

# **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

## **Facultad Ciencias de la Salud**

Escuela Profesional de Odontología



## **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**Tratamiento Quirúrgico de una Tercera Molar inferior Semi-Incluida**

Para optar: el Título profesional de Cirujano Dentista

Autora : Bach. Jaimes Castillo Kevin

Asesor : C.D. Millán Gonzales Sheyla Tatty

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución de investigación: Consultorio dental particular

Huancayo – Perú  
2023

## **DEDICATORIA**

Al Divino creador por darme la vida y permitirme alcanzar mis metas y anhelos. A mis progenitores, que, con su apoyo incondicional y constante, hicieron posible que culmine mis estudios universitarios.

**Kevin**

### **AGRADECIMIENTO**

A mis padres, a mi esposa Jhorly y a mi hijo Daryl Fabricio, por su apoyo constante y darme la fuerza de seguir adelante; a mis docentes que impartieron conocimientos dentro de los claustros universitarios.

**Kevin**

## CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0043-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL** Titulado:

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA TERCERA MOLAR INFERIOR SEMI-INCLUIDA

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. JAIMES CASTILLO KEVIN**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor(a) : **C.D. MILLAN GONZALES SHEYLA TATTY**

Fue analizado con fecha **08/10/2023** con el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

**Excluye Bibliografía.**

**Excluye Citas.**

**Excluye Cadenas hasta 20 palabras.**

Otro criterio (especificar)

X
X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **22** %.

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

Observaciones:

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

Huancayo, 09 de octubre de 2023.



**MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI**  
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

# CONTENIDO

## CAPÍTULO I

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN .....	8
INTRODUCCION .....	10

## CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2.2. OBJETIVOS .....	10

## CAPÍTULO III

3.1. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1.1 ANTECEDENTES. ....	11
3-1.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS .....	13
A. Tercera Molar.....	13
B. Clasificación de las terceras molares.....	14
C. Cirugía bucal .....	16
D. Exodoncia de Molares Cordales .....	16
E. Exodoncia de cordales con fines profilácticos .....	16
F. Indicaciones para la exodoncia de 3ros Molares .....	17
G. Contraindicaciones para exodoncia de los 3ros Molares .....	18

H. Inconvenientes de los 3eros Molares .....	19
I.- Beneficios Y Perjuicios De Una Cirugía De 3er Molar Retenido .....	19

## **CAPÍTULO IV**

4.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	21
4.1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	21
4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	22
4.3 EXAMEN ESTOMATOLÓGICO.....	22
4.4 DIAGNOSTICO DEFINITIVO.....	25
4.5 PRONÓSTICO.....	25

## **CAPÍTULO V**

5.1. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO GENERAL.....	26
A) Maniobras previas a la cirugía.....	
B) Tratamiento.....	
C) Plan de Control y Mantenimiento.....	

CONCLUSIONES .....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figuras 1,2 y 3 Imágenes de frente y perfil derecho e izquierdo de la paciente ...	18
Figuras 4,5 y 6 Imágenes Intraorales de frente y perfil derecho e izquierdo.....	18
Figura 7. Imagen de la zona problema pza. 4.8 semi-incluida .....	20
Figura 8. Imagen radiológica de pieza 4.8 semi-incluida .....	20
Figura 9. Imagen del conducto dentario inferior cerca a raíz de pza 4.8 .....	20
Figura 10 y 11. Aplicación de anestesia troncular .....	21
Figura 12. Incisión quirúrgica con el bisturí en la región posterior .....	23
Figura 13. separación de la encía .....	23
Figura 14,15 y 16 luxación de pza 4.8 con un elevador recto .....	24
Figura 17 y 18 exodoncia de pieza 4.8 semi-incluida .....	24
Figura 19 y 20 sutura del lecho quirúrgico.....	25
Figura 21 imagen de control pos exodoncia.....	26
Figura 22 imagen de radiografía de control pos exodoncia.....	26

## RESUMEN

La mal posiciones dentarias se ha observado en los últimos años, causadas con frecuencia por la erupción de las terceras molares. Estas se deben a problemas en la formación o erupción del germen dentario, ya sea por falta de espacio en las arcadas dentarias.

En estos casos se requiere un estudio minucioso para saber si es necesaria la extracción de la pieza dentaria. 1,3,4.

El presente trabajo es un caso clínico de un paciente de sexo femenino de 27 años de edad quien acude a la consulta refiriendo “me duele la región posterior inferior derecha” a la inspección intraoral se observa una ligera inflamación eritematosa en la región posterior inferior derecha de la mandíbula.

Se procedió hacer el llenado de la historia clínica y pedir exámenes radiográficos para llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

El tiempo requerido en la intervención quirúrgica fue de 40 a 50 minutos, luego de haber realizado un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, así como seguir los protocolos de bioseguridad en esta pandemia.

**Palabras claves:** Tercera molar, mal posición dentaria, erupción dental, extracción dental.



## **ABSTRACT**

Dental malposition has been observed in recent years, frequently caused by the eruption of third molars. These are due to problems in the formation or eruption of the dental germ, either due to lack of space in the dental arches.

In these cases, a thorough study is required to determine whether tooth extraction is necessary. 1,3,4.

The present study is a clinical case of a 27-year-old female patient who came to the clinic referring "my right lower posterior region hurts". On intraoral inspection a slight erythematous inflammation was observed in the right lower posterior region of the mandible.

We proceeded to fill out the clinical history and request radiographic examinations to arrive at a diagnosis and appropriate treatment plan.

The time required for the surgical intervention was 40 to 50 minutes, after making a correct diagnosis and treatment plan, as well as following the biosecurity protocols in this pandemic.

**Key words:** Third molar, dental malposition, dental eruption, dental extraction.

## **CAPITULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **2.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La persona adulta presenta 32 elementos dentarios permanentes, agrupados de la siguiente manera: 8 incisivos (4 superiores y 4 inferiores), 4 caninos (2 superiores y 2 inferiores), 8 premolares (4 superiores y 4 inferiores) y 12 molares (6 superiores y 6 inferiores).

Con fines didácticos se dividen los maxilares (superior e inferior) por la mitad de su cuerpo, esto origina la presencia de 4 hemi-arcadas (2 superiores y 2 inferiores); generalmente cada hemi-arcada presentan 3 molares.

El presente trabajo de suficiencia fue realizado en relación al tratamiento quirúrgico de una 3ra molar, también denominado diente cordal o último molar, dado el tiempo que este erupciona (17 a 24 años) se le llama también muela del juicio; según algunos autores manifiestan que el individuo a esa edad presenta el criterio formado y da inicio a su responsabilidad legal frente a la sociedad. <sup>1</sup>

La tercera molar o cordal inferior es el elemento dentario más frecuentemente retenido, impactado, incluido o semi-incluido, esto debido generalmente por falta de espacio en el arco dental; los cordales inferiores presentan mayor incidencia de alteraciones que los superiores; los caninos llamados también colmillos son los dientes que siguen en incidencia de retención, le siguen los incisivos centrales superiores y después los premolares.

Prosiguiendo con nuestro estudio nos planteamos la siguiente interrogante

¿Cuál es el protocolo de tratamiento quirúrgico para una exodoncia de una tercera molar inferior?

## **2.2 OBJETIVO GENERAL**

- Realizar la extracción del cordal inferior 4.8 (semi-incluida), empleando un protocolo de tratamiento adecuado.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 MARCO TEORICO**

#### **3.1.1 ANTECEDENTES**

##### **• ANTECEDENTES NACIONALES**

**Ruelas R.** Realizó un estudio denominada “Prevalencia de posición de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell y Gregory y Winter, en radiografías panorámicas de pacientes, 18 a 50 años de edad que acudieron a la clínica odontológica UNAP en los periodos 2014 a 2018, y 2019” cuyo propósito fue difundir cual es la prevalencia de la posición de los cordales inferiores impactados según la tipificación de Pell y Gregory, en láminas radiográficas panorámicas de los individuos. Concluyó manifestando que la posición IIB, fue la más prevalente, le siguen la posición IIA y por último la posición IIIB, de acuerdo a la tipificación de Pell y Gregory.<sup>2</sup>

**Cisneros L, Román W.** Efectuó un trabajo llamado “Índice de Koerner y tiempo de cirugía efectiva en exodoncias de terceros molares inferiores en una Universidad Privada de Huancayo”; tuvo como finalidad establecer la relación que hay entre el “Índice de Koerner y el tiempo de cirugía efectiva en exodoncias de terceros molares inferiores en la clínica docente asistencial”. Concluyen

diciendo que si existe correlación entre las variables “Índice de Koerner y el tiempo de cirugía efectiva en exodoncias de terceros molares inferiores”.<sup>3</sup>

**Meza D.** Ejecutó un estudio intitulado “Extracción quirúrgica de una tercera molar con macrodoncia reporte de un caso” la finalidad de este fue describir el procedimiento quirúrgico paso a paso en la exodoncia de una cordal inferior con macrodoncia. Concluye diciendo que en el tratamiento quirúrgico (extracción) de los molares del juicio, debemos seguir un protocolo adecuado para evitar complicaciones pos exodoncia, es muy necesario la sapiencia del profesional en anatomía, patología y clínica.<sup>4</sup>

#### • ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Restrepo L, et al.** Realizaron un estudio denominado “Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo” con la finalidad de establecer las dificultades quirúrgicas y posquirúrgicas más habituales y su correlación con la ubicación de los cordales mandibulares en láminas radiográficas en individuos tratados en forma quirúrgica. Concluyen manifestando que las dificultades durante la extracción y posterior a esta, presentan una prevalencia mínima en la institución mencionada.<sup>5</sup>

**Gonzales L.** Ejecutó un trabajo de investigación llamada “Características anatomo-radiográficas de los terceros molares en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria” Cuyo propósito fue describir las cualidades anatomo-radiográficas de los molares cordales, de igual manera describir potencial correlación con alguna variable epidemiológica de interés. Concluye diciendo que los molares cordales son los elementos dentarios con mayor variación en relación a su ubicación e inclinación dentro del hueso.<sup>6</sup>

**Castillo C, et al.** Presentaron un estudio intitulado “Análisis ortopantomográfico en la determinación de la posición recurrente de terceros molares” con la finalidad de describir las ubicaciones más habituales dentro del hueso de molares cordales mediante el análisis con el ortopantomógrafo en individuos evaluados en el Centro Especializado en Odontología “Dr. Mario Cerda e Hijos” en la ciudad de Riobamba. Concluyen manifestando que las posiciones más habituales o prevalentes de los molares cordales superiores, son las posiciones verticales (la clase I y el nivel C), mientras que en los cordales inferiores existe mayor prevalencia en las posiciones mesioangular (la clase II y el nivel B) <sup>7</sup>.

### **3.1.2 BASES TEORICAS**

#### **a. TERCERA MOLAR:**

Los terceros molares, o muelas del juicio, empiezan su periodo de calcificación a la edad de 8 a 10 años, concluyendo su parte coronal a la edad de 15 a 16 años, completándose su rizogénesis entre los 20 y 25 años, por lo que normalmente erupcionan entre los 17 y los 26 años, debido a que son los últimos dientes en erupcionar, el espacio para la erupción de estos molares puede estar restringido, lo que conduce a una erupción parcial o una falla total de erupción. <sup>8</sup>

Esta pieza presenta características anatómicas particulares y variaciones anatómicas en comparación con otras piezas dentales, tanto a nivel radicular como coronal por lo que puede variar en su posición. <sup>8</sup>

En general, se acepta que la extracción del tercer molar está indicada cuando hay signos o síntomas de enfermedad, por lo que, la extracción del tercer molar es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados por cirujanos orales y maxilofaciales, siendo su tasa general de complicaciones es baja y la mayoría de las complicaciones son leves, no obstante, la remoción del tercer molar es tan común que las complicaciones pueden alcanzar un número significativo. <sup>8</sup>

## b. . CLASIFICACIÓN DE LAS TERCERAS MOLARES:

### 1. Según el proceso de erupción y presencia clínica en la cavidad bucal

#### ❖ IMPACTADO:

Un diente impactado es aquel que ha detenido su erupción hacia el plano oclusal, producida por una barrera física o por la posición anormal del diente, no llegando a su posición funcional normal. Esto puede ser debido a la falta de espacio, la obstrucción por otro diente o un camino de erupción anormal. La pieza dentaria puede estar afectada por tejido blando o tejido duro y puede no erupcionar o erupcionar parcialmente. <sup>9</sup>

#### ❖ RETENIDO:

A la interrupción de la erupción de un germen dentario, donde no se puede identificar una barrera física o posición anormal, se le denomina retención, y esta puede ser primaria y secundaria. En la retención primaria el diente no ha erupcionado al medio bucal y en la retención secundaria el diente se encuentra en el medio bucal, pero no ha terminado su erupción al plano oclusal. <sup>9</sup>

#### ❖ INCLUIDO:

La inclusión es cuando el diente permanece dentro del hueso, este término involucra los conceptos de impactación y retención, y generalmente se da esta terminología a los caninos. <sup>9</sup>

#### ❖ SEMI- INCLUIDO, SEMI- RETENIDO- SEMI-IMPACTADO: Son aquellos cordales que hacen su aparición en la cavidad bucal, pero que aún no han terminado su erupción completa, para ubicarse correctamente en el plano oclusal. <sup>9</sup>



Fig. 1 Diente semi incluido

## 2. Clasificación de Pell y Gregory:

Los terceros molares impactados se clasificaron sobre la base de la clasificación de Pell y Gregory, que describe la relación del tercer molar mandibular con el borde anterior de la rama y la profundidad del tercer molar mandibular con respecto al segundo molar.<sup>10</sup>

Relación del diente con la rama de la mandíbula y el segundo molar:

- Clase I: Espacio suficiente para acomodar el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II: El espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, es decir, menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.
- Clase III: Todos / la mayoría de los terceros molares se encuentran dentro de la rama.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.<sup>10</sup>

- Posición A: la parte más alta del diente está al mismo nivel que la línea oclusal o por encima de ella.
- Posición B: La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.
- Posición C: La porción más alta del diente debajo de la línea cervical del segundo molar en relación con el eje largo del segundo molar impactado.

## 3. Clasificación de Winter<sup>10</sup>

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar

- Mesioangular.
- Horizontal.
- Vertical.
- Distoangular. o Invertido

### **c.- CIRUGÍA BUCAL**

La cirugía bucal es una especialidad dentro de la estomatología, es considerada así desde 1864. Podemos conceptualizar a esta como: “La Cirugía bucal es la parte de la odontología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes” (Consejo Norteamericano de Cirugía Bucal); aceptada y avalada “por el Board of Trustees y el House Delegates de la Asociación Médica Americana”.<sup>11</sup>

### **d.- EXODONCIA DE MOLARES CORDALES**

El tratamiento quirúrgico (exodoncia) de los molares cordales, es tal vez el mecanismo de cirugía más habitual que se ejecuta en la práctica estomatológica. Actualmente es un proceso de cirugía más sofisticado, con un procedimiento adecuado durante la cirugía y un cuidado post quirúrgico bien determinado y confiable,<sup>8</sup> esto otorga al paciente una experiencia quirúrgica no dolorosa, confiable, previsible, en la cual tenga un mínimo tiempo de restablecimiento y definitivamente tener la impresión de “haberse quitado un problema”.<sup>11</sup>

### **e.- EXODONCIA DE CORDALES CON FINES PROFILACTICOS**

- Con la finalidad de impedir y/o reducir las patologías periodontales, los molares cordales deben ser tratados quirúrgicamente en individuos jóvenes.
- La erupción parcial de los cordales permiten el ingreso de microorganismos entre el cordal y la gíngiva que ocasiona procesos cariosos e infecciones. Cuya



consecuencia suele producir odontalgia, inflamación, inmovilidad a la apertura y cierre de la mandíbula (trismos) y malestar completa. <sup>12</sup>

- Si el cordal prosigue su erupción sin tener el espacio suficiente, dañará el elemento dentario contiguo, produciendo caries e incluso movilidad de estos.
- Habitualmente generan procesos quísticos y tejido tumoral, que destruyen tejidos adyacentes como el tejido óseo de la mandíbula y elementos radiculares de elementos dentarios contiguos.

Logran producir dolencias, que no presentan explicación alguna.

- A veces impide la instalación de prótesis dentales.
- Suelen producir interferencias a nivel oclusal o mala oclusión.
- Provocan laceraciones a nivel de los carrillos en el 70 % de los casos.
- El 65% de los individuos se relaciona con las fracturas en el maxilar inferior.
- Desarrollan patologías a nivel de la gíngiva los pacientes de 45 años a más, estos representan el 40 % de los casos.
- Se incrementa el riesgo y la complicación durante y pos atención en un 30% de los adultos que mantienen sus cordales; esto comparado con los tratamientos quirúrgicos en la adolescencia, lo cual representa al 25 % de los casos. <sup>11</sup>

#### **f.- INDICACIONES PARA LA EXODONCIA DE 3ROS MOLARES**

Los molares cordales en mala posición, comúnmente denominados "muela del juicio" son una de las anormalidades que frecuentemente son atendidos por el especialista en cirugía maxilo facial, estos son tratados de acuerdo a múltiples causas que evitan su erupción adecuada dentro del arco dentario. <sup>10</sup>

Esta dificultad de erupcionar adecuadamente se le denomina retención dental, este suele ser intra-óseo (el diente se encuentra cercado completamente de tejido óseo) o infra-gingival (el diente se encuentra recubierto de mucosa o gíngiva).

Los motivos que ocasionan la retención dental, suelen por múltiples factores, entre ellos podemos manifestar: anexos a la misma pieza dental, traumáticos durante el desarrollo del elemento dentario, ausencia de espacio necesario para erupción adecuada (discrepancia hueso – diente), aparición de quistes o tejido tumoral, alteraciones genéticas y varios más. <sup>11</sup>

La presencia de los cordales retenidos, impactados y/o incluidos ocasionan anomalías dentro de los maxilares, podemos mencionar los siguientes: desplazamiento dentario, apiñamiento dental (dientes conglomerados), giros (rotación dental), ocasionan daño en los dientes contiguos y/o adyacentes, producen procesos infecciosos con dolor e inflamación, presencia de alteraciones patológicas (quistes - tumores), etc; esto constituye argumentos convenientes para indicar la exodoncia de los cordales. <sup>11</sup>

El cirujano maxilo facial ejecutará la valoración adecuada con la ayuda de una imagen radiológica panorámica para establecer el grado de complejidad referente a la posición, relación con dientes adyacentes, profundidad, relación con el nervio dentario inferior, etc.; con la finalidad de planificar la exodoncia correspondiente, aplicando un protocolo adecuado. <sup>12</sup>

#### **g.- CONTRAINDICACIONES PARA EXODONCIA DE 3ROS MOLARES**

- Pacientes que presenten enfermedades sistémicas no controladas, entre ellos podemos manifestar: (diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Cáncer, pacientes inmuno-suprimidos, pacientes alérgicos).
- Individuos con problemas hepáticos como cirrosis.
- Pacientes en estado de gestación<sup>12</sup>

## **h. INCONVENIENTES DE LOS 3ros MOLARES**

- **Infeciosos:** Esto sucede en 3ros molares semi retenidos, hay presencia de la corona parcial, lo cual ocasiona acumulación de restos alimenticios entre el diente y la gíngiva, produciendo inflamación de este último (pericoronaritis) o el desarrollo de un proceso carioso dental. <sup>12</sup>
- **Neuromusculares:** Debido a la presión que ejerce el 3er molar retenido sobre su contiguo, provoca dolor intenso y malestar continuo en la zona durante el acto masticatorio. <sup>12</sup>

## **i.- BENEFICIOS Y PERJUICIOS DE UNA CIRUGIA DE 3er MOLAR RETENIDO** <sup>13</sup>

### **Beneficios**

- El tratamiento quirúrgico puede ser planificado en una sola sesión, pues generalmente el tiempo empleado para la cirugía no sobrepasa las 2 horas, siempre y cuando no existan complicaciones.
- Si se realiza un buen bloqueo nervioso, el tratamiento quirúrgico para el paciente es indoloro, lo que ayuda al especialista para aplicar el protocolo adecuado que permita que el tratamiento de exodoncia sea seguro y beneficioso para el paciente, y que su recuperación pos atención sea rápida.
- Podemos evitar la instalación de patologías ulteriores en el diente contiguo y en cavidad oral.

### **Perjuicios**

- La accesibilidad al campo operatorio es muy reducida, lo que limita la visibilidad durante la cirugía dentaria, esto influye en el tiempo de tratamiento, aumentándolo.<sup>13</sup>

## CAPITULO IV

### 4.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

#### 4.1.1 HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo femenino de 27 años aproximadamente, en ABEG, ABEN, ABEH, LOTEPE, quien se presenta al consultorio manifestando molestias a nivel de la región postero inferior derecha.



#### **Datos de Filiación:**

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** J. J. L. C.
- ▶ **EDAD:** 27 AÑOS.
- ▶ **SEXO:** Femenino.
- ▶ **ESTADO CIVIL:** Soltera.
- ▶ **DOMICILIO:** URB. PRO-LIMA 4TA ETAPA- LOS OLIVOS
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 24/03/1996
- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** LIMA

#### **Anamnesis:**

- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “me duele la región postero inferior derecha”
- ▶ **B. ENFERMEDAD ACTUAL:**

**Tiempo de la enfermedad:** 6 meses

**Forma de inicio:** Insidioso

**Curso de la enfermedad:** Progresivo

### **Relato cronológico:**

Paciente refiere que inicia su enfermedad tras la aparición de un ligero dolor en la región postero inferior derecha de la mandíbula, siendo este dolor sordo que posteriormente fue incrementando con la masticación hasta tornarse intolerable motivo por el cual acude a consulta ingresando por consultorio externo

- ▶ **C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere.

### **4.2 Examen clínico general:**

#### **FUNCIONES VITALES:**

- ▶ **PA** : 120 / 90 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 67 p/m.
- ▶ **TEMPERATURA** : 36.5 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 20 r/m.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, LOTEP.



Fig. 1, 2 y 3 Imágenes de frente y perfil derecho e izquierdo de la paciente

Autor: Kevin Jaimes Castillo

### **4.3. Examen estomatológico elemental:**

**ATM:** A la evaluación no presenta dolor, ni ruidos articulares.

**GANGLIOS:** frente a la evaluación estos No son palpables, no están infartados.

**LABIOS:** Labios delgados, competencia labial.

**CARRILLOS:** Presencia de la línea alba, gránulos de Fordyce.

**PALADAR DURO Y BLANDO:** Presencia de rugas palatinas normales, úvula centrada.

**OROFARINGE:** Se observa amígdalas palatinas no inflamadas

**LENGUA:** Normoglosia, presencia mínima de saburra lingual

**PISO DE BOCA:** Carúncula lingual en condiciones normales.

**ENCIAS:** Presencia de gingival residual hipopigmentada, fibrótica a nivel oclusal, de aspecto eritematoso por lingual de la pieza 4.8.



Fig. 4, 5 y 6 Imágenes Intraorales de frente y perfil derecho e izquierdo de la paciente  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

➤ **REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:**

Región postero inferior derecha, pieza dental 4.8

➤ **INSPECCIÓN:** Pieza dental 4.8 semi-incluida

➤ **PERCUSIÓN:** Al realizar la percusión tanto Vertical como horizontal la pieza 4.8 es Asintomático.

➤ **PALPACIÓN:** Sintomático, a nivel de la encía que cubre parte de la corona del diente 4.8 (distal)

- **MOVILIDAD DENTARIA:** No presenta



Fig. 7 Imagen de la zona problema pza. 4.8 semi-incluida

Autor: Kevin Jaimes Castillo

### **Diagnóstico Presuntivo:**

Pieza 4.8 Semi-incluida

### **ESTUDIO IMAGENOLÓGICO**

- Simetría de los cóndilos mandibulares.
- Presencia de 32 piezas dentarias
- Pza: 3.8 incluida con aparente cercanía al nervio dentario inferior
- Pza. 4.8 semi-incluida con aparente cercanía al nervio dentario inferior

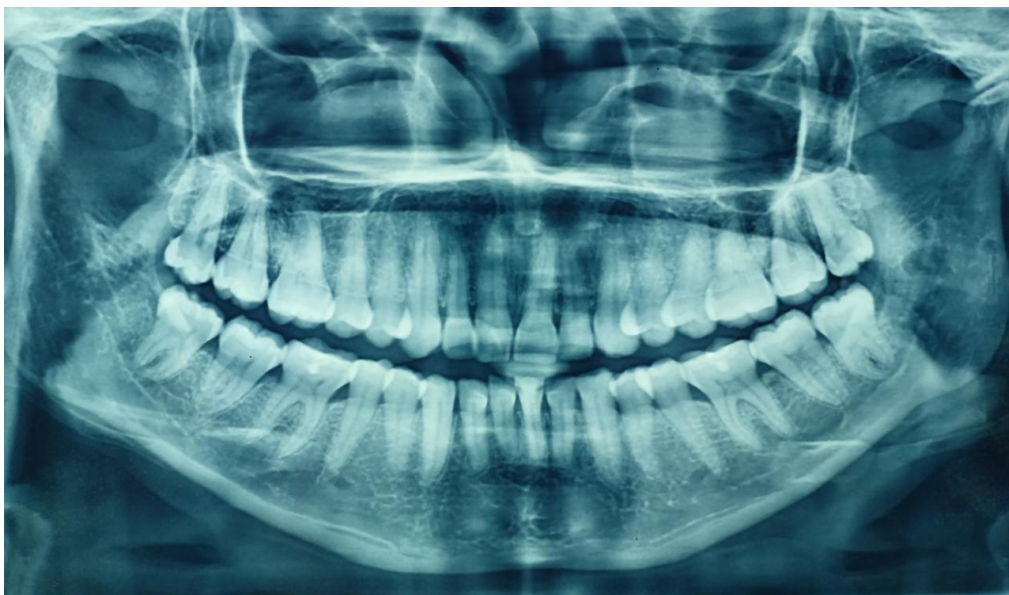


Fig. 8 Imagen radiológica de pieza 4.8 semi-incluida



Autor: Kevin Jaimes Castillo

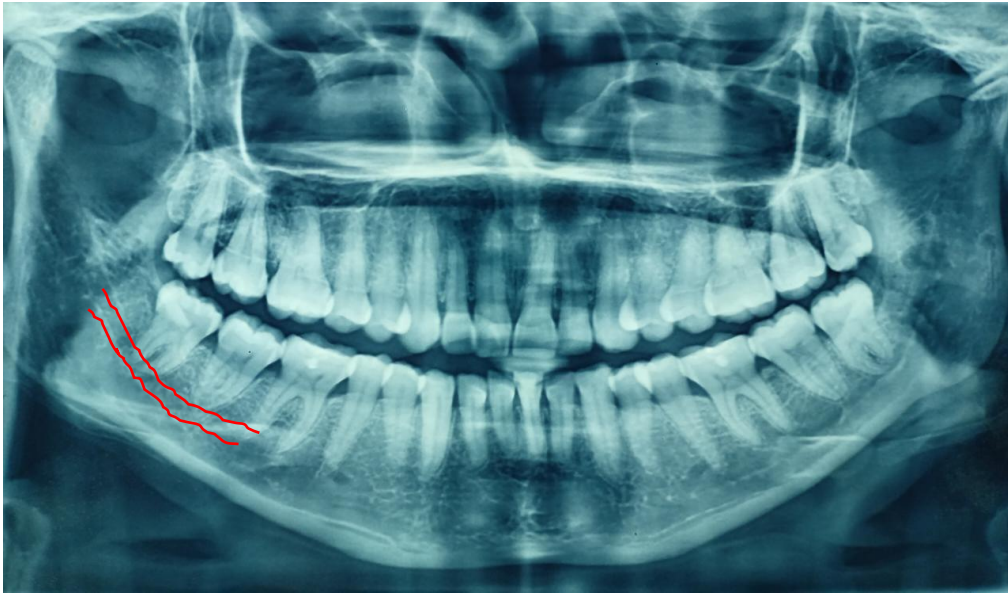


Fig. 9 Imagen radiológica del conducto dentario inferior cercano a raíz de pieza 4.8 semi-incluida  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

#### **4.4. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Pieza dentaria 4.8 Semi-incluida

#### **4.5. PRONÓSTICO: FAVORABLE**

## CAPITULO V

### 4.1 PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO GENERAL

**1ro.** - Se realizó trabajos previos antes de la cirugía bucal, entre estos podemos mencionar: se explicó al paciente el protocolo a emplear y se le hizo firmar el consentimiento informado; luego continuamos con la asepsia del tercio inferior de la cara (región a trabajar) con gasas remojadas en alcohol yodado, realizamos la Profilaxia dental y enjuagues con Perio Off por medio minuto, (13)

**2do.** - Luego de elegir la técnica de anestesia, procedimos a realizar el bloqueo regional con aguja larga y lidocaína al 1.8%.

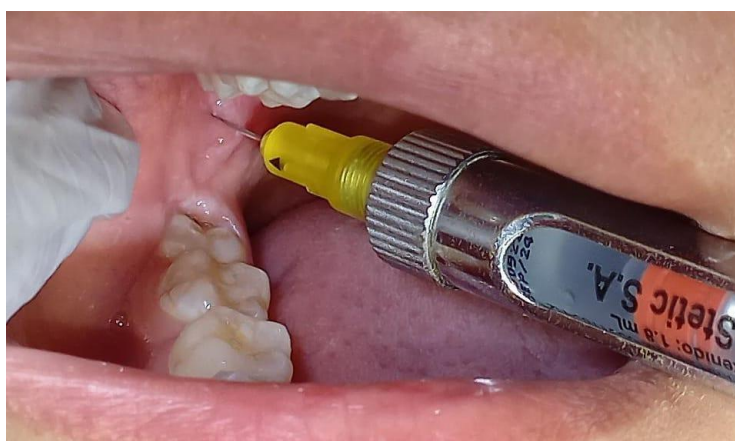


Fig. 10 y 11 Aplicación de anestesia troncular  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

**3ro.** – Luego se procedió a realizar la Incisión quirúrgica con la ayuda del bisturí.



Fig. 12 Incisión quirúrgica con el bisturí en la región posterior  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

**4to.-** con la ayuda de una legra separamos la encía para mejorar la visión del campo operatorio.



Fig. 13 separación de la encía  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

**5to.-** Utilizando un elevador recto procedimos a realizar la luxación del diente



Fig. 14,15 y 16 luxación del elemento dentario utilizando un elevador recto.  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

**6to.-** Procedimos a realizar la exodoncia propiamente dicha de la pieza 4.8



Fig. 17 y 18 exodoncia de pieza 4.8 semi-incluida  
Autor: Kevin Jaimés Castillo

**7mo.-** Con la ayuda de una cureta para alveolo realizamos la eliminación de secuestros óseos y dentarios que pudieron quedar durante la cirugía, además se estimuló el sangrado del alveolo dental para que se forme el tapón plaquetario, evitando hemorragias e infecciones posteriores



**8vo.-** Procedimos a realizar la sutura de la herida, con hilo de seda negro 3/0, con la ayuda de la pinza porta aguja, realizamos 2 puntos simples sueltos.

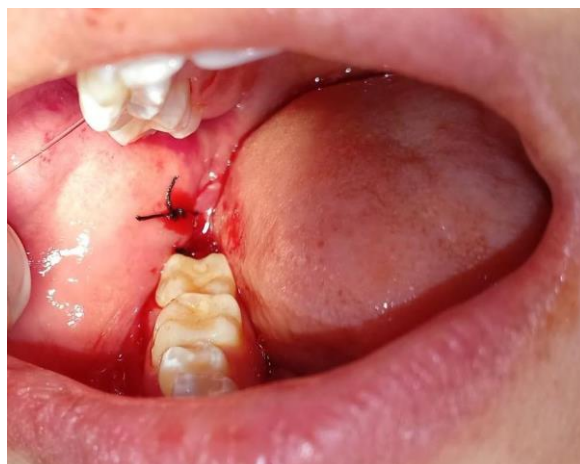


Fig. 19 y 20 sutura del lecho quirúrgico  
Autor: Kevin Jaimés Castillo

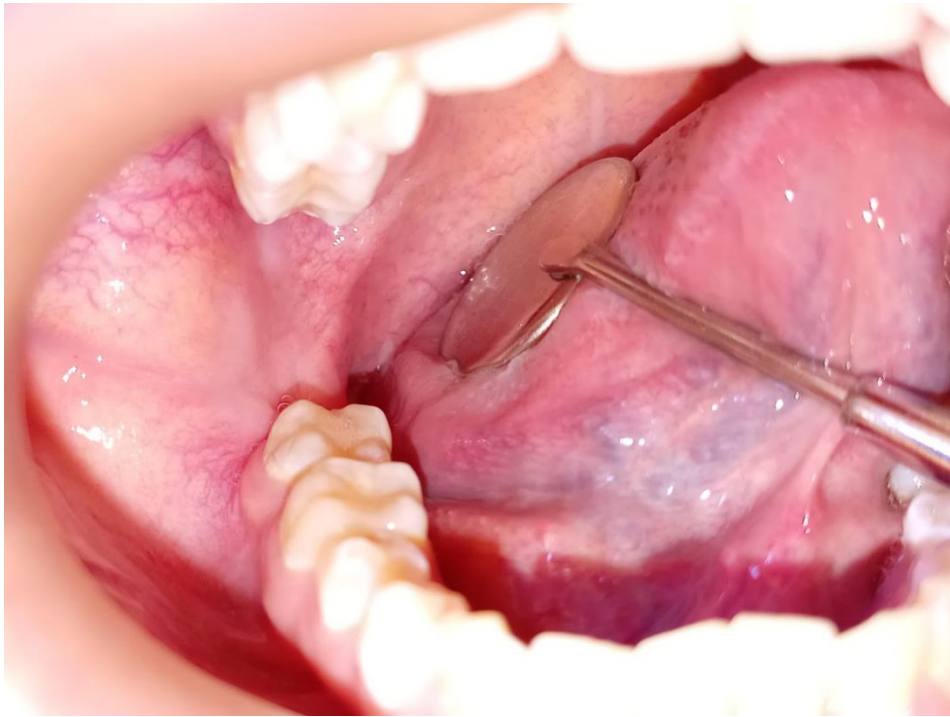


Fig. 21 imagen de control pos exodoncia  
Autor: Kevin Jaimes Castillo



Fig. 22 Radiografía de control pos exodoncia  
Autor: Kevin Jaimes Castillo

## CONCLUSIONES

- Uno de los tratamientos de elección, para el tipo de caso que se presentó en el paciente es una cirugía convencional el cual se tuvo que hacer la incisión en la encía distal para poder acceder a la pieza dentaria y realizar la exodoncia correspondiente.
- En estos tipos de casos no conlleva a un trauma para el paciente, ya que no hemos trabajado con ventanas, y a través de la luxación se hizo posible la exodoncia.
- El tratamiento es poco traumático, en algunos casos llega a presentar efectos secundarios como la hinchazón en la cara, pero dicho efecto es temporal.
- Se presentó un grado de dificultad mínima debido a la posición de la pieza dentaria, este se encontraba en posición vertical, lo que ayudo en la exodoncia.
- A los controles clínicos el paciente presento buena evolución y al observar la radiografía no se encontró problema alguno, dando de alta al paciente.

## RECOMENDACIONES

- Es necesario tener conocimiento teórico, práctico y clínico para realizar este tipo de tratamientos ya que las complicaciones se pueden dar en cualquier momento, y el odontólogo tiene que dar soluciones de acuerdo a su experiencia.
- El diagnóstico y el tipo de clasificación que tomamos en cuenta va hacer muy necesario para realizarla intervención quirúrgica en el paciente y pueda tener, buena evolución en el tratamiento.
- En el post quirúrgico, muchos autores discrepan sobre el tratamiento farmacológico a emplear en el paciente, entre ellos nosotros podemos citar al diclofenaco como un medicamento de primera elección y en antibióticos a la clindamicina también como primera elección como medidas profilácticas para el paciente.
- La historia clínica es un instrumento médico LEGAL esencial ya que gracias a dicho documento podremos tener conocimiento de estado de salud del paciente, también saber que patologías presentan nuestros pacientes y cómo actuar en caso que presenten alteraciones al momento de realizar el tratamiento.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Luna E, Marín J, Martínez L, Nájera E, Prado G. Posición de terceros molares. [Online], Disponible en: <https://odontologia.iztacala.unam.mx/20coloquio/CARTELES/1308%20Cartel.htm>
- 2.- Ruelas R. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Perú, Universidad del Altiplano Puno; 2019.
- 3.- Cisneros L, Román W. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Perú, Universidad Peruana Los Andes Huancayo; 2020.
- 4.- Meza D. Tesis para optar el título de cirujano dentista Perú, Universidad Peruana Los Andes Huancayo; 2021.
- 5.- Restrepo Rendon LF, Meneses Tamayo F, Vivares Builes AM. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. Acta Odontol. Colomb. [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 12 de julio de 2022];9(1):37-48. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/72842>
- 6.- González-Espangler L. Características anatomo-radiográficas de los terceros molares en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria. **Rev Cubana Estomatol** [Internet]. 2019 [citado 12 Jul 2022]; 56 (2) :[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1722>
- 7.- Castillo C, Crespo V, Castelo M, Leon M. Análisis ortopantomográfico en la determinación de la posición recurrente de terceros molares. Revista Eugenio Espejo, vol14, num1, pp.8-17,2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572863747014/html/>
- 8.- RIES, Guillermo: **Cirugia Bucal**, Patología Clínica y Terapéutica. '9a. Ed. El ateneo, Buenos Aires, 1987
- 9.- PRINCIPIOS EN CIRUGÍA BUCAL © Otto J. Ajalcriña Hernández Editado por: © UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO Primera edición digital del Fondo Editorial UPAO, Setiembre 2020 ISBN N° 978-612-4479-11-3
- 10.- Loayza C, Merida M, Oporto J, Tapia D, Velásquez L. Tercera molar inferior retenido en paciente de 28 años. Cochabamba -Bolivia. 2015. Disponible en : <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/6393/1/TESIS.pdf>
- 11.- Evelyn Kathiuska Salazar Montoya Guayaquil, abril 2011 Extracción de tercer molar inferior por tratamiento ortodóntico UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3162>

12. Hernández L, Raimundo E. Intervenciones quirúrgicas realizadas en dientes retenidos a pacientes de la población de IBB, Republica de Yemen. Revista ciencias.com.[Revista en internet]. 2008 [acceso 23 de Febrero del 2010].

Disponible en:

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/ekEuuFVyElyAHAAQIF.php>

13. Torres D, Rosende O, González M. Terceros Molares Inferiores Retenidos. Técnicas Quirúrgicas menos invasivas. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y tecnológicas. [Revista en internet]. 2004 [acceso 30 de Abril del 2010].Disponible en:

<http://www.unne.edu.ar/web/cyt/com2004/3-Medicina/M-043.pdf>. 42.

14.- Sequeira C, Marín A. Relación entre los factores anatómicos, fisiológicos, higiénicos y patológicos no personales y la alveolitis en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital México en el período Abril-Julio 2006.SACDET.[Revista en internet].2007 [acceso 30 de Agosto del 2010]. Disponible en:

<http://www.congresoacco.com/articulos/2008/INVEST%20PURA%20precongrado/1.B%20Catherine%20Sequeira.pdf>.

# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EXODONCIA DE 3era MOLAR SEMI-INCLUIDA

Yo, **Jhorly Josheplyn Llancachahua Chavez**, identificada 73114653, Declaro libre y voluntariamente que he sido debidamente informado por el Bach. **Jaimes Castillo Kevin**, del procedimiento del tratamiento de exodoncia de 3era molar que me realizarán, me explicaron las posibles consecuencias que pudiera ocasionar dicho tratamiento; por lo que doy **MI CONSENTIMIENTO** para ser atendida por el bachiller mencionad, Este procedimiento consiste en la extracción de la pieza dental 4.8; así mismo autorizo se me pueda fotografiar solo para el uso con fines académicos, por lo que firmo al pie de la misma.

Huancayo, 15 de marzo de 2023



**Jhorly Josheplyn Llancachahua Chavez**  
DNI N° 73114653

**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA  
PROFESIONAL**

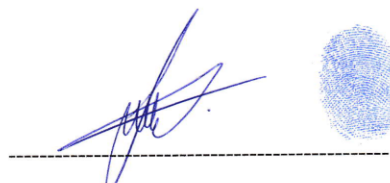
Yo, **JAIMES CASTILLO KEVIN**, identificada con **DNI 74282875**, bachiller en odontología, **Declaro bajo juramento que el trabajo de suficiencia profesional titulado: Tratamiento Quirúrgico de una Tercera Molar inferior Semi-Incluida**, es de **mi autoría**, la cual fue realizado por mí persona en un consultorio particular, asimismo **autorizo** su publicación en los medios que crea conveniente la universidad.

En caso de falsedad me someto a las sanciones respectivas dadas por la universidad.

Para mayor veracidad firmo y pongo mi huella digital al pie de este documento.

Huancayo, 10 de abril del 2023

Atentamente



**JAIMES CASTILLO KEVIN**

**DNI: 74282875**