

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
CIRUGÍA DE UNA TERCERA MOLAR IMPACTA

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autora : Bach. Negron Tamariz Veronica Daysi

Asesor : C.D. Bonifaz Ramos Hoover Alejandro

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

HUANCAYO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, por su infinita bondad. El presente trabajo va dirigido a mis maestros por brindarme sus conocimientos día a día y a la comunidad odontológica Universidad Peruana Los Andes.

AGRADECIMIENTO

A mis Padres, que me brindaron su apoyo, sus consejos y por todo el amor que me profesan. A mi Universidad. A mi asesor por guiarme en este trabajo y contribuir en mi camino profesional.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 00040-FCS -2025

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

CIRUGÍA DE UNA TERCERA MOLAR IMPACTA

Con la siguiente información:

Con autor(es) : BACH. NEGRON TAMARIZ VERONICA DAISY

Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela profesional : ODONTOLOGÍA

Asesor : C.D. BONIFAZ RAMOS HOOVER ALEJANDRO

Fue analizado con fecha **24/01/2025** con **40 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

X

Excluye Citas.

X

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

X

Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **17** %.

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, 24 de enero de 2025.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
II.INTRODUCCION.....	10
2.1 Planteamiento del Problema.....	11
2.2 Objetivo.....	12
2.2.1 Objetivo General.....	12
III.MARCO TEORICO.....	13
3.1Antecedentes.....	13
2.2.1 Antecedentes Nacionales.....	13
2.2.2 Antecedentes Internacionales.....	14
3.2Bases Teoricas.....	14
Tercer Molar Inferior.....	15
Cambios o variaciones en la erupción de cordales inferiores.....	16
Pieza impactada.....	16
Clasificación de terceros molares inferiores.....	16
Tipos de Raíces	17
Tipos de Retencion de las Terceras Molares.....	18
Tecnica Quirurgica.....	19
IV.CONTENIDO.....	22
4.1 Desarrollo del caso clinico.....	22
Historia Clínica.....	22
Motivo de consulta.....	23
Enfermedad Actual.....	23
Antecedentes Medicos Familiares.....	23
4.2.Examen Clinico General.....	23
4.3 Evaluacion Integral.. ..	23
4.4 Diagnostico y pronostico.....	26

V.PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	27
Formulación del Plan de Tratamiento General.....	27
Plan de Control y Mantenimiento.....	32
VI.DISCUSION.....	33
VII.CONCLUSIONES.....	35
VIII. RECOMENDACIONES.....	36
REFERNECIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
ANEXOS.....	49

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación de las retenciones	17
Figura 2. Fotografías extraorales de frente	25
Figura 3. Fotografías intraorales	25
Figura 4. Fotografía de la zona del problema	26
Figura 5. Materiales de trabajo	28
Figura 6. Fotografía de la anestesia	28
Figura 7. Fotografía de la incisión de la encía	29
Figura 8. Fotografía de levantamiento de colgajo triangular	29
Figura 9. Fotografía de la odontosección	29
Figura 10. Fotografía de la odontosección de la cúspide mesial y parte de la corona	30
Figura 11. Fotografía de luxación de la pieza dentaria con botador recto	30
Figura 12. Fotografía de la extracción de la pieza dentaria impactada	31
Figura 13. Fotografías de la pieza extraída y parte de la odontosección	31
Figura 14. Fotografía de la sutura de la herida	31
Figura 15. Fotografía de control a los 20 días	32

RESUMEN

La erupción de las terceras molares, cordales o muelas del juicio inicia desde los 17 años en adelante, y la terminación de la formación del ápice es a partir de los 23 años.

En la mayoría de casos la tercera molar trae como consecuencias diferentes patologías. Ya que es deforme tanto en su corona como en su raíz lo más notorio es la inconsistencia de su posición ya que en un 60% de los casos no hace oclusión la posición de las terceras molares inferiores tiene una característica sobresaliente por el historial en las patologías que aquejan a la humanidad, por tener consecuencias psicológicas, patológicas y quirúrgicas.

Se denominan dientes impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción no lo han logrado y permanecen en el interior de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario. Son muchas las causas de retención dentaria, las principales son las embriológicas, malformaciones, mecánicas, y las asociadas a enfermedades genéticas.

El tratamiento en la mayoría de los casos es de modo quirúrgico y los cirujanos maxilofaciales y los de práctica general tienen que responder a las expectativas a veces no tan favorables al caso de la exodoncia de las terceras molares inferiores.

El presente trabajo tuvo como objetivo dar a conocer los procedimientos realizados para la extracción quirúrgica de la pieza 3.8.

Palabras Clave: Cordales impactados, cirugía de terceros molares, diagnóstico desfavorable, exodoncia de terceros molares inferiores.

ABSTRACT

The eruption of the third molars, wisdom teeth or wisdom teeth begins from the age of 17 onwards, and the completion of the formation of the apex is from the age of 23.

In most cases the third molar brings different pathologies as consequences. Since it is deformed both in its crown and in its root, the most notorious is the inconsistency of its position since in 60% of cases it does not occlude the position of the lower third molars has an outstanding characteristic due to the history of pathologies that afflict humanity, for having psychological, pathological and surgical consequences.

Impacted teeth are those that, once they reach the normal time of their eruption, have not succeeded and will remain inside the jaws, maintaining the integrity of their pericoronal sac. There are many causes of dental retention, the main ones are embryological, malformations, mechanical, and those associated with genetic diseases.

Treatment in most cases is surgical and maxillofacial surgeons and general practice surgeons have to respond to expectations that are sometimes not so favorable in the case of extraction of lower third molars.

The objective of this work was to present the procedures performed for the surgical extraction of piece 3.8.

Keywords: Impacted wisdom teeth, third molar surgery, teeth. Unfavorable diagnosis, extraction of lower third molars.

II. INTRODUCCIÓN

El tercer molar, comúnmente conocido como muela del juicio o terceros molares, generalmente comienza a aparecer alrededor de los 17 años, pero su formación completa, incluido el orificio apical, ocurre a los 25 años. Desafortunadamente, estos molares a menudo presentan deformaciones significativas en su corona y raíz, siendo su posición un factor crítico. Pueden quedar impactados, rotados, retenidos o incluso extraviados, lo que lleva a una falta de oclusión precisa en aproximadamente el 60 % de los casos. Además, muchos de estos molares no logran salir completamente de debajo de la encía, lo que les otorga la etiqueta de "terceros molares retenidos"¹. Esta retención puede causar diversas complicaciones y molestia. Estos molares retenidos pueden quedar atrapados en la mandíbula o adoptar posiciones inusuales, a veces incluso en posición horizontal, lo que obstruye su erupción normal y provoca dolor. Debido a estas complicaciones, los expertos dentales recomiendan enfáticamente extraer los terceros molares impactados¹.

El término "impactación dentaria" se utiliza para describir cuando un diente, en su momento normal de erupción, queda detenido de manera total o parcial sin lograr erupcionar. La "inclusión" se refiere a un "diente retenido en el maxilar o en la mandíbula, rodeado por el saco pericoronario y su lecho óseo intacto"¹. Por otro lado, "enclavamiento" apunta a un diente atrapado que ha atravesado la tabla ósea, mostrándose una apertura del saco pericoronario o no, y que puede aparecer en la boca o seguir estando submucoso¹.

La extracción de terceros molares impactados es a menudo el curso de acción recomendado. La complejidad del procedimiento de extracción depende de la posición del diente, y entre todos los terceros molares, generalmente se acepta que el tercer molar mandibular es el más frecuentemente retenido y problemático².

2.1 Planteamiento del Problema

En nuestro país, se observa una diversidad de razas y grupos étnicos, lo que ha dado lugar a una amplia variedad de características maxilares. Sin embargo, en algunos casos, estos maxilares no tienen suficiente capacidad para albergar las 32 piezas dentales permanentes que conforman una dentadura completa.

Según la teoría de la reducción terminal, las muelas del juicio presentan escasas posibilidades de alcanzar una dimensión proporcional en las próximas generaciones. Esto tiene como consecuencia la disminución del tamaño de los maxilares y, como resultado secundario, la reducción gradual tanto de la longitud de las muelas del juicio superiores como de las inferiores. Es esencial destacar que el crecimiento mandibular no está vinculado a las dimensiones alcanzadas por los dientes, lo que significa que las muelas del juicio pueden encontrar dificultades para erupcionar correctamente, pudiendo adoptar una posición anómala que afecta la disposición de los demás dientes. Cuando un diente permanente queda parcial o totalmente retenido sin erupcionar cuando debería hacerlo, se clasifica como retención dentaria².

Los terceros molares a menudo erupcionan entre los 20 y 24 años, y debido a su posición, tanto en su erupción como en su ubicación en la arcada, se encuentran limitados en espacio tanto en el maxilar superior como en el inferior. La falta de espacio para su erupción normal puede llevar a la inclusión del cordal inferior, lo cual se vincula a ciertos grados de apiñamiento particularmente al antero-inferior, siendo objeto de debate. La extracción de los terceros molares es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes. Las causas de su inclusión son principalmente de tipo embriológico y anatómico. Los síntomas de inclusión pueden incluir infecciones, problemas

mecánicos, nerviosos, quistes, tumores y periodontales. Antes de la cirugía, es necesario realizar un examen radiológico².

La retención de un tercer molar en ortodoncia puede ser muy incómoda tanto para el paciente como para el ortodoncista debido a que sus síntomas pueden ser de carácter infeccioso, mecánico, nervioso, quístico, tumoral y periodontal. Por ello, se requiere realizar un examen de rayos X antes de cualquier cirugía. Existen diversos autores que sugieren hacer una exodoncia profiláctica para prevenir patologías futuras, incluso en las primeras etapas del desarrollo del germen (germenectomía). En caso de existir patologías relacionadas con el cordal, se indica la extracción, aunque surgen dudas respecto al tratamiento de los dientes que no presentan sintomatología alguna se postula la exodoncia de los dientes contiguos facilitando el mecanismo de erupción, lo cierto es que invariablemente no suele suceder³. Se ha sugerido que la presencia del tercer molar inferior puede causar apiñamiento antero-inferior, aunque su origen es multifactorial. En general, se acepta que el tercer molar inferior, junto con otros factores, contribuye a la aparición del problema de apiñamiento³.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General

Realizar una cirugía del diente tercer molar impactado, según los protocolos establecidos, en una paciente de sexo femenino de 22 años.

III. MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Antecedentes Nacionales

Melgar y Gómez⁴, en el año 2022 realizaron una investigación cuyo objetivo fue establecer la posición o colocación de los dientes molares inferiores en razón de clasificaciones como las Pell y gregori y Winter, estudio de tipo descriptivo observacional, retrospectivo y transversal, trabajaron en una muestra de 132 radiografías llegando a la conclusión que hay mayor frecuencia en la clase I tipo A en posición mesio angular según la clasificación de Pell y Gregory y Winter”⁴.

Rivera⁵, en el año 2022 presentó un caso clínico titulado “Cirugía de una tercera molar retenida en una paciente con tratamiento ortodóntico” en un paciente de 20 años el cual el paciente llegó a la consulta para poderle hacer la cirugía de una cordal retenida en mesio angulación trabajando con odontosección para su posterior luxación y exodoncia del cordal 4.8 y llegando a la conclusión que fue necesario el conocimiento y experiencia del operador para realizar este tipo de tratamiento de cirugía”⁵.

Castello⁶, realizó una investigación titulado “Terceros molares retenidos y su relación con el apiñamiento dentario antero inferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico de Arequipa 2021, siendo el objetivo de determinar si existe relación entre retención y apiñamiento de los terceros molares en una investigación de tipo descriptivo transversal retrospectivo observacional llegando a la conclusión que si existe conexión entre dientes retenidos y apiñamiento dentario en el sector anterior en pacientes jóvenes”⁶.

3.1.2 Antecedentes Internacionales

López⁷, en el año 2020, trabajo de investigación de título “Exodoncia de molares terceros retenidos ubicados en posición transversal; con el objetivo de demostrar la eficacia del procedimiento quirúrgico. El presente caso clínico tuvo como metodología el protocolo desde el diagnóstico al plan de tratamiento en molares retenidos llegando a la conclusión que los tratamientos de cirugía de cordales retenidos no traen consecuencias con un correcto diagnóstico y plan de tratamiento”⁷.

Restrepo⁸, en el año 2018, realizó una investigación que lleva por título “Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores; con el objetivo de establecer las complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas y su relación con la posición radiográfica en cordales inferiores en una universidad de Medellín, llegando a la conclusión que si hay relación entre la posición de los cordales y complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas en el paciente”⁸.

2.3 Bases Teóricas o Científicas

Tercer Molar Inferior

La extracción de los terceros molares inferiores está sujeta una dificultad dependiente de la accesibilidad de intervención “por las estructuras adyacentes (molares) que obstaculizan el procedimiento”⁹. Ante ello, resulta imprescindible realizar estudios complementarios, la radiografía panorámica, como herramienta diagnóstica de la morfología de la región, permite una evaluación detallada preliminar a la extracción, además, se pueden evaluar la relación de los terceros molares con los nervios mandibulares y otros tejidos importantes, lo que es esencial para

planificar la extracción y reducir los riesgos y las complicaciones asociadas con este procedimiento¹⁰.

En otras circunstancias, la radiografía periapical también puede ser utilizada para evaluar la morfología y la posición de los terceros molares antes de la extracción. Esta radiografía, que se enfoca en la zona inmediatamente alrededor de la raíz del diente, puede proporcionar información detallada sobre el tamaño, forma y ubicación de los terceros molares, así como la relación con los nervios y otros tejidos importantes. A menudo se utiliza en combinación con la radiografía panorámica para obtener una imagen completa de la situación antes de proceder con la extracción. Adicionalmente, también se puede utilizar la tomografía computarizada (TC) para evaluar la posición de los terceros molares y planificar la extracción con mayor precisión y seguridad ¹⁰.

En resumen, la dificultad y el enfoque en la extracción de estos molares dependerán de su posición y ángulo de inclinación¹⁰.

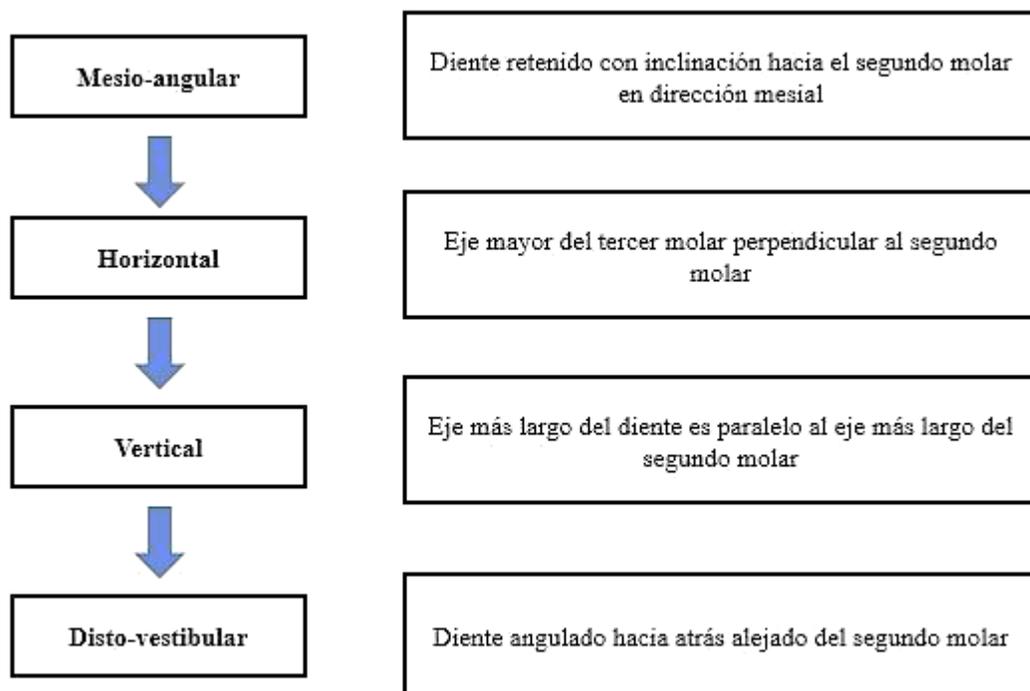


Figura 1. Clasificación de las retenciones Adaptada de: Ries Centeno G. Cirugía bucal. 7ma ed. Argentina: El Ateneo; 1968. p. 345-407.

Cambios o variaciones en la erupción de cordales inferiores

Comúnmente, los terceros molares tienen un desarrollo irregular y pueden verse afectados por accidentes físicos o mecánicos. Estos dientes comienzan su constitución a la edad de los 8 años y culminan su etapa de formación del esmalte a los 18 o 20 años, mientras que su formación completa se extiende hasta los 20 a 23 años aproximadamente¹¹.

Pieza impactada

La erupción del diente se detiene debido a una barrera física en su camino, ya sea otra pieza dental, estructuras óseas o tejidos blandos¹².

Clasificación de terceros molares inferiores

Investigadores como Winter Peel & Gregory y Romero Ruiz¹³, han asignado clasificaciones a las terceras molares que se basan en su posición. Estas clasificaciones son importantes porque constituyen los sistemas más intrincados.

- Según la postura de la denominada “muela del juicio o cordal”, Winter sienta una nueva taxonomía, con basamento relacionado al eje longitudinal con la del segundo molar.
- Mesioangular: Su eje forma un ángulo agudo direccionado por debajo y se relaciona con el eje del segundo cordal.
- Horizontal: Su eje es horizontal cuando se encuentra en posición vertical al centro del segundo cordal.

- Vertical: Su eje es vertical cuando se encuentra en una posición paralela respecto al eje del segundo molar.
- Disto angular: Determinado por la inclinación de la corona en diversos grados hacia la rama ascendente, mientras que el eje del tercer cordal forma un ángulo direccionado a atrás y hacia arriba con el eje del segundo cordal.
- Invertido: Se direcciona la corona del tercer molar al extremo inferior de la mandíbula y sus raíces van en dirección al cóndilo, lo que puede causar diversas variedades de terceros molares en esta posición y, a menudo, se asocian con procesos patológicos, como los quistes dentígeros¹³.

Tipos de Raíces

En el procedimiento de exodoncia es importante considerar no solo la posición del diente a extraer, sino también la configuración de sus raíces. Existen cinco tipos de configuraciones basadas en la forma y cantidad de raíces, cada una con diferentes niveles de complejidad en su extracción.

- El **Tipo A** es el más sencillo, ya que implica una raíz recta y única.
- El **Tipo B**, con raíces distantes, a menudo requiere la odontectomía.
- El **Tipo C**, con raíces curvas o con estructura de gancho, exige la fracción de la raíz y diente.
- El **Tipo D**, que implica una amalgama de raíces, necesita una separación en diversas piezas.
- Finalmente, el **Tipo E**, que presenta raíces con estructura de pinza y una relación cercana con el conducto dentario mandibular, conlleva problemas especiales y la necesidad de una odontosección¹⁴.

Tipos de Retención de las Terceras Molares

Para una correcta exodoncia quirúrgica, es importante tener en cuenta tanto la ubicación como la estructura de las raíces del diente retenido, y trazar estos aspectos con detalle.

Previo a la extracción, es indispensable realizar una evaluación minuciosa para precisar cuál es la posición exacta, como se relaciona con los tejidos contiguos, asimismo sobre la forma de las raíces.

- El **Tipo 1** se refiere a la retención de un germen dentario con corona ya estructurada, el cual se halla en forma esférica o bola de folículo dental.
- El **Tipo 2** se caracteriza por un crecimiento dentro de las raíces incompletas, rodeado por un folículo relativamente amplio.
- El **Tipo 3** implica la retención de un diente enteramente estructurado con una posición axial normal.
- El **Tipo 4** se presenta como un diente oblicuo con la corona direccionada a mesial y en roce estrecho con la raíz del segundo cordal.
- El **Tipo 5** se refiere a un diente oblicuo con la corona direccionada a distal, en relación cercana con las raíces de los molares segundo y tercero.
- El **Tipo 6** se identifica por un diente en proceso de desplazamiento a vestibular, con su superficie oclusal dirigida a menudo hacia lingual.

- Finalmente, el **Tipo 7** implica un diente posicionado remotamente de su posición normal, y puede presentarse con un descentramiento debajo del conducto mandibular o dentro del ascendente de la mandíbula¹⁴.

Técnica Quirúrgica:

En el proceso de extracción de terceros molares, existen cinco pasos básicos a seguir:

Paso 1:

El primer paso implica levantar el colgajo para tener acceso y visibilidad al “Hueso que cubre un diente que necesita ser extraído, levantado el colgajo de manera adecuada para permitir la estabilización de los separadores e instrumentos para la osteotomía”¹⁵. Se recomienda una incisión amplia para proporcionar el acercamiento idóneo, para realizar la osteotomía precisa. “Se inicia el corte trazando en dirección del centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás, variando su extensión en referencia a la tipología retenida del diente”¹⁵. El subsiguiente corte se realiza. "Ubicado en la porción distal del margen gingival y se extiende hacia abajo, adelante y lateralmente alrededor de 1 cm"¹⁵, lo cual es necesario para evitar lesiones en los tejidos gingivales al utilizar los elevadores¹⁵.

Paso 2:

Se elimina el recubrimiento óseo: En este proceso es necesario llevar a cabo la supresión del recubrimiento óseo. Una vez que se ha levantado y retraído el tejido blando a través de la incisión para visualizar el campo quirúrgico, es necesario evaluar la porción de hueso que se debe suprimir. En algunos casos, “el diente se puede dividir o extraer sin cortar el hueso, aunque se requiere osteotomía en la mayoría de los casos”¹⁴. La eliminación del hueso debe realizarse de

forma específica en áreas como “vestibular, oclusal y distal al límite cervical del diente molar impactado, y la cantidad del hueso eliminado varía de acuerdo a los tipos de retención, morfología de la raíz y ángulos de los dientes”¹⁵. Es fundamental mencionar que nunca se debe eliminar hueso situado en la mandíbula en su cara lingual, debido al riesgo de lastimar el nervio lingual. En este proceso puede incorporar una operación llamada rebaje o socavado “ello implica la eliminación del hueso entre el diente y el hueso cortical en la zona del hueso esponjoso”¹⁵, lo que proporciona apoyo, favoreciendo la extracción del diente molar¹⁵.

Paso 3:

Odontosección del diente: después de extraer la cantidad adecuada de hueso, es importante evaluar la necesidad de seccionar o dividir el diente. "El segmento dental permite la extracción individual del segmento dental utilizando un elevador a través de la abertura creada por la osteotomía"¹⁵. La dirección está determinada por el ángulo de los molares y se realiza con un taladro que corta las tres cuartas partes de los dientes lingualmente. Tenga en cuenta que es importante no cortar el diente completamente en sentido lingual, ya que esto aumenta la posibilidad de dañar el nervio lingual. Después del procesamiento con fresa, se inserta un botador recto en la ranura resultante y se realizan los movimientos en forma circular para dividir el diente en dos mitades¹⁵.

Paso 4:

Exodoncia del diente cortado empleando botador: Después de eliminar el hueso y seccionar el diente en la odontosección, el siguiente paso en la extracción dental es la utilización de botadores o elevadores. “El diseño de estos instrumentos permite la aplicación de fuerza excesiva, su uso está destinado para sujetar la raíz o el diente en sí, aplicando una fuerza adecuada

y correcta para extraerlo de la apófisis alveolar”¹⁶. Por otro lado, en la elección de los botadores “para la extracción de terceros molares superiores, se prefieren instrumentos angulados como los elevadores de Miller y el de Potts proporcionan mayor acceso en las piezas posteriores”¹⁶. Es fundamental aplicar adecuadamente las fuerzas para evitar la luxación y fractura del diente durante el proceso de extracción¹⁶.

Paso 5:

Preparación de la raíz del segundo molar. Es importante preparar la raíz para su cicatrización uniforme y evitar molestias innecesarias en el paciente. Para lograrlo se debe emplear o utilizar la lima de hueso, eliminando irregularidades, realizando una buena sutura de la herida. Esto previene la formación de aristas en la zona que pueda incomodar al paciente y favorece el proceso de cicatrización¹⁶.

IV.CONTENIDO

4.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

4.1.1 Historia Clínica

Paciente de 22 años de edad, de sexo femenino, asiste a la consulta dental en aparente buen estado de salud, aparente buen estado de hidratación y aparente buen estado de nutrición. La razón de la visita es que desea una revisión dental y específicamente, que se le examine la muela posterior. La paciente indica que ha notado que la pieza dental 3.8 no ha erupcionado durante algún tiempo, y es por este motivo que ha acudido a consulta.

A la inspección clínica se pudo observar que tenía la pieza 3.8 está impactada por la encía en la parte distal y presentaba inflamación a nivel de la encía.

Datos de Filiación:

- ✓ **Nombre y apellidos:** M. R. N.
- ✓ **Edad:** 22 años.
- ✓ **Sexo:** femenino
- ✓ **Estado civil:** soltera
- ✓ **Domicilio:** Jr. Mariscal Castilla #3540 tambo
- ✓ **Ocupación:** estudiante
- ✓ **Fecha de nacimiento:** 2-11-2001
- ✓ **Lugar de procedencia:** Huancayo
- ✓ **Anamnesis:**

MOTIVO DE CONSULTA: “Quiero que me saquen el diente de juicio”

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de sexo femenino sin enfermedad sistémica; manifiesta que hace meses siente dolor en la parte inferior izquierda, estuvo tomando medicamento para el dolor, pero hace una semana el dolor es más intenso y fastidioso, actualmente se observa inflamación del capuchón peri coronario de la pieza dentaria 3.8.

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: No refiere antecedentes

4.2. EXAMEN CLINICO GENERAL:

FUNCIONES VITALES:

✓ **PRESION ARTERIAL:** 120 / 85 mm Hg.

✓ **PULSO:** 63 ppm.

✓ **TEMPERATURA:** 37° C.

✓ **FRECUENCIA RESPIRATORIA:** 25 rpm

✓ **ESTADOS DEL PACIENTE:** Aparente Buen Estado General, Aparente Buen Estado de Hidratación, Aparente Buen Estado de Nutrición, Lucido Orientado en Tiempo Espacio Persona.

4.3 EVALUACION INTEGRAL

Examen Estomatológico Elemental:

Examen Extrabucal

✓ **Cara:** Normal

✓ **Labios:** En competencia

- ✓ **ATM:** Sin alteración evidente
- ✓ **Mejilla:** Sin alteración evidente
- ✓ **Ganglios:** Normales no infartados, sin alteración evidente

Examen Intrabucal

- ✓ **Lengua:** Ovalada normal
- ✓ **Carrillos:** Humectados, sin alteración evidente
- ✓ **Paladar:** Rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar, rugas palatinas conservadas
- ✓ **Piso de la Boca:** Frenillos sin alteración importante
- ✓ **Glándulas Salivales:** Normales
- ✓ **Orofaringe:** Sin alteración
- ✓ **Encías:** Eritematosas a nivel de la pieza 3.6, 3.7, 3.8

OCLUSIÓN: R.M.D = Clase I. R.M.I = Clase I.

R.C.D = Clase I. R.C.I = Clase I.

Al examen clínico se visualiza caries múltiple en diferentes piezas:



Figura 2. Fotografía Extraoral de Frente. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 3. Fotografías Intraorales. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura . 4 Fotografía de la Zona del Problema. Autora: Negrón Tamariz Verónica

4.4 DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO:

Diagnóstico Presuntivo:

- ✓ Pieza 3.8 semi impactada
- ✓ Caries múltiple.

Examen radiográfico de ayuda Diagnóstica:

Informe:

- ✓ Pieza 38 imagen radio opaco compatible con pieza dentaria semi impactada.
- ✓ Pieza 38 Imagen radio lucido a nivel apical compatible con termino de cierre apical.
- ✓ Imagen radio lucido debajo de la pieza 38 compatible con conducto dentario inferior.

Diagnóstico Definitivo:

- ✓ Pieza 38 semi impactada mesio angulada.
- ✓ Caries múltiple.

Pronóstico: Pronóstico favorable para realizar la extracción de la pieza semi impactada.

V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

Formulación del Plan de Tratamiento General

Después del análisis radiográfico y del diagnóstico adecuado se concluye que el caso referido a la paciente es favorable para realizar la cirugía de tercera molar semi impactada cumpliendo los protocolos de bio seguridad y de trabajo. Se inicia con la asepsia del campo de trabajo para luego realizar la anestesia troncular y cierre de circuito, luego realizamos la incisión de la parte afectada para proceder a la luxación de la pieza dentaria, siempre cumpliendo los protocolos de trabajo, posteriormente se realizó la extracción indicada de la pieza dentaria impactada. Se realiza el lavado con suero fisiológico verificando que no quede ningún resto contaminado para luego proceder con la sutura de la incisión posterior. Se recomienda al paciente dieta blanda y tratamiento farmacológico. Se realizó el control a la semana para retirar los puntos evidenciando una buena cicatrización de la herida.



Figura 5. Materiales de Trabajo. Negron Tamariz Veronica

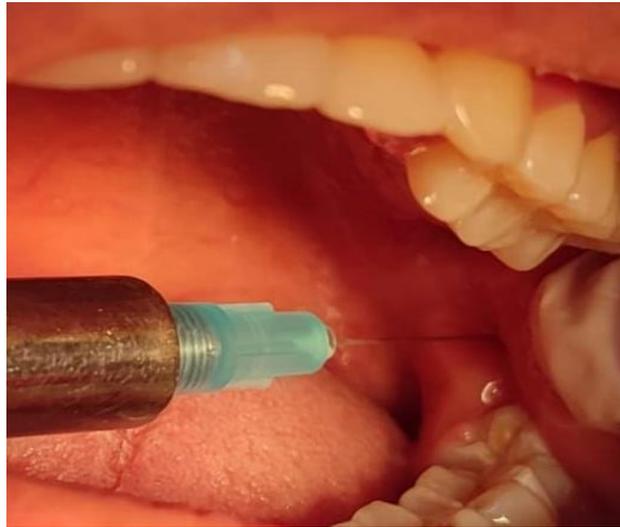


Figura 6. Fotografía de la Anestesia. Aplicación de anestesia troncular con Lidocaína al 2%.
Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 7. Fotografía de la Incisión de la Encía. Autora: Negron Tamariz Veronica



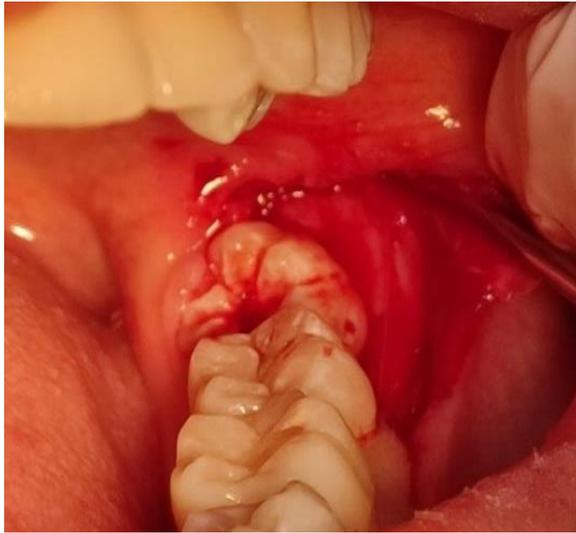


Figura 8. Fotografía de levantamiento de colgajo triangular. Autora: Negron Tamariz Veronica

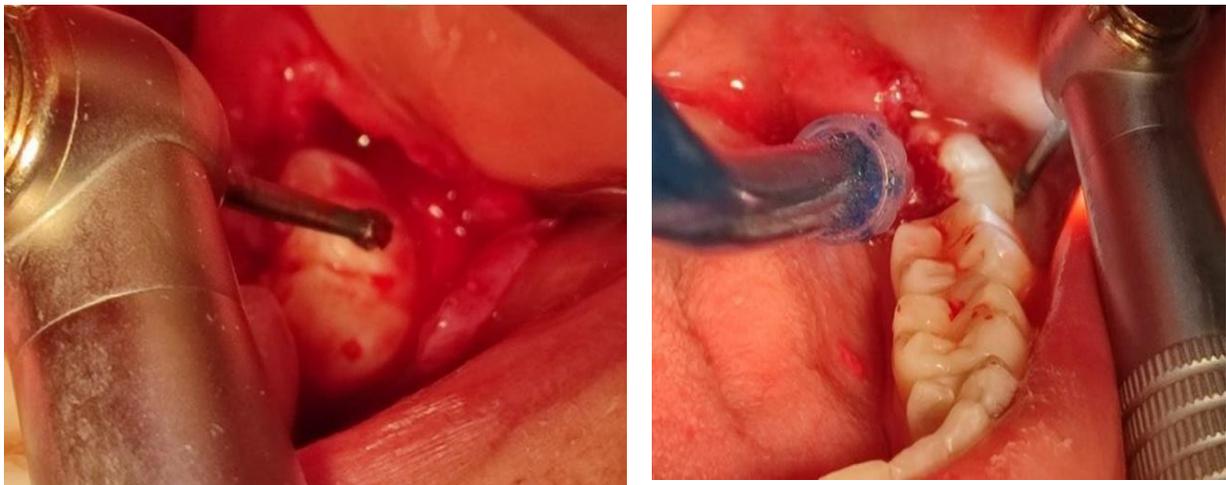


Figura 9. Fotografía de la Odontosección. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 10. Fotografía de la Odontosección de la cúspide mesial y parte de la corona. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 11 Fotografía de luxación de la pieza dentaria con botador recto. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 12. Fotografía de la extracción de la pieza dentaria impactada. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 13. Fotografías de la pieza extraída y parte de la odontosección. Autora: Negron Tamariz Veronica



Figura 14. Fotografía de la sutura de la herida. Autora: Negron Tamariz Veronica

Plan de Control y Mantenimiento

El paciente deberá mantener una higiene dental adecuada, permanente, con énfasis en la zona de la extracción, se recomienda realizar enjuagues bucales con Perio Aid durante 15 días; dieta blanda y control a los 7 días para retirar los puntos y 20 días para control de la cicatrización.



Figura 15. Fotografía de control a los 20 días. Se puede observar una cicatrización adecuada.
Autora: Negron Tamariz Veronica

VI. DISCUSIÓN

Extraer los terceros molares impactados implica un cierto grado de dificultad quirúrgica, en la que se debe considerar una variedad de factores, siendo muy importante la posición de la pieza dentaria a extraer, teniendo en cuenta el examen radiográfico, dicha posición varía teniendo en cuenta los hallazgos de **Melgar y Gómez** ⁴, quienes sostienen “que hay mayor frecuencia en la clase I tipo A en posición mesio angular según la clasificación de Pell y Gregory y Winter”⁴. Otro factor a considerar es lo manifestado por **Rivera** ⁵, “Es necesario el conocimiento y experiencia del operador para realizar este tipo de tratamiento de cirugía”⁵. Los terceros molares impactados pueden ocasionar dolor, daño a otros dientes y otros problemas dentales, para **Castello** ⁶ “Si existe relación entre dientes retenidos y apiñamiento dentario en el sector anterior en pacientes jóvenes”⁶. Consideramos a partir del experto del presente trabajo profesional, que una adecuada planificación y protocolos establecidos, facilitan la realización de la exodoncia del diente molar impactado al respecto, **López** ⁷, considera que “Los tratamientos de cirugía de cordales retenidos no traen consecuencias con un correcto diagnóstico y plan de tratamiento”⁷. En relación a las complicaciones manifiesta, **Restrepo** ⁸: “Hay relación entre la posición de los cordales y complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas en el paciente”⁸. Otro aspecto importante a discutir es el manejo del dolor y la incomodidad postoperatoria después de la extracción de terceros molares impactados. Estudio realizado por **Castello** ⁶ donde comparó diferentes enfoques analgésicos y encontraron que la administración adecuada de analgésicos, así como el uso de técnicas de anestesia locales, pueden ser cruciales para controlar el dolor y mejorar la satisfacción del paciente durante el período de recuperación. Es relevante mencionar que, a pesar de los avances en técnicas y tecnologías, la extracción de terceros molares impactados sigue siendo un procedimiento quirúrgico con riesgos inherentes. Como tal, la educación del paciente sobre los posibles resultados

y complicaciones es esencial. Un estudio de **López**⁷ reveló que una adecuada comunicación entre el cirujano y el paciente antes del procedimiento puede disminuir la ansiedad y mejorar la cooperación del paciente durante la cirugía, lo que contribuye a un resultado más exitoso. Además de las consideraciones quirúrgicas, es esencial evaluar el estado de salud general del paciente antes de realizar la extracción. Según un estudio de **Melgar y Gómez**⁴ los pacientes con ciertas condiciones médicas preexistentes, como diabetes no controlada o enfermedades cardiovasculares, pueden enfrentar un mayor riesgo de complicaciones durante la cirugía. Por lo tanto, es crucial realizar una evaluación exhaustiva antes del procedimiento y, en algunos casos, coordinar la atención con otros especialistas médicos. Por último, una vez realizada la extracción, el adecuado seguimiento postoperatorio es fundamental para garantizar una recuperación óptima y prevenir complicaciones tardías. Un estudio de observación a largo plazo realizado por **Restrepo**⁸ indicó que algunos pacientes pueden experimentar problemas como alveolitis o infecciones después de la cirugía. Sin embargo, con un seguimiento adecuado y el cumplimiento de las recomendaciones postoperatorias, estos problemas pueden prevenirse y gestionarse de manera efectiva

VII. CONCLUSIONES

- Es importante realizar un buen diagnóstico y el uso de diferentes exámenes auxiliares para determinar el plan de tratamiento adecuado de la extracción de terceras molares.
- La experiencia y conocimiento de las habilidades en los tratamientos de cirugías mayores es de gran importancia ya que permite al profesional utilizar la técnica adecuada para cada cirugía.
- Para el éxito adecuado de la extracción de terceras molares es indispensable aplicar una técnica de anestesia troncular adecuada y utilizar la anestesia adecuada que te permita trabajar con la confianza de que el efecto sea duradero
- Realizar la odontosección en la extracción de terceros molares facilita la luxación y extracción propiamente dicho de los molares retenidos.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar una buena historia clínica del paciente para determinar que no ocurra ningún riesgo de salud al momento de la intervención.
- Es importante la detección mediante exámenes radiográficos de la erupción de los terceros molares y su intervención oportuna antes de causar algún daño irreversible en la cavidad bucal
- Se recomienda contar con todos los materiales e instrumentos adecuados y estériles para el éxito de la extracción de terceros molares ya que en el transcurso de la cirugía puede ocurrir algunos inconvenientes.
- Es recomendable practicar todos los protocolos de bioseguridad y realizar la técnica adecuada para la extracción de los molares retenidos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armand M, Legrá E, Ramos de la Cruz M, Armand F. Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient. 2015; citado 09 de junio 2022.
2. Herrera K. Prevalencia de terceras molares mandibulares retenidas atendidas en el centro quirúrgico de la clínica especializada en odontología de la Universidad San Martín de Porres realizadas entre el año 2005 - 2009.
3. Perroncha D, Peñarrocha M. Terceros molares mandibulares, indicaciones de extracción y relación con el apiñamiento antero-inferior. Archivos de odontoestomatología. 2003;19(3):212-219.
4. Melgar R, Gómez Ch. Posiciones más frecuentes de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory y Winter en el centro de tomografía y radiología maxilofacial - Ayacucho 2021. [Tesis para optar al título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2022.
5. Rivera N. Cirugía de una tercera molar retenida en una paciente con tratamiento ortodóntico. [Caso Clínico para optar al título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana los Andes; 2022.
6. Castelo J. Terceros molares retenidos y su relación con el apiñamiento dentario anteroinferior en pacientes jóvenes que acuden a un centro odontológico. Arequipa; 2021.
7. López R. Exodoncia de terceros molares retenidos en posición transversal. [Tesis de grado]. Universidad de Guayaquil; período IIC 2019-2020.
8. Restrepo L. Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores. Medellín-Colombia; 2018.

9. Méndez L. Exodoncia del tercer molar inferior, factores anatómicos y quirúrgicos. 1ra ed. España: Santiago de Compostela; 2007. p. 31-35.
10. Ries Centeno G. Cirugía bucal. 7ma ed. Argentina: El Ateneo; 1968. p. 345-407.
11. Raspall G. Cirugía oral e implantología. 2da ed. México: Panamericana; 2006. p. 401-403.
12. Hupp J. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5ta ed. España: Elsevier Mosby; 2009. p. 162-172.
13. Winter G. Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar; a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations. 1st ed. St. Louis, Mo. A medical BC, editor. ST. Louis; 2006. p. 835.
14. Hermann F. Atlas de Cirugía Oral. España: Masson; 2006.
15. Peñarrocha D, Sanchis JM. Importance of a preoperative radiographic scale for evaluating surgical difficulty of impacted mandibular third molar extraction. J Oral Sci Rehabil. 2013; 52:52-59.
16. Gutiérrez J. Manual de enseñanzas prácticas en cirugía bucal. 2da ed. España: 2005. p. 168-170

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE
TERCEROS MOLARES

Yo, D/Doña.

Maria Romero Niemanngo
Con DNI: 20062042

COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado... Exodoncia de Tercer Molar

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Observaciones... Ninguno

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Huancayo, a 24 de octubre de 2022


El Paciente
DNI: 20062042


Bachiller
DNI: 44846372

**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA
PROFESIONAL Y AUTORIZACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN**

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Yo, VERONICA DAYSI NEGRON TAMARIZ, identificada con DNI 44846372, egresada de la escuela profesional de ODONTOLOGÍA de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana los Andes.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo titulado: " CIRUGIA DE UNA TERCERA MOLAR IMPACTA ". El mismo que presento bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL para optar el título profesional.
2. Declaro que mi trabajo cumple con todas las normas de la Universidad Peruana los Andes
3. Acepto las condiciones establecidas por la presente para la publicación.

Huancayo, 5 de junio del 2023



Veronica Daysi Negron Tamariz
DNI: 44846372
CELULAR: 997606190
CORREO: veronicadaysi28@gmail.com