

INFORMACIÓN SOBRE CIRUGÍA BUCAL

FINALIDAD

Los procedimientos quirúrgicos orales pueden tener múltiples propósitos:

- la extracción de dientes *incluidos* en el espesor del hueso o *semi-incluidos*,
- la extracción de restos de raíces fracturadas,
- la eliminación de *granulomas* (inflamaciones crónicas) o de quistes en zonas *periapicales* (es decir, en las inmediaciones de la punta de alguna o algunas raíces dentarias)
- la extirpación de *quistes* maxilares
- la conformación del hueso y de la encía para recibir adecuadamente prótesis dentarias (*cirugía preprotésica*),
- la eliminación de frenillos labiales o del frenillo lingual, que producen alteraciones en la posición de los dientes y/o en el habla,
- la extirpación de glándulas salivales menores
- la toma de tejidos para analizarlos
- etc.

NATURALEZA DEL TRATAMIENTO

Aunque la finalidad puede variar, las técnicas empleadas serán muy semejantes, e implican, previa anestesia, la incisión de la encía, su despegamiento en mayor o menor grado, la extirpación de los tejidos patológicos o sobrantes (con legrado, en su caso, del lecho óseo, si lo hubiera) y, por último, la sutura de la herida.

Si la finalidad de la maniobra fuese la obtención de tejidos para su análisis histopatológico (*biopsia*), hay que obtener dicha muestra.

CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS IMPORTANTES

- Si tiene, o cree tener, **alergia al látex** debe advertirnoslo porque la mayoría de los guantes lo contienen.
- Si ha tenido, o cree tener, **alergia o algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los anestésicos locales o a los vasoconstrictores**, debe hacérselo saber inmediatamente.
- Si tiene **hipertensión** o **diabetes**, no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.
- Si tiene, o cree tener algún **problema que afecta a su coagulación**, debe advertirnoslo, para adoptar precauciones y medidas específicas.
- Si está tomando **anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, aspirina o antiinflamatorios**, debe advertirnoslo para adoptar las precauciones y medidas específicas.
- Adviértanos si tiene Vd. alguna enfermedad cardíaca que aconseje hacer **profilaxis frente a la endocarditis bacteriana** (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).
- Si es UD. portador de **marcapasos cardíaco**, adviértanoslo, porque está contraindicado el uso los aparatos de ultrasonidos utilizados a veces en este tratamiento.

RIESGOS PROBABLES EN CONDICIONES NORMALES:

Todas las intervenciones quirúrgicas implican una serie de riesgos e inconvenientes que son inevitables y hay que asumir. Aunque relativamente frecuentes, no suelen tener mayores repercusiones y se curan al cabo de pocos días, pero deberá consultarlos para que podamos procurarles rápida resolución. Son:

- los derivados de la *anestesia local*, ya comentados,
- la aparición de **dolor o inflamación en la zona tratada**
- pequeñas **hemorragias** o **hematomas**
- **dehiscencia de suturas**
- **sobreinfección de las heridas** por gérmenes de la boca
- pequeños **daños en los tejidos blandos** que rodean a la zona quirúrgica.

CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES DEL PACIENTE Y RIESGOS RELACIONADOS CON ELLAS:

- No existen.

En relación con el tratamiento que se me ha propuesto y presupuestado, el facultativo DARIO ULMAN me ha explicado, y comprendo.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Por todo ello, en fecha XX/XX/XX, CONSIENTO que se me realice el tratamiento antes mencionado, reservándome el derecho de revocar en cualquier momento este consentimiento que ahora presto, sin necesidad de dar ninguna explicación.

Encuentro satisfactorias las explicaciones recibidas, que comprendo perfectamente, referentes a la finalidad del tratamiento, la naturaleza y limitaciones del mismo, sus consecuencias, los riesgos probables en general y particulares en mi persona, y las contraindicaciones. No tengo necesidad de nuevas aclaraciones.