

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CIRUGIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA
COMO TRATAMIENTO PROFILACTICO REPORTE
DE UN CASO**

Para optar : El Título Profesional De Cirujano Dentista

Autor : Bach. Sandro Meza Mayhuasca

Asesor : MG. CD. Miguel Angel Mendoza

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA:

El presente trabajo, dedico a todas las personas que creyeron en mí y me brindaron su apoyo, especialmente a mi madre que me dio la vida y estuvo ahí para lograr convertirme en un profesional, en esta maravillosa carrera de Odontología.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por la vida y sabiduría, a mi madre y amigos que me apoyaron y en especial a los catedráticos de mi Universidad carrera profesional de Odontología , por brindarme su tiempo, paciencia y dedicación en todo los momentos de formación universitaria.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

CIRUGIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA COMO TRATAMIENTO PROFILACTICO REPORTE DE UN CASO

Cuyo autor (es) : **MEZA MAYHUASCA SANDRO**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **CD. MENDOZA GARCIA MIGUEL ANGEL**

Que fue presentado con fecha: 09/11/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 09/11/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 29%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software tres veces.

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

Huancayo, 09 de noviembre de 2022



CONSTANCIA N° 439 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.c.: Archivo
EAG/vjdp

CONTENIDO
CAPITULO I
PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.2 MARCO TEÓRICO	10
2.2.1 ANTECEDENTES	10
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS	13
❖ Tercer molar retenida. Definición	13
❖ Factores que intervienen en la retención dentaria	13
❖ Clasificación de Winter	17
❖ Clasificación de Pell y Gregory	17
❖ Procedimientos quirúrgicos	18
❖ Indicaciones	19
❖ Contraindicaciones	20
❖ Indicaciones posoperatorias	21
❖ Seguimiento posoperatorio	24

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	26
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA	
3.1.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL	
3.2 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	26
3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	26

CAPITULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	27
4.2 PRONOSTICO	27

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES	27
-------------------------	-----------

CAPITULO VI

6.1 APORTES	29
6.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
6.3 ANEXOS	32

RESUMEN

Las terceras molares permanentes llegan a erupcionar por lo regular cuando el humano entra en la etapa de la adolescencia y de ahí el término que se empleó para definirlo como dientes cordales o dientes de la cordura, en el presente reporte, se presenta a un paciente de 21 años de edad de sexo femenino, para ser tratada quirúrgicamente con cirugía de exodoncia tercera molar de la pieza 3.8. Consecuentemente, los datos corresponden a este tipo de tratamiento, evidenciado básicamente por la existencia de la pieza 3.8 retenida; según la clasificación de Winter en dirección vertical y según Pell y Gregory, en clase I, posición B, adyacente a la pieza 3.7, lo cual se verificó en la dentición permanente, Para este caso, es necesario recordar que la extracción de las terceras molares incluídas, ya sea por motivos de bloqueo por parte del diente o del hueso, o por la deficiencia de espacio suficiente o por la malposición del tercer molar es motivo de intervención quirúrgica más frecuente además existe cierta posibilidad de que los terceros molares incluídos que pueden provocar o estar asociados a complicaciones a lo largo de la vida del paciente como por ejemplo la aparición de quistes foliculares, pericoronaritis y lesiones periodontales con posible pérdida de hueso que son razones más que suficientes para justificar la exodoncia profiláctica y en este caso fue nuestro objetivo fundamental dada la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación de estos terceros molares, por lo que eso fue el argumento para su extracción profiláctica antes que se desencadenen estas patologías asociadas y se presenten como bien lo menciona la literatura como una “bomba de efecto retardado”, ya que si estas terceras molares no se elimina profilácticamente puede causar a la larga dolor, tumefacción, infecciones, etc.

La conclusión principal a la que arribamos: es que, de hecho, la exodoncia de terceros molares es una técnica, eficiente, eficaz y preventiva que mejoraría la calidad de vida del paciente intervenido de tal modo que previene la presencia de todas estas patologías concurrentes.

Palabras clave: Cirugía de terceros molares, cordales, profilaxis

ABSTRACT

The permanent third molars usually erupt when the human enters the stage of adolescence and hence the term that was used to define it as chordal teeth or teeth of sanity, in the present report, a patient of 21-year-old female, to be surgically treated with third molar extraction surgery of tooth 3.8. Consequently, the data correspond to this type of treatment, evidenced basically by the existence of retained piece 3.8; according to Winter's classification in the vertical direction and according to Pell and Gregory, in class I, position B, adjacent to piece 3.7, which was verified in the permanent dentition. In this case, it is necessary to remember that the extraction of the third molars included, either for reasons of blockage by the tooth or bone, or due to insufficient space or malposition of the third molar, is the most frequent reason for surgical intervention. In addition, there is a certain possibility that the third molars included that can cause or be associated with complications throughout the patient's life, such as the appearance of follicular cysts, pericoronitis and periodontal lesions with possible bone loss, which are more than enough reasons to justify prophylactic extraction and in this case it was our fundamental objective. given the frequent pathology that accompanies the eruption or impaction of these third molars, so that was the argument nt for prophylactic extraction before these associated pathologies are triggered and present themselves, as the literature well mentions, as a "delayed effect pump", since if these third molars are not removed prophylactically, they can cause pain, swelling, infections in the long run. , etc. The main conclusion we reached: is that, in fact, third molar extraction is an efficient, effective and preventive technique that would improve the quality of life of the operated patient in such a way that it prevents the presence of all these concurrent pathologies.

Keywords: Third molar surgery, wisdom teeth, prophylaxis

CAPÍTULO II

• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el inicio del ser humano éste fue evolucionando con el paso del tiempo y con ello logrando desarrollar tanto capacidades sociales e intelectuales, como consecuencia de esta evolución a ello también se manifestaron cambios morfológicos como por ejemplo el aumento en cuanto al tamaño y volumen del cerebro de tal modo que genero una alteración en la caja craneana y a costa de ello los maxilares también sufrieron ciertos cambios (1). Una de estas manifestaciones se puede apreciar en la diferencia de tamaños que existe en las mandíbulas de los primeros homínidos, que al carecer de fuego y herramientas para cocinar sus alimentos ellos se veían en la necesidad de comer sus alimentos básicamente crudos por lo que su mandíbula era más gruesa, robusta y poderosa para así poder triturar sus alimentos a diferencia de hoy en día que una cierta parte de las personas tienen una dieta mucho más blanda y refinada por lo que requiere hacer menos esfuerzo al momento de masticar los alimentos por ende no es necesario tener una poderosa mandíbula por el contrario esta será más delgada y refinada y según avanza el tiempo y conjuntamente con la evolución del hombre la mandíbula ira disminuyendo sus dimensiones(2).

Las terceras molares, denominadas también dientes de juicio o cordales comúnmente suelen ser las ultimas piezas dentarias en erupcionar en los diferentes arcos maxilares, como resultado generalmente traen consigo algunos problemas en la cavidad bucal, por lo que existirán razones y motivos para que la

extracción quirúrgica sea una solución ante estos problemas producidos por los dientes retenidos en la mayoría de los casos (3).

Entre los problemas generados por parte de estos molares retenidos que darán lugar para su posterior extracción tenemos las siguientes patologías asociadas como por ejemplo dolores asociados, apiñamientos dentarios, motivos ortodónticos, protésicos, caries, pericoronaritis, periodontitis, quistes, tumores, rizólisis de segundos molares, fractura mandibular, trastornos en la Articulación Temporomandibular (ATM), etc (4). Por otro lado, también tenemos a las terceras molares que erupcionan correctamente sin causar problemas, pero por razones profilácticas es recomendable su extracción para así poder eludir algunas de estas futuras patologías que puedan alterar en la calidad de vida del paciente (5).

Por consiguiente, el propósito del presente trabajo es dar a conocer la problemática que conllevan estas terceras molares retenidas; y con ello el profesional tenga el conocimiento suficiente e idóneo para su diagnóstico y la apta capacidad para dar un tratamiento y prevención oportuna ocasionada por estos terceros molares en los diferentes pacientes.

- **MARCO TEÓRICO**

- **ANTECEDENTES**

Vizuite A. (6) en Quito Ecuador en el año 2012 presentó un trabajo titulado las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que asistieron al quirófano de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador, con un promedio de 186 pacientes

obteniéndose como resultado que las causas para la intervención de exodoncia de terceros molares en estos pacientes que se presentaron al quirófano fueron por motivos de dolor local en un 45%, por motivos ortodóncicos en un 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefaleas 3%, fractura de piezas dentarias y alteraciones en la articulación temporomandibular en un 2%. En tanto para indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa correspondieron al 1%.

Quintana A. et al. (7) en Argentina (2019) realizaron un estudio sobre la frecuencia de terceros molares inferiores en cuatro ciudades de Argentina. En su informe, reseña la prevalencia de los distintos tipos de retención de terceros molares inferiores, según la clasificación de Winter, en 414 radiografías panorámicas tomadas, a pacientes mayores entre las edades de 18 años hasta 30 años, lograron obtener como resultado que la posición, según la clasificación de Winter, más frecuente fue la vertical en un (51%) de los casos, seguida por las posiciones mesioangular en un total de (31%), horizontal en (12%) y disto-angular en un (6%).

Zamora M.(8) en Guatemala se realizó un estudio en el año del 2019 sobre la presencia de un tercer molar retenido asociado con fractura de ángulo de la mandíbula en pacientes de 19 años a 49 años de edad atendidos en el Hospital general de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social “Ceibal” zona 7 de la ciudad de Guatemala, tomando un total de 44 pacientes, recabando como resultado que los pacientes que sufrieron fractura del ángulo lineal fueron

un total de 35 y el resto de pacientes presentaron fractura multifragmentaria con un total de nueve pacientes, concluyendo que la presencia de una tercera molar retenida está presente en más del 50% de la población y a la vez hace más vulnerable el ángulo mandibular ante cualquier traumatismo por lo que esto se convierte en un alto riesgo para sufrir una fractura,

Milian Y. (9) en la ciudad de Pimentel, Perú en el 2019 realizó un trabajo de investigación sobre la frecuencia de terceras molares retenidas en pacientes atendidos en el C.P.P.C.C.E de la USS del 2015 al 2018, donde utilizaron en promedio una población de 98 pacientes de ambos sexos entre 18 años hasta 35 años de edad con presencia de terceras molares retenidas y basándose en la clasificación de Winter se logró como resultado que la posición con mayor frecuencia; fue la posición vertical en un total de 66.3% de (65/98 pacientes), seguida por la posición horizontal con una frecuencia de 29.59% (29/98 pacientes), y en la posición mesioangular en un total de 4.08% que representa a un conjunto de 4 personas y por último en cuanto a la posiciones invertida y distoangular el porcentaje fue de 0%.

Castro A.(10) en Huánuco, en el año 2020 presentó un trabajo sobre la prevalencia de terceras molares mandibulares retenidas en pacientes de 18 a 30 años atendidos en el centro radiológico CEDIDENT de Huánuco, tomándose para este estudio a un total de 50 pacientes, obteniendo como resultado la existe de una alta prevalencia de terceras molares inferiores retenidas en pacientes entre

las edades de 18 a 30 años de edad que acudieron al Centro Radiológico CEDIDENT-Huánuco; asimismo, se llegó a la conclusión que un 38% equivalente a 19 personas presentaban molares retenidas en la posición horizontal, vertical, distoangulada y mesioangulada y otro el 62% equivalente a 31 personas no presentaban ninguna de las posiciones anteriormente mencionadas además establecen que un 56% de los pacientes presentaban terceras molares retenidas en ambos lados de la mandíbula y el resto no presentaba terceras molares retenidas en ambos lados de la mandíbula.

- **BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS**

- **TERCER MOLAR RETENIDA. DEFINICIÓN (14)**

Los terceros molares normalmente son las últimas piezas dentarias permanentes en erupcionar, y por lo general su proceso de erupción termina alrededor de los 16 y 25 años de edad aproximadamente, por ello al ser las últimas piezas dentarias en aparecer en la cavidad bucal no tienen un espacio suficiente y adecuado para alojarse correctamente en el arco dentario, debido a que el espacio entre los procesos alveolares y el tamaño de los dientes no son proporcionales hace que estos terceros molares tengan estas barreras u obstáculos al momento de erupcionar correctamente.

Existe una teoría que explica esta problemática en la que se plantea que se debe a los cambios alimenticios que hubo hace miles de años

atrás, donde el aparato estomatognático sufrió una reducción en cuanto a sus dimensiones tanto en su volumen muscular como esquelético. Debido a que nuestros antepasados tenían o consumían alimentos mucho más duros y fibrosos que en la actualidad, por lo tanto, aquellos hombres tenían que hacer más esfuerzo al momento de masticar y la fuerza ejercida sobre las piezas dentarias provocaban un mayor desgaste en las áreas interproximales de esta forma se estaba generando un espacio suficiente para la erupción de estas terceras molares e incluso para la erupción de una cuarta molar

El tercer molar al ser inestable en su formación, anatomía, orientación, erupción, etc., pueden estar ausentes en un 5 a 33% de los casos. El tratamiento de solución ante estos casos comúnmente es la exodoncia convenientemente para prevenir problemas que pudieran generarse a lo largo del tiempo.

- **FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RETENCIÓN DENTARIA (11)**

Causas o factores locales

En la mayoría de las causas la retención de estas terceras molares se debe a motivos mecánicos, como procesos embriológicos, a causa de su origen y de sus particulares ubicaciones de dientes como las terceras molares

Factores embriológicos: La tercera molar inferior al momento de erupcionar a la superficie bucal esta estará carente de espacio ya que

todos los dientes ya están situados en la arcada esto debido a que se origina en la zona distal de la apófisis.

Origen del diente: Con respecto a esto, el mamelón de la tercera molar se origina a la par junto con los otros dos molares, en un cordón epitelial en común al final de la lámina dentaria; a pesar de ello, el mamelón del tercer molar se desprenderá del segundo como si fuera un diente de reemplazo de este. Por lo tanto este cambio particular explica lo difícil que será para el tercer molar la ubicación que tendrá en el arco dentario al momento de su erupción y la relación que tendrá con el segundo molar que va a erupcionar antes.

Factores mecánicos

Por falta de espacio: Esto se debe a la discrepancia dentoósea que existe entre los maxilares, como por ejemplo una mandíbula pequeña o unos dientes grandes.

Obstáculos mecánicos: La extracción prematura de dientes temporales al pasar un periodo de tiempo generará la inclinación de estos; por lo tanto, el diente retenido chocará contra las raíces o la corona de aquellos. Otro factor problema son los dientes supernumerarios que impiden la erupción adecuada de los incisivos permanentes.

Factores generales

Retraso fisiológico de la erupción: Existe un ligero desacuerdo entre la edad cronológica del individuo y su fisiología de recambio

dentario. Esto suele ser más común en los hombres, en las regiones premolares y en los caninos. Estos dientes deciduos no cambian dentro de los límites de tiempo previstos o establecidos y retienen a los permanentes durante un tiempo variable. Estas razones se puede deber a factores genéticos y ambientales que influirían, según diversos autores como, por ejemplo: la raza, el clima, el tipo de dieta, el sexo, o algunas enfermedades infecciosas de carácter agudo.

Retraso patológico de la erupción:

- Alteraciones endocrinas. Entre estas alteraciones la más común es el hipotiroidismo. Además también como el hipergonadismo, hipopituitarismo, hipoparatiroidismo y la hipomineralización por tratamiento con corticoides.
- Alteraciones metabólicas. Aquí podemos destacar, el raquitismo u osteomalacia. Existencia de deformidades óseas, alteraciones en la marcha, fracturas y retraso en la erupción.
- Síndrome de Gardner. Se caracteriza por presentar poliposis intestinal, osteomas, quistes sebáceos o inclusiones dentarias.

- **CLASIFICACIÓN DE WINTER (12)**

Es la relación que presenta la tercera molar el eje longitudinal del segundo molar de acuerdo a esto podemos encontrar distintas posiciones del tercer molar.

- Mesioangular
- Distoangular
- Horizontal
- Vertical
- Invertido

- **CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY (12)**

Según la relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar. Aquí tenemos las siguientes clases:

- Clase I. En esta clase existirá un espacio adecuado entre la rama ascendente de la mandíbula, o en la tuberosidad maxilar y la cara distal del segundo molar para alojar tranquilamente a la corona del tercer molar.
- Clase II. En este caso el espacio que existirá entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es inferior en cuanto al diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

- Clase III. Casi todo el tercer molar estará dentro de la rama de la mandíbula. De tal manera que en el maxilar superior se aprecia la relación del cordal con respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar.

Según la Profundidad Relativa Del Tercer Molar En El Hueso.

- Posición A. El punto más alto o la cara oclusal del tercer molar incluido estará al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

- Posición B. El punto más alto o la cara oclusal del tercer molar se encontrará entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

- Posición C. El punto más alto o la cara oclusal del tercer molar estará a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

• **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (13)**

El acto quirúrgico, propiamente dicho, abarca casi siempre los siguientes tiempos operatorios:

- Anestesia.
- Incisión.
- Despegamiento del colgajo mucoperióstico.
- Ostectomía.
- Odontosección y exodoncia.

- Limpieza de la herida operatoria.
- Reposición del colgajo y sutura.

- **INDICACIONES (14)**

Básicamente mencionaremos las indicaciones y las contraindicaciones que existen en la cirugía de un tercer molar, y aunque esto no siempre se debe de tomar como una regla general por las diversas condiciones que pueden existir en cada individuo o paciente ya que todos son diferentes, pero si pueden ser de utilidad al momento de elaborar nuestro plan de tratamiento o también al momento de explicar a nuestro paciente los pros y contras al se estará expuesto si desearía extraerse o no un tercer molar.

Para tener una mejor organización de estos casos en los que se indicaría la exodoncia de estas terceras molares lo agruparemos en el siguiente apartado.

- Prevención
 - Complicaciones
 - Antes de radioterapia
 - Antes de cirugía cardiovascular
 - Trasplantes
- Infección

- Pericoronitis
- Periodontitis asociada al segundo molar
- Obstrucción de erupción del segundo molar
- Reabsorción radicular del diente contiguo
- Participación en una línea de fractura
- Patologías asociadas
- Caries
- Razones preprotésicas
 - Prótesis fija en segundo molar
 - Prótesis mucosoportada
- Consideraciones ortodóncicas
- Dolor
- **CONTRAINDICACIONES (14)**

Los terceros molares en alguno de los casos son una de las piezas que suelen tener muy poca participación en la función masticatoria y aunque estas se pueden eliminar por medios quirúrgicos por presentar problemas de erupción y entre otros motivos como por ser las últimas piezas en presentarse en el arco dentario, esta conducta no debe tomarse como regla general y mucho menos tornarse en un hábito. Podrían existir algunas condiciones que tenemos que tener presentes en algunos pacientes y que contraindiquen su extracción de estas molares. A continuación, veremos algunos criterios que valorarían

correctamente cada situación y ayudaran a definir en qué casos no estarían recomendadas o indicado dicha extracción.

- Sistémicas
 - Problemas de coagulación.
 - Alteraciones cardiovasculares.
 - Edad del paciente.
- Locales
 - Infecciones.
 - Cuando los riesgos exceden los beneficios.
 - Dientes asintomáticos totalmente cubiertos por hueso.
 - Consideraciones protésicas u ortodóncicas.
 - Dientes en función y en buena posición.
- Personales
 - Por decisión del odontólogo.
 - Por decisión del paciente.
- **INDICACIONES POSOPERATORIAS (14)**

Al haber terminado nuestro procedimiento o intervención quirúrgica, es muy importante que el paciente conozca o sepa los cuidados que éste debe tener en casa para así poder facilitar una buena recuperación, por lo que nuestra responsabilidad es de dar las

explicaciones lo más precisas y claras para tener una mejor recuperación y cuidado, como por ejemplo en cuanto a su alimentación que deberá tener después de haber sido intervenido, además de cuándo y cómo deberá realizar su rutina de higiene oral, así mismo debemos resaltarle las actividades que puede y las que no debe desarrollar, etc. Por lo tanto, debemos evaluar todos los cuidados que se le instruyen al paciente ya todas estas indicaciones son de mucha importancia para así poder lograr una buena recuperación.

Una manera de recordarle a nuestro paciente sobre estos aspectos más importantes acerca de los cuidados que debe tener en su casa es organizar dichos cuidados importantes en grupos prioritarios que van orientados como, por ejemplo: si hay alguna existencia de sangrado, alguna inflamación, o persistencia de dolor, así como su alimentación, la higiene oral que debe tener y actividades de puede o no desarrollar.

- Colocación de gasa: El paciente debe de mantener la gasa durante 30 a 60 min para así permitir una adecuada formación del coágulo dentro del alveolo.
- No escupir: Esta actividad es de suma importancia ya que el paciente al ver que su saliva esta pigmentada por la sangre éste se ve obligado en la necesidad de escupir, tratando (sin tener éxito) de eliminar dichos restos de sangre. Este acto es frecuentemente responsable de una gran cantidad de

hemorragias posoperatorias que el paciente se autogenera, ya que el paciente estimula así el sangrado.

- No hacer enjuagatorios: Al igual que no escupir hacer estos buches con enjuagatorios podrían desprender el coágulo con el consiguiente retardo en la cicatrización o generar alguna posible hemorragia. Este artificio se debe evitar por lo menos durante las primeras 48 horas hasta que el coágulo haya alcanzado cierto grado de maduración y de mayor resistencia.
- No usar popote o sorbete: Al usar este tipo de objetos ocasiona una presión negativa en el interior de la boca lo que esto significa es que puede remover el coágulo y causar sangrado, por lo que es preferible realizar el consumo de líquidos mediante un vaso o con cuchara.
- Alimentación: Obviamente un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente dentro de su boca no podrá tener la misma dieta a diferencia de alguien que fue operado de alguna otra parte de su organismo. El objetivo de este principio es principalmente evitar daños en el área intervenida, así como promover una pronta y favorable recuperación.

- **SEGUIMIENTO POSOPERATORIO (15)**

Después de haber realizado alguna intervención todos los pacientes intervenidos deben estar sometidos bajo seguimientos o ser establecidos a una cita después de su extracción para su rutina de revisión, de tal modo que el cirujano pueda comprobar los progresos tras la cirugía realizada y así poder conocer y evaluar el aspecto de la cicatrización normal y regeneración del alveolo. En los procedimientos habituales no complicados, solo nos bastaría con una consulta de seguimiento aproximadamente entre una semana después de haber intervenido. Si por alguna razón hemos suturado, estas debemos de extraerlas en el curso de esa visita una semana después de la intervención.

Por otro lado, siempre es pertinente recalcar a los pacientes de que en caso de que tengan una pregunta o algún problema deben llamar al cirujano dentista y, si fuera necesario, solicitar una consulta de seguimiento antes de que transcurra aproximadamente una semana. Ahora los posibles motivos de reservar una cita anticipada por parte del paciente podría ser una posible hemorragia prolongada, o alguna ausencia de respuesta del dolor a la medicación prescrita y acompañada de una posible sospecha de una infección.

Si un paciente fue sometido a cirugía y se comienza a observar un poco de tumefacción con eritema superficial en la zona, fiebre, dolor o todos estos síntomas conjuntamente, al tercer día del postoperatorio o más tarde, podríamos empezar a suponer que está desarrollando una

infección hasta que se demuestre lo contrario. En este caso nuestro paciente debería solicitar una nueva consulta con el dentista de inmediato para acudir a su problema. Por otro lado, el cirujano dentista debe revisar, evaluar e inspeccionar al paciente atentamente para confirmar o descartar el diagnóstico de una posible infección que estaría por comprometer con la salud del paciente. En el caso que llegamos a diagnosticar una infección debemos de tomar todas las medidas terapéuticas lo más correctamente adecuadas para dicho caso.

Ahora en el caso de que existiera algún tipo de dolor postoperatorio que disminuye al principio pero que vuelve aumentar o a exacerbarse en el tercer o cuarto día, no obstante, este no se acompañe de tumefacción o de otros signos de infección, posiblemente estemos ante un caso de desarrollo de alveolo seco. Aunque este problema suele limitarse a los alveolos de los molares inferiores, pero eso no significa que haya infección. En hora buena es un problema que es fácil de tratar, pero es necesariamente que el paciente recurra a la consulta varias veces.

- **OBJETIVO GENERAL**

Describir la eficiencia y eficacia de la extracción de terceras molares como tratamiento quirúrgico profiláctico ante futuras sintomatologías propias de la erupción de terceros molares inferiores retenida o impactadas.

OBJETIVO ESPECIFICO

Describir la secuencia quirúrgica de la exodoncia de una tercera molar retenida y su evolución posoperatoria

CAPÍTULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLINICO

Historia clínica

Joven de 21 años, de sexo femenino, en aparente buen estado de salud, ABEG, ABEN ABEH y LOTEPE.

Nombre del paciente: Kimberly

Mayhuasca Valdez

Examen clínico general

- Paciente manifiesta dolores insidiosos al comer sus alimentos
- Paciente en buen estado de salud general
- Presencia de placa bacteriana visible a nivel distal de la segunda molar pieza 3.7
- Se observa una inflamación en el sector postero inferior izquierdo a nivel de la pieza 3.8 de la arcada mandibular

Diagnóstico: Pieza 3.8 retenida

Pronóstico: favorable

CAPÍTULO IV

- **PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

Formulación del Plan de tratamiento general

Pasos quirúrgicos de la técnica:

- Asepsia y Antisepsia
- Colocación del campo quirúrgico
- Anestesia troncular
- Incisión triangular
- Desprendimiento de colgajo
- Osteotomía
- Odontosección
- Extracción propiamente dicha
- Irrigación con suero fisiológico
- Plan de control y mantenimiento

Los controles se realizarán a los 7 días (retiro de sutura), a los 21 días a los seis meses y al año

4.2. **Pronóstico:** Favorable.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- Las patologías originadas por los terceros molares retenidos en la población son muy frecuentes y por lo que el profesional odontólogo tiene que estar preparado ante estos casos y tener los conocimientos necesarios para poder atender y realizar estas cirugías.

- Las posiciones que se encuentran en su hallazgo de estas terceras molares retenidas son en una frecuencia mesioanguladas, distoanguladas, verticales y horizontales en ese orden.
- Se demuestra y precisa que, la extracción de la tercera molar, es una técnica quirúrgica: eficiente, eficaz y preventiva que mejoraría la calidad de vida del paciente intervenido, ante complicaciones Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y TumORALES (formación de quistes, tumores), etc.
- La mala praxis en estos tipos de tratamientos puede acarrear otras complicaciones como: lesión del molar vecino o fractura del propio cordal, desgarrO de partes blandas, lesión del nervio dentario inferior, entre otras, por eso es bueno hacer un seguimiento durante el tratamiento.

CAPÍTULO VI

APORTES

- Es necesario describir los casos de cirugía de terceros molares retenidos para garantizar el éxito del tratamiento en la comunidad odontológica y estar al día con los requerimientos de exámenes complementarios necesarios y así permitir nuestro tratamiento en forma exitosa.
- Generar conciencia tanto en los profesionales odontólogos, como en los pacientes la importancia de extraer los terceros molares retenidos para así poder evitar complicaciones a futuro.
- Incentivar en la realización de proyectos de investigación en el país, referidos a las patologías de erupción de terceros molares retenidos o impactados generando datos y valores que enriquecerán los futuros tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Del Puerto M., Leivis Casas L., Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. SciELO. 2014; 36 (1): p.752 - 762.
- Ana González Durbán. Somos lo que comimos: ¿Comer carne nos convirtió en seres inteligentes?. Biol. on-line. 2016; 5 (1): p. 1 – 35.[Visitado 25 Abr 2022]
- Serrano J. Frecuencia en la posición de terceras molares inferiores y su patología asociada en pacientes De 18 A 30 años que acuden a la clínica docente estomatológica de la Universidad Alas Peruanas En El Año 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2018.
- Flores R. Cirugía De Una Tercera Molar Ubicada En El Seno Maxilar. [Reporte De Un Caso Clínico]. Huancayo Perú: Universidad Peruana los Andes; 2019.
- Ochoa I. Cirugía del tercer molar inferior impactado, en paciente de 18 años de edad, en la ciudad del Cusco del año 2017 [Reporte de un caso clínico]. Cusco: Universidad Andina Del Cusco; 2017.
- Vizúete A. Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central Del Ecuador. I – V – 2012 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
- Quintana A.,Nervo F., Costa D., Chuquer G., Cima J., Azcurra A.,et al. Frecuencia de terceros molares inferiores en cuatro ciudades de Argentina. Rev Fac Odont. UNC Argentina, 2019; 29(3): p. 18 – 24.
- Zamora M. Presencia De Un Tercer Molar Retenido Asociado Con Fractura De Ángulo De La Mandíbula: Estudio De Casos Y Controles De Pacientes De 19 A 49 Años Atendidos En El Hospital General De Accidentes Del Instituto Guatemalteco De Seguridad Social “Ceibal” Zona 7 De La Ciudad De Guatemala En El Periodo 2015-2016 [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2019.
- Milian Y. Frecuencia De Terceras Molares Retenidas En Pacientes Atendidos En El C.P.P.C.C.E De La USS Del 2015 Al 2018 [Tesis]. Perú, Pimentel: Universidad Señor De Sipán; 2019.
- Castro Alfredo . Prevalencia De Terceras Molares Mandibulares Retenidos En Pacientes De 18 A 30 Años Atendidos En El Centro Radiológico Cedident Huánuco 2019 [Tesis].Preú, Huánuco: Universidad De Huánuco; 2020.
- Donado M. Cirugía Bucal, Patología y Técnica. 4ta Edic. Editorial Elsevier Masson. 2014.
- Lucas Bermudo Añino. Atlas de Cirugía Oral.1ra Edic. 2005.
- Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés. Tratado de Cirugia Bucal. 1ra Edic. Madrid – España. 2005.
- Jorge Alberto Martínez Treviño. Cirugía Oral y Maxilofacial. 1ra Edic. Editorial El Manual Moderno-México. 2005.

ANEXOS



FIG-1 REGION ANATÓMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA



FIG-2 EXAMEN RADIOGRAFICO

FIG-3 ANALISIS DE MODELOS

FIG-4

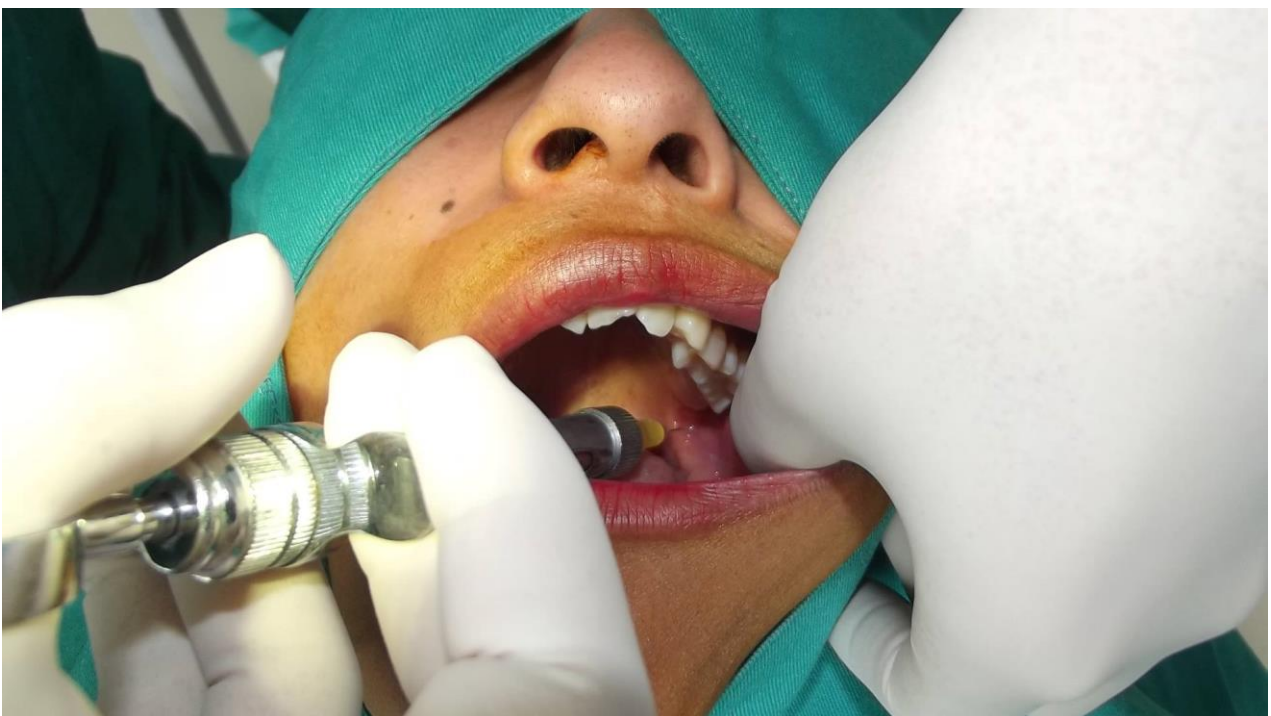


ASEPSIA Y ANTISEPSIA



FIG-5
ANESTESIA

FIG-6



INCISION



FIG-7

DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO

FIG-8



LUXACIÓN



FIG-9
EXODONCIA DE LA PIEZA 3.8



FIG-10

IRRIGACION CON SUERO FISIOLÓGICO



FIG-11

SUTURA



FIG-12 CONTROL POS OPERATORIO DESPUES DE 1 SEMANA

