

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



## UPLA

### TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

#### **Cirugía De Tercer Molar Retenido En Un Paciente Con Tratamiento Ortodóntico.**

**Para optar** : El Título Profesional de Cirujano Dentista

**Asesor** : Mg. Quintanilla Rauch, Carlos Manuel

**Autor** : Bach. Nilda Magna Rivera Maima

**Línea de investigación institucional:** Salud y Gestión de la Salud

**Lugar o institución de investigación:** Clínica Odontológica Particular

HUANCAYO – PERÚ

2023

**DEDICATORIA**

El presente trabajo va dirigido a mis maestros por brindarme sus conocimientos día a día y a la comunidad odontológica UPLA por la buena formación recibida.

**Nilda**

### **AGRADECIMIENTO**

A mi asesor por guiarme en este trabajo experimental y contribuir en mi camino profesional.

**Nilda**

# CONSTANCIA

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

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

### CIRUGÍA DE TERCER MOLAR RETENIDO EN UN PACIENTE CON TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

Cuyo autor (es) : **RIVERA MAJIMA NILDA MAGNA**  
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**  
Escuela Profesional : **ODONTOLOGÍA**  
Asesor (a) : **MG. QUINTANILLA RAUCH CARLOS MANUEL**

Que fue presentado con fecha: 06/02/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 15/02/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

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

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 22%.

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

Observaciones: Se analizó con el software tres veces.

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

Huancayo, 15 de febrero de 2023



**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**P.D. EDITH ANCCO GOMEZ**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

## TABLA DE CONTENIDO

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| RESUMEN.....                     | 6  |
| ABSTRACT.....                    | 7  |
| INTRODUCCION.....                | 8  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....  | 9  |
| MARCO TEÓRICO.....               | 10 |
| NACIONALES.....                  | 10 |
| INTERNACIONALES.....             | 12 |
| BASES TEÓRICAS.....              | 13 |
| OBJETIVOS.....                   | 26 |
| DESARROLLO DEL CASO CLINICO..... | 26 |
| HISTORIA CLÍNICA.....            | 26 |
| CONCLUSIONES.....                | 39 |
| APORTES.....                     | 40 |
| BIBLIOGRAFIA.....                | 41 |
| ANEXO.....                       | 45 |

## RESUMEN

Los terceros molares también llamadas cordales o muelas del juicio son piezas que pertenecen a la dentición permanente y están situados en la parte posterior de los arcos dentales, estas erupcionan entre los 17 y 25 años de edad, en algunos casos no logran erupcionar y se impactan, esto hace que se creen complicaciones en la salud oral, y traen consecuencias futuras como apiñamiento, infección, dolor, gingivitis etc.

En algunos casos las terceras molares. Son una fuente de problemas para las personas en las que erupcionan estas piezas dentarias. Pero hay diferentes fuentes de solución como el tratamiento ortodóntico en algunos casos es necesario extraer las terceras molares por la falta de espacio y patologías secundarias ya antes mencionadas.

El presente caso clínico tuvo como objetivo conocer los procedimientos a emplear en una cirugía de un tercer molar retenido con tratamiento ortodóntico en el caso clínico se presentó un paciente de sexo masculino de 20 años de edad manifestando que le realizarán un tratamiento ortodóntico donde le mencionaron que debe extraerse un tercer molar retenido, ya que traería complicaciones en su tratamiento por falta de espacio.

**Palabras Clave:** Cordales retenidos, complicaciones de tercer molar, cirugía de tercer molar retenido, procedimiento en tratamiento de ortodoncia.

## ABSTRACT

The third molars also called wisdom teeth or wisdom teeth are pieces that belong to the permanent dentition and are located in the back of the dental arches, they erupt between 17 and 25 years of age, in some cases they fail to erupt and are impacted This causes oral health complications to be created, and brings future consequences such as crowding, infection, pain, gingivitis, etc.

In some cases the third molars. they are a source of problems for people in whom these teeth erupt. But there are different sources of solution such as orthodontic treatment in some cases it is necessary to extract the third molars due to lack of space and secondary pathologies already mentioned above.

The objective of this clinical case was to know the procedures to be used in an impacted third molar surgery of a 20-year-old patient undergoing orthodontic treatment. The clinical case was presented by a 20-year-old male patient stating that they will undergo orthodontic treatment. where they mentioned that an impacted molar piece must be extracted, since it would bring complications in its treatment due to lack of space.

**Keywords:** Retained wisdom teeth, third molar complications, third molar surgery, post treatment, orthodontic treatment procedure

## II. INTRODUCCIÓN

La erupción del tercer molar o también conocido como diente del juicio o cordales, se verifica a partir de los 17 años de vida de las personas, dándose lugar la culminación del establecimiento del foramen apical aproximadamente al cumplir 25 años de edad. Genéricamente puede hallarse verificándose modificaciones o cambios en su imagen, respecto a la corona, así como también en su raíz; lo más manifiesto es su posición, puesto que la podemos encontrar impactada, giroversada, retenida, mal posicionada, etc. Se estima que el 60% de los casos no verifican oclusión, en tanto que más del 50% de los casos, no presenta erupción afuera del área de encías, denominándose molares retenidos. De otro lado cabe recordar, que estas piezas dentarias quedan retenidas en la masa ósea y sencillamente no erupcionan, o por las posiciones que adoptan la erupción es anormal, causando dolor severo, siendo recomendable que éstos sean removidos para evitar sus múltiples complicaciones.<sup>1</sup>

La retención dentaria define al diente que, llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido en una parte o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. La inclusión corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto. Enclavamiento, por el contrario, se refiere a la situación del diente retenido que ha perforado techo óseo, con apertura del saco pericoronario o no y que puede hacer su aparición en la boca o mantenerse submucoso.

En la mayoría de los casos se recomienda que los terceros molares impactados se extraigan. De acuerdo a la posición del molar, será el grado de dificultad del procedimiento. La mayoría de los autores coinciden en que el tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de retención.<sup>2</sup>

El presente caso clínico tuvo como objetivo conocer y establecer los procedimientos de cirugía bucodental más usuales a emplear en la extracción de tercera molar retenida a

individuo adulto de 20 años, que previamente tuvo un tratamiento ortodóntico. Se presentó un paciente de sexo masculino manifestando que le se está realizando un tratamiento ortodóntico donde le mencionaron que debe extraerse una pieza molar impactada, ya que traería complicaciones en su tratamiento por falta de espacio<sup>2</sup>.

## **2.1 Planteamiento del problema**

En nuestro país, existen diferentes razas, grupos étnicos, etc. que definitivamente han generado multiplicidad de mandíbulas cuyas áreas imposibilitan la contención de todos los dientes permanentes, es decir las 32 piezas dentarias.<sup>2</sup>

La erupción de los terceros molares suele acontecer entre los 20 y los 24 años, y van a situarse en un espacio limitado tanto del maxilar superior e inferior, por corresponderle el último lugar, tanto en la erupción como en la posición en la arcada. La falta de espacio para la erupción normal del cordal inferior produce la inclusión del mismo y se ha relacionado con el apiñamiento antero-inferior, siendo un punto discutido. Su extracción, es uno de los procedimientos más frecuentes en el campo de la cirugía. Las causas de su inclusión son de tipo embriológico y anatómico. Sus manifestaciones pueden ser carácter infeccioso, mecánico, nervioso, quístico, tumoral y periodontal. Antes de la cirugía es obligado el examen radiológico<sup>3</sup>

En ortodoncia un tercer molar retenido es diente con complicaciones para el paciente y operador, ya que sus manifestaciones pueden ser de carácter infeccioso, mecánico, nervioso, quístico, tumoral y periodontal.<sup>3</sup> Por eso antes de la cirugía es obligatorio el examen de rayos x.<sup>3</sup>

La indicación de la extracción se establece cuando existe patología asociada al cordal, sin embargo, las dudas surgen a la hora de tratar los dientes asintomáticos. Se ha postulado la exodoncia de otros dientes, para facilitar el mecanismo de erupción, pero

no siempre sucede así. Se ha implicado la presencia del cordal inferior como causa del apiñamiento antero-inferior.<sup>4</sup>

En general, se acepta su origen multifactorial, y que el tercer molar inferior, actuando conjuntamente con otros factores contribuye a su aparición.<sup>4</sup>

## **2.2 Marco Teórico**

### **2.2.1 Antecedentes**

#### **2.2.1.1 Antecedentes Nacionales**

**Castelo, J. (4)** en su trabajo titulado “Terceros molares retenidos y su relación con el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021.”, en su trabajo no experimental, de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo y de nivel correlacional estudio de investigación tiene como objetivo determinar si existe relación de terceros molares retenidos y el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021. El autor concluyó que los resultados de este estudio muestran, que existe relación significativa entre los terceros molares retenidos y la presencia de apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes.

**León, J. (5)** en su trabajo titulado “Exodoncia de tercera molar en mal posición relacionada a tratamiento Ortodóntico.”, en su trabajo no experimental, tuvo como propósito fundamental emplear procedimientos apropiados a través de técnicas en extracciones de terceras molares tratados ortodónticamente, estableciendo las pautas convenientes para efectos de una práctica clínica exitosa. Se llegó a la

conclusión que, realizando un adecuado y óptimo diagnóstico y el consecuente plan de tratamiento integral se podrá asumir la utilización de la técnica quirúrgica más conveniente para el paciente y lograr un tratamiento exitoso.

**Zeta, T. (6)** en su trabajo titulado “Frecuencia de terceros molares retenidos con relación al biotipo facial.”, en su trabajo de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Este trabajo tuvo como objetivo evaluar 6000 casos, cada uno compuesto de una imagen radiográfica panorámica y una cefalométrica, ambas tomadas al paciente en la misma fecha, de las cuales solo fueron incluidos en la investigación un total de 150 casos, por cumplir con los criterios de selección. Las mediciones sobre la frecuencia de terceros molares retenidos con relación al biotipo facial se realizaron por un investigador entrenado y calibrado, utilizando el software Nemoceph para los trazados cefalométricos. Se utilizó para el análisis estadístico el programa SPSS versión 1.0.0.1401 (SPSS Inc., EE. UU.) y la prueba chi cuadrado ( $p < 0,05$ ). Se llegó a la conclusión que No existe una relación significativa entre la cantidad de terceros molares retenidos y su posición, en relación con el biotipo facial, pero si respecto a la relación entre el sexo y el biotipo facial, pues los varones presentan un biotipo dolicofacial con mayor frecuencia y las mujeres el biotipo braquifacial.

### 2.2.1.2 Antecedentes Internacionales

**Díaz, C.** (7) en su trabajo titulado “Caracterización de terceros molares inferiores incluidos. Portoviejo 2017 -2019.”, en su trabajo descriptivo, transversal para caracterizar los terceros molares inferiores incluidos de los pacientes atendidos en una consulta privada de cirugía maxilofacial en la ciudad de Portoviejo en el periodo 2017 – 2019.

El autor concluyó que los resultados de este estudio muestran que la pericoronaritis fue la principal indicación para la extracción del tercer molar inferior entre los 20 y 30 años de edad, lo cual puede estar asociado a la edad de los pacientes, y el tiempo en que los mecanismos generadores de esta inflamación y los síntomas que provoca han actuado. La pericoronaritis es uno de los problemas más comunes asociados al tercer molar inferior incluido, y la causa más frecuente de su extracción. <sup>7</sup>

**López, R.** (8) en su trabajo titulado “Exodoncia de terceros molares retenidos en posición transversal”. Su propósito básico fue el determinar la eficiencia y eficacia de la aplicación de la técnica quirúrgica elegida. Metodológicamente expone el plan pre operatorio, el operatorio en sí y pos operatorio. Siendo el tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos procedimientos complejos, debe preverse complicaciones relativas a hemorragias, trismo, inflamaciones e infecciones múltiples.

**Restrepo, L.** (9) en su trabajo titulado “Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: Se realizó un estudio observacional, descriptivo con análisis

retrospectivo.” Que tiene como objetivo establecer las complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes y su relación con la posición radiográfica en terceros molares mandibulares en pacientes intervenidos quirúrgicamente en una Clínica Universitaria de la ciudad de Medellín, durante el periodo junio de 2016 a junio de 2017.

Llegando a la conclusión establecer las complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes, en complicaciones quirúrgicas destacan la presencia de instrumentos rotatorios fracturados y laceración de tejidos blandos. En cuanto a las complicaciones posquirúrgicas, se evidencia como prevalentes la hemorragia, dehiscencia de la herida, edema e injurias de tejido blando en la zona quirúrgica.

### **2.2.2 Bases teóricas o científicas:**

#### **Ortodoncia y paciente ortodóncico**

La ortodoncia es una especialidad que se dedica tanto al estudio y corrección de las malposiciones dentarias como de las estructuras relacionadas con las mismas, incluyendo la articulación temporo-mandibular, con objetivos estéticos y funcionales.<sup>10</sup>

Esta especialidad es una rama importante de la odontología, ya que el hombre siempre le ha dado importancia a su propio cuerpo, brindándole una gran relevancia en primera instancia a la función estética de la dentición dentro de determinadas normas que han evolucionado continuamente, posteriormente se ha considerado la función que desarrollan los dientes, por lo que esta especialidad está ligada al arte facial; ya que nos brinda proporciones, que dan la medida de la simetría y balance facial, por lo que establece normas de belleza o fealdad, armonía o desarmonía.<sup>11</sup>

El tratamiento de las maloclusiones, anomalías relacionadas con el crecimiento y desarrollo de los huesos maxilares durante la niñez y adolescencia, compromete la estética facial y las funciones masticatoria y fonética. Además, sus efectos incluyen esferas psicosociales, generando un impacto negativo en el diario vivir.<sup>12-13</sup>

Se conoce que, con mayor frecuencia la estética dental es la razón de consulta odontológica de pacientes en el grupo etario de 20 a 35 años de edad. Resultando una necesidad, ya que tienen la necesidad de una adecuada presentación personal a la hora de buscar puestos de trabajo, recurriendo por tanto al tratamiento ortodóncico, inevitablemente los gestos de sonrisa son importantes en estas circunstancias. Consecuentemente el especialista en ortodoncia, tiene a obligación de hacer conocer al paciente la serie de restricciones en los resultados decidiendo la técnica y procedimientos a emplear para alcanzar los propósitos fijados.<sup>14</sup>

### **TERCEROS MOLARES**

Asimismo, cabe rememorar que las terceras molares se constituyen como los elementos finales de las piezas dentarias, ubicándose a ambos lados de las mandíbulas. La erupción parcial o cuando se verifica que se hallan giroversadas, inevitablemente causan aglomeramiento en dicha área, generando dolor y la correspondiente inflamación de la superficie. Aplicando tratamientos usuales con anterioridad a que el paciente cumpla 20 años de edad, se verifica que las terceras molares muestran las raíces formadas incompletamente, circunstancia que reduce complicaciones ulteriores, por lo que los especialistas sugieren que los pacientes asistan a la consulta odontológica cuando frisen los 16 a 19 años, buscando evaluación de sus terceras molares y obtener el tratamiento específico.<sup>15</sup>

### **Definición de terceros molares retenidos**

Se denominan dientes retenidos a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción no lo han logrado y permanecen en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario.<sup>16</sup>

La retención dentaria puede presentarse de dos formas: intraósea cuando el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto por mucosa gingival, pudiendo encontrarse en diferentes lugares de la cavidad bucal y por su posición se describen varias denominaciones, entre las que se encuentran: diente retenido, incluido, enclavado e impactado.<sup>16</sup>

#### **Etiología de la retención:**

- ❖ falta de espacio
- ❖ densidad del hueso de recubrimiento,
- ❖ membrana mucosa muy densa
- ❖ indebida retención de los dientes temporales
- ❖ pérdida prematura de la dentición temporal e infección en el hueso o en la mucosa, las cuales provocan la retención dentaria.

Los terceros molares inferiores son los que con más frecuencia quedan retenidos.

La incidencia de retención varía en la literatura entre un 9.5 a 39 %.<sup>16</sup>

### **TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y SU CLASIFICACIÓN**

Los tratadistas Pell y Gregory fundamentan su correspondiente clasificación en la asociación de terceros molares con el segundo molar, así como el ramal empinado de la maxila considerando el hundimiento existente del cordal en la materia ósea.,<sup>17</sup>

**Relación de terceros molares en correspondencia al ramal escarpado mandibular con el segundo molar.**

**Clase I.** Subsiste proporcionado espacio entre el ramal escarpado mandibular y la porción distal del segundo molar que posibilita alojar el íntegro del diámetro mesiodistal de la corona correspondiente.

**Clase II.** En el que se advierte que la extensión existente entre el ramal escarpado con la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona correspondiente.

**Clase III.** En el que el íntegro o gran parte del cordal se halla inmerso al fondo del ramal mandibular.<sup>17</sup>

**Hundimiento relativo del cordal en la masa ósea.**

**Posición A.** En el que la posición más alta de la pieza dentaria se halla al nivel o supera el área oclusal del segundo molar.

**Posición B.** En el que la posición más alta de la pieza dentaria se halla por debajo de la línea oclusal, empero por encima de la línea cervical del segundo molar.

**Posición C.** En el que la posición más alta de la pieza dentaria se halla a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.<sup>17</sup>

**CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR WINTER**

Esta clasificación considera la valoración de la ubicación del tercer molar en asociación con el eje longitudinal del segundo molar.

**Mesioangular:** Advirtiéndose que los ejes configuran un ángulo de vértice anterosuperior cercano a los 45°.

**Horizontal:** En el que se advierte que los ejes se hallan perpendiculares.

**Vertical:** En el que se advierte que los ejes se hallan paralelos.

**Distoangular:** En el que se verifica que los ejes configuran un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.

**Invertido:** En el que se aprecia que la corona llena el sitio de la raíz recíprocamente con un giro de 180°.

Teniendo presente el plano coronal se ordenan en vestibulo versión y linguo versión dependiendo de la desviación generada en la corona.<sup>17</sup>

## **PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON RETENCIÓN DE TERCEROS MOLARES**

El cordal en su periodo de erupción o tal vez por permanecer incluido suele presentar diversidad de inconvenientes y anomalías infecciosas, mecánicas, neuro vegetativas e incluso ser asintomáticas.<sup>18</sup>

### **1. De orden infeccioso**

**De la mucosa:** presentándose dos aspectos anátomo clínicas.<sup>18</sup>

a) **Pericoronaritis:** Denominada también circunscrita, se muestra a través de la inflamación de los tejidos blandos que tienen la función de recubrir la corona de la pieza dentaria en erupción. Es uno de los procesos más prevalente en los pacientes, con un 82 % de los procesos mucosos.<sup>18</sup>

b) **Gingivostomatitis:** Llamada también difusa, está asociada con anomalías neurotróficos generadas por el proceso de erupción del cordal. Comúnmente se manifiestan como gingivitis eritematosas, caracterizándose por la presencia de papilas interdetales turgentes, que suelen sangrar al mínimo tocamiento.<sup>18</sup>

### **Adenitis**

El área del cordal suele ser es rica en redes linfáticas que desaguan en el conjunto ganglionar submaxilar. En esta anomalía se verifica constantemente la intervención ganglionar; en la mayor proporción de los casos se configuran de adenitis reactivas

o simples, que suelen progresar para lograr su curación o también hacia la abscesificación o muchas veces hacia su cronicidad.<sup>18</sup>

### **Celulitis**

Se refiere a procesos de contaminación bacteriana en el tejido celular que se presentan en forma abundante en superficies aledañas de erupción del cordal. Éstas, comunes en de los terceros molares inferiores configuran:

**Celulitis migratoria de Chompret y L'Hirondel.** Cuya característica es la existencia de abscesos que se han desplazado desde el tercer molar inferior para ubicarse a nivel de los premolares.<sup>18</sup>

**Celulitis maseterina.** Que se encuentra cercada a la celda maseterina, generando en el paciente dolor intenso, escoltado de trismo.<sup>18</sup>

**Celulitis periamigdalina. y laterofaríngea.** Caracterizada por la presencia de inflamación del área que suele incluir el paladar acompañado de diversos síntomas, tales como aflicciones, trismo y disfagia <sup>18</sup>

**Osteítis.** Esta patología comúnmente se encuentra fusionada a anomalías inflamatorias crónicas que reviste la masa ósea.<sup>18</sup>

## **2. PATOLOGÍA MECÁNICA**

Considerando que la reducción del área para erupcionar el cordal, resulta un rol crucial en la patogenia. Nos lleva a la convicción de que el mínimo obstáculo en la erupción habitual, suele generar la acción de otros factores relativos a anomalías infecciosas que indudablemente inducirán la fenomenología clínica, según sea su ubicación topográfica.<sup>18</sup>

### **Caries y reabsorciones radiculares**

Que se presentan en los segundos molares producidos por el impacto del tercer molar hacia la raíz o la corona, generando devastación de las piezas dentarias y lesiones cariosas en las áreas circundantes as los referidos molares<sup>18</sup>

### **Apiñamientos dentales**

En la extracción de cordales por razones ortodóncicas, el propósito es minimizar recidivas y apiñamientos que puedan presentarse en el área incisivo-canino.<sup>18</sup>

### **3. PATOLOGÍA NEUROLÓGICA-TRÓFICA**

La fértil inervación y la cuantiosa irrigación sanguínea básicas en la cavidad oral y maxilofacial, se encuentran presentes en la zona de erupción de los cordales a través de ramas del trigémino, vasculares inclusive de la red neurovegetativa, cuya reacción posterior a la presencia de alteraciones del fisiologismo de la cavidad asociación con los terceros molares esclarece la fenomenología neurológica, vasomotora y refleja.<sup>18</sup>

#### **Tumores**

Referidos a procesos poco frecuentes, que se generan a causa de la transformación patológica de los cordales. Como es el caso de quistes, describiéndose inclusive a ameloblastomas.<sup>18</sup>

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO**

#### **Diagnóstico clínico**

Se considera fundamental efectuar una evaluación clínica y radiográfica con el propósito de formular un adecuado diagnóstico de los cordales, inclusive si estos están íntegramente erupcionados, como consecuencia de la variabilidad de sus propias raíces.<sup>19</sup>

**La Evaluación clínica:** debe considerar los siguientes aspectos:

- ❖ Verificar la presencia o ausencia del cordal para planificar la cirugía.
- ❖ Realizar la evaluación meticulosa en la zona distal del 2do molar, haciendo un descarte de lesión a nivel del septum.

- ❖ Valorar el aspecto y textura de la gíngiva y mucosa peridental, esta debe estar completamente sana para poder efectuar la cirugía dental.
- ❖ Debemos tener en cuenta la edad del paciente; Pues mientras más joven sea este, la cirugía del cordal es menos complicada (por la densidad del hueso).
- ❖ Verificar que los signos vitales como: (presión arterial, frecuencia cardíaca, glicemia) estén en los rangos adecuados.
- ❖ Evaluar que la apertura bucal no este reducida o su acceso este limitado por otras estructuras como mejillas y macroglosia.
- ❖ La presencia de anomalías locales (capuchón coronario hiperplásico), pues este agrava el sangrado durante la cirugía del cordal.<sup>19</sup>

### **Diagnostico radiológico**

Este diagnóstico se efectúa con el propósito de efectuar un tratamiento prematuro y anticipado como prevención de accidentes o complicaciones ex post que, genéricamente pueden ocasionarse. La evaluación a través de imagenología de cordales con retención, se practica con el fin de establecer su presencia, estimar su dimensión, morfología, estructura y a la vez de determinar su grado y tipo de inclusión. Así también, estimar con la mayor precisión su ubicación considerando los tres planos del espacio, para tener el nivel de seguridad óptimo de que no subsistan y asegurarse de que no haya estorbo ni impedimento en su extracción exitosa.<sup>18</sup>

La extirpación quirúrgica del cordal retenido es una intervención habitual para el cirujano buco-maxilo-facial.<sup>20</sup>

Consecuentemente, el análisis radiológico resulta siendo un instrumento auxiliar dentro del campo odontológico. En la actualidad se disponen de equipamiento de

tecnología de punta para radiografías intra y extra orales digital, tomografía computarizada (TCCB) con gran versatilidad con software para su procesamiento óptimo.<sup>21</sup>

### **Valoración radiográfica**

Debemos valorar lo siguiente en las imágenes radiológicas:

- ❖ Tener en cuenta las estructuras anatómicas (corticales interna y externa, relación con la rama ascendente), etc.
- ❖ Verificar la presencia de anquilosis que dificultaría la cirugía del cordal, por eso debemos examinar la presencia o ausencia del espacio periodontal.
- ❖ Evaluar en la imagen radiológica el tamaño del saco pericoronario (normal o amplio), si es amplio facilitarían la exodoncia del cordal ya que hay menos hueso que eliminar.
- ❖ Tener en cuenta el acodamiento de las raíces del cordal (raíces rectas o dilacerados a distal suelen ser más complicados).
- ❖ Valorar el desarrollo radicular, pues cordales con raíces que terminaron su desarrollo suelen ser más complicadas sus exodoncias.<sup>19</sup>

### **CIRUGÍA BUCAL**

La Cirugía Bucal suele definirse como parte de la odontología que, trata el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”.<sup>22</sup>

#### **Exodoncia de terceras molares**

En cirugía bucal, este procedimiento es probablemente la intervención que en la praxis odontológica que más habitualmente se efectúa. Vale precisar que también se considera como un procedimiento tecnológico sumamente avanzado, con sus procedimientos y reglas convenientemente definidos, circunstancias que la hacen

confiables para los pacientes, otorgándoles experiencias exentas de dolor y recuperación en un mínimo periodo de tiempo y que asuman la impresión de “haberse quitado un problema”<sup>23</sup>

## **PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIA EN TERCEROS**

### **MOLARES**

Para la disminución de complicaciones odontológicas durante una cirugía oral en pacientes con terceros molares, el profesional de la salud deberá tomar en cuenta ciertas consideraciones pre y post operatorios:<sup>24</sup>

#### ➤ **Profilaxis antibiótica perioperatoria**

Que según Ren y Malmström permiten la disminución la preexistencia de alveolitis e infecciones de heridas quirúrgicas.

Usualmente en la profilaxis se recurre a penicilina V o amoxicilina, y clindamicina en presencia de anomalías alérgicas.<sup>24</sup>

#### ➤ **Antisepsia bucal:**

Que permite disminuir la cantidad de microorganismos en tejidos circundantes a las áreas de manipulación quirúrgica. Se puede realizar con colutorios previos inmediatos a las técnicas de anestesia.<sup>25</sup>

#### ➤ **Anestesia**

En este tipo de cirugía bucal se emplea generalmente y con preferencia, anestesia de conducción del nervio dentario inferior, del nervio bucal y consecuentemente del nervio lingual. En determinados casos se recurre a la infiltración, permitiendo una adecuada hemostasia local. En determinados casos tiene lugar la sedación adicional al paciente.<sup>24</sup>

## **Incisión**

Debe considerarse, la incisión angular y la lineal. La primera, se despliega desde el borde anterior de la rama o desde la tuberosidad maxilar terminando en el límite distal del segundo molar. La lineal verifica un trazado oblicuo que llega al fondo del vestíbulo. El propósito es eliminar la subsistencia de bolsas adicionadas al segundo molar.<sup>24</sup>

## **Decolamiento de Colgajo**

Tiene como propósito básico el proporcionar adecuada visibilidad del acto operatorio, una óptima accesibilidad, conveniente protección a las estructuras anatómicas adyacentes, así como la disminución de contingencia que genere futuras complicaciones. Para diseñar el colgajo, debe comenzarse detallando el espesor y las capas de tejido involucradas, así como la incisión inicial y aplicación de relajantes si el caso lo amerita, asimismo debe considerarse la extensión de las incisiones evaluando continuamente las estructuras inmediatas.<sup>25</sup>

## **Osteotomía**

La osteotomía es la destrucción del tejido óseo usando una fresa # 8 que puede ser de carburo o de tungsteno, se elimina hueso de la mandíbula que recubre la cordal. La cantidad de tejido óseo a eliminar va depender a que nivel de profundidad esta impactado el cordal y su inclinación.<sup>26</sup>

## **Odontosección:**

Es procedimiento requerirá de fresas de carburo de tallo largo para pieza de baja velocidad con irrigación o el uso de fresas zekrya para pieza de alta velocidad. Se

hace imprescindible tener conocimiento profundo de la anatomía radicular de la pieza dentaria correspondiente.<sup>25</sup>

### **Tiempos de los instrumentos**

**Tiempos del elevador:** Considerar tiempo de Aplicación, de luxación y la evolución<sup>25</sup>

**Tiempos de los fórceps:** aprehensión, luxación y tracción <sup>25</sup>

### **Curetaje**

En la totalidad de las superficies del alveolo de apical a cresta a efectos de retirar tejidos de granulación, quistes, remanentes de ligamento periodontal, trozos dentarios, u otros. Adicionalmente es posible efectuar la irrigación empleando suero fisiológico. <sup>25</sup>

### **Reposición del colgajo: limpieza quirúrgica y sutura de la herida**

**Limpieza quirúrgica:** que se efectúa teniendo despejado el lecho alveolar, resultando básico el efectuar legrado de la cavidad, el control del sangrado y descartar el saco pericoronario a través de tracciones empleando pinza mosquito. Cabe recordar que el uso de bisturí considerando la zona lingual suele comprometer la lengua, en su integridad, por tanto, debe tomarse las precauciones del caso. Luego, proceder a regularizar los rebordes corticales empleando lima y fresas. Corresponde también efectuar la correspondiente irrigación aplicando suero salino, concluyendo con la aspiración y desecho de los remanentes tanto óseos como dentarios.<sup>26</sup>

**Sutura:** el cierre se llevará a cabo empleando seda o material reabsorbible de 000. Es necesario efectuar puntos de dobles por distal del segundo molar con la

finalidad de asegurar el afrontamiento. En caso del uso de material no reabsorbible el retiro será a los diez días. Finalmente, sobre la herida suturada se coloca una gasa doblada que el paciente comprime mordiendo ligeramente.<sup>26</sup>

### **Medicación**

Llegado el caso, para prescribir los medicamentos, debe tenerse muy presente lo relativo a la terapia empleando antibióticos ya definidos en el protocolo correspondiente.

Para los analgésicos y antiinflamatorios, es recomendable evaluar el umbral del dolor considerando la diferencia existente entre paciente y el tiempo usado en la operatoria. En cuanto al empleo de enjuagues colutorios, estos varían de acuerdo al paciente., empero se sugiere aplicarlos después de tres días del acto operatorio o también antes si así se requiera las medidas preventivas correspondiente para desechar el desalojo del coágulo subsistente. En situaciones de prescribir gel que ayuda el proceso de cicatrización debe también tenerse idéntico rigor.<sup>25</sup>

### **Indicaciones posquirúrgicas**

Es conveniente indicar al paciente para que considere;

- ❖ Morder por espacio de entre 30 a 40 minutos la gasa estéril proporcionada.
- ❖ Que apoye su cabeza sobre almohadas manteniéndola elevada a 45° y evitar en lo posible recostarse boca abajo o arriba.
- ❖ Evitar hacer esfuerzos físicos considerables en las 24 horas siguientes a la operatoria.
- ❖ Evitar efectuar buches y no lanzar escupitajos.
- ❖ Recurrir a las compresas frías colocándose en las primeras 24 horas, debiendo posteriormente alternarlas en periodos cortos.

- ❖ Evitar realizar aspiraciones bruscas de aire. No fumar ni succionar en las 72 horas subsiguientes a la operatoria.
- ❖ Evitar la automedicación con aspirinas.
- ❖ Alimentarse con dieta blanda en los dos días subsiguientes.
- ❖ Efectuar la higiene oral con pasta dental en forma normal.
- ❖ No usar pitillos en la ingesta alimenticia, evitando así el desalojo del coágulo.
- ❖ Evitar el consumo de sustancias y bebidas alcohólicas.
- ❖ Acudir a la consulta odontológica cuando detecte síntomas de hemorragia profunda e inflamaciones de la cara.<sup>18</sup>

### **2.3 Objetivos**

#### **Objetivo general**

- El presente caso clínico tiene como objetivo conocer los procedimientos a emplear en una cirugía de una tercera molar retenida en un paciente de 20 años en un tratamiento ortodóntico.

## **III. CONTENIDO**

### **DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO**

#### **3.1. HISTORIA CLÍNICA**

##### **ECTOSCOPIA:**

Paciente de sexo masculino, en aparente buen estado de salud general aparente buen estado de hidratación y nutrición. Lucido y orientado en tiempo y espacio, de contextura delgado, deambula solo, facie no característica.

## ANAMNESIS

### FILIACIÓN:

**Nombre:** Edson Paucar Jesús

**Edad:** 20 años

**Sexo:** masculino

**Fecha de nacimiento:** 16/02/2002

**Religión:** católico.

**Procedencia:** jauja

**Domicilio:** jr junin 1107, jauja.

**Grado de instrucción:** superior

**En caso necesario comunicar a:** Gina Paucar Jesús (hermana)

### MOTIVO DE CONSULTA:

“El paciente refiere “me duele el diente de la parte de atrás del lado derecho”

### ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de sexo masculino acude a consulta manifestando que el dolor empezó hace 2 meses aproximadamente de forma insidiosa provocado a la masticación, en los últimos días el dolor es agudo de tipo pulsátil e irradiado con intensidad moderada sin embargo no tomo ningún medicamento.

### ANTECEDENTES:

**Generales:** no refiere

**Familiares:** padres vivos (sanos)

**Patológicos:** no refiere ninguna patología

**Alergias:** no refiere

## 2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

### Signos vitales:

**P.A:** 100/60 mmhg

**Frecuencia respiratoria:** 20 pm

**P:** 70 ppm

**T°:** 37 °c

### EXAMEN CLINICO ESTOMATOLOGICO

| 3.1.EXAMEN EXTRABUCAL   |                               |                  |                    |
|---|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Facies: no característica   |                               |                  |                    |
| Cráneo  | Normocefalo ( )               | Braquicéfalo ( ) | Dolicocéfalo ( x ) |
| Cara:   | Normo facial ( )              | Braquifacial ( ) | Dolicofacial ( x ) |
| MUSCULOS  | DOLOR <sub>(SEMIOLÓGIA)</sub> |                  | TONICIDAD          |
| Temporal  | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Masetero  | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Pterigoideo Externo   | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Pterigoideo Interno   | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Digástrico  | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Esternocleidomastoideo  | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Cervicales Posteriores  | Asintomatico                  |                  | Normotonico        |
| Ampliación: _____   |                               |                  |                    |
| ATM: no presenta ninguna alteración.  |                               |                  |                    |
| Región hioidea o tiroidea: no presenta ninguna alteración   |                               |                  |                    |
| Ganglios: no presenta adenopatías.  |                               |                  |                    |
| 3.2. EXAMEN INTRABUCAL  |                               |                  |                    |
| • TEJIDOS BLANDOS   |                               |                  |                    |
| <b>Labios y comisura labial:</b> labio superior e inferior delgados y simétricos, labios competentes, comisura labial hidratado y conservado.                 |                               |                  |                    |
|   |                               |                  |                    |
| <b>Carrillos:</b> conducto de stenocon conservado, hidratado y conservado.  |                               |                  |                    |
|   |                               |                  |                    |
| <b>Paladar duro y blando:</b> presencia de rugas palatinas, rafe medio, paladar blando: vascularizado e hidratado de rosa coral, línea de posdams observable. |                               |                  |                    |
|   |                               |                  |                    |
|   |                               |                  |                    |

|   |
|---|
| <b>Orofaringe:</b> úvula única y central, pilares anteriores y posteriores conservados.                           |
|   |
| <b>Lengua:</b> normoglosa, presencia de placa saburral en el tercio medio de la cara dorsal, papilas conservadas. |

|  |           |                        |
|--|-----------|------------------------|
| <b>Piso de boca:</b> vascularizado, hidratado, frenillo lingual insertado. |           |                        |
| <b>Frenillos:</b> inserción superior e inferior medio.                     |           |                        |
| <b>Saliva:</b> Tipo: serosa  |           | Cantidad: abundante    |
| <b>ENCÍAS</b>  |           |                        |
| <b>Encías:</b> normal  |           |                        |
| <b>Color:</b> normal   |           |                        |
| <b>Textura:</b> lisa   |           |                        |
| <b>Consistencia:</b> normal  |           |                        |
| <b>Encía papilar:</b> normal   |           |                        |
| Ampliación:  |           |                        |
| • <b>TEJIDOS DUROS</b>   |           |                        |
| Maxilar superior: Tamaño: normognatia                                      |           | Forma: ovoide          |
| Maxilar Inferior: Tamaño: normognatia                                      |           | Forma: ovoide          |
| Reborde Alveolar: no presenta  |           |                        |
| Zonas edentulas: no presenta   |           |                        |
| <b>Dientes:</b>  |           |                        |
| Numero: 28 dientes   |           | Tamaño:                |
| Forma: cuadrados   | Color: A2 | Diastemas: no presenta |
| Alteración de Posición: no presenta  |           |                        |
| Facetas de desgaste: no presenta   |           |                        |
| Otras alteraciones dentarias: no presenta                                  |           |                        |
| <b>ANÁLISIS DE PIEZA DENTARIA SINTOMÁTICA:</b>                             |           |                        |
| Pza N° 4.8   |           |                        |
| <b>Inspección:</b> no se observa pieza dentaria en la encía                |           |                        |
| <b>Percusión:</b> sin presencia de pza dentaria.                           |           |                        |
| <b>Exploración:</b> no se puede realizar la exploración                    |           |                        |
| <b>Palpación:</b> presencia de dolor a nivel de tejido adyacente.          |           |                        |
| <b>Oclusión:</b>   |           |                        |
| <b>Relación molar:</b> clase I derecha e izquierda                         |           |                        |
| <b>Relación canina:</b> clase I derecha e izquierda                        |           |                        |
| <b>Línea media:</b> coincidente  |           |                        |
| <b>Dimensión vertical:</b> fisiológica                                     |           |                        |
| <b>Grado de apertura:</b> 35 mm  |           |                        |
| <b>Over bite:</b> 50%                      over jet: 2mm                   |           |                        |
| <b>Interferencia oclusales:</b> no registra                                |           |                        |

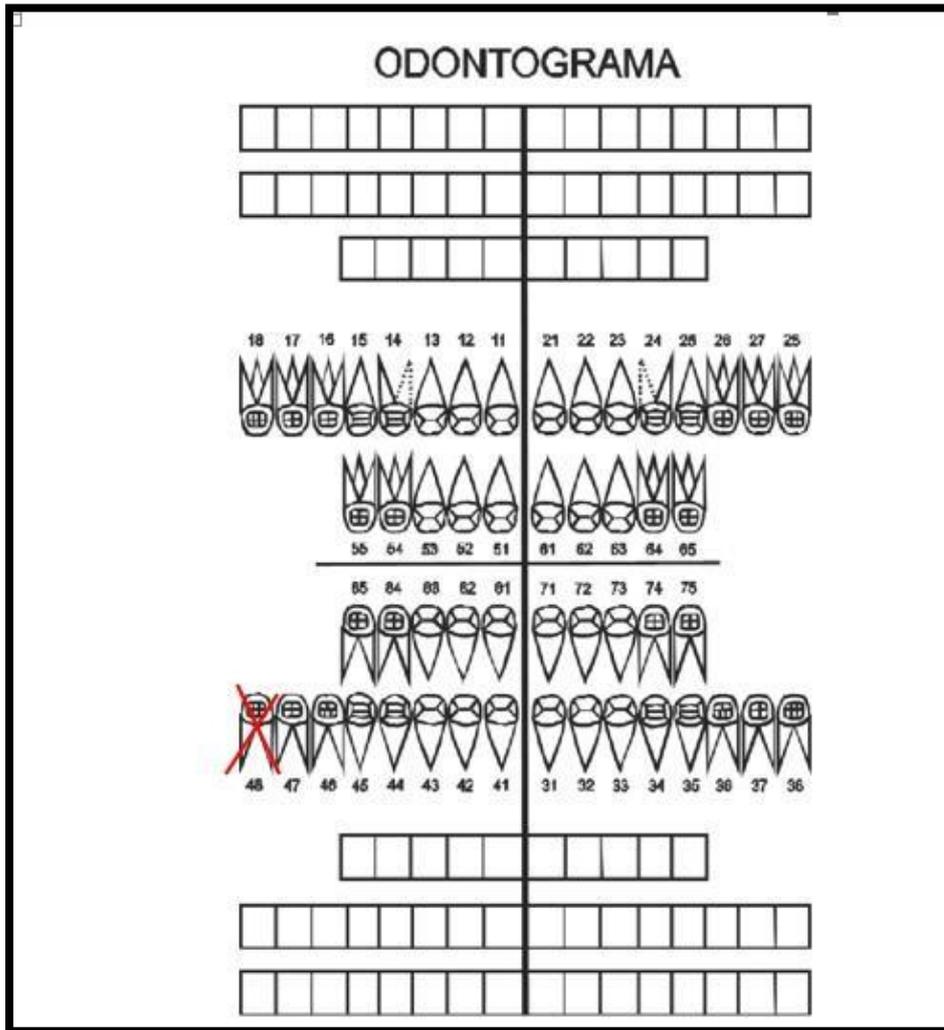
**Figs. 1-5 foto intraoral (tomadas despues de la colocacion de contenciones)**

**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**



**Figura 6:** Análisis de la pza dentaria:





**4. RESUMEN DELA ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO:**(considerar en el resumen solo lo patológico)

Paciente masculino de 20 años de edad, con grado de instrucción superior, estado civil soltero, acudió con motivo de consulta “me duele el diente de la parte de atrás del lado derecho” manifiesta que el dolor empezó hace 2 meses aproximadamente de forma insidiosa provocado a la masticación, en los últimos días el dolor es agudo de tipo pulsátil e irradiado con intensidad moderada sin embargo no tomo ningún medicamento.

**6. EXÁMENES AUXILIARES Y OTROS:**( ESPECIFICAR Y UTILIZAR FICHA O RECETA MEDICA ANEXA SI ES NECESARIO)

Radiografía panorámica

Radiografía periapical

| 5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO                       |        |       |        |
|---|--------|-------|--------|
| <b>5.1 DEL ESTADO GENERAL:</b>                  |        |       |        |
| • ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP                       |        |       |        |
| •   |        |       |        |
| Interconsulta:                                  | Si ( ) | No no | Fecha: |
| <b>5.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:</b> |        |       |        |
| • pza 4.8 retenida mesioangulada                |        |       |        |

**Fig. 7: Radiografía de diagnóstico (se realizó una semana antes del retiro de brackets)**

**Autor: Bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**Pieza 4.8 impacta mesioangulada**



**Fig. 8: rx periapical: Pieza 4.8 impactada mesioangulada**

**Autor: Bach. Rivera Maima Nilda Magna**



Figura 9: examen auxiliares



PACIENTE: Edson Paucar Jesús  
 EDAD: 20 AÑOS  
 FECHA : 03/05/2022  
 REFERENTE: SERVICIO: LABORATORIO

**HEMATOLOGÍA:**

| PRUEBA                                       | RESULTADOS | RANGO DE REFERENCIA |
|--|------------|---------------------|
| TIEMPO DE COAGULACION:<br>METODO LEE - WHITE | 6' 58"     | 5 - 12 min          |
| TIEMPO DE SANGRIA:<br>METODO DUKE            | 1' 37"     | 1 - 4 min           |

Dr. Carlos Jamieson V.  
 Patólogo Clínico  
 C.M.P. 23829 R.N.E. 18587

PACIENTE: Edson Paucar Jesús  
 EDAD: 20 AÑOS  
 FECHA : 03/05/2022  
 REFERENTE: POLICLINICO RENACER SERVICIO: LABORATORIO

**HEMATOLOGÍA: HEMOGRAMA DE 14 PARAMETROS**

| PRUEBA           | RESULTADOS | RANGO DE REFERENCIA                                      |
|------------------|------------|--|
| HEMATOCRITO      | 45.0       | HOMBRES : 40.0 – 50.0 %<br>MUJERES : 37.0 – 45.0 %       |
| HEMOGLOBINA      | 14.8       | HOMBRES : 14.0 – 17.0 g/dL<br>MUJERES : 12.0 – 15.0 g/dL |
| GLOBULOS ROJOS   | 4.950000   | 4.000 000 – 5.500 000 mm3                                |
| VCM              | 90.7       | 80.0 – 100.0 fL  |
| HCM              | 29.5       | 27.0 – 34.0 pg   |
| CHCM             | 32.6       | 30.0 – 36.0 g/dL   |
| GLOBULOS BLANCOS | 8.600      | 4 000 – 10 000 mm3                                       |
| ABASTONADOS %    | 0          | 0.0 – 1.0 %  |
| SEGMENTADOS %    | 64         | 42.0 – 72.0 %  |
| EOSINÓFILOS %    | 1          | 1.0 – 4.0 %  |
| BASÓFILOS %      | 0          | 0.0 – 1.0 %  |
| MONOCITOS %      | 2          | 2.0 – 8.0 %  |
| LINFOCITOS %     | 33         | 20 – 45 %  |
| PLAQUETAS        | 267.000    | 150 000 – 450 000 mm3                                    |

Dr. Carlos Jamieson V.  
 Patólogo Clínico  
 C.M.P. 23829 R.N.E. 18587



## 10. EPICRISIS

Paciente masculino de 20 años de edad, con grado de instrucción superior, estado civil soltero, acudió con motivo de consulta “me duele el diente de la parte de atrás del lado derecho” manifiesta que el dolor empezó hace 2 meses aproximadamente de forma insidiosa provocado a la masticación, en los últimos días el dolor es agudo de tipo pulsátil e irradiado con intensidad moderada sin embargo no tomo ningún medicamento.

Plan de tratamiento por área:

Cirugía: exodoncia de pza 4.8

Terminado el 100% del tratamiento y con el consentimiento del paciente se da el alta respectiva.

### 4.2. Desarrollo del caso clínico

#### PREQUIRURGICO

1. **Figura 10 : fotografía de la operadora, preparacion prequirurgico.**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**2. Figura 11: mesa quirúrgica preparado para la cirugía**



**AUTOR: Bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**3. Asepsia extra oral con iodopovidona al 10 %**

**QUIRURGICO:**

**4.Figura 12: anestesia troncular: bloqueo del nervio dentario inferior y del nervio lingual**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

5. **Figura 13: incisión triangular:** comienza recorriendo la rama ascendente mandibular hasta llegar a distovestibular del 2do molar.



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

6. **Figura 14: levantamiento de colgajo:** el levantamiento de colgajo se realiza para tener mejor visibilidad de la pza dentaria.



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

7. **Figura 15: Odontosección:** se realizó la Odontosección de la cúspide distal para favorecer en el retiro de la pza.



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

8. **Figura 16: luxación y extracción propiamente dicha de la pza 4.8**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**9. Figura 17: limpieza del alveolo**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**10. Figura 18: lavado con suero fisiológico al 9% para eliminar los restos de hueso o esquirlas.**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda Magna**

**11. Figura 19: sutura: reposición de colgajo y sutura de tipo simple con hilo de seda negra 3/0 de aguja semi curva.**



**Autor: bach. Rivera Maima Nilda**

### **4.3 Plan de control y mantenimiento**

#### **Posquirúrgico**

Se le recetó medicación postquirúrgica clindamicina de 300 mg x 5 días (15 cápsulas por 5 días) Cada 8 horas, Diclofenaco 50 mg y paracetamol 500mg (9 tabletas por 3 días) vía oral.

#### **Recomendaciones:**

Al paciente se le recomendó lo siguiente

- ❖ Morder la gasa estéril durante 30 a 40 minutos.
- ❖ Mantener la cabeza elevada a 45°, apoye la cabeza sobre dos almohadas, evitando acostarse boca arriba o boca abajo.
- ❖ No realizar ningún esfuerzo físico durante las primeras 24 horas.
- ❖ No realizar buches, no escupir a cada rato.
- ❖ No tomar líquidos calientes antes de 24 horas.
- ❖ Colocar compresas frías las primeras 24 horas alternando en periodos cortos de tiempo en la zona indicada.
- ❖ No hacer aspiraciones bruscas de aire como fumar o succionar durante las siguientes 72 horas.
- ❖ Ingerir alimentos blandos los dos primeros días.
- ❖ Realizar la higiene bucal normal.
- ❖ No consumir bebidas alcohólicas.

Consultar al odontólogo al evidenciar signos de alarma como: – Hemorragia (sangrado profuso). – Inflamación (hinchazón de la cara)

#### IV. CONCLUSIONES

- Es imperiosa la necesidad del conocimiento de la zona anatomía a la cual vamos a proceder, si no tenemos la sapiencia necesaria, esta puede tener complicaciones.
- Los procesos en la exodoncia de los cordales mandibulares son distintas, puesto que cada estomatólogo tiene y adquiere el procedimiento quirúrgico que más le convenga de acuerdo a sus expertos y años de experiencia.
- El proceso de cirugía bucal para la realización de una buena y correcta exodoncia de los cordales retenidos, lo efectuamos sencillamente con la asistencia de buena técnica de anestesia troncular o regional y el equipo de cirugía.

## V. APORTES

- ✚ La historia clínica es el documento esencial para poder tomar decisiones sobre si se va a realizar una cirugía de terceras molares en un tratamiento ortodóntico.
- ✚ El presente caso es un aporte más para la comunidad odontológica ya que brindara conocimientos sobre cómo debemos realizar el tratamiento en un caso similar al presente.
- ✚ Solicitar los exámenes auxiliares correspondientes para evadir la instalación de incidentes durante la exodoncia de los cordales.
- ✚ Confeccionar y desarrollar una buena historia clínica integral, pues esta es indispensable y fundamental para realizar un buen diagnóstico y por ende un buen tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Armand lorie M, Legrá Silot E, Ramos de la Cruz M, Matos Armand F. Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient. 2015; citado 09 junio 2022.
2. Herrera Martínez K, Prevalencia de terceras molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la clínica especializada en odontología de la Universidad San Martín de Porres (tesis). (Perú) 2005 - 2009.
3. Peñarrocha Diago M. Peñarrocha Diago M. Terceros molares mandibulares, indicaciones de extracción y relación con el apiñamiento antero-inferior. Rev de odontoceto. 2013; Vol. 19 (Nº. 3): págs. 212-219.
4. Jove Castelo, J. “Terceros molares retenidos y su relación con el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico.” Arequipa 2021. Universidad Alas Peruanas 2021.
5. León Sifuentes J. “Exodoncia de tercera molar en mal posición relacionada a tratamiento Ortodóntico. (tesis) Huancayo-Junín. Universidad Peruana los Andes 2021.
6. Zeta Rodríguez T. Frecuencia de terceros molares retenidos con relación al biotipo facial. Rev Cient Odontol (Lima). 2022; vol. 10(2): pag. 90- 105.
7. León Sifuentes J. “Exodoncia de tercera molar en mal posición relacionada a tratamiento Ortodóntico. (tesis) Huancayo-Junín. Universidad Peruana los Andes 2021.
8. Díaz Pérez C, Martínez Rodríguez M, Valdés Domech H, Díaz Martínez M. “Caracterización de terceros molares inferiores incluidos. Portoviejo 2017 - 2019.”, Rev. SG. 2020; vol. 39: pag. 42-58.
9. López Castro R. Antepara López N. “Exodoncia de terceros molares retenidos en posición transversal” (tesis). Guayaquil. Unidad Guayaquil 2020.

10. Restrepo Meneses L. “Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores”. Rev. Acta Odontol colom. 2019; vol. 9(1).
11. Sameshima, Glenn. T. Ortodoncia y tecnología. Rev. Mex Ort. 2015; vol 3 (1): pag 6-7.
12. Mora Pérez C, Álvarez Mora I., Blanco Hernández A., Gómez Ortiz, M. Desarrollo de la ortodoncia en la provincia Cienfuegos. Rev. Medisur. 2018: vol. 16(2).
13. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. El impacto de la maloclusión en la calidad de vida de niños y adolescentes: una revisión sistemática de estudios cuantitativos. Eur J Orthod. 2015; vol. 37(3): pag. 238-47.
14. Bauman Mansano J, Souza Silva G, Bauman Donato C, Flório Martao F. Aspectos sociodemográficos relacionados à gravidade da maloclusão em crianças Brasileiras de 12 años. Cien Saude Colet. 2018; vol. 23(3): pag. 723-32
15. Quijada San Martin F. Prevalencia de complicaciones postoperatorias en exodoncia simple en el centro de clínicas odontológicas de la Universidad de Talca en el periodo Mayo – Junio del 2006 [Tesis Doctoral]. Chile. 2006.
16. López Dominguez M, Siam Del Toro R, Santiesteban Gonzales M, Lorenzo Felipe D, Rodríguez Gonzales G. Aspectos clínicos más relevantes de la cirugía de terceros molares incluidos. Rev. Científ Méd de Huguín. 2013; vol 7(3).
17. Armand Lorie M, Legra Silot E, Ramos de la Cruz M, Matos Armand F. Terceras molares retenidos. Rev Inf Cient. 2015; 92 (1supl.1).
18. Kuffel Vayas V. clasificación de la posición de los terceros molares y su mayor incidencia”. Guayaquil-Ecuador 2010–2011(tesis). Ecuador 2010.

19. Arteagoitia I. Alvarez J, Barbier L, Santamaría J Santamaría G. Erupción del tercer molar y Patología asociada. (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic. Reviews 2012 Issue 6.
20. Marroquín Ramírez F. diagnóstico de la angulación de terceros molares inferiores para determinar si su tratamiento es extracción simple o quirúrgica. Guatemala, agosto de 2015 (tesis). Guatemala 2015.
21. Martínez Jiménez G. Juárez Medel Carlos, Vargas Hernández H, Martínez Apreza D. Posicionamiento de terceros molares mediante análisis imagenológico de un centro radiológico de Acapulco. Rev Mex Med Forense. 2021; vol 6(2): pag 142-152.
22. Salazar Montoya E. Extracción de tercer molar inferior por tratamiento ortodóntico Universidad de Guayaquil facultad piloto de Odontología. (tesis) Guayaquil 2017.
23. Ceballos Chávez E. Los terceros molares retenidos y su influencia en trastornos en la articulación temporomandibular en pacientes que acuden al dispensario médico municipal anexo al iess de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período enero- diciembre del 2013. (tesis) Universidad Nacional de Chimborazo, 2014.
24. Gilson Sakita Maniobras quirúrgicas en la extracción del tercer molar evitando problemas postoperatorios Sao Pablo-Brazil. Rev. Esp ILACS. 2015; VOL 12(1): pag. 30- 35.
25. Peer W. Kämmerer, Bilal Al-Nawas. La extracción quirúrgica de terceros molares. Clínica de Cirugía oral y maxilofacial, Cirugía plástica. Hospital Universitario de la Universidad Johannes Gutenberg Maguncia. Alemania 2012 vol 25 (2) pag 67 -75.

26. Neiza Rodríguez N. Guía para realización de protocolos en cirugía oral dirigida a estudiantes. (Generación de contenidos impresos, N.º 12). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia, 2020.

## ANEXOS:

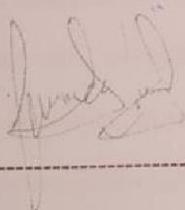


Colegio Odontológico del Perú  
Consejo Administrativo Nacional

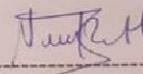
### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS**

Yo, .....EDSON PAUCAR JESÚS... con D.N.I 73121605 como paciente, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento denominado “Cirugía de Tercer Molar, La extracción de las muelas del juicio incluidas está indicada en ocasiones para evitar problemas como: dolor, inflamación, infección, formación de quistes, enfermedad periodontal, caries, maloclusión, pérdida prematura de otros dientes, pérdida prematura de hueso, etc. Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo, no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes: - Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía. - Hematoma e hinchazón de la región. - Hemorragia postoperatoria. - Infección postoperatoria. - Apertura de los puntos de sutura. - Apertura limitada de la boca durante días o semanas - Daño a los dientes o tejidos vecinos. - Abandono accidental de un pequeño fragmento de raíz, cuya extracción supondría una ampliación injustificada de la cirugía. - Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo. Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.



-----  
El Paciente o Representante Legal



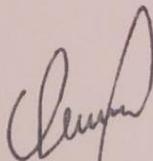
-----  
Operador

## CONSTANCIA DE SUPERVISIÓN

Quien suscribe **Mg. Omar Aliaga Ochoa**, cirujano dentista, hace constar por medio de la presente que la **Bach. Nilda Magna Rivera Maima**, realizo lá “CIRUGÍA DE TERCER MOLAR RETENIDO EN UNA PACIENTE CON TRATAMIENTO ORTODÓNTICO” en un centro odontológico de la ciudad de Huancayo.

Así mismo se verifico los procedimientos y los controles respectivos a la paciente dándole de alta sin ningún problema alguno.

Se extiende el presente documento a petición del interesado para presentar su trabajo de suficiencia profesional en la universidad.



.....  
**Mg. Omar Aliaga Ochoa**  
**Cirujano Dentista**

**ASUNTO: DECLARACIÓN JURADA DE  
AUTORÍA DEL TRABAJO DE  
SUFICIENCIA PROFESIONAL Y  
AUTORIZACIÓN PARA SU  
PUBLICACIÓN**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE  
LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

Yo, NILDA MAGNA RIVERA MAIMA, bachiller en Odontología identificado con DNI 45428685, egresado de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, con el código H12129G

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo titulado: **CIRUGÍA DE UN TERCER MOLAR RETENIDA EN UN PACIENTE CON TRATAMIENTO ORTODÓNTICO**. El mismo que presentó bajo la modalidad de Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título profesional.
2. Declaro que mi trabajo cumple con todas las normas de la Universidad Peruana los Andes.
3. Acepto las condiciones establecidas por la presente para la publicación.

Lima, 13 de octubre del 2022



---

**RIVERA MAIMA NILDA MAGNA**

**DNI:** 45428685

**Celular:** 989865821

**Correo:** [nilda.riv68@gmail.com](mailto:nilda.riv68@gmail.com)

**Código:** H12129G