



BOSQUE FARMS

Family Dentistry

CONSENTIMIENTO PARA FRENECTOMÍA

EXPLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: He sido informado de la presencia de una inserción anormal del frenillo (similar a un ligamento) cerca de la línea de las encías de algunos de mis dientes. Entiendo que esta condición puede ocasionar recesión del tejido gingival en los dientes afectados. Comprendo que es importante contar con un ancho suficiente de encía adherida alrededor de la base de los dientes (en la línea gingival) para mantener el sello entre la encía y el diente y así prevenir la invasión bacteriana debajo de la encía, con la consiguiente inflamación. Entiendo que, cuando hay una cantidad insuficiente de encía adherida, bacterias y restos de alimento pueden alojarse debajo de la línea de las encías, lo que puede resultar en mayor recesión gingival o infección localizada (absceso gingival). También comprendo que, si esta condición se presenta en la parte posterior de mis dientes frontales inferiores, podría estar relacionada con el uso normal de la lengua y producir mayor recesión.

PROPÓSITO DE LA CIRUGÍA DE FRENECTOMÍA: Se me ha informado que el propósito de este procedimiento quirúrgico es liberar y relajar esta inserción anómala del frenillo para prevenir la probabilidad de recesión gingival futura. Entiendo que esto no revertirá la recesión (si existe) que actualmente presenta en el área afectada.

TRATAMIENTO SUGERIDO: Se ha sugerido realizar la cirugía de frenectomía en las zonas de mi boca donde existe inserción anómala del frenillo. Se me ha explicado que se trata de un procedimiento quirúrgico que involucra una incisión en la encía o mucosa en el área del frenillo y su reposicionamiento más alejado de la línea gingival.

RIESGOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO SUGERIDO: Aunque este procedimiento se considera de bajo riesgo, los riesgos asociados con injertos de tejido conectivo pueden incluir, entre otros, sangrado posoperatorio, hinchazón, dolor, infección, decoloración facial, sensibilidad dental transitoria o, en ocasiones, permanente al calor, frío, dulces o alimentos ácidos. Los riesgos relacionados con los anestésicos locales pueden incluir, entre otros, reacciones alérgicas, ingestión accidental de materia extraña, hinchazón o moretones faciales, dolor, malestar o decoloración en el sitio de la inyección.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: Estas pueden incluir:

- (1) el uso de otros procedimientos de cirugía plástica para lograr un resultado similar;
- (2) no recibir tratamiento, con la expectativa de inflamación crónica que avance la recesión, normalmente asociada con mayor sensibilidad dental a cambios de temperatura y otros irritantes, mayor riesgo de caries en las superficies radiculares expuestas por la recesión y posible pérdida prematura de dientes;
- (3) intentos de aislar los dientes para controlar la sensibilidad mediante obturaciones en las superficies radiculares, con la expectativa de que se produzca mayor recesión como resultado de este procedimiento;
- (4) raspado no quirúrgico de las raíces dentales y curetaje de la encía (alisado radicular y curetaje), con la expectativa de que esto produzca solo una reducción parcial y temporal de la inflamación e infección, no detendrá la recesión y requerirá cuidados profesionales más frecuentes, lo que podría empeorar mi condición y provocar pérdida prematura de dientes;
- (5) extracción de dientes afectados por recesión y falta de tejido gingival adherido.

NO HAY GARANTÍA NI ASEGURAMIENTO: Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía, aval o certeza de que la cirugía propuesta eliminará completamente las bolsas, la infección o evitará la pérdida ósea o la recesión gingival adicional. Se anticipa que la cirugía contribuirá a reducir la causa de esta condición y promueva la

cicatrización, lo que aumentará las posibilidades de conservar mis dientes por más tiempo. Sin embargo, debido a las diferencias individuales entre pacientes, no se puede predecir con absoluta certeza el éxito. Por lo tanto, existe el riesgo de fracaso, recaída, necesidad de retratamiento selectivo o empeoramiento de mi condición actual, incluida la posible pérdida de algunos dientes con mayor afectación, a pesar de los mejores cuidados.

CONSENTIMIENTO PARA CONDICIONES IMPREVISTAS: Durante la cirugía podrían descubrirse condiciones imprevistas que requieran modificar o cambiar el plan quirúrgico previsto. Estos pueden incluir, entre otros, la realización de otro procedimiento de cirugía plástica para lograr un resultado similar o la terminación del procedimiento antes de completar toda la cirugía originalmente programada. Por lo tanto, doy mi consentimiento para la realización de dichos procedimientos adicionales o alternativos que el médico tratante considere necesarios en su mejor juicio.

CUMPLIMIENTO DE INSTRUCCIONES DE CUIDADO PERSONAL: Entiendo que el consumo excesivo de tabaco y/o alcohol puede afectar la cicatrización de las encías y limitar el éxito de mi cirugía. También comprendo que el ejercicio aeróbico puede provocar la pérdida del coágulo, con sangrado y posiblemente reducir la eficacia de este procedimiento quirúrgico. Acepto seguir las instrucciones relacionadas con el cuidado diario de mi boca y el uso de los medicamentos recetados. Me comprometo a acudir a las citas que se requieran posterior a mi cirugía para que se supervise la cicatrización y el médico pueda evaluar y valorar el éxito de la intervención.

REGISTROS SUPLEMENTARIOS Y SU UTILIZACIÓN: Doy mi consentimiento para la fotografía, grabación de video y radiografías de mis estructuras orales en relación con estos procedimientos, así como para su uso educativo en conferencias o publicaciones, siempre que no se revele mi identidad.

APROBACIÓN DEL PACIENTE: Mi firma en este documento indica que he leído y comprendido completamente los términos aquí expresados y las explicaciones referidas o implícitas. Tras una consideración exhaustiva, doy mi consentimiento para la realización de todos los procedimientos relacionados con la cirugía de injerto de tejido conectivo según lo presentado durante la consulta y la presentación del plan de tratamiento por parte del médico o como se describe en este documento.

Nombre del paciente

Firma del paciente (si es mayor de 18 años)

Fecha

Firma del tutor o representante del paciente

Parentesco

Fecha

Firma del testigo

Fecha

