

# **Universidad Peruana Los Andes**

Facultad de ciencias de la salud

Escuela profesional de la salud



## **Trabajo de Suficiencia Profesional**

### **ODONTECTOMIA DE UN TERCER MOLAR RETENIDO**

Para Optar el Título De Cirujano Dentista

Bachiller: Yllesca Diaz Essy

Línea de Investigación: Salud y Gestión de Salud

Huancayo – 2020

Perú



## **Dedicatoria**

A mi hermano por el apoyo incondicional en el desarrollo de mi carrera profesional a lo largo del tiempo, por creer en mí para alcanzar mis metas.

## **Agradecimiento**

- a Dios por permitirme llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.
- a mis padres y hermanos que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien.
- a mis docentes por el empeño con el que desarrollaron cada clase de la carrera profesional.
- a mis pacientes y amigos por todos los momentos compartidos en el transcurso de los años, por convertir esta experiencia en una de las mejores de mi vida.

## Contenido

### Capítulo I

Dedicatoria .....	2
Agradecimiento.....	3
Contenido.....	4
Resumen .....	5
Abstract.....	6
Terminología.....	7
Introducción .....	8

### Capítulo II

Planteamiento del problema .....	9
Marco Teórico .....	10
Clasificación de Pell y Gregory .....	14
Clasificación de Winter .....	15
Objetivos .....	16

### Capítulo III

Caso clínico .....	17
Examen clínico General.....	18
Examen extrabucal.....	19
Fotos intraorales .....	20
Oclusión .....	21

### Capítulo IV

Diagnostico presuntivo.....	22
Modelos de estudio .....	23
Diagnóstico definitivo .....	24
Diagnostico radiográfico .....	25
Análisis de modelos .....	26
Hemograma.....	27

### Capítulo V

Plan de tratamiento .....	28
Medicación .....	29
Anexos.....	30
Discusión .....	35

### Capítulo VI

Conclusión .....	36
Bibliografía.....	37

## **Resumen**

La odontectomia también llamada coronectomia es la remoción parcial del diente dejando la raíz en su lugar. Esta técnica es aplicada en terceros molares u otros dientes incluidos o retenido en la mandíbula con el fin de evitar daños en el nervio alveolar inferior durante los procedimientos quirúrgicos. Las lesiones al nervio alveolar inferior pueden traer problemas médicos legales puede concluirse que la odontectomia. Es una técnica previsible y de fácil ejecución pudiendo ser realizada por los cirujanos dentistas. Es un procedimiento alternativo y útil en las exodoncias de terceros molares retenidos que están próximos al canal mandibular para evitar lesional el nervio dentario inferior.

La odontectomia tiene una baja incidencia de complicaciones en términos de la lesión del nervio alveolar inferior, por lo tanto, la odontectomia está indicada para los dientes que están muy próximos al nervio alveolar inferior, de esta manera la exodoncia sea con bajo riesgo de parestesia.

**Palabras claves:** odontectomia, incluidos, retenidos

## **Abstract**

Odontectomy also called coronectomy is the partial removal of the tooth leaving the root in place. This technique is applied to third molars or other teeth included or retained in the jaw in order to prevent damage to the inferior alveolar nerve during surgical procedures. Injuries to the inferior alveolar nerve can bring legal medical problems can be concluded that odontectomy. It is a predictable technique and easy to execute and can be performed by dental surgeons. It is an alternative and useful procedure in the exodontias of retained third molars that are close to the mandibular canal to avoid injury to the inferior dentary nerve.

Odontectomy has a low incidence of complications in terms of injury to the inferior alveolar nerve, therefore, odontectomy is indicated for teeth that are very close to the inferior alveolar nerve, thus the exodontics is at low risk of paresthesia.

**Keywords:** odontectomy, including, retained

## **Terminología**

**Odontectomia:** Es la remoción de la corona del diente, dejando la raíz en su lugar. Esta técnica es aplicada en terceros molares

**Retención:** Corresponde al diente que, llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria.

**Inclusión:** Detención total de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo mecánico. Éste queda retenido en el hueso maxilar rodeado aún de su saco pericoronario intacto

## **Introducción**

La remoción de terceras molares llamada también cirugía de terceras, tiene múltiples connotaciones también tiene variantes en cuanto al procedimiento, la terminología usada en la presentación de este caso clínico a determinado denominar odontectomía de terceras molares, teniendo en cuenta que la odontectomía parcial también llamada coronectomía no fue necesaria lo cual esta descrito en el marco teórico, discusión y conclusiones



## **Planteamiento del problema**

El presente caso clínico tiene una connotación netamente quirúrgica y a la vez manifestar que uno de los mayores problemas en las cirugías de terceros molares retenidas es la ubicación y la aproximación al nervio dentario inferior es por ello que en la secuencia de este trabajo vamos a mencionar tanto en el marco teórico y en el caso clínico en sí, las distintas técnicas utilizadas para la remoción quirúrgica de las molares del juicio llamadas también cordales o terceras molares.

Para ello hemos hecho una descripción de las técnicas usadas, pero vamos a dar énfasis al mayor problema que encontramos en estos distintos actos quirúrgicos como ya les mencioné uno de ellos va ser la cercanía con el nervio dentario y otra la profundidad y alguna patología adicional que podríamos encontrar en la ubicación de estas piezas dentales.

## Marco teórico

1. Andrea Martín, Giuseppe perinetti, coronectomia como abordaje quirúrgico de los terceros molares mandibulares impactados una revisión sistemática. Canadá, 2015 (1)

el objetivo de la revisión sistemática en el presente estudio fue evaluar las efectividades clínicas de la temática quirúrgica de coronectomía para la extracción de terceros molares en estrecha proximidad con el nervio alveolar inferior , una revisión de la literatura a través del pubmed, scopus y la biblioteca cochrane desde el inicio hasta el último acceso el 31 de enero de 2014 se realizó para interceptar ensayos clínicos aleatorios estadios clínicos controlados estudios de cortes prospectivos con o sin grupo de control examinaron también resultados clínicos después de la coronectomía se valora las siguientes variables , una de ellas fue la lesión de nervio alveolar inferior ,lesión del nervio lingual .efectos adversos posoperatorios enfermedades pulpares, migración radicular tasa de recuperación para lo cual se determinó 10 artículos y calificaron para el análisis final la coronectomía exitosas variaron de un mínimo de alrededor 61% hasta un máximo de 100% ,la coronectomía a una baja incidencia de complicaciones en términos de lesión de nervio alveolar inferior alcanzando pues un 0% hasta un 9,5 por ciento lesión del nervio lingual ,el 0% al 2% dolor posoperatorio ,del 1 al 41% hinchazón, 4% aproximadamente infección de alveolitis seca, promedio de 2% hasta el 12% la tasa de infección, del 1% al 9,5 por ciento y enfermedad pulpar, del 0, al 9% la migración de las raíces retenidas parece ser una ocurrencia frecuente que varía desde el 2% hasta el 85.3% la coronectomía parece ser un procedimiento seguro al menos a corto plazo con una menor incidencia de complicaciones posoperatorias. Por tanto, la coronectomía podría estar indicada para los dientes que están muy cerca del nervio alveolar. Necesito una segunda operación para la raíz remanente se puede eliminar con un riesgo bajo de parestesia por qué las raíces generalmente se alejan del nervio mandibular la corona se asoció con una baja incidencia de complicaciones en términos del nervio molar inferior también podemos mencionar que la autonomía en este estudio para hacer un procedimiento seguro al menos a corto plazo con una menor incidencia de complicaciones post operatorias podría estar muy cerca dl nervio dentario inferior.

2. Como Ali, ja Benton, jm yates. Riesgo de lesión del nervio alveolar inferior con coronectomía versus extracción quirúrgica de terceros molares mandibulares: comparación de dos técnicas y revisión de la literatura. EE.UU. 2018. (2)

en el estudio que vamos a describir a continuación podemos mencionar que la extracción de los terceros molares mandibulares es uno de los muchos procedimientos quirúrgicos orales más comunes de un número significativo de pacientes conlleva cierto grado de morbilidad asociada que incluye daño al nervio alveolar inferior por esta razón los cirujanos dentistas desea la orientación más actualizada sobre la técnica más apropiada en cuanto la información para la mejor evidencia disponible que producirá la menor incidencia de complicaciones o iatrogenias , el objetivo primordial de este trabajo fue realizar una revisión sistemática comparando el efecto de la coronectomía y la extracción quirúrgica completa de los terceros molares mandibulares sobre el riesgo de la lesión al nervio mandibular y otras complicaciones en el adulto entonces después de un examen exhaustivo en cuanto a estos dos temas y aunque la evidencia nos sugiere que la coronectomía puede reducir el riesgo de la lesión del nervio dentario inferior en comparación con la extirpación quirúrgica de terceros molares mandibulares finalmente podemos decir que la coronectomía brindará mayor éxito a diferencia de una extirpación quirúrgica de muela del juicio.

3. Paul Coulthard, Edmund Bailey, marco esposito, susan Furness , tara f renton , Helen v worthington, técnicas quirúrgicas para la extracción de muelas del juicio mandibulares ,Londres, 2014.(3)

dentro de los antecedentes de la extracción quirúrgica de las muelas del juicio mandibulares podemos mencionar que las habituales se realizan en cirugía oral y maxilofacial la infección más común de cirugías la infección por un diente parcialmente erupcionado que está impactando contra el hueso en los tejidos blandos también otras de las indicaciones son las caries múltiples y patologías pulpares quistes entre otros, entonces los objetivos en este artículo finalmente podríamos decir que es comparar los beneficios y riesgos relativos de diferentes técnicas para realizar diversos aspectos o etapas de la extracción quirúrgica de las terceras molares mandibulares o llamados también dientes del juicio entonces en este artículo se puede mencionar búsquedas en el

registro ensayo del grupo cochrane de salud oral hasta el 21 de marzo del 2014 los criterios de selección fueron comparar técnicas quirúrgicas para la extracción de piezas dentales llamadas piezas del juicio

vamos a mencionar algunos de los resultados principales los cuales se incluyeron un total de 35 ensayos 2569 pacientes las intervenciones consideradas se clasificaron en siete categorías amplias y muchas comparaciones influyeron sólo un restante como los resultados se describen en tablas, resúmenes, hallazgos ,colgajos triangulares etcétera vamos a mencionar que en cuanto a las conclusiones los autores determinaron los 35 ensayos incluidos analizará una variedad de técnicas quirúrgicas diferentes las comparaciones se realizaron con 7 aspectos generales de los procedimientos quirúrgicos para los terceros molares mandibulares impactados tipo colgajo quirúrgico levantado, uso de retractores, técnica de extracción , irrigación de helechos quirúrgicos ,cierre de heridas, drenaje de estas, extracción de dientes completa e incompleta la calidad de conjunto de prueba para cada una de las comparaciones fue muy baja y moderada debido al pequeño número de ensayos y pacientes y la mayoría de los ensayos tenemos algo riesgo de sesgo del 65% y el resto tenía un riesgo infarto por lo tanto la evidencia por hacer cambios en la práctica es limitada sin embargo podemos mencionar que la odontosección a la corona podría traernos menos complicaciones y mayor efectividad al momento de hacer la cirugía de terceras o piezas retenidas llamadas también muelas de juicio.

4. Kanika Singh, Sanjeev Kumar, Sukumar Singh, Vijay Mishra, Pradeep Kumar Sharma. Tercer molar mandibular impactado: comparación de coronectomía con odontectomía india 2018. (4)

El objetivo de este trabajo fue comparar las escuelas de la coronectomía con la odontectomia en terceros molares mandibulares impactadas, el estudio incluyó 30 pacientes que se dividieron en dos grupos, grupo uno de prueba que incluyó 15 sometidos a coronectomia y tome a grupo 2 de control de 15 pacientes sometidos a odontectomia los investigadores incluyeron ortopantomografía digital. Los parámetros para este estudio incluyeron dolor, hinchazón, parestesia nervios, trismus, infección postoperatoria, dehiscencia posoperatoria de la herida profundidad de la bolsa

posoperatoria. los resultados fueron , los pacientes se sometieron a seguimiento durante 6 meses para evaluar la migración de la raíz del tercer molar mandibular retenida que estaba en proximidad con el nervio dentario mandibular hubo aumento medio de migración cuando se midió la distancia del borde inferior del nervio mandibular hasta el ápice de la raíz del tercer molar mandibular retenida que fue de 3.43 milímetros después de 6 meses de un seguimiento continuo concluyendo y determinando en el análisis estadísticos al resultado de un estudio no mostró diferencias estadísticas en ambos grupos en todos los parámetros que tomar.

5. Kruger, wm Thomson, p konthasinghe. Resultados del tercer molar entre los 18 y los 26 años: hallazgos de un estudio longitudinal poblacional de nueva Zelanda. 2001(5)

el propósito del presente estudio fue describir la presencia y el estado de impactación de los terceros molares de las personas en una edad promedio de 18 a 26 años en cuanto al diseño podríamos decir que se examinaron mentalmente 821 pacientes en un estudio de cohorte prospectivo a las edades de 18 a 26 años se tomaron radiografías panorámicas a los de 18 años pero no a los de 26 para cada diente se va para su estado de impactación radiográfica a los 18 años con el estadio clínico a los 26 años los resultados fueron que, de 857 terceros molares evaluados a los 18 años en 92.8% pudo realizarse un seguimiento clínico a los de 26 aproximadamente el 54.9% de los dientes impactados a los 18 años habían erupcionado a los 26 años ,de los dientes impactados a los 18 años el 33% a los 26 años un promedio de 1%

Concluyendo este estudio que aparte de los terceros molares impactados horizontalmente una proporción sustancial de otros tipos de impactación erupcionaron por completo y la impactación radiográficamente aparente en la adolescencia tardía no debería ser motivo suficiente para su extirpación profiláctica en ausencia de otras indicaciones clínicas

## Clasificación de los terceros molares inferiores retenidos

### clasificación de Pell y Gregory

Esta clasificación se basa en la relación del cordal con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

- 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.

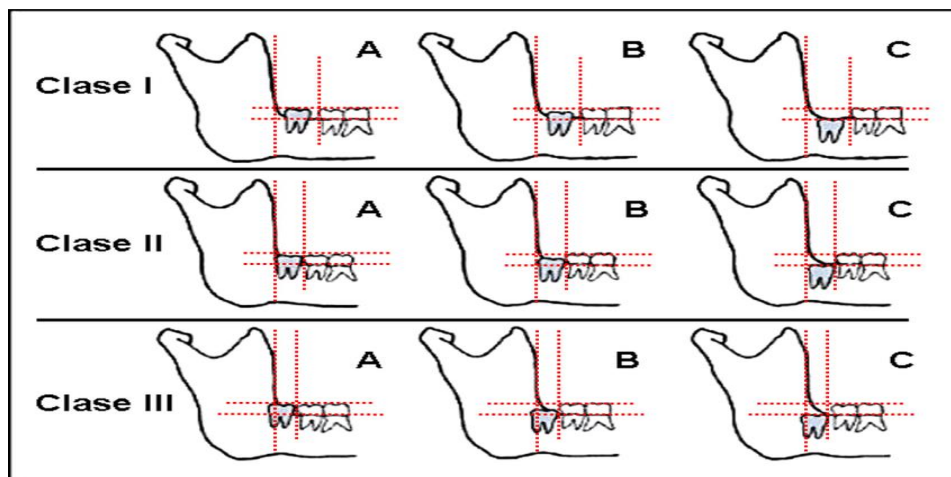
**Clase III.** Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula

- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

**Posición A.** El punto más alto del diente 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 molar.



## 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°.

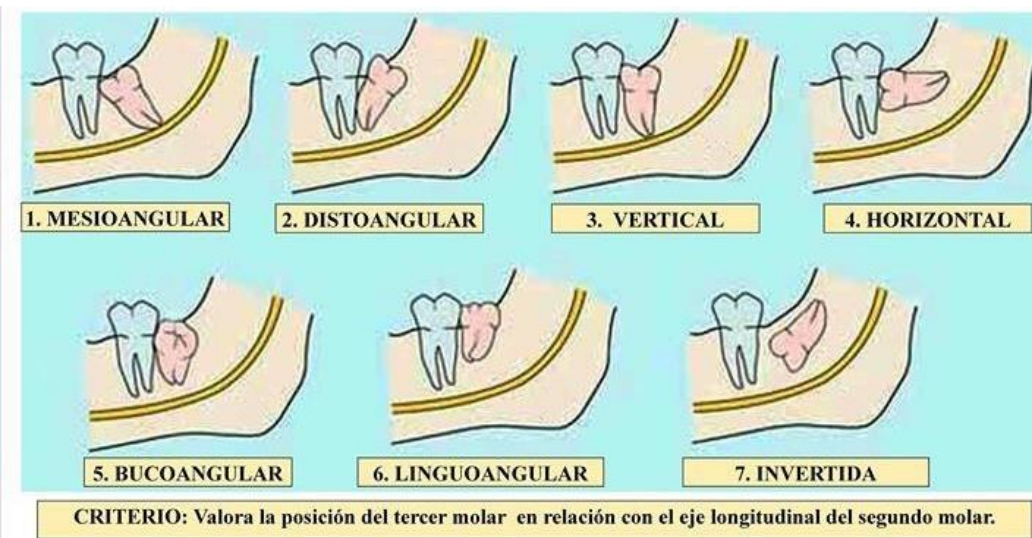
**Horizontal.** Cuando ambos ejes son perpendiculares.

**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



## **Objetivos**

- Odontectomia de la pza 4.8
- Explicación del porque se tomo en cuenta la técnica de odontectomia para la remoción de la tercera molar inferior del lado derecho
- Explicar las distintas técnicas que hubiéramos podido tomar en cuenta y el porque de la inclinación de la odontectomia completa



## Caso clínico de cirugía odontomaxilar

### 1- Anamnesis.

#### ❖ filiación:

- Iniciales: T.M.A.
- Edad :25 años
- domicilio: jr. san Gregorio 224 san Carlos Hyo
- grado de instrucción: 5to año de universidad



#### ❖ Motivo de consulta: “quiero que me saquen mi diente”

#### ❖ Enfermedad actual: paciente refiere que hace seis meses aproximadamente presento dolor a nivel del tercer molar

inferior derecho por lo cual consulto con su dentista quien le recomendó la extracción de dicha pieza dentaria, actualmente dicha zona se encuentra asintomática.

#### ❖ Antecedentes

- personales. F.U.R 20 08 2015, alimentación balanceada
- familiares. padres y abuelos vivos y sanos
- patológicos. paciente no refiere
- alérgicos. paciente no refiere

## 2 - Examen clínico general

- peso y talla. 56 kg 1.55cm
- piel y anexos. piel color blanco bien hidratado, uñas cortas rosadas con buen llenado capilar, cuero cabelludo similar al color de rostro, cabello teñido largo y lacio, con buena implantación capilar

### ❖ signos vitales.

- presión arterial 120-80mm hg
- respiración, 20 res- min
- temperatura oral .37c
- pulso 65 pul-min

## 3- examen clínico estomatológico

### ❖ examen extrabucal.

- facie compuesta
- normocéfalo
- normofacial
- a la palpación de músculos es asintomático
- atm asintomático ala palpación, no presenta ruidos articulares
- región hioidea y ganglios sin alteración evidente



## ❖ Examen intrabucal

- **Tejidos blandos**

- lengua aterciopelada, presencia de saburra en los dos tercios anteriores del dorso
- encía. eritematosa y lisa a nivel de las piezas  
1.1,1.2,1.6,1.7,2.1,2.2,2.6,2.7,3.1,3.2,3.3,3.7,4.1,4.2,4.3,4.5,4.6,4.7.
- encía papilar aplanada a nivel de las piezas 1.2-1.3 1.3-1.5 2.6-2.7 3.6-3.7 4.6-4.7

- **Tejidos duros**

- maxilares de forma ovoide y alineado
- dientes 24 dientes de forma cuadrangular, color blanco amarillento, tamaño normal no presenta diastemas.
- zonas edéntulas, no presenta
- alteración de posición, no presenta
- facetas de desgaste, no presenta

## ❖ Análisis de la pieza dentaria sintomática

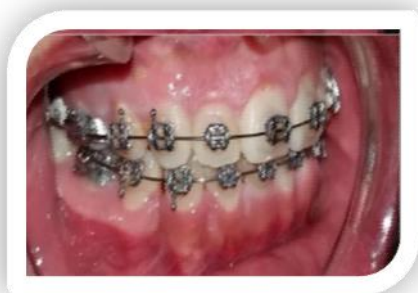
- pieza 4.8
- inspección. ligera inflamación en la zona retromolar
- percusión. no registrable
- exploración, no registrable
- palpación asintomática

## Fotos intraorales



## ❖ Oclusión

- over bite .30%
- over jet 3mm
- relación molar derecha, clase I
- relación molar izquierda, clase I
- relación canina derecha, clase I
- relación canina izquierda, clase I



#### 4- Diagnostico presuntivo

- del estado general
- aparente buen estado general
- de las condiciones estomatológicas
- gingivitis moderada generalizada
- pieza 4.8 incluida

#### 5- Exámenes auxiliares.

- Radiografía panorámica y periapical



- **Modelos de estudio**



- **Examen radiográfico**

- IRO compatible con banda ortodónica en la pza 4
- IRO compatible con pza 4.8 incluida



## **Diagnóstico definitivo**

- Del estado general. aparente buen estado general
- De las condiciones estomatológicas.
- Gingivitis moderada generalizada asociada a placa bacteriana Pieza 4.8 clase I posición B

## **Plan de tratamiento**

- Fase sistémica: no refiere Fase estomatológica.
- Fase de higiene oral: Técnica de cepillado, uso de hilo dental y colutorio, raspado y alisado Fase correctiva.; Área de cirugía odontomaxilar cirugía de la pza 4.8
- Fase de mantenimiento: visita al dentista cada 6 meses
- Primer control
- Segundo control

## **Plan de tratamiento de cirugía odontomaxilar**

- Nombre de la paciente: Aixa Marcela Taboada Marín
- Presunción diagnóstica.: Pieza 4.8 incluida



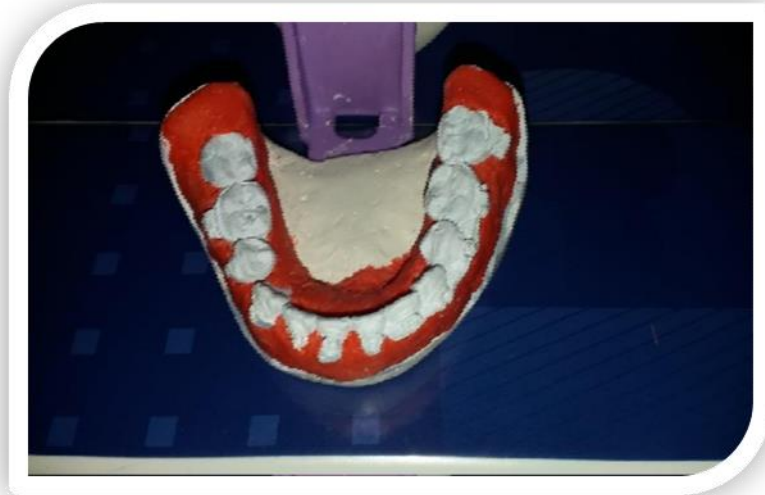


**Diagnostico radiográfico; pieza 4.8 clase I posición B**



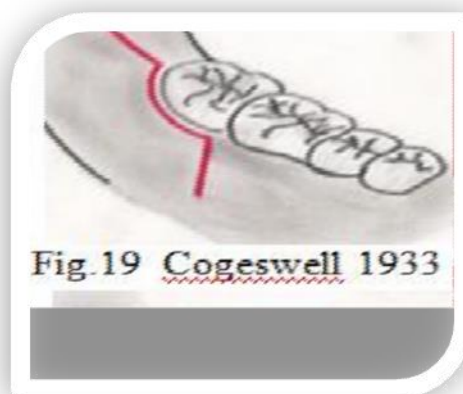
✚ **Análisis de modelo de estudio:** retenido / impactado

- Maxilar superior e inferior con tratamiento ortodóntico



**Diseño de la incisión**

Lineal con festoneado y descarga vestibular



# Hemograma

**Clínica de la Solidaridad**  
Especialidades Médicas

PACIENTE	TABOADA MARIN ADRI MARCELA	EDAD	25 AÑOS
Nº DE RECIBO	132041	Nº DE CAMA	
IND. DOCTOR (A)		FECHA	23 Jun 15

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO**

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
HEMATOCRITO	39.1	%	Varones: 42.0 - 54.0 Mujeres: 37.0 - 48.0
HEMATOCROMA	14.8	g/dl	Varones: 14.0 - 18.0 Mujeres: 12.0 - 16.0
ERITROCITOS	6.100	x mm <sup>3</sup>	4.000 - 5.000
PLAQUETAS	251.000	x mm <sup>3</sup>	150.000 - 400.000
HEMATOS	4.16	x10 <sup>9</sup> /uL	4.50 - 5.50
LCM	34.0	fL	80.0 - 100.0
PCM	35.6	pg	27.0 - 34.0
DCM	37.9	g/dl	32.0 - 36.0

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
DCM	37.9	g/dl	32.0 - 36.0

**FORMULA DIFERENCIAL**

FORMULA RELATIVA	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
Neutrófilos	0	%	0 - 50
Linfocitos	5	%	4 - 8
Monocitos	1	%	1 - 5
Eosinófilos	3	%	0.5 - 4
Plaquetas	44	%	28 - 48
Granulocitos	47	%	50 - 70
Basófilos	0	%	0
Neutrofilos	0	%	5
Monocitos	0	%	0
Eosinófilos	0	%	0
Plaquetas	100	%	

FORMULA ABSOLUTA	RESULTADOS	UNIDAD	VALORES REFERENCIALES
Neutrófilos	0	x mm <sup>3</sup>	10 - 80
Linfocitos	305	x mm <sup>3</sup>	100 - 500
Monocitos	61	x mm <sup>3</sup>	150 - 400
Eosinófilos	183	x mm <sup>3</sup>	30 - 500
Plaquetas	2604	x mm <sup>3</sup>	100 - 4000
Granulocitos	2607	x mm <sup>3</sup>	200 - 7000
Basófilos	0	x mm <sup>3</sup>	0
Neutrofilos	0	x mm <sup>3</sup>	0
Monocitos	0	x mm <sup>3</sup>	0
Eosinófilos	0	x mm <sup>3</sup>	0

Av. Nueve de Julio 1423 - 2º. Pabellón 1º 288 - San Carlos - Montevideo  
 E-mail: clinica@solidaridad.com.uy - Pagina web: www.clinicasolidaridad.com.uy

## Plan de tratamiento

- Pieza 4.8 clase I posición B



### Plan de tratamiento:

- Técnica quirúrgica: incisión lineal con festoneado y descarga vestibular
- Pasos operatorios
  - ✚ Antisepsia: yodopovidona al 10 % en solución, yodopovidona en espuma 7.5 %.
  - ✚ Asepsia: con clorhexidina al 1.12% más ácido acetyl peridoneo
  - ✚ Técnica de anestesia, incisión, colgajo, osteotomía, odontosección, luxación, avulsión, lavado con suero fisiológico, sutura, medicación y control post operatorio.

## **Pre medicación**

- Analgésico: Diclofenaco sódico 75mg/3ml intramuscular media hora antes del tratamiento
- Inflamación: Dexametazona 4mg/2ml intramuscular media hora antes del tratamiento

## **Medicación post quirúrgica**

- Diclofenaco sódico 75mg/3ml intramuscular
- Dexametazona 4mg/2ml intramuscular
- Clindamicina 300mg vía oral

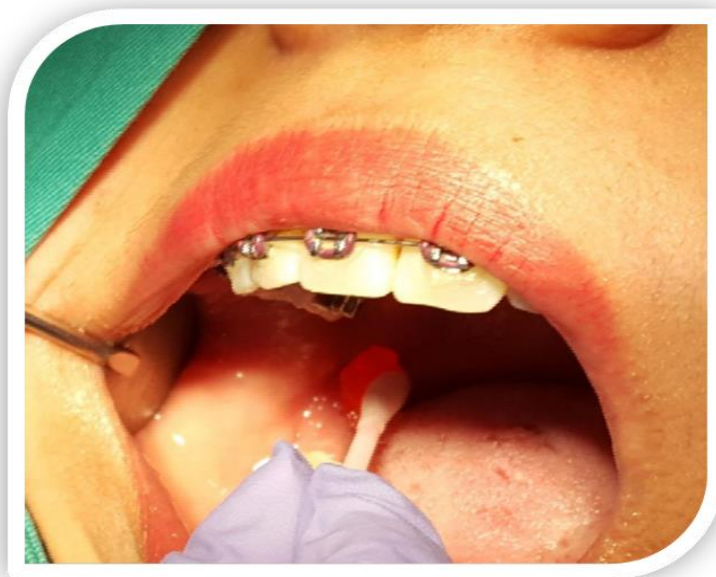
## **Anexos**

### **Fotos del caso clínico**

#### **Instrumental completo**



#### **Anestesia t3pica**



Anestesia troncular



Desprendimiento del colgajo



## Ostectomia

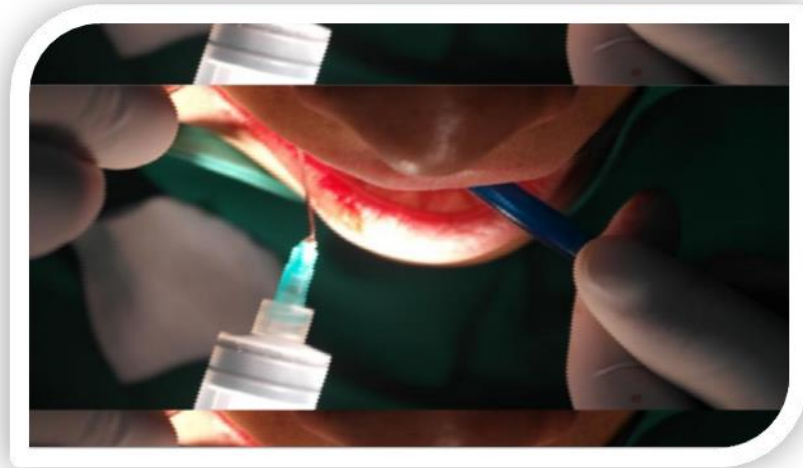


## Avulsión





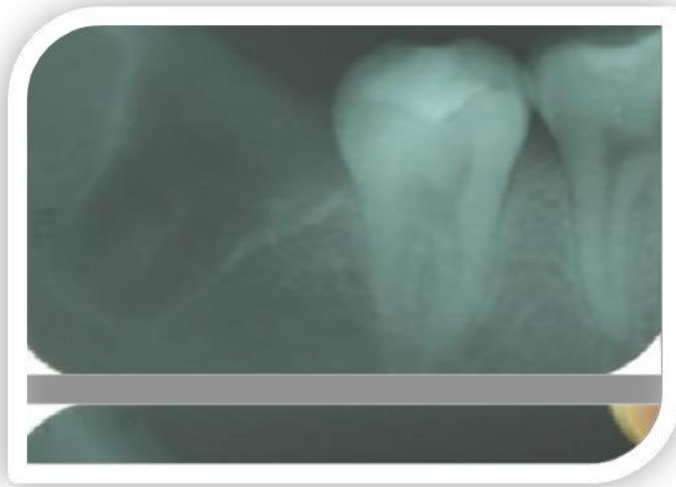
**Lavado con suero fisiológico**



**Sutura**



## Radiografía de control post operatorio



## Discusión

- Andrea Martín, Giuseppe perinetti mencionan que la coronectomia reduce las complicaciones post extracciones y estas a su vez protege el nervio dentario inferior
- como Ali 1, ja benton mencionan que la coronectomia nos brindara mayor éxito post cirugía menos problemas post exodoncia (menor incidencia de lesión al nervio dentario inferior)
- Paul Coulthard 1, Edmund Bailey mencionan que la odontosección a la corona podría traernos menos complicaciones y mayor efectividad al momento de hacer la cirugía de terceras o piezas retenidas llamadas también muelas de juicio.
- kanika Singh 1, sanjeev kumar 1 formularon que no mostró diferencias estadísticas en ambos grupos en todos los parámetros que tomaron
- kruger 1, wm Thomson, p konthasinghe nos mencionan que no está indicada la remoción profiláctica de estas piezas
- podríamos decir entonces que la diferencia no es amplia y tampoco significativa en casi todos los autores

## **Conclusión**

Al no existir una diferencia significativa y no encontrarnos con una cercanía al nervio dentario inferior concluimos y determinamos que lo mejor en este caso es la odontectomía

## **Recomendaciones**

después de una cirugía o exodoncia como en este caso hemos llamado coronectomía siempre nos hemos preocupado por la lesión que podríamos realizarle al nervio dentario inferior más no nos hemos preocupado por la preservación alveolar y la regeneración ósea que debería ocurrir en el lecho quirúrgico

hoy en día que se profesa él no desgastes a las piezas dentales para la construcción de puentes fijos estéticos y demás trabajos protésicos podríamos decir que la preservación alveolar es de vital importancia para nosotros poder hacer trabajos en el ámbito de la implantología dental ya que con este tipo de tratamientos vamos a evitar tener poco hueso para la colocación de implantes dentales y poder decir finalmente que lo ideal hoy en día no es colocar puentes y desgastar piezas dentales lo ideal hoy en día es preservar al máximo la sustancia o los tejidos dentarios colocando implantes dentales intraóseos y llevando a la preservación de piezas dentales

## **Bibliografía**

1.-Andrea Martín, Giuseppe perinetti, coronectomia como abordaje quirúrgico de los terceros molares mandibulares impactados una revisión sistemática. Canadá, 2015

2.- como Ali, ja Benton, jm yates. Riesgo de lesión del nervio alveolar inferior con coronectomía versus extracción quirúrgica de terceros molares mandibulares: comparación de dos técnicas y revisión de la literatura. EE.UU. 2018.

3.- Paul Coulthard, Edmund Bailey, marco esposito, susan furness, tara Frentón, Helen v worthington, técnicas quirúrgicas para la extracción de muelas del juicio mandibulares Londres, 2014.

4.- kanika Singh, sanjeev kumar, sukumar Singh, vijay mishra, pradeep kumar Sharma tercer molar mandibular impactado: comparación de coronectomía con odontectomía. India 2018.

5.- Kruger, wm Thomson, p konthasinghe. Resultados del tercer molar entre los 18 y los 26 años: hallazgos de un estudio longitudinal poblacional de nueva Zelanda. 2001

6.- Raspall Guillermo. Cirugía oral e implantología. Editorial médica panamericana. Año 2006; Capítulo 5