones de la zona operatoria con consecuencias de imposibilidad de morder, se puede incluir la degeneraci3n del tejido 3seo, invasiones infecciosas que comprometen las regiones faciales y cervicales. Incluso se puede comprometer la capacidad respiratoria del individuo, hasta en procesos infecciosos puede ponerse en peligro su vida.

Tambi3n podemos manifestar que actualmente se cuenta con equipamiento de punta, de igual forma se tiene acceso a las anestias de mejor calidad, los hilos de sutura se reabsorben y son de mejor calidad, la exodoncia de los cordales son mucho m3s manejables, sin embargo debemos guiarnos siguiendo un procedimiento adecuado y riguroso; esto lo describimos en el presente estudio de investigaci3n. Los controles post

operatorios son necesarios y básicos para obtener una recuperación óptima, debemos tener en cuenta un buen tratamiento farmacológico, así como enjuagatorios orales necesarios.

Palabras claves: Cordal inferior, Cirugía Odontomaxilar, diente impactado

ABSTRACT

Orthodontic therapy in most cases requires the exfoliation of the upper and lower wisdom teeth, avoiding recurrences and failures in these procedures.

Particularly, the extraction of the wisdom teeth for many researchers prevents sharp and alarming alterations from being installed in the young individual, among these we can mention: infections of the operating area with consequences of the impossibility of biting, which can include degeneration of bone tissue, invasions infections that compromise the facial and cervical regions. Even the respiratory capacity of the individual can be compromised, even in infectious processes his life can be put in danger.

We can also state that we currently have state-of-the-art equipment, in the same way we have access to the best quality anesthesia, the suture threads are reabsorbed and are of better quality, the exodontics of the wisdom teeth are much more manageable, however we must guide us by following an adequate and rigorous procedure; We describe this in the present research study. The post-operative controls are necessary and basic

to obtain an optimal recovery, we must take into account a good pharmacological treatment, as well as necessary oral rinses.

Key words: Lower molar, Odontomaxillary Surgery, impacted tooth

⁴ CAPITULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dentición humana definitiva tiene un total de 32 piezas dentarias, de las cuales se agrupan en 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares. Estos últimos

se encuentran distribuidos en 6 unidades para la arcada del maxilar superior y 6 para la arcada del inferior.

Para su estudio se ha propuesto dividir a cada maxilar por la línea media o sagital del cuerpo, dando origen a dos hemiarquadas superiores y dos inferiores; que poseen tres ejemplares de molares cada uno.

Este trabajo se desarrolla en torno al tercer molar también llamado cordal o último molar, que por la edad en la que suele erupcionar se lo denomina molar del juicio ya que cronológicamente podría implicar el criterio formado y el inicio de la responsabilidad legal del individuo.

El tercer molar es la pieza dentaria que con mayor frecuencia, por ausencia de espacio en la longitud de arco, se retiene. Los inferiores con mayor prevalencia que los superiores. Los caninos son quienes le siguen en incidencia de retención, luego los incisivos centrales y por último los premolares.

¿Cuál es el procedimiento quirúrgico para la exodoncia de un diente cordal inferior?

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 ANTECEDENTES

Rodríguez G. (1) et al. (2007) realizó una investigación de tipo descriptiva y retrospectiva, en la cual consideró 2 120 extracciones de cordales

inferiores efectuados en 1 072 individuos, en los cuales sucedieron complicaciones después de la cirugía en el 2.8% de exodoncias, padecieron de inflamación del alveolo un 0,9%, contaminaciones 0.9%, trismus 0.5%, hemorragia 0.3%, anomalía del nervio dentario y/o lingual 0.2%. En relación a la prevalencia de inconvenientes después de las cirugías de acuerdo a la ubicación radiológica del cordal inferior, se evidenció que las complicaciones después de las cirugías se presentaron mayormente en los cordales posicionados mesioangularmente.

Aguilar V. (2). Ejecutó su estudio titulado “Exodoncia de la tercera molar inferior derecha”; Investigación para graduarse de Odontólogo, Nos refiere que los cordales inferiores son los elementos dentarios con mayor frecuencia se encuentran retenidos, constituyen data importante y básica en la estomatología tanto por la alta incidencia, prevalencia y por su ubicación variada, así mismo por la anomalía e incidentes negativos que suceden, por lo que es el procedimiento de exodoncia más realizado por los especialistas. Estos dientes ocasionan múltiples complicaciones entre los que podemos mencionar, el desplazamiento de los dientes, apiñamiento anterior, giroversión dentaria y anomalías (quistes o tumores).

Salazar E. (3). Efectuó un estudio denominado “Exodoncia de cordal inferior por indicación ortodóncica”; trabajo para alcanzar el título de

estomatólogo, nos manifiesta que las terapias ortodóncicas, mayormente indican la exodoncia de los dientes cordales para impedir que estos produzcan movimientos no deseados sobre sus dientes adyacentes y puedan inducir al fracaso de la terapia ortodóncica, nos manifiesta que no hay un momento específico para realizar dicha exodoncia, pues este se puede realizar al inicio o al final de la terapia.

Entre los inconvenientes la más severa y alarmante es el proceso infeccioso de la zona provocando dolor y dificultad para la masticación, degeneración del tejido óseo y penetración a la zona facial y cervical.

El propósito fue describir el procedimiento detallado de una exodoncia de un cordal inferior.

2.2.2 BASES TEÓRICAS

DIENTES CORDALES

El término muela cordal no es muy conocido entre la población general pero sí entre los odontólogos. Las muelas cordales más conocidas como muelas del juicio, emergen en la arcada superior e inferior.

Estas muelas cordales pueden provocar cambios en las arcadas y suponer problemas adicionales para los pacientes. La exodoncia o extracción de las muelas cordales es una cirugía bastante común entre pacientes.

Al emerger en la parte posterior de la arcada, estas muelas hacen que se sumen hasta 4 piezas dentales adicionales formando en total 32 en lugar

de

28.

Esta adición de piezas dentales puede suponer problemas de apiñamiento ya que los nuevos dientes necesitan espacio para aparecer, lo que provoca que se apiñen los dientes.

Las cordales suelen aparecer entre los 16 y los 27 años, aunque hay muchos casos donde aparecen pasados los 30 años.

Estas muelas no tienen una función específica que ayude a la masticación por lo que tenerlas o no tenerlas no influye en nada si no surgen problemas con otros dientes.

Es habitual ver pacientes que solo tienen una o dos cordales y las demás nunca llegan a emerger. Sin embargo, también es común ver pacientes que nunca llegan a experimentar la sensación de que una muela del juicio aparezca repentinamente. (4)

¹ **ARTICULACIÓN ALVEOLO-DENTARIA**

La articulación alveolo dentaria está formada por diversos elementos: encía, hueso, diente y periodonto. La extracción dentaria es una maniobra cuyo fin es separar estos elementos. Para luxar y extraer el diente es importante distender y ampliar el alveolo. El periodonto se secciona en toda su longitud. Es a expensas de la elasticidad del hueso alveolar que el diente puede abandonar el alvéolo, dirigido por el instrumento apropiado.

Se van a considerar los cuatro elementos de la articulación alveolo dentaria y relacionándolos con el acto quirúrgico.

LA GINGIVA

La gíngiva está conformado por un tejido conjuntivo denso fibroso, llamado encía, se encuentra rodeando el cuello de los elementos dentarios, así mismo tapiza las apófisis alveolares. Cuya misión fundamental es la fijación y mantenimiento de las piezas dentales en su sitio.

La gíngiva sana presenta una coloración rosada, con un puntillado semejante a la cascara de naranja, presenta una sensibilidad promedio al dolor, así como a la presión y temperatura. Las variaciones de coloración, la ausencia de puntillado o presencia de insensibilidad son signos iniciales de lesión parodontal.

El mantenimiento periódico de hábitos beneficiosos como son el cepillado dental de por lo menos 2 veces al día, el uso de hilo dental o el empleo de mini-cepillos interproximales ayudan a evita las patologías parodontales. La patología parodontal, de acuerdo al grado y compromiso de sus tejidos, se tipifica en inflamación gingival (gingivitis) e infección del ligamento periodontal (periodontitis).

La inflamación de las encías es un proceso reversible; sin embargo la parodontosis es un proceso irreversible, por lo que es de mucha

importancia los controles periódicos con el cirujano dentista, evitando las complicaciones que esta atrae.

⁵ La encía adherida es la continuación de la marginal, recubre el periostio del hueso maxilar, es fija y laxa. La encía interdental es la que se encuentra en el espacio interproximal y está apical al área del contacto dental.

² **ALVEOLO DENTARIO**

Cuando hablamos de alveolo dentario, nos referimos a la estructura o cavidad ósea en donde se alojan las raíces de los dientes, es una de las partes con mayor importancia, pues da sujeción a cada diente en conjunto con el ligamento periodontal. Cuando se realiza la extracción de un diente el alveolo es la cavidad que queda expuesta.

Al momento de una extracción dentaria, el alveolo al quedar expuesto comienza con una etapa de regeneración, pues este cicatriza y así mismo la cavidad ósea se recupera, se estima que después de 5 semanas la cicatrización va formándose.

Sin embargo, como muchos de nosotros sabemos, al momento de la extracción de un diente se puede llegar a tener algunas complicaciones, una de ellas puede ser la alveolitis, es por esto que te explicamos un poco sobre esta. (5)

ELEMENTO DENTARIO

El termino diente deriva de 2 vocablos “dens” del latin y “odon” del griego antiguo. Se conceptualiza como un conjunto de tejidos duros y uno blando, con una coloración blanca, estos están alojados en las apófisis alveolares del maxilar superior e inferior (2), organismo que está conformado por varios tipos de tejidos derivados de distintas hojas blastodérmicas, es uno de los organismos más compuestos e integras.

La RALE la conceptualiza como un elemento muy duro que se encuentra alojados en los maxilares de los humanos y animales, utilizados como órganos de alimentación o de defensa.

PERIODONCIO

El tejido periodontal o conocido como parodonto, está conformado por tejidos distintos altamente capacitados, como son: la gíngiva, fibras periodontales y apófisis alveolares, estos circundan y fijan los elementos dentarios a los maxilares superior e inferior.

El término “Periodoncio” deriva del vocablo griego “περί peri”-, que tiene el significado de «alrededor» y– “odont”, que denota «diente».

La función del periodoncio es conservar y sostener la estabilidad de los elementos dentarios. Si el individuo no realiza una adecuada higiene de la cavidad bucal, puede implantarse la enfermedad en las encías, corriendo el riesgo de perder incluso los dientes.

El periodoncio está conformado por 4 clases de tejidos distintos:

2 tegumentos “blandos” (que entrelazan o circundan otros elementos): la Gíngiva y fibras parodontales.

2 elementos “mineralizados” cuya función es la fijación o sostén de los dientes (el cemento radicular y las apófisis alveolares)

La gíngiva es el tegumento que reviste al periodoncio y sus funciones son: proteger a este y brindar fijación a las piezas dentales.

Las fibras periodontales presentan una contextura muy complicada, conformado por distintas clases de elementos celulares, vasos sanguíneos, cuya tarea es amortiguar las fuerzas masticatorias que se originan al momento de alimentarse evitando un trauma sobre el elemento radicular.

El cemento radicular o denominado cemento dental es un delgado tejido mineralizado que recubre toda la parte radicular actuando como un pegamento natural para las fibras de Sharpey que se incrustan tanto en la apófisis alveolar y el cemento dental.

Las apófisis alveolares tanto superiores e inferiores contienen a la porción radicular de los dientes, estas se encuentran protegidas por las fibras parodontales, que transmiten las fuerzas masticatorias al hueso para disiparse.

1 **TERCEROS MOLARES SUPERIORES.**

Lo que prevalece en este diente es la anomalía de las formas radiculares, con gran frecuencia se presentan dilaceradas, desviadas de su eje, presentan tres y hasta cuatro raíces y con las formas más caprichosas. Es importante hacer un detallado estudio radiográfico en dos o tres incidencias. No solo hay que estudiar el diente mismo, sino también el hueso circundante, porque es fácil que se fracture la tuberosidad y también considerar la cercanía al seno maxilar.

La anatomía radicular del tercer molar es por completo impredecible, puede tener entre una y cuatro raíces, y entre uno y seis conductos que podrían presentarse en forma arqueada.

Estas porciones radiculares pueden estar arqueadas distalmente o vestibularmente, lo que ocasiona inconvenientes mayores al momento de realizar el acceso cameral en comparación al 2do molar.

Para la exodoncia de estos dientes se pueden utilizar los mismos fórceps empleados para el 1er y 2do molar. Mayormente es complicado cogerlo con las pinzas debido a la disto-versión y también por el desplazamiento hacia delante de la apófisis coronoides al momento de la apertura bucal.

Se manifiesta generalmente que los dientes con vestibulo versión son más fáciles de extraer. Los que tienen disto-versión tienden a sufrir fractura, son muy complejas de sacar sus raíces cortas y finas. Para la exfoliación de estos dientes a veces es mejor utilizar los elevadores radiculares.(7)

TIPIFICACIÓN DE LOS DIENTES CORDALES INFERIORES

Los parámetros tomados en cuenta para la tipificación de los cordales son diversos entre ellos podemos mencionar:

- Ubicación del cordal frente a la 2da molar.
- Particularidades de la zona retro-molar.
- Angulo al centro longitudinalmente ⁴ de la pieza dentaria.
- De acuerdo a la cantidad de hueso y mucosa que recubre al elemento dentario impactado o retenido.

Winter tipifica los cordales de acuerdo a su ubicación con respecto al centro de la 2da molar longitudinalmente.

- En sentido vertical.
- Desde el ángulo mesial.
- Desde el ángulo distal.
- En sentido Horizontal.
- Versión hacia vestibular.
- Versión hacia lingual.
- En sentido Inverso.

Para la tipificación de los cordales inferiores impactados Pell y Gregory, se basa en los siguientes criterios:

- Ubicación del cordal inferior frente a la rama ascendente de la mandíbula.
- Profundidad referente al cordal inferior:

POSTURA A.- Cuando la porción más superior del cordal se encuentra a la misma altura o por arriba del plano oclusal de la 2da molar.

POSTURA B.- Cuando la porción más superior del cordal se encuentra entre el plano oclusal y el plano cervical de la 2da molar.

POSTURA C.- Cuando la porción más superior se encuentra a la misma altura o por debajo del plano cervical de la 2da molar. (8)

⁶**CIRUGÍA BUCAL**

La cirugía oral hace referencia a cualquier procedimiento quirúrgico en la boca y la mandíbula o alrededor de estas, generalmente hecho por un especialista dental capacitado para realizar ciertos tipos de cirugías orales. “Cirugía bucal es la parte de la odontología que trata el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”.

- ³• Cuando el tratamiento ortodóncico ha creado una relación molar de clase III. En estos casos el segundo molar inferior queda sin apenas contacto con el segundo molar superior, por lo que el tercer molar inferior adoptará una correcta relación oclusal con éste.

- En el tratamiento ortodóncico que exigen la extracción del primer o segundo molar permanentes, es importante, que los terceros molares adopten una correcta oclusión. Este tipo de extracción terapéutica puede indicarse en casos de mordida abierta vertical, con el fin de conseguir una rotación mandibular anterior favorable.
- En tratamientos Ortodóncicos en los que la destrucción por caries en los primeros o segundos molares justifiquen su extracción, los cordales deben conservarse para colocarlos adecuadamente (trasplante del germen del cordal a la posición del primer molar, tratamiento ortodóncico para situar los molares restantes en una posición funcional, etc.)
- En pacientes adultos, con espacios edéntulos en el sector posterior, hay que valorar la posibilidad de utilizar los terceros molares, movilizándolos por medios Ortodóncicos, para emplearlos como pilares una prótesis, y mantener una correcta dimensión vertical. (12)

2.3 OBJETIVO

Establecer el protocolo adecuado y correcto para la exodoncia de los cordales inferiores.

4 CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO



3.1.1 HISTORIA CLÍNICA

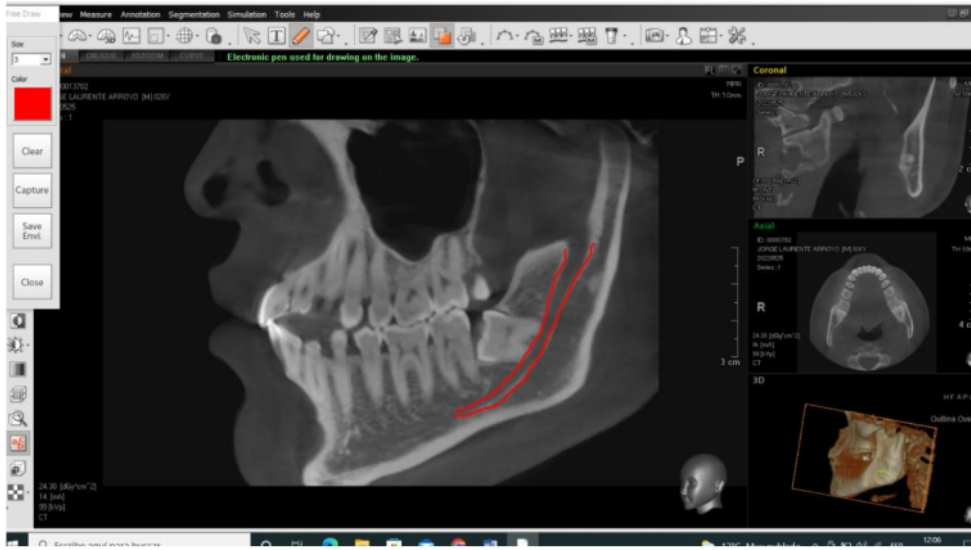
ANAMNESIS

Individuo masculino de 28 años, se presenta en el consultorio manifestando por molestias en zona posterior derecha de la mandíbula.

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Elemento dentario 4.8 Incluido





DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Elemento dentario 4.8 Incluido

CAPÍTULO IV

4.1 PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA

1.- Se realizó la asepsia y antisepsia antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, le realizamos una limpieza de los dientes, se le indico que haga buches con clorhexidina por medio minuto, procedimos a desinfectar la zona alrededor de la boca con gasas embebidas con alcohol yodado.

2.- Procedimos a realizar la cirugía del cordal propiamente dicho:

- Para el bloqueo nervioso utilizamos la técnica regional o troncular, para ello usamos lidocaína al 1.8% con epinefrina, aguja larga, estas cargamos en una jeringa carpule y procedemos a realizar la técnica anestésica mencionada.
- Luego con la ayuda de una hoja de bisturí N° 15, procedimos a realizar la incisión de la mucosa en la zona operatoria, la incisión se realizó de un solo trazo hasta tocar periostio.
- Nos ayudamos de una legra para separar la mucosa del periostio, de esta manera evitamos la laceración y daño de esta mucosa; levantamos el colgajo hacia ambos lados lingual y vestibular.
- Utilizamos una fresa redonda para hueso, con la cual realizamos la osteotomía del hueso que recubre al diente impactado, así mismo en la zona distal por detrás de la zona retromolar.
- ³ Con la ayuda de una fresa larga para hueso procedimos a realizar la Odontosección, para proceder a la extracción del cordal en pedazos.
- Usamos un botador angulado para realizar la separación del diente y la luxación de este.
- Procedimos a la exodoncia propiamente dicha.
- Realizamos el curetaje completo de zona quirúrgica.
- Efectuamos la sutura correspondiente de los colgajos, para evitar complicaciones pos operatorias.
- Finalizamos brindándole la terapia farmacológica correspondiente, indicándole que tiene que regresar a sus controles pos operatorios.

4.2 PRONÓSTICO: FAVORABLE

3 V.- CONCLUSIONES

- La exodoncia de los cordales inferiores representa un apartado importantísimo en la cirugía oral, por lo que se recomienda su estudio integral, tanto a nivel de su anatomía, clínica, quirúrgica y radiológica.
- Hay distintos procedimientos para la exodoncia de los cordales tanto superiores e inferiores, ya que cada cirujano dentista adquiere o toma el procedimiento que más le conviene según su práctica cotidiana; por lo

tanto no podemos mencionar un protocolo de la exodoncia propiamente dicho como si fuera una receta culinaria, por lo que debemos basarnos en los conceptos fundamentales de la cirugía oral, iniciando desde un correcto diagnóstico, el manejo del criterio clínico es básico y fundamental para evitar futuras complicaciones.

- El proceso de la cirugía para efectuar una óptima exodoncia, está relacionada básicamente, con el uso de un buen anestésico, de un buen equipo de cirugía, que nos facilitará culminar efectivamente este procedimiento, el cual termina con la sutura que se reabsorbe en 7 días.
- Para evitar las complicaciones pos operatorias es imprescindible tener conocimientos elevados sobre la anatomía topográfica de la zona quirúrgica.

VI.- APORTES

- La base primordial y básica para efectuar un tratamiento óptimo es desarrollar correctamente la historia clínica completa.
- Es importante y necesario la indicación de los exámenes auxiliares, con la finalidad de impedir potenciales inconvenientes al momento del proceso de cirugía.

- La concientización en los cuidados del individuo luego de la cirugía, va repercutir en la evolución positiva de dicho tratamiento.
- El asistir al dentista para su chequeo bucal de por lo menos 1 vez cada año, permite la evaluación de la ubicación de los dientes cordales para indicar su exodoncia antes que ocasione alteraciones a los dientes vecinos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Rodríguez G. Herrera E. Duque F. Londoño L. Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2007; 18(2): 76-83.

- 2.- Aguilar Moncada, Verónica Cecibel. Extracción quirúrgica del tercer molar inferior derecho con fines ortodónticos Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología, Ecuador. 2015.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3232/1/2aguilar.pdf>
- 3.- Salazar Montoya, Evelyn Kathiuska . Extracción de tercer molar inferior por tratamiento ortodóntico Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología, Ecuador. 2016.
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3162>
- 4.- Perez Y, Cardenas E, Morales P, Cepero F, Quintero Y. Intervenciones quirúrgicas por dientes retenidos. Filial de Ciencia Médicas “Arley Hernández Moreira”. 2007; 13 (1).
- 5.- Quijada F. Prevalencia de complicaciones postoperatorias en exodoncia simple en el centro de clínicas odontológicas de la Universidad de Talca en el periodo Mayo – Junio del 2006 [Tesis Doctoral]. Chile. 2006.
- 6.- Micó J, Satorres M, Gargallo J, Arnabat J, Beriní A, Gay C. Efficacy of methylprednisolone in controlling complications after impacted lower third molar surgical extraction. 2006; 62 (9): 693-698.
- 7.- Pérez S et al. Cirugía bucal ambulatoria en pacientes pediátricos, casuística del año 2000 en la clínica de la Universidad de Barcelona. med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005; 10:221-230.
- 8.- Lopez M, Siam R, Santiesteban M, Lorenzo D, Rodríguez G. Aspectos clínicos más relevantes de la cirugía de terceros molares incluidos. Correo Científico Médico de Huguín. 2003; 7 (3).
- 9.- Artegoita M. et al. Antibioterapia sistémica preventiva de la alveolitis seca en la exodoncia del tercer molar inferior: revisión sistemática.

RCOE. 2002; 7(6):603-611. 14. Peñarrocha D. et al. Estudio de las complicaciones postoperatorias tras la extracción quirúrgica de 190 terceros molares mandibulares incluidos. Av. Odontoestomatol. 2000; 16: 435-441.

- 10.- Evelyn Kathiuska Salazar Montoya Guayaquil, abril 2011 Extracción de tercer molar inferior por tratamiento ortodóntico UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3162>
11. Hernández L, Raimundo E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos a pacientes de la población de IBB, Republica de Yemen. Revista ciencias.com.[Revista en internet]. 2008 [acceso 23 de Febrero del 2010]. Disponible en:
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/ekEuuFVyElyAHAQIF.php>
12. Torres D, Rosende O, González M. Terceros Molares Inferiores Retenidos. Técnicas Quirúrgicas menos invasivas. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y tecnológicas. [Revista en internet]. 2004 [acceso 30 de Abril del 2010].Disponible en:
<http://www.unne.edu.ar/web/cyt/com2004/3-Medicina/M-043.pdf>. 42.
- 13.- Sequeira C, Marín A. Relación entre los factores anatómicos, fisiológicos, higiénicos y patológicos no personales y la alveolitis en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital México en el período Abril-Julio 2006.SACDET.[Revista en internet].2007 [acceso 30 de Agosto del 2010]. Disponible en:
<http://www.congresoacco.com/articulos/2008/INVEST%20PURA%20precongrado/1.B%20Catherine%20Sequeira.pdf>.

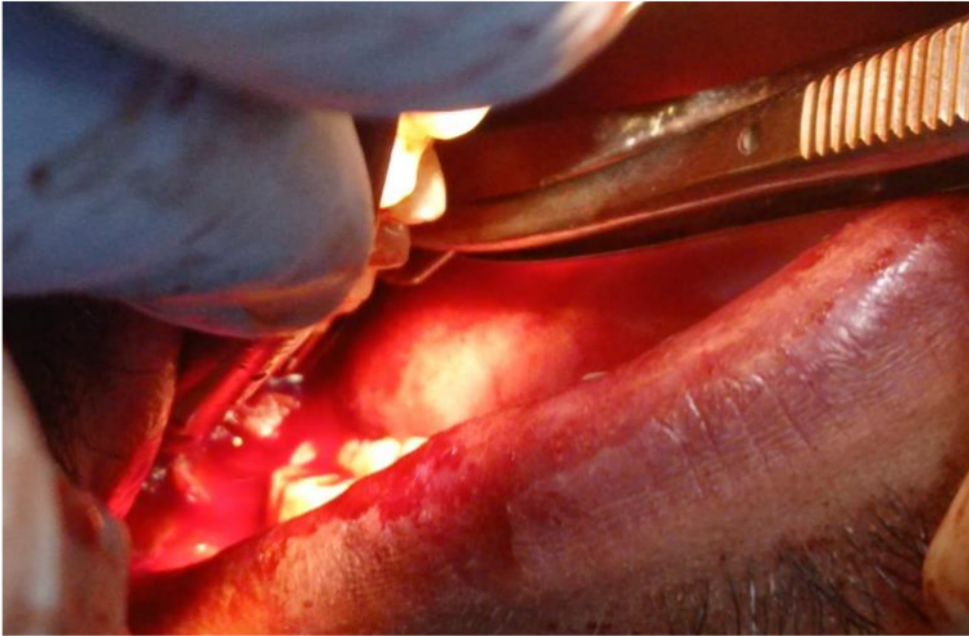
ANEXOS











TRABAJO DE SUFICIENCIA 3RA VEZ

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	6%
2	dentistas-cordoba.es Fuente de Internet	4%
3	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	2%
5	colombianadesalud.org.co Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

TRABAJO DE SUFICIENCIA 3RA VEZ

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30

PÁGINA 31

PÁGINA 32
