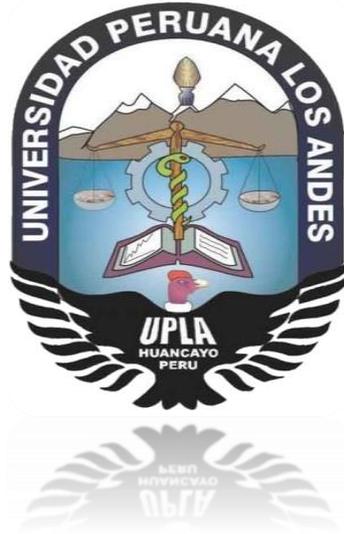


UNIVERSIDAD PERUANA “LOS ANDES”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA TERCERA MOLAR CON
MACRODONCIA REPORTE DE UN CASO**

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR: BACH. DIANA MEZA ORÉ

ASESOR: CD. OSCAR HIPOLITO CALDERON SILVA

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO – PERU

2021

DEDICATORIA

Al divino hacedor por permitirme estar presente en esta vida, por guiar mis pasos, por poner personas maravillosas en mi camino que son mi motor y motivo en esta vida.

A mi amada familia, que apostaron por mí y no escatimaron nunca en apoyarme desinteresadamente para poder conseguir mis anhelos y seguir adelante.

La Autora.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis Padres quienes me apoyaron incondicionalmente en la culminación de mi carrera universitaria. Y también a mis Hermanos que con su apoyo moral y ético aportaron en mi formación día a día.

A mis catedráticos que con su sapiencia me supieron formar en los claustros universitarios, y su ayuda permanente permitieron que termine mis estudios.

Diana.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CONTENIDO DE TABLAS.....	
CONTENIDO DE FIGURAS.....	

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2.2 MARCO TEÓRICO.....	6
2.2.1 ANTECEDENTES.....	6
2.2.2 BASES TEORICAS.....	10
2.3 OBJETIVO.....	17

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	18
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	18
3.1.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	19
A) EXAMEN ESTOMATOLÓGICO EXTRA ORAL.....	20
B) EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRA ORAL.....	20
C) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.....	22
D) ESTUDIO IMAGENOLÓGICO.....	22
3.3 DIAGNÓSTICO.....	23

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO.....	23
4.2 PRONÓSTICO.....	30

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES.....31

CAPÍTULO VI

APORTES.....32

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....34

ANEXOS.....

RESUMEN

Los dientes cordales (3ras molares), dentro de los maxilares superiores e inferiores son las últimas en realizar el proceso de erupción y son estas las que con mayor periodicidad quedan retenidas dentro de los maxilares, por lo que se hace necesario realizar una exodoncia de esta pieza dentaria, que generalmente se hace en la práctica diaria. Podemos considerar dentro de las primeras causas de retención de los cordales: Alteraciones embriológicas, malformaciones, mecánicas, filogenéticas y las asociadas a enfermedades genéticas. Estas alteraciones se clasifican de acuerdo a la disposición del eje longitudinal de la pieza dentaria, así mismo se considera la profundidad. Las dificultades más frecuentes durante la exodoncia de los cordales, casi siempre están vinculadas con la destrucción y corte del hueso alveolar (osteotomía) y la pésima visualización del lecho quirúrgico, lo que a veces origina complicaciones posoperatorias como inflamación, dolor, trismo, lesiones reversibles e irreversibles del nervio alveolar inferior (NAI) o nervio lingual, también existe la posibilidad de fracturas de la rama ascendente y presencia de alteraciones del ligamento periodontal en el segundo molar inferior.

Palabras Claves: Tercer Molar - Cirugía Bucal

ABSTRACT

The wisdom teeth (3rd molars), within the upper and lower jaws, are the last to carry out the eruption process and it is these teeth that are retained within the jaws with the greatest periodicity, which is why it is necessary to perform an extraction of this tooth, which is generally done in daily practice. We can consider among the first causes of retention of the wisdom teeth: embryological alterations, malformations, mechanical, phylogenetic and those associated with genetic diseases. These alterations are classified according to the disposition of the longitudinal axis of the tooth, as well as the depth. The most frequent difficulties during the extraction of the wisdom teeth are almost always related to the destruction and cutting of the alveolar bone (osteotomy) and the poor visualization of the surgical bed, which sometimes causes postoperative complications such as inflammation, pain, lockjaw, reversible lesions and irreversible of the inferior alveolar nerve (NAI) or lingual nerve, there is also the possibility of fractures of the ascending branch and presence of alterations of the periodontal ligament in the second inferior molar.

Key Words: Third Molar - Oral Surgery

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 el maxilar superior y 6 para el maxilar 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.

¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos para la exodoncia de una tercera molar inferior con macrodoncia?

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 ANTECEDENTES

Poma H. (1) en su estudio Complicaciones en la Extracción de Terceras Molares Impactadas; realizó una búsqueda en las bases de datos Pub-Med, EMBASE y SciELO desde el 2001 al 2019. También complemento su búsqueda con los artículos más resaltantes de los años 1986 al 1999. De una búsqueda inicial de 86 artículos, se analizaron 32 artículos que estuvieron relacionados a las complicaciones en la extracción de terceras molares impactadas. Concluye que existe una amplia variedad de complicaciones en el acto quirúrgico de las terceras molares impactadas como también complicaciones en el post operatorio que pueden influenciar en la adecuada recuperación de los tejidos estomatognáticos. Además, la pericia del profesional en el acto operatorio y unos correctos exámenes complementarios influyen de manera indirecta en las posibles complicaciones.

Cachis G. (2) En su estudio Relación entre el grado de dificultad quirúrgica en la exodoncia de terceros cordales mandibulares. Tesis (Cirujano Dentista). Lima, Perú: UNMSM. Valora la correlación entre el nivel de complejidad en la exodoncia de los cordales mandibulares, utilizando una graduación radiográfica de valores antes de la cirugía, y la dolencia después de la cirugía en individuos mayores. Se usó una muestra de 30 individuos de 18 a 35 años, Para comprobar la correlación existente se usó el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables nivel de complejidad quirúrgica y dolor después de la cirugía. Concluye que hay correlación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Izurieta G. (4) En su estudio Exodoncia de cordal en posición mesioangular CLASE I-A según Pell y Gregory, cuyo propósito fue establecer la eficiencia de la extracción dental del cordal en la posición mesioangular de acuerdo con la clasificación Pell Gregory Clase I-A. Metodología: presentación de un caso clínico del tercer molar número 48 semiretenido con sintomatología, en un paciente masculino de 27 años. En el caso de las retenciones, es necesaria una evaluación exhaustiva del paciente para garantizar el equilibrio funcional y estético. Una exodoncia de un tercer molar en posición mesioangular I-A según Pell y Gregory se realizó en un paciente que asistió a la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la Universidad de Guayaquil. Mediante este procedimiento, se puede adquirir experiencia y pericia en el manejo clínico quirúrgico durante el período quirúrgico y postoperatorio

2.2.2 BASES TEÓRICAS

1) CORDALES DENTARIOS

Los cordales son los últimos elementos dentarios hallados a cada lado de las maxilas. También, son los últimos elementos dentarios en hacer su aparición dentro de la cavidad bucal, que se da entre los 17 y 25 años.

Ya que son las últimas piezas dentarias en hacer erupción, generalmente en la cavidad bucal no existe espacio suficiente para que estén bien ubicados. Es así que cuando ocurre esto, los cordales quedan atrapados o retenidos (incluidos

por otras piezas dentarias o por hueso subyacente a la encía). Esto producirá odontalgia e inflamación en esta zona. (5)

Los cordales que hacen erupción incompleta o están giroversadas, también provocan aglomeramiento en esta zona, con presencia de dolor e inflamación. Es así que, los cordales extraídos antes de la segunda década de vida (20 años) presentan las raíces ni formadas completamente, por lo que presenta menos complicaciones, se sugiere que las personas entre los 16 y 19 años, se realicen una evaluación de sus dientes cordales, para que el odontólogo evalúe la necesidad de extraer sus dientes cordales.

A). 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. (6)

G) Clasificación de cordales mandibulares retenidos

Estas se pueden clasificar de acuerdo a:(7)

- Ubicación del cordal respecto al 2do molar
- Particularidades del triángulo retromolar
- Al ángulo que se forma con eje longitudinal de la pieza dentaria

- De acuerdo a la Cantidad de hueso y tejido fibromucoso que recubra al elemento retenido.
- Correlación del Cordal con la rama mandibular (cordales mandibulares) (8)

2) **CIRUGÍA BUCAL**

La cirugía bucal es considerada el área de especialidad más antigua en la odontología y esta se hace cargo del diagnóstico y realizar el tratamiento quirúrgico de los diferentes padecimientos, traumas y alteraciones de las piezas dentarias, cavidad bucal, maxilas y demás tejidos adyacentes, considerando siempre el aspecto funcional y estético.

El proceso generalmente más realizado es la exodoncia de los cordales (muelas del juicio) y la cirugía periodontal. En la mayoría de los casos se usa anestesia local y en casos más complicados anestesia general, es por esto que es necesario que sea un cirujano bucal quien realice los procedimientos.

El Consejo Norteamericano de Cirugía Bucal (9) lo define así:

“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”. y esto es aceptado por el Board of Trustees y el House Delegates de la Asociación Médica Americana.

A) **EXODONCIA DE DIENTES CORDALES**

La exodoncia de los cordales (diente del juicio), son posiblemente el proceso de cirugía bucal más habitualmente realizado en la praxis odontológica. (10)

En la actualidad es un proceso tecnológico muy adelantado, con una regla quirúrgica bien establecida y con unos cuidados post cirugía bien establecidos y muy confiables, lo que otorga al individuo obtener una experiencia sin dolor, que sea segura, previsible, con escasos días de recuperación y definitivamente obtener la impresión de “haberse quitado un problema”.

B) EXODONCIA DE LOS CORDALES COMO MEDIDA PROFILACTICA

- La exodoncia de los Cordales en los jóvenes evitan o disminuyen el peligro de padecer de encías enfermas.
- Producen dolor, inflamación y en ocasiones trismos, cuando han erupcionado parcialmente, ya que producen el ingreso de bacterias entre el diente y la encía causando caries e infección. (11)
- Ante la falta de espacio pueden movilizar y dañar los dientes adyacentes.
- Destruyen hueso adyacente a sus raíces, pues generalmente forman y desarrollan Quistes y Tumores.
- Es el causante de dolor que no tienen explicación alguna.
- A veces impide la instalación de prótesis.
- Algunas veces ocasiona interferencias oclusales o mala mordida. (13)

2.3 OBJETIVO

Establecer los procedimientos quirúrgicos definidos para la extracción dental de una tercera molar inferior con macrodoncia.

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1.1 HISTORIA CLÍNICA

Estudiante de 14 años, de sexo femenino, se presenta a la consulta para realizarle un procedimiento de cirugía bucal de una exodoncia del cordal inferior derecho, por recomendación de su ortodoncista, a la ectoscopia se aprecia en ABEG, ABEN, ABEH.

Paciente refiere padecer esta molestia hace aproximadamente 1 año, actualmente es asintomático pieza 4.8 con Macrodoncia y mesializada hacia pieza 4.7

ANTECEDENTES:

Paciente manifiesta que no presenta antecedentes familiares, personales ni patológicos.

3.1.2 EXAMEN FÍSICO GENERAL

Paciente Lucido orientado en tiempo espacio y persona, en aparente buen estado de nutrición, hidratación y general.

A.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO EXTRA ORAL:

A la evaluación el paciente no presenta alteraciones.

B.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRAORAL

A la evaluación el paciente no presenta alteraciones.

➤ ZONA COMPROMETIDA:

La zona problema está ubicada en el sector postero inferior (cordal 4,8), a la inspección encontramos la pieza 4,8 incluida, a la percusión y la palpación se muestra asintomático, no presenta movilidad dentaria.

C) DIAGNÓSTICO INICIAL:

Impactación de diente Cordal 4,8 en distal de elemento dentario 4,7

D) ANALISIS RADIOLÓGICO

Piezas 1.8 Incluida

Pieza 2.8 Incluida

Pieza 3.8 Incluida

Pieza 4.8 Incluida, con presencia de impactación.

Estudiante presenta aparatología de ortodoncia fija

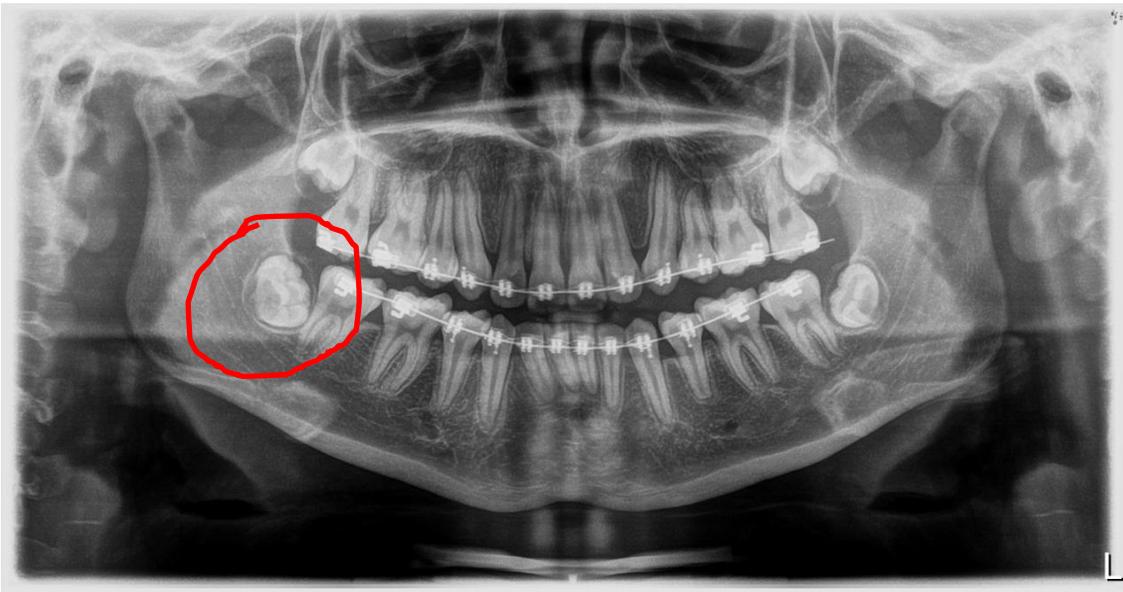


Fig. N° 1 Radiografía Panorámica de la paciente (pieza 4.8 retenida y con macrodoncia) Fuente: Propia del Autor

3.3. DIAGNOSTICO FINAL

Impactación de diente Cordal 4,8 en distal de elemento dentario 4,7

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO

- 1° Procedemos a realizar la asepsia y la antisepsia (Iodopovidona y clorhexidina)
- 2° Realizamos el bloqueo regional con lidocaína al 2% (Troncular)
- 3° Hacemos la incisión de la encía con la ayuda de un bisturí.
- 4° Usando una legra separamos las encías para visualizar el hueso adyacente.
- 5° Procedemos a la osteotomía con la ayuda de una fresa redonda para hueso.
- 6° Con la ayuda de botadores rectos realizamos la sindesmostomia, para separar las encías.
- 7° Realizamos la luxación y aprehensión de la pieza dentaria.
- 8° Realizamos un curetaje en el lecho quirúrgico para eliminar restos de hueso y diente, se indujo el sangrado para la formación del coagulo.
- 9° Se realizó la sutura para evitar posibles complicaciones.

4.2 PRONÓSTICO: FAVORABLE

FOTOGRAFIAS EXTRAORALES

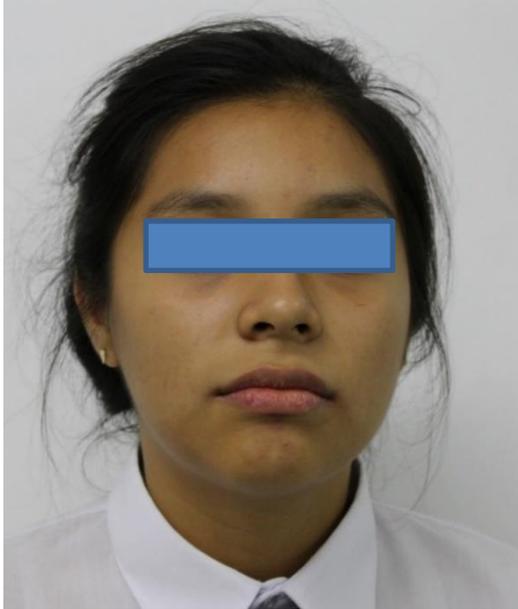


Fig. 1 vista frontal



Fig. 2 vista de perfil



Fig. 3 vista 45°



Fig. 4 radiografía lateral

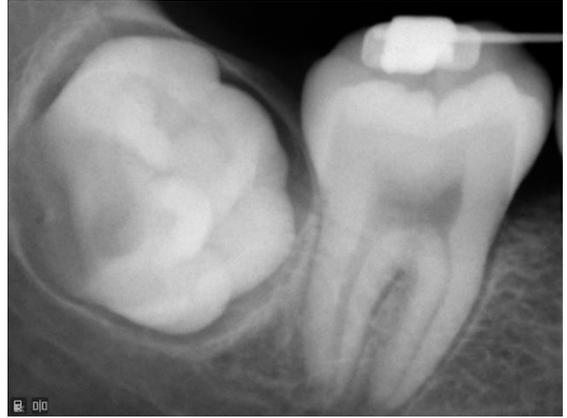


Fig. 5 Periapical pza 4.8

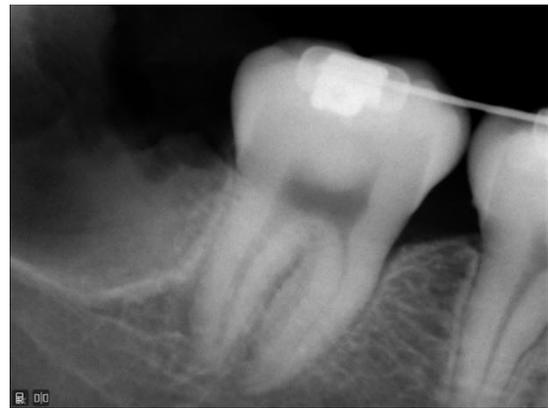


Fig. 6 extracción pza 4.8



Fig. 7 radiografía panorámica



Fig. 8 extracción pza 4.8



Fig. 9 sutura pza 4.8



Fig. 10 y 11 sutura pza 4.8



Fig. 12 pza 4.8 extraida

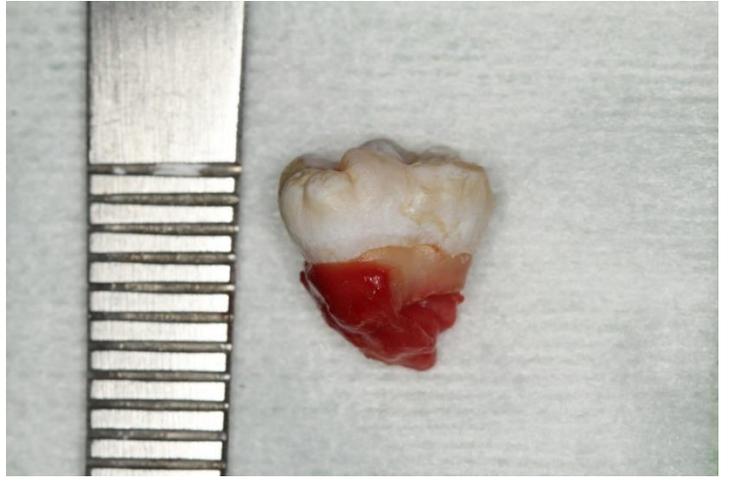


Fig. 13 pza 4.8 extraida



Fig. 14 pza 4.8 extraida

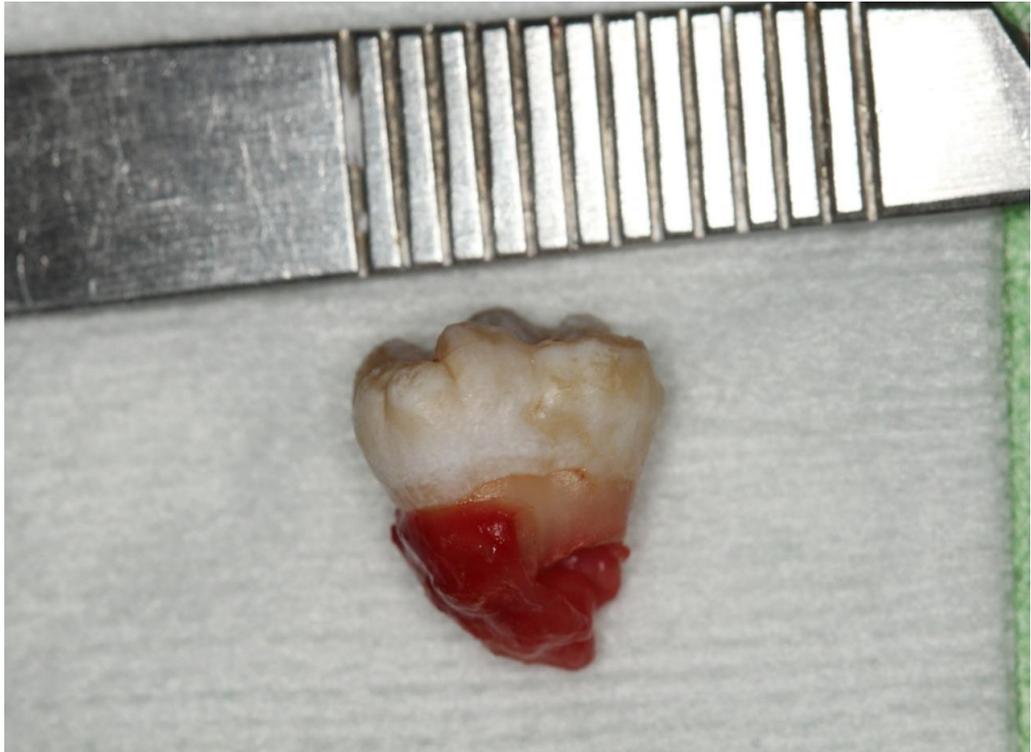


Fig. 15 pza 4.8 extraida

V.- CONCLUSIONES

- La exodoncia de los cordales mandibulares es un elemento de mucha importancia en la cirugía maxilobucal, por lo que se debe tener el conocimiento necesario tanto a nivel anatómo-patológico, clínico, quirúrgico e imagenológico.
- Los procesos en la exodoncia de los cordales mandibulares son distintas, puesto que cada estomatólogo tiene y adquiere el procedimiento quirúrgico que más le convenga de acuerdo a su expertiz y años de experiencia.
- El proceso de cirugía bucal para la realización de una buena y correcta exodoncia de los cordales retenidos, lo efectuamos sencillamente con la asistencia de buena técnica de anestesia troncular o regional y el equipo de cirugía.
- Es imperiosa la necesidad del conocimiento de la zona anatomía a la cual vamos a proceder, si no tenemos la sapiencia necesaria , esta puede tener complicaciones.

VI.- APORTES

- Confeccionar y desarrollar una buena historia clínica integral, pues esta es indispensable y fundamental para realizar un buen diagnóstico y por ende un buen tratamiento.
- Solicitar los exámenes auxiliares correspondientes para evadir la instalación de incidentes durante la exodoncia de los cordales.
- Es fundamental recordar y recomendar a los pacientes sobre los cuidados después de la exodoncia, ya que esto es relevante durante la evolución de dicha recuperación.
- Concurrir al consultorio dental por lo menos 1 vez al año, para una evaluación de rutina, para monitorear la evolución de los cordales mandibulares, para ello se utiliza las imágenes radiográficas panorámicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Poma H. complicaciones en la extracción de terceras molares impactadas. Rev Per Invest Educ Ciencias Salud [Internet]. 3 de julio de 2019 [citado 11 de marzo de 2021];1(1):28-3. Disponible en:
<http://unijuanpablo.edu.pe/revista/index.php/Repiec/article/view/9>
- 2.- Cachis G. Relación entre el grado de dificultad quirúrgica en la extracción de terceros molares inferiores, usando una escala radiológica de valoración prequirúrgica, y el dolor postoperatorio en pacientes adultos. Tesis (Cirujano Dentista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, EP. de Odontología, 2018. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/9787>
- 3.- Marroquín F. Diagnóstico de la angulación de terceros molares inferiores para determinar si su tratamiento es extracción simple o quirúrgica. (2015) Licenciatura thesis, Universidad de San Carlos de Guatemala. Disponible en:
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/2380>
- 4.- Izurieta G. Tesis Exodoncia de tercer molar en posición mesioangular CLASE I- A según Pell y Gregory [Internet]. 2020-06 [citado el 11 de Marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48571>
- 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/ekEuuFVyElyAHAAQIF.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>.