

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MODALIDAD: CASO CLÍNICO

**TÍTULO: EXODONCIA DE UNA TERCERA MOLAR INFERIOR
CON LA AYUDA DIAGNOSTICA DE TOMOGRAFÍA CONE BEAM**

Para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor: Bachiller ROJAS CARO ALEX DANNY

Asesor: MG. CUYA SALVATIERRA GEOVANNY NILTON

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

**Línea de Investigación de la Escuela Profesional de Odontología:
Investigación Clínica y Patología**

**Lugar de investigación: Clínica Odontológica de la Universidad Peruana Los
Andes**

HUANCAYO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mi familia (Padres y Hermano) por su apoyo incondicional, hasta lograr concluir satisfactoriamente mi Carrera Profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, quien me apoyó en la culminación del presente trabajo y a los Catedráticos de la Universidad Peruana Los Andes, Escuela Profesional de Odontología, que me otorgaron los conocimientos necesarios para concluir con éxito mi carrera.

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:

EXODONCIA DE UNA TERCERA MOLAR INFERIOR CON LA AYUDA DIAGNOSTICA DE TOMOGRAFÍA CONE BEAM

Cuyo autor (es) : ROJAS CARO ALEX DANNY
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : ODONTOLOGIA
Asesor (a) : MG. CUYA SALVATIERRA GEOVANNY NILTON

Que fue presentado con fecha: 04/07/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 04/07/2023; 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 24%.

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 una sola vez.

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

Huancayo, 04 de julio de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



[Signature]
Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 238 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	01
AGRADECIMIENTO.....	02
CONTENIDO.....	03
CONTENIDO DE FIGURAS (ANEXO).....	06

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN.....	09
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.2 MARCO TEÓRICO.....	10
2.2.1 ANTECEDENTES (Nacionales-Internacionales).....	10
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	16
1. Dientes Incluidos.....	16
2. Indicaciones.....	17
3. Contraindicaciones.....	19
4. Fase Preoperatoria.....	19
5. Clasificación de Cordales Incluidos.....	20
6. Cirugía de Tercera Molar.....	21
7. Complicaciones.....	24
8. Tomografía Cone Beam.....	28
A. Ventajas de la Tomografía Cone Beam.....	29
B. Desventajas de la Tomografía Cone Beam.....	30
C. Aplicaciones de la Tomografía Cone Beam en Odontología.....	30

2.3 OBJETIVOS.....	33
--------------------	----

CAPÍTULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	34
3.1.1 HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA ODONTOMAXILAR.....	34
3.2 PLAN DE TRATAMIENTO.....	44
1. Asepsia y antisepsia (Paciente y Operador).....	44
2. Anestesia Troncular de Técnica Directa.....	44
3. Cirugía Propiamente Dicha.....	45
A. Insición.....	45
B. Desprendimiento de Colgajo.....	46
C. Ostectomía.....	46
D. Odontosección.....	46
E. Luxación, Tracción y Avulsión.....	47
F. Limpieza del Alveolo.....	47
G. Sutura.....	47
3.3 PRONÓSTICO.....	48
3.4 PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO.....	52

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES.....	53
-------------------	----

CAPÍTULO V

APORTES.....	55
--------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
---------------------------------	----

ANEXOS
CONTENIDO FIGURAS

HISTORIA CLÍNICA.....	60
HEMOGRAMA.....	63
CONCENTIMIENTO INFORMADO.....	64
RECETAS.....	65

RESUMEN

La cirugía de los terceros molares (cordales o muelas del juicio) incluidos o retenidos, es un procedimiento quirúrgico muy frecuente en la práctica diaria del clínico. Este tipo de cirugía puede llegar a tener un alto grado de complejidad dependiendo del caso clínico e ir acompañada de algunas complicaciones asociadas al procedimiento, tal es así que hoy en día recurrimos a exámenes auxiliares para minimizar estas posibles complicaciones.

La tomografía de Cone Beam actualmente es uno de los métodos de diagnóstico por imagen más utilizado en cirugía oral, un examen auxiliar que nos permite visualizar en tres planos, los terceros molares y estructuras anatómicas importantes a tomar en consideración antes de la cirugía de terceros molares, de esta manera evitar algunas complicaciones más frecuentes en las que destacamos: sangrado moderado, edema postquirúrgico, trismus o dificultad para abrir la boca, dolor, osteítis alveolar, infecciones agudas, sangrado excesivo, fracturas, daño de dientes vecinos, defectos periodontales, fístula oroantral, desplazamiento de dientes vecinos y principalmente lesiones nerviosas ya que trabajamos en este tipo de cirugías muy cerca del nervio dentario inferior.

PALABRAS CLAVES

Cirugía, tercer molar, dientes retenidos, cone beam, diagnostico auxiliar, Complicaciones en cirugía maxilofacial.

ABSTRACT

The surgery of the third molars (wisdom teeth or wisdom teeth) included or retained, is a very frequent surgical procedure in the daily practice of the clinician. This type of surgery can have a high degree of complexity depending on the clinical case and be accompanied by some complications associated with the procedure, so much so that today we resort to auxiliary tests to minimize these possible complications.

Cone Beam tomography is currently one of the most widely used diagnostic imaging methods in oral surgery, an auxiliary examination that allows us to visualize in three planes, the third molars and important anatomical structures to take into consideration before third molar surgery. In this way to avoid some of the most frequent complications in which we highlight: moderate bleeding, post-surgical edema, trismus or difficulty opening the mouth, pain, alveolar osteitis, acute infections, excessive bleeding, fractures, damage to neighboring teeth, periodontal defects, fistula oroantral, displacement of neighboring teeth and mainly nerve injuries since we work in this type of surgery very close to the inferior dental nerve.

KEYWORDS

Surgery, third molar, impacted teeth, cone beam, auxiliary diagnosis, Complications in maxillofacial surgery.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

La importancia de extraer los terceros molares está directamente relacionado con problemas de falta de espacio y las complicaciones directas que están relacionadas a esta como: reabsorciones radicales, caries dental en las piezas vecinas, pericoronaritis e infecciones agudas, la extracción de estos terceros molares también está directamente relacionado con la mayoría de casos de ortodoncia, que por falta de espacio en la cavidad bucal tiene que ser retirados.

La cirugía de los terceros molares es el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en la cavidad bucal, técnicamente es muy avanzado, con un protocolo quirúrgico bien definido y orientado a los diferentes casos clínicos de cirugía de terceros molares, así mismo el cuidado post operatorio se encuentra bien establecido lo cual le permite al paciente intervenido, tener una experiencia quirúrgica buena, indolora, segura, predecible y con pocos días de convalecencia, mas no exenta de complicaciones. De allí la importancia de una impecable historia clínica y consentimiento informado del paciente, así como también de

exámenes auxiliares como la tomografía Cone Beam que faciliten el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

2.1 Planteamiento del problema

En la cirugía de terceros molares encontraremos diferentes tipos y casos a tratar dependiendo de la posición en la que se encuentren estas terceras molares inferiores y de la cercanía a estructuras importantes, como el nervio dentario inferior, de encontrarse cerca a este nervio, una radiografía periapical o panorámica no nos ayudaría mucho en el diagnóstico ya que podría darnos como consecuencia un error en el diagnóstico al ser esta bidimensional y dar como consecuencia una superposición de imagen. En oposición a esto, una tomografía de Cone Beam nos ayudaría a obtener un diagnóstico certero, porque la imagen tridimensional nos mostrara la posición real desde una vista axial, sagital y coronal, por lo cual se recomendaría el uso de la tomografía cuando el clínico lo decida.

¿Por lo tanto, será necesaria la ayuda diagnostica por imágenes con tomografía de Cone Beam en la cirugía de terceros molares?

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Antecedentes

Antecedentes Nacionales

Centeno J. (2019); Realizó un trabajo de investigación titulado: “Relación anatómica de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior mediante tomografías Cone Beam en el Centro Radiológico Ceradent-2018”, para ello su muestra estuvo conformada por 11 tomografías de pacientes de sexo femenino y 10 tomografías de sexo

masculino, en la que obtuvo como resultado que en las posiciones relativas del conducto dentario inferior de los terceros molares retenidos, la posición lingual fue la más prevalente con un 34,6 %, en la cual observó que la distancia más cercana que existió entre el conducto dentario inferior y cordales retenidas fue de 2 a 3 mm con un 15.4%, donde su investigación lo desarrolló con el fin que las tomografías Cone Beam proporcionan datos precisos que ayudan al profesional a poder realizar una extracción de las cordales de manera adecuada, evitando así complicaciones al momento de realizar el tratamiento.

Machicao M. (2020); Realizó un trabajo de investigación titulado: “Relación de Proximidad de Terceros Molares Retenidos con el Nervio Dentario Inferior en Tomografías Computarizadas del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Centro Odontológico de UCSM, Arequipa-2019”, en la que estudió 89 piezas de 59 tomografías computarizadas, en la que obtuvo como resultado que la proximidad que existe entre los terceros molares retenidas y el nervio dentario inferior según su ubicación fue de 11,5%, también evidenció la proximidad de estas según su posición, obteniendo un 28,5% y según la profundidad de la clase A fue de 44.8%, la clase B fue de 46% y la clase C fue de 53,9%, por lo tanto concluye que la proximidad basada en la posición más destacada fue la mesioangular la que estuvo más cerca al nervio dentario inferior, con respecto a la proximidad según la ubicación de las terceras molares, la ubicación en el lado derecho fue la que presentó más cercanía al nervio dentario inferior y finalmente con respecto a la proximidad según la profundidad, la clase C de las terceras molares está más próximo al conducto dentario inferior.

Mamani et al. (2022); Realizaron un artículo original sobre “Relación de la Posición de Terceras Molares Inferiores con Estructuras Circundantes Mediante Cone Beam en Puno – Perú”, donde su estudio estuvo conformado por 110 tomografías, con una muestra de 60

tomografías de ambos sexos de 17 a 25 años de edad, el cual utilizaron una ficha de recolección de datos que incluyeron la posición según Winter y la relación de las terceras molares según Pell y Gregory, Liqun y Ogüz Borahan, donde obtuvieron como resultados que, según la clasificación de Pell y Gregory existió una correlación moderada entre la rama mandibular con la posición del tercer molar inferior, según la clasificación de Liqun existió una correlación moderada entre el conducto dentario inferior con el tercer molar inferior, de igual manera para la clasificación de Ogüz Borahan existió una correlación marcada entre la fosa submaxilar con el tercer molar inferior, por lo que concluyeron que hubo una correlación marcada entre la relación de la posición de la tercera molar inferior y sus estructuras contiguas.

Herrera et al. (2020); Realizaron un artículo original sobre "Concordancia entre la Radiografía Panorámica y la Tomografía Computarizada de Haz Cónico en la Relación de los Terceros Molares Mandibulares con el Conducto Dentario Inferior", para ello obtuvieron una muestra de 112 terceros molares, el cual utilizaron la clasificación modificada de Robert Langlais para la evaluación radiográfica, donde incorporaron, edad, sexo y lado mandibular, el cual obtuvieron como resultados que en los terceros molares presentó superposición con 82,1%, donde el mayor porcentaje fue para el signo de discontinuidad con 25,9% en la radiografía panorámica, por otro lado el 65,2% de los molares presentó contacto en la tomografía computarizada, por lo tanto concluyeron que existió una baja correlación diagnóstica entre la radiografía panorámica y la tomografía computarizada en el análisis entre la tercera molar inferior con el conducto dentario inferior, asimismo plantearon que no presentó diferencia significativa de esta relación con respecto a sexo, edad y el lado mandibular.

Antecedentes Internacionales

Armijos C. (2018); Realizó un trabajo de investigación titulado: “Relación entre los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en tomografías computarizadas de haz cónico obtenidas en el servicio de radiología de Xplora DEIM”, para su investigación evaluó a 113 terceros molares inferiores de 73 tomografías computarizadas en las que se analizaron los planos, oclusales, sagitales y axiales, en la que obtuvo como resultado que el 54% de los terceros molares estuvieron en contacto con el conducto mandibular, en cuanto al conducto dentario inferior hubo mayor frecuencia con un 45,9% en la ubicación, Además en el lado izquierdo la angulación vertical presentó mayor prevalencia con un 40,6%; 37,50% en el tipo A y 75% con la clase II, asimismo, en el lado derecho del maxilar, la angulación mesioangular tuvo 34,5%; 48,30% en el tipo A y 58,60% con la clase II, mostrando interés de incluir en el examen preoperatorio el uso de tomografías computarizadas de haz cónico, en caso exista dudas con la proximidad entre el nervio dentario inferior y la tercera molar en la radiografía panorámica.

Patel et al. (2020); Publicaron un artículo titulado: “Comparación de los hallazgos de la radiografía panorámica y la tomografía computarizada de haz cónico para la raíz del tercer molar mandibular impactado y la relación del canal del nervio alveolar inferior”, para ello evaluaron radiografías panorámicas y la tomografía computarizada de haz cónico de 120 pacientes, los hallazgos de ambas tomas fueron comparadas según el modelo de Fryback y Thornbury, en la que obtuvieron como resultado que existe una asociación significativa entre los signos radiográficos de Rood y Sheehab con respecto a las panorámicas y la corticalización de la raíz de las cordales impactadas y el canal del nervio dentario inferior que se mostraron más en las tomografías, donde concluyeron que es importante el uso de las

tomografías computarizadas antes de realizar cualquier extracción quirúrgica, para así poder minimizar las complicaciones, sobre todo neurológicas por el nervio dentario ya que según Fryback y Thornbury la tomografía en comparación con la panorámica es sumamente adecuada para la evaluación de la raíz de la tercera molar inferior impactada con relación con el canal del nervio dentario inferior.

Vázquez et al. (2016); Realizaron un trabajo de investigación sobre “Estudio Comparativo de la Relación de los Terceros Molares Inferiores Retenidos con el Conducto Dentario Inferior en Radiografías Panorámicas y Tomografías Cone Beam”, para ello incluyeron 66 terceros molares inferiores retenidos de 43 pacientes, donde realizaron tomas de radiografías panorámicas y tomografías, en la que buscaron la relación de distancia del conducto dentario inferior, en la cual obtuvieron como resultado que en la radiografía panorámica, en ocho casos se encuentran a distancia del conducto, en 30 casos en contacto y 28 casos están inmersos al conducto, en la tomografía observaron 53 casos a distancia del conducto, 12 casos en contacto y un caso inmerso en el mismo, por lo que concluyeron que la radiografía panorámica no es lo sumamente confiable para el análisis de la relación entre los terceros molares inferiores retenidos y el conducto dentario inferior.

Calderón et al. (2018); Realizaron un artículo original sobre “Efectividad de la Técnica Cone-Beam para Evaluar el Riesgo de Lesión al Conducto Dentario Inferior, en la Extracción de Terceros Molares Inferiores Clase II Posición A o B”, para ello obtuvieron una muestra de 11 terceros molares de 6 pacientes, donde su procedimiento consistió en; Etapa I, llenado de historia clínica, consentimiento informado, solicitud de estudio imagenológico Cone Beam y registro de distancias percibidas; la etapa II, prueba de sensibilidad pre-operatoria y la intervención quirúrgica, y la etapa III que evaluaron la sensibilidad post operatoria, donde

obtuvieron como resultado que la clasificación más frecuente fue la Clase II posición B, de la misma manera determinaron que a menor distancia entre el conducto dentario inferior y la tercera molar inferior, mayor es el riesgo de lesión nerviosa, por lo tanto concluyeron que el uso de la tomografía Cone Beam permite observar con exactitud las estructuras adyacentes al conducto, para evaluar el riesgo de lesión nerviosa y así facilitar la planificación quirúrgica de terceros molares inferiores.

Parra et al. (2022); realizaron revisión literaria titulada “Precisión Diagnóstica de la Tomografía Volumétrica de Haz de cono en Terceros Molares Impactados en Relación con el Canal Mandibular. Revisión de la Literatura”, donde realizaron análisis bibliográfico de los diferentes estudios y artículos publicados de la base de datos científica PubMed, en la que recopilaron en total 16 artículos, donde obtuvieron como resultado que la tomografía mostró mayor evidencia de la relación entre el canal, el nervio dentario inferior y los terceros molares impactados en la que concluyeron que la tomografía presentó una mejor sensibilidad siendo considerada como el examen de optima elección evitando las complicaciones postoperatorias en los casos más complejos, siendo la tomografía el método magnífico para dilucidar la relación que existe entre el conducto mandibular y los terceros molares inferiores, de esa manera preparar guías para los distintos tratamientos quirúrgicos.

Ortiz et al. (2020); Realizaron un Trabajo de Investigación “Relación Anatómica entre Terceros Molares Mandibulares y el Conducto Mandibular”, donde evaluaron 65 tomografías, en los cuales analizaron 105 terceros molares, en la que clasificaron según edad, sexo, número de raíces y posición del conducto respecto al ápice del tercer molar inferior, donde determinaron si había contacto entre el conducto mandibular y la raíz de la tercera molar, midiendo la distancia en milímetros, en la que obtuvieron como resultado que la

posición más frecuente del tercer molar inferior respecto al conducto mandibular fue la posición apical con 74,3%, la lingual con 18,9% y la vestibular con 5,6%, presentando el 50,47% contacto con el conducto mandibular y su distribución por apical fue 60,38%, por lingual 30,19% y por vestibular 9,43%, la distancia fue con un promedio 3,1 mm, por lo que concluyeron que el uso de la tomografía como instrumento de evaluación pre quirúrgica en casos complejos de exodoncia de terceros molares debe ser considerado por encima de la radiografía panorámica debido al riesgo que pueda existir.

2.2.2 Bases teóricas o científicas:

1) Dientes Incluidos

La inclusión dental no es una afección única de los caninos o terceros molares, cualquier diente es susceptible a la inclusión, generalmente la tercera molar es el último diente en erupcionar, por lo que frecuentemente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos por la falta de espacio en la arcada dentaria, por lo que la extracción de la tercera molar incluida, retenida o impactada, es la intervención quirúrgica muy frecuente realizada de la cavidad bucal.

Factores de Inclusión, Retención e Impactación Dental

Los factores que contribuyen a la inclusión, retención e impactación de las piezas dentales, se clasifican en:

- ✓ **Factores Locales**, Dentro de los factores locales tenemos la presencia de obstrucciones mecánicas, las cuales podrían ser otras piezas dentales, quistes,

tumores, la falta del espacio en la arcada dental, la pérdida prematura de la pieza dentaria, la alteración en el tamaño dental con relación al arco.

- ✓ **Factores Sistémicos**, Dentro de los factores sistémicos tenemos los desórdenes genéticos.

2) **Indicaciones**

A) Exodoncia Preventiva o Profiláctica

Es justificada absolutamente su eliminación profiláctica antes de que la patología asociada se presente, dado que si no se eliminan pueden causar dolor e infecciones, está indicada la extracción preventiva hasta los 25 años, por la baja mineralización del hueso y la falta de formación del ligamento periodontal. No se recomienda la extracción de los cordales incluidos asintomáticos cuando erupcionan correctamente y cumplen su papel funcional valioso, en pacientes con patología sistémica grave.

B) Infección

Como la pericoronaritis, flemones, adenoflemones, y otros cuadros de infección odontogénica, se deberá tratar el problema con antibióticos antes de realizar la exodoncia.

C) Motivos Ortodónticos

En cordales que presenten problemas eruptivos, en mala posición, cuando se requiera distalar los molares para ganar espacio por distal, para corregir la maloclusión clase III.

D) Motivos Prostodónticos y Restaurativos

Para el acceso al margen disto gingival del segundo molar, para instalar la prótesis o realizar una correcta obturación, en casos en que la cordal se encuentre debajo de una prótesis removible, ocasionando reabsorción ósea.

E) Motivos Periodontales

En casos de tercera molar inferior que presenten mesioversión en posición horizontal que presente pérdida ósea distal del segundo molar, de no extraerse el cordal la presencia de bolsas profundas con pérdida de inserción favorece la perseverancia de una flora anaerobia con placa subgingival con pérdida progresiva del soporte óseo distal del segundo molar.

F) Presencia de otra Patología Asociada

En casos como folículo dentario, quistes o tumores odontogénicos benignos o lesiones malignas, en la tercera molar superior con inclinación hacia vestibular producirá ulceraciones de la mucosa yugal, sin tratamiento puede aparecer lesiones leucoplásicas (posible fase inicial de carcinoma de células escamosas).

G) Otras Indicaciones

En casos de infección como pericoronaritis, celulitis, abscesos, patología pulpar o periapical no tratable, caries de tercer molar difícil de restaurar adecuadamente, en quiste folicular de la tercera molar, en casos de reabsorción externa de la cordal, cordales de un maxilar atrófico no erupcionados.

3) Contraindicaciones:

- En casos de lesionar estructuras vecinas (nervio dentario inferior, nervio lingual o seno maxilar).
- Cuando presente un proceso infeccioso activo de la tercera molar.
- Una contraindicación general nombramos el estado físico o psíquico del paciente.
- Se conservara la tercera molar en caso de ser utilizado como pilar de prótesis fija o prótesis parcial removible.

4) Fase Preoperatoria

Se realiza el diagnóstico, se diseña el plan de tratamiento y se prepara al paciente (física y psicológicamente) para la cirugía bucal. El diagnóstico de las malposiciones de la tercera molar se sustenta en el estudio clínico y el examen auxiliar radiológico (radiografía panorámica), analizamos minuciosamente y examinaremos la relación del cordal con el segundo molar, el nivel de profundidad de la inclusión, la relación que presente entre el nervio dentario inferior y el borde anterior de la rama ascendente, evaluar si existe lesiones periapicales o quísticas, densidad ósea mandibular. La

elaboración de la historia clínica, anamnesis y exploración clínica se realizara en la primera visita del paciente, para llegar a un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

5) Clasificaciones de Cordales Incluidos

A) La Clasificación de Pell y Gregory

Ayudará para determinar el planeamiento quirúrgico, estableciendo las siguientes clasificaciones de terceros molares retenidos con el fin de prevenir el desarrollo de los procesos patológicos y acceder a ciertas modificaciones a lo largo del tratamiento operatorio, basándose en estudios de exámenes radiográficos generalmente (radiografías panorámicas), examinando la segunda molar, el nivel óseo y la rama ascendente mandibular. Clasificándolos en tres clases:

- **Clase I.** El espacio mesiodistal de la tercera molar es menor que el espacio de la rama mandibular y la cara distal de la segunda molar.
- **Clase II.** El espacio mesiodistal de la tercera molar es mayor al espacio de la rama mandibular y la cara distal de la segunda molar.
- **Clase III.** La tercera molar está localizado total o parcialmente dentro de la rama mandibular.

Clasificación de acuerdo a la profundidad de la tercera molar

- ✓ **Posición A.** La tercera molar se encuentra posicionada al mismo nivel o por arriba del plano oclusal de la segunda molar.
- ✓ **Posición B.** La tercera molar está por debajo del plano oclusal, pero arriba de la línea cervical de la segunda molar.
- ✓ **Posición C.** La tercera molar está posicionada al nivel o por debajo de la línea cervical de la segunda molar.

B) Clasificación de Winter

De acuerdo a la localización de las terceras molares en relación con el eje longitudinal de los segundos molares se clasifican en:

- ✓ Posición Vertical.
- ✓ Posición Horizontal.
- ✓ Posición Mesioangular
- ✓ Posición Distoangular.
- ✓ Posición Invertida.

6) Cirugía de Tercera Molar

A) Preparación del Campo Operatorio

Revisar la historia clínica del paciente, posicionar al paciente en posición de 45°, se desinfectara el tercio inferior de la cara con povidona yodada, el paciente realizara el buche antiséptico, seguidamente se colocara el campo fenestrado,

el operador se sitúa en el lado derecho del paciente, el codo del operador estará a la altura de la boca del paciente, es recomendable tener un asistente.

B) Acto Quirúrgico

- **Anestesia:** La elección depende del estado general del paciente, edad, madurez psíquica, grado de ansiedad, a nivel mandibular se realizara el bloqueo troncal del nervio dentario inferior y del nervio lingual, incluiremos la infiltración en vestibular y el nervio bucal. En la anestesia general con intubación nasotraqueal y taponamiento faríngeo estará indicada en personas demasiadas ansiosas, en infección locorregional y para extracción de los cuatro cordales.

- **Incisión:** Situaremos el trigonoretromolar y la rama ascendente de la mandíbula, tomar en consideración la apertura bucal, se palpara la cresta oblicua externa con el dedo y establecer la relación con el tercer molar, para realizar la incisión se realizara con el mango de bisturí N° 3 y una hoja del N° 15, gracias a esto nos permitirá una mejor visualización del campo operatorio y nos permitirá efectuar tranquilamente la ostectomía sin riesgo de lesionar estructuras vecinas, el colgajo debe estar bien irrigado y de fácil reposición en su lugar. La elección del tipo de incisión dependerá del nivel de dificultad que presente el cordal, la hemorragia se controlara con la aspiración constante por parte del asistente, manteniendo siempre el campo operatorio limpio y visible.

- **Desprendimiento de Colgajo:** Se realizara con el periostótomo de Freer o legra, apoyando el instrumental en la cortical ósea, seguido se mantiene el

colgajo mediante un separador ejerciendo una ligera presión sobre el hueso para así evitar la isquemia del borde libre del colgajo, el levantamiento del colgajo se realiza sin desgarrar la mucosa hasta que quede expuesta la corona clínica del cordal incluido.

- **Ostectomía:** Es la eliminación del hueso mandibular que cubre, parcial o totalmente la corona de la tercera molar inferior, es preciso eliminar el hueso suficiente para exponer y tener el acceso a la corona del cordal, evitando lesionar a la segunda molar y estructuras cercanas. Para ello se realiza con la pieza de mano con fresa redonda para hueso, con irrigación con agua destilada o suero fisiológico estériles, para evitar el recalentamiento del hueso, y aspiración constante. Eliminando el hueso que cubre la corona dental, creando el acceso a las caras mesial, vestibular y distal, logrando así el campo de trabajo adecuado y el espacio para el desplazamiento para la exodoncia. Se recomienda realizar la ostectomía de forma amplia para facilitar la extracción dental.
- **Odontosección y Exodoncia:** Se basa en dividir el cordal planeado con anticipación, para conseguir su exéresis, con el fin de transformar un cuerpo único en dos o más volúmenes. Se realiza con la pieza de mano y una fresa de carburo de tungsteno redondo número 8, desde vestibular a lingual, dejando la zona lingual y apical para después fracturarla con la acción del botador (evitando así lesionar el nervio lingual y la cortical interna). La luxación y exodoncia se realizara con botadores (Winter, Pott, etc), con el punto de apoyo del hueso mesial también se puede usar los botadores rectos a modo de palanca

según el caso lo requiera. Nunca emplear fuerzas excesivas, recomendando eliminar hueso o continuar seccionando el diente para obtener más espacio para luxarlo.

- **Limpieza de la Herida Operatoria:** Después de la exodoncia de la tercera molar incluida se procede con la limpieza de las partes blandas como el hueso, regularizando y librando de fragmentos de hueso sueltos, con la pinza gubia, lima para hueso o fresa de acero inoxidable redonda. Con la herida limpia y los bordes redondeados se irrigara la herida con agua destilada o suero fisiológico estériles, con aspiración constante, verificando el fondo vestibular del colgajo mucoperióstico por la frecuencia de virutas de la ostectomía.
- **Reposición del Colgajo y Sutura:** Para suturar la incisión, afronta los bordes para comprobar su reposición correcta, de lo contrario se recortara los bordes para el correcto afrontamiento. Si existe sangrado excesivo en el lecho óseo, se colocara un apósito reabsorbible de colágeno texturado. Se sutura con puntos sueltos simples, con hilo de seda o ácido poliglicólico de 3/0, el primer punto se coloca en la incisión de descarga, luego en la zona trígono retromolar, y finalmente por vestibular con uno o dos puntos.

7) Complicaciones

Se dividen en Intraoperatorias y Postoperatorias inmediatas y tardías.

A) Complicaciones Intraoperatorias

- ❖ **Hemorragia:** Ocasionada por una lesión de un vaso, arteria bucal , paquete vascular del conducto dentario inferior o la arteria facial, la incisión externa de la región de la cordal inferior puede ocasionar lesión a la región maseterina y su plexo venoso, y la incisión interna de profundidad puede lesionar las ramas anteriores del plexo pterigoideo. La mayor incidencia se presenta en pacientes de 25 años, de cordales distoangulados, con impactación profunda. El tratamiento es clampar el vaso lesionado con la pinza hemostática mosquito y realizar una ligadura o electrocoagulación del vaso, la lesión del nervio dentario inferior se soluciona haciendo compresión y colocación de apósitos hemostáticos reabsorbibles, en casos de hemorragia de vasos pequeños se efectuara la presión local, otras formas de parar la hemorragia es con el electrobisturí.
- ❖ **Fracturas:** En la extracción se puede fracturar la pieza dental o una de las raíces, la más frecuente es la fractura del ápice, ante este caso se ampliará la ostectomía. Ocasionadas por el uso demasiado de fuerza con el botador al momento de la luxación. En casos de fractura mandibular se extraerá la tercera molar y seguidamente se inmovilizara el foco de fractura con miniplacas y tornillos u osteosíntesis alámbrica, bloqueo intermaxilar, etc.
- ❖ **Desplazamientos:** Frecuentemente producidos por los botadores, en el maxilar superior la tercera molar puede ser desplazado al interior del seno maxilar (fosa intratemporal). A nivel mandibular los desplazamientos son hacia el conducto dentario inferior, piso de boca y el espacio submandibular. Cuando se efectúa la exodoncia puede ingresar la pieza dental a la zona

faríngea donde puede ser deglutido por el paciente o peor que ingrese al árbol bronquial, evitaremos estos casos haciendo uso del depresor lingual.

- ❖ **Dilaceraciones de Tejidos Blandos:** Ocasionados por el colgajo inadecuado, el separador genera demasiada tensión al extremo de la incisión, mal uso de la fresa, en la ostectomía.
- ❖ **Enfisema Subcutáneo:** Producida por el uso de la turbina en la exodoncia, es la incursión de aire en los tejidos profundos faciales, regiones temporal orbitaria y cervical, se requiere ingreso hospitalario para el control de la vía aérea, afrontando la infección con antibioticoterapia endovenosa.
- ❖ **Lesiones Nerviosas:** Durante el procedimiento de exodoncia se puede lesionar el nervio dentario inferior como el nervio lingual, causando alteraciones transitorias o permanentes del nervio lesionado, Si existe mucha cercanía entre el tercer molar y el conducto del nervio dentario inferior se solicitara la tomografía computarizada, el nervio lingual puede lesionarse durante la incisión, ostectomía u odontosección, por eso es importante respetar la fibromucosa lingual.

B) Complicaciones Postoperatorias Inmediatas

- ❖ **Hemorragia:** dentro de las 12-24 horas es normal el ligero sangrado que rezuma del alveolo que es controlada mediante la presión con una gasa. El 99% de las hemorragias post extracción se debe a causas locales como: Lesiones traumáticas óseas o mucosas, resto radicular persistente, presencia de fenómenos infecciosos, anomalías en la formación del coagulo, vasodilatación secundaria ocasionada por la adrenalina, para ello debemos

revisar el alveolo, determinar el origen de la hemorragia, establecer una compresión intrínseca o extrínseca.

- ❖ **Hematoma:** Consiste en la difusión de la sangre siguiendo los planos musculares, caracterizada por el aumento de volumen a nivel de la zona operatoria y cambio de color de la piel vecina (transformación sanguínea y descomposición de la hemoglobina) así toma el color rojo vinoso pasando después violeta y amarillo, durando varios días y termina por resolución al octavo o noveno día, produciendo dolor local, rubor, intensa fiebre, reacción ganglionar. Su tratamiento consta en colocar una bolsa de hielo para disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y antibióticos.
- ❖ **Trismo:** Causadas por, la contracción muscular protectora por la inflamación debido al traumatismo quirúrgico, el dolor postoperatorio por vía refleja, infección en los espacios vecinos, técnica anestésica incorrecta, lesión de la articulación temporomandibular en la intervención quirúrgica.
- ❖ **Vesículas Herpéticas o Aftas en el Labio:** producidas por el estrés y el acto quirúrgico, a menudo por la reactivación de una situación latente.
- ❖ **Reacciones Medicamentosas:** A menudo se producen manifestaciones de intolerancia digestiva, dolor abdominal o gástrico, náuseas, vómitos entre otros, también por manifestaciones alérgicas menores, para ello se recomienda el cambio de un fármaco.

C) Complicaciones Postoperatorias Tardías

- ❖ **Alveolitis Seca:** Causada por la fibrinólisis del coagulo, se presenta por un intenso dolor a los 3 o 4 días después de la extracción, etiológicamente implica

la actividad bacteriana (*treponema denticola*), y factores como la mala higiene bucal, pericoronaritis previa, tabaco, anticonceptivos orales y falta de irrigación durante el acto quirúrgico.

- ❖ **Infección:** Originado por la pericoronaritis o absceso dentario previo, se localiza en el hueso maxilar (osteítis) o partes blandas periorales, la penicilina o derivados son suficientes para controlar la infección, una antibioticoterapia incorrecta puede provocar la cronificación del proceso y la aparición de secuestros óseos.
- ❖ **Formación de Secuestros:** La herida si no se desbrida apropiadamente, se forma un secuestro que se puede infectar y generar supuración y la formación de tejido de granulación.
- ❖ **Patología Periodontal:** La extracción de los cordales incluidos puede causar secuelas periodontales para el segundo molar, en pacientes con patología periodontal se realizara el control de placa, buena higiene, asesoramiento dietético, raspado y alisado radicular, usar técnicas de regeneración tisular guiada y eliminar el uso de tabaco.

8) Tomografía Cone Beam

Llamado también CBCT (Cone Beam Computed Tomography), tomografía volumétrica digital de haz cónico, se desarrolló a fines de los años 90, con el objetivo de adquirir escáneres tridimensionales del esqueleto maxilofacial, utiliza el haz cónico de rayos x, permitiendo que la imagen se adquiriera como un volumen y no como un plano, reproduciendo imágenes de forma tridimensional de los tejidos mineralizados maxilofaciales, con reducida distorsión y dosis de radiación reducida

con respecto a la tomografía computarizada tradicional, utilizando un haz en forma de cono y un detector de panel plano de estado sólido, que gira alrededor del paciente una sola vez (180° - 360°), cubriendo el volumen dental, maxilofacial u otras áreas anatómico definido, el escaneo único captura datos planificados, lo que reduce la dosis de rayos x absorbida de 6 a 15 veces, el tiempo de escaneo es un promedio de 5 a 40 segundos que va de acuerdo al fabricante del equipo, el parámetro de rayos x de la tomografía cone beam es comparable a la radiografía panorámica con un rango operativo de 1-15mA a 90-120kVp, los datos obtenidos estarán en formatos digitales con un software de visualización de fácil uso, con diversos modos de visualización tales como el corte oblicuo (crea imágenes en 2D de cualquier ángulo cortando un conjunto de imágenes axiales que ayudan en la evaluación de dientes impactados), corte curvo (rastrea el arco mandibular proporcionando una vista panorámica), Vista transversal (importante en la evaluación de características morfométricas del hueso alveolar en tratamiento de implantes, cordales impactados inferiores y la ATM), suma de rayos (indica el volumen exacto del paciente para generar proyecciones virtuales tales como imágenes panorámicas o cefalométricas).

A) Ventajas de la Tomografía Cone Beam

- Elimina completamente la superposición de imágenes.
- Reconstrucción tridimensional a escala real 1 a 1.
- Visualización de imágenes de alta calidad en los tres planos del espacio.
- Brinda cortes tomográficos en múltiples escalas.

- La dosis de radiación es menor en comparación con la tomografía convencional.
- Comodidad y rapidez en el examen (aproximadamente 40 segundos).
- Fácil manipulación, medición y planeación en cualquier computadora con el software instalado.
- Costo para el paciente.

B) Desventajas de la Tomografía Cone Beam

- La claridad se afecta por los artefactos (distorsión o error en la imagen).
- El ruido (volumen que se irradia en el escaneo degradando la imagen).
- Costo del equipo
- Movimiento del paciente

C) Aplicaciones de la Tomografía Cone Beam en Odontología

La tomografía cone beam produce imágenes en 3D útiles para diversos casos de tratamientos orales y maxilofaciales, para ayudar en el diagnóstico y la evaluación de la enfermedad, planificación y tratamiento, siendo de mucha importancia en:

- ❖ **Implantología:** Permite detectar estructuras anatómicas para el reemplazo de dientes perdidos por implantes dentales, realizando mediciones exactas del reborde alveolar (ancho, largo y profundidad).

- ❖ **Cirugía Oral y Maxilofacial:** La tomografía cone beam obtiene medición precisa de las distancias superficiales, usado para analizar múltiples fracturas dentarias, ubicación precisa de extensiones patológicas como tumores odontogénicos y no odontogénicos, quistes, osteomielitis entre otros, la vista en 3D de los dientes no erupcionados, cordales impactados, dientes supernumerarios y su asociación con las estructuras circundantes, aportando el manejo y tratamiento más predecible en estos casos, reduciendo los riesgos asociados de los dientes impactados, diseñando una cirugía mínimamente invasiva.

- ❖ **Evaluación Pre y Postquirúrgica:** Permite diagnosticar reabsorciones dentarias externas, analizar las zonas receptoras de injertos óseos, en la evaluación de cambios osteonecróticos de los maxilares, el grado de lesión en los senos aéreos paranasales.

- ❖ **Aplicación en Ortodoncia:** ofrece imágenes libres de superposición con relación 1 a 1, para el análisis de las estructuras y relaciones anatómicas esenciales para diversos casos en el área de ortodoncia, además el software (Dolphin e In Vivo Dental) junto con la tomografía cone beam ayudan a evaluar el crecimiento facial, la edad, la función de las vías respiratorias y las alteraciones de la erupción dental.

- ❖ **Aplicación en Trastornos de la ATM:** La tomografía brinda imágenes multiplanares y tridimensionales del cóndilo y las estructuras adyacentes para acceder al análisis del ATM y su función, permitiéndonos examinar el espacio articular y su verdadera posición del cóndilo dentro de la fosa, sin superposición

ni distorsión de la imagen, proporcionándonos un diagnóstico factible y evitar acudir a imágenes por resonancia magnética.

- ❖ **Aplicación en Endodoncia:** la tomografía cone beam también es usada para determinar la forma, el número y la curvatura de las raíces y los conductos asociados (principales y accesorios), estableciendo longitudes de trabajo y la angulación de la raíz proporcionándonos una evaluación real de las obturaciones del conducto radicular.

- ❖ **Aplicación en Periodoncia:** La tomografía cone beam brinda una medición precisa de los defectos periodontales vestibulares, palatinos o linguales, también los defectos de furcación y la evaluación del tratamiento postquirúrgica del tratamiento periodontal regenerativo.

- ❖ **Aplicaciones en Odontología Forense:** Ayuda en determinar la estimación de la edad, evitando la extracción y seccionamiento de la pieza dental.

- ❖ **Simulaciones Y Planificación de Tratamientos Virtuales:** Mediante el software con imágenes de la tomografía cone beam, permitirá la planificación de tratamientos virtuales de forma directa (navegación guiada por imágenes) o indirecta (construcción de guías quirúrgicas).

2.3 OBJETIVO

Objetivo General: Importancia de la tomografía Cone Beam como examen auxiliar por diagnóstico de imágenes para cirugías de terceros molares inferiores con mayor grado de dificultad.

CAPÍTULO III

CONTENIDO

3.1. Desarrollo del Caso Clínico

3.1.1 HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA ODONTOMAXILAR

1. ANAMNESIS:

1.1. FILIACIÓN:

- NOMBRES Y APELLIDOS : S. C. S.
- EDAD : 18 Años
- SEXO : Femenino
- ESTADO CIVIL : Soltera
- DOMICILIO : Tayacaja, Huancavelica
- OCUPACIÓN : Estudiante
- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancavelica 30/08/2003
- LUGAR DE PROCEDENCIA : Huancavelica

A. MOTIVO DE CONSULTA : *“ME MOLESTA MI DIENTE CUANDO COMO”*

Experiencia Previa Quirúrgica: NO REFIERE

B. ENFERMEDAD ACTUAL (Inicio, Evolución y Estado Actual de la Enfermedad):

Inició hace un año aproximadamente, con molestia leve en la zona inferior derecha del sector posterior, su evolución fue progresiva por la erupción dental, su estado actual presenta dolor moderado a agudo, provocado por la masticación.

MEDICACIÓN RECIBIDA: Paciente refiere tomar Paracetamol 500mg (TAB)/VO

C. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Padre refiere tener gastritis

D. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS): ONICOFAGIA

- **PATOLÓGICOS:** Paciente refiere tener gastritis y está recibiendo medicación.
- **ANTECEDENTES FARMACÉUTICOS:**
Medicacion para la gastritis: Omeprazol 20mg (TAB) + Hidróxido de Aluminio 400mg/5mL (SUS).
- **QUIRÚRGICOS:** No refiere
- **TERAPÉUTICOS RECIENTES:** Paracetamol 500mg (TAB), Omeprazol 20mg (TAB), Hidróxido de Aluminio 400mg/5mL (SUS).
- **SUEÑO, SED Y APETITO:** Normal
- **MENSTRUACIÓN:** SI
- **GESTACIÓN:** NO
- **ABORTOS:** NO

- **AMPLIACIÓN:** FUR: 17/08/2022

EXAMEN CLÍNICO GENERAL

FUNCIONES VITALES:

- **PRESIÓN ARTERIAL** : 120/90 mmHg.
- **PULSO** : 80 ppm.
- **TEMPERATURA** : 36.5°C
- **FRECUENCIA RESPIRATORIA** : 20 rpm
- **SpO2** : 98 %
- **PESO** : 54 Kg
- **TALLA** : 1.64m
- **IMC** : 20.08

- **ESTADOS DEL PACIENTE:** ABEG-ABEN-ABEH-LOTEP

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO ELEMENTAL.

- **ATM:** Presenta ruido articular (Click), con dolor moderado a la palpación (lado derecho) a la apertura bucal.
- **GANGLIOS:** No palpable, no infartado.
- **LABIOS:** presenta competencia labial, labios resecos.
- **CARRILLOS:** Color rosado, húmedo y sin lesiones
- **PALADAR DURO:** Presencia de la papila incisal de forma redonda.

- **PALADAR BLANDO:** Presencia de pilares anteriores y posteriores de color rojizo.
- **ITSMO DE LAS FAUCES:** Sin alteración evidente.
- **LENGUA:** Color rosado, normoglosia de forma cónica.
- **PISO DE BOCA:** Forma ovalada, húmeda.
- **REBORDE GINGIVAL:** Inflamación leve a nivel de la pieza 4.8
- **OCCLUSION:** RM CLASE III (Derecha) RM CLASE III (Izquierda) RC NO REGISTRABLE POR LA MORDIDA ABIERTA. (Derecha e Izquierda).
- **SISTEMA DENTARIO:** Dentición permanente.

REGIÓN ANATÓMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA

- **INSPECCIÓN** : Presenta parte de la corona clínica distal de la pieza N° 4.8 aparentemente en posición horizontal.
- **EXPLORACIÓN:** Ligera inflamación de la encía alrededor de la pieza N° 4.8
- **PERCUSIÓN** : Presenta dolor moderado a la percusión vertical.
- **PALPACIÓN** : Ligera molestia de dolor a nivel de la encía.
- **MOVILIDAD DENTARIA:** Grado cero (0).
- **PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR:** **Calor** : Sintomático **Frío:** Sintomático

CONDUCTA OBSERVADA DURANTE EL EXAMEN CLÍNICO:

- **DEPRESIÓN:** Ninguna
- **ANSIEDAD :** Ninguna
- **Otro** : Paciente colaborador

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

CORDAL RETENIDA DE LA PIEZA N° 4.8

EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA:

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO:

- ✓ TOMA DE PLACA PANORÁMICA
- ✓ TOMA DE TOMOGRAFÍA CONE BEAM

RADIOGRAFÍA PANÓRAMICA

PACIENTE	:	S. C. S.	18 años
EXAMEN	:	Radiografía Panorámica	
FECHA	:	29.08.2022	
OPERADOR	:	ROJAS CARO ALEX DANNY	

TÉCNICA

Se practicó estudio con radiografía panorámica, observándose:

HALLAZGO

- Pieza N° 1.8 y 2.8: impactadas contra las piezas N° 1.7 y 2.7. En posición vertical.
Superficie radicular proyectada sobre seno maxilar
- Pieza N° 1.7: distoangulada. Restauración oclusal. Elongación de cámara pulpar
- Aparatología ortodontica en piezas superiores .
- Pieza N° 2.7: distoangulada. Restauración oclusal con lesión cariosa recidivante.
Elongación de cámara pulpar.
- Pieza N° 3.8: Impactada contra la superficie distal de pieza N° 3.7 y en posición horizontal. Convergencia radicular. Aíace próximo al conducto dentario inferior
- Piezas N° 3.6, 4.6: aparatología ortodontica
- Se observa imagen radiopaca proyectada sobre cuerpo mandibular derecho sugerente de osteocondensación.
- Pieza N° 4.8: impactada contra la superficie distal de pieza N° 4.7 y en posición horizontal. Ápice proximo al conducto dentario inferior
- Pieza N° 4.1: giroversada

- Neumatización alveolar de ambos senos maxilares
- Estructuras óseas de características aparentemente normales

IMPRESIÓN RADIOLÓGICA

- ✓ **IMPACTACIÓN DE PIEZAS 18, 28, 38 Y 48 SEGÚN DESCRIPCIÓN**



TOMOGRAFÍA CONE BEAM

PACIENTE	:	S. C. S.	Edad: 18 años
EXAMEN	:	Tomografía volumétrica	
FECHA	:	31.08.2022	
OPERADOR	:	ROJAS CARO ALEX DANNY	

TÉCNICA:

A la evaluación dinámica de la tomografía volumétrica con CAMPO MEDIANO se observa:

HALLAZGOS:

- Estructuras óseas maxilofaciales de características aparentemente habituales.
- Pieza N° 1.8: impactada contra la superficie distal de pieza N° 1.7 y en posición vertical. Corona equidistante de ambas tablas óseas. Espacio pericoronario conservado. No produce reabsorción radicular en pieza N° 1.7 ápice próximo a pared basal de seno maxilar derecho. No se observan signos de anquilosis. Su eje corono radicular mide 14,0 mm.
- Pieza N° 2.3: se observa dehiscencia en tabla ósea vestibular
- Pieza N° 2.8: impactada contra la superficie distal de pieza N° 2.7 y distoangulada. Corona equidistante de ambas tablas óseas. Ensanchamiento del espacio paracoronario distal. Produce leve reabsorción radicular en pieza N° 2.7 (nivel de cemento). Ápice en contacto con la pared basal de seno maxilar izquierdo. No se observan signos de anquilosis. Su eje corono radicular mide 12,1 mm.

- Pieza N° 3.8: impactada contra la superficie distal de pieza N° 3.7. En posición horizontal. Corona equidistante de ambas tablas óseas. Espacio pericoronario conservado. produce leve reabsorción radicular en pieza N° 3.7 (nivel de cemento). Presenta convergencia radicular. Ápice en contacto con el conducto dentario inferior. No se observan signos de anquilosis. Su eje corono radicular mide 13,5 mm.
 - El conducto dentario inferior izquierdo discurre inferior a pieza N° 3.8 y próximo a tabla ósea lingual. En su trayecto ascendente presenta contacto con el ápice.
- Pieza N° 4.8: impactada contra la superficie distal de pieza N° 4.7. En posición horizontal. Corona equidistante de ambas tablas óseas. Espacio pericoronario conservado. No produce reabsorción radicular en pieza N° 4.7. Raíz próxima a tabla ósea lingual. Ápice no presenta contacto con el conducto dentario inferior. No se observan signos de anquilosis. Su eje corono radicular mide 12,8 mm.
 - El conducto dentario inferior izquierdo discurre inferior a pieza N° 4.8. En su trayecto ascendente no presenta contacto con el ápice.

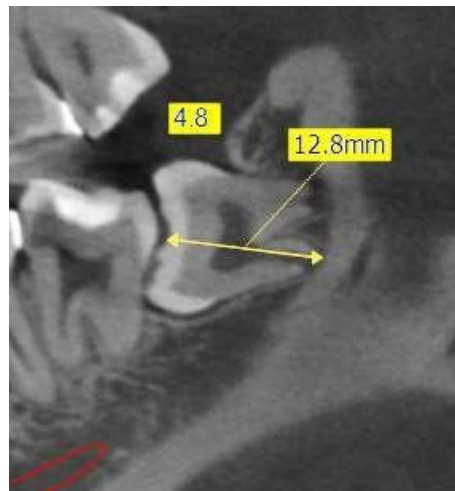


CONCLUSIÓN:

- **IMPACTACIÓN DE PIEZA N° 4.8 SEGÚN DESCRIPCIÓN**

REPORTE GRÁFICO

A la evaluación dinámica del maxilar inferior se observa:



ANÁLISIS DE LABORATORIO : HEMOGRAMA

INTERCONSULTAS : NINGUNA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CORDAL IMPACTADA DE LA PIEZA N° 4.8

Con clasificación de Winter en posición horizontal y clasificación de Pell y Gregory: II-A.

PRONÓSTICO : FAVORABLE

PLAN DE TRATAMIENTO:

EXTRACCIÓN DE CORDAL N° 4.8 IMPACTADA.

3.2. Plan de Tratamiento

1. Asepsia y Antisepsia (Paciente y Operador):

Para el paciente se procedió con la limpieza quirúrgica del tercio inferior de la cara con la solución antiséptica de yodo povidona y el buche antiséptico con clorhexidina, seguidamente se cubrió la cabeza con el campo fenestrado, cubriendo también el torax del paciente.

Para el operador, lavado de manos, uso de la ropa adecuada para cirugía, usando el mandilón para cirugía estéril, guantes quirúrgicos, gorro y mascarilla.

2. Anestesia Troncular de Técnica Directa:

El paciente sentado, con la con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás manteniendo el maxilar inferior en posición horizontal, y el operador en el lado

derecho y delante del paciente, se usó la anestesia tópica (benzocaína 200 mg/g) con una torunda impregnada del anestésico para evitar la molestia en la zona de punción y se esperó para obtener el efecto entre 4 y 5 minutos para comenzar con la anestesia troncular directa, se palpó la línea oblicua externa y el borde anterior del maxilar inferior, a 01 cm por encima del plano oclusal a $\frac{3}{4}$ parte más profunda de la rama mandibular casi a nivel de la espina Spix, la jeringa carpule y la aguja extralarga con el bisel dirigido hacia afuera, se posiciona a nivel de la premolar y molar del lado izquierdo, hasta tocar hueso para luego retirar 01 mm, se aspira para comprobar que la aguja no llegó a la luz del vaso sanguíneo y se administró $\frac{1}{2}$ cartucho de anestésico (lidocaína al 2% con epinefrina) lentamente y constante para anestesiarse el nervio dentario inferior, seguidamente se retira la aguja 01 cm en esa misma posición y se deposita $\frac{1}{4}$ de cartucho para anestesiarse el nervio lingual y para finalizar se retira un poco la aguja y se situó la jeringa carpule entre los premolares del lado derecho y se depositó $\frac{1}{4}$ para anestesiarse el nervio bucal largo se espera unos minutos para obtener el efecto del bloqueo de la sensibilidad de la hemiarcada inferior derecha.

3. Cirugía Propiamente Dicha

A. INCISIÓN: Después de comprobar el efecto de la anestesia con el explorador, se inició con la cirugía propiamente dicha, se palpó para ubicar el triángulo retromolar y la rama ascendente de la mandíbula para establecer la relación con la tercera molar inferior derecha, se realizó la incisión de Newman modificado, con el mango de bisturí N° 3 y la hoja N° 15, la incisión fue de forma limpia, continua y de una sola intención, iniciado desde el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula cruzando el triángulo retromolar hasta la descarga por vestibular a

nivel de la segunda molar inferior derecha, la profundidad de la incisión fue hasta que la hoja toque el hueso y/o la superficie dentaria de la molar impactada, respetando la integridad de la papila interdentaria, la hemorragia se controló con la aspiración constante del suctor quirúrgico, permitiendo obtener una visualización del campo operatorio.

B. DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO: Se levantó el colgajo mucoperióstico, con una legra y una gasa estéril delgada, desde la porción vestibular hacia distal y la vertical de descarga, evitando dañar la mucosa y las estructuras, se apoyó de forma suave y directamente sobre el hueso, levantando el colgajo de adelante hacia atrás y hacia arriba, separando las fibras periósticas, para después mantenerlo con el separador Farabeuf.

C. OSTEOTOMÍA: Evidenciada el campo operatorio, se procedió a eliminar hueso hasta evidenciar la corona clínica de la pieza N° 4.8 con la pieza de mano y una fresa redonda para hueso estéril (carburo de tungsteno) con la irrigación continua de suero fisiológico y la aspiración constante, siendo lo suficientemente amplio como para evidenciarse la unión amelocementaria, evitando lesionar el segundo molar y otras estructuras cercanas.

D. ODONTOSECCIÓN: Siendo la pieza N° 4.8 en posición horizontal se realizó la división radiculocoronal a nivel del cuello dentario, con una fresa redonda número 8 de carburo tungsteno, para después cambiar a una fresa cilíndrica realizando movimientos desde vestibular a lingual evitando el seccionamiento de toda la pieza 4.8, para seguidamente con la parte activa del botador recto fracturar la corona dental de las raíces, con esto evitamos lesionar la cortical interna y el

nervio lingual y en la zona apical se evita lesionar el nervio dentario inferior, retirada la corona se obtendrá una libre salida de las raíces de la pieza N° 4.8.

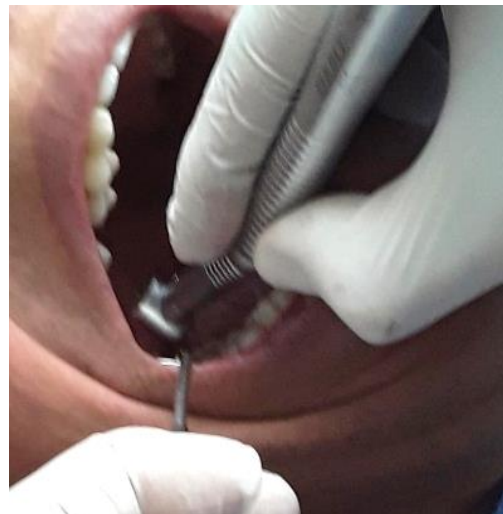
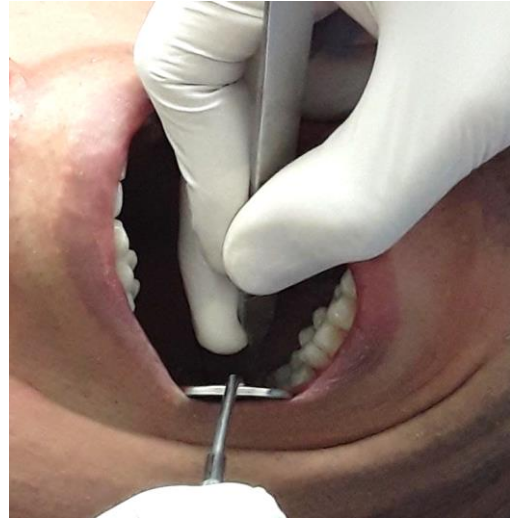
E. LUXACIÓN, TRACCIÓN Y AVULSIÓN: Conseguido la odontosección y retirada la corona dental, seguidamente con el botador recto con el punto de apoyo en el hueso mesial se realizó los movimientos en modo de palanca y girándolo en sentido de las agujas del reloj, también se utilizó el botador tipo Winter (lado derecho) que mediante una muesca ya realizada a nivel de la raíz, se consiguió la luxación, tracción y avulsión de las raíces de la tercera molar inferior derecha, una vez retirada las raíces se verificó la extracción de toda la pieza de forma completa.

F. LIMPIEZA DEL ALVEOLO: Se realizó la limpieza cuidadosa de las partes blandas y del alveolo con suero fisiológico, con la jeringa de 20 cc esteril, seguidamente mediante el tacto se detectó las irregularidades del borde oseo, que con la ayuda de la pinza gubia y la lima para hueso se eliminó las espículas oseas y fragmentos de huesos propios de la ostectomía y odontosección, ya con la herida limpia y los bordes redondeados y alisados se irrigó la herida con suero fisiológico con aspiración constante revisando el colgajo mucoperiostico por si existiera fragmentos oseos.

G. SUTURA: Se comprobó su correcta reposición para proceder con la sutura, se utilizó hilo de seda negra trenzada 3/0 atraumática, la sutura fue de forma discontinua, de punto simple, el primer punto se realizó en la incisión de descarga, seguidamente se realizó la sutura del triángulo retromolar y en la herida vestibular, evitando apretar demasiado.

3.3. PRONÓSTICO FAVORABLE

IMÁGENES DE LA CIRUGÍA









3.4. Plan de Control y Mantenimiento:

PRE MEDICACIÓN:

INDICACIÓN	FARMACO	DOSIS/VIA	HORA DE ADMINISTRACIÓN
ANTIINFLAMATORIO	DEXAMETASONA (TAB)	4mg./ VO	45' antes de la Cirugía

MEDICACIÓN POST QUIRÚRGICA:

FARMACO	DOSIS/VIA	HORA DE ADMINISTRACIÓN
RANITIDINA	300 mg. / VO	30' después de la Cirugía
TRAMADOL	50 mg/ IM	30' después de la Ranitidina

Se indicó a la paciente regresar por siete días para observar su nivel de recuperación mediante controles post operatorios.

INDICACIONES A LA PACIENTE

- ✓ Aplicar hielo durante 10 minutos y descansar. Para evitar el hinchazón.
- ✓ Morder una gasa estéril sobre la zona operada durante 20 minutos.
- ✓ No realizar esfuerzo físico
- ✓ Reposar, usar almohadones.
- ✓ Dieta blanda, no escupir ni hablar.
- ✓ Enjuagarse la boca, evitando hacer buches.
- ✓ Usar colutorios o agua mezclada con sal a partir del día siguiente, después de cada comida hasta que se retiren los puntos.
- ✓ El cepillo puede usarse a partir del tercer día con suavidad.
- ✓ No fumar, no beber alcohol los tres primeros días.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- Para la clasificación de Winter, especialmente la posición horizontal de las terceras molares inferiores, se recomienda el uso de tomografía Cone Beam para evidenciar posibles reabsorciones radiculares presentadas a nivel de las segundas molares inferiores.
- Para la clasificación de Pell y Gregory II- B, III-C, se recomienda al clínico siempre usar tomografía Cone Beam para ayuda en el diagnóstico y el plan de tratamiento óptimo, siendo la clasificación III-C una de las más peligrosas por encontrarse la corona de la tercera molar inferior en proximidad al ápice del segundo molar, que generalmente ocasionaría comunicación con el nervio dentario inferior.
- Para las siguientes clasificaciones, según Winter, Pell y Gregory se recomienda usar la tomografía Cone Beam, para de esta manera evitar algunas complicaciones frecuentes como edema postquirúrgico, fracturas maxilar o mandibular, daño de los dientes vecinos y principalmente lesiones nerviosas.
- Que la relación que existe entre la tercera molar inferior y el nervio dentario inferior debe ser estudiada siempre que exista una proximidad entre el nervio dentario inferior y la raíz de la tercera molar inferior, o la radiografía no permita ver esa proximidad logrando de esta manera ser analizada y visualizada gracias a la tomografía Cone Beam.

- Queda establecido que la tomografía Cone Beam es un método de diagnóstico de excelente precisión para la determinación de la ubicación del conducto dentario inferior y su relación con estructuras anatómicas adyacentes, permitiendo evaluar el riesgo de lesión al conducto dentario inferior, en la extracción de terceras molares impactadas o retenidas.
- La tomografía Cone Beam nos ayudara a informar al paciente de su estado y estar al tanto de los riesgos o situaciones a las que estará expuesto durante la extracción de terceros molares inferiores.
- La tercera molar inferior impactada, como se ve en la radiografía panorámica proporciona una guía limitada para el diagnóstico y el plan de tratamiento para el operador (alumno o profesional), sobre todo en clasificaciones complejas de Pell y Gregory, que será la que permita estar informado sobre el nivel o grado de dificultad al momento de la extracción quirúrgica, así como la posibilidad de complicaciones neurológicas postoperatorias.

CAPÍTULO V

APORTES

- Usar la tomografía Cone Beam en cualquier tipo de clasificación según Winter, Pell y Gregory, por las variaciones estructurales concernientes a la anatomía mandibular y el canal del nervio dentario inferior, porque podría llegar a presentarse complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.
- Tomar siempre en consideración las clasificaciones de Winter horizontal, Pell y Gregory II-A, para hacer uso de la tomografía Cone Beam por la proximidad del cordal con el nervio dentario inferior.
- Realizar la tomografía Cone Beam cuando exista una interrogante difícil de determinar con imágenes bidimensionales como la radiografía panorámica, por la falta de nitidez y precisión en las estructuras anatómicas alrededor de la tercera molar inferior.
- Es fundamental para los alumnos de la Carrera Profesional de Odontología, realizar un caso similar en la Clínica de la Universidad Peruana Los Andes, para mejorar el adiestramiento, la técnica y dominio en el procedimiento quirúrgico de extracciones de terceras molares inferiores impactadas o retenidas.

- Se considera indispensable el uso de la tomografía Cone Beam, como en el caso presentado de exodoncia de una tercera molar inferior impactada con clasificación de Winter horizontal, Pell y Gregory II-A, o casos mucho más complejos que puedan presentarse, no solo a nivel mandibular sino también en la maxila, como en piezas dentarias que puedan presentarse en compromiso con el piso del seno maxilar, caninos retenidos, piezas supernumerarias (siempre en cuando esta requiera de un análisis más complejo) y todo tipo de estructura que presente superposición en la radiografía panorámica, o que su ubicación anteroposterior, vestíbulo lingual o vestíbulo palatino sea de suma importancia para el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Centeno J. Relación anatómica de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior mediante tomografías Cone Beam en el Centro Radiológico Ceradent-2018 [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/2954>
- 2.- Machicao M. Relación de proximidad de terceros molares retenidos con el nervio dentario inferior en tomografías computarizadas del servicio de diagnóstico por imágenes del Centro Odontológico de UCSM, Arequipa-2019 [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9895>
- 3.- Mamani-Chaiña P, Padilla-Cáceres T, Ramos M, Sohaña S. Relación de la posición de terceras molares inferiores con estructuras circundantes mediante cone beam en Puno – Perú. Rev. Acciones Méd. [Internet]. 2022. [consultado 2023 Ene 06]; 1(4): 30-40. Disponible en: <https://accionesmedicas.com/index.php/ram/article/view/20> DOI: <https://doi.org/10.35622/j.ram.2022.04.003>
- 4.- Herrera R, Rios L, León R, Beltrán J. Concordancia entre la radiografía panorámica y la tomografía computarizada de haz cónico en la relación de los terceros molares mandibulares con el conducto dentario inferior. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2020 [consultado 2023 Ene 06]; 30(2): 86-93. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3760>
DOI: <https://doi.org/10.20453/reh.v30i2.3760>

- 5.- Armijos C. Relación entre los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en tomografías computarizadas de haz cónico obtenidas en el servicio de radiología de Xplora DEIM [Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15746>
6. - Patel PS, Shah JS, Dudhia BB, Butala PB, Jani YV, Macwan RS. Comparison of panoramic radiograph and cone beam computed tomography findings for impacted mandibular third molar root and inferior alveolar nerve canal relation. Indian J Dent Res. 2020 Jan-Feb; 31(1):91-102. DOI: 10.4103/ijdr.IJDR_540_18. PMID: 32246689.
- 7.- Vázquez D, Subiran B, Osende N, Estévez A, Vautier M, Hecht P. Estudio comparativo de la relación de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas y tomografías Cone Beam. Rev. Cient. Odontol [Internet]. 2016 [consultado 2023 Ene 06]; 12(1): 14-18. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324248526003>
- 8.- Calderón M, Castillo J, Felzani R. Efectividad de la técnica Cone-Beam para evaluar el riesgo de lesión al conducto dentario inferior, en la extracción de terceros molares inferiores clase II posición A o B. Acta Bioclinica. [Internet]. 2018 [consultado 2023 Ene 06]; 8(15): 107-120. Disponible en: <http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/handle/654321/146>
- 9.- Parra-Martínez MG, Marcatoma-Guamán LA, Cazar-Almache ME. Precisión diagnóstica de la tomografía volumétrica de haz de cono en terceros molares impactados en relación con el canal mandibular. Revisión de la literatura. Research, Society and Development [Internet]. 2022 [consultado 2023 Ene 06]; 11(8): 1-11. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31276>

DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31276>

10.- Ortiz F, Ruiz C, Vivanco M, Espinoza S. Relación anatómica entre terceros molares mandibulares y el conducto mandibular. Anu. Soc. Radiol. Oral Máxilo Facial de Chile [Internet]. 2020 [consultado 2023 Ene 06]; 22(23): 12-18. Disponible en: http://sociedadradiologiaoral.cl/doc/anuarios_div/2019-2020/Anuario-2020-18-24.pdf

11.- Venkatesh E, Elluru S. Cone beam computed tomography: basics and applications in dentistry. J Istanbul Univ Fac Dent. [Internet]. 2017 [consultado 2023 Abr 22]; 51(3 Suppl 1): 102-121. Disponible en: <http://iupress.istanbul.edu.tr/en/journal/eor/article/konik-isinli-bilgisayarli-tomografinin-temel-kavramlari-ve-dishekimligindeki-kullanim-alanlari>

DOI: 10.17096/jiufd.00289. PMID: 29354314

12.- Montaña M. Tomografía cone beam 3D su aplicación en odontología. Rev act clin med. 2013; 38(2013): p.1897-1901.

13.- Gay C, Berini L. Tratado de cirugía bucal: tomo I. Madrid: Ediciones Ergón; 2004.

14.- López-Cedrún J. Cirugía oral y maxilofacial atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. España: Editorial Médica Panamericana; 2019.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA ODONTOMAXILAR



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

001121

FICHA CLÍNICA DE CIRUGÍA ODONTOMAXILAR

Alumno: ROJAS CARO Alex Danny Cod. Mat: A711743
Anamnesis: Datos de Filiación: Fecha de Ingreso: 29/08/2022
Nombres y Apellidos: [REDACTED] Edad: 18 Sexo: F Estado Civil: SOLTERA
Domicilio: TAYACAJA Foto: [REDACTED] Ocupación: ESTUDIANTE
Lugar y Fecha de Nac: Huancavelica 30/08/03 Lugar de Procedencia: Huancavelica

A. Motivo de Consulta: "ME MOLESTA MI DIENTE CUANDO COMO"

Experiencia previa Quirúrgica: NO REFIERE

B. Enfermedad Actual (Inicio, Evolución y Estado Actual de la Enfermedad):

INICIO HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE, CON MOLESTIA LEVE EN LA ZONA INFERIOR DERECHA DEL SECTOR POSTERIOR, SU EVOLUCIÓN FUE PROGRESIVA POR LA OCLUSIÓN DENTAL, SU ESTADO ACTUAL PRESENTA DOLOR MODERADO A AGUDO, PROVOCADO POR LA MASTICACIÓN

Medicación Recibida: PACIENTE REFIERE TOMAR PARACETAMOL 500mg (TAB)/VO

C. Antecedentes Médicos Familiares:

PADRE REFIERE TUMOR GÁSTRICO

D. Antecedentes Personales (Hábitos): ONICOFAGIA

Fisiológico: PACIENTE REFIERE TOMAR GASTRITIS Y ESTÁ RECIBIENDO MEDICACIÓN

Antecedentes Farmacológicos: MEDICACIÓN PARA GASTRITIS: OMEPRAZOL 20mg (TAB) + HIDROXIDO DE ALUMINIO 400mg/5mL (SUS)

Quirúrgico: NO REFIERE

Terapéuticos Recientes: PARACETAMOL 500mg (TAB), OMEPRAZOL 20mg (TAB),
HIDROXIDO DE ALUMINIO 400mg/5mL (SUS)

Sueño: NORMAL Sed: NORMAL Apetito: NORMAL

Menstruación: SI NO Gestación: SI NO Abortos: SI NO

Ampliación: FUR: 17/08/2022

Examen Clínico General:

Funciones Vitales:

TA: 120/90 mmHg Pulso: 80 ppm Temperatura: 36.5°C Frec. Respiratoria: 20 rpm

Estados del paciente: ABEG - ABEN - ABGH - LOTEP SpO₂: 98%

Peso: 54 Kg Talla: 1.64 m IMC: 20.08

Examen Estomatológico Elemental:

AXM: PRESENTE RUIDO BRUJIDO (CLICK), CON DOLOR MODERADO A LO PALPACION (LADO DERECHO) A LA APERTURA BUVAL.

Gingivos: NO PALPABLE, NO INFIAMADO

Labios: PRESENTE GONFAMIENTO (ABIAL), LABIOS RESILIOS

Carillas: Color ROSADO, HÚMEDO Y SIN LESIONES

Paladar Duro: PRESENCIA DE LA PAPILA LINGUAL DE FORMA REDONDA

Paladar Blando: PRESENCIA DE PILARES ANTERIORES Y POSTERIORES DE BAJA

Lengua: Color ROSADO, NERVIOSIDAD DE FORMA CÓNICA

Halo de las Fauces: SIN ALTERACIÓN EVIDENTE

Piso de Boca: Forma OVALADA, HÚMEDA

Rabdo de Gingiva: INFLAMACIÓN LEVE A NIVEL DE LA PIZA M 4.8

Oclusión: RM CLASE III DERECHO e IZQUIERDA, RC NO REGISTRABLE POR LA HERIDA ABURTA

Sistema Dentario: DENTICIÓN PERMANENTE





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

Región Anatómica Comprometida - Zona Problemas

Inspección: PRESENTA PARTE DE LA CORONA CLÍNICA DISTAL DE LA PIEZA 4.8 APARECIENDO EN POSICIÓN HORIZONTAL.
 Exploración: LIGERA INFLAMACIÓN DE LA GUCÍA ALREDEDOR DE LA PIEZA Nº 4.8
 Percusión: PRESENTA DOLOR MODERADO A LA PERCUSIÓN VERTICAL.
 Palpación: LIGERA MOLESTIA DE DOLOR A NIVEL DE LA GUCÍA
 Movilidad Dentaria: GRADO CERO (0)
 Prueba de Vitalidad Pulpar: Calor SINTOMÁTICO Frio: SINTOMÁTICO

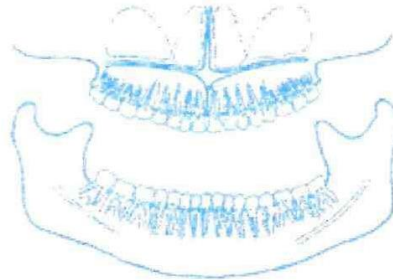
Conducta Observada Durante el Examen clínico:

Depresión: NINGUNA Ansiedad: NINGUNA
 Otro: PACIENTE COLABORADOR

Diagnóstico Presuntivo CORDAL RETENIDA DE LA PIEZA Nº 4.8

Exámenes de Ayuda Diagnostica:

Estudio Imagenológico:
TOMA DE PLACA PANORÁMICA
TOMA DE TOMOGRAFIA CONE BEAM



Estudio de Modelos y Diseño de Incisión:

Análisis de Laboratorio:

HEMOGRAMA

Interconsultas: NINGUNA

Consentimiento informado:

Diagnóstico Definitivo: CORDAL IMPACTADA DE LA PIEZA Nº 4.8
CON CLASIFICACIÓN DE WINTER EN POSICIÓN HORIZONTAL Y CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY: II-A
 Pronóstico: FAVORABLE

Plan de Tratamiento:
EXTRACCIÓN DE CORDAL Nº 4.8 IMPACTADA.

Pre Medicación

Indicación	Fármaco	Dosis / Vía	Hora de Administración
Antibióticos			
Analgésicos			
Antiinflamatorios	<u>DEXOMETASONA (TAB)</u>	<u>4 mg / VO</u>	<u>45' DESPUÉS DE LA CIRUGÍA</u>
Ansiolíticos			

Medicación Post Quirúrgica:

Fármaco	Dosis / Vía	Hora de Administración
<u>RANITIDINA</u>	<u>300 mg / VO</u>	<u>30' DESPUÉS DE LA CIRUGÍA</u>
<u>TRAHADOL</u>	<u>50 mg / IM</u>	<u>30' DESPUÉS DE LA RANITIDINA</u>



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

Otras:

Evolución (SOEP):

- 01/09/22: Se le indicó a la paciente colocarse una compresa de hielo sobre la cara al frente del sitio de la intervención por 15 minutos para reducir el edema postoperatorio, el cual le hizo buenas espaldas su medicación postquirúrgica.
- 02/09/22: La paciente sigue las indicaciones, segundo del descanso resuelto. No presenta molestias.
- 05/09/22: Bajo la inflamación y no hubo molestias a la higiene bucal realizada cuatro veces.
- 07/09/22: Se retiró la sutura por la cual se observó un buen proceso de cicatrización. Dos semanas después, no presenta ninguna alteración, ni dolor, ni sangrado, paciente satisfecha con los resultados.

Complicaciones Operatorias

NE PRESENTO NINGUNA COMPLICACIÓN DURANTE LA CIRUGÍA

Sustentación Aprobada	Fecha:	Firma:
Día de Intervención	Fecha: 01/09/2022	Firma:
Tiempo de Intervención Qx.	Inicio: 10:05 a.m.	Final: 11:04 a.m.
Fecha de Acta	Fecha:	Firma:

Observaciones:




Dr. Claudio Llanos González
CIRUJANO DENTISTA
COP 15487

HEMOGRAMA

LABORATORIO CLÍNICO AUTOMATIZADO BELMED **PABEL**

PACIENTE				CAMA		
CONVENIO	PARTICULAR			FECHA	29/08/2022	
DOCTOR (A)				FECHA	29/08/2022	

HEMATOLOGIA

ANÁLISIS	VALOR DE REFERENCIA	RESULTADO
HEMATOCRITO	45.0 - 50.0 %	44.6 %
HEMOGLOBINA	13.0 - 16.0 gr /dl	15.4 gr/dl
LEUCOCITOS	4.000 - 10.000/ UL	7.300 gr/dl
HEMATIES	4.00 - 5.50 /UL	4.46 /UL
PLAQUETAS	150 - 450 /UL	304 /UL

MIE	JUV	AB	SEG	EO	BA	MO	LIN
0	0	0	64	0	0	6	30

L.C. AUTOMATIZADO BELMED

Nombre: _____ Hora: 29-08-2022 12:29 ID: 7 Dept.: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Parám.	Result.	Rango ref.	Parám.	Result.	Rango ref.
WBC	$7.3 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0	MCV	90.1 fL	82.0 - 95.0
Lymph#	$2.2 \times 10^3/\mu\text{L}$	0.8 - 4.0	MCH	31.0 pg	27.0 - 31.0
Mid#	$0.4 \times 10^3/\mu\text{L}$	0.1 - 0.9	MCHC	34.5 g/dL	32.0 - 36.0
Gran#	$4.7 \times 10^3/\mu\text{L}$	2.0 - 7.0	RDW-CV	14.0 %	11.5 - 14.5
Lymph%	30.3 %	20.0 - 40.0	RDW-SD	47.5 fL	35.0 - 56.0
Mid%	5.8 %	3.0 - 9.0	PLT	$304 \times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Gran%	63.9 %	50.0 - 70.0	MPV	8.4 fL	7.0 - 11.0
HGB	15.4 g/dL	13.0 - 16.0	PDW	15.0	15.0 - 17.0
RBC	$4.96 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.00 - 5.50	PCT	0.255 %	0.108 - 0.282
HCT	L 44.6 %	45.0 - 50.0			

NO VALIDO PARA TRAMITES LABORAL, USAR EN ADOLESCENTES, SOLO PARA TRATAMIENTO MEDICO.

Dr. Miguel Antonio Soto Cruz
Ingeniero Médico
Laboratorio Clínico Automatizado Pabel
C.T.M.P. 13553

LABORATORIO CLÍNICO AUTOMATIZADO BELMED **PABEL**

PACIENTE			
CONVENIO	PARTICULAR	CAMA	
DOCTOR			

HEMATOLOGIA

ANÁLISIS	VALOR DE REFERENCIA	RESULTADO
T. COAGULACIÓN	25 - 35 Segundos	27 Segundos
T. SANGRIA	1-5 mm/hsg	1 min con 15 seg

Dr. Miguel Antonio Soto Cruz
Ingeniero Médico
Laboratorio Clínico Automatizado Pabel
C.T.M.P. 13553

LABORATORIO CLÍNICO AUTOMATIZADO BELMED **PABEL**

PACIENTE			
CONVENIO	PARTICULAR	CAMA	
DOCTOR			

BIOQUIMICA

ANÁLISIS	VALORES REFERENCIALES	RESULTADO
GLUCOSA	70 - 105 mg/dl	100 mg/dl

Dr. Miguel Antonio Soto Cruz
Ingeniero Médico
Laboratorio Clínico Automatizado Pabel
C.T.M.P. 13553

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: 01/09/2022 CLINICA ODONTOLÓGICA DEL LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.


1. YO, _____ Identificado(a) con DNI N° _____, por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente: MG. LOPEZ GONZALES CHIRSTIAN para que por intermedio y con el concurso del Bachiller sometido a su dirección así como los asistentes que el elija o acepte, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: EXTRACCION DE CORDAL N° 4.8
2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.
3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos; generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.
4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho al Docente y al Bachiller del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicos y previa información que el docente me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la Historia Clínica. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.
5. Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o fácil prevención, los cuales por esta razón, no puede ser advertido y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscara para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.


6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.
7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención realización del tratamiento.
8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que seré objeto es desarrollada conjuntamente por el Docente y el Bachiller que está bajo su supervisión. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.
9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, trabajo de suficiencia profesional, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad.


FIRMA DEL PACIENTE

DNI N° _____


FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO
(SUPERVISOR)


FIRMA DEL BACHILLER
ROJAS CARO ALEX DANNY

RECETAS

DENTAID
Expertos en Salud Bucal


RECETA

Dr(a):
Paciente:

① Diclofenaco tabletas #01
Cayendi.


② Diclofenaco Sódico 75 mg.
#01 capsula

01/09/22


C.O. Dentistas Generales del Perú
C.O.P. 19817

NO ACEPTO CAMBIO DE MI RECETA

Encuentra todos los productos DENTAID en www.dentaidcomprasonline.pe
Código de descuento: SoyDENTAID20



DENTAID
Expertos en Salud Bucal


RECETA

Dr(a):
Paciente:

① Ketorolaco (4) Transadrel.
#01 capsula 100 mg.

② Anoxicina 500 mg
#21 capsulas

01/09/22


C.O. Dentistas Generales del Perú
C.O.P. 19817

NO ACEPTO CAMBIO DE MI RECETA

Encuentra todos los productos DENTAID en www.dentaidcomprasonline.pe
Código de descuento: SoyDENTAID20

