

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

### REPORTE DE CASO CLÍNICO EXODONCIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA INFERIOR

**Para optar** : El título profesional de Cirujano Dentista

**Autor** : Bach. Yllesca Soto, Romario

**Asesor** : Mtro. Mendoza Garcia, Miguel Angel

**Línea de Investigación**

**Institucional** : Salud y Gestión de la Salud

**Fecha de Inicio y**

**Culminación** : Del 01-09 al 31-10 del 2024

Huancayo – Perú

2024

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres y a mi tía Charito, que siempre han sido un ejemplo para mí, en cada parte de mi vida, siempre supieron guiarme y darme esos deseos de superación que un profesional debe tener gracias a ellos he podido lograr mis metas y siempre estaré agradecido por su amor y apoyo desinteresado.

**Romario.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por su infinita bondad y permitirme sonreír en lo largo de mi camino y por la vida de mis padres que son mi fortaleza y más grande amor que cada vez que caigo ellos con sus palabras me dan fuerzas para seguir adelante.

**Romario.**

## CONSTANCIA DE SIMILITUD



NUEVOS TIEMPOS  
NUEVOS DESAFÍOS  
NUEVOS COMPROMISOS

## CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 00172-FCS -2024

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

### REPORTE DE CASO CLÍNICO EXODONCIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA INFERIOR

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. YLLESCA SOTO ROMARIO**  
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**  
Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**  
Asesor : **MTR. MENDOZA GARCIA, MIGUEL ANGEL**

Fue analizado con fecha **30/04/2024** con **56 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

<b>Excluye Bibliografía.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Excluye Citas.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Excluye Cadenas hasta 20 palabras.</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro criterio (especificar)	<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **13** %.

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, 02 de mayo de 2024.



**MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI**  
JEFA  
Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

## CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>CONSTANCIA DE SIMILITUD</b>	iv
<b>CONTENIDO</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	Viii
<b>CAPÍTULO I.-PROBLEMA</b>	11
1.1 Descripción/ Planteamiento del Problema	11
1.2 Justificación	12
1.3 Objetivos	12
<b>CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO</b>	14
2.1 Antecedentes	14
2.1.1 Antecedentes Internacionales	14
2.1.2 Antecedentes Nacionales	17
2.2 Bases teóricas	19
2.2.1 Cirugía Oral	19
2.2.2 Patrones de cirugía oral	20
2.3 Bases conceptuales	28
2.4 Metodología	30
<b>CAPÍTULO III.- DESARROLLO TEMÁTICO</b>	31
3.1 Caso clínico	
<b>CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	42
<b>CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES</b>	45
<b>CAPÍTULO VI. – RECOMENDACIONES</b>	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49
<b>ANEXOS</b>	53
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EXODONCIA</b>	54
<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA</b>	55
<b>DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD</b>	56

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1, Imagen de frente del paciente .....	33
Figuras 2 y 3 Imágenes de perfil del paciente .....	33
Figura 4,5 y 6 Imágenes intraorales de frente y lateral derecha e izquierda .....	34
Figura 7 y 8 Imágenes oclusales superior e inferior .....	35
Figura 9 Imagen de radiografía panorámica .....	36
Figura 10 y 11 Imágenes de la asepsia y antisepsia .....	38
Figura 12 Imagen del bloqueo regional .....	38
Figura 13 y 14 Imágenes de la Incisión y desprendimiento del colgajo .....	39
Figura 15 y 16 Imágenes de la osteotomía y Odontosección .....	39
Figura 17 y 18 Imágenes de la osteotomía y Odontosección .....	40
Figura 19 Imagen de la Pieza 4.8 extraída .....	40
Figura 20 y 21 Imágenes de la sutura del campo operatorio .....	41

## RESUMEN

Se considera que los terceros molares son la causa de múltiples sintomatologías que, se verifican al inicio de su erupción; ello se patentiza por la falta de espacio en la arcada dentaria. Es así como actualmente, la exodoncia quirúrgica de las referidas piezas, se efectúan con más frecuencia a consecuencia de variadas complicaciones que propician y por lo que, cuando se plasma los procedimientos usuales, es fundamental escoger la técnica quirúrgica precisa y adecuada. De otro lado, se infiere que cuando está terminando la etapa adolescente el maxilar inferior ya alcanzó aproximadamente su desarrollo final. Empero, acontece que en muchas ocasiones no es extenso lo suficiente para alojar a los cordales; consecuentemente suelen quedar incluido en el hueso, debiendo brotar en áreas de menos resistencia. Esta circunstancia, genera una problemática mundial específicamente en lo referido a la población joven, puesto que suelen causar muchas complicaciones dentro de la cavidad oral. El objetivo principal de la praxis quirúrgica de exodoncia efectuada, fue describir a través del reporte de un caso clínico, los procedimientos y complejidad de la extracción del cordal impactado inferior. El relato del presente trabajo de suficiencia profesional se avoca sobre el tratamiento realizado a un paciente, quien manifiesta dolores y malestar al momento de masticar en la zona postero inferior derecha. El procedimiento establecido fue el siguiente: Aplicación anestésico troncular, seguido del corte incisional y desprendimiento de la mucosa y encía (colgajo), posteriormente realizamos la osteotomía y odontosección y empleando botadores angulados realizamos la extracción propiamente dicha; se realizó la limpieza del alveolo con la ayuda de una cureta y la irrigación con clorhexidina, terminamos realizando la reposición de los tejidos blandos empleando puntos de sutura simple no continua (3.0 nylon), se pudo verificar que los malestares en dicha zona, lograron ser mejoradas con el tratamiento brindado, concluyendo exitosamente el acto quirúrgico a satisfacción del operador y del paciente.

**Palabras claves:** Terceros molares, Exodoncia de tercer molar impactada inferior.

## **ABSTRACT**

It is considered that third molars are the cause of multiple symptoms that are verified at the beginning of their eruption; This is evident by the lack of space in the dental arch. This is how currently, surgical extraction of the aforementioned teeth is carried out more frequently as a result of various complications that they cause and therefore, when carrying out the usual procedures, it is essential to choose the precise and appropriate surgical technique. On the other hand, it is inferred that when the adolescent stage is ending, the lower jaw has approximately reached its final development. However, it happens that on many occasions it is not large enough to accommodate the wisdom teeth; Consequently, they tend to remain included in the bone, having to sprout in areas of less resistance. This circumstance creates a global problem specifically in relation to the young population, since they tend to cause many complications within the oral cavity. The main objective of the surgical extraction procedure carried out was to describe, through a clinical case report, the procedures and complexity of the extraction of the lower impacted wisdom tooth. The report of this work of professional adequacy focuses on the treatment carried out on a patient, who manifests pain and discomfort when chewing in the lower right posterior area. The established procedure was as follows: Application of truncal anesthetic, followed by incisional cutting and detachment of the mucosa and gum (flap), subsequently we performed the osteotomy and odontosection and using angled lifters we performed the extraction itself; The socket was cleaned with the help of a curette and irrigation with chlorhexidine, we ended up performing the replacement of the soft tissues using simple non-continuous suture stitches (3.0 nylon), it was possible to verify that the discomfort in said area was able to be resolved. improved with the treatment provided, successfully concluding the surgical procedure to the satisfaction of the operator and the patient.

**Keywords:** Third molars, Exodontia of lower impacted third molar.

## INTRODUCCIÓN

A través de las ciencias odontológicas se sabe que, al concluir la etapa de la adolescencia de los individuos, el maxilar inferior alcanza casi la totalidad de su desarrollo definitivo; pero en muchas ocasiones no presenta el tamaño suficiente para albergar a los cordales, cuando estas circunstancias suceden, los cordales resultan atrapados en el tejido óseo, tratando de erupcionar en superficies donde haya menor resistencia. <sup>(1)</sup>

En el entorno nacional peruano se conoce que el mestizaje entre los diferentes conjuntos étnicos ha generado diversidad de maxilas, en las cuales no alcanzan a alojar a todos los dientes definitivos por falta de espacio, es así que, podemos mencionar que los cordales cuentan con menores posibilidades de lograr un tamaño adecuado en las futuras generaciones <sup>(2)</sup>. Ello explica que subsista al inicio una disminución de la extensión en las maxilas y por ende una reducción en los diámetros de todos los cordales. <sup>(3)</sup>

Es importante precisar que los dientes retenidos son aquellos elementos dentarios, arribada su momento de erupcionar, se halla detenida en forma parcial o total, y por tanto permanece en el hueso sin lograr su correspondiente erupción. De otra parte, la inclusión incumbe a la pieza dental retenida en la mandíbula o maxilar contorneada por el saco peri coronario y de su lecho óseo intacto. <sup>(4)</sup>

Consecuentemente podemos aseverar que en determinadas ocasiones los individuos no perciben la presencia de molares retenidas, y lo hacen cuando aparece el dolor generado por infecciones o por presiones originadas por un diente adyacente. Es por ello que, con el transcurso del tiempo, los cordales erupcionados o no generan complicadas infecciones como periodontitis, pericoronaritis, celulitis y caries; así como también complicaciones mecánicas tales como apiñamiento, reabsorción radicular. <sup>(5)</sup> En otras ocasiones genera complicaciones neuromusculares como, odontalgia, dolor en

articulación, temporomandibular, así como también situaciones traumatológicas como la fractura mandibular y finalmente complicaciones tumorales como la formación de quistes u otros tipos de tumor. <sup>(6)</sup>

Se precisa que en la mayor parte de los casos es recomendable que los cordales retenidos sean extraídos convenientemente. Cabe también recordar que el grado de dificultad de la practica quirúrgica dependerá mucho de la posición del molar. Además, debe tenerse en cuenta que los cordales inferiores son las piezas dentales con más prevalencia de retención.

## CAPÍTULO I

### 1.1. Descripción/ Planteamiento del Problema

Es necesario precisar que, los terceros molares genéricamente son causa de múltiples y diversos problemas de población, puesto que se verifica que presenta significativa prevalencia de retención, lo cual como se conoce genera molestias de índole infeccioso, tanto como dolor facial incluyendo la subsistencia de quistes y diversidad de tumores.

Se considera, en la disciplina Odontológica que, la exodoncia del tercer molar resulta en la actualidad, uno de los actos de cirugía más prevalentes en la práctica clínica. Por dicho motivo, estos procesos quirúrgicos que tiene lugar, presentan variables grados de dificultad, los mismos que generalmente se condicionan a la posición que presenten. Al respecto, subsisten múltiples variables radiográficas que posibilitan y permiten medir el grado de dificultad, habiéndose en su momento elaborado ciertas escalas de puntuación empleando las referidas variables <sup>(7, 8, 9)</sup>.

Múltiples investigaciones realizadas hasta ahora, han hecho posible determinar la ubicación de los cordales dentro de las maxilas, a través de la evaluación de imágenes radiográficas. Es así que, contando con el apoyo diagnóstico auxiliar que brinda este tipo de radiografías y teniendo en mente la tipificación de Winter y de Pell y Gregory, es posible reconocer con precisión la ubicación las terceras molares en los pacientes. Consecuentemente, este análisis posibilita al profesional odontólogo, plasmar un adecuado diagnóstico y la correcta planificación de un tratamiento específico que garantice el éxito de las exodoncias quirúrgicas de las referidas piezas dentales <sup>(10, 11)</sup>.

## **1.2. Justificación**

El Caso Clínico que reportamos se efectuó para determinar y describir los procedimientos y complejidad de las exodoncias de tercer molar impactadas inferior, remarcando la realización de exámenes auxiliares correspondientes a fin de establecer un buen diagnóstico definitivo que propicie el éxito de la intervención quirúrgica aludida. Su justificación y correspondiente importancia, radica en que brindará información fundamental sobre la temática fijada, con datos básicos que coadyuvarán a que los operadores en similares situaciones, cuenten con la preparación mínima y adecuada para realizar con éxito y convenientes procedimientos quirúrgicos según sea el nivel de complejidad que afronten, ante la exodoncia de un cordal retenido, pudiendo a la vez prevenir y en todo caso, minimizar las complicaciones tanto trans-operatorias como post-operatorias. Del mismo modo, creemos que nuestro reporte quedará como fuente de información especializada institucional, para el incremento y desarrollo de futuros proyectos, constituyéndose incluso en antecedentes bibliográficos para estudios que se integren a esta línea de investigación.

## **1.3 Objetivo**

### **a) Objetivo General**

- Realizar la exodoncia de un tercer molar inferior impactada, empleando los procedimientos quirúrgicos descritos en el libro “Tratado de cirugía bucal tomo I de COSME GAY ESCODA Y LEONARDO BERINI AYTÉS”, para minimizar las posibles complicaciones durante este procedimiento.

## **b) Objetivos Específicos**

- Conocer los procedimientos quirúrgicos para la exodoncia de un tercer molar inferior impactada descritos en el libro “Tratado de cirugía bucal tomo I de COSME GAY ESCODA Y LEONARDO BERINI AYTÉS”
- Describir los procedimientos quirúrgicos para la exodoncia de un tercer molar inferior impactada detallados en el libro “Tratado de cirugía bucal tomo I de COSME GAY ESCODA Y LEONARDO BERINI AYTÉS”
- Establecer la técnica quirúrgica más adecuada para la exodoncia del tercer molar inferior impactado.
- Determinar las posibles consecuencias producidas por la presencia de los terceros molares impactados.
- Establecer las principales complicaciones durante una exodoncia de un tercer molar inferior retenido.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de estudio

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**Lara, V et al.** <sup>(12)</sup> En Quito Ecuador el año 2019 realizaron un Caso Clínico al que denominaron: “Exodoncia Compleja de tercer molar inferior en posición invertida. Reporte de caso”<sup>12</sup>. Tuvieron como objetivo el explicar la exodoncia quirúrgica del tercer molar inferior en posición invertida. Trataron a un paciente de género masculino de 30 años de edad, que no presentaba antecedentes médicos relevantes y que concurrió a la clínica odontológica SERODU en la ciudad de Quito. Metodológicamente recurrieron al examen radiográfico y tomográfico observando a la pieza # 38 verificando su posición invertida. Ante esta circunstancia decidieron efectuar la exodoncia del tercer molar inferior a través de incisión triangular y odontosección transversal, verificaron que la referida pieza se hallaba libre de patología y era necesario su retiro por indicaciones ortodóncicas. Como resultados luego de 8 días de efectuados el procedimiento quirúrgico, señalan el retiro de los puntos de sutura y la correspondiente observación clínica de la cicatrización de los tejidos blandos. Refieren además ausencia de dolor, edema e infección en el paciente. Concluyen luego del procedimiento quirúrgico practicado que la impactación de terceros molares inferiores invertidos hasta hoy ha sido limitadamente evidenciada, hallándose pocos casos sobre esta temática, motivo por el cual piensan que el reporte del caso clínico aludido

contribuye de manera importante al diagnóstico y manejo quirúrgico de este tipo de impactaciones en las piezas dentarias.

**Hernández, L** <sup>(13)</sup> En la ciudad de la Habana Cuba, refiere la práctica de cirugía en terceras molares, reportando un caso que lo denomino “Segundo y Tercer molar inferior izquierdo impactados, presentación de un caso”<sup>13</sup>. Este investigador expresa que los dientes impactados presentan múltiples formas en cuanto a su posición, teniendo en cuenta la pieza dental involucrada y de la subsistencia de complicaciones asociadas. El objetivo que se planteó, fue el exponer el reporte de un diente con poca prevalencia de retención, piezas dentales continuas con variadas dificultades y acciones terapéuticas que puedan implementarse. En su reporte presenta un individuo de 17 años que concurrió al área quirúrgica de la Facultad de Estomatología en Yemen, con algia en zona postero-inferior izquierdo. Luego de la evaluación pertinente se apreció que la pieza # 37 que verificaba una erupción parcial y la ausencia de la pieza #38 de la paciente. Refiere asimismo que el tratamiento incluyó el análisis radiográfico que permitió diagnosticar la retención de la pieza #37 y pieza # 38. Por tal motivo, decide exéresis quirúrgica de la pieza #37 y vigilancia en cuanto a la erupción de la pieza #38, adicionando una terapéutica conservadora de la pieza # 36 que presentaba severa lesión cariosa. Concluye su reporte el investigador precisando que es fundamental la valoración integral de paciente cuando se verifique retención múltiple, actos sumamente necesarios para alcanzar un equilibrio funcional y estéticos inmanentes.

**Marín, N et al** <sup>(14)</sup> En Paraguay el año 2022 presentaron un reporte clínico denominado “Exodoncia múltiple de terceros molares indicado por DTM”<sup>14</sup>. En este trabajo de investigación describen el tratamiento efectuado a través de múltiples extracciones (4 cordales superiores e inferiores) a un individuo; en el transcurso de un curso de capacitación en cirugía dentoalveolar en la universidad aludida. La paciente indicada refería malestar y diversos desagradados asociadas a roces producidos los cordales en mala posición. Los especialistas formularon un plan específico quirúrgico, que precisaba la realización de exodoncia de las cuatro piezas dentarias. Se realizó la limpieza del alveolo con una cureta y se irrigación con suero fisiológico. Los investigadores concluyeron manifestando que los malestares en la zona indicada fueron aliviados con el tratamiento realizado.

**Mena, S et al** <sup>(15)</sup> En Quito Ecuador, Universidad Hemisferios efectuaron una revisión de la literatura referente a “Complicaciones en la extracción de terceros molares mandibulares incluidos, retenidos e impactados”. En este reporte manifiestan que la literatura científica considera que los terceros molares son los que generalmente contemplan múltiples complicaciones a la hora de realizarse un procedimiento quirúrgico. Esto se debe no solo a su erupción, sino que también están asociadas a las diversas características anatómicas, de forma, de posición, de su erupción, entre otros. El objetivo fue el establecer por medios de una revisión de literatura las diversas acciones o procedimientos quirúrgicos adecuados que eviten complicaciones subsistentes en la exodoncia de terceros molares mandibulares incluidos, retenidos e impactados. Luego

de la revisión exhaustiva confirmaron que el mejor procedimiento ante: posibles hemorragias fracturas, laceraciones, etc., se hace urgente el manejo quirúrgico farmacológico durante y posteriormente a la acción quirúrgica. Concluyen su investigación sosteniendo que a través de la revisión de literatura efectuada es posible llegar a plasmar un correcto diagnóstico, así como un manejo estricto farmacológico y el correspondiente conocimiento de complicaciones a generarse durante y luego de las exodoncias, para evitar la presencia de otras dificultades.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

**Salazar, D et al** <sup>(16)</sup> Perú, presentaron una investigación titulada: Exodoncia de tercer molar inferior retenido. Reporte de caso. En este estudio, los investigadores reafirman que los terceros molares retenidos es una temática de patología odontológica, que resulta importante debido a la variedad de presentación y accidentes que prevalentemente genera. Indican que esta patología cuenta una frecuencia del 35% respecto a otras piezas dentarias retenidas. Reportan el tratamiento de una fémina de 22 años que recurrió en consulta al hospital docente Las Mercedes, ya que tenía leves molestias ubicada en la hemiarcada del maxilar inferior del lado derecho. Luego del examen clínico practicado no se pudo observar la pieza dentaria erupcionada; consecuentemente se efectúa un examen radiográfico, en el se observa que la pieza 4.8 estaba retenida; por tal motivo se programó la cirugía pertinente. Mencionan además los investigadores que el procedimiento utilizaron elevadores, fórceps, colgajo reticular con incisión en bolsa. Posteriormente a las acciones indicadas procedieron a plasmar la odontosección para extraer la referida pieza

dental. Concluyen que es importantísimo efectuar un adecuado diagnóstico clínico y radiográfico que permitan iniciar y culminar un tratamiento eficiente y eficaz.

**Álvarez, S** <sup>(17)</sup> En la Universidad Andina del Cuzco, realizó un estudio, al que denominó “Cirugía de tercer molar inferior impactada en paciente de 24 años de edad en la ciudad del cuzco” <sup>17</sup>. Asumió como objetivo disminuir el lapso al intervenir quirúrgicamente, así como las complicaciones posoperatorias. Luego de los procedimientos quirúrgicos efectuados concluye que el tiempo de intervención fue reducido significativamente, gracias a la identificación de la posición de la tercera molar según la clasificación de Winter. De otro lado menciona que resulta importante conocer el procedimiento a efectuar y contar con protocolos que verifiquen la secuencia de cada uno de los pasos con el propósito de reducir al mínimo el tiempo quirúrgico.

**Mamani, J** <sup>(18)</sup>. En Huancayo en la universidad Peruana los Andes sustenta su estudio, titulado: “Exodoncia de tercera molar inferior- caso clínico” <sup>18</sup>. En dicho documento precisa que las piezas dentales requieren ineludiblemente de tomas radiográficas que permitan verificar la localización correcta de ellas, su propósito fue posibilitar adecuadamente el acto quirúrgico evitando por lo tanto dificultades pos-operatorias en la exodoncia del cordal incluido. El caso que reporta trata de un paciente del sexo femenino que recurre a los servicios ya que radiográficamente habían hallado mal posición de la pieza 4.8, se realizó la exodoncia de dicha pieza, se estableció el costo-beneficio del paciente, concluyendo que los materiales a utilizar en la extracción deben ser esterilizados correctamente

y consecuentemente debe considerarse la utilización adecuada de los instrumentos de cirugía en la posición horizontal.

**Castro, D. et al.** <sup>(19)</sup> En la universidad Roosevelt de la ciudad de Huancayo, sustento una investigación sobre Dificultad quirúrgica según índice de Koerner de terceros molares inferiores en radiografías panorámicas de una clínica dental. El propósito de este trabajo fue el determinar el grado de dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores tomando en cuenta el índice de Koerner en radiografías panorámicas de una clínica dental que presta sus servicios en la ciudad de Arequipa. La investigación estuvo conformada por 200 radiografías panorámicas de personas que presentaron terceros molares inferiores considerando el índice de Koerner que indica una dificultad mínima, moderada y muy difícil, asumió después del análisis estadístico correspondiente que con más frecuencia se presentó el grado de dificultad moderado (56.8%), luego el grado de dificultad mínima con 34.4% y finalmente el grado de dificultad muy difícil con el 8.9%. Concluye su investigación estableciendo que el grado de dificultad quirúrgico más frecuente fue el moderado en la exodoncia quirúrgica de los terceros molares inferiores en cada lado.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1. Cirugía Oral**

Es definida como una rama de la estomatología referida a diagnosticar y tratar las patologías, traumas y anomalías que se verifican en las maxilas y superficies circundantes <sup>(3)</sup>.

Consecuentemente, la cirugía Oral conoce los variados tratamientos y actos quirúrgicos que se realizan al interior de la boca. Tratamientos que genéricamente suelen realizarse empleando anestesia local y específicamente a individuos ambulatorios que lo requieren <sup>(5)</sup>.

Luego se puede inferir que la cirugía oral, se constituye como un patrón diferente de cirugía, en el cual se requiere que el operador tenga los adecuados y firmes saberes teóricos como prácticos, considerando básicamente dos fases, que son: un perfecto diagnóstico pre-quirúrgico y apropiada sapiencia anatómica oral <sup>(4)</sup>.

### 2.2.2 Patrones del acto quirúrgico oral

#### **A. Extracción Sencilla**

Es aquella que, durante el tratamiento, solamente se emplea las tenazas y botadores, aplicando fuerzas controladas (20). Cabe remarcar que este tipo de cirugía tiene lugar sin mayores dificultades de origen técnico, ni de medicamentos farmacológicos y médicos y no requiere generalmente de tratamientos adicionales, sólo la exodoncia de la pieza dental. <sup>(6)</sup>

#### **B. Extracción complicada**

En cuanto a este tipo de cirugía bucal, debemos precisar que es necesaria contar con instrumental y medios específicos tanto técnicos como médicos, así como farmacológicos. Requiriéndose genéricamente, realizar desprendimiento de tejido blando, cortar hueso y diente.

### C. Exodoncia de Terceros molares

Se conoce que el tercer molar inferior es la pieza dental que muestra múltiples variaciones, tanto de forma, tamaño y ubicación. Comúnmente, se presenta como birradicular, empero puede tener entre tres, cuatro o cinco raíces con una distribución más o menos cambiante. <sup>(3)</sup>

Este patrón de cirugía oral, actualmente se ha elegido como una de las operaciones que más frecuentemente se efectúan en las ciencias odontológicas, estableciéndose múltiples indicaciones contenidas en variadas disposiciones higiénicas, incluyendo magnas magulladuras osteológicas. Es vital el desprendimiento del tejido blando, que coadyuva directamente a prevenir y disminuir posteriores dificultades. <sup>(7)</sup>

Entre los elementos de riesgosos que suelen presentarse frecuentemente se tiene: los años de vida y sexo del individuo, habilidad del dentista, a la limitada sapiencia anatómica oral, al nivel de complejidad de retención e inclusive a la destreza terapéutica empleada. <sup>(5)</sup>

De otro lado, es pertinente precisar, que al igual de similares procedimientos quirúrgicos, la exodoncia de los cordales afronta múltiples complicaciones valorados científicamente en investigaciones realizadas en su momento. Entre los referidos riesgos se hallan, por ejemplo, episodios hemorrágicos, fracturas recurrentes de la tabla ósea, daños generados a la pieza dental adyacente,

ocasionando alteraciones temporales o permanentes y que eventualmente comprometen la vida del paciente en tratamiento. <sup>(21)</sup>

Por lo tanto, se hace imprescindible efectuar constantemente estudios radiológicos específicos que permitan mostrar la integridad del cordal y sus elementos envolventes. <sup>(3)</sup>

#### **D) Origen del diente**

El germen embriológico en lo que se refiere al tercer molar nos indica que el mamelón de esta pieza dentaria se inicia, a la vez que los otros dos molares, en un solo cordón epitelial al término de la correspondiente lámina dental; empero, posee la particularidad específica de que el mamelón del tercero se desliga del segundo tal como si fuera un diente sustituto de éste. <sup>(22)</sup>

#### **E) Principios mecánicos: ausencia de espacio**

El cordal se encuentra retenido debido a ciertas causas como:

- Por su ubicación cuando existe un área muy restringido.
- Por su inicio en el área fértil del ángulo mandibular, justo al extremo distal de la lámina dental.
- Por la subsistencia de asociaciones anatómicas con componentes inextensibles: segundo molar, corticales óseas y rama de la mandíbula.
- Por la existencia de cierta discordancia dento ósea cuando se verifica la existencia de maxilas pequeñas con piezas dentales tremendos. <sup>(22)</sup>

#### **F) Indicaciones para la extracción de cordales con sintomatología**

1. Por la presentación procesos sépticos repetidos.
2. Por la presencia de lesiones cariosas profundas en el propio diente o en distal del segundo molar – lesión periodontal subsistente entre el segundo y tercer molar, con presencia de quistes pericoronarios, dentígero, queratoquistes, ameloblastoma.
3. Cuando haya procesos neurológicos p febriles de inicio desconocido y que genéricamente no obedezcan a otro tipo de tratamiento. <sup>(22)</sup>

#### **G) Clasificación de terceros molares:**

En la temática que nos ocupa, resulta común el uso de terminología tales diente incluido, impactado o retenido. Estos términos genéricamente son empleados sin criterios claros ni definidos. Es necesario establecer que estas palabras no son sinónimas, sino que encierran patologías diferenciales. Es así, llamamos diente impactado cuando hay interrupción del proceso eruptivo, generado por barreras físicas o posiblemente ocasionada por una mala postura dental. <sup>(23)</sup>

Y cuando no es posible reconocer un obstáculo físico o mala postura dental que detenga el proceso eruptivo, nos estamos refiriendo a un diente retenido. <sup>(23)</sup>.

La suspensión del proceso eruptivo posteriormente a emergencia en boca sin requerir de un obstáculo físico ni mala postura dental tienen el nombre de retención secundaria.

Por otro lado, podemos sostener que la inclusión es un procesamiento que se presenta cuando el diente queda hundido en el hueso, y se puede distinguir entre inclusión ectópica, si el diente está en una situación anómala empero cercana a su ubicación habitual e inclusión heterotópica, en el momento que el diente se halla en una posición irregular encontrándose así más alejada de su localización habitual. <sup>(23)</sup>

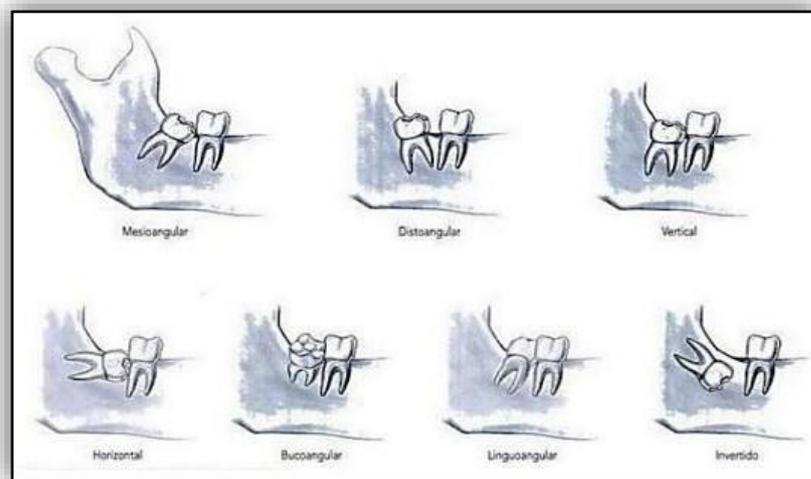
Asimismo, es importante recordar que las terceras molares impactadas constituyen un problema impactante en referencia de la patología odontológica, no solo por su frecuencia, sino por la variedad y complicaciones que prevalentemente desatan. Verbigracia, la erupción del tercer molar centros poblados caucásicos se verifica genéricamente al comienzo de la adultez (18-25 años) y es por ello, que se le nombra como muela del juicio, o molar de la cordura, o simplemente cordal. Se atribuye tal denominación a Hieronimus Cardus, que hizo referencia sobre "dens sensus et sapientia et intellectus", refiriéndose puntualmente a la edad en que suelen erupcionar. Es así que, la edad promedio de erupción de las cordales en el género masculino es de 19,9 años y en el femenino es de 20,4 años de edad. Empero, normalmente es aceptado la subsistencia de un retardo en la erupción de un periodo cercano a dos años. <sup>(23)</sup>

A continuación, exponemos sucintamente lo relativo a la clasificación del tercer molar, planteada por diversos estudiosos e investigadores.

## H) Clasificación del tercer molar según Winter – Pell y Gregory

### 1. Clasificación de Winter:

Planteó su clasificación en 1926, basándose fundamentalmente en la ubicación de los cordales en asociación al eje axial 2do muela. En consecuencia, describe que pueden presentarse como: Mesio-angular, disto-angular, vertical, horizontal, buco-angular, linguo-angular, e invertido. <sup>(3)</sup>



*Clasificación de Winter. Fuente: Palacios M. (2014). <sup>(8)</sup>*

### 2. Tipificación de Pell y Gregory:

En 1933, se da esta clasificación, la cual establece el nivel de impactación de los cordales, y la espacio que existe entre la cara distal del 2do molar y borde anterior de la rama ascendente mandibular y el nivel de penetración respecto a la cara oclusal del 2do molar. <sup>(24)</sup>

Se determinó:

➤ *Distancia entre el cordal y borde anterior de la rama.*

**Clase I:** “En el que el espacio entre el área distal del segundo molar inferior y la rama ascendente mandibular es significativamente mayor que el diámetro mesio-distal del tercer molar”<sup>24</sup>.

**Clase II:** “En el que el espacio entre la superficie distal del segundo molar del segundo molar y la rama ascendente mandibular es significativamente menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar”<sup>24</sup>.

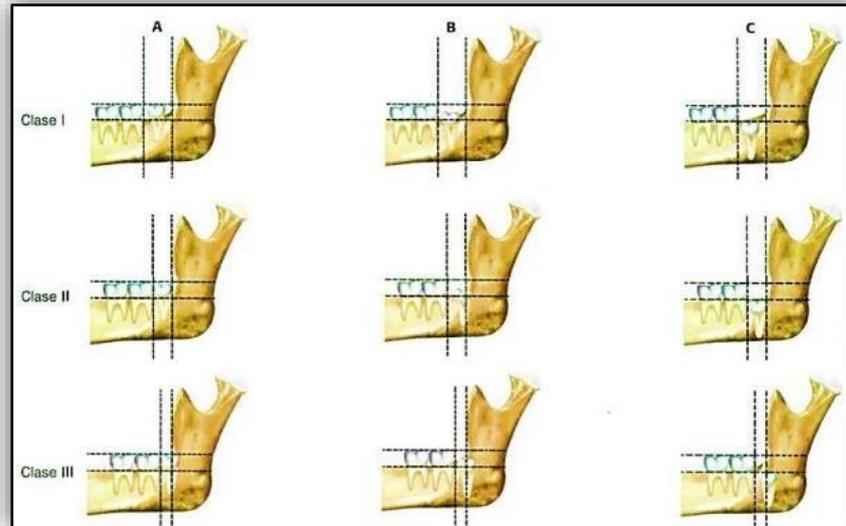
**Clase III:** “El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular”<sup>24</sup>.

➤ *Nivel de penetración del cordal en el hueso mandibular.*

**Posición A:** “En el que la parte más alta del tercer molar se fija al ras o por encima del plano del área oclusal del segundo molar”<sup>24</sup>.

**Posición B:** “En el que la cara oclusal del tercer molar se presenta por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero por encima de la línea cervical del segundo molar”<sup>24</sup>.

**Posición C:** “En el que la parte más alta del tercer molar se encuentra en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar”<sup>(25)</sup>.



*Clasificación de Pell y Gregory Fuente: Tirado J. (2015) (9).*

**I) Protocolo del acto de cirugía:**

1ro.- Colocamos sustancia Anestésica para bloqueo regional, bloqueamos los nervios maxilar inferior, lingual y bucal.

2do.- Con la ayuda de un bisturí realizamos la incisión que debe alcanzar el tejido óseo para obtener un colgajo de espesor completo, debemos de hacer una incisión en diagonal de atrás hacia adelante desde el borde anterior de la rama de la mandíbula hasta la superficie distal 2do molar.<sup>(20)</sup>

3ro.- Realizamos el desprendimiento del colgajo a espesor completo con la ayuda de una legra.

4to.- Efectuamos la eliminación del tejido óseo, es de considerar que la cantidad de hueso que debe eliminarse está sujeta a la profundidad de la impactación, la angulación de la pieza y la disposición de las raíces. Se requiere la eliminación del tejido

óseo de las caras oclusal, bucal y distal para exhibir el cuello dentario. <sup>(20)</sup>

5to.- Realizamos la división del diente odonto-sección, La dirección de sección de la pieza dental obedecerá a la angulación de la pieza impactada como factor principal. Asimismo, debe considerarse que, por ningún motivo debemos llegar con la fresa de corte hasta la cara lingual de la pieza dentaria. Se debe efectuar un corte incompleto para luego con un botador realizar la fractura de la parte seccionada. <sup>(20)</sup>

6to.- Lavado y sutura de la herida:

Realizamos la limpieza del fondo alveolar con la ayuda de una cureta e irrigamos con clorhexidina, eliminando los restos de tejidos dentario y esquirlas. Luego procedemos a la reposición de los tejidos blandos, para lo cual empleamos sutura de Nylon de 4/0. <sup>(20)</sup>

## **2.3 Bases Conceptuales**

### **A) Cirugía Bucal**

Considerada como especialidad dental, sus actividades se realizan al interior de boca con el propósito de realizar tratamientos de patologías instalados en la boca. <sup>(3)</sup>

### **B) Extracción de cordales**

Resulta siendo una clase de cirugía dental no simple, en la actualidad se ha transformado en un acto quirúrgico prevalente de los actos realizados en la cavidad oral. Incluye básicamente tres momentos o fases: estadio preoperatorio, el procedimiento de cirugía propiamente dicho y finalmente el estadio posoperatorio. <sup>(3)</sup>

### **C) Índice de Koerner**

Indicador que refiere aspectos básicos de la complejidad al extraer los cordales, en relación básicamente a las tipificaciones de Winter – Pell y Gregory, estando clasificadas en baja, mediana y muy compleja. <sup>(24)</sup>

### **D) Disposición Mesio-angular**

Cuando la línea central del cordal se direcciona 2do molar, constituyendo con esta pieza dental una angulación que varía en torno a los 45°. <sup>(25)</sup>

### **E) Disposición Disto-angular**

Situación establecida cuando la línea central del cordal se ubica hacia distal del 2do molar formando una angulación de 130° aproximadamente. <sup>(25)</sup>

### **F) Disposición Vertical**

Se verifica cuando la línea central del cordal se halla paralelamente a los demás molares. <sup>(25)</sup>

### **G) Disposición Horizontal**

Cuando la línea central del cordal se verifica perpendicularmente a los demás molares. <sup>(25)</sup>

#### **H) Disposición Vestíbulo-angular**

Cuando la porción coronal del cordal se proyecta hacia el vestíbulo y la línea central del cordal se encuentra perpendicularmente a las demás muelas.

#### **I) Disposición linguo-angular**

la porción coronal del cordal se proyecta hacia la lengua y la línea central del cordal se encuentra perpendicularmente con relación a las demás muelas. <sup>(25)</sup>

#### **J) Disposición invertida**

Cuando el cordal se encuentra en una disposición invertida las porciones coronarias y radiculares respectivamente. <sup>(25)</sup>

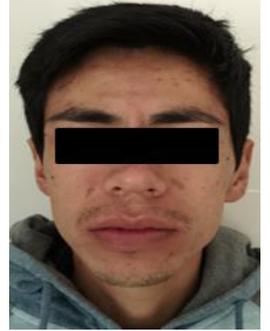
### **2.4 Metodología**

Tipo de estudio descriptivo y observacional que detalla el problema de las exodoncias de terceros molares impactadas. Resumimos y discutimos lo sucedido en la historia clínica en relación al tratamiento revelando la complejidad de dicho tratamiento.

## CAPITULO III.- DESARROLLO TEMATICO

### 3.1 Contextualización y Desarrollo del estudio

/Trabajo Caso Practico/ Caso clínico



### 3.1 HISTORIA CLÍNICA ANAMNESIS

#### ● Datos De Filiación:

- Nombre y Apellidos : Diego, ESPINAL BENDEZU
- Edad : 29 AÑOS
- Sexo : Masculino
- Estado Civil : Soltero
- Domicilio : Jr. San Gregorio Mc Lte 5
- Teléfono : 952498849
- Ocupación : Estudiante
- Fecha de Nacimiento : 08 de agosto de 1994
- Lugar de procedencia : HUANCAYO

#### ● Motivo de consulta:

“Referido por Tratamiento Ortodóntico”

### ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere que hace aproximadamente una semana acudió a la consulta odontológica, donde refiere que el odontólogo le recomendó la extracción de su tercer molar inferior que está en mala posición.

## ANTECEDENTES

Antecedentes personales (hábitos)	: No refiere
Antecedentes médicos familiares	: No refiere
Antecedentes patológicos	: No refiere
Antecedentes de hospitalizaciones previas	: No refiere
Intervenciones quirúrgicas	: No refiere
Terapéuticos recientes	: No refiere
Funciones biológicas	
- Apetito	: Sin alteración
- Sed	: Sin alteración
- Talla	: 1.75 m.
- Peso	: Normal 70 kg
- Deposiciones	: Sin alteración
- Orina	: Normal
- Sueño	: Normal

## Examen clínico general

### Signos vitales

• Presión arterial	: 115/75 mmHg
• Frecuencia respiratoria	: 18 rpm
• Pulso	: 70 x min
• Temperatura	: 36.5 °C

## Evaluación integral

### Examen extrabucal

Cabeza	: Normo-cráneo
Cara	: Normofacial
ATM	: Presenta ruido articular “click” lado izquierdo en apertura y cierre
Ganglios	: No palpables, sin alteración evidente

## Examen intraoral

- Labios : Hidratados, color rosa, entreabiertos
- Carrillo : Sin alteración evidente
- Paladar duro : Papila incisal periforme, rugas palatinas normales, rafe medio normal, sin lesión aparente
- Paladar blando : Sin alteración evidente
- Lengua : Tamaño normal, frenillo lingual medio }
- Istmo de las fauces : Úvula móvil, sin lesión aparente
- Piso de boca : Sin lesión aparente, desembocadura del conducto salival conservada
- Reborde gingival : inflamadas, sector anterior



Fig. 1 Imagen de frente del paciente  
Fuente: El autor

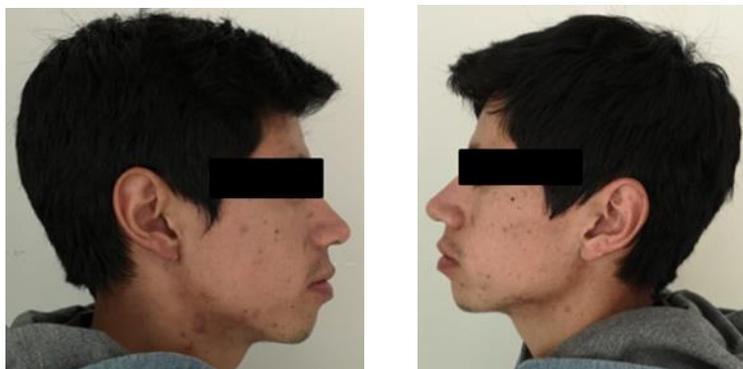


Fig. 2 y 3 Imágenes de perfil del paciente  
Fuente: El autor

- Oclusión:

RMD: clase I

RMI: clase I

RCD: clase I

RCI: clase I

- Sistema dentario : 30 piezas dentarias, presencia de múltiples lesiones cariosas, pz 4.8 semi impactada, ausencia de la pieza dental 15 y 36.



Fig. 4,5 y 6 Imágenes intraorales de frente y lateral derecha e izquierda

Fuente: El autor

## **FOTOGRAFIAS OCLUSALES**



Fig. 7 y 8 Imágenes oclusales superior e inferior

Fuente: El autor

### **REGIÓN ANATOMICA COMPROMETIDA-ZONA PROBLEMA: PZA. 4.8**

- **INSPECCIÓN:** PIEZA DENTARIA 48 ERUPCIONADA DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL, MESIALIZADA, SEMI IMPACTADA, CARIES A NIVEL OCLUSAL, SE OBSERVA 2/3 DE LA CORONA
- **EXPLORACIÓN:** CARIES A NIVEL OCLUSAL, SE OBSERVA DOS TERCIOS DE LA CORONA SEMI IMPACTADA
- **PERCUSIÓN:** NO PRESENTA DOLOR
- **PALPACIÓN:** Asintomático
- **MOVILIDAD DENTARIA:** No presenta
- **PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR:** No registrable

### **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

- **PIEZA 48 IMPACTADA SOBRE DISTAL DE PIEZA 4.7**

**EXAMENES AUXILIARES:**  
**RADIOGRAFIA PANORAMICA**



Fig. 9 Imagen de radiografía panorámica

Fuente: El autor

- Estructuras óseas que conforman los macizos maxilares incluyendo huesos malar, fosas nasales y cóndilos mandibulares de apariencia habitual sin alteración evidente.
- pieza 1.6 imagen radiopaca a nivel oclusal y dentro del conducto radicular compatible con tratamiento de conductos.
- pieza 2.6 y 2.7 con imagen radiolúcida a nivel oclusal compatible con lesión cariosa oclusal.
- pieza 2.8 incluido aparentemente.
- múltiples ectopias y giro versiones en el maxilar superior.
- Piezas 3.5, 3.7, 3.8 y 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8 mesioangulados.

- pieza 4.6 imagen radiopaca a nivel oclusal compatible con material de restauración.
- Pieza 4.8 impactada mesialmente con la pieza 4.7

#### DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- PIEZA 48 IMPACTADA SOBRE DISTAL DE PIEZA 4.7

PRONOSTICO: FAVORABLE

### PLAN DE TRATAMIENTO

#### 1. FASE PREQUIRURGICA

- Preparación psicológica del paciente
- Consentimiento informado

#### 2. FASE PREQUIRURGICA

- Asepsia
- Antisepsia
- Colocación del campo quirúrgico
- Anestesia regional-troncular
- Incisión lineal
- Desprendimiento del colgajo
- Odontosección
- Extracción propiamente dicha
- Irrigación con suero fisiológico
- Sutura

#### 3. Medicación postquirúrgica

- ❖ Amoxicilina 500 mg VO C/8 horas por 5 días. (comidas)
- ❖ Naproxeno 500 mg. V.O C/8 horas por 3 días
- ❖ Paracetamol 500 mg V.O C/8 horas (condicionada al dolor)
- ❖ Colutorios con gluconato de clorhexidina al 0,12% (2 veces al día x 5 días)

## REPORTE DEL PROCEDIMIENTO

### ASEPSIA Y ANTISEPSIA



Fig. 10 y 11 Imágenes de la asepsia y antisepsia  
Fuente: El autor

### ANESTESIA TRONCULAR



Fig. 12 Imagen del bloqueo regional  
Fuente: El autor

## **INCISION Y DESPREDIMIENTO DEL COLGAJO**



Fig. 13 y 14 Imágenes de la Incisión y desprendimiento del colgajo  
Fuente: El autor

## **OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION**

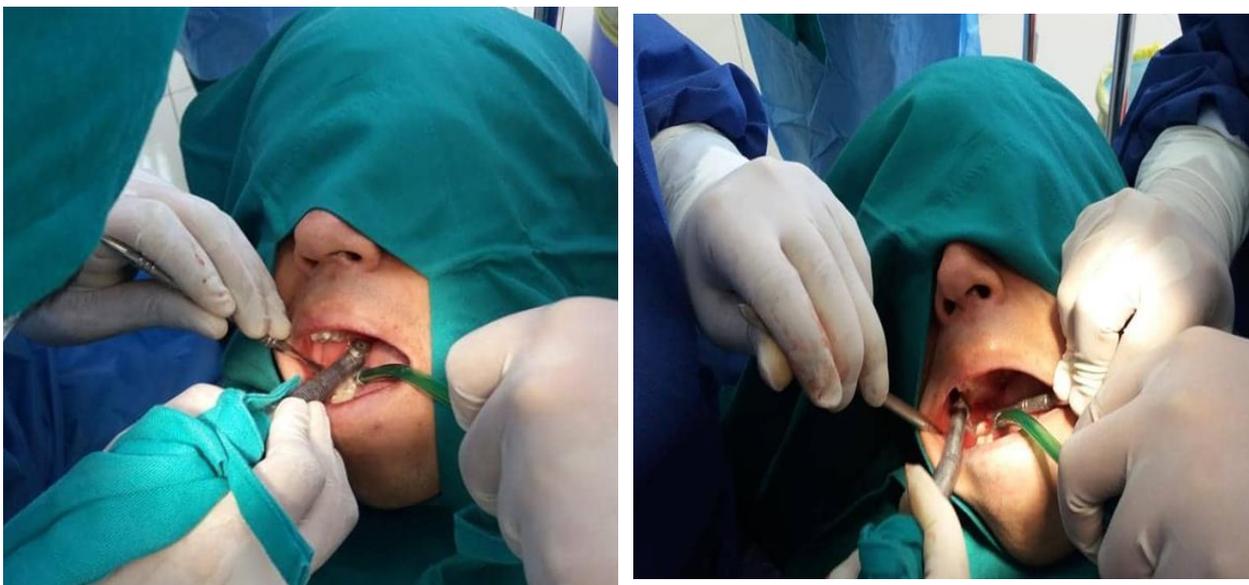


Fig. 15 y 16 Imágenes de la osteotomía y Odontosección  
Fuente: El autor

## LUXACION Y EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA



Fig. 17 y 18 Imágenes de la osteotomía y Odontosección  
Fuente: El autor



Fig. 19 Imagen de la Pieza 4.8 extraída  
Fuente: El autor

## SUTURA



Fig. 20 y 21 Imágenes de la sutura del campo operatorio  
Fuente: El autor

## CAPITULO IV

### ANALISIS Y DISCUSIÓN

Con la ejecución del trabajo de suficiencia profesional (caso clínico), que reporto, se ha podido confirmar y cotejar, que resulta factible efectuar la exodoncia de los cordales retenidos, si evaluamos apropiadamente los riesgos previsibles, en el preoperatorio, la valoración clínica y radiográfica permite establecer un diagnóstico óptimo de las condiciones de salud oral del paciente, deber ser la base para cualquier procedimiento quirúrgico bucal. Ello, se confirma con los alcances del reporte de caso clínico llevado a cabo por **Álvarez S.** <sup>(17)</sup>, quien precisa que es fundamental saber el método a emplear y disponer de procedimiento con la secuencia adecuada para disminuir el lapso operatorio; asimismo con lo que reporta **Salazar D. et al.** <sup>(16)</sup> quienes sostienen que realizar un correcto diagnóstico clínico como radiográfico es de vital importancia ya que así puede aplicarse el tratamiento eficaz y correcto. Del mismo modo, se reafirma con lo que expresa **Hernández L.** <sup>(13)</sup> quien infiere que la evaluación completa del individuo en ocasiones que se presente retención dentaria múltiple para alcanzar un equilibrio tanto en su función como estéticamente. De otro lado, **Mena, S. et al.** <sup>(15)</sup>, llegan a establecer que un correcto diagnóstico, y el manejo farmacológico de las complicaciones que puedan acontecer durante y posterior en las extracciones dentales son acciones correctas que se utilizan muy comúnmente durante el procedimiento quirúrgico, lo que evita sus respectivas dificultades.

En el presente reporte, sostenemos que, al disminuir el lapso de la labor quirúrgica, las molestias y complicaciones postoperatorios se verán minimizadas ya que no producimos cansancio de los músculos excesivamente, de igual forma con las

alteraciones del complejo articular (ATM) y por tanto la intervención quirúrgica debe practicarse en un menor lapso de tiempo. Esta posición nuestra, se avala con lo que expresa **Álvarez S.** <sup>(17)</sup> en su reporte de caso clínico, concluyendo que el tiempo operatorio en el acto quirúrgico fue disminuido eficazmente, luego de identificar la disposición del cordal según las tipificaciones de Winter – Mesio-angulada y según Pell & Gregory Clase II Posición B, Asimismo, infiere que al disminuir el lapso de cirugía las molestias y complicaciones post-operatorios, se verán disminuidas.

También en nuestro reporte consideramos que el diagnóstico exacto que debe ser respaldado por una anamnesis minuciosa, asimismo el manejo estricto y adecuado farmacológico que viene vinculado al conocimiento de todas las complicaciones asociadas a los terceros molares incluidos, retenidos o impactados. Este alcance, es reafirmado por **Mamani J.** <sup>(18)</sup> quien refiere que el uso adecuado de la historia clínica va permitir una valoración integral del individuo que permita establecer un diagnóstico correcto y elaborar una terapia de tratamiento adecuado.

(17)

De otro lado, asimismo establecemos que las diversas malas posiciones de los cordales en ocasiones producen variación del plano de oclusión y producir disfunción temporo mandibular, ocasionando malestar de toda la zona problema, que son resueltas con la extracción de estos, ya que provocan contactos prematuros. Lo expresado se reafirma con lo infieren **Marín, N. et. al.** <sup>(14)</sup> que el malestar doloroso de la zona problema y otras patologías asociadas, pudieron ser solucionadas mediante el tratamiento quirúrgico de estas cordales.

También asumimos en nuestro reporte, que el impacto de terceras molares resulta una temática de mucha importancia, encontrándose múltiples casos estudiados, los mismos que establecen que debe realizarse el diagnóstico temprano ya, que este tipo

de retención suele causar patologías como pericoronaritis, formación de quistes, periodontitis, desbalance oclusal y disfunciones en el ATM. Contradictoriamente, **Lara, V. et al.** <sup>(12)</sup>, sostiene concluyendo, que la impactación de terceros molares inferiores hasta la actualidad ha sido muy poco evidenciada encontrándose pocos casos sobre este tema; por esta razón pensamos que el presente caso clínico contribuye de manera importante al diagnóstico y manejo quirúrgico de este tipo de impactaciones dentales.

Además, planteamos que debe ejecutarse el manejo estricto farmacológico que viene vinculado al conocimiento de todas las complicaciones asociadas a los terceros molares incluidos, retenidos o impactados. Nuestro planteamiento es avalado por **Álvarez S.** <sup>(17)</sup> que sostiene que, recetó Amoxicilina de 500mg Tab. v.o. c/8 horas X 7 días para prevenir posibles infecciones, Naproxeno Sódico de 550 mg Tab. v.o c/12 horas x 3 días.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

**Primera.** – Se infiere que las terceras molares son las últimas piezas dentales en erupcionar y consecuentemente en general casi siempre no hallan el espacio adecuado y suficiente por lo que muestra tendencia a retenerse; asimismo, genéricamente las terceras molares impactadas se constituyen como las piezas dentarias que generan mayores complicaciones en el maxilar inferior, puesto que se ubican significativamente cerca al conducto dentario inferior.

**Segunda,** - Por lo acotado, es importante el analizar y conocer previa y tempranamente las posibles causas de las impactaciones y los problemas que podrían generarse posterior al procedimiento quirúrgico practicado.

**Tercera.** - Es factible efectuar la extracción de los cordales, si valoramos apropiadamente los riesgos previsibles, en el preoperatorio, la valoración clínica y radiográfica permite establecer un diagnóstico óptimo de las condiciones de salud oral del paciente, deber ser la base para cualquier procedimiento quirúrgico bucal.

**Cuarta.** - Las diversas malas posiciones de los cordales en ocasiones producen variación del plano de oclusión y producir disfunción temporo mandibular, ocasionando malestar de toda la zona problema, que son resueltas con la extracción de estos, ya que provocan contactos prematuros.

**Quinta.** – El apoyo del individuo tratado es fundamental para que la evolución del procedimiento sea exitosa, continuando con la medicación prescrita y siguiendo las indicaciones post tratamiento.

**Sexta.** – El procedimiento quirúrgico del cordal impactado inferior es un acto de suma importancia y este debe de ser estudiada completamente, asociado a los provechos generados al estabilizar el plano de oclusión y aliviar las disfunciones temporo mandibulares y otros dolores y molestias concomitantes.

**Séptima.** - Al disminuir el lapso de la labor quirúrgica, las molestias y complicaciones postoperatorios se verán minimizadas ya que no producimos cansancio de los músculos excesivamente, de igual forma con las alteraciones del complejo articular (ATM) y por tanto la intervención quirúrgica debe practicarse en un menor lapso de tiempo.

**Octava.** - La intervención quirúrgica suele practicarse en menor lapso de tiempo si identificamos la ubicación del cordal con las tipificaciones de Winter y según Pell & Gregory, empleando una incisión lineal con una descarga.

**Novena.** - Debe considerarse el diagnóstico exacto que debe ser respaldado por una anamnesis minuciosa, asimismo el manejo estricto y adecuado farmacológico que viene vinculado al conocimiento de todas las complicaciones asociadas a los terceros molares incluidos, retenidos o impactados.

**Décima.** - El impacto de terceras molares, resulta una temática de mucha importancia, encontrándose múltiples casos estudiados, los mismos que establecen que debe realizarse el diagnóstico temprano ya, que este tipo de retención suele causar patologías como pericoronaritis, formación de quistes, periodontitis, desbalance oclusal y disfunciones en el ATM.

## CAPITULO VI

### RECOMENDACIONES

**Primera.** - Es fundamental saber el método a emplear y disponer de procedimiento con la secuencia adecuada para disminuir el lapso operatorio.

**Segunda.** – Se recomienda establecer una administración farmacológica adecuada que permita una ideal recuperación del paciente. En nuestro caso recetó Amoxicilina de 500mg Tab. v.o. c/8 horas X 7 días para prevenir posibles infecciones, Naproxeno Sódico de 550 mg Tab. v.o c/12 horas x 3 días.

**Tercera.** - Se recomienda elegir entre los diferentes métodos subsistentes para el apropiado manejo clínico y quirúrgico a los terceros molares incluidos, retenidos e impactados, puesto que resultan esenciales y disminuyen el riesgo de complicaciones como sangrados, hemorragias, edemas, fracturas y laceraciones.

**Cuarta.** – Se sugiere, realizar un correcto diagnóstico clínico como radiográfico ya que así se puede aplicar un tratamiento eficaz y correcto.

**Quinta.** -Se recomienda continuar y generar más investigaciones sobre esta línea de investigación, que a través de plasmar casos clínicos permitan brindar más resultados comparativos en esta temática.

**Sexta.** - Mejorar el diagnóstico con imágenes y exámenes auxiliares como radiografía panorámica, periapical, estudio de modelos, exámenes de sangre, y otros complementarios, ya que nos permitirán obtener apropiados diagnósticos y planes integrales de tratamiento.

**Séptima.** – Se hace imperativo concientizar a la comunidad odontológica a cerca de los riesgos y grados de dificultad quirúrgica y complicaciones que puedan conllevar lo procedimientos de exodoncia de terceros molares impactadas inferiores.

**Octava.** - Repasar los conocimientos fundamentales anatómicos y fisiológicos de zona a intervenir; poder aplicar el procedimiento adecuado en la extracción de una 3ra molar retenida.

**Novena.** - Establecer la técnica quirúrgica y el tiempo quirúrgico antes de iniciar la extracción del tercer molar retenido o impactado.

**Decima.** - Determinar la clasificación de la posición del tercer molar retenido (superior o inferior) para orientar al profesional en el abordaje quirúrgico correcto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro Vila, Carlos, Fernando García Marín, and Santiago Ochandiano Caicoya. Tratado De Cirugía Oral Y Maxilofacial. Tomo II. Madrid: Arán, 2004.
2. Ríos Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal con patología Clínica y Terapéutica. 10 edición. Buenos Aires Editorial el ateneo, 2011
3. Gay Escoda, Cosme. Cirugía Bucal. Primera edición. Editorial Océano. Barcelona 2004
4. Chiapasco M. Cirugía Oral. Ed. Masson; 2004
5. Cárdenas D, Londoño J. Urgencias Odontológicas. 1a ed. Medellín: Fondo Editorial; 2011.
6. Assayag D. Complicaciones en cirugía oral menor en pacientes bajo medicación anticoagulante [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2008.
7. Herrera F. Efecto de la Metilprednisolona en el postoperatorio de la extracción de los terceros molares [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, Facultad de Odontología; 2011.
8. Palacios M. Prevalencia de la posición de terceros 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 periodo febrero 2011-diciembre 2012 [Tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
9. Tirado J. Posición más frecuente de terceros molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.

10. Gay-Escoda C., Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: Ergon; 2004.
11. Figueroa G. Estudio radiológico retrospectivo y comparativo de la situación y posición que adoptan los terceros molares inferiores retenidos en hombres y mujeres de 18 a 30 años de la ciudad de Ambato en el periodo 2005-2010 [Tesis]. 55 Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
12. Lara V. Jarrín M. Castro J. Exodoncia compleja de tercer molar inferior en posición invertida. Reporte de caso. KIRU. 2019; 16(3): 129-133.  
<https://doi.org/10.24265/kiru.2019.v16n3.06>
13. Hernández Pedroso Luis. Segundo y tercer molar inferior izquierdo impactados. Presentación de un caso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2013 [citado 2023 Nov 09]; 12(Suppl 5): 50-56. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000500007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000500007&lng=es).
14. Marín Giménez NM, Galeano Doldán CR. Exodoncia múltiple de terceros molares indicado por DTM: Relato de Caso clínico: Multiple extraction of third molars indicated by DTM. Case Report. OSS FOUNC [Internet]. 10 de octubre de 2022 [citado 9 de noviembre de 2023];3(1):46-58. Disponible en:  
<https://revistas.unc.edu.py/index.php/founc/article/view/86>
15. Mena Alencastro Steven Alfredo, Rockenbach Binz Ordóñez María Cristina. Complicaciones en la extracción de terceros molares mandibulares incluidos, retenidos e impactados. Revisión de la literatura. Odontología Vital [Internet]. Junio de 2023 [consultado el 9 de noviembre de 2023]; (38): 17-25. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-07752023000100017&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752023000100017&lng=en).

16. Salazar Salazar D, Ojeda Gómez RC. EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. REPORTE DE CASO. SVS [internet]. 31 de mayo de 2021 [citado 9 de noviembre de 2023];8(1):79-87. disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1600>
17. Álvarez Llanque, Shanda Yajaira. Tesis de pregrado Cirugía de tercer molar inferior impactada en paciente de 24 años de edad de la ciudad del Cusco. Universidad Andina del Cusco. Facultad de Ciencias de la Salud.2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/1277>
18. Mamani Toro, Jhony David. Tesis de pregrado. Universidad Peruana Los Andes. Repositorio Institucional – UPLA. Exodoncia de tercer molar inferior: Caso clínico. 2021. disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/3504>.
19. Castro Pachao, Danisse Anabell. Suarez Quilla, Diana Geraldini. Dificultad quirúrgica según índice de Koerner de terceros molares inferiores en radiografías panorámicas de una clínica dental. Arequipa 2017-2020. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. 2021.disponible en:<http://hdl.handle.net/20.500.14140/715>
20. Ormeño Moreira Leonor E. en su trabajo de investigación “Extracción de tercer molar mandibular clase I posición A con raíz dilacerada mediante la técnica de odontosección” Ecuador 2015
21. Rodríguez G, Martínez E, Duque F, Londoño L. Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. Rev Fac Odontol Univ Antioq., 18(2):76-83, 2007.
22. Donado Rodriguez M, Cirugía bucal. patología y técnica. 3 ed. Editorial: Masson España; 2005

23. Donado M, Martínez J. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2014.
24. Olate S, Alister J, Alveal R, Soto M, de Miranda N, Thomas D. Variables preoperatorias e intraoperatorias asociadas al aumento del tiempo quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores. Av Odontoestomatol. 2012
25. Lago L. Exodoncia del tercer molar inferior: Factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio: España: Universidad de Santiago de Compostela; 2008.
26. Hermann F, Gion F. Atlas de Cirugía Oral. Barcelona: Masson; 1997
27. Molina A. Análisis de los factores anatómicos, quirúrgicos y socio- laborales en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior: Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
28. Rojas M. Relación entre el Grado de Dificultad según el Índice de Gbotolorum y el Tiempo de Cirugía Efectiva en Los Pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Naval [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE EXODONCIA DE 3era MOLAR IMPACTADA

Yo, **DIEGO ESPINAL BENDEZU**, identificado con DNI N° 48587375, Declaro libre y voluntariamente que he sido debidamente informado por el Bach. Yllesca Soto Romario, del procedimiento del tratamiento de exodoncia de 3era molar que me realizarán, me explicaron las posibles consecuencias que pudiera ocasionar dicho tratamiento; por lo que doy **MI CONSENTIMIENTO** para ser atendido por el bachiller mencionado, Este procedimiento consiste en la extracción de la pieza dental 4.8; así mismo autorizo se me pueda fotografiar solo para el uso con fines académicos, por lo que firmo al pie de la misma.

Huancayo, 15 de setiembre de 2023



DIEGO ESPINAL BENDEZU  
DNI N° 48587375



## ANEXO N° 02

### DECLARACION JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo Yllesca Soto Romario, identificado con DNI N° 48314343, Domiciliado Jr. San Gregorio mz c lte 5, Egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, me **COMPROMETO** a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada **“REPORTE DE CASO CLÍNICO EXODONCIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA INFERIOR”** se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que el 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.

Huancayo, 25 de octubre del 2023

---

Yllesca Soto Romario  
DNI N° 48314343

ANEXO N° 03



**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Yllesca Soto Romario identificado con DNI 48314343 Egresado de la Escuela Profesional de Odontología, habiendo implementado el Trabajo de Suficiencia Profesional Titulado **“REPORTE DE CASO CLÍNICO EXODONCIA DE TERCERA MOLAR IMPACTADA INFERIOR”** en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y utilizados únicamente con fines de investigación científica de la Universidad Peruana los Andes salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 14 de octubre del 2023

Atentamente.

---

Yllesca Soto Romario  
DNI N° 48314343