

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : CIRUGÍA DE TERCER MOLAR SUPERIOR
RETENIDO PIEZA 2.8

Para Optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bach. ATAPOMA REYES, Madely Esther

Asesor : Mg. QUINTANILLA RAUCH, Carlos Manuel

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

HUANCAYO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dios que nació en nosotros y nos dio la oportunidad de fortalecer nuestro conocimiento para las personas más vulnerables.

A mis padres por su dedicación y apoyo incondicional para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTO

Universidad Peruana los Andes, gracias por participar en mi desarrollo profesional y humanitario Escuela Profesional de Odontología por su formación integral.

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:

CIRUGÍA DE TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO PIEZA 2.8

Cuyo autor (es) : **ATAPOMA REYES MADELY ESTHER**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGIA**
Asesor (a) : **MG. QUINTANILLA RAUCH CARLOS MANUEL**

Que fue presentado con fecha: 27/03/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 28/03/2023; 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 17%.

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 dos veces.

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

Huancayo, 28 de marzo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONTENIDO DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1 Fotografía de radiografía periapical molar retenida	17
Figura 2. Fotografía de radiografía panorámica	18
Figura 3. Fotografía de tomografía (CBCT).	19
Figura 4. Fotografía frontal	32
Figura 5. Fotografía lateral	3
Figura 6. Fotografía maxilar	33
Figura 7. Fotografía mandibular	33
Figura 8. Fotografía de la radiografía Panorámica	34
Figura 9. Fotografía de la paciente de frente y lateral	35
Figura 10. Fotografía del modelo de estudio inferior	36
Figura 10. Fotografía del modelo de estudio superior	36
Figura 12. Fotografía de la operadora	38
Figura 13. Fotografía de la mesa clínica	38
Figura 14. Fotografía de la anestesia	
39	
Figura 15. fotografía de la incisión	39
Figura 16. Fotografía de levantamiento de colgajo	40
Figura 17. Fotografía de Avulsión	40
Figura 18. Fotografía de Sutura	41

CONTENIDO

	Págs.
CAPÍTULO I	
Título.....	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Contenido	4
Contenido de Figuras	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO II	
2.1 Descripción del problema	7
2.2 Marco Teórico	8
2.2.1 Antecedentes	8
2.2.2 Bases teóricas.....	12
2.3 Objetivos	27
CAPÍTULO III	
3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	28
3.1 Historia Clínica	28
3.2 Examen clínico general.....	29
3.3 Diagnostico.....	33
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	37
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general	37
4.2 Plan de control y mantenimiento	41
V. APORTES	43
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
ANEXOS.....	52

RESUMEN

Los terceros molares son piezas dentarias que corresponden a la dentición permanente que se ubica por detrás del segundo molar, embriológicamente se forma a partir de los 36 meses completando su erupción a los 17 años y completan la formación apical a los 25 años. A menudo quedan atrapados en el hueso y simplemente no erupcionan y quedan alojadas en posiciones inusuales sin permitir una correcta erupción, en la mayoría de los casos los terceros molares afectados deben ser extraídos. La retención dentaria puede ser por causas locales como: falta de espacio, densidad ósea, engrosamiento excesivo de la mucosa, mala retención de los dientes primarios, pérdida de los dientes anteriores e infecciones del hueso o de la mucosa. El objetivo del presente trabajo fue “Describir y efectuar la cirugía de tercer molar superior retenido – pieza 28 para evitar sus complicaciones y para que no exista inconvenientes en el tratamiento ortodóncico que se efectuará posteriormente”. Se procedió realizar los exámenes extraorales, intraorales y radiográficos, para lograr un correcto diagnóstico y proceder con la cirugía sin ninguna complicación. Al procedimiento y controles no se presentó ninguna complicación. De este modo se llegó a una conclusión, Si se requiere la extracción del tercer molar, es esencial una planificación cuidadosa basada en la evaluación clínica y radiográfica para evitar complicaciones posoperatorias.

Palabras clave: Retención Dentaria, Densidad ósea, Cirugía del Tercer Molar.

ABSTRACT

Third molars are teeth that correspond to the permanent dentition that is located behind the second molar. Embryologically, they are formed from 36 months onwards, completing their eruption at 17 years of age and completing apical formation at 25 years of age. They often become trapped in the bone and simply do not erupt and remain lodged in unusual positions without allowing proper eruption. In most cases, the affected third molars must be extracted. Tooth retention can be due to local causes such as: lack of space, bone density, excessive thickening of the mucosa, poor retention of primary teeth, loss of anterior teeth and infections of the bone or mucosa. The objective of this work was "To describe and perform the surgery of the retained upper third molar - piece 28 to avoid complications and so that there are no inconveniences in the orthodontic treatment that will be carried out later." Extraoral, intraoral and radiographic examinations were performed to achieve a correct diagnosis and proceed with surgery without any complications. No complications were observed during the procedure and controls. Thus a conclusion was reached, If extraction of the third molar is required, careful planning based on clinical and radiographic evaluation is essential to avoid postoperative complications.

Keywords: Tooth Retention, Bone Density, Third Molar Surgery.

II. INTRODUCCIÓN

El tercer molar preservado muestra una posición diferente. Ángulo doble, ángulo cercano, vertical, horizontal. Varios autores plantean que la evidencia científica de los estudios realizados sugiere que una mayor incidencia de terceros molares posicionados proximalmente contribuye a la presencia de lesiones como caries, pérdida de hueso alveolar y pérdida de tejido dentario adyacente.

Los pacientes muchas veces no se dan cuenta de que tienen afectado su tercer molar hasta que el dolor es causado por una infección o por la presión de un diente adyacente. Los molares se ven afectados por complicaciones infecciosas (periodontitis, pericoronitis, celulitis, caries), mecánicas (estrechamiento, reabsorción radicular), neuromusculares (dolor de muelas, dolor de ATM) y trauma (fracturas mandibulares), y puede causar tumores (formación de hueso).¹

El caso clínico que se presenta trata de la extracción de un diente impactado en un paciente de 19 años. El propósito general es describir y realizar la cirugía en el tercer molar superior implantado - diente 28 para evitar complicaciones, etc. No debe haber desventajas en el tratamiento de ortodoncia posterior. El tiempo de intervención fue mínimo y altamente efectivo con diagnóstico preciso y cumplimiento del riguroso protocolo descrito en este informe.

2.1. Planteamiento del problema

Los terceros molares erupcionan a los 17 años y completan la formación apical a los 25 años. Suelen tener una importante deformidad, tanto en corona como en la raíz; La más famosa es su inconsistencia en su posición, que en un 60 % de los casos aproximadamente no hace oclusión, y más de la mitad de las veces no hace erupción fuera de la encía, a este caso se nombra molares retenidos.

Los terceros molares a menudo quedan atrapados en el hueso, o simplemente no erupcionan y pueden alojarse en el hueso en posiciones inusuales, a veces horizontales, sin permitir que erupcione normalmente. En la mayoría de los casos, el tercer molar afectado debe extraerse²

Los dientes retenidos pueden presentarse de dos formas: intradental cuando el diente está completamente cubierto por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto por la mucosa gingival, y se pueden encontrar en diferentes localizaciones, por su posición se describen varias denominaciones, entre las que se encuentran: diente retenido, incluido, enclavado e impactado².

La retención dentaria puede ser por causas locales como: falta de espacio, densidad ósea, engrosamiento excesivo de la mucosa, mala retención de los dientes primarios, pérdida de los dientes anteriores e infecciones del hueso o de la mucosa que provocan la retención del diente. Los terceros molares inferiores son los dientes comúnmente más afectados. Las tasas de retención en la literatura varían de 9.5 a 39%.².

La cirugía de terceros molares, al igual que otros tipos de cirugía, consta de tres importantes etapas quirúrgicas, a saber: incisión o escisión, cirugía autóloga y sutura o fusión. La remoción de suturas en la cirugía de terceros molares es una parte esencial del plan de tratamiento quirúrgico. Las suturas nos ayudarán a acercarnos más al tejido que se cortó al inicio de la cirugía, para que la herida cicatrice más rápido y mejor.².

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Antecedentes

2.2.1.1 Antecedentes Nacionales

Cusihuallpa L.³, investigación desarrollada en el Cusco, el año 2017; trabajo académico de sustentación de caso clínico “Cirugía del tercer molar impactado”; Los terceros molares impactados o sub Impactados extraídos en el ángulo proximal se identifican radiográficamente. Si hay una impactación o retención mínima con los dientes adyacentes en la posición proximal, estos dientes pueden romperse en el proceso de erupción, lo que resulta en una retención parcial o total dentro del proceso mandibular. Los terceros molares mandibulares a menudo se impactan después de los terceros molares superiores. Se ha demostrado que cuanto mayor es la pendiente y menor el espacio de erupción del tercer molar mandibular, mayor es el potencial de impactación que conduce a complicaciones locales como pericoronitis, quistes y tumores. Reabsorción radicular de las raíces del segundo molar mandibular Dolor y posibilidad de daño del nervio dentario durante la extracción del diente del tercer molar inferior derecho El propósito de este estudio fue aclarar el tiempo de operación y los principios básicos del tercer molar inferior derecho, y ampliar el conocimiento. Soluciones Alternativas para Historial Médico y Procedimientos Quirúrgicos; presenta como conclusiones:

1. El conocimiento del tiempo quirúrgico y de la técnica quirúrgica es una herramienta orientadora para potenciar los protocolos de atención y brindar una mejor atención odontológica a los pacientes.
2. La complejidad del caso y las posibles complicaciones durante la fase de tratamiento del tercer molar mandibular derecho requirieron considerar los fundamentos y conocimientos previos para mejorar la atención odontológica del paciente.
3. Conocer la clasificación de la posición del tercer molar inferior derecho es una herramienta para orientar el abordaje quirúrgico correcto.
4. El buen conocimiento de pruebas complementarias como radiografías y análisis de sangre proporciona información útil para el análisis de casos clínicos.”³.

Flores R.⁴ realizó su investigación en Huancayo el año 2019, a la que intituló como “Cirugía de una tercera molar ubicada en el seno maxilar, reporte de un caso clínico”, El seno maxilar es una estructura íntimamente asociada a la cavidad oral debido a su proximidad a los molares maxilares, lo que puede determinar el comportamiento de crecimiento del seno maxilar. Dependiendo de la posición de los dientes, la integridad del seno maxilar puede verse comprometida por tratamientos proximales, biangulares, impactados, de retención e iatrogénicos. El propósito de este ejemplo clínico es presentar el tratamiento quirúrgico adecuado de un tercer molar maxilar afectado que afecta el seno maxilar por diagnóstico. Esto es útil como prueba complementaria para establecer un plan de tratamiento adecuado. Aspectos para evitar complicaciones posteriores. paciente presentado es un varón de 21 años, por una tercera molar retenida, Se realizó enucleación con buenos resultados. Después de 1 semana se retiraron las suturas con buena cicatrización y buena movilidad muscular. El paciente culminó tratamiento farmacológico, entre las principales conclusiones y reportó estar sano: Los molares en la

población mundial representan alrededor del 33% de molares inferiores impactados, lo que significa que su frecuencia es baja, pero se deben tener otros cuidados anatómicos cuando las estructuras se ven afectadas”⁴.

Paredes G. ⁵ en su trabajo desarrollado en Huancayo el año 2020, denominado “Extracción Quirúrgica del tercer molar superior derecho por indicación ortodóntica reporte de un caso; La dentición humana definitiva tiene un total de 32 piezas dentarias, de las cuales se agrupan en 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares. Para su estudio se ha propuesto dividir a cada maxilar por la línea media o sagital del cuerpo, dando origen a dos hemiarquadas superiores y dos inferiores; que poseen tres ejemplares de molares cada uno. Este trabajo se desarrolla en torno al tercer molar también llamado cordal o último molar, que por la edad en la que suele erupcionar se lo denomina molar del juicio ya que cronológicamente podría implicar el criterio formado y el inicio de la responsabilidad legal del individuo, su objetivo fue; Describir los procedimientos quirúrgicos y los conocimientos adquiridos durante su carrera universitaria para la aplicación de ellos, mediante la experiencia, el caso clínico tratado fue de un paciente masculino de 20 años de edad, en aparente buen estado general, con tratamiento actual de ortodoncia, acude a la consulta por indicación de ortodoncista para la extracción de un tercer molar superior de lado derecho, sus conclusiones principales fueron qué ; El tercer molar superior es un tema de indudable importancia en la cirugía bucal y debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, clínico, quirúrgico y radiográfico; Es de mucha importancia el conocimiento de la anatomía de la región a la cual vamos a intervenir, si no nuestra técnica quirúrgica se va a complicar”⁵.

2.2.1.1 Antecedentes Internacionales

Méndez E. Vargas L. Palacios D. ⁶ en su investigación realizada en Cuenca Ecuador, el año 2022 a la que denominaron “Tercer molar retenido un problema de salud pública: análisis antes y durante la pandemia del covid-19”; Debido a la mezcla racial, la genética y los cambios en la dieta, los cambios que hemos experimentado los humanos han resultado en caries cada vez más frecuentes y las consiguientes condiciones médicas con múltiples síntomas. Varias indicaciones para la extracción de terceros molares afectados se deben a cambios de ortodoncia, prótesis restauradoras, cambios periodontales o condiciones médicas asociadas (quistes, ontogenias, fracturas, infecciones). En conclusión, el costo de la cirugía varía según el grupo de edad, el empleo y la complejidad. tercer molar. La cirugía de la edad C es la menos costosa, tiene la recuperación más rápida y es menos probable que cause complicaciones. La presencia de Covid-19 aumentó los costos operativos entre \$15 y \$20 por paciente”⁶.

Cantos E. ⁷ en su investigación desarrollada en Guayaquil Ecuador, el año 2019, denominada “Exéresis de tercer molar superior derecho clase A 1 según Pell y Gregory”; El método empleado en el estudio fue, Cualitativo- No experimental, Descriptivo-transversal, Su objetivo: Determinar la importancia del movimiento en el tercer molar superior derecho clase A1 de Pell y Gregory, presentamos un caso clínico de un paciente de 23 años operado del tercer molar superior derecho. El Fragmento N° 28 considera que la presión que ejerce este molar sobre otros dientes puede provocar apiñamiento, caries de dientes adyacentes, tumores o quistes ontogenéticos, radiológicos y clínicos Luego de considerar el examen, se debe extraer el diente. Conclusión: Elegimos utilizar una técnica quirúrgica simple basada en elevadores que no requiere colgajos ni incisiones.

Con esta técnica, la resección fue mínimamente invasiva con solo dos agujas, minimizando así el proceso de recuperación del paciente.”⁷.

Barahona K. ⁸ desarrollado en Ecuador, el año 2016 una investigación titulado “Extracción de un tercer molar retenido utilizando la técnica de odontosección”, El tercer molar es un tema muy importante en la cirugía bucal. Por ello, debe ser estudiado de forma integral, anatómica, clínica, quirúrgica y radiológica. Existen diferentes técnicas para la extracción de molares, pero el especialista utiliza la más conveniente según su criterio, en base a conocimientos básicos, diagnóstico adecuado y conocimiento del campo quirúrgico en el que se desempeña, lo fundamental es reconocer la importancia de la planificación. la extracción de terceros molares para evitar complicaciones de cualquier tipo. Después de la extracción dental, la etapa postoperatoria es muy importante. Los pacientes ancianos y los pacientes operados con muchas suturas tienen más dolor, y los que tienen más dolor tienen más inflamación.”⁸.

2.2.2 Bases teóricas

2.3.2. Bases teóricas

Cosme Gay, afirma que “los términos inclusión, impactación y retención se usan erróneamente de forma indistinta; sin embargo, no son sinónimos si bien los tres se refieren a alteraciones eruptivas. Se denomina impactación a la detección de la erupción de un diente producida por una barrera física; un diente incluido es aquel que permanece dentro del hueso y por tanto el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación ósea dentro de la inclusión, podemos distinguir entre la inclusión ectópica, cuando el diente incluido está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual, y la inclusión heterotópica, cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual”⁹.

Diente retenido

La retención significa que el diente, cuando llega el momento de la erupción natural, se captura parcial o totalmente y se asienta dentro del maxilar sin lograr la erupción. Un diente que no está correctamente posicionado en el plano oclusal porque no perfora la mucosa bucal. Un diente impactado puede estar completamente rodeado por tejido óseo o cubierto por mucosa gingival.¹⁰.

La retención de los temporarios es un hecho excepcional se denomina inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los dientes vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de dónde provenía dicha pieza¹⁰.

Los terceros molares pueden moverse lejos de su posición normal por desalineación, desplazados por lesiones como quistes o tumores, o impedido de crecer por lesiones como teratomas. La erupción puede estar asociada con anomalías del desarrollo, procesos o procesos patológicos. La etiología no siempre se conoce, a menudo es asintomática y se diagnostica mediante examen radiográfico. Las muelas del juicio o terceros molares suelen aparecer entre los 17 y los 21 años y son los últimos dientes en aparecer, por lo que son los más dañados.¹⁰.

Un diente retenido permanece incrustado en las encías o en el tejido blando del hueso más allá del tiempo normal de erupción y puede deberse al apiñamiento, lo que puede causar discrepancias¹⁰.

El tercer molar superior afectado se encuentra en el canal maxilar y su raíz puede estar muy cerca del seno maxilar. Contiene estructuras anatómicas importantes, como el nervio alveolar superior, la fosa infratemporal y la fosa pterigopalatina.¹⁰.

Diente incluido

Un diente impactado es un diente que aún no ha erupcionado y todavía está parcial o completamente incrustado en el hueso. En general, los dientes más comúnmente afectados son las muelas del juicio, los molares y los caninos superiores. Los dientes afectados pueden deberse a la falta de espacio en la mandíbula, otro diente que impide el crecimiento o exceso de hueso. Los dientes afectados pueden cariarse como cualquier otro diente y pueden requerir la extracción del diente. En este caso, fue necesario descartar cualquier tipo de enfermedad y realizar una radiografía panorámica (ortopédica) para determinar la causa de este inicio tardío.

Terceros molares incluidos

Los terceros molares pueden encontrar su erupción intermitente, causando retención parcial o total de la mandíbula. El motivo principal de la inserción es la presión de escape debido a la falta de espacio para emerger en la boca. Las muelas del juicio pueden verse afectadas por la desalineación cuando se inclinan o por la incapacidad de perforar el hueso cortical, demasiado cerca de las ramas ascendentes de la mandíbula. Sin embargo, también se puede salvar por otras razones, como abscesos, anomalías de la raíz y fracturas de extracciones anteriores, y anquilosis^{11,12}.

A veces está parcialmente erupcionado y parcialmente cubierto de fibras mucosas. Si el cordal no llega a la superficie oclusal, no hay función. Para evaluar la dificultad de la cirugía de la muela del juicio, se evaluaron la inclinación de la muela del juicio con respecto al eje del segundo molar, la profundidad, la proximidad a las estructuras adyacentes (nervio inferior, seno maxilar) y la morfología de la raíz. evaluado.^{11,12}.

Etiología

Son muchas las razones que interfieren en el proceso de erupción dental, en las que encontramos causas locales como: densidad ósea que recubre los dientes, falta de espacio en la arcada, dentición temporal a largo plazo o pérdida prematura de dientes, cualquier anomalía. Compresión y posición de dientes adyacentes, traumatismos en dientes temporales, causas generales o sistémicas, tales como: raquitismo, anemia, desnutrición, tuberculosis, disfunción endocrina, quimioterapia y sífilis congénita¹³.

Razones embriológicas

La ubicación exacta del germen del diente está lejos de ser adecuado.

- Causas comunes. Todas las enfermedades comunes directamente relacionadas con las glándulas endocrinas pueden causar problemas de erupción, retención y pérdida de dientes
- Causas locales. Estas son las causas más comunes e importantes de terceros molares implantados. Aumento de la densidad del hueso circundante: falta de espacio en los arcos dentales debido a mandíbulas subdesarrolladas o irregularidades en el tamaño y la forma de los dientes. Cambia de posición y ejerce presión sobre los dientes adyacentes. Inflamación crónica con aumento de la consistencia mucosa de la mucosa oral.
- Causas sistémicas. Esto generalmente se debe a un defecto de desarrollo subyacente y debe sospecharse cuando la erosión no epitelial afecta a varios dientes.

Rx periapical

Se utilizan como complemento de los procedimientos perioperatorios para realizar un examen más completo del cuerpo de la zona ósea, fracturas alveolares, paladar o mandíbula, bordes de quistes o tumores, dientes compactos y cálculos de Wharton

tubulares anormales. Suele realizarse con películas de cuatro tamaños, aunque también se pueden utilizar películas convencionales de dos tamaños para examinar terceros molares¹⁴.

Figura 1 Fotografía de radiografía periapical molar retenida



Fuente: Vázquez J, et al. Examen de la relación entre el tercer molar superior impactado y el seno maxilar en radiografía panorámica y tomografía (CBCT).¹⁵

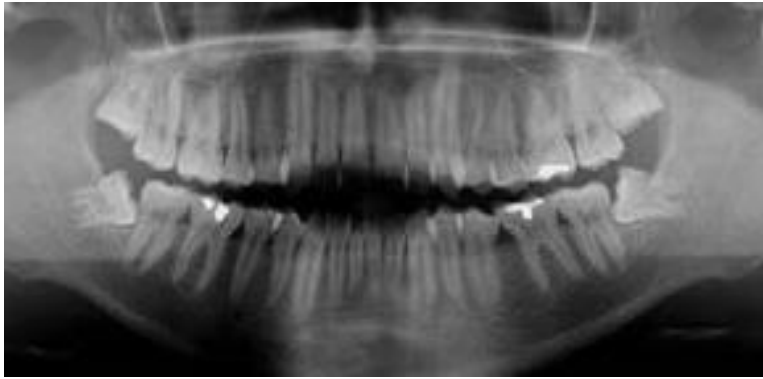
sirve para detectar:

Caries proximal, caries, abscesos, quistes periodontales, reabsorción ósea, enfermedad periodontal, pérdida de estructura dental, restos de dientes que quedan en el hueso alveolar, fracturas radiculares.

RX panorámica

La radiografía panorámica, también conocida como ortopantografía, ayuda diagnóstica donde presenta una mejor calidad de imagen de todo el macizo bucomaxilar, los dientes y la mandíbula. Dado que se trata de una visión general del área, reflejada en radiografías, es útil para el diagnóstico en varios campos de la odontología porque es una visión general del área que aparece en la imagen de rayos X¹⁵.

Figura 2. Fotografía de radiografía panorámica



Fuente: Vázquez J, et al. Radiografía panorámica y tomografía (CBCT) para examinar la relación entre el tercer molar maxilar impactado y el seno maxilar¹⁵.

Las radiografías panorámicas dentales brindan información valiosa para mejorar el pronóstico, por lo que actualmente son un estudio rutinario y sistemático, y brindan un apoyo fundamental a los odontólogos. Industrias como la de implantes, ortodoncia, cirugía oral y cirugía periodontal aprovechan diariamente el detalle que brindan estas imágenes digitales de las articulaciones; Y para determinar la patología de los dientes, su valor también es fundamental¹⁶.

El panorama que proporciona la radiografía digital corresponde principalmente a la cara y la parte inferior de la cabeza. Es posible la detección e identificación del 40% de las enfermedades, tanto primarias como secundarias. En comparación con las radiografías periapicales (otra técnica utilizada cuando se toman radiografías de la boca), las radiografías dentales panorámicas brindan aproximadamente un 70 % más de cobertura diagnóstica, al mismo tiempo que reducen la radiación hasta en un 90 % de la superficie de la piel del paciente¹⁶.

Básicamente, como se ha comentado, el disco dentado panorámico facilita la visualización de una mejor imagen de calidad de piezas dentarias superiores, maxilar inferior, como zonas anatómicas adyacentes. Usualmente al tomar estas placas se utiliza alguno de los tres sistemas, y en todos los casos se utilizan radiografías para obtener un panorama dentario. Estos sistemas colocan principalmente un tubo de rayos X dentro del cuerpo del paciente y luego aplican una

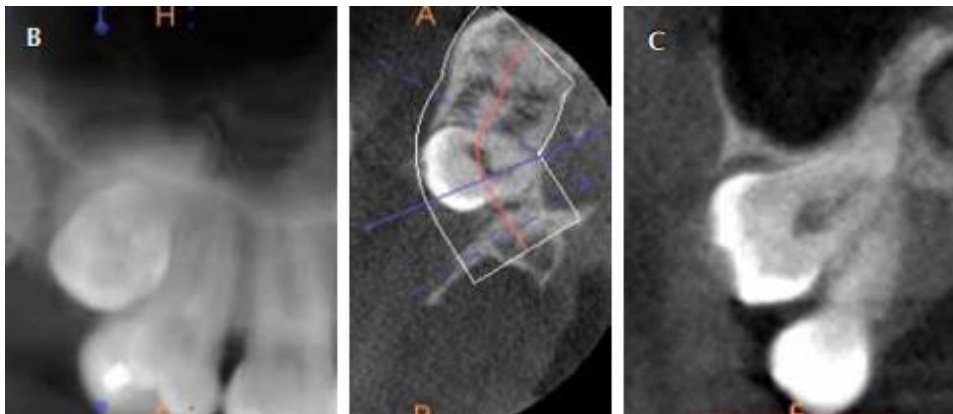
película en la cara del paciente (técnica de fijación). El segundo método requiere que el paciente rote entre la película y el haz de rayos X de radiación (modo dinámico basado en radiografía o tomografía parcial); Y una tercera capacidad para generar imágenes y generar rayos X alrededor del paciente (también un sistema dinámico) ¹⁶.

Diagnóstico por imagen

RADIOGRAFIAS

La gran ayuda del diagnóstico por imagen, no sólo para conseguirlo sino también al proporcionar la posibilidad de realizar exámenes intraoperatorios y postoperatorios, obliga al especialista a conocer todas las técnicas disponibles. Conocimiento de sus modificaciones y asimilación de las nuevas técnicas de desarrollo. Con el desarrollo de nuevas tecnologías, queda claro que actualmente en uso, la Rx, oclusal, mejorarán respuestas más rápido a razón de los asombrosos avances en las computadoras y sus aplicaciones.

Figura 3. Fotografía de tomografía (CBCT).



Fuente: Vázquez J, et al. Radiografía panorámica y tomografía (CBCT) para examinar la relación entre el tercer molar maxilar impactado y el seno maxilar¹⁵.

El nuevo siglo estará marcado por la sustitución de la radiación convencional por la radiación digital. Esto es gracias a los avances en los microprocesadores utilizados en las computadoras

que permiten la adquisición simultánea de radiación, lo que reduce en gran medida el impacto de la radiación ionizante en los pacientes. El sorprendente desarrollo de los sistemas de comunicación también ha dado lugar a avances en este tipo de tecnología, permitiendo la comunicación instantánea entre diferentes estaciones de un mismo servicio, entre servicios diferentes o incluso entre sitios completamente remotos, facilitando el diagnóstico por diferentes especialistas o por reconocidos especialistas en medicina especial¹⁷. Y al mismo tiempo, ahorro de tiempo porque el médico especialista que lo solicite puede realizar un reconocimiento inmediato y directo en el consultorio.

Dentro de poco, el desarrollo de exámenes radiográficos será tan rápido y complejo en que el especialista deberá especializarse más en su campo, lo que podría crear un diagnóstico multimodal para potenciar la efectividad de los tratamientos¹⁷.

Clasificación de los Terceros Molares (Retenidos o Incluidos)¹⁸

Existen varias clasificaciones de los terceros molares, generalmente de acuerdo con los siguientes criterios:

Posición del tercer molar al segundo molar

Características del espacio retromolar ángulo del eje longitudinal del diente

La cantidad de hueso o tejido mucoso que cubre un diente impactado.

La extracción de órganos dentales preservados es uno de los métodos más comunes en cirugía oral y maxilofacial, especialmente el tercer molar mandibular es uno de los órganos dentales más comúnmente importados. Las indicaciones para la extracción de dientes varían y están relacionadas con la ubicación, forma y patología de cada órgano. Las características anatómicas de los terceros molares incluyen coronas policúspides, cónicas o cuadradas. También se pueden

observar fusión de raíces, raíces múltiples, raíces supernumerarias, enanismo de raíces y gigantismo de raíces.

Debido a lo impredecible de la colocación anatómica de los terceros molares mandibulares, es necesario un diagnóstico certero para el manejo quirúrgico, prevención de complicaciones y manejo postoperatorio. El examen radiográfico es esencial ya que la manipulación quirúrgica debe identificar el punto de menor resistencia para superar la fijación radicular del hueso alveolar.

Los terceros molares fueron clasificados radiográficamente de acuerdo a su posición relativa a los segundos molares y ramas mandibulares. Según Pell y Gregory, los terceros molares se clasifican en clases A, B o C según su profundidad al plano oclusal y el espacio disponible (superior mandibular y segundos molares adyacentes). Según Winter, la posición espacial se dividió en cuatro clases de inclinación con respecto al eje longitudinal del tercer molar. En última instancia, Sánchez-Torres basándose en consideraciones adicionales como la profundidad y orientación de los terceros molares, el número, orientación y forma de las raíces, y su relación con el conducto inferior y los segundos molares, desarrolló una clasificación. Esta clasificación es menos conocida que la anterior, pero tiene en cuenta más factores sin valoración previa. En los campos clínico, forense y de investigación, es importante permitir que diferentes observadores perciban los mismos problemas. La clasificación de los terceros molares se basa en la clasificación de Pell, Gregory y Winter. Debido a lo impredecible de la colocación anatómica de los terceros molares mandibulares, es necesario un diagnóstico certero para el manejo quirúrgico, prevención de complicaciones y manejo postoperatorio. El examen radiográfico es fundamental ya que la manipulación quirúrgica debe identificar el punto de menor resistencia para superar la fijación radicular del hueso alveolar

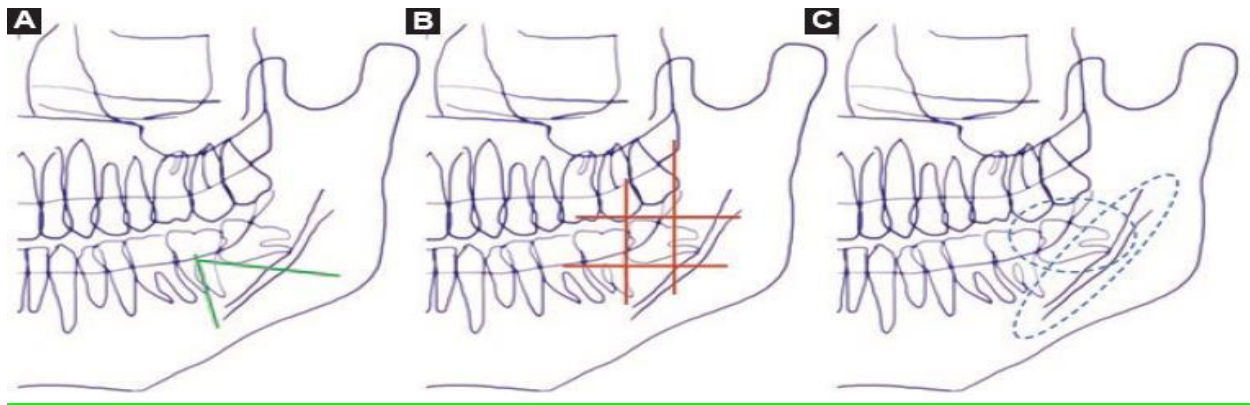


Figura 1 Representación esquemática de la clasificación más común de los terceros molares mandibulares. A) Clasificación de Winter basada en la posición del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar. B) Clasificación de Pell y Gregory basada en la profundidad a la superficie oclusal de los segundos molares mandibulares y el diámetro mesiodistal del diente impactado. mandíbula inferior. C) Clasificación de Sánchez Torres. Se basa en tres elementos básicos: Profundidad y dirección de terceros molares, número de raíces, dirección y forma. Dos complementarios también: relación con el conducto inferior y relación con el segundo molar.

Técnica quirúrgica

Síntesis

Importante el conocimiento de la anatomía de la región a la cual vamos a intervenir, si no nuestra técnica quirúrgica se podría complicar.

Instrumental.

Bisturi, hoja 15

Legra o decolado

Micromotor, fresas quirúrgicas en el caso de realizar osteotomías u odontosección.

Irrigación para no producir calor en la zona

Elevadores, fórceps

Cuchareta de alvéolo

Instrumental de síntesis.

Todo esto va a depender del procedimiento que vayamos a realizar.

Incisión

Hay diferentes tipos de aletas que se pueden llenar, incluyendo:

En este caso, un diseño de válvula que es lineal en la región más posterior y luego inter-peazón en la región del pezón.

El colgajo es de espesor total y permite una buena aproximación del plano del hueso.

Exposición de la superficie ósea en la región del tercer molar.

La osteotomía le permite observar el cambio de color entre el esmalte dental y el hueso.

La limpieza del tercer molar del alvéolo se realiza con un elevador.

colgajo lineal

llave seminueva

aletas modificadas.

Sin embargo, el grosor total siempre debe ser mucoperióstico y el reemplazo del colgajo siempre debe realizarse en tejido sano.¹⁹.

Odontosección

Procedimiento en el que se corta parte de un diente para extraerlo horizontalmente, como por ejemplo de un molar. Si se trata de residuos de raíces, puede hacerlo con un elemento giratorio o un elevador. Las extracciones dentales se pueden realizar en diferentes áreas, como la corona y luego la raíz, lo que permite un procedimiento menos traumático.²⁰.

Material de sutura

Seda negra (no reabsorbible)

Ácido poliglicólico (reabsorbible)

Generalmente se usa de calibre 3.0 o 4.0 (esto también dependerá del cirujano).

Sutura

Reposición del colgajo y papilas.

Siempre se debe tener cuidado de no dejar áreas expuestas distales de los segundos molares para evitar áreas sensibles después de la cicatrización.

Intención principal: solapas cerradas. Finalidad secundaria: cuando se utiliza gasa yodada moldeada en procesos infecciosos crónicos, donde se coloca gasa yodada moldeada en la zona alveolar y se requiere un postoperatorio más controlado.

Asepsia y esterilización

Cirugía propiamente dicha

Técnica Anestesia:

Anestesia local: La anestesia del tronco se utiliza en el nervio alveolar superior posterior en combinación con la anestesia por infiltración vestibular y palatina.

Colgajos de acceso

“este colgajo prevé una incisión intra surcular que implica al segundo molar superior y, en algunos casos, también al primero, así como una incisión de descarga distal que desde la superficie distal del segundo molar se dirige hacia la zona distal y vestibular a través de la tuberosidad. Colgajo Marginal Trapezoidal: añadiendo una incisión de descarga que desde el margen Mesiovestibular del segundo molar, o del primer molar, se dirige apicalmente al vestíbulo, permite crear un plano de acceso más amplio y, por tanto, estará indicado en las inclusiones más profundas”²¹.

Colgajo triangular

“Está formado por una incisión de descarga en la tuberosidad parecida a las anteriores y por una mesial situada distalmente al segundo molar. Presenta la ventaja de no interferir con el periodonto de los molares erupcionados, pero limita el acceso”²²

Colgajo de acceso palatino

“Si el tercer molar incluido se encuentra en posición palatina, el acceso vestibular puede resultar insuficiente y puede ser necesario realizar un colgajo palatino. La incisión se realizará en el surco gingival palatino del segundo y primer molar, mientras que la incisión de descarga distal atraviesa la tuberosidad desde la mitad distal del segundo molar hacia atrás. El despegamiento de este colgajo requiere cautela y es muy importante realizar el proceso en la totalidad del espesor, para evitar lesionar la arteria palatina”²².

Osteotomía

Se procede a despegar el colgajo, para ello se utiliza “periostotomo y sostenerlo con un separador, se realiza la osteotomía. Usualmente debido a la posición superficial de los terceros molares superiores, se realiza una osteotomía menos amplia. Es debido a que el hueso de esta región es más esponjoso y permite cierta elasticidad, para efectuar la osteotomía se emplea la fresa quirúrgica, asimismo se debe incluir la superficie vestibular del molar, lo que nos permitirá insertar un elevador entre el segundo y el tercer molar. La odontosección no puede ser necesaria en muchos casos. Solo en presencia de molares mesio inclinados o disto inclinados o en caso de raíces muy divergentes, puede ser necesario separar la corona del conjunto radicular, sobre todo cuando esta se encuentra alojada en la concavidad distal del segundo molar”^{10,23}.

Luxación

paladar y vestíbulo. Tenga especial cuidado de no fracturar la tuberosidad maxilar o mover el diente o parte de él hacia el seno maxilar o la cavidad pterigoidea. La luxación del tercer molar superior se realiza mediante elevadores rectos o angulares, elevadores de invierno y elevadores crebdent. Una dislocación vestíbulo-distal puede ser útil si se realiza una odonttomía. Una vez que el diente está completamente dislocado en vestibular, se puede sujetar fácilmente con una pinza hemostática o con unas pinzas para el tercer molar maxilar. En esta etapa, se le pide al paciente que toque los dientes para evitar que entren en la faringe.²⁴.

Limpieza del campo

Luego de la extracción del tercer molar, se examina la cavidad para determinar si existe asociación con el seno maxilar. Enjuague con solución fisiológica y raspe para eliminar los residuos. En caso de duda, se realiza una maniobra de Valsalva y si existe una conexión orocinus preexistente, se cierra inmediatamente con un colgajo de reducción adecuado.

Complicaciones post – operatorias

“La prevalencia de complicaciones se sitúa entre el 8% y el 11% de las extracciones quirúrgicas de los terceros molares Dentro de las complicaciones posoperatorias, las cuales ocurren horas, días o semanas posteriores al procedimiento quirúrgico, se encuentran las hemorragias, las infecciones (alveolitis), el trismo, el hematoma y el edema”²⁵.

Hemorragias. - “Después de la extracción de dientes es normal que el área sangre y luego coagule, generalmente a los pocos minutos. Es anormal si la hemorragia continúa sin que se forme el coágulo o persiste por más de ocho a 12 horas; este hecho se conoce como hemorragia post extracción (HPE). Dichos incidentes de hemorragia pueden causar dificultades a los pacientes, que pudieran necesitar consultas e intervenciones dentales de urgencia. Las causas de la HPE pueden ser locales, una enfermedad sistémica o un fármaco” ²⁶.

Infecciones (alveolitis).

“Durante el proceso de la alveolitis existe una ausencia de vasos sanguíneos, que no permite la proliferación de capilares y, por ende, no se organiza el coágulo sanguíneo que fácilmente se desintegra. La pérdida del coágulo sanguíneo expone el hueso alveolar al aire, a los alimentos y los líquidos, causando dolor, lo cual hace que la cicatrización del alvéolo se ve retrasada. Es reversible, superficial y de aparición tardía, pues aparece entre 2 a 4 días después de la extracción dentaria. Hupp¹⁰ la divide en 2 entidades”:

- Alveolitis Seca Primaria: Para periostitis en alvéolo desnudo. Los pacientes no sangran después de la extracción. es inmediato - Secado secundario: es indirecto y ocurre entre los días 2 y 4 después de la extracción. El trombo se pierde por completo. El paciente tiene mal gusto, dolor intenso irradiado con linfadenopatía, halitosis poco pronunciada.

Tratamiento

Todavía no existen pautas para el tratamiento de la alveolitis. Algunos autores recomiendan el uso de paliativos como los vendajes y el uso de fármacos como los antibióticos, y en otros casos tratamientos más invasivos como el desbridamiento tópico.²⁷

Trismo.

“El trismo es descrito como que el paciente no puede abrir la boca por un espasmo muscular. Un trismo severo puede complicar cualquier proceso inflamatorio en la vecindad de la articulación temporo-mandibular siendo la causa más frecuente la erupción incompleta de una muela del juicio, o abscesos dentales, o en los abscesos periamigdalinos donde es parcial. La imposibilidad de abrir la boca por fibrosis de la articulación temporo-mandibular no se debe confundir con el trismo”²⁸

Hematoma

Es una zona de decoloración de la piel que queda cuando se acumula la sangre en una herida quirúrgica donde se ha extirpado tejido”²⁹.

Edema

“El edema se presenta por la extravasación de líquido en el tejido intersticial o en las cavidades orgánicas producido por tejidos traumatizados; puede ser un exudado o un trasudado”^{30,31}.

2.3 Objetivos

Objetivo general

“Describir y efectuar la cirugía de tercer molar superior retenido – pieza 28 para evitar sus complicaciones y para que no exista inconvenientes en el tratamiento ortodóncico que se efectuará posteriormente”.

CAPITULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Historia Clínica:

ANAMNESIS

► FILIACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS: X M O.

EDAD: 19 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

DOMICILIO: Jr. Augusto B. Leguía No. 14 – Satipo

TELÉFONO: 991177495

OCUPACIÓN: Estudiante

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Satipo 03/07/2003

LUGAR DE PROCEDENCIA: Satipo

► MOTIVO DE CONSULTA: “Quiero extraerme la muela de juicio”

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de la enfermedad: la paciente expone no tener fecha de inicio

- Forma de inicio: se considera insidiosa
- El Curso de la enfermedad: se considera como estacionario
- Síntomas Principales: La paciente refiere tener una percepción desagradable, inclusive siente un ligero dolor al cepillarse en la zona del tercer molar, en el sector postero superior pieza 28

► ANTECEDENTES

General : No refiere

Familiares : Refiere que su papá padece de diabetes

Patológicos : No refiere

Alergias : No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

SIGNOS VITALES:

PA : 120 / 80 mm Hg.

PULSO : 65 pulsaciones x minuto.

TEMPERATURA : 36.5 °C.

FREC. RESPIRATORIA : 20 respiraciones x minuto.

ESTADOS DEL PACIENTE : ABEG, LOTEP.

PIEL

TEXTURA : Rugosa

TURGENCIA : Conservado

COLOR : Tez blanca

PIGMENTACIÓN : No presenta

LESIONES : No presenta

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO EXTRA BUCAL

CABEZA : Dolicocéfalo

CARA : Dolicofacial

ATM : No presenta ruido y dolor a la apertura y cierre.

GANGLIOS : submentonianos y submandibulares de forma redondeada, móvil y no presenta dolor a la palpación.

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO INTRABUCAL

TEJIDOS BLANDOS

LABIOS Y COMISURAS : incompetencia labial de 4.5mm , hidratados.

CARRILLOS : Textura liso.

PALADAR DURO Y BLANDO: paladar Duro profundo de tonalidad blanquecina con presencia pronunciadas de rugas palatinas, paladar blando de tonalidad más rosada.

LENGUA : Tamaño mediano, húmedo brillante, con presencia de saburra en el dorso de la lengua.

PISO DE BOCA : color rosado brillante Vascularizado, presencia pronunciada de “carúnculas sublinguales” donde desembocan los conductos de la glandulas submaxilares.

FRENILLO : Superior media y frenillo inferior media

SALIVA : Tipo mucosa.

CANTIDAD : Aceptable.

Encías:

COLOR : Rosadas

TEXTURA : Rugosa

CONSISTENCIA : Fibrosa

ENCÍA PAPILAR : Normal

TEJIDOS DUROS

MAXILAR SUPERIOR : Mediano

MAXILAR INFERIOR : Mediano

REBORDE ALVEOLAR : Conservados

ZONAS EDÉNTULAS . No presenta

DIENTES : Permanentes

NÚMERO : 28

DIENTES AUSENTES: 1.8 -2.8 – 3.6 -4.8

FORMA : Triangular

TAMAÑO : Grandes

ALTERACIÓN DE POSICIÓN: 1.1-1.2: vetibularizados 2.1-1.2: palatalizados

3.1- 4.1 presentan ligero giro versión hacia distal 3.7: lingualizado 4.3: giroversión
hacia mesial 4.5 giroversión hacia distal

OCCLUSIÓN:

RELACIÓN MOLAR DERECHA : Angle, clase I

RELACIÓN MOLAR IZQUIERDA : Angle, clase II

RELACIÓN CANINA DERECHA : clase I

RELACIÓN CANINA IZQUIERDA : clase II

DIMENSIÓN VERTICAL : Aumentada.

GRADO DE APERTURA BUCAL : 45 mm

Región anatómica comprometida (zona problema)

Sector postero superior pieza 28

INSPECCIÓN : Ausente.

PALPACIÓN : Asintomático

Figura 4. Fotografía frontal



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 5. Fotografía lateral



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 6. Fotografía maxilar



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 7. Fotografía mandibular



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

3.3. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico presuntivo:

Ausencia clínica de la pieza 2.8

EXAMENES AUXILIARES

Figura 8. Fotografía de la radiografía Panorámica



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Diagnóstico definitivo: Retención de la Pieza 28

Figura 9. Fotografía de la paciente de frente y lateral



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 10. Fotografía del modelo de estudio inferior



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 10. Fotografía del modelo de estudio superior



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

Cirugía

Extracción de la pieza 2.8

Procedimiento quirúrgico:

- Asepsia y Antisepsia, ganando un ambiente adecuado para iniciar el tratamiento.
- Se indica al paciente la realización del enjuague con clorhexidina al 0.2% por 20 a 30 segundos.
- Anestesia, anestesia del tronco con el objetivo de bloquear el nervio alveolar posterosuperior, seguida de infiltración vestibular y palatina.
- Incisión, se procedió a realizar una incisión a nivel del margen gingival, con una hoja de bisturí No. 15.
- Colgajo, luego se procedió a realizar el descolgado mucoperiostico, donde se logra visualizar la corona de la pieza 2.8.
- Luxación, se realiza la luxación de la pieza 2.8 con la ayuda de un elevador recto.
- Finalmente se realiza la avulsión de la pieza 2.8.
- Se irrigó con suero fisiológico, posteriormente se procedió a realizar la sutura mediante punto simple con hilo de seda negro 3/0.

4.2. Desarrollo del caso clínico

Figura 12. Fotografía de la operadora



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 13 Fotografía de la mesa clínica



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 14. Fotografía de la anestesia



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 15 fotografía de la incisión



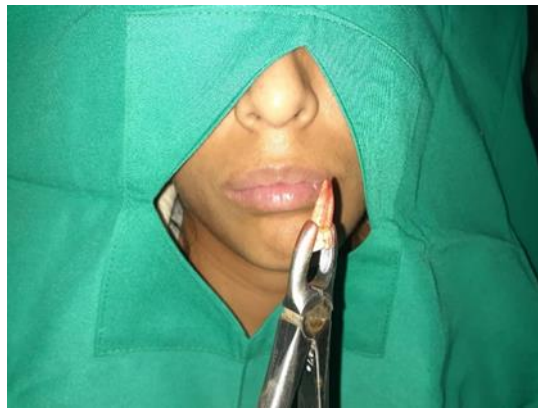
Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 16. Fotografía de levantamiento de colgajo



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 17 Fotografía de Avulsión



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

Figura 18. Fotografía de Sutura



Autor: Bach. Madely Esther Atapoma Reyes

4.2 Plan de control y mantenimiento

Post operatorio

Control:

- Evaluar el uso de medicamentos, duración, dosis, etc.
- Indicaciones tópicas, uso de hielo las primeras horas (48 horas) y calor a partir de entonces. Incluso con suturas absorbibles, las suturas se retiran en 7 días.
- Despliegue postoperatorio en fichas cronológicas.
- Control: Dieta.

Porque tomar drogas puede causar gastritis, higiene, dolor y medicamentos.

Indicación postoperatoria

Deje la gasa durante 15 minutos.

Relativamente tranquilo.

Nutrición suave las 24 horas.

Aplicar una compresa fría.

Lavar con agua salada e instalaciones sanitarias.

Tome medicamentos antiinflamatorios según las indicaciones.

Terapia antibiótica opcional.

Control radiográfico evolutivo hasta 1 año.

Indicaciones y medicación post operatoria

Amoxicilina 500 mg. VO C/6 horas por 5 días.

Dexametasona 4 mg. IM C/12 horas por 2 días.

Ketarolaco 60 mg. IM C/12 horas por 2 días.

colutorios con diguclonato de clorhexidina al 0,12%

Indicaciones por 7 días.

- Comida ligera.
- 48 horas de silencio absoluto y 7 días de silencio relativo.
- Acuéstese con la cabeza en alto.
- No aspirar líquidos.
- Evita sonarte la nariz. Estornuda con la boca abierta.
- A los 7 días se retiran las suturas y se observa buen desarrollo y cicatrización de la herida.

V. APORTES

- La praxis desarrollada en el trabajo de suficiencia profesional, nos permite afirmar que es recomendable la extracción de un tercer molar retenido, mucho más en casos de apiñamiento severo como el desarrollado en el caso clínico presente.
- Es fundamental reconocer la ubicación exacta de los terceros molares retenidos antes de realizar cualquier tratamiento quirúrgico, por medio de estudios radiográficos y tomográficos.
- Es importante cumplir con los protocolos de atención para el proceso de la extracción de un tercer molar retenido, así como los cuidados pre y post operatorios dentro de ello el cumplimiento terapéutico o farmacológico para evitar posibles complicaciones.

VI. CONCLUSIONES

- Se realizó la exodoncia de la Pieza 28; en la paciente de 19 años, mediante un diagnóstico correcto y con protocolo establecido, que permitirá corregir el apiñamiento dental, por la fuerza que ejerce dicho tercer molar superior izquierdo retenido, para posterior tratamiento de ortodoncia.
- Si se requiere la extracción del tercer molar, es esencial una planificación cuidadosa basada en la evaluación clínica y radiográfica para evitar complicaciones posoperatorias.

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar estudios e investigaciones para encontrar la técnica más adecuada y menos traumática en la extracción de los terceros molares retenidos, en pacientes más jóvenes que acuden a la consulta odontológica.
- Se deben de realizar seguimiento a los pacientes que presentaron el evento observando a futuro que no hayan desarrollado una patología.
- Los clínicos deben de efectuar un análisis más exhaustivo de los caninos y los terceros molares en forma ideal utilizando tomografías axiales computarizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benítez F. Complicaciones más frecuentes que se presentan durante y después de la cirugía de terceros molares en el área de cirugía de la escuela de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña durante el período Enero-Abril 2015. [Tesis de grado para optar por el título de: Doctor en Odontología]. Santo Domingo, D.N. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. 2015. 93 p.
2. Armand M. et al; Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient. 2015; 92 (1):995-1010. [Internet]. Disponible en:
<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/217/1389>
3. Cusiwallpa L. Cirugía de tercer molar impactado. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Cusco, Perú. Universidad Andina del Cusco; 2017. 68 p.
4. Flores R. Cirugía de una tercera molar ubicada en el seno maxilar, reporte de un caso clínico. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Huancayo, Perú. Universidad Peruana Los Andes; 2019. 19 p.
5. Paredes G. Extracción Quirúrgica del tercer molar superior derecho por indicación ortodóntica reporte de un caso. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Huancayo, Perú. Universidad Peruana Los Andes; 2020. 45 p.
6. Méndez E. Vargas L. Palacios D. Tercer molar retenido un problema de salud pública: análisis antes y durante la pandemia del covid-19; Odontología activa. 2022; 7(1): 51-55. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/744>
7. Cantos E. Exéresis de tercer molar superior derecho clase A 1 según Pell y Gregory. [Tesis para optar el título de Odontólogo]. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil; 2019. 72 p.
8. Barahona K. Extracción de un tercer molar retenido utilizando la técnica de odontosección. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil; 2016. 66 p.

9. Cosme Gay C. Berini L. (2004). Tratado de cirugía bucal. Madrid: Ergon, 355-85.
10. Delgadillo N. et al. Cirugía del tercer molar superior izquierdo retenido en compromiso con el seno maxilar. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Cochabamba. Bolivia. Universidad Mayor de San Simón Peruana Los Andes; 2020. 45 p.
11. Meighani G. Pakdaman A. Diagnosis and Management of Supernumerary (Mesiodens): A Review of the Literature. J Dent (Tehran). 2010; 7(1): 41-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184724/>
12. Cuatro supernumerarios en maxilares del tercer milenio. Monografías [Internet]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos91/cuatro-supernumerarios-maxilares-del-tercer-milenio/cuatro-supernumerarios-maxilares-del-tercer-milenio>
13. Pentón V, Véliz Z, Herrera L. Diente retenido- invertido. Presentación de un caso: modelos de diagnóstico y evaluación. MediSur [Internet]. 2009; 7(6): 59-63. Disponible en:
14. Radiografía oclusal [Internet]. Wikipedia. 2019 [citado 2022 Jun 21]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Radiograf%C3%ADa_oclusal
15. Vázquez D, Subirán B, Pujol M, et al. Estudio de la relación de los terceros molares superiores retenidos y el seno maxilar en radiografías panorámicas y tomografía (CBCT). Rev ADM. 2020;77(1):6-10. Disponible en:
16. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91536>
17. Fuentes Ramón, Arias Alain, Borie-Echevarría Evelyn. Radiografía Panorámica: Una Herramienta Invaluable para el Estudio del Componente Óseo y Dental del Territorio Maxilofacial. Int. J. Morphol. 39(1): 268-273. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022021000100268&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022021000100268>.

18. De la radiología convencional a la digital. Clínica Internacional Siboney. 2019 [citado 2022 Jun 21]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/cis/2019/09/03/de-la-radiologia-convencional-a-la-radiologia-digital/>
19. Rivera R.et al. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. Gac. Méd. Méx [citado 2022 Jun 22] ; 156(1): 22-26. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000100022&lng=es. Epub 26-Mayo-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.19005113>.
20. Aymerich O. Generalidades de colgajos y su importancia en la relación con la reparación del daño corporal. Med. leg. Costa Rica Mar [citado 2022 June 21] ; 31(1): 49-56. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100005&lng=en.
21. Gay Escoda C, Berini L. Extracción de restos radiculares. Exodoncias complejas. Exodoncia quirúrgica. Odontosección.[citado 2022 June 21] ; Disponible en :http://www.esproden.com/bfd_download/extracciones-complejas-dr-gay-escoda/
22. Arellano E. Tipos de incisión y colgajos. 2020 [citado 2022 June 21] ; Disponible en : <https://es.slideshare.net/DRARELLANO1/tipos-de-incisin-y-colgajos>
23. del Puerto M., Casas L, Cañete R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. Rev. Med. Electron. 2014 [citado 2022 Jun 21] ; 36(Suppl 1): 752-762. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es.
24. Técnica de elevación del colgajo. Wikipedia. 2020 [citado 2022 Jun 22].Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica_de_elevaci%C3%B3n_del_colgajo

25. Tiempos de la exodoncia con fórceps y con elevadores.pdf..2020 [citado 2022 Jun 22]. Disponible en: <https://ocw.ehu.eus/mod/resource/view.php?id=33752>
26. Restrepo L. Meneses F. Vivares A. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. 2020 [citado 2022 Jun 22 22/06/2022]; 37 -48. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/72842> DOI <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n1.72842>
27. VERGARA BUENAVENTURA, Andrea. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [online]. 2014, vol.36, n.4, pp.169-173. ISSN 2173-9161. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.006>.
28. Martín O, Lima M, Zulueta M. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. *Rev Cubana Estomatol*.2001. ; 38(3): 176-180. [citado 2022 Jun 22] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300005&lng=es.
29. Rodríguez Grimán Oscar A. Trismo. *Gac Méd Caracas* . 2003 [citado 2022 Jun 22] ; 111(4):313-316. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622003000400008&lng=es.
30. Hematoma (acumulación de sangre). 2003 [citado 2022 Jun 22] .Disponible en : <https://www.breastcancer.org/es/efectos-secundarios-tratamiento/hematoma#:~:text=Se%20llama%20hematoma%20generalmente%20a,do nde%20se%20ha%20extirpado%20tejido.&text=Anuncios-,Al%20igual%20que%20una%20magulladura%2C%20un%20hematoma%20es%20un a%20marca,sangre%20atrapada%20bajo%20la%20superficie>.

31. Jacobo R, Gladys R. Desplazamiento por iatrogenia del tercer molar al seno maxilar. Reporte de caso clínico. Revista ADM. 2018; 75(1): 39-44.
32. Albarran B. NavarroT. Evaluación clínica del edema posterior a la odontectomía de terceros molares retenidos y asociado al uso o no de sutura. ODOUS CIENTIFICA Vol. 20 No. 1, Enero - Junio 2019. [citado 2022 Jun 22]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol20n1/art02.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICOS

Yo, Xiomara Matos de la O con DNI N° 75778409 de 19 años de edad en mi condición de paciente **AUTORIZO** al operador **ATAPOMA REYES MADELY ESTHER** CON DNI N° **72023762** me realice el siguiente tratamiento odontológico... Extracción de las 3^{as} molares con fines de tratamiento ortodóntico.

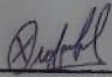

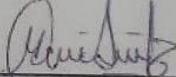

Además, he sido informada de las posibles complicaciones que pudieran ocurrir durante la realización del tratamiento, reconozco que mis preguntas y dudas han sido contestadas y resueltas.


Me comprometo a seguir todas las indicaciones que se realice como parte de los tratamientos que por este medio acepto.

AUTORIZO: que se obtengan (marcar la opción)

- Fotografías en el pre intra y post – operatorio SI NO
- Otros registros gráficos (especificar)... Modelo de Estudios.....
- Difusión de registros gráficos de mi tratamiento en revistas y/o ámbitos científicos SI NO

Satipo.....

 FIRMA DEL PACIENTE		 FIRMA DEL OPERADOR	
Nombre y A: <u>Xiomara Margorie Matos de la O</u>		Nombre y A: <u>Atapoma Reyes Madely Esther</u>	
DNI N° <u>75778409</u>		DNI N° <u>72023762</u>	


Jairo Suazo Maldonado
CUBIJA DENTISTA

Anexo 3: Identificación de la paciente.

SÓLO PARA IDENTIFICACIÓN



(Handwritten signature)

DNI	75778409
Apellido Paterno	MATOS
Apellido Materno	DELAO
Nombres	XIOMARA MARGORIE
Fecha Nacimiento	2002-07-02
Sexo	FEMENINO
Estado Civil	SOLTERO
Grado Instruccion	PRIMARIA-2DO GRADO
Estatura	1.5 MTS.
Departamento Nacimiento	JUNIN
Provincia Nacimiento	SATIPO
Distrito Nacimiento	SATIPO
Fecha Expedición	2019-11-27
Nombre Padre	LUIS EDVER
Nombre Madre	MAXIMINA
Fecha Inscripción	2010-12-01
Departamento Domicilio	JUNIN
Provincia Domicilio	SATIPO
Distrito Domicilio	SATIPO
Domicilio	LOS ANGELES S/N
Constancia Votación	SUFRAGO
Restricción	NINGUNA
Caducidad	2027-11-27

Anexo 3: declaración jurada de autoría

DECLARACION JURADA DE AUTORIA

En la fecha, yo **ATAPOMA REYES MADELY ESTHER**. Identificado con **DNI N°72023762** domiciliado en Satipo, Bachiller de la facultad ciencias de la salud, escuela profesional de odontología, me comprometo a asumir las consecuencias administrativas si hubiera en la elaboración de mi investigación titulada: **CIRUGIA DEÑ TERCER MOLAR SUPERIOR**. se haya considerado datos falsos, falsificaciones, plagios etc. Y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales, citados bajo referencias de las fuentes consultadas.



Atapoma Reyes Madely E.

DNI.72023762

Satipo, mayo del 2022.