

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICIÓN MESIOANGULADA, REPORTE CASO CLÍNICO.

Para optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bach. PARADO ANDAMAYO, Yosselyn

Línea de investigación institucional: Salud y gestión de la salud.

Huancayo – Perú

2020

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos cumplir nuestras metas

A mis padres que nos guiaron con mucho

esfuerzo para cumplir la meta y su apoyo

incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional en mi crecimiento profesional.

A la casa de estudio que permitió desarrollarme profesionalmente, humanística y formación integral.

Gracias a las personas que me ayudaron a elaborar el caso clínico



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

CONSTANCIA

**DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR
EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN**

LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, HACE CONSTAR POR LA PRESENTE, QUE EL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL TITULADO:

**EXODONCIA DE TERGER MOLAR INFERIOR EN POSICIÓN MESIOANGULADA, REPORTE
CASO CLÍNICO**

CUYO AUTOR (ES) : **PARADO ANDAMAYO YOSSELYN**
FACULTAD : **CIENCIAS DE LA SALUD**
ESCUELA PROFESIONAL : **ODONTOLOGÍA**
ASESOR (A) : **CD. ESCALANTE SANTIVAÑEZ EDGARDO**

QUE FUE PRESENTADO CON FECHA: 16/07/2021 Y DESPUÉS DE REALIZADO EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE EN EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN CON FECHA 27/07/2021; CON LA SIGUIENTE CONFIGURACIÓN DEL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN:

- EXCLUYE BIBLIOGRAFÍA
- EXCLUYE CITAS
- EXCLUYE CADENAS MENORES A 20 PALABRAS
- OTRO CRITERIO (ESPECIFICAR)

DICHO DOCUMENTO PRESENTA UN PORCENTAJE DE SIMILITUD DE 20%.

EN TAL SENTIDO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO N° 11 DEL REGLAMENTO DE USO DE SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO, EL CUAL INDICA QUE NO SE DEBE SUPERAR EL 30%. SE DECLARA, QUE EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: SI CONTIENE UN PORCENTAJE ACEPTABLE DE SIMILITUD.

OBSERVACIONES: SE ANALIZÓ CON EL SOFTWARE DOS VECES.

EN SEÑAL DE CONFORMIDAD Y VERIFICACIÓN SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE CONSTANCIA.

HUANCAYO, 27 DE JULIO DE 2021



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PH.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONTENIDO

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONSTANCIA DE SIMILITUD.....	iv
CONTENIDO.....	v
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	viii

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2,2 OBJETIVO.....	11
2.3 MARCO TEÓRICO.....	11
2.3.1 Antecedentes.....	11
2.3.2. Bases Teóricas o Científicas.....	12
2.3.3 Definición de términos.....	13

CAPÍTULO III

3.1. INFORME DEL CASO CLÍNICO.....	19
HISTORIA CLÍNICA.....	19
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	21
3.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	26

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	27
---------------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	35

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

RESUMEN

Las piezas dentarias impactadas como el canino y molares no presentan dolor en algunos casos ni molestia, sin embargo, la molestia que se siente por la impactación del diente vecino por la presión puede causar pulpitis del diente vecino y alteraciones de alineación de los dientes conllevando a mal oclusiones futuras. **Objetivo** determinar la efectividad del diagnóstico y tratamiento de los cordales retenidos, **materiales y método** del trabajo de suficiencia profesional es de tipo descriptivo básico, nivel descriptivo no experimental, de diseño transversal. La técnica empleada es el reporte de un caso clínico en la Clínica Docente Asistencial la exodoncia de la tercera molar retenido se realizó por tener una pieza 3.8 mesioangulada clase I en posición A, mediante una técnica quirúrgica del maxilar inferior en posición mesioangulada.

El presente caso teniendo como datos una paciente del sexo femenino de 23 años de edad que consulta a la clínica con odontalgia de la zona maxilar izquierda al masticar los alimentos. Observándose ausencia de la pieza 3.6, línea media craneal desviada a la izquierda, no tiene relación molar izquierda por pérdida de primer molar inferior izquierda, y clase II canino del lado derecho y del lado izquierdo clase I. Se optó por la modalidad quirúrgica para la exposición del cordal izquierdo por la odontalgia al masticar los alimentos, se logró retirar exitosamente la tercera molar inferior izquierdo, para la cicatrización y recuperación de rehabilitación del sistema estomatognático.

Conclusiones: Es indispensable conocer la ubicación y posición del cordal inferior antes de su exposición quirúrgica, se concluyó satisfactoriamente el abordaje de la extracción del tercer molar retenido, se le realizó el control post operatorio a las 48 horas y luego de los 7 días el retiro de los puntos y evaluación de la cicatrización para poder más adelante realizar la rehabilitación del sistema estomatognático.

Palabras Claves: Extracción dental, Impactado, tercera molar.

SUMMARY

The impacted teeth such as the canine and molars do not present pain in some cases or discomfort, however, the discomfort felt by the impaction of the neighboring tooth due to pressure can cause pulpitis of the neighboring tooth and alterations in the alignment of the teeth leading to bad future occlusions. Objective to determine the effectiveness of the diagnosis and treatment of the retained wisdom teeth, materials and method of the work of professional sufficiency is of a basic descriptive type, non-experimental descriptive level, of cross-sectional design. The technique used is the report of a clinical case in the Teaching Assistance Clinic, the extraction of the retained third molar was performed by having a 3.8 mesioangulated class I tooth in position A, using a surgical technique of the lower jaw in mesioangulated position.

The present case having as data a 23-year-old female patient who consulted the clinic with toothache in the left maxillary area when chewing food. Observing absence of tooth 3.6, cranial midline deviated to the left, there is no left molar relationship due to loss of the lower left first molar, and canine class II on the right side and on the left side, class I. The surgical modality was chosen for the exposure of the left tailpiece due to toothache when chewing food, the third lower left molar was successfully removed, for healing and rehabilitation recovery of the stomatognathic system.

Conclusions: It is essential to know the location and position of the lower tailpiece before its surgical exposure, the approach to the extraction of the retained third molar was satisfactorily concluded, the post-operative control was carried out at 48 hours and after 7 days the removal of the points and evaluation of the healing to be able to

later carry out the rehabilitation of the stomatognathic system. Key Words: Canine retained, Surgery.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

2.1. Planteamiento del Problema

Según Berten y Cieszynki, encuentra que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido en un 35%, coincidiendo con estudios más recientes^{2,3}.

La frecuencia de patologías inducida por el tercer molar es muy elevada y en nuestro medio sobre todo el cordal inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares.

Las terceras molares inferiores frecuentemente impactadas, han demostrado que a mayor inclinación y menor espacio para la erupción genera la impactación dando como consecuencia complicaciones locales como pericoronaritis, quiste, tumores, reabsorción radicular en las segundas molares mandibulares, dolor y posible lesión del nervio dentario cuando se intenta extraer al molar inferior^{9,16}.

En nuestro país en la práctica diaria los odontólogos ven caos donde frecuentemente presentan impactaciones de terceros molares mandibulares y en muchos casos tomar decisiones a la hora de extraer la pieza dentaria ya sea dolores agudos, reabsorción de la segunda molar o por tratamientos ortodónticos⁵.

Como en el caso de las terceras molares molares impactadas, pueden no presentar dolor y relativamente no causar problema; sin embargo, en algunos

casos la presión del diente impactado en un diente vecino puede ser causa para alterar el alineamiento de los dientes erupcionados, llevando a alteraciones de oclusión, funcionalidad y estética en el futuro^{1,2,6,8}.

Una tercera molar inferior retenida, en posición inadecuada, puede ser causa de retención de alimentos y mayor formación de placa bacteriana llevando a la inflamación de las encías. La última condición constituye una pericoronitis⁶.

El objetivo del estudio fue la extracción de la pieza 3.8 mesioangulada.

¿Los cordales inferiores impactados son más frecuentes en el maxilar inferior?

2.2. OBJETIVOS

- Evaluación de la exodoncia de la pieza 3.8 mesioangulada Clase I posición A.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Villavicencio M (2017). Se desarrollo una investigación sobre la localización de la terceras molares inferiores en radiografías panorámicas Tomo dent, y tuvo como objetivo la determinación de la frecuencia de localización, la metodología es de tipo transversal, observacional, retrospectivo con una muestra de 308 terceras molares inferiores tomando en cuenta la clasificación de Pell y Gregori con un nivel de confianza de 95% y una p menor 0.05 en los resultados de las

bandas oscura más la discontinuidad concluyendo que existe asociación entre la localización y profundidad de las terceras molares. ⁽¹⁾

Proaño R (2016). La investigación tiene como objetivo determinar qué lado de la mandíbula presenta mayor inclusión examinando a través de las radiografías panorámicas el aumento de riesgo en las 42 radiografías panorámicas metodología es de tipo observacional, la pérdida de la densidad del cortical superior del conducto mandibular no encontrando relación con la edad y el aumento de signos de riesgo radiográfica con una predisposición de riesgo previos. ⁽²⁾

Vázquez, Subiran, Osende, Estévez, Vautier, Hecht (2016). Realizaron un estudio que tuvo como objetivo comparar la relación existente entre los terceros molares inferiores. La conclusión de la investigación fue que las radiografías panorámicas no son suficientemente confiables para el estudio de relación entre el conducto inferior de las terceras molares. ⁽³⁾

Sáenz J (2015). Realizo un estudio de la posición del inferior nervio alveolar, aproximadamente 565 terceros molares evaluados, distribuidos en una posición inferior de la tercera molar en una muestra de 400 pacientes. De la clasificación radiográfica es de tipo 2 del CBCT como tipo 3 con un patrón de crecimiento de 200 pacientes el 54.9% presentaron a nivel mesofacial, 45.5% se correlacionan con hallazgos de

CBCT, obteniendo una distribución similar al porcentaje de 26.2% y del 30.4% del tipo 4 no encontrando terceros molares de tipo 5. ⁽⁴⁾

Pilcon (2015). Realizaron un estudio, “**Variantes de posición del nervio dentario inferior-ápice de los molares mediante un estudio tomográfico Cone Beam**”; la metodología de la investigación tipo analítico con una muestra de 115 pacientes fueron forma del conducto dentario, inferior. Conclusión que la regresión logística indica que las variables predictoras en forma de pesa de gimnasia estrechamente relacionado con la lesión del nervio alveolo inferior. ⁽⁵⁾.

Bareiro F, Duarte. L. (2014) realizaron un estudio sobre “**Posición más frecuente de inclusión de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá Paraguay**”; objetivo es determinar la posición radiográfica, metodología es de tipo observacional, descriptivo, temporal, retrospectivo, en una muestra de 138 casos. La conclusión muestra que las edades es de 18 y 25 años con la predominación mesioangulada del lado izquierdo. ⁽⁶⁾.

2.3.2. Bases Teóricas o Científicas

Bioseguridad

Conjunto de medidas preventivas que debe realizar el equipo de salud para proteger su seguridad y su vida, así como de los pacientes y de la comunidad.⁷

Los riesgos de contaminación están relacionados con el operador, el equipo de trabajo, los pacientes, la comunidad (al eliminar los desechos sin medidas de seguridad)^{8,9}.

Tiempos operatorios en cirugía

Las cirugías en donde se realiza actúan por un terreno índole, donde se considera reglas generales en algunos tiempos operatorios:

- Incisión y desprendimiento
- Osteotomía
- Operación propiamente dicha
- Tratamiento de la cavidad oral.
- Sutura¹³.

Historia Clínica

El método para la realización de una historia clínica y examen físico constituyendo un evento en la mayoría de los pacientes muestran cooperación en la evolución entendiendo algunas veces en la comprensión exhausta a favor de la velocidad enfrentando a la paciente aguda, entre enfermo o parcialmente inestable¹⁴.

Etiopatogenia

Según Herper expuso sobre la evolución del sistema estomatognatico, los maxilares han reducido su tamaño. Así que queda pequeños para la suma de diámetros mesio-distales de los dientes actuales. Las evoluciones

filogenéticas han inducido a una discrepancia ósea dentaria en los maxilares de la especie humana.

La disminución del espacio retromolar disminuye progresivamente en el desarrollo de la evolución filogenética así mismo en la mandíbula del hombre neolítico entre las caras posteriores del tercer molar inferior.

Las modificaciones de los hábitos alimentarios a nuestra población, ha conducido a los maxilares pequeños.

Según Beiten-Cieszynki lo clasifica de la siguiente manera:

- Tercer molar inferior un 35%
- Canino superior un 34%
- Tercer molar superior un 9%
- Segundo premolar superior el 5%
- Canino inferior es de 4%
- Segundo premolar superior el 3%
- Primer premolar inferior el 2%
- Incisivo lateral inferior es de 0.8%
- Primer premolar superior de 0.8%
- Segundo molar inferior es de 0.4%
- Primer molar superior es de 0.4%

Clasificación de Pell y Gregory

Se basa en relación con la clasificación del cordal en el segundo molar y en las ramas ascendentes de la mandíbula.

Relación del cordal con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar

Clase I: Espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar.

Clase II: es menor al diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III: la tercera molar se ubica dentro de la rama de la mandíbula

Profundidad relativa del tercer molar

Posición A: Este nivel de la superficie oclusal del segundo molar en el punto mas alto.

Posición B: Se encuentra en el punto mas alto por debajo de la línea oclusal.

Posición C: esta a nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar.

Clasificación de Winter

Se propuso una clasificación en la posición del tercer molar en el eje longitudinal del segundo molar.

Los ejes que forman del vértice anterosuperior cercano a los 45°, en forma horizontal cuando los ejes son perpendiculares, vertical cuando los ejes son paralelos, distoangulada son ejes de forma de un vértice anteroinferior de 45° y a nivel invertido es la ocupación de la raíz y viceversa en un giro de 180°. ⁽²⁴⁾

Posición de las raíces del tercer molar respecto al nervio dentario empleando el método propuesto por tanaka y cols. (Ver anexo 6).

Tipo I es la limitación del conducto dentario superpuesto en la mitad de la raíz.

Tipo II: en la mitad de la raíz esta superpuesto en el conducto dentario.

Tipo III: se encuentran sobre el conducto de las raíces del tercer molar.

Tipo IV: se encuentran sobre el conducto a menos de 2 mm

Tipo V: Las raíces del tercer molar se encuentran sobre el conducto a más de 2 mm. Del mismo.

2.3.3. Definición de términos

Universalidad. Todo paciente es probable portador; ya no existen grupos de riesgo como los homosexuales (SIDA).

Educación. Implica la información del tema, actualización; así, también, asumir medidas preventivas (precauciones universales).

Conservarse sano. Debe descansar adecuadamente el personal de salud.

Evitar el contacto con secreciones biológicas. Hacer uso de las medidas protectoras.

No esparcir secreciones biológicas.

Procedimientos quirúrgicos asépticos⁷.

Conducto dentario inferior. Es una estructura que alberga al nervio dentario y tiene como origen embriológico, al igual que el maxilar inferior, el primer arco faríngeo. Está encerrado por hueso compacto, formando una curva cóncava dirigida hacia arriba y encierra el componente neurovascular del maxilar inferior. ⁽⁹⁾

Diagnóstico radiográfico. Constituye un examen auxiliar de gran utilidad en odontología por su capacidad para reproducir diferentes estructuras óseas anatómicas; entre las cuales se encuentra el conducto dentario inferior⁽¹⁰⁾

Radiografía panorámica. Es un método de diagnóstico eficaz y de amplio acceso para determinar la inclusión de los terceros molares.

(11)

CAPÍTULO III

INFORME DEL CASO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: MONGE VILCAHUAMAN, Kalandria

EDAD: 23años **SEXO:** Femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

DOMICILIO: Jr. Parra del Riego 1527 – El Tambo

TELÉFONO: 996655415

OCUPACIÓN: Estudiante

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo 11/09/1992

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

Motivo de consulta:

“Me duele mi diente al masticar”

• EXPERIENCIA PREVIA QUIRURGICA: -

Operación de apendicitis hace 2 años.

INICIO: No refiere

CURSO: No refiere

Enfermedad actual (Inicio, evolución y estado actual)

Menciona que hace 09 meses aproximadamente presento sintomatología en la zona posteroinferior izquierda, fue de tipo localizado, agudo y provocado, hace un mes el dolor ha incrementado mostrando sensibilidad al masticar sus alimentos, actualmente la sintomatología es intensa y provocado al masticar sus alimentos en dicha zona.

Medicación Recibida: Ibuprofeno de 400 mg. Condicionado al dolor.

• **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

SUEÑO: Normal **SED:** Disminuida **APETITO:** Normal

ANTECEDENTES

A. Antecedentes médicos familiares:

Madre: Refiere que sufre de diabetes y es controlada.

Padre: Tiene gota y es controlado cada 6 meses.

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere tener cólicos menstruales y se automedica con Posntan

Respirador Bucal

➤ **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:** Refiere tener gastritis

- **FARMACEÚTICOS:** RANITIDINA de 150 mg para controlar las gastritis.
- **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** Hace 12 años por Apendicitis
- **TERAPEÚTICO RECIENTE:** Hace 3 semanas de Amigdalitis, Medicación: Dololiviolex.

3.2. EXAMEN CLINICO GENERAL

LOTEP en ABEN, ABEH, ABEG

Examen Estomatológico Elemental:

ATM: No refiere dolor a la palpación. Trayectoria mandibular a la apertura y cierre a lado derecho, ruido articular derecho tipo “CLICK” . Apertura bucal 41mm.

- **Ganglios:** No palpables.
- **Labios:** SAE.
- **Carrillos:** Línea oclusal queratinizada por trauma de oclusión.
- **Paladar Duro:** Paladar profundo (respirador bucal).
- **Paladar Blando:** SAE.
- **Lengua:** Ligera presencia de saburra.
- **Itsmo de las Fauces:** Inflamación, color rojizo.
- **Piso de boca:** SAE
- **Reborde Gingival:** SAE

- **Oclusión:** RM; **D:** clase I, **I:** clase NR. RC; **D:** clase II, **I:** clase I
- **Sistema Dentario:** Dentición permanente con piezas (1.1-2.1) palatinizadas (2.2-2.3) vestibularizadas (3.2-4.2-4.4) lingualizadas, de tipo apiñado en el arco superior e inferior.

REGIÓN ANATÓMICA COMPROMETIDA – ZONA PROBLEMA:

Área retromolar de la pza. 3,7.

- **Inspección:** Mucosa rosado coral, no presenta inflamación aparente.
- **Exploración:** Asintomático
- **Percusión:** Pza. 3,7

V / Sintomático. H / Sintomático.

- **Palpación:** Asintomático
- **Movilidad Dentaria:** Pza.: 3,7 - grado O
- **Pruebas de vitalidad pulpar:**

Calor: Asintomático **Frio:** Asintomático

CONDUCTA OBSERVADA DURANTE EL EXAMEN CLÍNICO:

- **Depresión:** No presenta.
- **Ansiedad:** No Presenta.
- **Otros:** Receptivo.

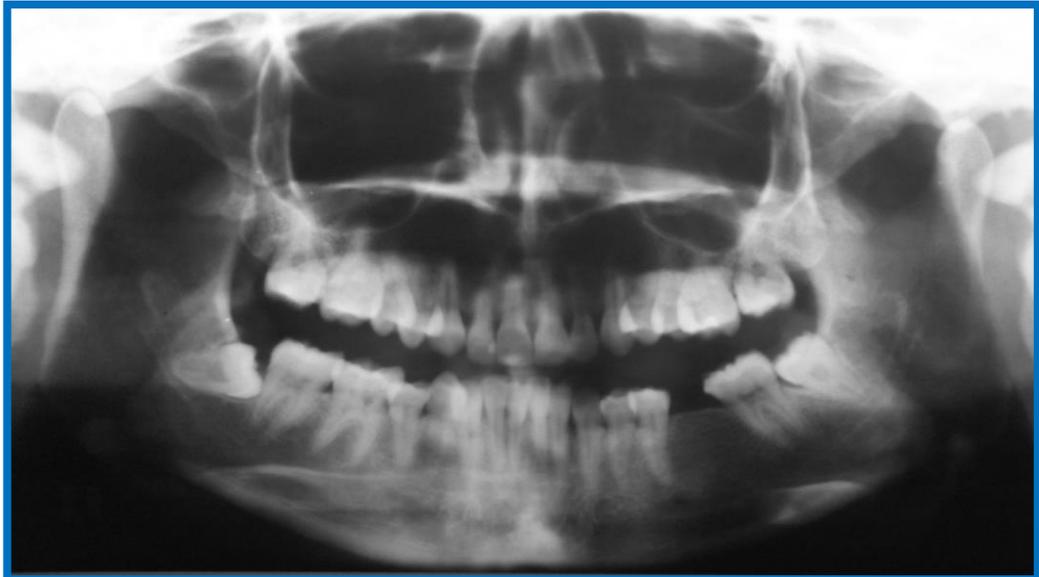
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- PIEZA (3,8) INCLUIDA



EXAMEN DE AYUDA DIAGNÓSTICA

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO



- Ramas ascendentes asimétricas. Siendo la derecha más ancha
- IRO compatible con adenoides.
- IRL compatible con tragus siendo el lado derecho de mayor tamaño.

- Pieza (3.8) impactada en la cara distal del 2 molar, mesioangulada Clase I posición A.
- Pieza (4.8) impactada en la cara distal de la 2da molar en dirección horizontal.

ESTUDIO DE MODELOS Y DISEÑO DE INCISIÓN

Tipo Lineal



APELLIDOS	Y	NOMBRES
MONGE	VILCAHUAMAN	KALANDRIA
EDAD		
23		

	valores relativos %	v. referencial
Basofilos:	0	0-1%
Monocitos:	3	4-8%
Abastonados:	1	0-5%
Eosinofilos:	0	1-5%
Linfocitos:	54	20-40%
Segmentados:	42	50-70%
Mielocitos:	0	0-1%
Metamielocitos:	0	0-1%
Promielocitos:	100	0-1%

3.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Pza. 3,8 mesioangulada**

Clase I posición A



PRONÓSTICO: FAVORABLE

CAPÍTULO IV

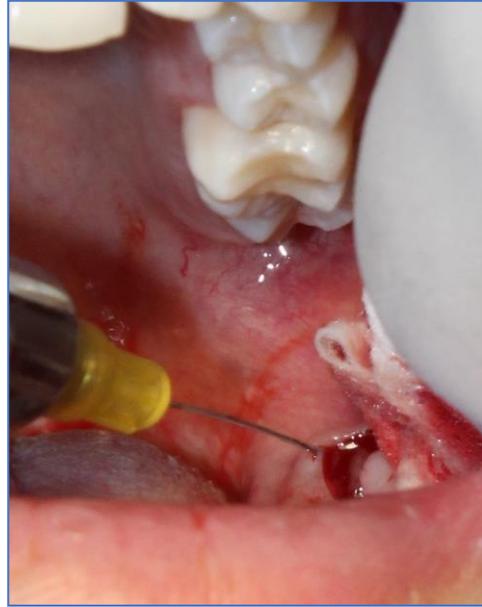
PLAN DE TRATAMIENTO

- **Asepsia y antisepsia** / Yodopovidona y Listerine
- **Anestesia** / Troncular.
- **Incisión** / Lineal.
- **Desprendimiento del colgajo.**
- **Extracción propiamente dicha.**
- **Reposicionamiento del colgajo.**
- **Sutura.**

ASEPSIA Y ANTISEPSIA



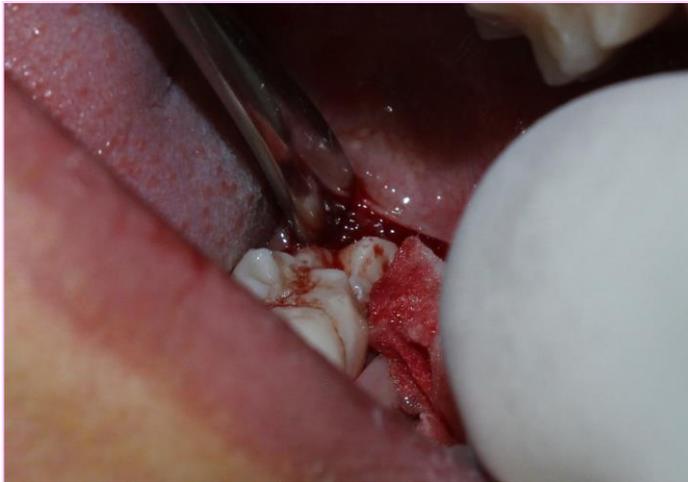
ANESTESIA TRONCULAR



INCISIÓN LINEAL



DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO



EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA



Con un botador recto grande se procede a luxar y extraer la pieza dentaria.

REPOSICIONAMIENTO DE COLGAJO Y SUTURA



TÉRMINO DE LA CIRUGÍA



Tiempo de la intervención 11 minutos

CONTROL POSOPERATORIO



1er. Control:



MEDICACIÓN POST QUIRURGICA

Tramadol / Paracetamol	3tab / oral	c/ 12 horas.
Meloxicam	15mg/ oral	D/ de las 24 horas de la Intervención quirúrgica

EVOLUCIÓN

Subjetivo: La paciente no refiere haber tenido sintomatología a las 4 y 8 horas después de la intervención, refiere que tuvo sintomatología de tipo agudo y fiebre a las 24 horas después de la intervención.

Objetivo: Clínicamente presenta leve inflamación en hemicara izquierda, presentando ruboración a ese nivel, presenta trismus, facie no característica.

Evaluativo: Condición post-operatoria estable, pronóstico favorable.

Plan: Continuar con los controles por 7 días, se le prescribió Meloxicam de 15mg C/ 8 horas por 4 días.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- En el postoperatorio la extracción quirúrgica de las terceras molares impactadas produce dolor, tumefacción y trismus, los mismos síntomas que presento nuestro paciente.
- La sensación dolorosa se mide mediante una escala visual analógica, en mucho de estos factores dolorosos influye la edad, sexo, ansiedad del paciente y la dificultad al realizar el procedimiento quirúrgico.
- La importancia del estudio de la ansiedad dental relacionado al momento de realizar la exodoncia de la tercera molar mandibular, es de vital relevancia durante la urgencia médica en el consultorio dental, tales como problemas cardiovasculares, neurofisiológico, algunos casos que puedan conducir a la muerte.
- Según Villavicencio (2017), se evaluaron radiografías en pacientes de 20 años se inicia la erupción las terceras molares inferiores.
- Según Bareiro y Duarte (2014), observaron mayor frecuencia en las terceras molares inferiores asociada a un crecimiento insuficiente de la mandíbula y posición con el conducto dentario inferior en la posición vertical y mesioangular, se observaron mayor frecuencia del conducto dentario inferior el cual existe una discordancia con nuestro caso clínico que no tuvo ningún inconveniente con el nervio dentario inferior.

CONCLUSIONES

- Al realizar cordales que se localizan en el inferior fundamental de un diagnóstico de éxito del tratamiento.
- Las relaciones quirúrgicas, la edad, sexo, ansiedad del paciente y la selección minuciosa de la técnica esencial en un post operatorio exitoso.
- Se confirma que la ansiedad dental es muy frecuente en los pacientes que acuden a la consulta, particularmente a quienes acuden a la cirugía oral y específicamente de terceros molares.
- Si existe técnicamente métodos de diagnóstico en 3D que dan imágenes de manera tridimensional de la metodología convencional en 2D con beneficios de alta implementación.
- Se obtuvo que el uso trazados mediante la técnica de Donovan para la extracción de terceros molares mandibulares.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- La impactación de la frecuencia de la implementación de las terceras molares mandibulares en la erupción de la frecuencia que debe implementarse incluyendo en la investigación de la población con rasgos y de procedencia específica.
- Se recomienda realizar una investigación de terceros molares con características más específicas (mejor tamizadas) para la elaboración de un modelo de predicción del tiempo operatorio mas preciso.
- Se recomienda es los cordales retenidos en el examen auxiliar del Com Bean en la mejoría del diagnóstico y pronostico del tercer molar inferior.
- Debemos cuantificar el porcentaje de los terceros molares incluidos en la región y valorar los procedimientos quirúrgicos realizado por el especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- 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 por el título de Especialista en Radiología Bucal y Maxilofacial. Lima – Perú. Facultad de Estomatología; Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017.
- 2.- Proaño, R. Proximidad al nervio alveolar inferior de los terceros molares en posición mesio-angular en pacientes de 20 a 30 años. Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar el título de odontólogo. Facultad de Odontología. UDLA. Quito – Ecuador. 2016.
3. Vázquez, D. Subiran, B. Osende, N. Estévez, A. Vautier, M. Hecht, P. “Estudio comparativo de la relación de los terceros molares inferiores retenidos con el conducto dentario inferior en radiografías panorámicas y tomografías Cone Beam” Investigación. Rev. CIENT. ODONTOL.2016; 12 (1): 14-18.
4. Sáenz, M. Hallazgos radiológicos en la evaluación pre quirúrgicos de la exodoncia del tercer molar inferior: estudio comparativo entre la radiografía panorámica y el CBCT. Universidad complutense de Madrid departamento de medicina y cirugía bucofacial facultad de odontología. Tesis Doctoral año 2015.
5. Pilcon O. Variantes de posición del nervio dentario inferior-ápice de las molares mediante un estudio tomográfico Cone Beam en pacientes atendidos en el

- Instituto Nacional de Solidaridad del Niño 2012-2014. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima. Universidad Nacional Mayor San Marcos;2015.
6. Barrio F, Duran L. Posición más frecuente de terceros molares mandibulares y su relación anatómica con el conducto dentario inferior en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá hasta el año 2012. Rev. Nac. (Itauguá). 2014; Vol.6(1):1-19. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v6n1/v6n1a05.pdf>.
 7. Garay A. et al. Plasma rico en plaquetas en la cicatrización de tejidos blandos de la cavidad bucal. Acta Bioclínica.2014;4(7):66-84. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=104454&id_seccion=4727&id_ejemplar=10143&id_revista=307
 8. Fierro V, Martínez R, Hidalgo J., Toranzo J, Pozos A. Colocación de plasma rico en factores de crecimiento postextracción de terceros molares inferiores: Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana.2011;15(2): pp109-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2011/uo112f.pdf>
 9. Troya Borges E, Martinez Abreu J, Padilla Suarez E, Matos Campos MR. Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el municipio Colón. Años 2013-2014. Rev Méd Electrón[Internet].2016 feb-mar [citado: 11/05/2019];38(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v38n2/rme020216.pdf>.
 10. Silva M. Manual de cirugía odontológica I. Lima: Editorial UNMSM; 2003.
 11. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Muela_del_juicio
 12. Salinas, A. Estudio de la disposición del Conducto Dentario Inferior en hemiarquadas de pacientes mayores de 18 años de edad en estudios Tomográficos cone beam de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica santa María de Diciembre año 2014 a julio 2016 - Arequipa. Tesis para optar el título profesional

- de: Cirujano Dentista. Arequipa – Perú. Facultad de Odontología. Universidad Católica de Santa María. 2016; pg. 16 ,20.
13. Arzouman, J. Otis, L. Kipnis, V. Levine, D. Observations of the anterior loop of the inferior alveolar nerve. *Int J Oral Impl.* 1993; 8: 295-300.
 14. Segura, A. Villagómez, L. Inclusión de los Terceros Molares en pacientes de 18 a 23 años que acuden al servicio de imagen de Estomatología del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2014. Tesis presentada como requisito parcial para optar por el Título de Especialistas en Radiodiagnóstico e Imagen]. Quito – Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas postgrado de Radiodiagnóstico e Imagen Universidad Central del Ecuador. 2015.
 15. Joseph, G. Diagnostico Radiológico en Odontología. 5a Edición. Editorial medica panamericana. Pg. 359 – 360.
 16. Ríes Centeno G.A. Cirugía Bucal. (Novena Edición). Buenos Aires: Editorial Ateneo;1986.
 17. Kwon P, Laskin D. Manual clínico de Cirugía oral y Maxilofacial. (Tercera Edición). Venezuela: Editorial Amolca; 2003.
 18. Gay Escoda C, Berini Aytes L. Cirugía Bucal. España: Editorial Océano; 2008.
 19. Castro J. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la clínica dental del Hospital Militar Central. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2007.