

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR SEMI IMPACTADO

Para Optar : EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : Zamudio Vela Maret Ivan

Asesor : Mg. Maribel Porta Guillen

Líneas de Investigación: Salud y Gestión de la salud

Institucional

Fecha de Inicio y : Del 20 de junio del 2022 al 02 de febrero del 2023

Culminación

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

Primero a Dios que es el creador del universo, segundo a mis padres por ser mi apoyo incondicional en todo momento y tercero a mi propia persona, por jamás rendirse pese a las adversidades de la vida.

Zamudio Vela Maret Ivan

AGRADECIMIENTO

A los docentes que forman parte de la Universidad Peruana Los Andes y a dicha institución que siguieron transmitiendo sus conocimientos mediante las clases virtuales pese a la pandemia.

Zamudio Vela Maret Ivan

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0029-FCS -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, Que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR SEMI IMPACTADO

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. ZAMUDIO VELA MARET IVAN**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor (a) : **Mg. MARIBEL PORTA GUILLEN**

Fue analizado con fecha **23/01/2024** con **51 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

X

Excluye Citas.

X

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

X

Otro criterio (especificar)

--

El documento presenta un porcentaje de similitud de **24** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

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

Huancayo, 23 de enero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

	Págs
Título	..i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Contenido	v
Contenido de tablas	vi
Contenido de Figuras.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO I - PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Justificación del problema.....	11
1.3 Objetivos.....	11
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Bases teóricas.....	15
2.3 Bases Conceptuales y Metodología.....	22
CAPÍTULO III – DESARROLLO TEMÁTICO	
3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO.....	24
3.1 Historia Clínica	24
3.2 Examen clínico general.....	25
3.3 Diagnostico.....	30
3.4 Plan de tratamiento integral	32
3.5 Plan de control y mantenimiento.....	43
CAPITULO IV – ANÁLISIS Y DISCUSION.....	44
CAPITULO V - CONCLUSIONES	45
CAPITULO VI – RECOMENDACIONES.....	46

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	49

CONTENIDO DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1. Examen clínico de músculos	14
Tabla 2. Medicación post operatoria	21

CONTENIDO DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1. Fotografía de odontograma.....	15
Figura 2. Fotografías extraorales del paciente.....	16
Figura 3. Fotografía de radiografía periapical de diagnóstico.....	17
Figura 4. Fotografía de radiografía panorámica de diagnóstico.....	17
Figura 5. Fotografías intraorales.....	21
Figura 6. Fotografías de modelos.....	21
Figura 7. Fotografía del examen de laboratorio hematológico.....	22
Figura 8. Fotografía del campó operatorio.....	24
Figura 9 Asepsia y antisepsia. -enjuague bucal y desinfección extraoral.....	24
Figura 10. Fotografía de colocación de anestesia tópica.....	24
Figura 11. Colocación de anestesia troncular.....	25
Figura 12. Fotografía de incisión de colgajo.....	25
Figura 13. Fotografía de levantamiento de colgajo y visualización de la corona.....	25
Figura 14. Fotografía de odontosección.....	26
Figura 15. Fotografías de extracción propiamente dicha.....	26
Figura 16. Fotografía de pieza dentaria extraída.....	26
Figura 17. Fotografía de curetaje del alveolo.....	27
Figura 18. Fotografía de lavado alveolo con suero fisiológico.....	27
Figura 19. Fotografía de sutura.....	27
Figura 20. Fotografía de Limpieza con suero fisiológico.....	28
Figura 21. Fotografía de pieza dentaria extraída.....	28
Figura 22. Fotografía del paciente-operator-cirujano dentista acompañante al finalizar la cirugía.....	28
Figura 23. Fotografía del retiro de puntos de sutura.....	29
Figura 24. Fotografía de enjuagatorio con clorhexidina al 12%.....	29

RESUMEN

Las terceras molares impactadas, comúnmente conocidas como muelas del juicio, son dientes molares que no pueden erupcionar completamente en la cavidad bucal debido a la falta de espacio o una posición desfavorable. Este fenómeno es frecuente y puede causar diversos problemas, como dolor, inflamación y riesgo de infecciones. La extracción quirúrgica es a menudo necesaria para prevenir complicaciones adicionales, como daño a los dientes circundantes o al hueso maxilar. La presencia de terceros molares impactados se detecta mediante radiografías dentales y la evaluación clínica. Los síntomas pueden incluir dolor en la mandíbula, hinchazón y dificultad para abrir la boca. La extracción temprana de las muelas del juicio impactadas es comúnmente recomendada para evitar problemas futuros y mejorar la salud bucal en general. Sin embargo, no todas las terceras molares impactadas requieren extracción, y el enfoque del tratamiento depende de la evaluación individual de cada caso por parte de un profesional dental. Los dientes semi impactados o semi incluidos son aquellos que han erupcionado parcialmente en la boca y son propensos a la acumulación de bacterias y sarro debido a su posición¹.

El objetivo del trabajo de suficiencia profesional evaluar y llevar a cabo la exodoncia del tercer molar inferior semi-impactado con eficacia y seguridad. El caso clínico presentado es el de un paciente de sexo masculino de 25 años, con el diagnóstico definitivo de pieza dentaria 3.8 semi impactada en posición mesioangular sobre distal de la pieza 3,7.

Palabras clave: Exodoncia, impactados, semi impactados

ABSTRACT

Impacted third molars, known as wisdom teeth, are molar teeth that cannot fully erupt into the oral cavity due to lack of space or an unfavorable position. This phenomenon is common and can cause various problems, such as pain, inflammation and risk of infections. Surgical extraction is often necessary to prevent further complications, such as damage to surrounding teeth or jaw bone. The presence of impacted third molars is detected by dental x-rays and clinical evaluation. Symptoms may include jaw pain, enlargement, and difficulty opening the mouth. Early removal of impacted wisdom teeth is recommended to avoid future problems and improve overall oral health. However, not all impacted third molars require extraction, and the treatment approach depends on the individual evaluation of each case by a dental professional. Semi-impacted or semi-included teeth are those that have partially erupted in the mouth and are prone to the accumulation of bacteria and tartar due to their position¹.

The objective of the professional proficiency work is to evaluate and carry out the extraction of the semi-impacted lower third molar effectively and safely. The clinical case presented is that of a 25-year-old male patient, with the definitive diagnosis of tooth 3.8 semi-impacted in the mesioangular position on the distal part of tooth 3.7.

Keywords: Exodontia, impacted, semi-impacted

INTRODUCCIÓN

Al ser el tercer molar el último diente en erupcionar puede verse fácilmente desplazado o quedar impactado o semi impactado, si no hay suficiente espacio en la arcada dentaria; es una de las intervenciones consideradas importantes y se realiza cada vez con más frecuencia en la práctica habitual del odontólogo¹.

La frecuencia de patologías causadas por terceros molares es muy alta debido a las condiciones de carácter anatómico , embriológico y de desarrollo únicas en nuestro medio, especialmente en los terceros molares inferiores¹.

La evaluación preoperatoria es fundamental para efectuar la exodoncia de un molar semi impactada, ya que nos permite evaluar las posibles complicaciones durante la extracción y establecer protocolos para abordar estas complicaciones para asegurar el éxito de la cirugía. La fase preoperatoria Comprende la realización de la historia clínica, desde la anamnesis, para luego realizar la exploración clínica estudios de laboratorio, y radiología asimismo las pruebas complementarias que son imprescindibles para un correcto diagnóstico².

El propósito de este trabajo de suficiencia profesional es el de realizar adecuadamente la exodoncia de un diente molar semi impactado, para evitar a futuro, complicaciones como procesos infecciosos agudos.

CAPÍTULO I - PROBLEMA

1.1 Descripción del problema:

En este caso, se realiza la extracción quirúrgica del tercer molar semi impactado, que es el diente que a menudo no completa el proceso de erupción normal y provoca diversas complicaciones; desde el punto de vista clínico como pericoronitis, periodontitis, caries, reabsorción radicular de segundos molares, formación de quistes odontogénicos, desequilibrio y disfunción oclusal³. El espacio insuficiente para que erupcionen los terceros molares mandibulares es causado por varias razones, tales como la hipocrecimiento mandibular, en referencia al crecimiento vertical más que el horizontal, por macrodoncia en los dientes y micrognatia de la mandíbula; ocasionando caries y enfermedad periodontal concretamente en el segundo y tercer molar inferior, a su vez apiñamiento dental y muchas veces un tercer molar en mal posición, incluido o semiimpactado³.

1.2 Justificación del problema

La exodoncia del tercer molar inferior semi-impactado plantea desafíos clínicos significativos en la práctica odontológica, con posibles implicaciones en la salud bucal a corto y largo plazo. La falta de comprensión detallada de las técnicas específicas para abordar esta condición puede resultar en complicaciones postoperatorias, como daño a estructuras nerviosas y riesgo de infecciones. Esta investigación busca justificar la necesidad de un enfoque más preciso y personalizado en la exodoncia de terceros molares inferiores semi-impactados, destacando la importancia de reducir riesgos asociados y mejorar los resultados clínicos. La identificación de mejores prácticas basadas en evidencia a través de este estudio no solo beneficiará la eficacia del procedimiento, sino que también contribuirá a la mejora continua de la calidad de atención en el ámbito de la cirugía oral y maxilofacial.

1.3 Objetivo

Evaluar y llevar a cabo la exodoncia del tercer molar inferior semi-impactado con eficacia y

seguridad.

CAPITULO II – MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Arias A. estudio realizado en Ecuador el año 2019 al que denominaron: “Técnica quirúrgica en exodoncia de terceros molares inferiores impactados y semi retenidos; tuvo como objetivo el establecer las técnicas quirúrgicas en exodoncia de terceros molares inferiores impactados y semi retenidos; El diseño de la investigación de tipo experimental ya que se realizó un caso del cual tomaron los datos de los resultados obtenidos para comparación con la literatura leída en los libros. Conclusión: La realización de un diagnóstico, técnicamente efectuado es de suma importancia en la labor de un odontólogo, puesto que con ello realizaremos los tratamientos con conocimiento de causa, este caso con una buena historia clínica sobre sus antecedentes personales y familiares nos ayudarían a tener buena referencia del caso y sería de una buena ayuda para evitar futuros percances”⁴.

Zhang Y.et al., investigación desarrollada en república de China el año 2021 denominada “Effects of Impacted Lower Third Molar Extraction on Periodontal Tissue of the Adjacent Second Molar (Efectos de la extracción del tercer molar inferior impactado sobre el tejido periodontal del segundo molar adyacente), La extracción de terceros molares inferiores impactados, es uno de los más comunes procedimientos en cirugía oral-maxilofacial. Al ser adyacentes a los segundos molares inferiores, la mayoría los terceros molares inferiores impactados a menudo conducen a defectos periodontales distales de los segundos molares adyacentes. Conclusiones: Pueden presentarse varios síntomas después de la extracción, como formación de bolsas periodontales, pérdida de inserción, pérdida de hueso alveolar e incluso

aflojamiento del segundo molar que resulta en la extracción. Varios estudios han sugerido que los dentistas pueden reducir el riesgo de defectos periodontales del segundo molar después de la extracción del molar impactado a través de la evaluación preoperatoria, selección razonable del diseño del colgajo, instrumentos de extracción y tipo de sutura, e intervenciones postoperatorias necesarias⁵.

Gizem B.et al., en su investigación realizado en Chipre el año 2022 al que denominaron Maxillary and Mandibular Third Molars Impaction with Associated Pathologies in a North Cyprus Population: A Retrospective Study (Impactación de terceros molares maxilares y mandibulares con patologías asociadas en una población del norte de Chipre: un estudio retrospectivo); tuvo como objetivo conocer la incidencia de terceros molares impactados y patologías en personas que viven en una población del norte de Chipre. Pacientes que fueron derivados a este servicio durante un período de un año debido a las quejas sobre su tercer molar; estudio retrospectivo, con una muestra de 550 pacientes de 16 a 65 años (1752 terceros molares). Entre los resultados principales encontrados o, el mayor número de terceros molares se originó en el grupo de edad de 20 a 29 años (n = 1050). Entre todos los 1752 terceros molares, 716 (40%) de ellos erupcionaron, mientras que 1036 (60%) fueron dientes molares impactados. La posición más afectada en la mandíbula fue del tipo mesioangular (42%) y en el maxilar fue del tipo vertical (62%). Conclusiones: Una gran proporción de terceros molares están afectados en la población del norte de Chipre. El grado de impactación de las muelas del juicio y los problemas que causan debe evaluarse bien, asimismo el abordaje quirúrgico debe considerarse de acuerdo con la línea de base de estos datos. Nunca se había realizado un estudio de este tipo en el norte de Chipre. Por lo tanto, este estudio ayuda revelando la tasa de impacto en la población y será de mayor utilidad para orientar estudios posteriores”⁶.

2.2.1.1 Antecedentes Nacionales

Alvarez S., desarrollo su tesis en el cusco el año 2017 al que denomino Cirugía de tercera molar inferior impactada en paciente de 24 años de edad de la ciudad del Cusco; el objetivo fue: Reducir el tiempo la intervención y los problemas post operatorios mediante un diagnóstico adecuado; observa que la pieza 4.8 se encuentra en posición no apta para su erupción, donde según las condiciones presentes se llega al diagnóstico definitivo de dicha pieza indicando que se encuentra en una posición mesioangular según Winter y según Pell y Gregory clase II posición B. Por lo que se llega a la conclusión que el paciente está apto para realizar la intervención quirúrgica. Conclusiones principales: El tiempo de la intervención fue reducido con eficacia; al conocerse la posición exacta del diente molar 4,8. Es importante conocer el procedimiento a seguir y tener un protocolo con la secuencia correcta de cada uno de los pasos a realizar para reducir el tiempo de trabajo”⁷.

Tarazona G., trabajo de suficiencia profesional realizado en Huancayo, el año 2022 al que tituló Grado de complejidad quirúrgica en terceros molare semi impactada, clase II, posición A; caso clínico con el objetivo de analizar el grado de complejidad quirúrgica en terceros molares semi impactada, clase II, posición A, motivo de consulta “Me duele el diente”, enfermedad actual el paciente refiere que hace 25 días presentó dolor de origen dentario a nivel del sector posterior inferior del lado izquierdo, incrementándose ante el frío, al masticar los alimentos presenta dolor a ese nivel, ante la palpación de la encía que lo rodea aumenta el dolor. Conclusiones: Las muelas de juicio y las corduras o cordales son las últimas piezas en erupcionar de las 32 piezas permanentes que conforman la dentición permanente en el adulto. Las terceras molares son piezas que pueden ser impactadas, semi impactadas e incluidas. La clasificación de las posiciones de las terceras molares según Winter y Pell y Gregory son importantes”⁸.

Ripalda J., trabajo de suficiencia profesional realizado en Huancayo el año 2022,al que

denominó Reporte de caso clínico de extracción dental de tercera molar impactada; presenta el caso clínico paciente de sexo masculino de 21 años de edad viene a la consulta con motivo “Quiero que me extraiga mi tercera molar”, refiriendo el paciente acude al odontólogo hace 3 meses para curarse el diente de atrás, a la radiografía de diagnóstico se observa que su ultimo molar estaba chocando con su otro diente, pero anterior a esto el paciente refiere que había sentido un dolor en la parte de atrás pero no le dio importancia, el dolor era leve y fue desapareciendo por sí solo, actualmente refiere que quiere que le extraigan su tercer molar para que le pongan su brackets; Conclusiones: La ansiedad es un problema en los pacientes ya que al momento del tratamiento puede conllevar a problemas. Para la extracción de las terceras molares es indispensable tener las radiografías panorámicas para un buen diagnóstico y plan de tratamiento”⁹.

2.1.1 Bases teóricas

Diente Impactado

“Los dientes impactados son todos aquellos que durante su proceso de erupción acaban encontrando una barrera física que impide la erupción normal”¹⁰.

Los cambios alterados en la erupción dental se refieren a dientes no erupcionados que aún no han emergido a través de la mucosa oral. Esto incluye los dientes impactados y los dientes que están en proceso de erupción. Un diente impactado es un diente no erupcionado que está bloqueado por una barrera física impuesta durante la erupción o por una posición anormal del diente. Por otro lado, cuando una barrera física o una posición anormal no se pueden reconocer como un factor que interrumpe el proceso de erupción, se denomina retención dental siendo primario o secundario¹¹.

Como el tercer molar erupciona a una edad promedio de 19,5-20,5 años, es el último diente en

erupcionar y por lo tanto es fácilmente influenciado para quedar impactado, esta incorrecta situación puede producir patologías si no hay suficiente espacio en la arcada dentaria para recibirlos. Para entender esto, necesitamos conocer el estado anatómico y de desarrollo de estos dientes¹².

Relación anatómica de los terceros molares inferiores

“La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de la evolución filogenética produciendo la inclusión del tercer molar inferior”¹².

“El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular llamada “zona fértil mandibular”. En donde el crecimiento se realiza en sentido posterior, obligando al tercer molar inferior a efectuar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba para alcanzar su lugar normal en la arcada”¹².

“La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado:

-Hacia delante: El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar y puede lesionarse a diferente altura.

-Hacia abajo: Está en relación más o menos íntima con el paquete vásculo nervioso dentario inferior, que puede atravesar a veces entre sus raíces.

-Hacia atrás: Se encuentra con el borde anterior de la rama ascendente, que impide una buena posición del diente en la arcada”¹².

Eventualidades clínico-patológicos ocasionados por el tercer molar inferior

Las características anatómicas y de desarrollo determinan el grado de retención o erupción de

los terceros molares. Los terceros molares mandibulares atrapados pueden permanecer asintomáticos de por vida, pero se asocian con diversos accidentes o complicaciones clínicas patológicas que pueden clasificarse como accidentes infecciosos, tumorales, neoplásicos, mecánicos, y neurológicos, pudiendo desarrollar enfermedades¹².

A) Accidentes infecciosos.

Son los más importantes y están centrados por la pericoronaritis. En un estudio se encontró que el 64% de los terceros molares con patología presentaban esta complicación infecciosa, en particular los que se presentaban en posición disto angular y mesio angular. El término “pericoronaritis” designa un proceso infeccioso agudo que afecta a los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado, fundamentalmente de los terceros molares, se observa en pacientes jóvenes”¹².

B) Accidentes tumorales.

“Las lesiones quísticas constituyen una de las afecciones patológicas más frecuentes asociadas a los dientes retenidos o impactados. A partir de los diversos procesos infecciosos, periodontales o disgenéticos, que pueden tener lugar en torno a un tercer molar, se originan a veces lesiones de tipo tumoral que complican y agravan el pronóstico de un simple tercer molar incluido”¹².

C) Accidentes mecánicos.

“Están originados por el conflicto de espacio en la región del ángulo mandibular durante la erupción del tercer molar inferior. Clínicamente, se manifiestan a nivel dentario, en la mucosa, en el hueso maxilar, en la articulación temporomandibular o a través de la prótesis que pueda portar el paciente”¹².

Exodoncia del tercer molar inferior semi impactado

Los terceros molares inferiores impactados, suelen tener más complicaciones durante la

extracción que los terceros molares del maxilar superior, porque la corteza es más compacta y la extracción es más difícil. Además, hay que añadir que se debe tener especial cuidado con esta técnica, ya que la mandíbula es muy frágil y tiene dureza como el vidrio, por lo que la posibilidad de fractura mandibular es relativamente frecuente. Otra consideración al extraer molares mandibulares es la proximidad de los nervios lingual y dental mandibular¹³.

Relación del tercer molar respecto a la rama ascendente de la mandíbula

Clase I:

“El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesio distal del tercer molar”¹⁴.

Clase II:

“El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesio distal del tercer molar”¹⁴.

Clase III:

“El tercer molar esta parcial o totalmente dentro de la rama mandibular”¹⁴.

Profundidad relativa del tercer molar

Posición A:

“La parte más alta del tercer molar, está a nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar”¹⁴.

Posición B:

“La parte más alta del tercer molar esta entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar”¹⁴.

Posición C:

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar

La técnica para realizar la extracción del tercer molar afectado (Técnica quirúrgica) es la siguiente:

- 1) Se realiza el estudio de la proximidad del nervio dentario y fundamentalmente la posición del diente con respecto al resto de estructuras. Se procede con anestesiar por técnica troncular los nervios dentarios inferiores, linguales y bucales.
- 2) Se debe realizar la incisión comenzando o iniciándola en el borde de la rama ascendente situándose ligeramente hacia vestibular dirigido hasta el ángulo distal del segundo molar y en esta zona se realiza una descarga por vestibular situándola en la parte media de la raíz del segundo molar.
- 3) Para realizar el colgajo se toma el espesor total con el periostotomo para luego separar utilizando el separador Minessota.
- 4) Se realiza o efectúa la osteotomía preferentemente con fresa redonda, se debe irrigar, el procedimiento nos permite eliminar la cresta del tercer molar que reduce espacios para la exodoncia.
- 5) Si el molar estuviese situado en posición horizontal, en forma preferente se realiza una odontosección dirigida al cuello dentario, con lo cual se elimina la corona y dejando las raíces y si el molar situado en posición vertical entonces la odontosección se hará efectuando una hemisección.
- 6) Es imperativo que antes de efectuar la extracción se debe proteger el nervio lingual para ello

se debe colocar un despegador situado entre la encía lingual y la cortical interna mandibular.

7) Como maniobra quirúrgica se debe aplicar el botador situado en mesial de la corona y lo más apical posible accionando con una fuerza de rotación dirigido hacia oclusal y distal

8) En seguida se empleará el botador por vestibular efectuando una muesca en la raíz para que sea más rápida y fácil su aplicación. Inmediatamente efectuada la exodoncia o extracción se debe revisar el lecho alveolar, en este proceso se debe irrigar con clorhexidina o con suero fisiológico.

9) Se realiza la sutura de la herida, teniendo en cuenta la reposición correcta de la encía insertada del segundo molar.

RETENCIÓN DENTARIA

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

CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OCASIONADAS POR LA ERUPCIÓN PARCIAL DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR

Las complicaciones del tercer molar rigen la siguiente clasificación, Infecciosas, tumorales, mecánicas, Nerviosas y el grupo de accidentes diversos.

- **Infecciosas:** Estas complicaciones de origen infeccioso se pueden tornar:

- **Locales:** Como la pericoronaritis que es muy frecuente en la erupción anómala del tercer

molar mandibular.

- **Regionales:** Como algunos tipos de abscesos cervicofaciales y sistémicos. tanto las anomalías regionales como las sistémicas son una secuencia o estadio posterior de la pericoronaritis del tercer molar mandibular. Es un proceso que puede instaurarse, ya sea por una mala praxis, o por una significativa depresión del sistema inmunológico.

- **Pericoronaritis:** Podemos definir como pericoronaritis, como la infección que abarca los tejidos blandos que rodean la corona de una pieza dentaria parcialmente erupcionada, proceso infeccioso que se torna agudo en individuos de edades entre la segunda y tercera década. La característica principal de esta patología es que la inflamación es tal que cubre la corona del diente que está en erupción, cayendo en la estadística de ser la patología más frecuente ocasionada por piezas retenidas. La pericoronaritis puede presentarse de las siguiente formas; aguda congestiva, aguda supurada, y crónica (C, 2004)

- **Etiología de la pericoronaritis:** Esta infección está dada por la proliferación de bacterias en un medio ideal, como lo es la parte del opérculo que está en contacto con la pieza semiretenida, en este lugar encontraremos humedad, obscuridad, y retención de alimento, los cuales se van a descomponer y servirá de apósito para el cultivo de más bacterias anaerobias. Los tejidos blandos se vuelven eritematoso y se inflaman debido al choque masticatorio del tercer molar superior con el tercer molar inferior.

- **Pericoronaritis aguda congestiva:** Los signos y síntomas que vamos a encontrar presentes en esta patología son, odontalgia retro molar, aumentando el umbral con la masticación llegando a ser irradiado hasta la región de la faringe. Observamos por distal del siete una zona eritematosa brillante con intenso dolor a la palpación, huella marcada del diente antagonista y con frecuente sangrado, puede aparecer también una adenopatía simple en la cadena ganglionar

submandibular.

- **Pericoronaritis aguda supurada:** En esta etapa los signos y síntomas nos arrojan datos como que la odontalgia es más severa llegando así en la escala del dolor de 7 a 8,9. el dolor se puede irradiar a otras zonas dificultando así el diagnóstico definitivo. El eritema se extiende hasta la faringe y al pilar anterior del velo del paladar, si se realiza una presión significativa en el opérculo se verá salir una ligera cantidad de exudado inflamatorio, adenopatías en la cadena submandibular esta vez más dolorosas. El tratamiento paliativo para este tipo de patología es la medicación con antibióticos y antiinflamatorios para el posterior tratamiento del tercer molar. (C, 2004)

- **Pericoronaritis crónica:** En esta etapa de la pericoronaritis encontraremos Sintomatología intermitente, algias retromolares, Halitosis, y uno de los signos más frecuentes asociados a esta patología es la Faringitis unilateral, intermitente y recidivante. Puede causar también trismos o limitación de la apertura bucal, gingivitis, adenopatías crónicas o abscesos periamigdalinos.

2.1.2 Bases Conceptuales:

Anatomía Oral y Maxilofacial: Comprender la anatomía detallada de la región oral y maxilofacial, especialmente en lo que respecta a la estructura y posición del tercer molar inferior.

Fisiología y Patología Dental: Entender la fisiología normal del crecimiento dental y las posibles variaciones que pueden llevar a la semi-impactación del tercer molar inferior.

Técnicas Radiográficas: Familiaridad con las técnicas radiográficas, como radiografías panorámicas y periapicales, para evaluar la posición, inclinación y relación del tercer molar inferior con las estructuras circundantes.

Farmacología y Anestesiología: Conocimiento de las drogas anestésicas y analgésicas

utilizadas en odontología para garantizar una adecuada anestesia y control del dolor durante el procedimiento.

Instrumentación Odontológica: Familiaridad con el instrumental específico utilizado en la exodoncia, incluyendo elevadores, fórceps y otros dispositivos especializados para la extracción de terceros molares.

Principios de Cirugía Oral: Conocimiento de los principios básicos de la cirugía oral, incluyendo técnicas de incisión, disección y sutura, para llevar a cabo la exodoncia de manera eficiente y con mínimas complicaciones.

Manejo Postoperatorio: Comprender las consideraciones postoperatorias, incluyendo cuidados de heridas, prescripción de medicamentos, y pautas de seguimiento para asegurar una recuperación sin complicaciones.

2.1.3 Metodología:

2.1.3.1 Diseño de investigación: El siguiente trabajo será de un estudio Observacional Descriptivo y Prospectivo.

CAPITULO III – DESARROLLO TEMÁTICO

3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1. Historia Clínica:

Riesgo sistémico: Bajo

Riesgo estomatológico: Bajo

Conducta: Colaborador

Ectoscopía: Paciente varón que aparenta su edad y buen estado de salud general

ANAMNESIS

Datos de Filiación:

NOMBRE Y APELLIDOS: Samuel Octavio Tamara Flores

Como lo llaman en casa: Sam

EDAD: 25 años y 2 meses

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: SOLTERO

DOMICILIO: Av. Tupac Amaru 946 P.J. La Libertad

OCUPACION: Estudiante

FECHA DE NACIMIENTO: 11/07/1997

LUGAR DE PROCEDENCIA: Lima, Comas

A. MOTIVO DE CONSULTA: “Quiero que me saquen mis dientes porque me duele”

B. ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de sexo masculino de 25 años, sin enfermedad sistémica; manifiesta fastidio dolor en la zona de la hemiarcada El dolor comienza de

manera gradual, con molestias leves al masticar, iniciando aproximadamente hace seis meses. La duración del dolor varía, con episodios agudos que duran horas y momentos de alivio temporal. La periodicidad está vinculada a las actividades alimenticias y la presión sobre la mandíbula. El tipo de dolor es principalmente sordo, con episodios pulsátiles durante exacerbaciones. La ubicación del malestar se centra en la parte posterior de la mandíbula izquierda, irradiando hacia la región del oído. A lo largo de los meses, el dolor se ha vuelto más constante, afectando la calidad de vida y provocando molestias incluso en reposo. La evolución incluye signos de inflamación local y la posibilidad de una infección periapical. En el estado actual del paciente se destaca la necesidad urgente de intervención odontológica, como es la exodoncia, para aliviar el dolor crónico y prevenir complicaciones adicionales.

- C. ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** No refiere antecedentes Médicos Familiares, pero no se descarta exámenes generales.

3.2 EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

FUNCIONES VITALES:

- P.A.: 115 / 70 mm Hg.**

- PULSO: 65 pulsaciones x minuto.**

- TEMPERATURA: 36.5 °C.**

- FREC. RESPIRATORIA: 18 respiraciones x minuto.**

- ESTADOS DEL PACIENTE: ABEG, LOTEPE.**

Piel

Textura: Rugosa

Turgencia: Conservada

Color: Mestizo

Cicatrices: Presente en la cara, hemi arcada izquierda

Pigmentación: Presencia de manchas melánicas

Lesiones: No presenta

Anexos

Pelos: cabello corto, color negro

Uñas: onicofagia

EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Examen extrabucal

Facie: Normal

Cráneo: Dolicocefalo

Cara: Dolicofacial

MUSCULOS	DOLOR (semiología)	TONICIDAD
Temporal	Asintomático	Normotónico
Masetero	Asintomático	Normotónico
Pterigoideo Externo	Asintomático	Normotónico
Pterigoideo Interno	Asintomático	Normotónico
Digástrico	Asintomático	Normotónico
Esternocleidomastoideo	Asintomático	Normotónico

Cervicales Posteriores	Asintomático	Normotónico
------------------------	--------------	-------------

Tabla 1. Examen clínico de músculos

ATM: Sin alteración, no presenta dolor, no ruidos y no chasquidos

Región Hioidea o tiroidea: Conservada

Ganglios: No palpables ni doloroso

Examen intrabucal

Tejidos blandos

Labios y comisura labial: Labios gruesos ala de gaviota, color coral, secos y labios competentes

Carrillos: presencia de línea alba, glándulas en buen estado

Paladar Duro: Presencia de rugas palatinas sin alteraciones

Paladar Blando: sin lesiones ni alteraciones

Orofaringe: Única úvula y centrada

Saliva: Abundante y mucoso

Tejidos Duros

Maxilar superior: Tamaño grande Forma: Redonda

Maxilar inferior: Tamaño grande Forma: Cuadrado

Reborde alveolar: Conservado

Zonas edéntulas: No presenta zonas edéntulas

Dientes

Número: 14 dientes superiores y 14 dientes inferiores y 2 semi impactados

Forma: Superior cuadrados inferiores rectangular

Color: Amarillento

Diastemas: No presenta

Alteración de posición: No presenta

Facetas de desgaste: Pieza 4,1 y 4,2

Otras alteraciones dentarias: no presenta alteraciones dentarias

Oclusión

Relación molar: Derecha clase III Izquierda clase III

Relación canina: Derecha clase III Izquierda clase III

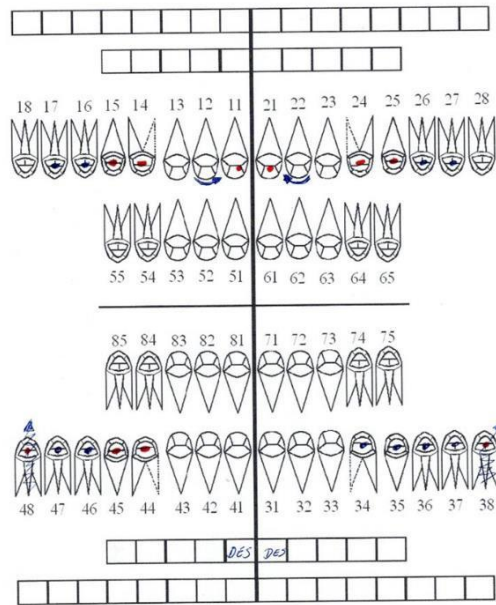
Dimensión vertical: Aumentada

Grado de apertura bucal: 52 mm

Overbite: 0%

Over jet: 0 mm Interferencias oclusales: 1,2 y 4,3 - 1,2 y 4,2 - 1,1 y 4,1 - 2,1 y 3,1 - 2,2 y 3,2

Relación céntrica y oclusión habitual: oclusión habitual



OBSERVACIONES.....

Figura 1. Fotografía de odontograma
 Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

Resumen de anamnesis y examen clínico

Paciente varón 25 años con 2 meses de edad, colaborador que aparenta buen estado de salud general, presenta signos vitales estables, paciente sin alteraciones sistémicas. Acude a la consulta con dolor manera gradual, con molestias leves al masticar, iniciando aproximadamente hace seis meses. Con una duración variada, con episodios agudos que duran horas y momentos de alivio temporal, que tiene un periodo durante actividades alimenticias y la presión sobre la mandíbula. La evolución incluye signos de inflamación local y la posibilidad de una infección periapical. En el estado actual del paciente se destaca la necesidad urgente de intervención odontológica, como es la exodoncia, para aliviar el dolor crónico y prevenir complicaciones adicionales.



Figura 2. Fotografías extraorales del paciente

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

3.3 Diagnóstico y pronóstico

Diagnostico presuntivo

De las condiciones estomatológicas:

- Gingivitis asociada a biofilm
- lesión cariosa a nivel de las piezas: 1,1 1,4 1,5 2,1 2,4 2,5 3,8 4,4 4,5 y 4,8
- pieza 3,8 semi impactada en posición mesioangular hacia distal de la pieza 3,7
- Pieza 4,8 segmento distal de la corona impactada contra la línea oblicua externa retenida

Exámenes auxiliares

Radiografía panorámica

Radiografía periapical

Fotografía intraoral y extraoral

Análisis de laboratorio (Hemograma completo, tiempo de sangría y tiempo de coagulación)

Modelo de estudios

Diagnóstico definitivo

Pieza 3,8: clasificación de Pell Gregory IIB y de Winter Mesioangulado hacia distal de la pieza 3.7

Exámenes de ayuda Diagnóstica:

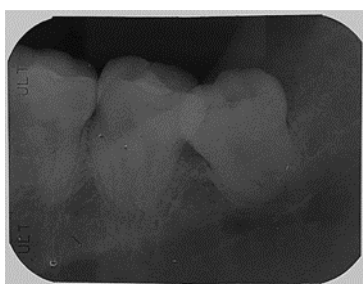


Figura 3. Fotografía de radiografía periapical de diagnóstico

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

Informe de radiografía

- **Pieza 3,8:** Pieza mesioangulada hacia distal de la pieza 3.7, con ligero ensanchamiento del espacio periodontal.
- **Pieza 3,7:** Imagen radiolúcida a nivel oclusal



Figura 4. Fotografía de radiografía panorámica de diagnóstico

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

- Informe:**
- Pieza 3.8: Mesioangulación hacia distal de la pieza 3.7
 - Pieza 1.8: Impactación hacia la parte distal de la pieza 1.7
 - Pieza 4.8: Impactación de pieza 4.8 hacia la rama mandibular.
 - Senos maxilares neumatizados.
 - Ángulo mandibular asimétrico.

3.4 Plan de Tratamiento

3.3.1 Formulación del Plan de tratamiento general Fase I sistémico

Fisioterapia: Motivación con charla informativa al paciente, instrucción de técnica de cepillado y el uso de hilo dental, destartraje y profilaxis.

Cirugía: Cirugía compleja de la pieza 3.8, ubicada en la región más cercana a la rama ascendente de la mandíbula.

Maniobras previo a la cirugía

Asepsia y antisepsia:

Realizamos destartraje y la profilaxis previa al procedimiento de la cirugía

Enjuagatorio con clorhexidina vía oral de 20 a 30 segundos.

Desinfección de la zona perioral con gasa con solución a base de alcohol yodado.

Técnica Quirúrgica a realizar: Incisión lineal, ya que es una técnica quirúrgica que implica realizar un corte recto y continuo en el tejido biológico. Esta forma de incisión se utiliza comúnmente en procedimientos médicos y odontológicos para proporcionar acceso preciso al área de intervención, facilitando la visualización y manipulación durante la cirugía. El diseño lineal busca minimizar el trauma tisular y mejorar la cicatrización postoperatoria. Se seguirán los siguientes pasos:

- **Planificación y marcado:** Identifica la ubicación precisa de la incisión mediante la planificación del procedimiento. Marca la línea de incisión en la encía con un marcador estéril, considerando la anatomía dental y la localización del diente o área a tratar.
- **Preparación del sitio:** Limpia y desinfecta la cavidad oral y la mucosa gingival alrededor del área de la incisión. Utiliza técnicas asépticas y proporciona al paciente enjuagues antisépticos según sea necesario.
- **Anestesia:** Administra anestesia local para adormecer la encía y el tejido circundante. Asegúrate de que el paciente esté cómodo y sin sensibilidad en el área a tratar.

- **Incisión:** Utiliza un bisturí afilado para realizar una incisión lineal precisa en la encía, siguiendo la marca previamente realizada. La longitud y la ubicación de la incisión dependerán del procedimiento específico, como la exposición de un diente impactado o la realización de una cirugía periodontal.
- **Hemostasia:** Se controla el sangrado utilizando técnicas de hemostasia, como presión local, uso de apósitos hemostáticos o agentes vasoconstrictores si es necesario.
- **Acceso y tratamiento:** Después de realizar la incisión, se obtiene acceso al área a tratar. Esto puede incluir la exposición de un diente para extracción, acceso a áreas periodontales para cirugía de colgajo, entre otros procedimientos.
- **Cierre:** Se cierra la incisión con suturas reabsorbibles o no reabsorbibles, dependiendo del área tratada y las preferencias del odontólogo.
- **Postoperatorio:** Se proporciona instrucciones postoperatorias al paciente, como cuidados de la herida, medicamentos para el dolor y posiblemente restricciones dietéticas o de actividad.

Técnica de anestesia a utilizar

- Primero utilizamos la anestesia tópica alrededor de la zona donde se va a anestesiar
- Anestesia troncular del nervio dentario inferior utilizaremos jeringa carpule y aguja larga con lidocaína al 1,8%
- Incisión lineal
- Desprendimiento de colgajo
- Odontosección
- Extracción propiamente dicha
- Curetaje del alveolo
- Irrigación del lecho quirúrgico con suero fisiológico
- Revisión del alveolo
- Visualización del proceso hemostático
- Sutura
- Controles

M) Medicación post operatoria

Fármaco	Dosis o vía	Hora de administración
Clindamicina de 600 mg(amp)	2 amp vía intramuscular	1 c/24 horas por 2 días
Diclofenaco sódico de 75mg(amp)	2 amp vía intramuscular	1 c/ 12 horas por 2 días
Dexametasona de 4 mg (amp)	2 amp vía intramuscular	1 c/12 horas por 2 días

Tabla 2. Medicación post operatoria

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



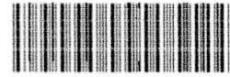
Figura 5. Fotografías Intraorales

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 6. Fotografías de modelos para la incisión

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



jueves, 30 de junio de 2022

PACIENTE: **SAMUEL OCTAVIO TAMARA FLORES**

SEXO: **MASCULINO**

EDAD: **25 AÑOS**

FECHA TOMA DE MUESTRA: **30/06/2022**

RESULTADOS

Muestra : Sangre con EDTA

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO			RANGO REFERENCIAL
Glóbulos rojos	4.85	x10 ⁹ /uL	3.80 - 6.50
Hematocrito	44.8	%	35 - 55
Hemoglobina	15.2	g/dL	11.5 - 17.5
VCM	87.8	fL	80 - 100
HCM	31.3	pg	27 - 32
CHCM	33.9	%	31 - 35
RDW	13.2	%	11.5 - 15
Glóbulos blancos	5.8	x10 ³ /uL	5.0 - 10.0
Abastionados	0.0	x10 ³ /uL	0.0 - 0.4
Segmentados	3.9	x10 ³ /uL	2.5 - 7.5
Eosinófilos	0.1	x10 ³ /uL	0.0 - 0.5
Basófilos	0.0	x10 ³ /uL	0.0 - 0.1
Monocito	0.5	x10 ³ /uL	0.0 - 0.8
Linfocito	1.3	x10 ³ /uL	1.0 - 5.0
Abastionados	0	%	0.0 - 4.0
Segmentados	68	%	45 - 75
Eosinófilos	1	%	2.0 - 5.0
Basófilos	0	%	0.0 - 1.0
Monocito	8	%	2.0 - 8.0
Linfocito	23	%	20.0 - 50.0
Plaquetas	191	x10 ³ /uL	150 - 450
VPM	9.7	fL	8 - 12

OBSERVACIONES:

DR. HAZARD ORTIZ MICHOTTEGO
PATÓLOGO CLÍNICO
C.M.P. 27335 R.N.E. 18193

Figura 7. Fotografía del examen de laboratorio hematológico

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Laboratorio Clínico
Divino Lab



jueves, 30 de junio de 2022

PACIENTE: **SAMUEL OCTAVIO TAMARA FLORES**

SEXO: **MASCULINO**

EDAD: **25 AÑOS**

FECHA TOMA DE MUESTRA: **30/06/2022**

RESULTADOS

RANGO REFERENCIAL

TIEMPO DE SANGRIA	: 1 Min. 20 Seg.	(1 - 3 Minutos)
TIEMPO DE COAGULACION	: 2 Min. 30 Seg.	(2 - 7 Minutos)

DR. HAZARIO ORTIZ MENCHOTRIGO
PATÓLOGO CLÍNICO
CMBP 27335 RNE 16193

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 8. Fotografía del campó operatorio
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

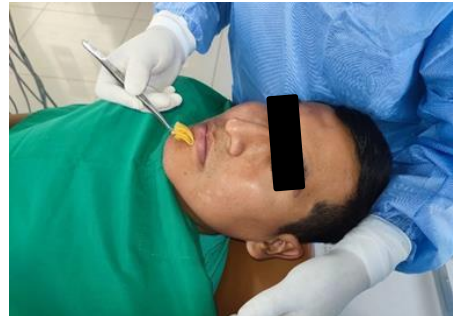


Figura 9 Asepsia y antisepsia. -enjuague bucal y desinfección extraoral

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

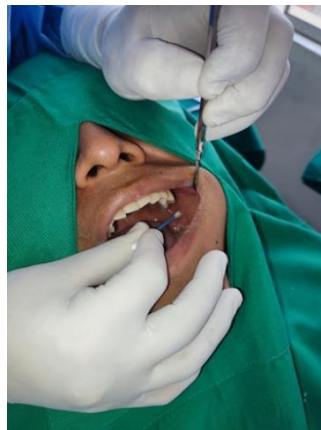


Figura 10. Fotografía de colocación de anestesia tópica

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 11. Colocación de anestesia troncular

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 12. Fotografía de incisión de colgajo

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 13. Fotografía de levantamiento de colgajo y visualización de la corona

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 14. Fotografía de odontosección
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 15. Fotografías de extracción propiamente dicha
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 16. Fotografía de pieza dentaria extraída
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 17. Fotografía de curetaje del alveolo
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 18. Fotografía de lavado alveolo con suero fisiológico
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 19. Fotografía de sutura
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 20. Fotografía de Limpieza con suero fisiológico
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

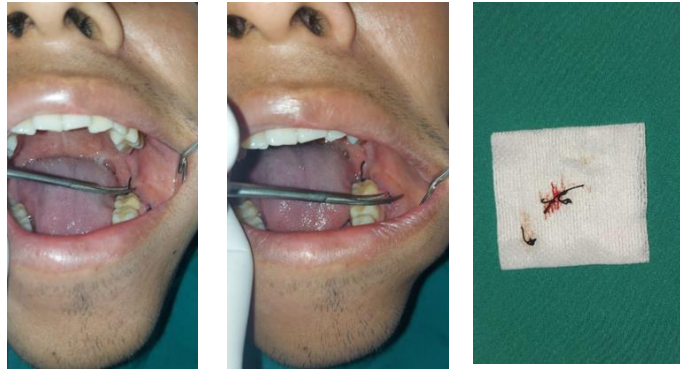


Figura 21. Fotografía de pieza dentaria extraída
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



**Figura 22. Fotografía del paciente-operador- cirujano dentista acompañante al finalizar
la cirugía**

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



**Figura 23. Fotografía del retiro de puntos de sutura.
10 días después de la intervención**

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan



Figura 24. Fotografía de enjuagatorio con clorhexidina
Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

3.5 Plan de control y mantenimiento

- **Evaluación Preoperatoria:** Realizar una evaluación clínica y radiográfica detallada para determinar la posición exacta y la relación con estructuras adyacentes de la tercera molar impactada.
- **Seguimiento:** Proporcionar instrucciones claras sobre cuidados postoperatorios, tales como: control del sangrado por medio de una gasa estéril durante al menos 30 minutos después de la extracción, aplicar frío por medio de hielo en el lugar tratado, evitar enjuagues fuertes o escupir durante las primeras 24 horas, evitar consumir alcohol o tabaco, tomar medicamentos y programar un seguimiento para evaluar la cicatrización y abordar cualquier preocupación del paciente.

❖ MEDICACIÓN POS TRATAMIENTO

- 1. Celecoxib de 200mg. 1 capsula al día.**
- 2. Ketorolaco de 10mg. condicionado al dolor.**

CAPITULO IV – ANALISIS Y DISCUSIÓN

La exodoncia del tercer molar inferior semi impactado es un procedimiento común que involucra la extracción de un diente que no ha erupcionado completamente.

Tanto la literatura como mis conclusiones sobre la práctica clínica destacan la importancia de una evaluación preoperatoria detallada. La necesidad de identificar factores de riesgo, como la proximidad a nervios importantes, es una preocupación compartida tanto en la literatura como en la práctica clínica. Por otro lado, la importancia de utilizar técnicas quirúrgicas avanzadas, como la elevación de colgajo y la osteotomía selectiva, para minimizar el trauma tisular durante la extracción. La elección de una anestesia local efectiva es esencial para garantizar el confort del paciente y un procedimiento sin dolor. Muy aparte, los estudios abordan complicaciones potenciales, como la parestesia y la osteonecrosis, y proporcionan estrategias para minimizar estos riesgos.

El manejo postoperatorio, que incluye analgesia y pautas de cuidado, se destaca como crucial tanto en la literatura como en la práctica clínica para asegurar una recuperación exitosa.

La parte clínica reconoce la importancia de abordar los aspectos psicológicos del paciente, como la ansiedad asociada con la extracción de terceros molares. Entre las estrategias de comunicación efectiva y educación preoperatoria son esenciales para mejorar la experiencia del paciente y fomentar la cooperación durante el procedimiento.

Autores y profesionales de la salud dental ofrecen recomendaciones específicas para la práctica clínica, incluyendo la necesidad de colaboración interdisciplinaria y la actualización continua.

.Los diversos autores reconocen la importancia de implementar mejores prácticas y la integración constante de avances en la exodoncia de terceros molares para mejorar continuamente la atención al paciente.

CAPITULO V - CONCLUSIONES

- La exodoncia del tercer molar inferior semi-impactado es un procedimiento dental crucial que aborda diversas complicaciones potenciales asociadas con la erupción parcial de estas muelas del juicio.
- A partir de la revisión de la literatura y considerando la complejidad anatómica, se concluye que la planificación cuidadosa y la evaluación radiográfica son fundamentales para determinar la mejor estrategia quirúrgica. La detección temprana y la intervención precisa son esenciales para prevenir el desarrollo de problemas a largo plazo, como infecciones, daño a estructuras nerviosas y molestias crónicas.
- Además, se destaca la importancia de una atención postoperatoria meticulosa para garantizar una recuperación sin complicaciones.
- La educación del paciente sobre el manejo postoperatorio, incluidos los cuidados de la herida y el uso adecuado de medicamentos recetados, contribuye significativamente a una experiencia más positiva y con resultados exitosos.
- Se concluye que la exodoncia de terceros molares inferiores semi-impactados debe ser abordada de manera personalizada, considerando las características individuales de cada caso, y realizada por profesionales odontológicos experimentados para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

CAPITULO VI - RECOMENDACIONES

- Antes de proceder con la exodoncia del tercer molar inferior semi-impactado, se recomienda una evaluación clínica completa, incluyendo radiografías dentales. Esta evaluación permitirá una comprensión precisa de la posición del diente impactado, la proximidad a estructuras nerviosas y la presencia de infecciones. La información obtenida guiará la planificación quirúrgica y ayudará a prevenir posibles complicaciones.
- Cada caso de tercer molar inferior semi-impactado es único, por lo que se sugiere un enfoque personalizado en la planificación y ejecución del procedimiento. Considerar la anatomía específica del paciente, la posición del diente y la presencia de posibles complicaciones es esencial. Esto garantizará una intervención quirúrgica adaptada a las necesidades individuales, minimizando riesgos y mejorando los resultados postoperatorios.
- Proporcionar una gestión efectiva del dolor es crucial para mejorar la experiencia del paciente. Se deben recetar analgésicos adecuados y se pueden considerar medidas como la aplicación de hielo para reducir la inflamación postoperatoria. Educar al paciente sobre la importancia del cumplimiento con las indicaciones postoperatorias contribuirá a una recuperación más cómoda y exitosa.
- Después de la exodoncia, se recomienda un seguimiento regular para evaluar la cicatrización y abordar cualquier preocupación del paciente. Monitorizar la evolución postoperatoria ayuda a identificar precozmente posibles complicaciones, como infecciones o trastornos de la cicatrización. Este enfoque proactivo asegura que cualquier problema se aborde de manera oportuna, mejorando así la calidad de la atención postoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solis Y. Cirugía de tercer molar inferior impactado. [Trabajo académico de sustentación de caso clínico]. Cusco: Universidad Andina del cusco; 2017, p. 70
2. Delgado W. Tratamiento quirúrgico de tercer molar inferior semi retenido en posición mesio angular. [Trabajo académico de grado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017, p. 59
3. Izurieta G. Exodoncia de tercer molar en posición mesio angular clase I-A según Pell y Gregory. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020, p. 91
4. Arias A. Técnica quirúrgica en exodoncia de terceros molares inferiores impactados y semiretenidos. [Trabajo académico de grado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019, p. 74
5. Zhuan Y. Effects of Impacted Lower Third Molar Extraction on Periodontal Tissue of the Adjacent Second Molar
6. Genç, Bedriye Gizem Çelebioğlu, Kaan Orhan, and Evren Hıncal. "Maxillary and Mandibular Third Molars Impaction with Associated Pathologies in a North Cyprus Population: A Retrospective Study." *Applied Sciences* 12.11 (2022): 5756.
7. Álvarez S. Cirugía de tercer molar inferior impactada en paciente de 24 años de edad de la ciudad del Cusco. [Trabajo académico de grado]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2017, p. 78
8. Tarazona G. Grado de complejidad quirúrgica en terceros molare semiimpactada, clase II, posición A. [Trabajo de suficiencia profesional]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes.2022, p.28

9. Ripalda J. Reporte de caso clínico de extracción dental de tercer molar impactada. [Trabajo de suficiencia profesional]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes.2022, p.28
10. Medeiros P. Cirugía de dientes incluidos. Extracción del tercer molar. Ed Amolca. 146 p. Edición año 2010.
11. Cachay C. Prevalencia de piezas dentarias impactadas y retenidas en pacientes adultos del servicio de radiología bucal. HMC. Lima. 2016. [Trabajo académico de grado]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017, p. 71
12. Lago L.Exodoncia del tercer molar inferior: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. [Internet]. 2017 [citado 17 de setiembre del 2022].
13. Sánchez Manual Básico de Cirugía Oral para el Odontólogo Novel.3 Ciencias 2016, p.112
14. Mosquera Y. Vélez D.Velásquez M. Frecuencia de posiciones de terceros molares impactados en pacientes atendidos en la IPS CES-Sabaneta - Antioquia. CES odontol. [Internet]. 2020 [citado 17 de setiembre del 2022]; vol.33 no.1 Medellín
15. Consentimiento informado para la exodoncia de la tercera molar. [Internet]. 2014; [citado 21 setiembre del 2022].

ANEXOS

Anexo I Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA DE LA TERCERA

MOLAR SEMIIMPACTADA

Yo Samuel Octavio Tamará Flores..... (como paciente), con
DNI No. 72613942....., mayor de edad, y con domicilio en Av. Tupac Amaru
946 P. J. La Libertad.....

DECLARO

Que el Cirujano Dentista María Cristina Azabache Fuentes

me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a la extracción de una muela de juicio por los síntomas y signos que manifiesto Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir eliminar los problemas y complicaciones que su mantenimiento en la boca pueda ocasionar. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias

o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado necesarios, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, que exigiría bloquearse con la colocación en el alvéolo de una sustancia coagulante o mediante sutura. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, laceraciones en la mucosa yugal o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique intrarradicular o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el cirujano dentista tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción. Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la mandíbula e incluso fractura del maxilar, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de ese proceso. También se me ha explicado que, aunque infrecuentemente, y con


Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, pueden lesionarse el nervio dentario o el nervio lingual, con pérdida de sensibilidad que normalmente es temporal y desaparece en algunas semanas, pero que puede perdurar durante tres a seis meses, o ser definitiva. Menos graves resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, etc., que suelen poder controlarse farmacológicamente pero que pueden precisar de tratamiento quirúrgico posterior. He comprendido que, como alternativa a la extracción del molar de juicio, podría recurrir a técnicas conservadoras como la endodoncia y la periodoncia, que descarto por su estado, que también se me ha explicado, y por las consecuencias futuras del estado general de la boca. He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique la extracción de la tercera molar.

En Lima,30.....deJunio.....del 2022.

Nombre del Paciente: Samuel Octavio Tamarca

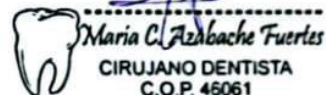
N° DNI: 72613942 Flores

Firma: 

Cirujano Dentista: María Cristina Azabache
Fuentes

COP: 46061

Firma: 



Bachiller en Odontología: Maret Ivan Zamudio Vela

Nombres y apellidos:

N° DNI: 76965628



Autor: Zamudio Vela Maret Ivan

Anexo 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo *Maret Ivan Zamudio Vela*... Con DNI N° *76965628*..... , domicilio legal en *Calle 7.255. Urb. Cl. Mateo*..., bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Odontología ,me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: "EXODONCIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR SEMI IMPACTADO ", se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos autenticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.

Lima, setiembre del 2022



Nombres apellidos
Maret Ivan Zamudio Vela

DNI N°
76965628

Autor: Zamudio Vela Maret Ivan