

Universidad Peruana Los Andes

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Bachiller: HILARIO ADAUTO Dayana Estefany.

Asesora: Mg. CANCHAN CASAS Mercedes.

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de Salud

Lugar de investigación: Consultorio “Dental Villadent”.

Resolución de Expedito N° 2073 -D FCC.SS.-UPLA-2022

Huancayo-Perú

2022

DEDICATORIA

A mi papá Leonardo y a mi mamá Miriam, ya que ellos me dieron la oportunidad de estudiar esta carrera tan complicada, a mi abuelo y a mi tío que sé que jamás dejaron de confiar y creer en mí y por último, pero no menos importante a Eduardo mi pareja ya que sin él no hubiera tenido el impulso y el ánimo para terminar con este proceso para obtener mi título.

AGRADECIMIENTO

A la paciente que tuvo la decisión de realizarse la cirugía y por toda su disposición para el procedimiento, también a todos los que me asistieron en el momento de la cirugía ya que sin ellos no tendría todas las evidencias respectivas para este reporte de caso clínico,

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0066-FCS-2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO REPORTE DE CASO CLINICO

Con la siguiente información:

Con autor(es) : Bach. HILARIO ADAUTO DAYANA ESTEFANY

Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela profesional : ODONTOLOGÍA

Asesor(a) : MG. CANCHAN CASAS MERCEDES ROSARIO

Fue analizado con fecha **20/10/2023** con el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **10%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: *Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.*

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 20 de octubre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

ÍNDICE

CAPÍTULO I	
PRESENTACIÓN	
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II	
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.2. MARCO TEÓRICO	12
2.2.1. Antecedentes.....	13
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	15
CAPÍTULO III	
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	
3.1 HISTORIA CLÍNICO	28
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	28
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	33
CAPÍTULO IV	
4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	35
CAPÍTULO V	
RECOMENDACIONES.....	42
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	45

CONTENIDO

FIGURAS

Figura N°1- asepsia antes de una cirugía bucal, Con yodopovidona alrededor de los labios.....	17
Figura N°2- Rx panorámica y visión del nervio alveolar inferior.....	18
Figura N°3.-Aplicación de anestesia troncular.....	19
Figura N°4-colgajo marginal “en sobre”.....	20
Figura N°5-colgajo triangular.....	20
Figura N°6.colgajo trapezoidal.....	21
Figura N°7-desprendimiento del colgajo.....	21
Figura N°8-Clasificación de Pell y Gregori.....	22
Figura N°9- Clasificación de Winter.....	23
Figura N°10-Bandeja de Instrumentos.....	24
Figura N°11-Ostectomía.....	25
Figura N°12-odontectomía de una tercera molar incluida.....	25
Figura N°13 odontectomía de una tercera molar vertical.....	25
Figura N°14- odontectomía de tercera molar incluida distalmente.	26
Figura N°15 odontectomía de tercera molar mesializada.....	26
Figura N°16- extrabucal frontal.....	28
Figura N°17-extrabucal lateral.....	28
Figura N°18-intraoral frontal.....	30
Figura N°19-intraoral lateral izquierdo.....	30
Figura N°20.intraoral derecha.....	30
Figura N°21-oclusal superior.....	30
Figura N°22-oclusal inferior.....	30
Figura N°23- Radiografía panorámica.....	32
Figura N°24. Hemograma.....	33
Figura N°25-modelo superior.....	33
Figura N°26-modelo inferior.....	33
Figura N°27- mesa de instrumentales quirúrgicos.....	34
Figura N°28-procedimiento de anestesia.....	34
Figura N°29- desprendimiento del colgajo.....	35

Figura N°30 y 31- Odontectomia.....	36
Figura 32,33,34- Procedimiento de avulsión.....	36
Figura N°35- Lavado con suero fisiológico.....	37
Figura N°36. Sutura final.....	37
Figura N°37. Post operatorio después de 15 días.....	38
Figura N°38. Foto intraoral después de 15 días.....	39

RESUMEN

La extracción de las terceras molares inferiores puede ser simple como extremadamente difícil, el factor principal determinante de la dificultad de extracción es la accesibilidad que está determinada por los dientes adyacentes u otras estructuras que dificulten el acceso a la vía de salida, siendo necesario la realización de estudios complementarios, como la obtención de una radiografía panorámica que muestra la imagen más precisa de la totalidad de la anatomía de la región y es de elección frecuente para planificar la extracción de terceros molares en algunas circunstancias una radiografía periapical bien posicionada que puede ser de similar utilidad, facilitando la forma de angulación del eje mayor del tercer molar con relación al eje mayor del segundo molar. (1)

A través del caso clínico presentado que tiene como objetivo analizar el grado de complejidad de las terceras molares inferiores al extraer, paciente de sexo masculino de 19 años de edad viene a la consulta por una molestia en el sector posterior al masticar sus alimentos hace unos meses se automedicado, pero a la actualidad sigue la molestia, no presenta ningún antecedente patológico, su última extracción fue hace 1 años.

Palabras claves: exodoncia, molares, odontectomia, cordales, anatomía, patológico.

ABSTRAC

The extraction of the lower third molars can be simple or extremely difficult, the main determining factor of the difficulty of extraction is the accessibility which is determined by the adjacent teeth or other structures that make access to the exit route difficult, making it necessary to carry out of complementary studies, such as obtaining a panoramic radiograph that shows the most precise image of the entire anatomy of the region and is a frequent choice to plan the extraction of third molars. In some circumstances, a well-positioned periapical radiograph that can be of similar utility, facilitating the form of angulation of the major axis of the third molar in relation to the major axis of the second molar. (1)

Through the clinical case presented that aims to analyze the degree of complexity of the lower third molars when extracting, a 19-year-old male patient comes to the consultation due to discomfort in the posterior sector when chewing his food a few months ago. He self-medicated, but the discomfort continues to this day, he has no pathological history, his last extraction was 1 year ago.

Keywords: extraction, molars, odontectomy, wisdom teeth, anatomy, pathological.

II INTRODUCCIÓN:

Según, Patricio Cesar Gatti, et al. y colaboradores., en el año 2020, en Buenos Aires, desarrollaron un trabajo sobre la en el cual dieron conocer la prevalencia y una descripción de las cordales. El porcentaje de dientes retenidos en las personas es de un 70% aproximadamente, su mal crecimiento y mala posición al erupcionar a nivel mandibular generan dolores y molestias continuas que no serán cesadas si no se realiza la exodoncia con la técnica adecuada y debidamente planificada. La mala erupción e impactación de los cordales inferiores, es por ello que el gran acercamiento a nivel del nervio alveolar inferior, generan complicaciones al momento de la exodoncia ya que se pueden ocasionar lesiones en dicho nervio lo cual nos puede conllevar a su parestesia parcial o total; también otras consecuencias post quirúrgicas que puede ocasionar la exodoncia del cordal inferior lo que conlleva a una condición de inflamación y apertura limitada que experimentará el paciente.

(1)

Para poder evitar varios traumas o lesiones que pueda ocasionar la extracción de las cordales inferiores retenidas, una de las técnicas que generan menos traumas o lesiones al nivel del nervio alveolar inferior y otras lesiones post quirúrgicas, es el procedimiento de la odontectomía o también conocida como coronectomía, esta técnica implica cortar la corona y permite una extracción más sencilla de la raíz, con menos traumatismo para el nervio alveolar inferior.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Este reporte de caso clínico tiene un enfoque quirúrgico para los cordales inferiores retenidas debido a la alta incidencia de casos en diferentes pacientes, donde la mala erupción de estas piezas dentales provoca molestias y dolores a nivel mandibular, haciendo que el paciente requiera la debida exodoncia de dichos dientes.

En muchos casos, se recomienda al paciente que se le extraiga el tercer molar afectado y se le explica que, dependiendo de la posición del cordal inferior, la complejidad del tratamiento quirúrgico variará. Muchos de los investigadores detallan que el cordal mandibular es la pieza dental más afectada.

Para esta problemática recurrente en los pacientes, llevamos a cabo una cirugía de tercer molar inferior retenida, con una técnica que nos ayudará en evitar posibles traumas al nervio alveolar inferior y otras secuelas post quirúrgicas. Esta técnica que desarrollaremos en el presente caso clínico es la odontectomía o también conocida como la coronectomía, técnica que puede ser utilizada por cualquier cirujano dentista con el debido protocolo.

2.2. MARCO TEÓRICO:

2.2.1 ANTECEDENTES:

Gatti P, et al. en el año 2020, en Buenos Aires, desarrollaron un trabajo sobre la en el cual dieron conocer la prevalencia y una descripción de las cordales. Esta investigación describe la cantidad de las diferentes formas de retenciones ósea de cordales en personas que acuden a servicios de urgencias y consultorios ambulatorios dentro de la ciudad metropolitana de Buenos Aires - Argentina.

Fue una evaluación de observación en retrospectiva en el que se evaluaron Rx panorámicas de personas que superaban los 18 años de edad los cuales concurren a urgencias estomatológica de la ciudad de Buenos Aires - Argentina. Resultado: se evaluaron 949 Rx panorámicas. De los cuales 347, presentaba la cordal afectado. De los cordales registrados en 1878, se preservaron 768 (41%). Gregory y Pell indican en su clasificación que, la posición más común de los cordales mandibulares retenidos es II A (28%) y de los cordales del maxilar superior es C (54%). El ángulo más identificado fue el vertical (62%). Se pudo identificar que el 9% de casos evaluados, la radiolucidez de la cordal fue mayor de 3 mm. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de retención por género. Conclusión: la tasa de retención en la mandíbula inferior es mayor que en el maxilar superior. La zona más común es la vertical. No se encontraron diferencias significativas en términos de distribución por género. (1)

Restrepo L, et. al. (2) en el año 2019, en Colombia, ejecutaron un trabajo sobre las manifestaciones de dificultades en los tratamientos de exodoncia de la cordal de la maxila inferior. En esta investigación de retrospección; Introducir: los terceros molares son aquellos que finalizan en salir y terminan de formarse durante los 16 y 25 años. En ocasiones su recorrido de crecimiento puede provocar un cambio de posición, provocando diferencias y patologías en los pacientes. Objetivo: mencionar las complejidades más comunes que se presentaron y su concordancia con la posición radiológica del cordal mandibular en personas operados en una clínica universitaria urbana de Medellín, en el mes de junio de 2016 a junio de 2017. Materiales y métodos: se hizo una evaluación de

análisis observacional descriptivo retrospectivo, en el que se evaluaron 206 historias clínicas de pacientes atendidos en el departamento de cirugía bucal para extracción de cordales mandibulares. Resultado: se pudo observar que, no hubo casos de sangrado durante la cirugía. Se creía que las complicaciones intraoperatorias estaban relacionadas con la fractura del manguito rotador y los desgarros de los tejidos blandos durante la cirugía. Para las complicaciones postoperatorias se registraron hemorragia y edema, así como daño de los tejidos blandos en el área tratada. Otros pacientes no reportaron complicaciones quirúrgicas ni postoperatorias. Concluir:

Las dificultades quirúrgicas y postoperatorias son de baja incidencia en el mundo académico. No se halló ninguna interacción directa entre ninguna variable específica y ningún tipo de complicación. (2)

Vargas W. et al. (3) en el año 2020, realizaron el estudio de indicadores de predicción a fin de evaluar las complicaciones en la exodoncia de la cordal retenida del maxilar inferior, la aparición del cordal se produce en una zona muy pequeña. Se usan muchos niveles de dificultad para determinar la complejidad de la extracción de molares impactados; son esenciales para la planificación y previsión quirúrgica. Esta en la lista de indicadores que incluye la calidad de la mucosa y del hueso, y también la forma y la cantidad de raíces. La finalidad fue tasar la dificultad de extracción de cordales mandibulares que estén retenidos, utilizando la escala propuesta por Romero-Ruíz, sabiendo que existe una serie de dificultades intraoperatorias y la cantidad de tiempo operatorio. Esto se hizo en un estudio observacional, con el análisis de 100 exodoncias de cordales del maxilar inferior retenidos de personas de 16 a 49 años. Formas evaluadas: relaciones espaciales, profundo, relaciones con ramas/cavidades, preservación de hueso y gingiva, raíz. Los datos se resumieron en tablas de frecuencia absoluta y se analizaron mediante la prueba Chi² de Pearson. Esto significa que 71 terceros molares están clasificados como “difíciles” en la escala. Hubo diferencias significativas en tiempo de cirugía, edad, presencia de complicaciones en el sitio del tercer molar, presencia de complicaciones en el tamaño del folículo, dificultad según sexo y edad. En conclusión, esta escala se puede utilizar para planificar el tratamiento de terceros molares mandibulares impactados para reducir el tiempo quirúrgico y prevenir complicaciones. (3)

Salazar D. et al. (4) en el año 2015, realizaron una investigación de “Exodoncia de tercer molar inferior retenido”. Este es el caso del tercer molar inferior, que muchas veces no completa el proceso normal de erupción del diente, dando lugar a muy diversas complicaciones clínicas, que pueden provocar caries y reabsorción radicular del segundo

diente. dientes mandibulares, formación de quistes pericoronales, periodontitis, fluctuaciones de oclusión y trastornos y cambios de la ATM. Las muelas del juicio comienzan a formarse alrededor de los 8 años, el proceso de amelogénesis finaliza entre los 18 y 20 años y el cierre del agujero apical finaliza entre los 20 y 23 años. La cirugía de extracción de muelas del juicio es uno de los métodos que se realizan con más frecuencia en Cirugía bucal, ya que estos dientes pueden provocar cambios por falta de espacio, por ciertos obstáculos provocados por determinadas patologías, también pueden ser defectos dentales o quistes, tumores o infecciones. o condiciones postraumáticas. Las muelas del juicio impactadas permanecen internamente en la zona de las encías o en el hueso alveolar debido a distintos factores. Uno de ellos puede darse por el área que puede estar muy abarrotada y ya no se encuentra más espacios para que crezcan los dientes. Por ejemplo, la mandíbula inferior puede ser demasiado pequeña para acomodar los molares. Los dientes también pueden inclinarse, torcerse o desplazarse a medida que intentan crecer; Esto puede causar molestias y dañar su salud bucal. Por lo tanto, deben ser eliminados. El tratamiento que se realiza en el diente afectado o impactado es la extracción, ya que cuanto mayor sea el paciente, más complicada será la extracción ya que esto puede aumentar la tasa de daño tisular y provocar lesiones en los dientes o huesos vecinos, lo que puede dañar estructuras importantes, por lo que es necesario conocer la estructura de las respectivas mandíbulas para extraer los terceros molares. La importancia de este reporte de caso es crear conciencia sobre las diversas condiciones de los terceros molares impactados. También es importante conocer bien estos dientes, obtener un diagnóstico certero para realizar el tratamiento adecuado y conocer los procedimientos a seguir durante la cirugía. para extraer el tercer molar afectado. (4)

Díaz C. et. al., (5) en el año 2022, en Porto Viejo realizaron un artículo científico sobre de “Caracterización de terceros molares inferiores incluidos. Portoviejo 2017 -2019”, donde los dientes impactados se definen como dientes que permanecen todo o parcialmente dentro del hueso, habiendo sido sobre pasada la edad fisiológica de erupción dentaria en la cavidad bucal. Según una investigación de Kaczor-Urbnowicz et al., los cordales mandibulares son los dientes afectados con mayor frecuencia, con tasas de incidencia que oscilan entre el 16,7% y el 68,6%. (2016). Hay diferentes causas para su alteración, como el desarrollo evolutivo, variedad de razas por el desarrollo facial, también el tamaño de piezas dentales o también ala ausencia de espacio en la arcada. Los cordales inferiores retenidos están asociados con complicaciones o accidentes importantes, que pueden causar daños en las zonas adyacentes, como caries y enfermedades periodontales, o afectar gravemente la salud de los cordales. Sin embargo, esta cirugía no puede evitar riesgos y

complicaciones y es una de las cirugías bucales que mayor impacto tiene en la calidad de vida de las personas en el postoperatorio. Los estudios epidemiológicos del impacto de los cordales en América Latina no han sido suficientes para caracterizar el problema de la zona según varias características étnicas y sociodemográficas. En otro aspecto, en el mundo aún existe mucha controversia sobre las indicaciones y momento ideal para la exodoncia quirúrgica de los cordales. Este análisis se realizó con el objetivo de caracterizar cordales mandibulares impactadas de personas asistidas en la clínica de cirugía maxilofacial de Portoviejo durante el periodo 2017 - 2019. (5)

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS:

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y ANATÓMICAS DE LOS CORDALES:

Las muelas del juicio son las únicas muelas que dejan de crecer terminando la etapa pubertad y su desarrollo puede darse hasta más de 10 años. La edad característica para que crezcan las muelas del juicio inferiores es de 16 a 25 años, la posición de estos dientes puede cambiar durante el período de dentición. Las muelas del juicio son piezas que casi siempre se encuentran dentro de la mandíbula, debido a que son las últimas en verse en la cavidad bucal y en muchos casos el tamaño de la mandíbula es pequeño de largo y ancho. Es por ello que la mala posición que aparece en el momento de la dentición permanente puede conllevar muchas complicaciones, como quistes dentales, problemas de ATM, pericoronitis, lesiones tumorales, etc. La morfología oclusal del diente es muy diversa, pudiendo tener cinco o más cúspides, siendo la corona más ancha que el segundo molar inferior. A diferencia de la morfología de las raíces de los dientes, observamos que se pueden encontrar una o más raíces, en general las muelas del juicio superiores tienen tres raíces mientras que los terceros molares inferiores tienen dos raíces. Como se mencionó anteriormente, la diferencia entre el espacio alveolar disponible a nivel mandibular y el tamaño total de los dientes, resulta en un espacio insuficiente, dificultando que los terceros molares completen el proceso de erupción dentaria y con ello el desarrollo a nivel interóseo. (7)

CAUSAS DE LA RETENCIÓN DE TERCEROS MOLARES:

El tercer molar erupciona a los 17 años y completa la formación de la punta a los 25 años. A menudo observamos una forma muy distorsionada, tanto a nivel de la corona como a

nivel de la raíz; Lo más destacable es que su localización es inconsistente, en alrededor del 60% de los casos no provoca obstrucción y en más de la mitad de los casos no se extiende más allá de la encía, por lo que hablamos de molares retenidos. Los cordales a menudo están atascados o retenidos en el hueso, o algunas veces no erupcionan, y pueden ubicarse en el hueso en posiciones inusuales, a veces horizontalmente, impidiendo que erupcionen normalmente. En la mayoría de los casos, es necesario extraer los terceros molares retenidos.

Los dientes retenidos son aquellos que cuando llega el momento de la erupción normal fallan y permanecen dentro de la mandíbula, manteniendo la integridad de la bolsa alrededor de la corona. La retención de dientes se ve de 2 distintas maneras: dentro del hueso alveolar esto es cuando la pieza dental se encuentra circundado por tejido óseo, tejido perirradicular y fluido gingival, ubicado en diversos lugares de la boca y debido a su ubicación se le dan varios nombres de descripción, entre ellos: Dientes retenidos, dientes impactados, dientes impactados y dientes impactados. (7)

La retención de dientes puede deberse a causas locales: falta de espacio, densidad ósea, mucosa muy gruesa, poca capacidad para retener los dientes de leche, pérdida prematura de los dientes de leche e infección del hueso alveolar o de la mucosa oral que provocan la retención de los dientes. Las muelas del juicio inferiores son las muelas que se retienen con mayor frecuencia. Las tasas de retención varían en la literatura del 9,5 al 39%. (7)

MALPOSICIÓN DEL GERMEN DENTARIO:

En algunos casos, incluso si el eje entra en erupción correctamente, los dientes con yemas desalineadas deben recorrer una distancia mayor para alcanzar su posición normal en la mandíbula, lo que potencialmente impide que la fuerza eruptiva anterior llegue. En otros casos. La posición y dirección del brote inmediato son inconsistentes con la correcta erupción dentaria. (7)

AUSENCIA DE CAMPO EN LA ARCADA PARA UNA ADECUADA ERUPCIÓN:

La pérdida de dientes suele estar relacionada con la diferencia entre el tamaño de la mandíbula (y por tanto del hueso alveolar) y el tamaño de la arcada dentaria. De hecho, en el curso de la evolución humana, se puede observar un deterioro gradual del aparato molar, caracterizado tanto por una baja en la cantidad de piezas dentales, por ejemplo, por una contracción del maxilar inferior. El segundo proceso parece estar más avanzado, por lo que suele provocar apiñamiento y enterramiento de los dientes. Además, los dientes grandes

resaltan la diferencia entre los dientes y el hueso alveolar, esto daría como consecuencia la exodoncia del diente. (7)

PRESENCIA DE UN OBSTÁCULO EN EL TRAYECTO ERUPTIVO:

El obstáculo puede estar representado por un elemento accesorio o por una capa de hueso formada tras la extracción prematura de los dientes de leche. Además, las cicatrices resultantes en pacientes con labio y paladar hendido sometidos a cirugía a menudo provocan la pérdida de dientes. Finalmente, muchos tumores odontógenos pueden ser responsables de la inclusión de segmentos de dientes adyacentes y afectados. (7)

CLASIFICACIÓN DE LOS CORDALES INFERIORES CONSERVADOS: CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY:

La actual división se encuentra en conexión entre las muelas del juicio, los segundos molares y la rama ascendente de la mandíbula, y también en la zona interna de los cordales en el hueso.

- Existencia de la comunicación de los cordales con el ángulo ascendente del maxilar inferior y la pieza dental adyacente.

Clase I. Hay suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para acomodar todo el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

Clase II. La distancia entre la rama ascendente de la mandíbula y la porción distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

Clase III. La mayoría o todos los terceros molares se encuentran en la rama ascendente de la mandíbula inferior.

- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A. El punto más alto del diente se encuentra en o por encima de la superficie de masticación del segundo molar.

Posición B. El punto más alto del diente está debajo de la línea de mordida, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C. El eje más alto del diente esta debajo de la línea cervical del segundo molar.

(7)

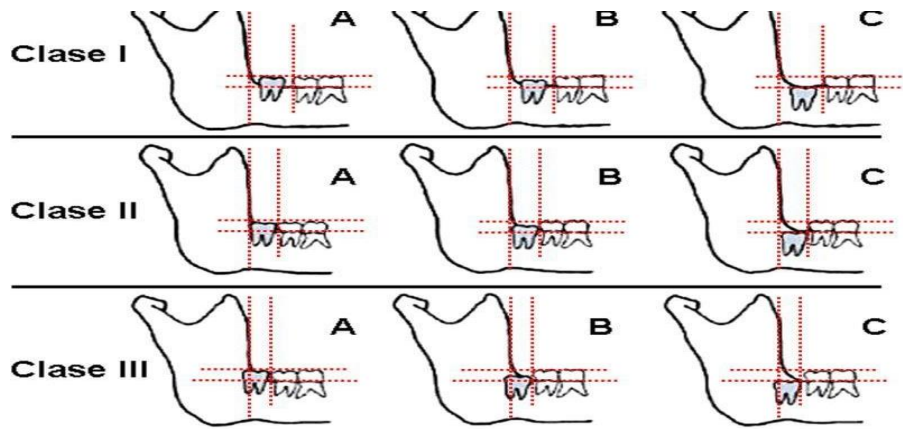


Figura N° 8- Clasificación de Pell y Gregori. (7)

CLASIFICACIÓN DE WINTER:

Este autor planteó otra división para evaluar el estado del cordal con la pieza dental vecina, lo que nos dará una angulación que tenemos que evaluar.

- Mesioangular: Se da con la segunda y tercera molar formando una angulación cercana a los 45°.
- Horizontal: en este caso la segunda y tercera molar están perpendiculares.
- Vertical: se da cuando las segundas y terceras molares están paralelas.
- Distoangular: se da con una angulación cerca de los 45° de las segundas y terceras molares.
- Invertido: en este caso la corona de la tercera molar esta en el lugar de la raíz teniendo un giro de 180°.

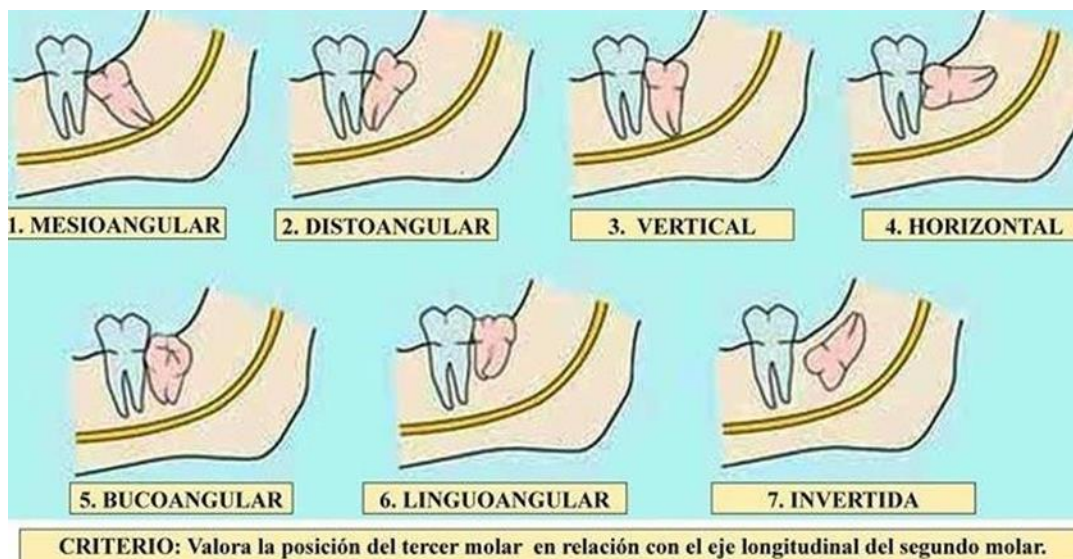


Figura N° 9 - Clasificación de Winter. (8)

PATOLOGÍA ASOCIADA A LA RETENCIÓN:

El tercer molar cuando erupciona o queda impactado puede provocar diversos problemas neurológicos infecciosos, mecánicos o autonómicos o ser asintomático. Autores como Ahlqwist y Shepherd sugieren que muchos terceros molares pueden erupcionar sin causar problemas y que la posibilidad de que se produzcan cambios patológicos durante el desarrollo esperado de los terceros molares es exagerada. Respecto a los factores patogénicos hay que tener en cuenta que, aunque pueden actuar de forma individual, en la práctica clínica diaria es normal una correlación entre ellos. Estos factores patogénicos son responsables de fenómenos clínicos que son esencialmente infecciosos, mecánicos y autónomos. (8)

I. PATOLOGÍA INFECCIOSA

PATOLOGÍA INFECCIOSA DE LA MUCOSA: se clasifica en tres formas anatomo-clínicas:

- Circunscrita
- Difusa
- Gingivostomatitis.

PERICORONARITIS: Se llama así a la inflamación de los tejidos blandos que recubren la corona del diente en desarrollo. Este es uno de los procesos más comentados por los pacientes, representando el 82% de los procesos mucosos. La incidencia de pericarditis se ha descrito entre el 8 y el 40%, estimándose que se debe a la obstrucción del drenaje del saco pericárdico o a la formación de un verdadero quiste eruptivo y posterior infiltración de bacterias, sus causas. La pericarditis puede presentarse en tres formas anatómicas clínicas: congestión aguda, pus agudo y crónico.

- **Pericoronaritis aguda congestiva:** Es provocada por una dolencia detrás de los molares que aumenta al masticar y que a menudo se irradia hacia la garganta. En el examen, la mucosa está edematosa y brillante en la parte distal del segundo molar, dolorosa al tacto y a veces sangrante. El tratamiento incluye eliminar cualquier causa de obstrucción del saco pericárdico mediante irrigación cuidadosa con clorhexidina o peróxido de hidrógeno. En prevención, una medida eficaz pasa por mantener una buena higiene bucal.
- **Pericoronaritis aguda supurada:** En esta etapa, el dolor aumenta y se va hacia a otras partes, lo que nos dificulta realizar un diagnóstico exacto. La zona detrás de los

molares está más tensa y aparece pus entre los molares y la mucosa. Varios de los ejemplos, este desarrollo va acompañado de linfadenopatía dolorosa. Por esto se debe dar un diagnóstico diferencial en los casos de faringitis unilateral. En esta etapa, además de las medidas conservadoras, se debe iniciar tratamiento antibiótico con metronidazol. (8)

- Pericoronaritis crónica: En esta etapa, los síntomas disminuyen paulatinamente y aparecen ataques agudos, que se manifiestan por dolor detrás de los molares, mal aliento, dolor de garganta recurrente... El tratamiento más eficaz es la extracción del tercer molar. (8)
- Gingivostomatitis: Está relacionado con alteraciones neurotróficas debido a la salida del cordal, de ahí el nombre de estomatitis neurotrófica, también llamada estomatitis odontogénica por otros autores. Suelen presentarse como gingivitis eritematosa, donde se observa a las papilas interdentes presentes de forma tensas que sangran al tocarlas. Existe una forma de estomatitis ulcerosa con úlceras y separación papilar. Esta condición se observa en todas las mucosas del cuadrante correspondiente a los molares retenidos. (8)
- Adenitis: El área del tercer molar tiene muchas redes linfáticas que drenan al grupo glial submandibular. En la alteración del cordal; la afectación del ganglio permanece intacta; cuando en la variedad de los casos, se trata de linfadenitis reactiva o simple, que puede progresar a cicatrices o abscesos o volverse crónica. Cabe señalar que las lesiones mucosas son de naturaleza altamente linfocítica. (8)
- Celulitis: Se trata de una infección bacteriana en el tejido que abunda en la zona de dentición del cordal.
- Osteítis: La progresión de esta alteración es única y en la mayoría de las veces siempre se asocia con una inflamación grave de la mucosa que cubre los huesos. Clínicamente, la osteítis cortical aguda se caracteriza por síntomas de presentación prominentes, con dolor intenso, mandíbula tensa, dientes flojos y dolor a la percusión, todo ello acompañado de debilidad generalizada; A medida que la enfermedad tiende a cronificarse, los síntomas desaparecerán. (8)
- Sinusitis: El tercer molar del maxilar puede provocar una reacción inflamatoria o infecciosa en el seno maxilar, en todas las formas anatómicas agudas y necróticas. El tratamiento será con amoxicilina/ácido clavulánico durante 10 días y luego se extraerá el tercer molar. (8)

II. PATOLOGÍA MECÁNICA:

La reducción del área eruptiva juega el papel crucial en la patogénesis. Cualquier inconveniente la erupción normal puede constituir un desencadenante de la acción de otros factores, esencialmente infecciosos, que serán el origen del fenómeno clínico según la localización del terreno. (9)

III. PATOLOGÍA NEUROLÓGICA-TRÓFICA:

Esta rica inervación y abundantes propiedades de lavado de la región oral y maxilofacial también están presentes dentro de la zona eruptiva del cordal con ramas de la red del trigémino, vasos sanguíneos y nervios autónomos, que intervienen tras los cambios fisiológicos del ambiente bucal en el La relación con el tercer molar explica los fenómenos neurológicos, vasomotores y reflejos.

Los terceros molares retenidos pueden provocar dolor facial, dolor de lengua, dolor de molares inferiores, etc. y extenderse a otras ramas del hueso trigémino. Hipersalivación, Asiasis, cambios en el volumen de la glándula parótida, etc. Ha sido descrito. Pueden aparecer áreas de eritema con aumento de la temperatura de la piel; También se pueden observar manchas escamosas en el cuero cabelludo, preferentemente localizadas en la región occipito-mastoidea. Los terceros molares están asociados con tinnitus, pérdida de visión o audición, etc. (9)

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CIRUGÍA BUCAL:

Varios cirujanos orales primero deben comprender los inicios quirúrgicos y demostrar un confiable juicio quirúrgico. Por tal motivo debemos absorber plenamente las materias de ciencias básicas y salud clínica dadas en los primeros años del programa de bachillerato en odontología.

Un cirujano competente y bien formado, este posee una habilidad manual que se desarrolla a base de entendimientos básicos de fisiología, histología, anatomía; y patológicas comunes. El conocimiento de la Anatomía debe ser especialmente profundo por razones obvias, y al respecto sólo recordaremos una expresión de doctor, quien afirmaba que “Si la posición exacta de un nervio o de un músculo vital o de una arteria o vena importante, ésta puede provocar la muerte del paciente o, muy a menudo, la mutilación en lugar de salvarlo, por lo que el cirujano oral debe involucrarse, continuando estudiando y revisando la anatomía quirúrgica de las zonas en las que realiza sus cirugías. (9)

- **DESINFECCIÓN:**

La esterilización de instrumentales es una mezcla de actos que están reglamentados para prevenir el inquinamiento de la lesión en las intervenciones quirúrgicas. Absolutamente ninguna bacteria. La desinfección es una lista de formas que van a ayudar a contrarrestar y evitar infecciones, mediante la destrucción de microorganismos que se encuentran en la espacio superficial o interno de objetos u organismos. Gracias a las medidas asépticas y antisépticas evitaremos la transmisión de agentes patológicos de paciente a paciente, las infecciones de zonas quirúrgicas y la transmisión de enfermedades infecciosas de cirujanos o asistentes de tratamiento a paciente y viceversa.

La recuperación del alveolo tratado quirúrgicamente se verá dada debido a muchas cosas que se realicen durante la exodoncia donde indicaremos los más notables como:

- Estado general del paciente: tiene enfermedades graves de hígado y riñón.
- Cambiar la dieta del paciente.
- Enfermedades endocrinas. Las personas con diabetes no controlada responden deficientemente al trauma quirúrgico y pueden presentar infecciones secundarias en el postoperatorio.
- Pacientes con inmunodeficiencia. - Tratamiento con citostáticos, corticoides, etc.
- Presencia de objetos extraños.
- Ha tenido una infección en el área quirúrgica. (9)



Imagen N.º 1 asepsia antes de una cirugía bucal,
Con yodopovidona alrededor de los labios. (9)

ANATOMÍA QUIRÚRGICA ESTRUCTURAS PELIGROSAS:

Conducto alveolar inferior:

La extracción completa de terceros molares retenidos o retenidos puede causar complicaciones neurológicas, provocando un sangrado masivo debido al desgarro de la arteria alveolar inferior. (10)

NERVIO LINGUAL:

Este trayecto del nervio lingual nos ayuda a conocer el diseño correcto para crear un colgajo que nos permitirá acceder a los molares inferiores retenidos debido a que la incisión debe dirigirse hacia la zona vestibular, para evitar dañar este nervio; Además, para la osteotomía del cordal mandibular, se tiene en idea la trayectoria superficial del nervio lingual. (10)

ARTERIA FACIAL:

Para evitar la lesión de esta arteria hay que tener en cuenta que las incisiones verticales en las zonas del tercer molar inferior no deben extenderse demasiado hacia el vestíbulo y tampoco sobrepasar el fondo. (10)

MUSCULO BUCCINADOR:

Cuando el colgajo va más allá de la línea oblicua externa normalmente produce un mayor edema poma dolor y trismo post operatorio por lo tanto se debe evitar ir más allá de lo debido en la incisión de un colgajo. (10)

NERVIO BUCAL:

Para evitar el riesgo de lesión de este nervio, l colgajo de descarga distal debe realizarse En el triángulo retro molar. (10)

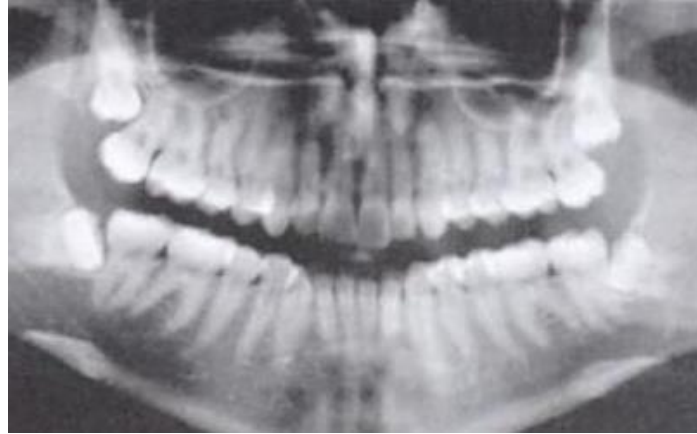


Figura N.º 2 - Rx panorámica y visión del nervio alveolar inferior. (10)

ANESTESIA LOCAL:

Usando anestesia para cortar el tronco del nervio alveolar y la parte inferior de la mejilla; La mayoría de los casos de anestesia del nervio lingual se deben a su proximidad inadvertida al nervio inferior. (10)

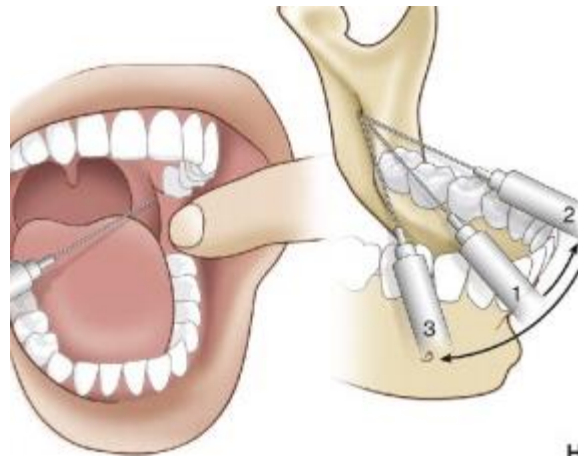


Figura N.º 3.-Aplicación de anestesia troncular. (10)

INCISIÓN Y DESPEGAMIENTO DE UN COLGAJO MUCOPERIOSTICO:

Se utilizan colgajos marginales con o sin incisiones de descarga, según la necesidad de accesibilidad. El colgajo sin descargas (en sobre) se utiliza cuando el acceso quirúrgico requerido es limitado y se prevé la eliminación de una mínima cantidad de tejido óseo, en caso de necesitar una mayor exposición del campo operatorio, el colgajo lineal puede ser transformado fácilmente en un colgajo triangular o trapezoidal. (10)

COLGAJO MARGINAL “EN SOBRE”:

Este tipo de colgajo incluye un corte intramuscular a nivel del segundo molar y una incisión distal y vestibular. Este colgajo nos ayuda en una separación limitada de los tejidos blandos y, por lo tanto, debemos evitar este ejemplo de cirugía en la que se planifica la resección ósea. (10)



Figura N°4-colgajo marginal “en sobre”. (10)

COLGAJO TRIANGULAR:

Este tipo de colgajo tiene una incisión distal, creando un flujo distal muy similar al tipo anterior, a la vez que crea un flujo adicional desde el borde distal del segundo molar hacia la línea mucogingival con una inclinación de unos 45° en su interior. parte. dirección. La incisión en el tercer surco lingual permite la separación de la superficie lingual, protegiendo el nervio lingual. (2)



Figura N°5-colgajo triangular. (10)

COLGAJO TRAPEZOIDAL:

Es un colgajo ubicado entre los dos colgajos anteriores, el flujo distal común de los dos colgajos anteriores se acompaña de una incisión en el surco del segundo molar y una segunda incisión mesio vestibular del segundo molar. o bucal al primer molar mandibular, hacia mesial. (10)



Figura N°6. colgajo trapecoidal. (10)

DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO:

El colgajo debe quedar completamente separado de su espesor, para el siguiente procedimiento de odontoide u odontectomía es muy importante proteger los tejidos blandos de la lengua y mejilla de los instrumentos rotatorios para no lesionar el nervio meridiano lingual o arteria facial. (10)



Figura N°7-desprendimiento del colgajo (10)

SOPORTE Y BANDEJA DE INSTRUMENTOS:

Los equipos deben estar dispuestos de la forma que cada profesional prefiera, por eso mantenemos un sistema que facilita el posicionamiento del material y muchos otros beneficios ergonómicos importantes. La disposición de los instrumentos en la mesa de mayo seguirá el orden de uso de cada instrumento durante la cirugía; Por lo tanto, durante la cirugía de la exodoncia del cordal, es obvio que el bisturí se colocará delante de la cuchara para raspar el alvéolo. El manejo de los instrumentos por el propio odontólogo o por el asistente y el instrumentista cambia su posición sobre la mesa porque siempre deben estar de frente a quien debe manipularlos. En todos los casos, una vez utilizada una herramienta, se debe volver a colocar sobre la mesa en el orden correcto, para evitar pérdidas de tiempo provocando caos. (11)



Figura N°10-Bandeja de Instrumentos. (11)

OSTECTOMIA DE ACCESO Y EXPOSICIÓN DEL DIENTE INCLUIDO:

Si el tercer molar está afectado sólo a nivel de la mucosa, es posible que no sea necesaria la resección ósea después de la elevación del colgajo; en el caso de pérdida ósea parcial, la resección ósea se realizará alrededor de la porción visible del diente hasta que quede expuesta toda la corona clínica. A continuación, se elabora un surco alrededor de la córnea del cordal, hasta dejar expuesta parte o la toda la corona clínica. (11)



Figura N°11-Ostectomía. (11)

ODONTECTOMIA DEL DIENTE INCLUIDO:

Los factores que nos llevan a dividir los dientes en partes son principalmente el ángulo del cordal respecto al diente contiguo y la anatomía de la raíz del diente. El cirujano bucal debe poder equilibrar la cantidad de hueso extraído con la cantidad de piezas dentaria. De hecho, la resección ósea de gran tamaño puede permitir la extracción del diente sin necesidad de dividir el diente en partes, pero provocará un debilitamiento innecesario de las estructuras óseas circundantes y un postoperatorio más desagradable. (11)



Figura N°12-odontectomia de una tercera moral incluida. (11)

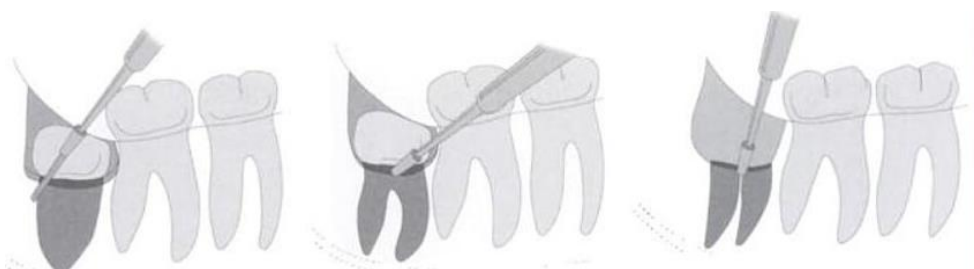


Figura N° 13 odontectomia de una tercera molar vertical. (11)



Figura N° 14- odontectomia de tercer molar incluida distalmente. (11)

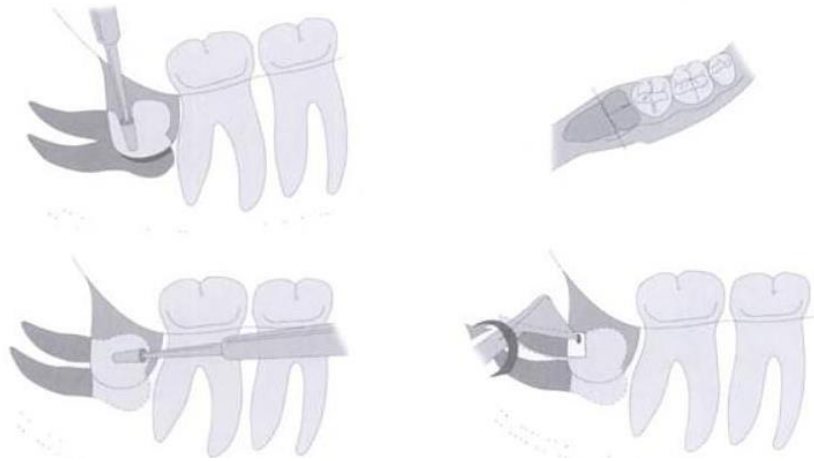


Figura N°15 odontectomia de tercera molar mesializada. (11)

2.3 OBJETIVOS

- Considerar todas las determinantes para una retención de un tercer molar.
- Detallar las complicaciones de la exodoncia en terceros molares si no se tiene en consideración los diferentes diagnósticos en cada tipo de retención.
- Desarrollar una buena técnica para la exodoncia de una tercera molar.
- Aplicar la técnica más conveniente y menos invasiva para una buena exodoncia de tercera molar.
- Reconocer todos los inconvenientes que se puedan suscitar durante la exodoncia.
- Reducir el tiempo de cirugía, planificando una buena técnica de exodoncia de terceros molares inferiores.

III DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

1- Anamnesis: Paciente del sexo femenino de aproximadamente 23 años de edad, de aparente buen estado de salud general, ABEG, ABEH, ABEN, LOTEP.

❖ **filiación:**

- Iniciales: E.A.J.
- Edad :24 años
- domicilio: Amazonas 1303- Chilca.
- grado de instrucción: Secundaria completa

❖ **Motivo de consulta:** “tengo muchísimo dolor de el diente de abajo”

❖ **Enfermedad actual:** paciente menciona que hace 4 meses presentó una incomodidad a nivel de la cordal inferior derecha, motivo por el cual asistió a una consulta odontológica donde se le indico que debía realizarse una exodoncia de la pieza dental en mención, cabe mencionar que la zona en mención no presenta sintomatología.

❖ **Antecedentes**

- ✓ A. Personales: Fecha de ultima regla 12 08 2021.
- ✓ A. Alimentación: A base de frutas, proteínas y carbohidratos.
- ✓ A. Familiares: padre sufre de gastritis, madre viva y sana.
- ✓ A. Patológicos: no refiere.
- ✓ A. de alergias: pescado.

2 - Examen clínico general

- Peso y talla: 52 kg 1.56 cm.
- Piel y anexos: piel humectada de coloración morena, faneras largas rojisas con llenado capilar de 2 segundos, cabello y cuero cabelludo con buena implantación, cabello corto y ondulado.

❖ Signos vitales.

- Presión arterial: 118 – 83 mm Hg.
- Respiración: 17 res- min.
- Temperatura bucal: 35.8 °C.
- Pulso 68 pul-min.

3- Examen clínico estomatológico

❖ Examen extrabucal.

- No presenta facie característica.
- Braquicéfalo
- Braquifacial
- A la técnica de palpación muscular no presenta molestia.
- Tejidos asintomáticos al realizar la palpación de la ATM.
- Región hioidea y ganglios aparentemente sanos.



Figura N°16- extrabucal frontal



Figura N°17-extrabucal lateral

❖ Examen intrabucal

Tejidos blandos

- Tejido lingual macroscópicamente fisiológico, carrillos presencia de línea alba.
- Gingiva macroscópicamente se encuentra eritematosa y lisa en las piezas dentales .3,3.7,4.1,4.2,4.3,4.5,4.6,4.7.
- Encía papilar aplanada a nivel de las piezas 3.1-3.2 4.1-4.2

Tejidos duros

- Maxilares de forma ovoide, presencia de apiñamiento.
- Dientes 28 dientes de forma cuadrangular, color blanco amarillento, tamaño normal no presenta diastemas.
- Zonas edéntula en la pieza 4.4.
- Alteración de posición, no registra
- Facetas de desgaste, no registra

❖ Análisis de la pieza dentaria sintomática

- Pieza dental 3.8.
- Análisis: presencia de tumefacción en el área posterior.
- Técnica de percusión: no presenta alteración.
- Análisis de exploración: sin alteraciones evidentes.
- Técnica de palpación asintomática.

❖ **Oclusión:**

- Over bite .20%
- Over jet 4 mm
- Clasificación de Angle RMD, clase II
- Clasificación de Angle RMI, clase I
- Clasificación de Angle RCD, clase II
- Clasificación de Angle RCI, clase I

4- Diagnóstico presuntivo:

- Gingivitis moderada generalizada.
- Pieza dental 3.8 intruida.

5- Exámenes auxiliares.

- Rx. panorámica y periapical.
- Hemograma.
- Modelos auxiliares de estudio.



Figura N°23- Radiografía panorámica.

MODELOS DE ESTUDIO:



Figura N°25-modelo superior.



Figura N°26-modelo

Diagnóstico definitivo:

- ✓ Gingivitis moderada generalizada.
- ✓ Pieza 3.8 clase III posición B.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Plan de tratamiento

- Fase de higiene oral: Técnica de cepillado Bass modificado, uso de hilo dental y colutorio, raspado y alisado.
- Fase correctiva.: Área de cirugía de la pza 3.8.
- Fase de mantenimiento: control cada 6 meses.
- Primer control: a los 7 días.
- Segundo control: a los 15 días.

Plan de tratamiento de cirugía odontomaxilar

- Nombre de la paciente: Estefany Amable Justo
- Presunción diagnóstica.: Pieza 3.8 incluida

PRE-MEDICACIÓN:

- Analgésico: Diclofenaco sódico 75mg/3ml intramuscular media hora antes del tratamiento
- Inflamación: Dexametazona 4mg/2ml intramuscular media hora antes del tratamiento

Medicación post quirúrgica

- a) Diclofenaco sodico 75mg-3ml intramuscular por 3 días cada 12 horas.
- b) Dexametasona 4mg-2ml intramuscular por 3 días cada 12 horas.

PRONOSTICO: Favorable.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Instrumental completo

Figura N°27- mesa de instrumentales quirúrgicos.

Autor: Hilario Adauto Dayana E.



Figura N°27- mesa de instrumentales quirúrgicos.

Autor: Hilario Adauto Dayana E.

Anestesia tópica

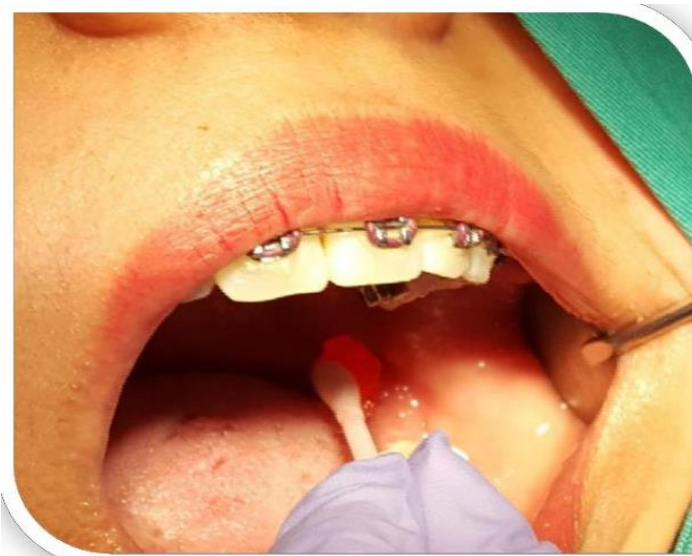


Figura N°28-procedimiento de anestesia.

Autor: Hilario Adauto Dayana E.

Desprendimiento del colgajo:

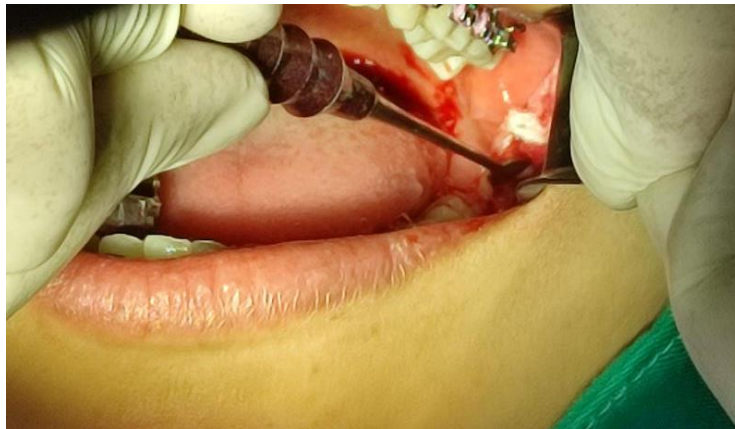


Figura N°29- desprendimiento del colgajo

Autor: Hilario Aauto Dayana E.

Odontectomia



Figura N°30 y 31- odontectomia.

Autor: Hilario Aauto Dayana E.

Avulsión



Figura 32,33,34- Porcedimiento de avulsión

Autor: Hilario Aauto Dayana E.

LAVADO CON SUERO FISIOLÓGICO



Figura N°35. lavado con suero fisiológico.

Autor: Hilario Aduato Dayana E.

SUTURA



Figura N°36. Sutura final.

Autor: Hilario Aduato Dayana E.

4.2 Plan de control y mantenimiento

CONTROL POST OPERATORIO:

1. Radiografía de control post operatorio



Figura N°37. Post operatorio después de 15 días.

2. FOTOGRAFÍA INTRAORAL:



Figura N°38. Foto intraoral después de 15 días.

V. CONCLUSIONES

1. La cirugía se puede realizar en un menor tiempo si determinamos la posición del cordal según la clasificación de Winter - Horizontal y según la Posición Clase II de Pell & Gregory, realizamos una incisión recta con flujo.
2. El desarrollo de la historia clínica nos ayuda en una enumeración completa de todos los datos de la persona a tratar, iniciando con los antecedentes familiares hasta las propias condiciones médicas de la persona, condiciones que determinan su estado de salud.
3. La ausencia de espacio del cordal inferior puede hacer que su erupción no sea normal y fisiológica. Es por ello que se debe tener mucho cuidado para evitar las caries y la enfermedad periodontal, que afecta principalmente a los dientes vecinos.
4. En este caso, la extracción del diente contribuyó a la rápida dislocación y extracción del mismo.
5. En todos los casos, el paciente siempre debe ser consciente de los riesgos que puede conllevar la intervención quirúrgica sobre un diente retenido, ya que provocará erosión ósea y requerirá un postoperatorio muy cuidadoso del riñón.

VI. APORTES

Después de una cirugía o extracción dental, como en este caso llamamos corono odontectomía, siempre nos preocupa el daño que podamos causarle al nervio mandibular, pero no es así, existe preocupación por la preservar del hueso y la recuperación ósea del alveolo. Se afirma que los lechos quirúrgicos actuales no son abrasivos si queremos realizar tratamientos de rehabilitación como puentes fijos cosméticos y otros trabajos de restauración. Con esto llegamos a la lógica de que debemos mantener la mayor cantidad del hueso alveolar ya que es de vital importancia para poder trabajar en el campo de los implantes, la odontología porque con este tipo de tratamiento evitaremos tener muy poco hueso para colocar el implante ya que lo mejor en la actualidad es no colocar puentes para evitar el desgaste de los dientes, lo ideal hoy es conservar la mayor cantidad de materia o tejido dental posible mediante colocar implantes dentales en el hueso y dar como resultado la preservación del diente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gatti P, Gualtieri A, Prada S, Montes de Oca H, Puia S. Prevalencia y análisis descriptivo de los terceros molares en un servicio odontológico del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Asoc Odontol Argent.* 2020;108(1):6-13.
2. Restrepo LF, Meneses F, Vivares AM. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. *Acta Odontol. Colomb.* 2019;9(1):37-48.
3. Vargas WA, González AM, Zurita PE. Factores predictivos para valorar la dificultad para extraer terceros molares inferiores retenidos. *Univ Odontol.* 2020;39(1):35-46
4. Salazar SD, Ojeda GB, Exodoncia de tercer molar inferior retenido. reporte de caso. *Rev. Salud & Vida Sipanense.*2021;8(1)79-87.
5. Diaz Perez, Alberto C; Martinez R, Valdes M, Domech H, Diaz MC. Caracterización de terceros molares inferiores incluidos Portoviejo 2017 -2019. San Gregorio. 2020; 39(1):42-58.
6. Ccahuantico JC. Espacio Disponible Y Posición del Tercer Molar Inferior para su erupción según la clasificación de Pell y Gregory en estudiantes de 18 a 22 años de la C.P. DE Odontología UNSAAC- Cusco 2014.
7. Navarro Vila C. Cirugía Oral. 1th Ed; Editorial Aran; 2004.
8. Gay Escoda, Cosme. Cirugía Bucal. 1th. Ed. Barcelona: Editorial Océano; 2004.
9. Vallacillo Capilla M. Reyes Botella. Cirugía Oral y Maxilofacial. España: Editorial Universidad de Granada; 2014.
10. Hermann F, Gion F. Atlas de Ciugía Oral. Barcelona: Masson; 1997.
11. Ríes Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal con patología Clínica y Terapéutica. 10th ed. Buenos Aires: Ateneo; 2011.
12. Armand M, Legrá E, Ramos M, Mato F. Terceros molares retenidos. *Rev Inf Cient.* 2015;92(4):45-57.
13. Rojas M. Relación entre el Grado de Dificultad según el Índice de Gbotolorum y el Tiempo de Cirugía Efectiva en Los Pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Naval [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología; 2015.

14. Ormeño EM. Extracción de tercer molar mandibular clase I posición A con raíz dilacerada mediante la técnica de odontosección. *Acta Odontologica*. Ecuador. 2015; 23(1):45-58.
15. Tirado J. Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.
16. Palacios M. Prevalencia de la posición de terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012 [Tesis de posgrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.

ANEXOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

ANALISIS	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
HEMATOCRITO	44.5	%	Varones: 42.0 - 54.0 Mujeres 37.0 - 48.0
HEMOGLOBINA	15.6	g/dl	Varones: 14.0 - 18.0 Mujeres 12.0 - 16.0
LEUCOCITOS	6.600	x mm ³	4.000 - 10.000
PLAQUETAS	277.000	x mm ³	150.000 - 400.000
HEMATIES	4.71	x10 ⁶ /uL	4.50 - 5.50
VCM	94.5	f.L	80.0 - 100.0
HCM	33.1	pg	27.0 - 34.0
CHCM	35.1	g/dl	32.0 - 36.0

FORMULA DIFERENCIAL

FORMULA RELATIVA	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
Basófilos:	0	%	0 - 0.5
Monocitos:	4	%	4 - 8
Abastionados:	1	%	3 - 5
Eosinófilos:	0	%	0.5 - 4
Linfocitos:	34	%	20 - 60
Segmentados:	61	%	50 - 70
Mielocitos:	0	%	0
Metamielocitos:	0	%	0
Promielocitos:	0	%	0
	100		

FORMULA ABSOLUTA	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
Basófilos:	0	x mm ³	10 - 60
Monocitos:	264	x mm ³	100 - 500
Abastionados:	66	x mm ³	150 - 400
Eosinófilos:	0	x mm ³	20 - 350
Linfocitos:	2244	x mm ³	800 - 2000
Segmentados:	4026	x mm ³	2000 - 7000
Mielocitos:	0	x mm ³	
Metamielocitos:	0	x mm ³	
Promielocitos:	0	x mm ³	0

Av. República del Uruguay N° 423 - J. Huancas N° 269 - San Carlos - Huancayo
 66001. 064-25037 - 064-231572 - RPM: #941999971

E-mail: clinicaelasolidarios@hotmail.com - Pagina web: www.clinicaelasolidarios.com.pe

HEMOSTASIA

ANALISIS	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
TIEMPO DE COAGULACION (Método de Lee y White)	7 minutos 00 segundos	minutos-segundos	5 - 15 minutos
TIEMPO DE SANGRIA (Método de Duke)	1 minutos 30 segundos	minutos-segundos	1 - 4 minutos

Clinica de la Solidaridad
Dr. Adalberto Benavides Fox
MEDICO PATOLOGO
C.M.P. 23025 R.N.R. 16931



Colegio Odontológico del Perú
Consejo Administrativo Nacional



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE
TERCEROS MOLARES INCLUIDOS**

Yo, Estefany Diana Anable Justo
COMO PACIENTE, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO
que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en
consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado
el procedimiento denominado Extracción de Muelas del Juicio

La extracción de las muelas del juicio incluidas está indicada en ocasiones para evitar
problemas como: dolor, inflamación, infección, formación de quistes, enfermedad
periodontal, caries, maloclusión, pérdida prematura de otros dientes, pérdida
prematura de hueso, etc.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin
embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas
inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Infección postoperatoria.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Apertura limitada de la boca durante días o semanas.
- Daño a los dientes o tejidos vecinos.
- Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).

Decano Nacional: Sr. C.D. David Ignacio Vera Trujillo
Vicedecano Nacional: Sr. C.D. Elmer Ramírez Salinas Prieto
Director General Nacional: C.D. Javier Román Quispe Martínez
Director de Economía Nacional: Sr. C.D. César Augusto Adánzer Acuña

Sede Central
Calle Gregorio Arana 263
Distrito Santa Constanza, Monterrico,
San José de Surco
Tel.: (011) 438 0000 - 434 0000



Colegio Odontológico del Perú

Consejo Administrativo Nacional



- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o permanente (de la lengua y del gusto).
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

DNI: 48045401

Estefany Diana Amable Justo.



CARTA DE ACEPTACIÓN

Huancayo, 02 de febrero del 2022


**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD PERUANA
LOS ANDES**

Presente:

Tengo el agrado de dirigirme a ud. , con la finalidad de hacer de su conocimiento que, la egresada HILARIO ADAUTO Dayana Estefany; de la Escuela Profesional de Odontología de la Institucion Universitaria que Ud. representa, ha sido aceptada para realizar la ejecución del reporte de caso clínico EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO – HUANCAYO 2021 en nuestro Consultorio Dental "Villadent", desarrollando todos los pasos del protocolo en la cirugía y las partes que requiere este reporte de caso.

Extendiendo la presente para los fines que la interesada le convenga.

Atentamente



Angela H. Villasana Villanueva
CIRUJANO DENTISTA
GOP. 47478

C.D Angela Villasana Villanueva