

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TITULO: REPORTE DE CASO CLÍNICO DE CIRUGÍA DE
TERCERA MOLAR**

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: Bachiller Rodriguez Silva Roberto Enrique

Asesor: MG. Edgar Omar Aliaga Ochoa

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución de Investigación: Clínica Particular

HUANCAYO – PERÚ 2023

DEDICATORIA

A los que creyeron en mí y estuvieron durante todo el proceso de mis estudios.

El autor.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a mi madre Gloria y mi padre Alipio, también a Aliza Shenkel, Daniel Loayza, Claudia González, Renzo Aguilar, Fernanda, amigos y profesores que me ayudaron a culminar mi carrera.

El autor.

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:

REPORTE DE CASO CLÍNICO DE CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR

Cuyo autor (es) : **RODRIGUEZ SILVA ROBERTO ENRIQUE**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ODONTOLOGIA**
Asesor (a) : **MG. ALIAGA OCHOA EDGAR OMAR**

Que fue presentado con fecha: 17/07/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 18/07/2023; 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 dos veces.

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

Huancayo, 18 de julio de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



PLD. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 251 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjhp

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
CONTENIDO	4
CONTENIDO DE TABLAS	6
CONTENIDO DE FIGURA	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL	11
2.2. OBJETIVOS	11
MARCO TEORICO	12
3.1. ANTECEDENTES	12
3.1. Antecedentes nacionales	12
3.2. Antecedentes internacionales	14
3.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS	15
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	21
4.1. HISTORIA CLÍNICA	21
4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	21
4.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	22
4.4. DIAGNOSTICO Y PRONÓSTICO	25
PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	26

5.1. FORMULACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL	26
5.2. PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO	27
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	28
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40
ANEXO N°1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
ANEXO N°2.- DECLARACIÓN DE AUTORIA JURIDICA	41

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1.- Plan de control	27
Tabla 2.- Plan de mantenimiento	27
Tabla 3. Medicación posquirúrgica	34

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1.- Representación gráfica de la clasificación de Winter.	17
Figura 2.- Representación gráfica de la clasificación de Pell y Gregory	18
Figura 3.- Índice de Dificultad según Winter, Pell y Gregory.	19
Figura 4.- Fotografía frontal sonriendo.	19
Figura 5.- Fotografía frontal seria.	19
Figura 6.- Fotografía lateral izquierda.	20
Figura 7.- Fotografía lateral derecha.	20
Figura 8.- Fotografía arcada superior.	21
Figura 9.- Fotografía arcada inferior.	21
Figura 10.- Radiografía panorámica.	21
Figura 11.- colocación del campo operatorio al paciente, y preparación de la mesa quirúrgica.	25
Figura 12.- Colocación de anestesia troncular.	25
Figura 13.- Diseño de la incisión en el modelo de estudio.	26
Figura 14.- Incisión triangular.	26
Figura 15.- Decolado mucoperiostico.	27
Figura 16.- Osteotomía del hueso circundante.	27
Figura 17.- Visualización de la corona después de la ostectomía.	28
Figura 18.- Odontosección de la pieza dental.	28
Figura 19.- Luxación de los fragmentos dentales	28
Figura 20.- Exodoncia propiamente dicha	29
Figura 21.- Curetaje del alveolo.	29
Figura 22.- Sutura	30
Figura 23.- Fotografía post-quirúrgica.	30
Figura 24.- Fotografía de control 1 mes después.	30

RESUMEN

Las razones por la cual el paciente acude a la consulta odontológica son por motivos de la presencia de las terceras molares (muela de juicio), las cuales durante el proceso de erupción producen dolor e impedimento del buen funcionamiento de la cavidad oral. Esta situación afecta a adolescentes, adultos jóvenes y jóvenes de ambos géneros. En esta investigación se reporta el caso de un paciente sexo femenino de 24 años la cual refiere que presenta odontalgia que no cesa hace 1 semana, el dolor es pulsátil e irradia toda la zona inferior de la mandíbula del lado derecho. Al examen clínico se observó ligeramente una parte de la corona clínica de la pieza 4.8, se le mando estudios radiológicos y se determinó que la pieza 4.8 se encontraba retenida y mesioangulada. El tratamiento que se realizó fue la exodoncia de la pieza 4.8, el cual consistió en realizar una incisión en la encía para visualizar la pieza dental, decolado mucoperiostico, osteotomía del hueso circundante, odontosección de la pieza y exodoncia propiamente dicha, culminando con la sutura de la herida para afrontar los bordes de la herida.

Palabras claves: Tercer molar, cirugía dental, osteotomía, odontosección

ABSTRACT

The reasons why the patient goes to the dental consultation are due to the presence of the third molars (wisdom teeth), which during the eruption process cause pain and impede the proper functioning of the oral cavity. This situation affects adolescents, young adults and young people of both genders. In this investigation, the case of a 24-year-old female patient is reported, who reports that she has dental pain that has not stopped for 1 week, the pain is throbbing and radiates to the entire lower area of the jaw on the right side. During the clinical examination, a part of the clinical crown of tooth 4.8 was slightly observed, radiological studies were sent and it was determined that tooth 4.8 was retained and mesioangulated. The treatment that was performed was the extraction of tooth 4.8, which consisted of making an incision in the gum to visualize the tooth, mucoperiosteal detachment, osteotomy of the surrounding bone, odontosection of the tooth and extraction itself, culminating with the suture. of the wound to face the edges of the wound.

Keywords: Third molar, dental surgery, osteotomy, odontosection

INTRODUCCIÓN

En la etapa de la juventud, finalizando la adolescencia, el hueso mandibular alcanza casi el tamaño del adulto; pero muchas veces este tamaño no es lo suficientemente grande para permitir el desarrollo de los terceros molares, y estas tienden a quedarse incluidas o impactadas en el hueso, provocando otras alteraciones ¹.

Por lo tanto, es un problema mundial que se presenta mayormente en la población joven. Durante el proceso de la erupción dentaria de las terceras molares, estas pueden causar diversas afecciones causando molestia en el paciente. Las terceras molares tienen diversas posiciones a nivel del hueso de la maxila o mandíbula, estas se ubican en posición mesioangulada, distoangulada, vertical u horizontal. Algunos autores en sus trabajos de investigación encontraron que existe una mayor incidencia en posición mesioangular, el cual hace que se desarrolle lesiones como las caries, pérdida de hueso alveolar y tejido adyacente del diente ².

Esta investigación es importante porque existen muchos estudios en donde se ha encontrado un elevado número de pacientes con este tipo de afección, estos pacientes acuden a consulta con un diagnóstico de complicación relacionado a la impactación de una tercera molar. La mayoría de la población desconoce las consecuencias que producen las terceras molares retenidas o incluidas, esto se da hasta que el dolor aparece de forma súbita en la persona causando otras afecciones como infecciones o presión a nivel de la zona de la tercera molar, también pueden causar complicaciones como enfermedades periodontales, pericoronaritis, celulitis, caries, apiñamiento dental, reabsorción radicular, dolores neuromusculares, dolores articulares, fracturas a nivel mandibular y formación de quistes o tumores ^{1, 2, 3}.

En el presente trabajo queremos presentar la técnica quirúrgica para evitar estos posibles trastornos que puede causar una tercera molar a nivel de la cavidad oral, teniendo en cuenta los protocolos y fundamentos teóricos dados de otros autores.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Una de las razones por la cual el paciente acude a la consulta odontológica es por motivos de la presencia de las terceras molares (muela de juicio), las cuales durante el proceso de erupción producen dolor e impedimento del buen funcionamiento de la cavidad oral. Esta situación afecta a adolescentes, adultos jóvenes y jóvenes de ambos géneros ³.

Algunos estudios refieren que la etapa de erupción de terceras molares se da entre los 15 y 21 años, el cual por medio de ayuda radiográfica se puede saber la posición en la que se encuentra para realizar un tratamiento adecuado ⁴.

Las piezas dentarias retenidas tienen varias razones por las cuales no erupcionan. Las terceras molares son piezas dentarias que erupcionan al final en las arcadas dentarias, son las más comunes en encontrarse retenidas, dando lugar a las técnicas quirúrgicas para extraer dicha pieza dentaria ⁵.

Entre las causas que provocan un diente retenido o impactado son dolor local o irradiado, dolores de cabeza, pericoronaritis, periodontitis, caries, quistes, dolor de la articulación temporomandibular, limitación de la apertura bucal, rizólisis de la pieza dentaria vecina, etc ².

2.2. DIAGNOSTICO DE LA SALUD GENERAL.

Paciente de 24 años refiere que presenta odontalgia que no cesa hace 1 semana, el dolor es pulsátil e irradia toda la zona inferior de la mandíbula del lado derecho, se le decide realizar la exodoncia de la pieza 4.8.

2.2. OBJETIVO

- Describir la secuencia y el resultado del plan de tratamiento quirúrgico de exodoncia de una tercera molar retenida, realizado a una paciente de 24 años para mejorar la funcionabilidad oral.

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

3.1.1. Antecedentes Nacionales

Herrera K. ⁶ Realizó un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de terceras molares inferiores retenidas del centro quirúrgico de la clínica de la universidad San Martín de Porres realizadas desde el año 2005 al 2009. La muestra se constituía por ochenta pantomografías y periapicales que se encuentran en las historias de los usuarios atendidos en el Centro Quirúrgico de la Universidad San Martín de Porres; para el recojo de datos se realizó tomas fotográficas de las radiografías encontradas en las Historias clínicas. Aquí se determinó el tipo de posición según la clasificación de Winter, donde se considera la edad, sexo y número de piezas. Los resultados fueron que las terceras molares retenidas a nivel mandibular de acuerdo a la clasificación de Winter se dan en 3 posiciones las cuales son mesioangular, horizontal y vertical. Se concluyó que la posición más frecuente es la mesioangular y que las otras variables no influyen sobre la posición de la pieza dental.

Palacio, M. ⁷ Realizó un estudio el cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la posición de terceras molares inferiores según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes desde los 18 hasta los 35 años de la clínica odontológica de la UPC durante el periodo de 2011 al 2012. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, la muestra fueron 582 pantomografías de las historias clínicas. Los resultados demostraron que las posiciones más frecuentes según la clasificación de Winter fueron las verticales (42,3%) en el género femenino y mesioangular (31,4%), para la clasificación de Pell y Gregory, la posición más prevalente fue la I-A (39%) en el género masculino. Se concluyó la importancia de realizar la evaluación de la posición de las terceras molares previo al acto quirúrgico para obtener toda la información necesaria para manejar correctamente el caso.

Juarez, D⁸ Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la posición y el espacio disponible de terceros molares inferiores en pantomografías digitales mediante la utilización del software Facad. La muestra estuvo dada por 200 dientes de juicio inferiores en 100 pantomografías digitales del Hospital Loayza en donde se realizaron las medidas mediante los parámetros de la clasificación de Winter, Pell y Gregory utilizando el software Facad en donde ingresaron la información y se calibró las pantomografías en este software. Los resultados demostraron que un 44% presentan posición vertical, 39% en posición mesioangulada, 21% luego la posición distoangular, 5% en posición horizontal y 1.5% en posición transversal. En la clasificación de Pell y Gregory (espacio) el 64% clase II, 34.5% clase I y 1.5% clase III, para la profundidad relativa se encontró con mayor porcentaje en el nivel B 60.5%, nivel A 39.5%, no se encontraron muestras ubicadas en el nivel C. Se concluyó que la posición más común fue la vertical del lado derecho, el espacio disponible en varios casos fue el de clase II y en mayor número en el lado derecho. La profundidad relativa fue mayor a nivel B ubicada del lado izquierdo. La posición más común según la clasificación de Winter y Pell y Gregory es la posición Vertical, Clase II, Nivel B .

Mamani, J.⁹ Realizó un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar los beneficios de la exodoncia de las terceras molares. El caso clínico fue de un paciente de 23 años que refería tener dolor pulsátil e inflamación de la zona en la zona inferior desde hace tres años el cual cuando acudió a la consulta ya había cesado, con ayuda de la radiografía panorámica determinamos el diagnóstico definitivo el cual fue tercera molar incluida clase II A – horizontal. Se le realizó el procedimiento quirúrgico de la tercera molar comprobando el beneficio del paciente. En conclusión, una radiografía nos va a permitir evaluar y hacer la cirugía en menos tiempo ya que nos ayuda a identificar la posición de la pieza y su complejidad.

Auris, P.¹⁰ Realizó un estudio que tuvo como objetivo identificar los problemas después de la cirugía de tercera molar. El caso clínico presentado de una paciente femenina de 24 años, quien acude a la consulta refiriendo que tiene odontalgia hace 1 mes, al examen clínico se observa un ligero edema en la zona retromolar de lado izquierdo inferior, se realizó la historia clínica, después de concluir con esta se le pidió a la paciente estudios imagenológicos y de laboratorio, el diagnóstico fue tercera molar clase II, posición B, vertical. Se concluyó que el tiempo de cirugía fue corto y eficiente luego de haber realizado un diagnóstico adecuado.

3.1.2. Antecedentes Internacionales

Villalobos, S ⁴ Realizó un estudio que tuvo como objetivo describir un caso de un tercer molar anquilosado. El estudio fue de tipo descriptivo, el reporte de caso fue de una paciente de 42 años de edad de sexo femenino que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María, la paciente presentaba gran pérdida tejido dental al nivel coronal de la tercer molar izquierdo causada por una caries avanzada, la paciente no refiere dolor por lo cual se realizó la cirugía previa radiografía panorámica en la cual se observaba escaso espacio del ligamento periodontal. Los resultados demostraron que no hubo ninguna complicación postoperatoria. El autor concluyó que se debe hacer un diagnóstico temprano de la anquilosis, las piezas dentales anquilosadas son una patología poco común, cuya extracción está indicada cuando hay procesos infecciosos u otras patologías como quistes dentígeros o gran deterioramiento de la pieza dental.

Arellano, J. ¹¹ Realizó una investigación la cual tuvo como objetivo evaluar la posición de terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory y Winter en pacientes de la Clínica odontológica de la Universidad San Francisco de Quito. La muestra estuvo conformada por 128 terceras molares entre inferiores y superiores, por medio de las pantomografías, teniendo como resultados de la clasificación de Pell y Gregory, el 47,6% de las molares inferiores se presentaron en posición C y el 61,9% en clase I. Según Winter, la posición más común fue la vertical con un 71,4% . Se concluyó que un correcto diagnóstico de la posición de la tercera molar puede predecir y evitar posibles riesgos intra o postoperatorios ¹¹.

Hosn, S. et al. ¹² Realizaron una investigación la cual tuvo como objetivo evaluar las complicaciones durante la exodoncia de las terceras molares inferiores. rara complicación. El estudio fue de tipo descriptivo el cual describe un caso clínico en este caso presentaron una rara complicación durante la extracción de la tercera molar incluida, el paciente estaba bajo anestesia local, el cual requirió un ingreso al servicio de urgencias para terminar la cirugía. En esta cirugía se realizó un abordaje cervical con anestesia general e intubación nasotraqueal por el desplazamiento de la pieza dentaria hacia la fosa mandibular durante el primer momento de la exodoncia con anestesia local (ambulatoria); el paciente presentó evidencias de signos de inflamación a nivel submandibular, el cual produjo un desplazamiento de la vía aérea hacia el lado opuesto. Existen complicaciones en este tipo de tratamiento las cuales pueden derivar a casos mortales, donde según el operador

aparentemente es de bajo riesgo. Estas complicaciones son ampliamente descritas en la literatura. Aun así es importante considerar importante y presentar las complicaciones que se pueden dar en cualquier momento de una cirugía de tercera molar impactada o retenida. Por eso el motivo de este caso clínico fue dar a conocer las complicaciones poco frecuentes de la cirugía de tercera molar retenida para ofrecer mejores soluciones en cada caso clínico.

Haydar, M. et al. ¹³ Realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de las dificultades de terceros molares mandibulares impactadas. El estudio fue de tipo descriptivo donde se analizó el universo (1249 pantomografías) de usuarios entre 20 a 44 años, la muestra se conformó por 918. Los resultados demostraron que el grupo 20 – 24 años presentaban mas terceras molares mandibulares. Con respecto a la posición el 56% mesioangulada, 25% horizontal, 13% y 6% vertical y solo el 6%. Se concluyo que Los autores que mediante el estudio de las radiografías se puede dar un correcto diagnóstico de la dificultad previo al acto quirúrgico de terceras molares, el operador se puede preparar para las complicaciones que pueda encontrar en cualquier momento de la cirugía, evitando o disminuyendo la complicación postoperatoria para el beneficio del paciente.

Pluas, A. ¹⁴ Realizó una investigación la cual tuvo como objetivo evaluar la incidencia de la tercera molar según la clasificación de Pell y Gregory, mediante el estudio imagenológico de los pacientes de la Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 2013. El estudio fue de tipo teórico-experimental, la muestra estuvo conformada por 100 pantomografías de los usuarios de la clínica, para evidenciar la clase y posición de los terceros molares inferiores con mayor prevalencia en base a Pell y Gregory. Los resultados demostraron que el 60% presenta una clase I, posición A. Se concluyo los estudios imagenológicos son importantes ya que permiten visualizar la relación dental y ósea, además que es necesario conocer las clasificaciones de las terceras molares para evaluar los posibles riesgos durante el acto quirúrgico.

3.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

Cirugía bucal. Es la parte de la odontología, el cual se encarga del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades, traumatismos y defectos de la maxila o la

mandíbula o zonas circundantes estas. La cirugía bucal se encarga de realizar todos los protocolos establecidos para dicho acto dentro de la cavidad oral, este tipo de intervención se realiza con una anestesia local en forma ambulatoria; como cualquier tipo de cirugías se necesita del operador, el cual debe tener el suficiente conocimiento de bases teóricas y prácticas para realizar dicho acto ².

Tipos de Cirugía:

- **Cirugía simple.** Este tipo de cirugía hace uso de fórceps, botadores, anestesia local infiltrativa, donde se aplica una fuerza controlada para remover el diente de su alveolo y extraerla. Este tipo de cirugía se realiza sin ninguna dificultad de tipo médico, farmacológico o técnico; no hay necesidad de un tratamiento adicional más que la exodoncia de la pieza asignada ².
- **Cirugía compleja.** Este tipo de cirugía requiere de técnicas e instrumentos especiales para su realización, en este tipo de cirugías no solo se hace uso de instrumentos usados en una cirugía simple, también se hace uso de instrumentos más especializados como el sistema rotatorio para eliminar hueso, cortar la pieza dentaria (odontosección), equipos e instrumentos para levantar colgajos, etc ².

Exodoncia de terceros molares. El tercer molar inferior es la pieza dentaria con más variedad en forma, tamaño y ubicación, normalmente es birradicular, pero en algunos casos se han encontrado con tres, cuatro o hasta cinco raíces. La exodoncia de una tercera molar es una intervención bastante común en la práctica odontológica, sin embargo, también se consideran medidas profilácticas o tratamientos de grandes lesiones osteológicas. En este tipo de cirugía se realizan levantamientos de colgajo, los que ayudan a minimizar las complicaciones. Entre los factores de riesgo están la edad, género, experiencia del profesional, falta de conocimiento de la anatomía donde se hará la cirugía, falta de conocimiento del tipo de retención dental y la técnica a usar para la cirugía ⁹.

Así como cualquier otra cirugía, la cirugía de terceras molares también tiene riesgos como: la hemorragia, fractura de la tabla ósea, daño en la pieza contigua, alteración temporal o permanente en zonas anexas a la pieza a extraer y en ciertas ocasiones puede comprometer la vida del paciente ⁹.

Es necesario realizar un estudio radiológico donde muestre todo el espacio a tratar; Con una correcta interpretación radiográfica se puede predecir algunos factores que pueden ayudar o disminuir el riesgo de la cirugía ¹⁰.

Clasificación de terceras molares.

Hay patologías diversas, en las cuales tenemos la inclusión, impactación o retención de la tercera molar, que no son sinónimos ¹¹.

Impactación es la retención de la erupción de un diente por alguna causa física o posición anormal del diente ¹¹.

En caso de no exista una barrera física o posición anormal que interrumpa la erupción se habla de una retención primaria. Si durante la erupción a nivel de la cavidad oral se interrumpe este trayecto sin motivo aparente, entonces se le conoce como retención secundaria ¹¹.

La inclusión en cambio se presenta cuando la pieza dentaria queda sumergida a nivel del hueso, se puede distinguir entre una inclusión ectópica, cuando el diente está en posición anómala cerca a su lugar habitual e inclusión heterotópica, cuando el diente está en posición anómala más alejada de su localización habitual ¹¹.

Clasificación de Tercera molar según Winter- Pell y Gregory

- **Clasificación de Winter**

Esta clasificación se dio en el año 1926. Considera la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar. Puede clasificarse como mesioangulada, distoangulada, vertical, horizontal, bucoangular, linguoangular, invertido ¹⁰.

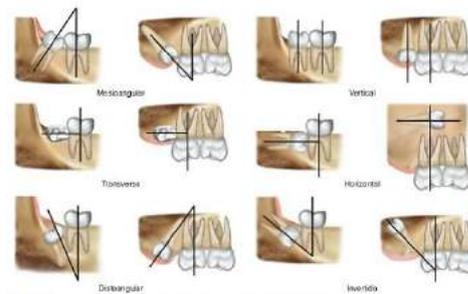


Figura 1.- Representación grafica de la clasificación de Winter.

(Gay C, Berini L.Cirugía Bucal I-II. 1ª ed. España; Océano;2008. p. 31 -32.)

Clasificación de Pell y Gregory

Esta clasificación se dio en el año 1933, el cual determina el grado o fracción de impacto de las terceras molares, ubicándonos en sentido horizontal la distancia del segundo molar y la parte inferior de la rama de la mandíbula y en sentido vertical la profundidad en relación al plano oclusal del segundo molar ¹⁰.

- Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular
 - a. Clase I. La distancia entre la cara distal del segundo molar inferior y la rama ascendente mandibular es mayor al ancho mesiodistal del tercer molar ¹⁰.
 - b. Clase II. La distancia entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el ancho del tercer molar ¹⁰.
 - c. Clase III. La tercera molar esta parcialmente o total dentro de la rama ascendente mandíbula ¹⁰.

- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso mandibular.
 - a) Posición A. La superficie oclusal del tercer molar está al mismo nivel o por encima del plano oclusal del segundo molar ¹⁰.
 - b) Posición B. La superficie oclusal del tercer molar está por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero arriba de la línea cervical del segundo molar ¹⁰.
 - c) Posición C. La superficie oclusal del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar ¹⁰.



Figura 2.- Representación gráfica de la clasificación de Pell y Gregory

(Gay C, Berini L. Cirugía Bucal I-II. 1ª ed. España; Océano; 2008. p. 31 -32.)

Clases de extracciones según Parant:

Es relativamente arbitraria suponer que todos los casos se resuman en este grupo ¹⁰.

- a. Clase I. Extracción dental con fórceps y botadores: esta técnica se usa para extracciones de cordales erupcionados, con una corona completa o destruida parcialmente, pero que puede extraerse con fórceps. La raíz es única o varias pero fusionadas ¹⁰.
- b. Clase II. Extracciones con desgaste de hueso (osteotomía): En este grupo están las cordales incluidas en el alvéolo parcialmente con raíces no retentivas o fusionada y que podrían ser extraídos con la remoción del hueso circundante en mesial, vestibular y distal logrando fácilmente la avulsión del tercer molar ¹⁰.
- c. Clase III. Extracciones con osteotomía y odontosección en el cuello dentario: Se trata de terceras molares incluidas total o parcialmente en distintas posiciones, pero siempre con las raíces fusionadas o separadas con el mismo eje de salida ¹⁰.
- d. Clase IV. Extracciones con osteotomía y odontosección de las raíces: En este grupo se incluyen las cordales de clase III, con la diferencia que son multiradiculares con distintas vías de salida. Es por eso que se realiza la odontosección a nivel del cuello dentario que separa la raíz y corona, por último, también se separa las raíces ¹⁰.
- e. Clase V. Extracciones complejas: Son extracciones de terceras molares que tienen una gran dificultad:
 - Terceros molares infraclusales, muy cerca o superpuesta al segundo molar, con ausencia del primer molar.
 - Terceras molares con raíces múltiples, en posición vertical más o menos profundos pero con raíces rectas, finas, paralelas y aplanadas en sentido mesiodistal.
 - Tercer molar en relación íntima con el nervio dentario inferior.
 - Terceros molares con raíces anquilosadas o fusionadas con el hueso maxilar.

- f. Clase VI. Extracciones con técnicas especiales: Algunos terceros molares pueden estar en posiciones diferentes y necesitaran técnicas y habilidades especiales por parte del operador, a menudo con vías de abordaje extrabucal o cutáneo ¹⁰.

Índice de dificultad según Koerner y colaboradores:

El autor junta la clasificación de Winter y de Pell y Gregory para evaluar la dificultad de la exodoncia de la tercera molar ¹⁵.

Variable	Clasificación	Puntuación
Relación Espacial	Mesioangular	1
	Horizontal/transversal	2
	Vertical	3
	Distoangular	4
Profundidad	Nivel A	1
	Nivel B	2
	Nivel C	3
Relación con rama/espacio	Clase I	1
	Clase II	2
	Clase III	3
Índice de dificultad		
		
Puntaje		
Muy difícil 7-10	Moderadamente difícil 5-7	Poco difícil 3-4

Figura 3.- Índice de Dificultad según Winter, Pell y Gregory.

(Gay C, Berini L. Cirugía Bucal I-II. 1ª ed. España; Océano; 2008. p. 31 -32.)

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1. HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino de 24 años en ABEG, con que no refiere ninguna alergia, ni otros antecedentes médicos.

ANAMNESIS:

- **NOMBRE Y APELLIDO:** P.L.C.G.
 - **EDAD:** 24 años
 - **SEXO:** Femenino
 - **ESTADO CIVIL:** soltera
 - **DOMICILIO:** Jr. Sergio Morocho 365 – Carmen de la Legua
 - **OCUPACIÓN:** Contadora
 - **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** Bellavista – Callao , 22/07/96
 - **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Callao
-
- **MOTIVO DE CONSULTA:**

“Tengo dolores insoportables en mi diente”
 - **ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente de 24 años refiere que presenta odontalgia que no cesa hace 1 semana, el dolor es pulsátil e irradia toda la zona inferior de la mandíbula del lado derecho.
 - **ESTADO DE SALUD GENERAL:** ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP
 - **ESTADO CIVIL:** SOLTERA
 - **CONDUCTA PSICOSOCIAL:** Optimista, Receptivo. De lenguaje claro.
 - **ANTECEDENTES MÉDICOS:** No refiere alergia de ningún tipo.
 - **ANTECEDENTES ESTOMATOLÓGICOS:** no refiere
 - **RIESGOS ESTOMATOLÓGICOS:** bajo

4.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **ECTOSCOPIA:** Paciente ingresa a consulta con estado de ánimo bueno, sola y caminando. Paciente lucido y orientado en espacio y tiempo.
- **FACIE:** en aparente estado normal

- **PESO:** 63 kilos
- **TALLA:** 1.53 cm.

SIGNOS VITALES:

- **Temperatura:** 36.5 °c (oral)
- **Presión arterial:** 100/70 mm hg
- **Frecuencia respiratoria:** 18 respiraciones por minuto
- **Pulso:** 60 pulsaciones por minuto
- **LESIONES:** No presenta
- **PIEL Y ANEXOS:** Presencia de acné en el rostro (medicación : minoxiclina)

4.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

FOTOGRAFIAS EXTRAORALES

FRONTAL



Figura 4.- Fotografía frontal sonriendo



Figura 5.- Fotografía frontal seria

En la imagen se puede observar un biotipo mesofacial.

Tipo facial	Meso facial
Simetría de cara	Asimétrico
Constitución	Endomorfo
Labios	Delgados y humectados
Carillos	frenillo vestibular, inserción media y alta (superior) inserción media y baja (inferior)
Paladar duro	Rugas palatinas y rafe medio sin alteraciones evidentes
Paladar blando	color rosado, sin alteraciones evidentes
Orofaringe	úvula única y centrada.
Lengua	saburral, normo glosa, móvil.
Piso de boca	glándulas sublinguales sin alteraciones

LATERALES



Figura 6.- Fotografía lateral izquierda



Figura 7.- Fotografía lateral derecha

Perfil convexo, se observan lesiones acneiformes al nivel de las mejillas.

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Figura 8.- Fotografía arcada superior



Figura 9.- Fotografía arcada inferior



Figura 10.- Radiografía panorámica

Se observa:

- IRO compatible con alambre al nivel de las coronas desde la pieza 3.3 a la 4.3.
- IRO al nivel oclusal de la pieza 2.6, 3.6, 4.6 y 4.7 compatible con material obturador.
- IRL al nivel oclusal de la pieza 3.7 compatible con pérdida de estructura dentaria.
- Pieza 4.8 en posición mesio-angulada, por debajo del plano oclusal de la 4.7.

De acuerdo a los exámenes realizados a la paciente, esta se encuentra en aparente buen estado de salud general y en condiciones de recibir el tratamiento quirúrgico.

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

- **Diagnóstico:**

Tercera molar derecha retenida (Clasificación de Winter mesioangulada, según Pell Gregory II A)

- **Pronóstico:**

Favorable.

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

5.1. FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

FASE I – PREOPERATORIO:

- Rellenado de Historia Clínica
- Toma de fotografías extraorales e intraorales
- Toma de radiografías panorámicas y periapicales
- Exámenes de laboratorio

FASE II – QUIRÚRGICA:

- Preparación de la mesa quirúrgica
- Asepsia y antisepsia
- Anestesia
- Incisión
- Levantamiento del colgajo (Decolado)
- Osteotomía y ostectomía
- Exodoncia de la pieza dentaria (4.8)
- Tratamiento de la cavidad ósea
- Sutura

FASE III – POSTOPERATORIA:

- Prescripción farmacológica
- Retiro de los puntos en 1 semana

FASE IV – CONTROL:

- Control al mes de tratamiento

5.2. PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO.

Tabla 1. Plan de control.

Control	Postquirúrgico
	<ul style="list-style-type: none">- Terapia farmacológica con antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos.- A los 7 días se debe verificar que no haya sangrado, ni signos de infección.- Retiro de puntos a los 7 días.- Hacer reevaluación 1 mes después de la cirugía.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Plan de mantenimiento

Mantenimiento	Postquirúrgico
	<ul style="list-style-type: none">- Mantener la correcta higiene bucal en especial de la zona quirúrgica con ayuda de colutorios antisépticos después de 24 horas.- Retirar la gasa después de media hora de la cirugía- No exponerse al sol o fuentes de calor.- No realizar esfuerzo físico.- No ingerir bebidas alcohólicas, picantes o irritantes.- Dieta blanda durante 48 horas, alimentos a temperatura ambiente con el fin de no aumentar la inflamación de zona.

Fuente: Elaboración propia.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

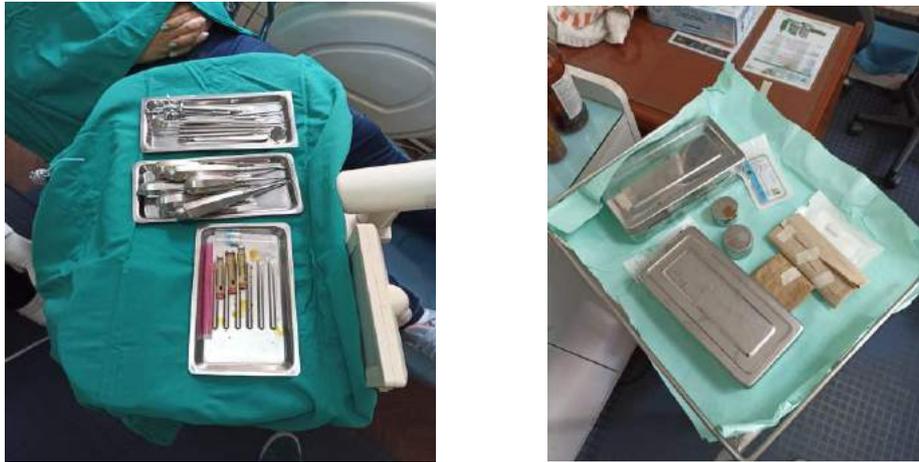


Figura 11.- colocación del campo operatorio al paciente, y preparación de la mesa quirúrgica.

Se realiza la asepsia y antisepsia extraoral e intraoral del paciente, luego se procederá alistar los materiales y empezar con el proceso quirúrgico.



Figura 12.- Colocación de anestesia troncular.

Se realiza la técnica troncular directa e infiltrativa ingresando con aguja 30 gr. usando anestesia con vasoconstrictor (epinefrina). Anestesiarnos los nervios lingual, dentario inferior y bucal. El paciente sigue descubierto para observar su estado.



Figura 13.- Diseño de la incisión en el modelo de estudio

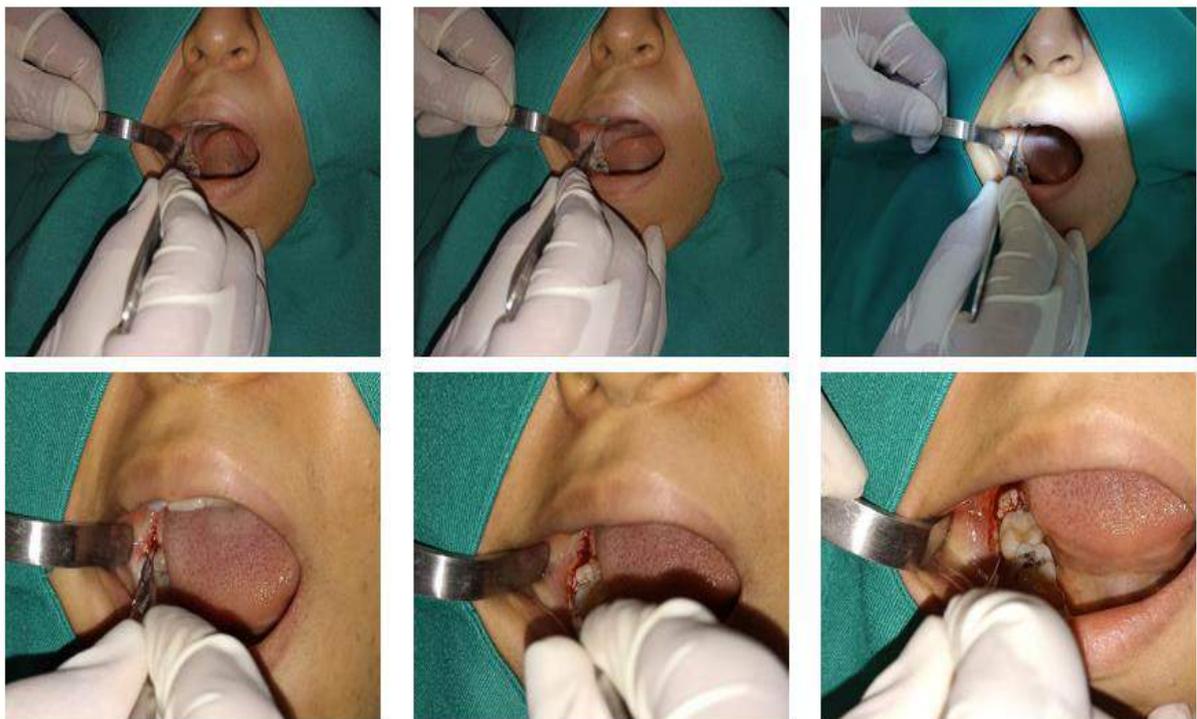


Figura 14.- Incisión triangular.

Se realiza la incisión triangular con descarga en mesial de la 2da molar inferior con hoja de bisturí Nro. 15.

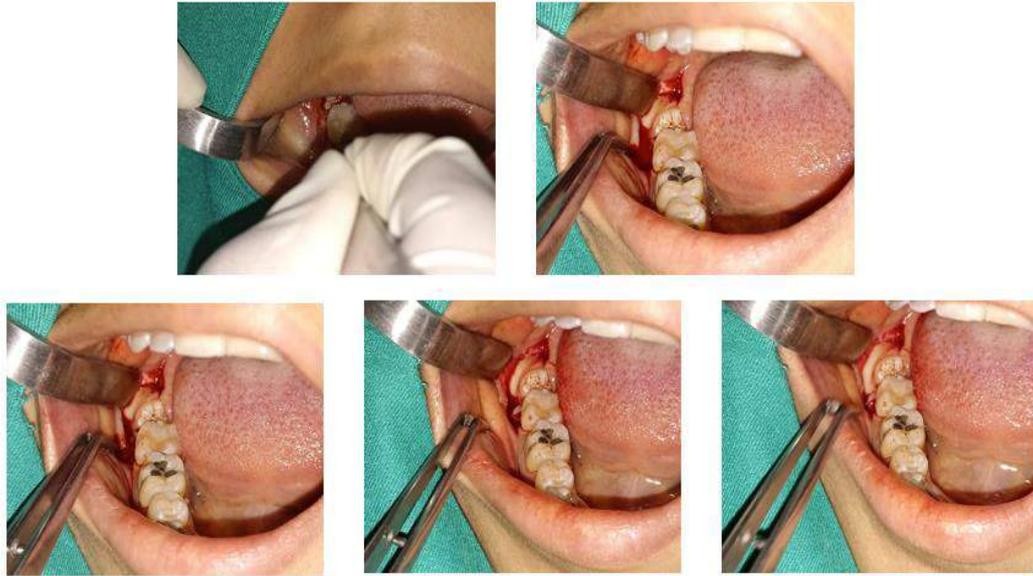


Figura 15.- Decolado mucoperiostico.

Con la ayuda del periostotomo realizamos el decolado mucoperiostico con la finalidad de separar la encía del periostio y tener mejor visibilidad.

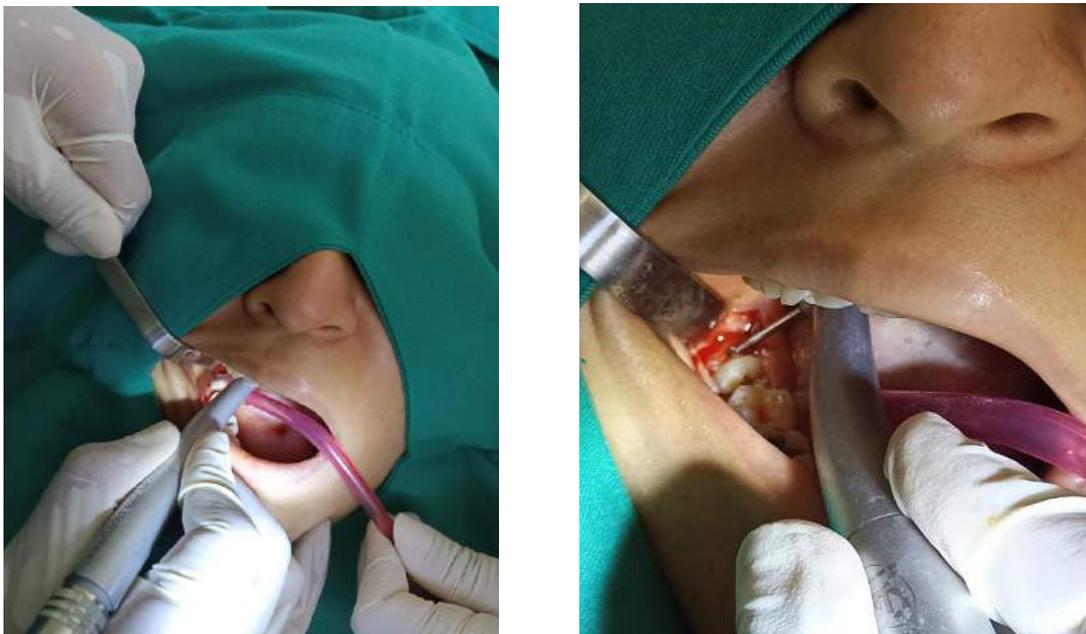


Figura 16.- Osteotomía del hueso circundante

Para la osteotomía utilizamos una fresa redonda carburo tungsteno Nro. 7. La idea de este desgaste es apreciar la corona clínica en su totalidad, siempre con cuidado al desgastar la zona distal hasta unos milímetros antes de la cara lingual



Figura 17.- Visualización de la corona después de la osteotomía



Figura 18.- Odontosección de la pieza dental.

Realizamos la odontosección con fresa fisura de carburo tungsteno de tallo largo.



Figura 19.- Luxación de los fragmentos dentales

Retiramos la parte seccionada y luego el resto de la pieza dentaria. Después de la hemisección se retira parte de la corona, luego con el botador luxamos el diente y con una pinza porta agujas nos ayudamos a retirarlo.



Figura 20.- Exodoncia propiamente dicha

Lo complicado de esta pieza fue presentar caries en la cara mesial del diente q no se observó hasta el momento de la odontosección y presentar un ápice curvo que dificultaba al momento de la excéresis.



Figura 21.- Curetaje del alveolo.



Figura 22.- Sutura

Curetaje, lavado y sutura: para lavar el alveolo usamos cloruro de sodio al 0,9% e hilo de sutura 4 / 0 punta redonda. Lavar la herida nos permite retirar los restos dentales y oseos. Luego de eso suturamos y sellamos la herida para q tenga buena cicatrización y evitar su contaminación.



Figura 23.- Fotografía post-quirurgica.



Figura 24.- Fotografía de control 1 mes después.

Tabla 3. Medicación pre y postquirúrgica.

Medicación prescrita	Posología	Objetivo
Analgésico y Antiinflamatorio	<ul style="list-style-type: none">- Ketorolaco 60 mg (IM) 1 sola vez- Dexametasona 4mg (IM) 1 sola vez- Ketorolaco 10 mg 1 tableta cada 8 horas por 3 días- Dexametasona 4mg 1 tableta cada 8 horas por 3 días	Aliviar el dolor y disminuir la inflamación producida por la cirugía.
Antibiótico	<ul style="list-style-type: none">- Amoxicilina 500mg: 1 tableta cada 8 horas por 5 días.	Combatir infecciones causadas por bacterias e ya sea matándolas o dificultando su crecimiento y multiplicación.

Fuente: Elaboración propia

Crioterapia. El paciente se aplicará hielo a nivel de la zona intervenida durante las primeras horas de haber realizado la cirugía en periodos de intervalos

DISCUSIÓN

Herrera, K mencionó que la posición más frecuente es la mesioangulada (no influye edad, sexo), que coincidió con la posición de la tercera molar de la paciente ⁶.

Palacio, M encontró también en pacientes de 18 a 35 años que las posiciones más frecuentes son la vertical y mesioangulada, lo que da una segunda coincidencia con la posición de la tercera molar de nuestra paciente. Juárez, D obtuvo en mayor frecuencia la posición vertical, que no está fuera de resultados de Palacio, pero que en nuestro caso no se dio ^{7,8}.

Mamani, J aborda el tema de la extracción como beneficio para el paciente y la importancia de la radiografía panorámica, lo que estamos totalmente de acuerdo ya que la sintomatología de nuestra paciente se fue después de su extracción, también apoyando la idea de lo importante de tener su radiografía para tener la certeza de lo que vamos a realizar.

Auris, P. señala que su intervención fue corta. Entonces teniendo una semejanza en la posición del diente de su tratamiento con el de este artículo podemos afirmar que si se siguen los pasos en su orden correcto la cirugía si es factible de realizarla sin complicaciones.

Arellano, J y Pluas, A (Ecuador) en sus resultados hallaron que la posición más frecuente es la clase I, que asemeja a los resultados de Palacio y difiere a los de Juárez (que halló más clases II)

Los autores Villalobos, S. y Hosn, S. et al. mencionan dificultades que puede haber en la fase prequirúrgica y quirúrgica, lo que concuerda con esa idea, nunca hay que confiarnos y siempre estar prevenidos por alguna complicación que se pueda presentar.

CONCLUSIONES

1. Existe un alto porcentaje de población que tiene problemas de retención de las terceras molares.
2. Las terceras molares se encuentran total o parcialmente retenidas a nivel del hueso, las cuales ocasionan diversas patologías a nivel de la cavidad oral como: quistes, tumores, pericoronaritis, úlceras, dolor localizado o irradiado, etc.
3. La mayoría de los pacientes acuden a consulta cuando el problema dental está con diagnóstico complejo.
4. Algunas técnicas quirúrgicas (Diéresis: Incisión, Tallado del Colgajo, Osteotomía y Ostectomía; Operación Propiamente Dicha: Odontosección, Avulsión de la pieza dentaria; Síntesis: Tratamiento del lecho operatorio y Sutura), pueden resultar más o menos invasivas con respecto a los tejidos blandos y duros. Pero gracias a observación pre, intra y postquirúrgica de las distintas posibilidades del tratamiento para obtener una técnica que genere una evolución postoperatoria menos ruidosa, sin dolor, edema e infecciones que prolongan la etapa de cicatrización en algunos casos y se transforme en una maniobra reglada, práctica y eficiente, con un período de convalecencia postratamiento placentero para el paciente intervenido.
5. Como futuros profesionales en odontología no cabe duda de que la variedad de casos en cirugía de tercer molar inferior es bastante elevada y por ello teniendo bien en cuenta todas las complicaciones que se nos pueden presentar en cada caso, con una buena planificación del tratamiento y analizando todas las posibilidades del caso podremos tener como resultado una cirugía exitosa y una respuesta positiva con el paciente postoperatorio.

RECOMENDACIONES

1. En este caso se recomienda la cirugía que es un procedimiento quirúrgico que nos permite la solución de aquellos casos clínicos correctamente diagnosticados y que serán sometidos al acto quirúrgico, para que posteriormente se planifique su rehabilitación
2. Se recomienda tomar en cuenta las relaciones anatómicas durante el proceso de diagnóstico y el plan de tratamiento para evitar accidentes y complicaciones durante el acto quirúrgico.
3. Se recomienda que el cirujano dentista conozca y aplique adecuadamente la clasificación de las patologías así como las indicaciones y contraindicaciones para realizar tratamientos adecuados y familiarizarse con las técnicas quirúrgicas.
4. Se recomienda realizar el plan de tratamiento para respetar los protocolos de las técnicas y procedimientos siempre basados en el diagnóstico clínico y radiográfico para establecer el éxito del tratamiento y garantizar la rehabilitación y reparación del caso clínico.
5. Durante cualquier procedimiento quirúrgico pueden existir complicaciones y accidentes para los cuales se recomienda al cirujano dentista que debe tener conocimiento y estar preparado para solucionarlos correctamente.
6. Se recomienda que después de cualquier acto quirúrgico establecer un periodo de seguimiento y control ya que debemos corroborar clínica y radiográficamente que el proceso de reparación se ha iniciado para determinar que el caso clínico tendrá éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donado Rodriguez Manuel. Cirugía bucal: patología y técnica. 2^{da} ed. España; MASSON. 817 p.
2. Ríes Centeno Guillermo. Cirugía Bucal Patología clínica y terapéutica. 9^{na} ed. Argentina; El ateneo. 724 p.
3. Centenero, S. et al. Una rara complicación en la extracción del tercer molar inferior incluido. Caso clínico. Revista especializada cirugía oral maxilofacial[internet]. 2009[citado 03 abril 2022]; Vol 31: 333-334. Disponible en https://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v31n5/en_caso2.pdf
4. Villalobos, S. Tercer molar anquilosado, caso clínico y revisión de literatura. Acta odontológica venezolana. Año 2015; volumen(53):2. Disponible en <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/2/art-13/>
5. Medeiros Paulo José. Cirugía de Dientes Incluidos – Extracción del tercer molar. 1^{ra} ed. Venezuela; AMOLCA, 2006.147 p.
6. Herrera KD. Prevalencia de terceras molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la clínica especializada en Odontología de la Universidad san martín de porres realizadas entre el año 2005-2009. [Tesis para optar el Título de Cirujano dentista]. Lima: 2010. Recuperado a partir de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KATHERINEDOMINICKHERRERAMARTINEZ.pdf>
7. Palacios Colán MB. Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el pe [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC; 2014 [cited 2016 May 5]. Available from: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322116>
8. Juarez Chirito, Diego Alexis. Posición y espacio disponible para la erupción de terceros molares mandibulares en radiografías panorámicas digitales mediante la adecuación del software facad [Tesis para optar el Título de Cirujano dentista]. Lima: Universidad Federico Villareal – UFV; 2018. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2521>

9. Mamani Toro, Jhony David. Exodoncia de tercera molar inferior: Caso clínico [Tesis para optar el Título de Cirujano dentista]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes – UPLA; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3504/TRABAJO%20DE%20SUFICIENCIA%20SUFICIENCIA%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Auris Echabaudiz, Paola Stefany Suggey. Exodoncia de tercera molar inferior en posición B – Vertical, Clase I. [Tesis para optar el Título de Cirujano dentista]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes – UPLA; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2741/TRABAJO%20DE%20SUFICIENCIA%20SUFICIENCIA%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Arellano J. Estudio Comparativo de la Posición de Terceros Molares según la Clasificación de Pell & Gregory y Winter [Tesis]. Quito. Universidad San Francisco de Quito USFQ. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015
12. Aboul-Hosn Centenero S., Sieira Gil R., Monner Diéguez A.. Una rara complicación en la extracción del tercer molar inferior incluido: Caso clínico. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2009 Oct [citado 2023 Mar 24] ; 31(5): 333-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582009000500006&lng=es.
13. Haydar M, Shelly A, Myint W. Prevalence and Difficulty Index Associated with the 3rd Mandibular Molar Impaction among Malaysian Ethnicities: A ClinicoRadiographic Study. J Clin Diagn Res 2015; 9 (9): 65-68.
14. Pluas A. Estudio de la Prevalencia de los Terceros Molares según la Clase y Posición de Pell y Gregory, mediante los análisis radiográficos de los pacientes de la Clínica de Cirugía del paralelo 5/1 de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 2013 [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014.
15. Gay C, Berini. Cirugía Bucal I-II. 1ª ed. España; Océano;2008. p. 31 -32.

ANEXOS

ANEXO N°1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXOS:

Anexo 1 Consentimiento Informado

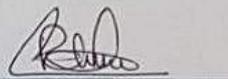
Consentimiento informado

Yo, Rolando Liz Castillo Gil, entiendo y acepto el tratamiento que se me realizarán por el bachiller de la facultad de odontología Rosario Enrique Rosalva Silva, en el consultorio San José, bajo la supervisión del C.D. José Daniel Loayza Jordán con COP 27077 donde se me tomarán radiografía, tomografía, hemograma y posteriormente realizara la intervención quirúrgica.

Este procedimiento se realizará con el fin de conseguir un indudable beneficio sin embargo no está excepto de posibles complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales siendo las estadísticas más frecuentes:

- Hematoma e inflamación posoperatoria.
- Hemorragia intra o posoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dolor posoperatorio.
- Falta de sensibilidad parcial o total de los labios, mentón, mejilla, encía, lengua, dientes o paladar
- Los dientes próximos de la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción
- Mala unión de los fragmentos óseos
- Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad

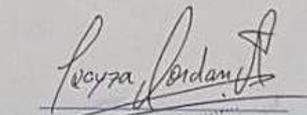
Acepto todos los procedimientos y me comprometo a seguir las indicaciones y cuidados dada por los operadores



firma del paciente
DNI: 73072782



firma del bachiller
DNI: 43023453



firma del odontólogo
COP 27077
DNI 43067323

ANEXO N°2.- DECLARACIÓN DE AUTORIA JURIDICA

Anexo 2. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo Rosendo E. Rodríguez Silva, identificado con DNI N° 43023453,
Domiciliado en URB COOP. P. M2 "D" lote 16, S.M.P.

BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada **CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR** Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.



Nombres y apellidos Rosendo Rodríguez Silva

DNI. N° 43023453

Huancayo, Abril del 2022.