

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
ENCLAVAMIENTO DENTARIO EN LA MANDIBULA
PIEZA 4.8**

- Para optar** : El título profesional de Cirujano Dentista
- Autor** : Bachiller Flores Varillas, Katherine
- Asesor** : MTRO. Cuya Salvatierra, Geovanny Nilton
- Líneas de investigación**
- Institucional** : Salud y gestión de la salud
- Fecha de inicio
y culminación** : Del 15-11-22 al 01-12-23

Huancayo – Perú

2023

PRESENTACIÓN

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios por darme la bendición y la fortaleza de haber culminado satisfactoriamente la carrera profesional, a mis padres por darme todo su apoyo y dedicación, a mi hermana y a mi hija por haber sido el impulso de cada día para seguir adelante y no rendirme en el proceso para lograr mis metas.

Agradecimiento

A Dios por guiar mis pasos en este camino largo.

A mis docentes, que me brindaron sus conocimientos, sus consejos y así poder formarme profesionalmente como Odontóloga.

A mis padres por su haberme educado, por su confianza y sobre todo por darme la vida y permitirme cumplir mis metas.

A mi hija por ser mi soporte en los momentos más difíciles, por impulsarme a ser mejor cada día como persona y profesional.

A mi hermana por ser la persona que confió en mi desde el primer día que decidí seguir esta carrera y darme su apoyo incondicional en todo momento.

CONSTANCIA DE SIMILITUD



NUEVOS TIEMPOS
NUEVOS DESAFÍOS
NUEVOS COMPROMISOS

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0054-FCS -2024

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

ENCLAVAMIENTO DENTARIO EN LA MANDIBULA PIEZA 4.8

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. FLORES VARILLAS KATHERINE**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**

Asesor (a) : **MTRO. CUYA SALVATIERRA GEOVANNY NILTON**

Fue analizado con fecha **09/01/2024** con **49 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **21** %.

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, 09 de febrero de 2024.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	2
Dedicatoria.....	2
Agradecimiento	3
CONSTANCIA DE SIMILITUD.....	4
CONTENIDO DE FIGURAS	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I. PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del Problema	14
1.2. Justificación teoría, practica, metodológica.	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de estudio.....	17
2.1.1. Antecedentes nacionales	17
2.1.2. Antecedentes internacionales	18
2.2. Bases Teóricas	19
2.3. Bases conceptuales	23
2.4. Metodología.....	24
CAPÍTULO III.- DESARROLLO TEMÁTICO.....	25

3.1. Contextualización y desarrollo del caso clínico	25
CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES	42
CAPÍTULO VI. - RECOMENDACIONES	43
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	44
Consentimiento informado	49

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura N°1 Modelo de estudio maxilar superior	29
Figura N° 2 Modelo de estudio maxilar inferior superior	29
Figura N° 3 Modelo de ambos maxilares	29
Figura N° 4 Modelo de ambos maxilares lado derecho	30
Figura N° 5 Modelo de ambos maxilares lado izquierdo	30
Figura N° 6 Fotografía extraoral del lado izquierdo a 90°	30
Figura N° 7 Fotografía extraoral frontal.....	31
Figura N° 8 Fotografía extraoral lado izquierdo 90°	31
Figura N° 9 Fotografía extraoral del lado izquierdo a 45°	31
Figura N° 10 Fotografía frontal sonriendo	32
Figura N° 11 Fotografía extraoral lado derecho a 45°	32
Figura N° 12 Fotografía intraoral oclusal.....	32
Figura N° 13 Fotografía intraoral lado derecho	33
Figura N° 14 Fotografía intraoral lado izquierdo	33
Figura N° 15 Fotografía intraoral superior	33
Figura N° 16 Fotografía intraoral inferior	34
Figura N° 17 Radiografía panorámica.....	34
Figura N° 18 Hemograma completo.....	35
Figura N° 19 Asepsia y antisepsia.....	36

Figura N° 20 Antisepsia de los materiales	37
Figura N° 21 Asepsia del paciente	37
Figura N° 22 Técnica de anestesia	38
Figura N° 23 Incisión	38
Figura N° 24 Debridación del colgajo.....	39
Figura N° 25 Extracción de la pieza dentaria.....	39
Figura N° 26 Irrigación	40
Figura N° 27 Sutura.....	40
Figura N° 28 Consentimiento informado primera parte.....	49
Figura N° 29 Consentimiento informado segunda parte	49

RESUMEN

El trabajo desarrollado se realizó en una clínica privada en la ciudad de Huancayo. Debido a que hay un índice elevado de dificultad quirúrgica que presentan los terceros molares mandibulares, por falta de espacio, tiempo de erupción; es necesario hacer una evaluación sobre la dificultad quirúrgica y así poder prevenir posibles complicaciones que afecte al paciente. Entonces el principal objetivo del presente trabajo es realizar el tratamiento adecuado en el enclavamiento dentario de la pieza 4.8 a nivel mandibular.

El caso que se presenta a continuación es un paciente de sexo masculino de 24 años de edad, estudiante, soltero, católico que asiste a la consulta por motivo que le duele la muela de juicio del lado inferior izquierdo, en el relato de la enfermedad menciona que el problema se inicia hace 3 años, cuando empezó la erupción de la pieza dentaria (4.8), presentando un dolor moderado y a la misma vez presento una ligera hinchazón en la zona, que desapareció aproximadamente en 1 semana, a la evolución aproximadamente 1 año atrás la pieza dentaria llegó al medio externo bucal de forma parcial refiriendo que sentía una pequeña presión en la zona comprometida; actualmente menciona que el dolor es provocado y se manifiesta e intensifica a la hora de ocluir y hacer los movimientos masticatorios. En los antecedentes menciona que su padre sufre de gastritis, pero está en tratamiento, madre sufre de HTA pero esta medicada, en el examen clínico muestra todo normal, en la evaluación integral la RMD clase I, RMI clase III, RCI clase II, RCD clase I, en la inspección de la pieza dentaria 4.8 se observa zona conservada hidratada, ligero enrojecimiento e hinchazón de la encía circundante a la pieza 4.8, restos de alimento atrapado, prueba de vitalidad calor positivo, frío positivo, diagnóstico definitivo enclavamiento dentario de la pieza 4.8 mesioangulado (Winter), clase II B (PELL Y GREGORY). En el plan de tratamiento se realizó la asepsia y antisepsia del paciente y operador, desinfección de la zona perioral, técnica de anestesia, incisión, debridación del

colgajo, osteotomía, odontosección, extracción de la pieza dentaria 4.8, irrigación, sutura e indicaciones postquirúrgicas. En conclusión, el tratamiento del enclavamiento de la pieza dentaria 4.8 a nivel mandibular es la exodoncia siendo un tratamiento odontológico que debe ser diagnóstico a través de exámenes auxiliares para un buen tratamiento.

Palabra clave: enclavamiento dentario, retención, impactación, tercer molar, exodoncia, mandíbula.

ABSTRACT

The work carried out was carried out in a private clinic in the city of Huancayo. Because there is a high rate of surgical difficulty that mandibular third molars present, due to lack of space, eruption time; It is necessary to make an evaluation of the surgical difficulty and thus be able to prevent possible complications that affect the patient. Therefore, the main objective of this work is to carry out the appropriate treatment on the dental interlocking of tooth 4.8 at the mandibular level.

The case presented below is a 24-year-old male patient, student, single, Catholic who attends the consultation because his wisdom tooth on the lower left side hurts. In the story of the illness he mentions that the problem began 3 years ago, when the eruption of the tooth began (4.8), presenting moderate pain and at the same time I presented a slight swelling in the area, which disappeared approximately in 1 week, with the evolution approximately 1 year At the back, the tooth partially reached the external environment of the mouth, reporting that he felt a small pressure in the compromised area; Currently he mentions that the pain is provoked and manifests and intensifies when occluding and making chewing movements. In the background he mentions that his father suffers from gastritis, but is undergoing treatment, mother suffers from HTN but is on medication, in the clinical examination everything shows normal, in the comprehensive evaluation the RMD class I, RMI class III, RCI class II, RCD class I, upon inspection of tooth 4.8, a preserved hydrated area is observed, slight redness and swelling of the gum surrounding tooth 4.8, remains of trapped food, positive heat vitality test, positive cold, definitive diagnosis of dental interlocking. piece 4.8 mesioangulated (Winter), class II B (PELL AND GREGORY). In the treatment plan, asepsis and antisepsis of the patient and operator, disinfection of the perioral area, anesthesia technique, incision, flap debridement, osteotomy, odontosection, extraction of tooth 4.8, irrigation, suture and

post-surgical indications were carried out. In conclusion, the treatment of the interlocking of tooth 4.8 at the mandibular level is extraction, being a dental treatment that must be diagnosed through auxiliary examinations for a good treatment.

Keyword: dental interlocking, retention, impaction, third molar, extraction, jaw.

INTRODUCCIÓN

La muela de juicio es la pieza dentaria última en erupcionar es lo que puede sufrir complicaciones como quedarse impactado, enclavado, o desplazarse, si no tiene el espacio correspondiente en la arcada dentaria. no solo en la zona de erupción sino en la pieza que le antecede. (1)

Las terceras molares no muestran dolor al erupcionar pero si existen casos donde si a nivel alveolar son eliminados y evitando tener problemas locales (2,3) (2) (3), también como el desarrollo de las manifestaciones clínicas a nivel local o sistémica de severidad variable (4), es de suma importancia que el profesional conozca la posición de la pieza dentaria evitando alteraciones post- quirúrgicas (5). Para una fácil comunicación entre los odontólogos y un planeamiento quirúrgico adecuado, fueron creadas distintas clasificaciones para las posiciones de los terceros molares en el arco dentario, siendo algunas de ellas la de Winter (1926), Pell y Gregory (1933) y, más recientemente, el método de Shiller (1979), que fue adaptado por Sandhu y Kaur (2005). (5)

Por este motivo el propósito del caso clínico es realizar el tratamiento adecuado en el enclavamiento dentario de la pieza 4.8 a nivel mandibular.

CAPÍTULO I. PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Las piezas dentarias constituyen un elemento muy importante en la cavidad bucal, cuya consecuencia de erupción varía de acuerdo a la edad cronológica de la persona. Durante los procesos de erupción la mucosa alveolar experimenta un proceso de inflamado propio del rompimiento fisiológico que es ocasionado por la fuerza eruptiva de la pieza dentaria. (1)

Las terceras molares también llamadas cordales según Guillermo Raspall son piezas dentarias que presentan alto porcentaje de retención y su extirpación quirúrgica o la intervención, es muy frecuente para los cirujanos maxilofaciales. Ya que constituye un apartado importante en la patología odontológica por la frecuencia y la variedad de las patologías o accidentes que frecuentemente que desencadenan. (2)

Las terceras molares inferiores retenidos constituyen aproximadamente un 35% de las retenciones dentarias, sin embargo, las segundas molares inferiores retenidos solo se encuentra en un 0.5% de la inclusión. (3) es por ello que a nivel mundial las tercera molares retenidas o enclavijadas ocasionan gran cantidad de alteraciones maxilares y mandibulares, se debe de evitar la presencia de las mismas a través de un diagnóstico temprano y la eliminación oportuna. (4)

1.2. Justificación teoría, practica, metodológica.

Justificación teórica

El Caso Clínico permite conocer la retención (enclavamiento) de las terceras molares mandibulares relacionándose con factores de riesgo que va desde el desplazamiento dentario anterior, hasta las infecciones locales a repetición que

puede progresar hasta convertirse en una grave infección diseminada y su potencial tumoral ya que favorece la formación de quistes o neoplasias.

Siendo indispensable en algunos casos su extracción, el caso clínico presentado podrá servir como guía para tratamientos en terceras molares.

Justificación practica

El enclavamiento de las terceras molares en la sociedad se presenta con mucha frecuencia, ya que son ultimas piezas en erupcionar presentando dificultades para poder ser analizados en el proceso de su erupción, es por lo que se requiere la radiografía panorámica para la evaluación y tratamiento adecuado, el desarrollo del caso clínico nos dará a conocer el tratamiento adecuado para las terceras molares en esta situación.

Justificación metodológica

El trabajo de investigación tiene como metodología científica, bibliográfico, usando el desarrollo del caso clínico diagnóstico y tratamiento.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo (general /específicos)

- Poder demostrar los resultados del plan de tratamiento quirúrgico del enclavamiento dental de la pieza 4.8 del paciente masculino de 22 años de edad brindándole una mejor calidad bucal Realizar.

1.4. Delimitación

1.4.1. Delimitación temporal

El caso clínico se realizó en el mes de junio del 2022.

1.4.2. Delimitación espacial

El trabajo se realizó en el consultorio privado de Huancayo.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. Antecedentes nacionales

Baeza S. Cáceres N. Gonzáles G. Guzmán C. Sepúlveda M. Valenzuela

I. (5) En el año 2021 se presentó un trabajo titulado “Caracterización de exodoncia de terceros molares”, con el **objetivo** de caracterizar las principales situaciones de indicación, contraindicación y accionar profiláctico para la exodoncia de terceros molares, **metodología** la base de Pubmed, Scopus y Web of Science, **resultados** el 72.2% de artículos analizados considera el análisis de extracción profiláctica y el desarrollo de la exodoncia de la tercera molar, sin embargo existe controversia respecto a la exodoncia profiláctica y se destaca que no todas las terceras molares retenidas y asintomáticas deben ser retiradas del alveolo, **conclusión** es necesario evaluar los casos considerando los beneficios de la práctica, las características del paciente.

Varvaresos F. (6) En el año 2018 desarrollo el trabajo con el **objetivo** de “Determinar la presencia de pericoronitis en cordales en relación con la posición y enclavamiento”, **método de investigación** observacional, descriptivo, corte transversal, los **resultados** indican que el tercer molar tiene 2% de profundidad relativa del cordal en el hueso con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula en la clase I tuvieron 9 pericoronitis el 47.4%, en la clase II 13 tuvieron pericoronitis 50% y en la clase III 2 tuvieron pericoronitis 40%, en **conclusión** el 48% d los pacientes atendidos sufren de pericoronitis en cordales en relación a la posición y enclavamiento.

Gonzales L. Mok P. Tejera A. Valles Y. Leyva M. (7) El 2014 en el artículo científico “Caracterización de la formación y el desarrollo de los

terceros molares” es un proceso de desarrollo dentinario de los maxilares, conociendo los detalles todo lo relacionado con la calcificación y erupción de los dientes deciduos y permanentes siendo indispensables en cuanto a su formación y erupción de los terceros molares, conocido como cordal , en las deformaciones de la calcificación de la muela de juicio.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Oguzhan D. Aslihan A. (8) En el año 2020 en el trabajo titulado “Evaluación de la relación entre el ángulo gonial y los terceros molares mandibulares impactados”, con la **finalidad** relación entre el patrón de impactación de tercer molar mandibular y el ángulo gonial con la evaluación entre las raíces mandibulares y el canal alveolar inferior, **metodología** es la evaluación de 90 pacientes con tomografías computarizadas de haz cónico para la impactación del tercer molar mandibular, en los **resultados** indican que de los 90 terceros molares impactados evaluados, la posición mesioangular fue más frecuente 34.4%, seguida de la vertical horizontal y distoangular. El 77% de las raíces de los terceros molares impactados estaban relacionado con el canal alveolar inferior. En **conclusión**, el ángulo gonial es mayor en pacientes con nivel de impactación C2.

Rivera R. Esparza V. Bermeo J. Martínez R. Pozos A. (9) En el año 2020 en el artículo científico el trabajo titulado “Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos”, tiene como **objetivo** evaluar el grado de acuerdo en la valoración radiográfica de terceros molares mandibulares impactados, con el empleo de tres clasificaciones, **método de estudio** es observacional, descriptivo, en los **resultados** indican que la clasificación de Pell y Gregory obtuvo un menor grado de acuerdo a

Kappa = 0.05 y 0.185, seguido de la clasificación de Sánchez Torres Kappa = 0.125 y 0.326, con el mejor valor de la clasificación de Winter con Kappa = 0.28 y 0.636, en **conclusión** la clasificación de Winter tiene mayor grado de confiabilidad para categorizar las terceras molares mandibulares.

Solórzano A. (10) En el año 2015 se desarrolló con el **objetivo** determina las manifestaciones patológicas , patológicas producidas durante la evolución del tercer molar inferior, **metodología** no experimental, de métodos analíticos sintético, inductivo, deductivo, de tipo de investigación documental, descriptivo, la muestra está conformada por una descripción bibliográfica de las manifestaciones, teniendo como **resultado** que las terceras molares inferiores presentan una gran variedad de manifestaciones clínicas como la pericoronaritis y procesos tumorales que pueden producir caries, provocando en el segundo molar, se **concluyó** dar a conocer las complicaciones bastante graves en tejidos duros con las manifestaciones mecánicas y traumáticas.

2.2. Bases Teóricas

Erupción del tercer molar

Las terceras molares en general son las últimas piezas en erupcionar entre las edades de 17 a 24 años, en lo general se localizan después de los segundos molares.

(11)

El espacio para su erupción dentaria puede ser limitado y con mayor proporción que otras piezas dentarias, las terceras molares a menudo lograr su erupción de manera parcial. El fracaso de la erupción completa por parte de los terceros molares con frecuencia se debe a la impactación y actúa como una barrera física que impide su mayor erupción. (11)

Terceras Molares

También son conocidos con el sobrenombre de muela de juicio o cordales es por la erupción del tercer molar supuestamente coincide con el momento en que la persona empieza a ser responsable a sus actos, siendo capaz de decidir y aceptar el resultado de sus acciones.

Navarro en el 2008 indica que la erupción del tercer molar suele ocurrir entre los 18 y 22 años, siendo los últimos dientes en erupcionar. (12)

Condiciones Embriológicas:

Se originan en el cordón epitelial a si mismo se desprenden las segundas molares hacia atrás de las raíces no calcificadas, normalmente se desarrolló las terceras molares de abajo hacia arriba de atrás hacia adelante del gubernaculum dentis siendo su evolución de la línea curva de concavidad posterior . (13)

Cronología del Tercer Molar

Ocurre en la sexta semana permitiendo la aparición de la lámina dentaria, en el tercer molar inferior a los 3 años de edad la lámina se desprende del órgano del esmalte. A los 6 años de edad se diferencia el bulbo dentario posteriormente se desarrolla el saco dentario. A los ocho años de edad permite la oclusión del saco dentario liberando el folículo de la lámina dentaria. La y progresivamente va incrementando un tercio hasta los 20 años con el término de la calcificación. (14)

Características métricas del tercer molar inferior

Se ha asociado con mayor incidencia de angulomandibular y fracturas condilares. Las características morfométricas de este diente han sido incluidas como medida de interés en modelos predictivos sobre la duración del tercer molar.

En la actualidad los estudios ontogénicos y filogenéticos sugiere que el tamaño de la tercera molar está disminuyendo a nivel distal a causa de una reducción en la función masticatoria, con una disminución a nivel de las cúspides de los molares mandibulares a lo largo de la edad. (15)

Clasificación de las Terceras Molares

- Su posición se da en relación al segundo molar.
- El eje longitudinal del ángulo del diente
- Entre el tercer molar y la rama mandibular hay una relación
- Se forma un tejido óseo en el diente retenido. (14)

Clasificación de Winter

Winter relaciona el eje longitudinal de ellas con el eje longitudinal de la segunda molar en los planos sagital y coronal según el plano sagital de la arcada: (4)

- **Cordales verticales:** Los ejes son paralelos
- **Cordales mesioanguladas:** Ejes forman un ángulo de vértice anterosuperior cerca a 45°.
- **Cordales horizontales:** Ambos ejes son perpendiculares
- **Cordales distoanguladas:** Los ejes forman un ángulo de vértice anteroinferior 45°.
- **Cordales invertidos:** La corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°.

Liedholm y cols. y Krutsson y cols. los cordales en posición mesioangulada tiene de 22 a 34 veces más posibilidades de provocar patología de una tercera molar erupcionada o inclinada intraósea completa. (4)

Clasificación de Pell Y Gregory

Es la clasificación en relación a la segunda molar con el cordal y la rama mandibular ascendente y la profundidad del tercer molar. Clasifican con relación a la altura de la corona de las terceras molares respecto al segundo molar y según la proporción de superficie oclusal de corona cubierta por hueso.

La relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar se da de la siguiente manera:

En tres clases la clase I es cuando la rama ascendente y el segundo molar se muestra un espacio para la tercera molar.

Clase II el espacio es menor al tamaño de la tercera molar.

Clase III se encuentra dentro de la rama ascendente de la tercera molar.(16)

Cirugía bucal

Formula por las principales entidades académicas y corporativas norteamericana (EE.UU.) es la siguiente: “Cirugía bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”. (17)

Retención de terceras molares

Precisiones conceptuales.

Según Donado se diferencia los términos siguientes:

- ✓ **Retención:** La erupción la pieza dentaria se queda retenido de manera total o parcial.

- ✓ **Inclusión o impactación:** Es la pieza dentaria que queda retenida después de su fecha de erupción conservando el saco peri coronario intacto.
- ✓ **Enclavamiento:** Es la retención de la pieza dentaria perforando el lecho óseo. (18)

Actualmente la terminología propuesta por la Universidad de California:

- ✓ **Diente no erupcionado:** Es la falta de erupción de la pieza dentaria.
- ✓ **Diente impactado:** Es cuando la pieza dentaria no ha erupcionado en el tiempo adecuado, presentando el saco pericoronario intacto y no comunicándose con la cavidad bucal.
- ✓ **Diente incluido:** Es el sinónimo del diente impactado.
- ✓ **Enclavamiento o impactación total:** Se da cuando la erupción dentaria es incompleta, estando cubierto por tejido blando.
- ✓ **Impactación parcial:** La pieza dentaria no a erupcionado, pero conserva el potencial para la erupción, siendo su posición anormal. (18)

Conceptos en la alteración de la erupción:

- ✓ **Impactación:** Pieza dentaria detenida por una barrera física en el proceso de su erupción o por alguna anomalía.
- ✓ **Retención:** Interrupción de la erupción sin evidencia de alguna barrera o anomalía.
- ✓ **Inclusión:** Se refiere cuando la pieza dentaria permanece dentro del hueso pudiendo estar ectópico o heterotópico. (18)

2.3. Bases conceptuales

- ✓ **Maxilar inferior:** Es el hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentarias inferiores. (19)

- ✓ **Enclavamiento:** Diente retenido perfora el lecho óseo con apertura o no del saco pericoronario. (20)

2.4. Metodología

El método de investigación es reporte de caso clínico donde se evaluó el enclavamiento de la pieza dentaria a nivel mandibular dando como diagnóstico y tratamiento adecuado para el paciente, para la obtención de la información se recopiló a través artículos científicos (Pubmed, Scopus, etc), revistas, libros, tesis, etc. como fuente confiable.

CAPÍTULO III.- DESARROLLO TEMÁTICO

3.1. Contextualización y desarrollo del caso clínico

Historia clínica.

- **Datos De Filiación.**

- ✓ Nombre: L.F.M.P

- ✓ Edad: 24 años

- ✓ Sexo: masculino

Procedencia: Chupaca

- ✓ Fecha de nacimiento: 22/08/1997

- ✓ Ocupación: estudiante

- ✓ Religión: católica

- **Enfermedad Actual**

- ✓ **Motivo De Consulta:** “Mi muela de juicio del lado inferior izquierdo me salió chueco y hace que me muerda la encía, se acumule la comida y me duele”

- ✓ **Relato de la enfermedad:** Paciente manifiesta que el problema se inicia hace 3 años, cuando empezó la erupción de la pieza dentaria (4.8), presentando un dolor moderado y a la misma vez presento una ligera hinchazón en la zona, que desapareció aproximadamente en 1 semana, a la evolución aproximadamente 1 año atrás la pieza dentaria llegó al medio externo bucal de forma parcial refiriendo que sentía una pequeña presión en la zona comprometida; actualmente menciona que el dolor es provocado y se manifiesta e intensifica a la hora de ocluir y hacer los movimientos masticatorios, alude también que se quedan atrapados restos

- ✓ ATM: Ligero clic al movimiento de apertura bucal en el lado izquierdo y derecho.
- ✓ GANGLIOS: Sin hinchazón ni abultamiento ni endurecimientos e impalpables.
- ✓ LABIOS: Asimétricos, resecos, competencia labial, ligeras pigmentaciones, ausencia de lesiones.
- ✓ CARRILLOS: Hidratados, liso, textura suave, color característico, presencia de línea alba.
- ✓ PALADAR DURO: Rugas palatinas conservadas, ovoide, color característico, sin lesión aparente.
- ✓ PALADAR BLANDO: Color amarillento característico, hidratado, conservado, sin lesiones.
- ✓ LENGUA: Movilidad idónea, normoglosia, saburra lingual en tercio posterior, hidratada sin lesiones.
- ✓ ISTMO DE LAS FAUCES: Úvula centrada, movilidad idónea, hidratada, sin hinchazón, ni ulceraciones o lesiones o enrojecimiento, amígdalas palatinas sin hinchazón enrojecimiento lesión o ulceración.
- ✓ PISO DE BOCA: Vascularizada, lisa, brillante, mucosa fina, forma ovoide, sin lesiones.
- ✓ OCLUSIÓN: RMD: I, RMI: III, RCI: II, RCD: I
- ✓ SISTEMA DENTARIO: 32 Órganos dentarios forma cuadrangular. Color B1 (VITA).

Pieza Dentaria 4.8

- ✓ **INSPECCIÓN:** Se observa zona conservada hidratada, ligero enrojecimiento e hinchazón de la encía circundante a la pieza 4.8, restos de alimento atrapado.
- ✓ **EXPLORACIÓN:** Sin retención del explorador.
- ✓ **PERCUSIÓN:** Asintomático a la percusión vertical y horizontal.
- ✓ **PALPACIÓN:** Superficies reguladores sin bordes cortantes ni puntiagudos.
- ✓ **MOVILIDAD DENTARIA:** Movilidad de grado 0.
- ✓ **PRUEBA DE VITALIDAD:** Calor: positivo. Frio: positivo

Diagnóstico y Pronóstico

- **Diagnostico Presuntivo**

- ✓ **Salud general:** Paciente con buen estado de salud general; lucido orientado en tiempo espacio y persona.

- ✓ **Salud estomatológica:**

Enclavamiento dentario de la pieza dentaria 4.8 con mesioangulación según la clasificación de Winter y según Pell Y Gregory II B.

Impactación dentaria de la pieza 4.8 con mesioangulación según la clasificación de Winter y clasificación II B según (PELL Y GREGORY).

EXÁMENES AUXILIARES

- Modelos de estudio



Figura N°1 Modelo de estudio maxilar superior



Figura N° 2 Modelo de estudio maxilar inferior superior



Figura N° 3 Modelo de ambos maxilares



Figura N° 4 Modelo de ambos maxilares lado derecho



Figura N° 5 Modelo de ambos maxilares lado izquierdo

- **Fotografías extraorales**



Figura N° 6 Fotografía extraoral del lado izquierdo a 90°



Figura N° 7 Fotografía extraoral frontal



Figura N° 8 Fotografía extraoral lado izquierdo 90°



Figura N° 9 Fotografía extraoral del lado izquierdo a 45°



Figura N° 10 Fotografía frontal sonriendo



Figura N° 11 Fotografía extraoral lado derecho a 45°

- **Fotografías intraorales**



Figura N° 12 Fotografía intraoral oclusal



Figura N° 13 Fotografía intraoral lado derecho



Figura N° 14 Fotografía intraoral lado izquierdo



Figura N° 15 Fotografía intraoral superior

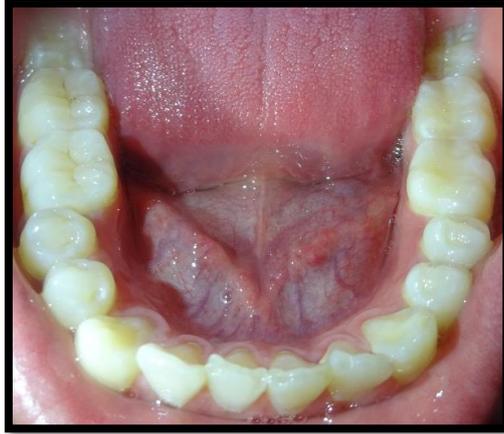


Figura N° 16 Fotografía intraoral inferior

- **Radiografía Panorámica**



Figura N° 17 Radiografía panorámica

- **Informe radiográfico**

- ✓ Neumatización de los senos maxilares.
- ✓ Cóndilos asimétricos.

- ✓ Córdilo del lado derecho presenta ligero acortamiento y adelgazamiento.
 - ✓ Córdilo del lado izquierdo presenta ligero adelgazamiento
 - ✓ Apófisis coronoides del lado izquierdo presenta ligero adelgazamiento.
 - ✓ 32 órganos dentarios permanentes.
 - ✓ Fosa nasal izquierda ligeramente obstruida
 - ✓ Enclavamiento dentario de la pieza 4.8 y mesioangulada.
- **Hemograma Completo**

**CENTRO MEDICO SAN FELIPE
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE
HUANCAYO**
Jr. Mantaro 164 Huancayo - Teléfono 504753

PACIENTE : MEDINA PEREZ LUIS FERNANDO
MEDICO : Dr.
FECHA : 14 / 06 / 2022

RESULTADO DE ANALISIS

EXAMEN	BIOQUIMICA		VALORES REFERENCIALES
	RESULTADOS		
GLUCOSA (METODO: ENZIMATICA AA)	81	mg/dl.	(70 - 110)
COLESTEROL TOTAL (METODO: ENZIMATICO CHOD / PAP AA)	227	mg/dl.	Óptimo : Menor de 200 Moderadamente alto : 200 - 239 Elevado : Mayor de 240
TRIGLICERIDOS (METODO: ENZIMATICO GPO / PAP AA)	348	mg/dl.	Sospechoso : Mayor de 150 Elevado : Mayor de 200

CENTRO MEDICO SAN FELIPE
SERVICIO DE LABORATORIO

Figura N° 18 Hemograma completo

Diagnóstico Definitivo

- Del estado general:
 - Paciente lucido orientado en tiempo espacio y persona – receptivo.
- De las condiciones estomatológicas:
 - Enclavamiento dentario de la pieza 4.8 mesioangulado (Winter), clase II B (PELL Y GREGORY).

Plan de tratamiento

1. Asepsia y antisepsia del paciente y operadores
2. Desinfección de la zona perioral
3. Técnica de anestesia
4. Incisión
5. Debridación del colgajo
6. Osteotomía
7. Odontosección
8. Extracción propiamente dicha
9. Irrigación
10. Sutura
11. Indicaciones postquirúrgicas

PROCEDIMIENTO

- ✓ **Asepsia y antisepsia del paciente y operadores:** realizamos la asepsia intraoral con colutorios de solución como la clorhexidina al 0.12% por 20 – 30 segundos.



Figura N° 19 Asepsia y antisepsia



Figura N° 20 Antisepsia de los materiales

- ✓ **Desinfección de la zona perioral:** Protección de la cabeza ; con solución de Yodopovidona.



Figura N° 21 Asepsia del paciente

- ✓ **Técnica de anestesia:** Aplicación de la lidocaína al 2% mas epinefrina 1:80000.



Figura N° 22 Técnica de anestesia

- ✓ **Incisión:** Palpación con los dedos de la estructura anatómica y realización de la incisión con el bisturí N° 3 y una hoja de bisturí Núm. 12. Para el sector inferior procedemos hacer una festoneada en la pieza, con 1 descarga por distal.



Figura N° 23 Incisión

- ✓ **Debridación del colgajo:** se realiza la colocación del elevador para despegar el sector vestibular el periosotomomo en la cortical ósea.



Figura N° 24 Debridación del colgajo

- ✓ **Osteotomía:** Para realizar este paso utilizamos la pieza de alta y una fresa quirúrgica, sea redonda o de fisura de tungsteno, irrigando al mismo tiempo con solución salina teniendo una aspiración constante con la ayuda del succionador.
- ✓ **Odontosección:** Procedemos al paralelo del eje longitudinal mayor del diente, con fresa quirúrgica troncocónica de tungsteno, para así poder dividir en 2 a la pieza y facilitar su extracción.
- ✓ **Extracción propiamente dicha:** Con la ayuda del elevador recto realizamos movimientos de rotación y palanca.



Figura N° 25 Extracción de la pieza dentaria

- ✓ **Irrigación:** Constantemente irrigamos con el suero fisiológico.



Figura N° 26 Irrigación

- ✓ **Sutura:** Pasamos a suturar con un punto simple con hilo de sutura reabsorbible de ácido poliglicólico (Vicryl Plus)



Figura N° 27 Sutura

- ✓ **Indicaciones postquirúrgicas:** Procedemos al control del estado general del paciente, evolución postoperatoria, control de la dieta, control de la higiene oral, control de la actividad física.

CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Es importante destacar los resultados de las pruebas realizadas y los resultados interpretados; existen varias alteraciones siendo importante mencionar el grado de dificultad quirúrgica de los terceros molares mandibulares según varios autores; que especifica la diéresis de las terceras molares tomando como referencia las clasificaciones de Winter y Pell y Gregory basándose en la posición y orientación que presenta cada una de las terceras molares; con la ayuda de exámenes complementarios como las fotografías, modelos, radiografiar panorámica y exámenes de sangre; con el fin de dar buen resultado al paciente y éxito en la cirugía.

Robles L. muestra que las imágenes están favorables para la extracción de la tercera molar con la hemostasia correcta.

Fernández R. en su artículo científico concluye que es de importante para el clínico reconocer tanto la anatomía como las variaciones anatómicas de la región maxilofacial, a la hora de evaluar y resolver el tratamiento de una pieza dentaria impactada.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES

- ✓ En conclusión, el tratamiento del enclavamiento de la pieza dentaria 4.8 a nivel mandibular es la exodoncia siendo un tratamiento odontológico que debe ser diagnóstico a través de exámenes auxiliares para un buen tratamiento.
- ✓ Se obtuvo como resultado que la prevalencia de la posición más común según Winter es la posición mesioangular es más prevalente en los casos clínicos; y según Pell y Gregory se obtuvo que la posición más frecuente fue la clase II posición B, de las cirugías de las terceras molares según va variando entre 18 a 25 años de edad.

CAPÍTULO VI. - RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda hacer otros exámenes auxiliares tridimensionales como por ejemplo tomografías con contraste para ver el grado de inflamación e infección de la pieza a extraerse, también ver la posición y angulación del diente.
- ✓ Se debe realizar estudios más exhaustivos de la toma de sangre lo cual nos ayudare a tener una visión objetiva del tratamiento realizado extra e intra operatoria dejando al paciente tener un resultado exitoso.
- ✓ Se puede recomendar utilizar otros materiales para tener un mejor resultado al momento de la extracción como el electrobisturí; lo cual nos ayudara hacer la incisión y coagulación para evitar el sangrado excesivo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez C. Efectividad del gel de Matico (*Piper angustifolium*) en la evolución de la cicatrización de heridas de la mucosa bucal post exodoncia del tercer molar inferior incluido en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Arequipa 2010. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Alas Peruanas ; 2010.
2. Gay C, Berini L. Tratado de Cirugía Bucal Madrid : Ergon ; 2011.
3. Apumayta F, Lara R. Frecuencia de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell –Gregory y la clasificación de Winter; de acuerdo a la hemiarcada y género en radiografías panorámicas digitales de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imág. Tesis para optar el título profesional de Cirujano dentista. Huancayo : Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt ; 2019.
4. Villavicencio M. Frecuencia de la localización de las terceras molares inferiores en radiografías panorámicas de pacientes atendidos en el Centro Radiológico Tomodent , Guanacaste - Costa Rica 2015. Tesis para optar el título de especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia ; 2017.
5. Gonzales R. Google indexó la.dental-tribune.com por primera vez en August 2017. [Online].; 2020 [cited 2023 09 03. Available from: <https://la.dental-tribune.com/news/tratamiento-de-segundo-y-tercer-molar-inferior-enclavados/>.
6. Rivera R, Esparza V, Bermeo J, Martínez R, Pozos A. Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros molares mandibulares retenidos. Gac. Med. Mex.. 2020 Febrero - Mayo ; 156.

7. Beatres L, Fuentes P, Rueda V, León F. Consideraciones que avalan la extracción de terceras molares. México : Universidad Juárez Autónoma de Tabasco ; 2007.
8. Raspall G. Cirugía oral e implantología. segunda ed. Buenos Aires : Médica Panamericana ; 2006.
9. Juárez D. Posición y espacio disponible para la erupción de terceros molares mandibulares en radiografías panorámicas digitales mediante la adecuación del Software Facad. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Federico Villarreal ; 2018.
10. Baeza S, Cáceres N, Gonzáles G, Guzmán C, Sepúlveda M, Valensuela I. Caracterización de exodoncia de terceros molare. Rev. Cientif. Odontol.. 2021; 9(3).
11. Varvaresos F. Prevalencia de pericoronitis en cordales en relacion con la posición y enclavamiento. Clínica estomatológica Universidad Nacional de Trujillo 2017. Tesis para optar el grado de bachiller en estomatología. Trujillo : Universidad Nacional de Trujillo ; 2018.
12. Gonzáles L, Mok P, Tejera A, Valles Y, Leyva M. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. MEDISAN. 2014; 18(1).
13. Oguzhan D, Aslihan A. Evaluación de la relación entre el ángulo gonial y los terceros molares mandibulares impactados. Anat. Ciencia Int.. 2020 Enero ; 95(1).
14. Solórzano A. Descripción de las manifestaciones clínicas que se presentan durante la evolución patológica del tercer molar inferior. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de odontóloga. Guayaquil : Universidad de Guayaquil ; 2015.

15. G. AIAJBSJS. Erupción del tercer molar patología asociada. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 6.
16. Solis F. Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II Es Salud Huanuco 2015. Trabajo para optar el título profesional. Huanuco : Universidad Nacional Hermilio Vladizan ; 2015.
17. Ramón F, Gonzalo V. Tercer molar ectopico impacatdo en zonas retromolares Reporte de caso. International Journal og Morphology. 2009; 27(1).
18. Sthorayca F. Frecuencia de terceros molares inferiores retenidos según la clasificación de Pell –Gregory y la clasificación de Winter; de acuerdo a la hemiarcada y género en radiografías panorámicas digitales de pacientes atendidos en un centro de diagnóstico por imág. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Perú: Universidad Privada de Tacna ; 2017.
19. Trinks P, Grifo M, Pari F, Sánchez G. Characerization of third molar morphometric variables. Acta Odontol. Latinoam. 2016; 29(2).
20. Alvarez S. Cirugía de tercera molar inferior impactada en paciente de 24 años de edad de la ciudad del Cusco. Tesis para optar al título profesional de cirujano dentista. Cusco : Universidad Andina del Cusco; 2017.
21. Muchaypiña R. Relación entre la presencia de terceras molare sinferiores retendidas en posición mesio- angular y el apiñamiento dentario del sector antero- inferior en paciente de 18 a 28 años. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2011.

22. Pozo K. Posición del tercer molar en relación a la ubicación del canal mandibular en pacientes adultos jóvenes de la ciudad de Huánuco 2016. Proyecto para optar el título profesional de cirujano dentista. Huánuco : Univerisdad de Huánuco ; 2016.
23. Páez E. Diagnostico y tratamiento ortodoncico de dientes incluidos y/o anquilosados en el sector anterior - reporte de un caso. Trabajo para optar el título de Especialista en Ortodoncia. Caracas : Universidad Central de Venezuela ; 2002.

ANEXOS

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERFERENCIAS QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS GERARDO MEDINA DEJES
FECHA: 12/10/21 CLINICA: _____ PRECLINICA: _____

1. Yo, LUIS GERARDO MEDINA DEJES identificado con DNI N° 73491980, por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en plena y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente: ROBERTO ALBERTO GONZALEZ DIBAS para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometidos a su dirección así como los asistentes que él elija o acepte, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento:

2. El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.

3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos; generales y específicos imprevisibles que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.

5. Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o fácil prevención, los cuales por esta razón, no puede ser advertido y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

Figura N° 28 Consentimiento informado primera parte

7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

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


FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° 73491980


FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO
RESPONSABLE DEL ÁREA


FIRMA DEL ESTUDIANTE

Figura N° 29 Consentimiento informado segunda parte