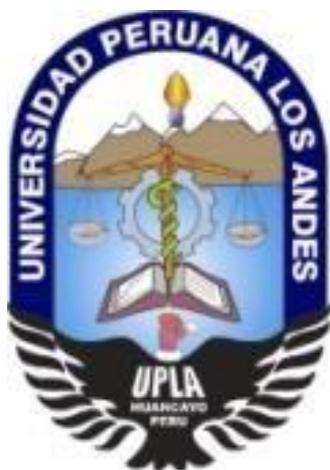


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXODONCIA DE TERCERA MOLAR EN MAL POSICION
RELACIONADO A TRATAMIENTO ORTODONTICO**

PARA OPTAR: EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR: LEON SIFUENTES JESSICA KARINA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

HUANCAYO, PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios, a mi madre y mis familiares queridos, que hicieron con su apoyo incondicional que pudiera lograr mis metas, y desarrollarme como futuro profesional.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a mis docentes de la escuela académico profesional de odontología de la Universidad Peruana Los Andes Filial Lima por haberme compartido sus conocimientos y para prepararme como profesional.

CONTENIDO

PRESENTACION	
CONTENIDO DE TABLAS	6
INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases Teóricas	13
2.2.1 Tercera Molar Inferior	13
2.2.2 Clasificación de Tercera Molar	13
2.2.3 Estudio Radiografico	17
2.3 Justificación	23
2.4 Objetivos	23
2.4.1 Objetivo General	23
2.4.2 Objetivos Específicos	23
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	25
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	42
VI. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	44
VII. ANEXOS	46

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1:	15
Tabla 2:	16
Tabla 3:	17

RESUMEN:

Objetivo: usar una técnica adecuada para la exodoncia de tercera molar con tratamiento de ortodoncia y sus diversos aspectos, para obtener pautas claras de aplicación en la práctica clínica.

Metodología: Estrategias de búsqueda: Búsqueda electrónica abarcó las bases digitales Pubmed; Medline, Hynari, Scopus y Scielo con diferentes revistas indexadas en cada una. Criterios de selección: Estudios retrospectivos, reportes de casos, estudios descriptivos, revisiones literarias de los últimos 5 años sobre tratamiento de Ortodoncia con extracciones.

Discusión: Se ha analizado los tratamientos ortodónticos con extracciones enfocados desde 6 apartados: Indicaciones y contraindicaciones; consideraciones; cambios que producen; secuencia; extracciones asimétricas y estabilidad post tratamiento.

Conclusiones: La evidencia científica demuestra que un correcto diagnóstico y plan de tratamiento son básicos para la decisión del uso de una técnica quirúrgica adecuada para realizar la exodoncia de tercera molar en mal posición según la clasificación de Winter, Pell y Gregory y que no influye únicamente la falta de espacio sino varios parámetros aquí estudiados. Es importante la aplicación clínica de todos estos conceptos.

Palabras clave: Extracciones dentarias, tratamiento ortodoncico, premolares, incisivos, cambios en los tejidos blandos, protocolos, secuencia.

ABSTRACT:

Objective: to use a technique suitable for third molar orthodontics with orthodontic treatment and its various aspects, to obtain clear guidelines for application in clinical practice.

Methodology: Search strategies: Electronic search covered the digital bases Pubmed; Medline, Hynari, Scopus and Scielo with different magazines indexed in each one. Selection criteria: Retrospective studies, case reports, descriptive studies, literary reviews of the last 5 years on orthodontic treatment with extractions.

Discussion: Orthodontic treatments have been analyzed with extractions focused from 6 sections: Indications and contraindications; considerations; changes that occur; sequence; asymmetric extractions and post treatment stability.

Conclusions: The scientific evidence shows that a correct diagnosis and treatment plan are basic for the decision of the use of a suitable surgical technique to perform third molar exodontics in a bad position according to the classification of Winter, Pell and Gregory, and that it does not influence only the lack of space but several parameters studied here. The clinical application of all these concepts is important

INTRODUCCIÓN

Según el crecimiento y desarrollo de Las terceras molares son piezas dentarias que por ser las últimas en erupcionar en la cavidad oral, ocasionan problemas en la cavidad oral , debido a varios factores. La falta de espacio en ésta zona ocasiona que durante el transcurso de su erupción las terceras molares mandibulares, erupcionan en diferentes posiciones tales como horizontal, vertical, invertida, mesioangulada, disto angulada, invertida y transversal lo que pueden generar el apiñamiento en el sector antero inferior del maxilar inferior y lesión de las segundas molares.¹

Las diferentes posiciones anatómicas de las terceras molares inferiores, pueden afectar a las condiciones como se realizan los abordajes quirúrgicos y pueden afectar el tiempo operatorio en la extracción de una tercera molar. Éstas son tan diversas, que hoy en día presentan distintas posiciones en relación al diente adyacente y con la rama ascendente mandibular; haciendo más complejo su abordaje quirúrgico al momento de extraerlas según la clasificación de Pell y Gregory y Winter..^{2,4}

El propósito del estudio consiste en determinar la técnica quirúrgica adecuada para la extracción de terceras molares en mal posición en paciente de sexo femenino de 21 años de edad con tratamiento de ortodoncia que servirá como aporte académicos para los estudiantes, egresados y profesionales de la Universidad Peruana Los Andes

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La extracción de la tercera molar es uno de los procedimientos más frecuentes dentro del tratamiento de ortodoncia. Existen varias indicaciones para extraer un tercer molar inferior. Este procedimiento puede ser simple o complejo; para poder predecir el grado de complejidad es necesario conocer los factores que le afectan; así antes de realizar el procedimiento quirúrgico es necesario hacer una evaluación detenida de la dificultad de la extracción. La extracción de la tercera molar a su vez, está asociada normalmente a complicaciones de gran impacto biológico y social. Los factores que podrían afectar la incidencia de complicaciones incluye edad, género, historial médico, hábitos nocivos, uso de anticonceptivos orales, pobre higiene bucal, presencia de pericoronaritis, relación entre la tercera molar y el nervio dentario inferior, tipo de impactación, experiencia del operador, entre otros ³

Es por ello que es necesario usar una técnica adecuada en la exodoncia de tercera molar en mal posición.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

Díaz Benavides, Ruth Mery (2016) “Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de Trujillo en el año 2013” el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la posición de terceros molares inferiores con la relación a la diversas clasificaciones en pacientes de 18 a 25 años. Para este estudio se utilizó 769 radiografías panorámicas, por ello para poder determinar la clasificación y la posición se utilizó la

clasificación Pell y Gregory. Pasando después mediante una codificación al SPSS. Los resultados muestran que la clase y la posición más frecuente del tercer molar inferior retenido fue la Clase II posición B 32.4%, seguido por la clase I posición B 13%, clase IIA 12.2%, clase IIIC 10.7%. Concluyéndose que la posición con mayor predominio fue la clase II posición B y que el género y número de pieza no tiene influencia sobre esta posición.⁶

Huaynoca, N. (2015) Los accidentes de erupción en terceros molares como piezas incluídas, retenidas o impactadas son muy comunes en la clínica odontológica y aunque cualquier diente podría encontrarse frente a una interrupción durante su proceso eruptivo o de formación, los terceros molares superiores e inferiores son las piezas más volátiles a frente a un fracaso u obstrucción de su desarrollo, ya sea por causas mecánicas como la obstrucción de tejidos blandos o duros o por motivos embriológicos, como ser el inadecuado desarrollo de la arcada dental evitando de ésta forma la oclusión normal de las piezas y como consecuencia la falta de espacios para la erupción de las últimas piezas. Aunque los terceros molares son conocidos por presentar un índice alto de dificultad durante su erupción y aún más durante su exodoncia, hoy en día existe más de un método que facilita su tratamiento quirúrgico o inclusión de las piezas en la arcada.⁵

Poma, H. (2019). Las terceras molares son piezas que debido a la constante evolución del ser humano van desapareciendo de la arcada dentaria o no erupcionan en su posición adecuada. Las terceras molares impactadas son piezas que no han logrado erupcionar totalmente debido a obstáculos mecánicos o por interferencia. Si con la evaluación clínica y radiográfica se determina extraer una tercera molar impactada, se tiene que considerar las diferentes complicaciones que puedan ocurrir durante o después de realizada la cirugía. El presente trabajo recopila la información relacionada a los factores que llevan a la extracción de la tercera molar, además de las complicaciones durante y después de la extracción.⁷

Choque, A. (2012). La técnica de anestesia troncular es un procedimiento que se realiza administrando solución anestésica en las proximidades de una rama nerviosa principal para bloquear la sensibilidad de la zona que inerva y es utilizada frecuentemente en procedimientos odontológicos.

Si se pretende trabajar en la región de la mandíbula se pueden recurrir a cuatro técnicas: la primera, la técnica de Spix que anestesia al nervio dentario inferior y al nervio lingual, la misma presenta dos variantes: una técnica directa y otra indirecta, éstas son complementadas con la técnica anestésica del nervio bucal. La segunda, es la cutánea, que presenta dos abordajes: uno a nivel de la escotadura sigmoidea y otro en el ángulo de la mandíbula.

Las dos últimas técnicas se utilizan para anestésicar al nervio maxilar inferior, una de ellas es la técnica troncular de Gow-Gates que anestesia a este nervio justo en la salida del agujero oval y abarca un campo de anestesia mayor a las demás técnicas, se la utiliza comúnmente en casos donde la técnica de Spix fracasa.

Finalmente se tiene la técnica troncular de Vazirani Akinosi o llamada también a boca cerrada, la misma se emplea en pacientes que presentan trismus o con limitación a la apertura bucal.⁸

Cubero, A. (2017). Objetivo: Determinar bajo comparación clínica la eficacia de dos soluciones anestésicas, lidocaína 2% con epinefrina 1:100000 (Lignospan Standard) y articaína 4% con epinefrina 1:100000 (Septanest). Materiales y metodos: El tipo de estudio fue experimental in vivo, de campo, Comparativa y longitudinal, en el estudio se experimentó con 60 pacientes no comprometidos por enfermedades sistémicas, los cuales fueron sometidos a la enucleación quirúrgica de órganos dentales premolares o molares inferiores: (3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8; 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8), como indicación terapéutica, la muestra fue dividida en forma aleatoria en 2 grupos (1 y 2) de 30 individuos cada uno, los datos fueron digitalizados en tablas Excel y sometidos a análisis estadístico

mediante el programa SPSS versión 20, se aplicó los test estadísticos Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk y T student. Resultados: El clorhidrato de articaína 4% presentó mayores ventajas con respecto al tiempo de latencia, profundidad anestésica y control del dolor comparado clínicamente con el clorhidrato de lidocaína 2% en la enucleación de premolares o molares Inferiores bajo la técnica de anestesia local troncular mandibular método directo. Conclusiones: Se determinó que la articaína 4% con epinefrina 1:100000 (Septanest), tiene un menor tiempo de latencia en comparación con lidocaína 2% con epinefrina 1:100000 (Lignospan Standard).⁹

Arellano, J.(2015), en su trabajo descriptivo titulado “Estudio comparativo de la posición de terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory y Winter”, determinó la posición más común correspondiente a la profundidad y angulación de terceros molares en pacientes de la Clínica de la Escuela de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito. Se evaluaron 128 terceros molares (65 superiores y 63 inferiores) por medio de radiografías panorámicas, obteniendo como resultado que con respecto a la clasificación de Pell y Gregory, el 47,6% de las molares inferiores se presentó en una posición C y el 61,9% en clase I. Según la clasificación de Winter, la posición más común de estas piezas fue la vertical, presentándose en un 71,4% de los terceros molares inferiores. El autor concluyó que es importante el diagnóstico de terceros molares, porque se puede realizar un protocolo establecido, en el que se analice detalladamente las posiciones de estas piezas dentro de su estructura de soporte, así como su relación con el segundo molar. También se podrán predecir y evitar posibles riesgos intra o postoperatorios.¹⁷

Olate, S. et al.(2014), realizaron un estudio prospectivo titulado “Posición del molar y tiempo quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores”, en el que se incluyeron pacientes con condiciones de salud ASA I y II y con ausencia de enfermedades como periodontitis o infecciones bucales. Establecieron la posición de los terceros molares mediante la escala de Winter y escala de Pell y Gregory, considerando el tiempo quirúrgico desde el inicio de la intervención hasta la finalización de la misma. Obtuvieron

como resultado que con respecto a las características de los terceros molares, el 44% correspondió una posición vertical, 31% Mesioangular, 16% horizontal y 9% Distoangular. Los autores concluyeron que la dificultad de la cirugía influye en las complicaciones postoperatorias y también tiene relación con el tiempo quirúrgico de la exodoncia de terceros molares inferiores.¹⁸

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 TERCER MOLAR INFERIORES

Tercer molar inferior tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías. Se sabe además que presenta mayor porcentaje de inclusión, siendo la causa más común de no erupción la carencia del espacio necesario. Muchas veces no hay suficiente lugar entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente y, por consecuencia, queda impactado con el segundo molar en su trayecto de erupción; sino queda impactado puede tomar diversas posiciones que podrían traer como complicaciones la formación de quistes dentígeros (denominados quistes de erupción) entre otras patologías. Es por ello la necesidad de diagnosticar correctamente el espacio disponible del tercer molar.¹⁰

Para poder recordar mejor las fechas de erupción de los dientes permanentes se puede aceptar que salen con un intervalo de un año entre cada grupo de dentario. En la dentición permanente también es normal que los dientes inferiores salgan antes que los superiores. Los terceros molares, no tienen precisión en su erupción considerándose normal entre 18 y 30 años. Para facilitar el estudio brindamos la siguiente tabla: Dientes Superiores 6 1 2 4 5 3 7 Edad (años) 6 7 8 9 10 11 12 Dientes Inferiores 6 12 3 4 5 7 Se puede considerar como anomalías de tiempo de los dientes permanentes los retrasos o adelantos de la erupción, que se aparten más o menos 6 meses de las fechas que hemos indicado.¹¹

2.2.2 CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen los siguientes criterios: ¹²

Posición del tercer molar con relación del segundo molar

- Características del espacio retro molar
- Angulo del eje longitudinal del diente
- Relación del tercer molar con la rama mandibular
- Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.

2.2.2.1 Clasificación de Pell-Gregori)

RELACIÓN DEL CORDAL CON RESPECTO A LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y EL SEGUNDO MOLAR

Clase I.

Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II.

El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula. En el maxilar superior se valora la relación del cordal respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar.

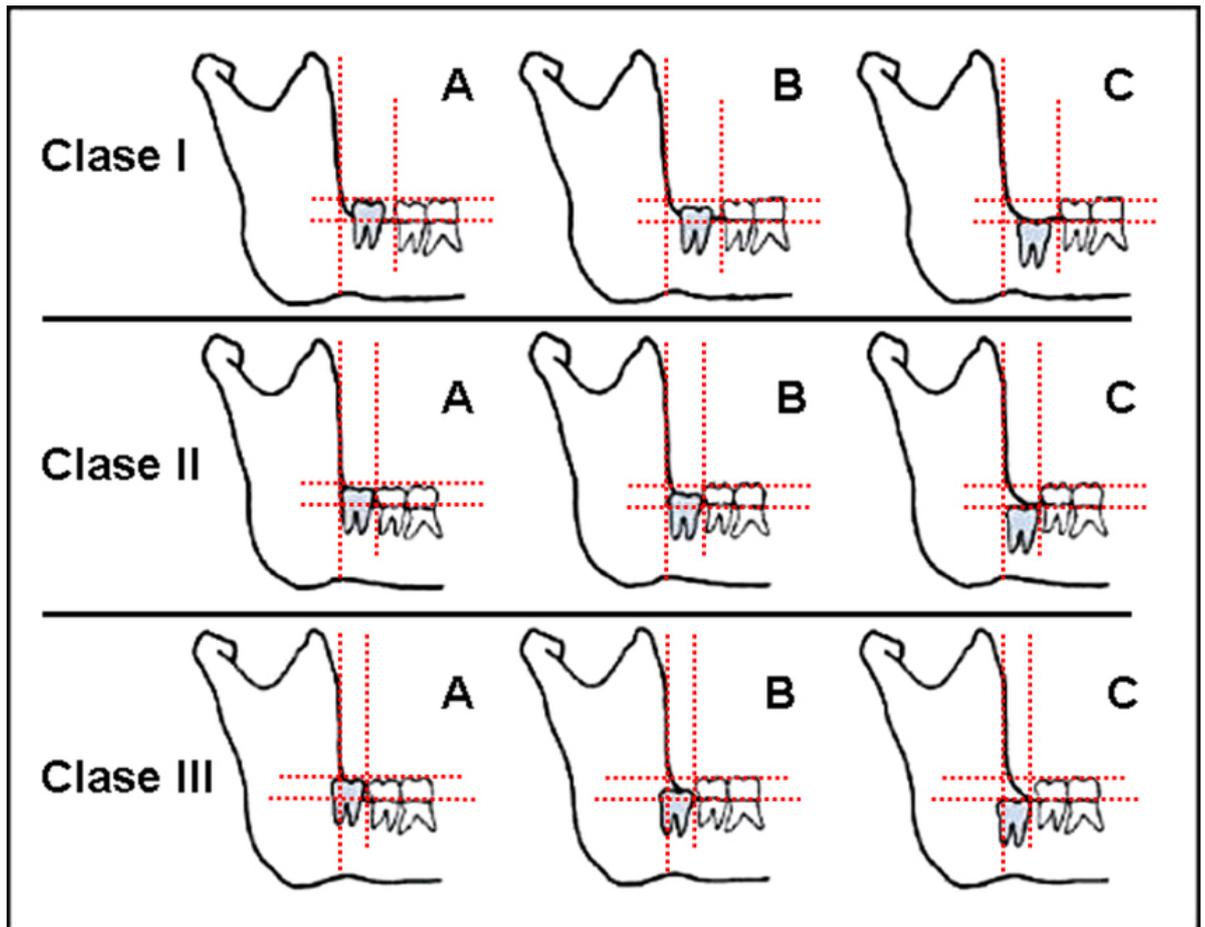
PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Posición A. El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar¹²

Tabla 1
CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY



2.2.2.2 Clasificación de Winter

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar. Mesioangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°. Horizontal. Cuando ambos ejes son perpendiculares. Vertical. Cuando los dos ejes son paralelos. Distoangular. Cuando los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°. Invertido. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°. Según el plano coronal se clasifican en vestibuloversión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguoversión si se desvía hacia lingual ¹⁶.

tipos:

- Mesioangular.
- Horizontal.
- Vertical.

- Disto angular.
- Invertido.

TABLA 2
CLASIFICACION DE WINTER MAXILAR SUPERIOR

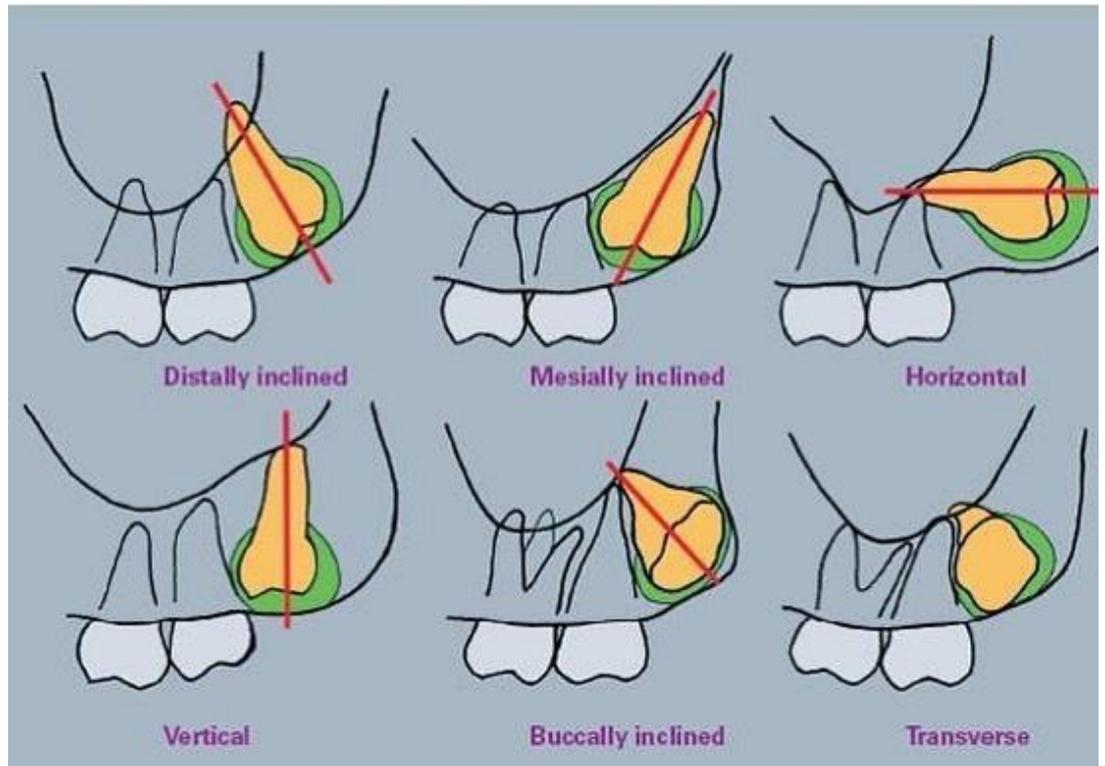


TABLA 3
CLASIFICACION DE WINTER MAXILAR INFERIOR

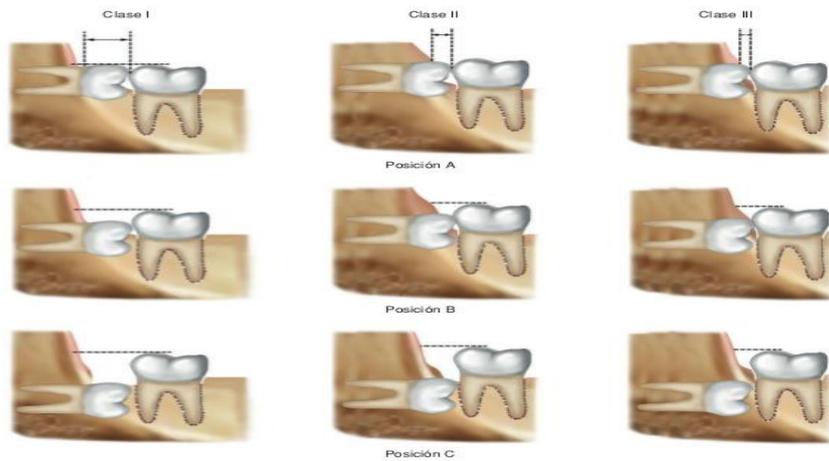


Figura 13.55. Clasificación de los terceros molares inferiores en inclusión horizontal según la profundidad (A, B y C) y la relación entre el cordal y la rama ascendente de la mandíbula (clase I, II y III).

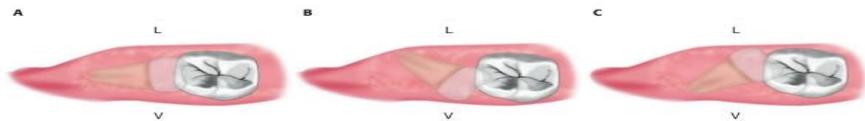


Figura 13.56. Orientación del tercer molar en sentido vestibulo-lingual. (A) En la zona media. (B) Orientado hacia vestibular. (C) Inclinación hacia lingual.

2.2.3 ESTUDIO RADIOGRÁFICO

La radiografía es un elemento plano, por lo tanto, en una placa sólo se obtiene la dimensión. Debido a ello, es imprescindible que cuando se practique un estudio radiográfico se realicen técnicas al menos en dos planos del espacio. El análisis del conjunto de ellas permitirá tener indudablemente una mejor concepción del tipo de patología, su extensión y el grado de compromiso de estructuras vecinas. ¹³

2.2.3.1 Radiografía Panorámica

La Radiografía Panorámica (llamada también ortopantomografía) es una técnica destinada a obtener una sola imagen de las estructuras faciales, que incluya las arcadas maxilar y mandibular y sus estructuras de sostén. Es una vista parecida a la tomografía; produce una curva en la capa seleccionada, que abarca los dientes y alveolos de la mandíbula y el maxilar.

La radiografía panorámica generalmente es la primera radiografía solicitada.

Esta toma radiográfica permite evaluar la cantidad de elementos incluidos, el grado de impactación de los dientes, eventuales patologías asociadas y estructuras nobles adyacentes.

La radiografía panorámica de los maxilares, así como las radiografías intrabucales (periapicales) son exploraciones necesarias incluso si el tercer molar está completamente erupcionado, dada la variabilidad anatómica de las raíces de estos dientes.

Según Medeiros, para la evaluación de los terceros molares incluidos sólo la radiografía panorámica es suficiente, pero para otros elementos incluidos es común que se asocien otras tomas radiográficas.

En cuanto a la técnica, el tubo y la película se mueven alrededor del paciente con una trayectoria circular; mediante este movimiento complejo, los aparatos son capaces de producir imágenes diferentes de las capas seleccionadas (por ejemplo, imágenes circulares y elípticas). Para obtenerlas, el eje no está fijo y se mueve con trayectoria predeterminada. No obstante el aparato usado, el paciente tiene que colocarse de tal forma que los dientes maxilares, mandibulares y el hueso adyacente quede dentro de la curva predeterminada; el resultado es una imagen con las estructuras en una sola película.

Sus principales ventajas consisten en:

- 1) cobertura anatómica amplia,
- 2) dosis baja de radiación para el paciente,
- 3) comodidad del examen,
- 4) el hecho de poder usarse en pacientes incapaces de abrir la boca y
- 5) El escaso tiempo necesario para hacer la proyección panorámica, normalmente de 3 a 4 minutos. Este tiempo incluye el necesario para colocar al paciente y para el ciclo de exposición.

La principal desventaja de la radiografía panorámica es que la imagen resultante no resuelve el detalle anatómico fino, apreciable en las radiografías periapicales intraorales. Otros problemas asociados son: ampliación, distorsión geométrica y superposición de las imágenes de los

dientes, sobretodo en la región premolar. Además, los objetos cuyo reconocimiento pueden tener importancia para interpretar la radiografía, quizá queden situados fuera de la sección o el plano de foco (llamado corte focal). Ello hace que tales imágenes aparezcan distorsionadas u oscurecidas en la radiografía resultante.

Las indicaciones incluyen evaluación de traumatismos, terceros molares, enfermedad extensa, lesiones grandes conocidas o sospechadas, desarrollo dental, retención de dientes o puntas radiculares, y anomalías del desarrollo.

2.2.3.2 Características de una radiografía Panorámica Según Langland y Langlais, deben diferenciarse las siguientes zonas:

Zona 1. Dentición: debe presentar una ligera curva, correspondiente a la línea de la sonrisa, dejando un espacio entre los dientes superiores e inferiores. Los dientes posteriores no deben ser ni pequeños ni grandes en un lado, en comparación del otro. La superposición de un premolar sobre el otro debe ser mínima. Los ápices de los dientes anteriores mandibulares y maxilares no deben estar cortados y sus coronas no han de desaparecer.

Zona 2. Senos y nariz: los tejidos blandos de la nariz y sus cartílagos no deben verse; la sombra del paladar duro y algunas imágenes fantasma del paladar podrán verse a nivel de los senos maxilares; la lengua debe estar en contacto con el paladar para no interferir en estas estructuras en el momento de la exposición.

Zona 3- Cuerpo mandibular: la cortical inferior de la mandíbula debe ser uniforme y continua. Deberán estar ausentes, en esta área, imágenes fantasmas o dobles imágenes del hueso hioides. La línea media de esta zona no deberá estar aumentada, ni en la arcada superior ni en la inferior.

Zona 4 y 6. Los cóndilos: deben estar más o menos centrados, a ambos lados de la película, y a la misma altura a ambos lados con respecto al plano horizontal. El cóndilo de un lado no debe ser ni más grande ni más pequeño que el del otro lado.

Zona 5. Rama mandibular y columna vertebral: la rama mandibular debe ser igual en ambos lados. La columna vertebral, aunque usualmente no se

ve, cuando sea visible, no debe superponerse a la rama mandibular y la distancia entre ellas debe ser la misma en los dos lados.¹⁵

2.2.3.3 Puntos a Evaluar en la Radiografía del Tercer Molar Retenido

Para empezar con la evaluación, se debe revisar primeramente una radiografía panorámica que nos dará una visión general. En la evaluación radiográfica de dientes incluidos en el maxilar inferior se debe analizar: la profundidad de la impactación medida con la relación del plano oclusal, la inclinación del diente comparada con el eje axial del diente erupcionado adyacente, la longitud, forma, número y dirección de las raíces; la forma y tamaño de la corona, el espacio del ligamentoperiodontal, la posibilidad de anquilosis, saco folicular, conducto dentario inferior, textura ósea, la relación con la rama ascendente de la mandíbula, valorando el espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y comparando este espacio con el ancho mesio-distal del tercer molar.

Luego revisar una radiografía periapical de los dientes incluidos para detallar las observaciones realizadas.¹⁵

2.2.3.4 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

ANESTESIA:

- Anestesia troncular:
 - Nervio dentario inferior y nervio lingual. A nivel de la espina de Spix
 - Nervio bucal largo. En el fondo de vestíbulo lateral al segundo/tercer molar inferior. Anestesia infiltrativa
- :Vestibular
- Lingual

2.2.3.5 LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO:

El colgajo mucoperióstico debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y visibilidad del campo quirúrgico, sin que su retracción forzada puede originar desgarro mucoso, puede tratarse de un colgajo envolvente o de un colgajo triangular con incisión de descarga hacia fondo de vestíbulo, en este último caso, la incisión de descarga debe ser oblicua, de forma que la base del colgajo sea amplia y no comprometa la

vascularización de éste. La incisión a lo largo de todo su trazado debe hacerse con el bisturí, incidiendo hasta hueso para conseguir un colgajo mucoperióstico de este espesor completo.

La prolongación anterior de la incisión garantiza por una parte acceso adecuado y, además, que el cierre sea sobre todo hueso sólido y no sobre el defecto óseo para evitar dehiscencias de la herida.

Tercer molar inferior. Se traza una incisión oblicua posteroanterior desde la cresta anterior de la rama ascendente mandibular hasta la cara distal del segundo molar en general puede hacerse la descarga vestibular o este nivel, en forma de incisión oblicua.¹⁹

En casos de gran proximidad entre el segundo y tercer molar, la descarga debe practicarse por mesial del segundo molar. Si se prefiere un colgajo evolvente, entonces se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial del primer molar.

Esta prolongación anterior de la incisión puede ser menor en función de la dificultad de la exodoncia y del hueso que será preciso eliminar¹⁹

2.2.3.6 ELIMINACIÓN ÓSEA U OSTECTOMÍA:

La cantidad de hueso que se eliminara dependerá de la profundidad de la impactación, la angulación de la pieza y la disposición de las raíces.

Deberá eliminarse el hueso de las superficies oclusal, bucal y distal hasta exponer la línea cervical.

Es fundamental la eliminación del hueso vecino a la cara mesial del tercer molar para facilitar la introducción del instrumental y del hueso del trigonoretromolar para facilitar las vías de salida.

La secuencia de ostectomía en la exodoncia quirúrgica de un tercer molar inferior será la siguiente:

- Eliminación ósea en la superficie oclusal para exponer la corona
- Fresado de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical
- Fresado de un surco por distal del diente para permitir su posterior luxación
- Ligeramente fresado por mesial para proporcionar un punto de apoyo al elevador para dicha luxación.

2.2.3.7 ODONTOSECCIÓN:

La dirección de sección del diente dependerá de la angulación de la pieza

impactada como factor principal.

En ningún caso durante la sección dental con la fresa, debe llevarse hasta la superficie lingual del diente.

Se hará una sección incompleta y se finalizara la odontosección insertando un elevador en la fisura y haciéndolo rotar hasta dividir el diente, evitando así la lesión del nervio lingual.¹⁹

2.2.3.8 Mesioangular:

Generalmente es el molar menos difícil de exodoncia. Después de hacer la ostectomía se secciona la corona haciendo un corte longitudinal en sentido coronoapical, que comienza en un punto intermedio de la superficie oclusal y se dirige hasta la furca (en dientes con raíces divididas) o hasta el punto más apical posible (si las raíces están fusionadas).

Se extrae primero el segmento distal y luego el resto del molar, insertando un elevador por mesial y luxando el diente hacia distal.

2.2.3.9 Horizontal:

La siguiente extracción en dificultad. Se separa la corona de las raíces haciendo una sección a nivel de la lineacervical. Se extrae primero la corona y luego las raíces. En los casos de raíces divergentes se seccionan y se extraen por separado.

2.2.3.10 Vertical:

A pesar de su aspecto inocente son dientes de difícil extracción. El molar se secciona en dos segmentos, mesial y distal, que se extrae por separado. En el caso de raíces fusionadas se secciona el segmento distal de la corona, que se extrae y luego se luxa el resto hacia distal, de modo similar a las impactaciones mesioangulares

2.2.3.11 Distoangular:

Es la impactación técnicamente más difícil de resolver. Tras una ostectomía amplia por distal se practica una muesca en la superficie vestibular, en una posición apical al ecuador del diente. Se inserta un elevado en la ranura y se aplica un movimiento hacia distal. Si esta maniobra no permite la extracción, entonces la corona se separa de las raíces mediante una sección en la línea cervical y se extrae. Si las raíces están fusionadas se podrán elevar hacia el espacio previamente ocupado por la corona y retirar. Si son divergentes se seccionan y se extra en por separado.¹⁹

2.2.4 EXTRACCIÓN (AVULSIÓN) DEL MOLAR:

Una vez hecha la ostectomía y odontosección se retiran los distintos segmentos del diente mediante el uso de elevadores. Los movimientos de luxación para expansionar las corticales bucal y lingual son mínimos. No debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales o incluso la mandíbula.

2.2.5 LAVADO Y SUTURA DE LA HERIDA:

Debe limpiarse el alvéolo de todo resto de folículo dental y especulas óseas con un cuidadoso curetaje deberá irrigarse con suero fisiológico, tanto el alveolo, como debajo del colgajo mucoperióstico. Se regularan los bordes óseos mediante fresado manual o con motor.

Se procede a la sutura para obtener un cierre primario de la herida.

El primer punto se aplica inmediatamente por detrás del segundo molar y los siguientes se colocan por detrás de este. Por delante se sitúan a través de la papila por mesial al segundo molar y en la incisión de descarga. Suele usarse sutura de 3/0 ó 4/0 no reabsorbibles como la seda o bien reabsorbibles como el Dexon o el Vicryl rápido, ya que el Catgut ha quedado en desuso¹⁹

2.3. JUSTIFICACION.

La exodoncia de terceras molares en mal posición dentaria debe de ser tratado con una técnica quirúrgica adecuada para evitar complicaciones en el acto quirúrgico reduciendo el tiempo y molestias post quirúrgicas con un buen plan de tratamiento y exámenes auxiliares adecuados y principalmente deben ser diagnosticadas a tiempo, la extracción de las terceras molares es hoy uno de los actos quirúrgicos más frecuentes.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo general:

- Aplicar una técnica adecuada en las exodoncias de terceras molares con tratamientos ortodonticos

2.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar el diagnóstico y plan de tratamiento según la clasificación de Pell y Gregory y Winter
- Determinar la técnica quirúrgica adecuada en exodoncia de tercera molar

REPORTE DEL CASO CLINICO

Exodoncia de tercera molar pieza 4.8

HISTORIA CLINICA

ECTOSCOPIA.

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, natural de Lima se presenta a la consulta odontológica en aparente buen estado general, lucido orientado en tiempo y espacio manifestando tener dolor de diente al momento de masticar.

A la inspección clínica se observa la pieza dentaria 4.8 con erupción parcial en mal posición con presencia de una pericoronaritis ulcerativa.



ANAMNESIS

DATOS DE FILIACION

Nombres y Apellidos: Jazmín Crispín Toscano

Edad: 21

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Domicilio: Av. Nicolás de Aranibar 717 Santa Beatriz

Celular: 983840845

Ocupación: Lic. En Psicología

Lugar y Fecha de Nacimiento: 02-07-2008

Lugar de Procedencia: Huancayo

MOTIVO DE LA CONSULTA

- Por referencia de tratamiento ortodontico
- Por hallazgo radiográfico Pza. # 4.8

ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere que hace 6 meses le tomaron una Radiografía Panorámica para realizarle un tratamiento Ortodontico informándole la presencia de terceras molar en mal posición y que se tenían que extraer para conseguir un buen resultado refiere que la pieza dentara en los siguientes meses se encontró asintomático por lo que no recibió ningún tratamiento al respecto en la actualidad se encuentra sintomático por presencia de pericoronaritis apreciada a la observación clínica.

ANTECEDENTES

Generales:

- No refiere antecedente alguno

Familiares:

- No refiere antecedente alguno

Patológicos:

- No refiere antecedente alguno

Alergias:

- No refiere tipo alguno de alergia

EXAMEN CLINICO GENERAL

Signos Vitales

Presión Arterial:

- 110 / 70

Frecuencia Respiratoria:

- 20 rpm

Pulso:

- 72 ppm

Temperatura:

- 36.5 °C

Piel

Textura:

- Suave

Turgencia:

- Conservada

Pigmentación: presente 2 lunares a nivel del mentón

Cabellos: Abundante con buena implantación

EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

EXAMEN EXTRABUCAL

FACIE

- **Cráneo:** Normo céfalo
- **Cara:** Normo Facial

MÚSCULOS

Temporal:

- Tónico, asintomático a la palpación

Masetero:

- Tónico, asintomático a la palpación

Pterigoideo interno:

- Tónico, asintomático a la palpación

Pterigoideo Externo:

- Tónico, asintomático a la palpación

Digástrico:

- Tónico, asintomático a la palpación

Esternocleidomastoideo:

- Tónico, asintomático a la palpación

Cervicales Posteriores:

- Tónico, asintomático a la palpación

ATM.

- No presenta ruidos articulares
- Se presenta asintomático a la palpación

REGIÓN HIOIDEA O TIROIDEA: ABEG

Ganglios: ABEG



EXAMEN INTRABUCAL

TEJIDOS BLANDOS

Labios y Comisura Labial:

- Gruesos, Tónicos, Simétricos é Incompetentes

Carrillos:

- presencia de gránulos de fordyce, rosados e Hidratados

Paladar Duro:

- Profundidad media

Paladar Blando:

- Mucosa rosada pálida

Oro faringe:

- úvula centrada sin alteraciones

Lengua:

- Normo glosa,

Piso de Boca:

- Hidratado con presencia de carúnculas de
Conducto de Warthon

Frenillos:

- con inserción en la línea media

Saliva:

- viscosa de secreción normal

Encías:

- **Color** Rosado
- **Textura** Brillosa
- **consistencia:** Lisa e hidratado
- **Encía Papilar:** sanas

TEJIDOS DUROS

- **Maxilar Superior:** de tamaño normal de forma Triangular
- **Maxilar Inferior:** de tamaño normal de forma Triangular
- **Reborde alveolar:** conservado
- **Zonas edentulas:** No presenta
- **Dientes: Tamaño** normal de **color** amarillento

OCLUSION**Relación Molar Derecha:**

- Clase II

Relación Molar Izquierda:

- Clase II

Línea Media:

- Asimétrica con desviación hacia la derecha 2mm

Trayectoria Mandibular:

- Apertura y Cierre Sin Alteración alguna

Relación Canina Derecha:

- Tipo II

Relación Canina Izquierda:

- Tipo II

Dimensión Vertical:

- alterada

Over Bite:

- alterado 2mm

Over Jet:

- alterado 2mm



DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Pzas Dentarias 3.8,4.8 incluidos
Tipo II Según Pell y Gregory con presencia de
Pericoronaritis a nivel de la pieza dentaria 38, 4.8

EXAMENES AUXILIARES

Radiografía Panorámica



Radiografía Peri apical pieza 4.8



Análisis Clínicos

EXAMEN

| RESULTADO/UNIDAD

| VALORES DE REFERENCIA

RESULTADO

EXAMEN SOLICITADO	MUESTRA	METODO	RESULTADO
<u>VIH</u>	SUERO	NO TREPONEMICA	NO REACTIVO


CARLOS CAVALES GUTIEREZ
TECNÓLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO
6901

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

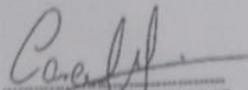
Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdto. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)

E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 ☎ 943854144

EXAMEN | RESULTADO/UNIDAD | VALORES DE REFERENCIA

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO HEMATIES	4'850 000 mm ³	Mujeres 4.0 - 5.0 millones/mm ³ Hombres 4.5 - 5.5 millones/mm ³ Niños de 4 años 4.2 - 5.2 millones/mm ³ 1 a 6 meses 3.8 - 5.2 millones/mm ³
HEMOGLOBINA	14.2 g/dl	Hombres 13.0 - 16.0 g/dl Mujeres 11.5 - 14.5 g/dl Niños 1 año 11.3 - 13.0 g/dl
HEMATOCRITO	43 %	Hombres 40 - 50% Mujeres 37 - 42% Niños de 5 años 38 - 44%
Nº LEUCOCITOS	7,803 /mm ³	Adultos 4 000 - 10 000 /mm ³ Niños de 3 años 4 000 - 11 000 /mm ³ 3 a 9 meses 4 000 - 15 000 /mm ³
VALORES ABSOLUTOS		
ABASTONADOS	0 /mm ³	1500 - 7000 /mm ³
SEGMENTADOS	5070 /mm ³	1500 - 7000 /mm ³
EOSINOFILOS	156 /mm ³	0 - 400 /mm ³
BASOFILOS	0 /mm ³	0 - 100 /mm ³
MONOCITOS	152 /mm ³	100 - 1000 /mm ³
LINFOCITOS	2731 /mm ³	1000 - 4500 /mm ³
FORMULA LEUCOCITARIA		
ABASTONADOS	0 %	0%
SEGMENTADOS	60 %	55-65%
EOSINOFILOS	2 %	0.5-4%
BASOFILOS	0 %	0.5-1%
MONOCITOS	3 %	3-8%
LINFOCITOS	35 %	25-35%
PLAQUETAS	255,000 /mm ³	150 - 400 000 /mm ³


CARLOS CAYALES GUTIEREZ
 TECNÓLOGO MÉDICO
 LABORATORIO CLÍNICO

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdno. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)
 E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 ☎ 943854144

EXAMEN

| RESULTADO/UNIDAD

| VALORES DE REFERENCIA

HEMOGLOBINA
GLICOSILADA

5.9 %

4-6.5%

TIEMPO DE SANGRÍA

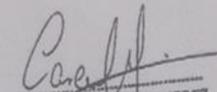
1'30" MINUTOS

< 6 MINUTOS

TIEMPO DE COAGULACIÓN

6'00" MINUTOS

< 10 MINUTOS


CARLOS CAVALES GUTIEREZ
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO
6901

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdmo. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)
E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 📞 943854144

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- Pieza Dentaria 3.8, 4.8 Mal posición Dentaria Tipo II según Pell y Gregory y posición vertical según Winter
- Pericoronaritis ulcerativa a nivel de las piezas 3.8, 4.8 - CIE 10

PLAN DE TRATAMIENTO

- Exodoncia de tercera molar Pieza 3.8, 4.8

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

PRE QUIRÚRGICO:

Preparación de los materiales en la Mesa Quirúrgica



Lavado de Manos.



Colocación del Ambo o Mandilón



Calzado de Guantes

- Colocación de los guantes quirúrgicos



Asepsia Extra Oral

- Desinfección peri bucal con yodopovidona en solución al 10%



Asepsia Intra Oral

- Enjuague bucal con Diguconato de Clorhexidina al 0.12%



QUIRURGICO:

TÉCNICA ANESTÉSICA.

Tópica: perdida de sensibilidad de la mucosa al momento del pinchón de la

Aguja



Troncular: bloqueo de las ramas del Nervio Dentario Inferior con lidocaína

2%

- Nervio Dentario inferior
- Nervio Lingual



Infiltrativa:

- Nervio Alveolar



INCISION

Tipo Lineal:

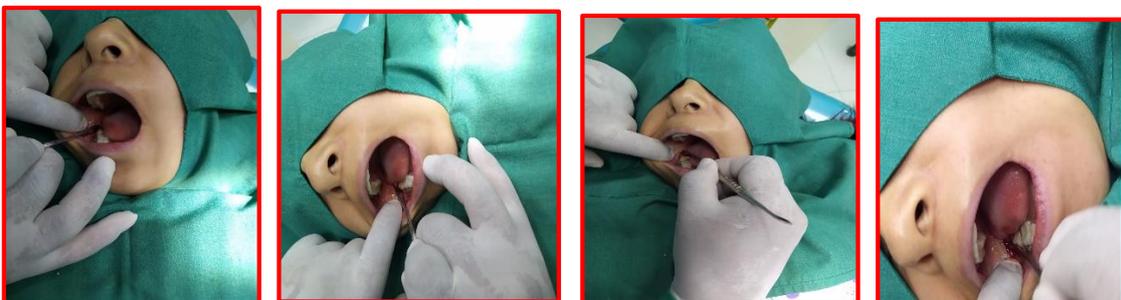
- la incisión es horizontal siguiendo el trayecto de una línea recta por encima de tejido mucoso



COLGAJO

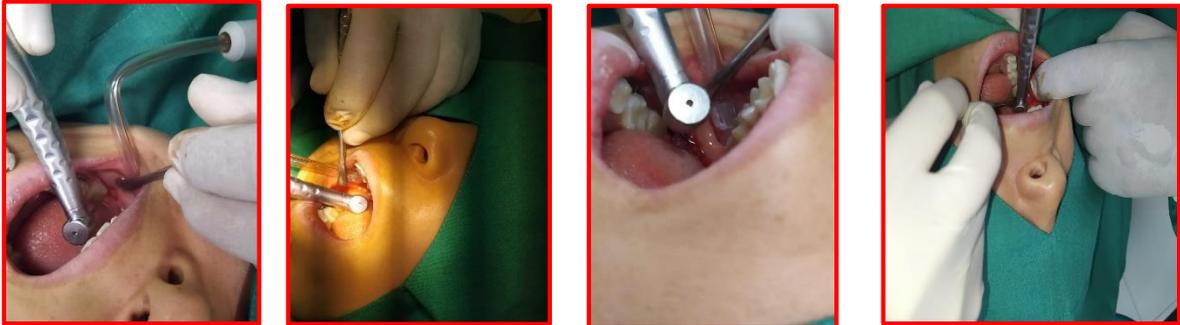
Desprendimiento del Colgajo:

- Levantar o separar la mucosa del hueso, levantando dicho colgajo y manteniéndolo separado del campo operatorio para realizar el acto quirúrgico



OSTEOTOMÍA:

- Eliminación total o parcial del hueso que recubre el tercer molar



LUXACIÓN

- Separación o pérdida de continuidad entre el diente y los tejidos circundantes de los tejidos periodontales.



EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA

- Retiro de la Pieza dentaria de su alveolo



LIMPIEZA DEL ALVEOLO

- Curetaje del alveolo con suero fisiológico



SUTURA

- Reposición del colgajo y sutura de tipo simple con hilo de seda negra 3/0 de aguja semicurva



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Pre Quirúrgico:

- La profilaxis antibiótica en cirugía oral y maxilofacial tiene como fin la prevención de la infección en la herida quirúrgica, ya sea por las características de la cirugía o por el estado general del paciente.
- 03 tabletas de Amoxicilina 500mg 01 C / 8horas



Post Quirúrgico:

- 03 Ampollas de Clindamicina de 600 mg
- 03 Ampollas de Dexametasona de 4 mg/ 2ml
- 03 Ampollas de Diclofenaco de 75 mg
- 01 de cada uno juntos cada 24 horas vía intramuscular



III. DISCUSION

Se examinaron las clasificaciones de terceras molares según Pell y Gregory y Winter en relación de la radiografía panorámica según el tratamiento ortodóntico se debe de realizar la exodoncia de terceras molares para conseguir un espacio disponible para la corrección de la mal posición dentaria.

IV. CONCLUSIONES

En lo que respecta la mayoría de los estudios realizados hacen énfasis en el uso adecuado de las técnicas quirúrgicas en la extracción de terceras molares para realizar un tratamiento de ortodoncias a falta de espacio disponible para la corrección de las mal posiciones dentarias

V. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, R. Posiciones de las terceras molares mandibulares según las clasificaciones de Pell y Gregory y Winter en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, 2012-2014 [Tesis]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán. Facultad de Odontología; 2014.
2. Palacios Colán M. Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana de ciencias Aplicadas. Facultad de Odontología; 2014.
3. Vendano, C. Angie V. Morbilidad De La Extracción De Los Terceros Molares En Pacientes Entre Los 12 Y 18 Años De Edad. Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal 2005; 10: 422-431
4. Tirado Delgado J. Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital central FAP [Tesis]. Lima: Universidad National Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015
5. Huaynoca, N Tercer Molar Retenido - Impactado E Incluido Rev. Act. Clin. Med v.25 La Paz Nov. 2012.
6. Diaz Benavides R. Prevalencia de la posición de terceros molares inferiores con relación a la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 25 años de edad atendidos en dos centros radiológicos del distrito de

Trujillo en el año 2013 [Tesis]. Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2016

7. Poma, H. Complicaciones en la Extracción de Terceras Molares Impactadas. Revista peruana de investigaciony educacion en ciencias de la salud.2016. Revista Peruana De Investigación Y Educación En Ciencias De La Salud, 1(1), 28-33. Recuperado a partir de <http://unijuanpablo.edu.pe/revista/index.php/Repiec/article/view/9>
8. Choque, A. Tecnicas de Anestesia Troncular del Maxilar Inferior Revista de Actualizacion Clínica Investiga 2012. Rev. Act. Clin. Med v.27 La Paz dic. 2012
9. Cubero, A. Efecto anestésico en el bloqueo troncular mandibular, estudio comparativo entre lidocaína 2% y articaína 4% 'Odontólogo, Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador. 2017
[URL:http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index](http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index)
10. haskar SN. Histologia e embriologia oral de Orban. Artes Médicas; 1989. 501.
11. Verde D. Posiciones e inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad inca garcilaso de la vega en el año 2008.[Tesis Grado Profesional]. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega;2010
12. Gay EC, Berini AL. Tratado de Cirugía Bucal. ed.Ergon; 2011.
13. Martinez, A. Diaz Caballero A, Saenz Duran S. La radiografía panoramica una herramienta para identificar los factores que determinan la erupcion

- de los terceros molares mandibulares asintomáticos: Reporte de una investigación. Acta Odontológica Venez. 2005;43(3):282–9
14. Sthorayca. F. Frecuencia de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell-Gregory y la clasificación de Winter; de acuerdo a la hemiarcada y género en radiografías panorámicas digitales de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Tacna, 2015 y 2016. Peú tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Tacna Peru Universidad Privada de Tacna 2015-2016
 15. Verde D. Posiciones e inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad inca garcilaso de la vega en el año 2008.[Tesis Grado Profesional]. Lima: Universidad Inca Garcilaso De La Vega;2010
 16. Gay Escoda, Cosme. Tratado de cirugía bucal tomo 1. Editorial Ergon. Año 2004; capítulo 12: pág. 356 –385
 17. Arellano J. Estudio Comparativo de la Posición de Terceros Molares según la Clasificación de Pell & Gregory y Winter [Tesis]. Quito. Universidad San Francisco de Quito USFQ. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
 18. Olate S, Alister J, Thomas D, Alveal R, Unibazo A. Posición del molar y tiempo quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores. Int. J. Med. Surg. Sci., 1(1):17-20, 2014.
 19. Ormeño Moreira Leonor E. en su trabajo de investigación “Extracción de tercer molar mandibular clase I posición A con raíz dilacerada mediante la técnica de odontosección” Ecuador 2015

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PERUANA
LOS ANDES - LIMA
CLINICA ODONTOLÓGICA
ARCHIVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Yo, Yuriko Condorcheva Sierra con DNI 62288495 de 14 años de edad en mi condición de paciente de la Clínica Odontológica de la Universidad Peruana Los Andes Filial Lima, AUTORIZO al alumno.....

se me realice los Tratamientos odontológicos en las diferentes especialidades Que se describe en esta historia clínica Tratamiento periodontal

Yo, Juan Condorcheva Flores con DNI, N° 09801502 de 45 años de edad apoderado del menor de edad Yuriko Condorcheva S. de 14 años de

edad quien acude a la clínica Odontológica de la universidad Peruana Los Andes Filial Lima AUTORIZO al alumno Ans. Saavedra Ruiz realice los tratamientos odontológicos a mi menor hijo en las diferentes especialidades que se describen en esta historia clínica Perio don eua - Raspado y ajujado

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

Yo el paciente, soy responsable de las consecuencias y acciones que se realicen o dejen de hacer, debido a errores que yo haya podido cometer durante el registro de mis datos en la historia clínica.

Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen como parte de los tratamientos que por este medio acepto. He sido informado de las consecuencias que pudiera ocasionar si yo no concluyo o suspendo mi tratamiento en forma imprevista.

AUTORIZO que se obtengan (marcar la opción)

- Fotografías en el pre - intra y post-operatorio Si No
- Videos en el pre - intra y post-operatorio Si No
- Otros registros gráficos (especificar).....
- Difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas y/o ámbito científicos. Si No

Lima, 5 agosto del 2016

Firma del paciente:

Firma del alumno:

Nombre del paciente:

DNI: Yuriko Condorcheva Flores
62288495

Nombre del alumno:

DNI: 42801532

Firma del docente:

FICHA DE EMERGENCIA DE CIRUGIA

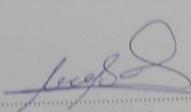


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE EMERGENCIA DE CIRUGÍA

ANAMNESIS	
A. DATOS DE FILIACIÓN	
NOMBRE DEL PACIENTE: <u>JAZMIN CRISPIN TOSCANO</u> EDAD <u>21</u> SEXO <u>F</u>	
DOMICILIO: <u>AV. NICOLAS DE ARANBAR 717 SANTA BEATRIZ</u>	
LUGAR DE PROCEDENCIA: <u>HUANCAYO</u> OCUPACIÓN <u>SICOLOGA</u> FECHA <u>10/19/2017</u>	
B. MOTIVO DE CONSULTA	C. ENFERMEDAD ACTUAL
DOLOR: <input checked="" type="checkbox"/>	(Inicio, evolución y estado actual) (Es importante la exploración semiológica del dolor: Localización, naturaleza con intensidad, irradiación, duración)
TUMEFACCIÓN: <input type="checkbox"/>	<u>SE INICIO HACE 6 MESES ASINTOMÁTICO Y EN LA ACTUALIDAD PRESENTA DOLOR POR PERICORONARITIS PZA 4.8</u>
HEMORRAGIA: <input type="checkbox"/>	
OTROS: <u>ORTODONCIA</u>	
D. ANTECEDENTES PERSONALES	
a) QUIRÚRGICOS	b) TERAPÉUTICOS
<u>NO REFIERE</u>	Medicación anterior SI <u>NO</u> Medicación actual SI <u>NO</u> Reacción a los fármacos: <u>NO PRESENTA</u>
c) PATOLÓGICOS (Incluir enfermedades sistémicas)	d) FISIOLÓGICOS
<u>NO REFIERE</u>	Menstruación: SI <u>NO</u> Gestación: SI <u>NO</u> Mes:
EXAMEN CLÍNICO	
1. GENERAL	
Signos Vitales: PA. <u>110/70</u> P. <u>72 RPM</u> FR. <u>20 RPM</u>	
Otros:	
2. ESTOMATOLÓGICO	
ZONA, PROBLEMA: <u>PZA DENTAL 4.8</u>	
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:	
SISTÉMICO: <u>ABEG</u>	
ESTOMATOLÓGICO: <u>MAL POSICIÓN DENTARIA (DIENTE INCLUIDO)</u>	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

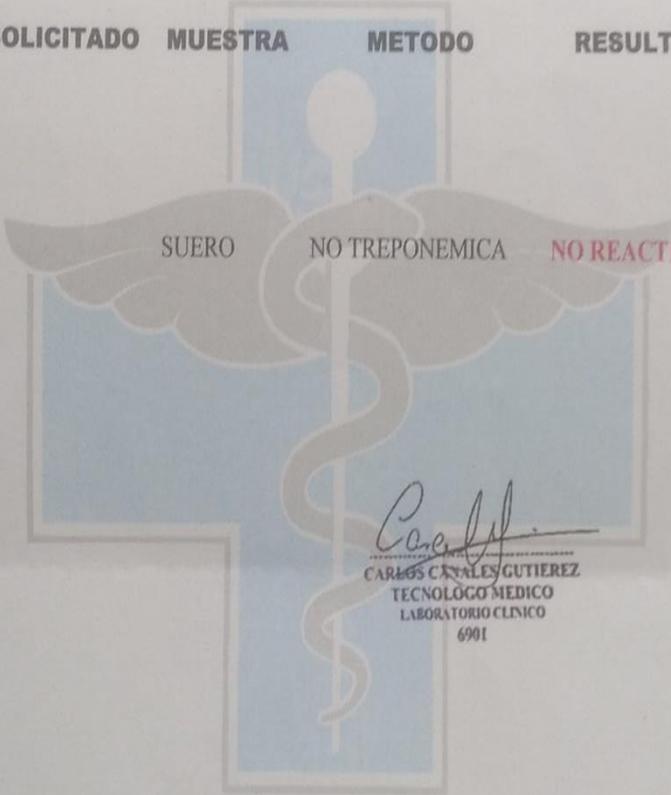
EXAMEN RADIOGRÁFICO: SE OBSERVA UNA IMAGEN RADIOLUCIDA A NIVEL DE LA PZA 4.8 COMPATIBLE CON MAL POSICIÓN DE TIPO VERTICAL SEGUN PERH Y GREGORY	INTERCONSULTAS				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: PIEZA 4.8 INCLUIDA CON PRESENCIA DE PERICORONARITIS <div style="text-align: right; font-size: small;">VºBº Jefe de Diagnóstico/cirugía</div>					
TRATAMIENTO: EXODONCIA PZA 4.8					
ESTUDIANTE <u>JESSICA LEÓN SIJENTES</u> CICLO <u>X</u>					
 ESTUDIANTE	 JEFE DE CLÍNICA Miguel Angel Bernal Flores Mg. CD. Esp. Dialectica COP 19940				
 VºBº Miguel Angel Bernal Flores Mg. CD. Esp. Dialectica COP 19940					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CONTROL</th> <th style="width: 50%;">FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1º CONTROL</td> <td style="text-align: center;">17/10/2017</td> </tr> </tbody> </table>	CONTROL	FECHA	1º CONTROL	17/10/2017	
CONTROL	FECHA				
1º CONTROL	17/10/2017				
NOTA: La Historia no deberá salir del archivo, salvo orden del Director					

ANALISIS DE LABORATORIO

EXAMEN | RESULTADO/UNIDAD | VALORES DE REFERENCIA

RESULTADO

EXAMEN SOLICITADO	MUESTRA	METODO	RESULTADO
<u>VIIH</u>	SUERO	NO TREPONEMICA	NO REACTIVO



Carlos C. Gutierrez
CARLOS CÁNALES GUTIEREZ
TECNÓLOGO MÉDICO
LABORATORIO CLÍNICO
6901

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdto. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)
E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 ☎ 943854144

EXAMEN

RESULTADO/UNIDAD

VALORES DE REFERENCIA

HEMOGRAMA COMPLETO

RECUENTO HEMATIES 4'850.000 /mm³

Mujeres 4,0 - 5,0 millones/mm³
 Hombres 4,5 - 5,5 millones/mm³
 Niños de 4 años 4,2 - 5,2 millones/mm³
 1 a 6 meses 3,8 - 5,2 millones/mm³

HEMOGLOBINA 14.2 g/dl

Hombres 13,0 - 16,0 g/dl
 Mujeres 11,5 - 14,5 g/dl
 Niños 1 año 11,3 - 13,0 g/dl

HEMATOCRITO 43 %

Hombres 40 - 50%
 Mujeres 37 - 42%
 Niños de 5 años 38 - 44%

Nº LEUCOCITOS 7,803 /mm³

Adultos 4 000 - 10 000 /mm³
 Niños de 3 años 4 000 - 11 000 /mm³
 3 a 9 meses 4 000 - 15 000 /mm³

VALORES ABSOLUTOS

ABASTONADOS 0 /mm³ 1500 - 7000 /mm³

SEGMENTADOS 5070 /mm³ 1500 - 7000 /mm³

EOSINOFILOS 156 /mm³ 0 - 400 /mm³

BASOFILOS 0 /mm³ 0 - 100 /mm³

MONOCITOS 152 /mm³ 100 - 1000 /mm³

LINFOCITOS 2731 /mm³ 1000 - 4500 /mm³

FORMULA LEUCOCITARIA

ABASTONADOS 0 % 0%

SEGMENTADOS 60 % 55-65%

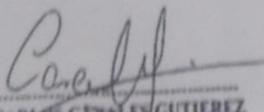
EOSINOFILOS 2 % 0,5-4%

BASOFILOS 0 % 0,5-1%

MONOCITOS 3 % 3-8%

LINFOCITOS 35 % 25-35%

PLAQUETAS 255,000 /mm³ 150 - 400 000 /mm³


 CARLOS CASTALES GUTIERREZ
 TECNÓLOGO MÉDICO
 LABORATORIO CLÍNICO

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdto. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)

E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 ☎ 943854144

EXAMEN

RESULTADO/UNIDAD

VALORES DE REFERENCIA

HEMOGLOBINA
GLICOSILADA

5.9 %

4 - 6,5%

TIEMPO DE SANGRIA

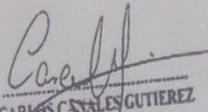
1'30" MINUTOS

< 6 MINUTOS

TIEMPO DE COAGULACIÓN

6 00" MINUTOS

< 10 MINUTOS


CARLOS CANALES GUTIEREZ
TECNOLOGO MEDICO
LABORATORIO CLINICO
6901

LA ULTRASONOGRAFIA ES UN EXAMEN DE AYUDA AL DIAGNOSTICO

Jr. Vicente Panizo N° 100 Año Nuevo - Comas (Pdto. Lubricantes o Depósitos Alt. Km. 12 de la Av. Tupac Amaru)

E-mail: clinimedservis1@gmail.com Telf.: 5447278 RPC: 957272180 943854144

