

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN LITERARIA

SEGÚN PELL Y GREGORY DE LA EXODONCIA DE LA

TERCERA MOLAR INFERIOR DERECHO

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Katerin Turco Santiago

Asesor : Mg. Lopez Gonzales Chirstian Willy

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: Clínica odontológica particular

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado A Dios,
a mis padres, a mi esposo por su apoyo
incondicional y a mis hermanos por su
por su apoyo emocional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por darme la vida y guiar mis pasos cada día

A mi esposo por su apoyo y estar en los buenos y malos momentos, siempre animándome a culminar la profesión.

A mis queridos docentes de la Universidad por sus enseñanzas cada día para desarrollarme profesionalmente.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27
CAPÍTULO IV	
4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

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 esta 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 mas 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 automedicó, pero a la actualidad sigue la molestia, no presenta ningún antecedente patológico, su última extracción fue hace 1 años.

Palabra clave: Extracción, tercer molar, inferior

INTRODUCCIÓN

Extracción de los terceros es uno de los procesos de los frecuentes dentro determinando a través de muchas investigaciones que por medio del análisis en la radiografía con la clasificación que se da en la posición de las piezas dentarias. (1)

La tercera molar en los dientes inferiores puede darse de manera aplanada o en sentido mesiodistal con un espesor a nivel vestibular, en las características que tienen dimensiones en la frecuencia de la unión y fusión radicular de configuración crónica. (2)

En la dificultad se dan varios grados de las terceras molares con la variación que se dan en las diversas capacidades adecuadas que representan presentan con un acato quirurgico que se utilizan los parámetros de Pell y Gregory con respecto a la rama mandibular y profundidad a través de la clasificación de Winter que es de manera adecuada al eje axial.

(3)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad hay muchos errores en la interpretación de las radiografías evaluación clínica, programación, acto quirúrgico e indicaciones postoperatorias de la cirugía de terceros molares inferiores.

Es por lo que existe una relación con la edad, que es de suma importancia porque el complejo hueso maxilar, diente y ligamento periodontal, maduran durante el transcurso del tiempo, lo que indica que las cirugías de terceros molares inferiores pueden provocar complicaciones postoperatorias, cuanto mayor edad tenga el paciente, y la ubicación de terceros molares inferiores, donde sobre todo es importante la ubicación en el espacio de los terceros molares inferiores, la posición de la corona con respecto a la cara distal del segundo molar, la distancia del borde anterior de la mandíbula a la cara distal del segundo molar, la disposición de las raíces del tercer molar inferior y su relación con el nervio dentario inferior. (3)

Las diversas posiciones de las terceras molares por medio del análisis en radiografías periapicales con la ayuda del diagnóstico auxiliar que ofrecen estas radiografías y de acuerdo a la clasificación de Winter y de Pell y Gregory se puede registrar en la posición de la tercera molar. (1)

2.2. OBJETIVOS

- Analizar el grado de complejidad de las terceras molares inferiores al extraer.
- Conocer los exámenes complementarios en terceras molares.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Cespedes M. en su trabajo busca determinar la posición de las terceras molares inferiores, metodología es descriptivo, prospectivo, transversal, en los resultados recolectados estos fueron digitalizados y procesados en un ordenador del SPSS obteniendo que las terceras molares inferiores representan el 25%, con un tipo de complicaciones del 12.7% forma la equimosis, 9.1% de trismos, con la población de 17 a 21 años de edad con la alveolitis de 1.8%, según una población de la clasificación de Winter tiene mayor una posición mesioangular de 18.18%,. (3)

Arias S. menciona en su tesis que el estudio busco conocer el grado de dificultad de las terceras molares inferiores con la clasificación de Koerner, con el método descriptivo, retrospectivo, transversal, con los 59 lacas radiográficas evaluadas con el nivel de concordancia, utilizando las historias clínicas de 35 usando criterios de frecuencia con el análisis de dificultad con el índice de Koener el 74.3% es me manera moderada con el 17.1% del grado mínimo y el 8.6% del grado muy difícil con la clasificación de Pell y Gregory mas prevalente de la posición A del 82.9% con la predominancia de los sexo en las edades de 18 a 25 años. (1)

Capcha L. Et al. En su tesis el objetivo establecer predominios del grado de dificultad quirúrgica de los terceros molares mandibulares, metodología es de tipo transversal, retrospectivo, descriptivo, con la muestra no probabilística

haciendo el uso del método por conveniencia, la muestra es de 58 radiografías en los resultados indican que Koemer es un índice en la placas radiográficas de manera moderada de 56.0% con la dificultad mínima de 31.9% siendo difícil con el 12.1% con el grado muy difícil de 12.1% (4)

Condado C. en su trabajo de los factores que determinan la dificultad en cirugía en las terceras inferiores erupciones es de tipo descriptivo, transversal, observacional, con la muestra de 40 radiografías tomados posición de la relación de la rama y profundidad, resultados indican que los factores predictivos más frecuentes, respecto a la posición de la tercera molar se observaron en mayor porcentaje mesioangular en 42.5%, profundidad de la tercera molar en mayor porcentaje en nivel B con 52.5%, la relación con la rama ascendente de la mandíbula en mayor número de clase II con el 52.5% respecto a la integridad de hueso y mucosa con un 40% , en conclusión la predicción de dificultad es muy importante para una valoración pre quirúrgica en la extracción de terceras molares inferiores no erupcionadas. (5)

Melgar J. Se desarrollo un trabajo con la finalidad determinar la relación del tiempo de cirugía efectiva de las exodoncias de los terceros molares, existe poca información en relación con el tiempo como indicador asociado a la dificultad quirúrgica y como es influenciado por diversos factores, con el tiempo de cirugía efectiva para el tercer molar inferior fue en promedio 30.08 minutos, en la posición mas frecuente fue la mesioangular 47.6%, con el nivel A 67.0% y clase II de 43.7% y la forma radicular mas frecuente fue la completa múltiple dilacerada 42.7%, en cuanto a las variables de forma vertical, clase I con la forma radicular completa múltiple dilacerada y nivel C, en conclusión el tiempo de cirugía efectiva en exodoncias de terceros molares inferiores es

menor en operadores que poseen mayor destreza o experiencia en cirugía oral.

(2)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Cirugía bucal

Es una de las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas siendo parte de la odontología que se trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y traumatismo en las alteraciones de los maxilares y regiones adyacentes.

Clasificación del tercer molar según Winter – Pell y Gregory

SE clasifico en 1962 con a las terceras molares con el eje axial de la segunda molar en relación mesioangula, vertical y otros.

Clasificación de Pell y Gregory

En 1933 la impactación de los molares en relación de la distancia de la segunda molar con la rama mandibular y profundidad en cuanto al segundo molar.

Terceras molares y su relación con la ramas ascendente mandibular

- Clase I: es la relación de la parte distal de la segunda molar y la rama ascendente siendo un diámetro mesiodistal.
- Clase II: con la superficie de la segunda molar y el diámetro distal de la tercera molar.
- Clase III: se encuentra dentro de la rama ascendente.

Tercera molar y su profundidad con el hueso mandibular

- Posición A: se encuentra sobre el plano de l segunda molar en relación oclusal.
 - Posición B: se encuentra debajo del plano de la segunda molar con la línea cervical.
 - Posición C: se encuentra al mismo nivel del plano de la línea cervical.
- (1)

Relación del tercer molar inferior

Las terceras molares inferiores con relación al espacio de las diversas estructuras de un papel fundamental con relación al obstáculo de la erupción que se dan en ocasiones la complicación en cuanto a la posición.

En relación del hueso que dan relación a las fibras de la tercera molar con el musculo en la cresta alveolar con la cortical de la lámina ósea compactada con el basculo nervioso que favorecen al diente englobando la tercera molar con relación al musculo pterigoideo y la inserción postoperatorios con el musculo milohioideo. (5)

CAPÍTULO III

CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

- **Filiación**
- Paciente: S.A.C.
- Edad: 19 años
- Sexo: masculino
- Estado civil: soltero
- Fecha de nacimiento: 14 – 06- 2003
- Procedencia: Junín
- Ocupación: Estudiante

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero que me extraigan mi tercera molar”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

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, en la actualidad sigue la molestia,

- **ANTECEDENTES**

- **Familiares:** mamá y papá vivo sano, hermano vivo y sano
- **Patológicos:** No refiere
- **Sistémicos:** No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

Funciones vitales:

- Talla: 1.63 cm
- Su peso es 60 kg
- Presión arterial es 115/65 mmHg

- Pulso: 60 ppm
- Temperatura: 36.6°C
- Frecuencia respiratoria es 20 rpm

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**

- Cabeza: normocraneo
- Color de ojos marrón
- Cara: normofacial

- **Examen intraoral**

- Los labios de encuentran hidratados, simétricos
- Carrillos color rosado coral sin lesión
- Paladar duro es de forma oval, rosado pálido, sin lesión.
- Paladar blando color rosado pálido, sin alteración
- Lengua tamaño normal, ovoidal, sin lesión
- Istmo de las fauces móvil sin lesión
- Reborde gingival pigmentación en el margen gingival
- Relación molar derecha e izquierda es de clase I
- Relación canina derecha e izquierda es de clase I
- Sistema dentario presencia de lesiones cariosas en las piezas 1.6, 2.7, con 28 piezas dentarias.

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

- Descarte de diente impactado
- Inclusión de la pieza 4.8

EXÁMENES AUXILIARES

- **Radiografía panorámica:**



- **Informe radiográfico**

- Derecha e izquierda con los senos maxilares presencia de neumatización alveolar moderada.
- Facetamiento moderado de contornos articulares anteriores, disminución de diámetro longitudinal de cóndilos mandibulares.
- Piezas 18, 28: Evolución intraósea.
- Piezas 17, 16, 26, 27: Elongación moderada de cámaras pulpaes.
- Piezas 13, 23: Ectópicas por falta de espacio.

- Piezas 38, 48: Mesioanguladas, impactadas contra las superficies distorradiculares de las piezas 37 y 47 según descripción. Segmentos apicales en relación próxima a canal mandibular.
- Piezas 36, 46. Pérdida de estructura coronaria con compromiso pulpar, lesión osteolítica periapical, osteitis condensante circundante.

PROCEDIMIENTO

- **EVALUACIÓN DE LA PIEZA A EXTRAER**



- **ASEPSIA DE LA CAVIDAD BUCAL**



- **APLICACIÓN DE LA ANESTESIA TÓPICA Y TRONCULAR**

Lo que permite la anestesia es bloquear al nervio periférico.



- **SUCCIÓN DE LA SALIVA**



- **INCISION**

Se encuentra en la segunda molar a nivel distal.

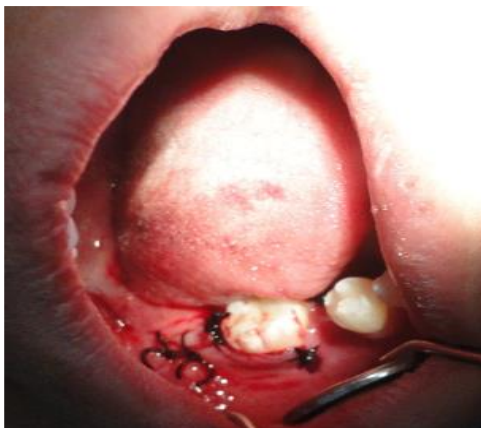


- **DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO**

el colgajo permite el levantamiento de las piezas dentarias.



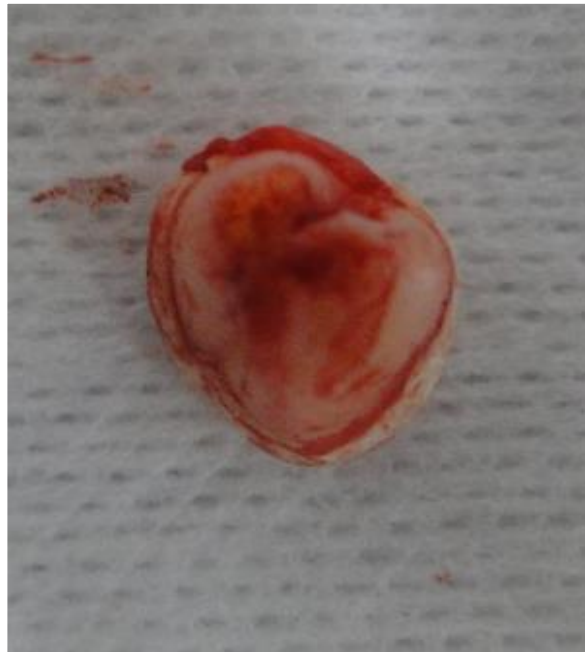
- **EXTRACCIÓN DE LA PIEZA Y SUTURA**



Se extrae a la tercera molar y se lava.



- **PIEZA EXTRAÍDA**



CAPITULO IV

4.1. TRATAMIENTO

- Asepsia
 - Anestesia
 - Incisión
 - Desprendimiento
 - Osteotomía y osontoseccion
 - Extracción
 - Lavado
 - Sutura
-
- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Cristian Esteban Villavicencio

FECHA: 03/04/2024 CLÍNICA: 1 FRECUENCIA: 1

Yo, Dr. Cristian Esteban Villavicencio identificado con DNI N° 72023213 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente en pleno y normal uso de los facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente, Dr. Cristian Esteban Villavicencio para que por intermedio y con el concurso de estudiantes matriculados a su dirección así como los asistentes que él elija o acepte, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o menor o el siguiente procedimiento: Exodoncia de 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

2. El Docente en mención quedó autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de procedimientos o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exija.

3. El Docente informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden evitar y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad las implicaciones, ventajas y/o desventajas de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del proceso fue dentro al docente y estudiante del área responsable con el objeto de justificar las condiciones clínico-patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, ventajas y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido y entiendo y he comprendido las explicaciones sobre los aspectos y que han sido acordados los puntos que he leído y manifiesto al respecto.

5. Si no he manifestado que existe riesgo de incapacidad o fatal prevenible, los cuales por este motivo, no puedo ser otorgado y en consecuencia, declaro expresamente que no se trata por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto el resultado no puede ser asegurado para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda regar a regar se, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso conlleva la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y mencionadas me han sido aclaradas.

7. He leído otras instrucciones en el escrito de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del sujeto llamado antes de la intervención realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explicó de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que en tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Dr. Cristian Esteban Villavicencio
PRIMA DEL PACIENTE
DNI N°: 72023213

Dr. Cristian Esteban Villavicencio
PRIMA DEL ESTUDIANTE RESPONSABLE DEL AREA

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- Melgar J. menciona que las placas panorámicas evalúan al tercer molar inferior y las estructuras que lo rodean, y ha sido ampliamente utilizado en diversos estudios para un mejor diagnóstico permitiendo evaluar la posición, profundidad, tiempo de impactación y calidad ósea.
- Cespedes M. nos menciona que las postoperatorias y sus complicaciones de la exodoncia de terceros molares inferiores comúnmente descritas son apariencia de alveolitis, trismus, hemorragia, hematoma y equimosis, lo cual coincide con lo encontrado en la investigación.
- Capcha L. Et al. Concluye que la evidencia de la posición mesioangular de los terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter, es la más prevalente con un 25% en el grupo etario de 18 a 25 años, la posición mesioangular también es la más prevalente en el grupo etario de 26 a 32 años con un 13.8%, al igual que en el grupo etario de 33 a 35 años con un 3.4% y finalmente en el grupo de 36 a 40 años con un 5.2% de acuerdo al grupo etario en radiografías panorámicas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Las terceras molaes inferiores deben de tener un buen diagnóstico.
- Así también se concluye que idéntica los factores predictivos más frecuentes para determinar la dificultad en cirugía de terceros molares inferiores no erupcionadas.
- También que las piezas mesioangulares se encuentran con mayor frecuencia en el estudio.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda contar con la clasificación de Pell y Ggregory y la de Winter intervienen de las terceras molares inferiores.
- También se recomienda contra con un diagnóstico y un plan de tratamiento que permiten obtener buenos resultados y evitan las complicaciones.
- Así mismo se recomienda realizar exámenes complementarios como la radiografía panorámica o en algunos casos la tomografía.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Condado C. Factores predictivos mas frecuentes para determinar la dificultad en cirugia de terceras molares inferiores no erupcionadas. Tesis para optar el titulo profesional de cirujano dentista. Lima : Univerisdad Inca Garcilaso de la Vega ; 2018.
2. Arias S. Grado de dificultad quirurgica de terceros molares inferiores segun el indice de Koerner de pacientes atendidos en la clinica estomatologica de la Universidad Señor de Sipan 2015. Tesis para optar el titulo profesional de cirujano dentista. Pimentel : Universidad Señor de Sipan ; 2016.
3. Melgar J. Tiempo efectivo de exodoncias de terceros moalres inferiores relacionado con la forma de sus raices, en el servicio de cirugia oral y maxilofacial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el peridod de Julio - setiembre del 2005. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2006.
4. Capcha L, Ramos E. Dificultad quirurgica de los terceros molares mandibulares segun el indice Koerner en radiografias panoramicas de pacientes atendidos en una Universidad Privada de Huancayo - Peru 2019. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Huancayo : Universidad Franklin Roosevelt ; 2020.
5. Céspedes M. Prevalencia de complicaciones postoperatorias en la exodoncia de terceros molares inferiores segun la clasificaicon de Pell y Gregory y Winter en pacientes de 17 - 27 años de la seccion de medicina oral y cirugia maxilofacial de la FAP. Tesis para optar al titulo de cirujano dentista. Lima : Universidad Inca Garcilado de la Vega ; 2010.

6. Alves D. Factores que influyen en la decision de extraer terceros molares inferiores asintomaticos, un estudio en odontologos de España y Portugal. Tesis doctoral. Barcelona : Univerisdad de Barcelona ; 2017.
7. Gay C, Berini L. Extraccion de restos radicales. Exodoncias complejas - Exodoncia quirurgica Oodntoseccion. [Online]. [cited 2022 04 18. Available from: <http://esproden.com/wp-content/uploads/Extracciones-complejas-Dr-Gay-Escoda.pdf>.
8. Guillen L. Gingivitis posterior al uso de protesis provicionales en pacientes de la clinica de restaurativa Facultad de Oodntologia Universidad de el Salvador. Trabajo de graduacion para optar al título de doctora en cirugia dental. El Salvador : Universidad de el Salvador ; 2015.