



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TRABAJO ACADEMICO DE SUSTENTACION DE CASO CLINICO

CIRUGIA DE TERCER MOLAR IMPACTADO

Presentado por:

BACHILLER: Cusihuallpa Jara Luis Alberto

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

ASESOR: Mg. Longa Ramos Eduardo José

CUSCO-PERU

2017



DEDICATORIA

A mis padres Lucas y Elsa, que son los pilares fundamentales en el desarrollo de mi educación ejemplos de fortaleza y superación. Gracias por su gran amor y apoyo incondicional durante todos estos años.

A mis amigos, y familia porque estuvieron apoyándome y preocupándose siempre por mí, alegrándose siempre por mis triunfos y dándome la mano.

A mi universidad y a todos los docentes de la carrera profesional que estuvieron presentes en mi formación profesional.

A los que dieron un poco de si y a mi compañía especial que me ayudo en todo momento y me dio aliento para seguir adelante.



Contenido

1. INTRODUCCION	4
2. OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3. FUNDAMENTOS TEORICOS	6
3.1 BASES TEORICAS.....	6
3.2 ANTECEDENTES.....	19
3.3 DEFINICION DE TERMINOS.....	24
3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL	26
5. BIBLIOGRAFIA	27
7. CONCLUSIONES	54
8. ANEXOS	55



1. INTRODUCCION

Cuando se examina a un paciente por sus terceros molares impactados, es imperante disponer una gama de alternativas que puedan ser ofrecidas de acuerdo con el análisis de la historia clínica.

Los terceros molares impactados son un tema importante de la patología odontológica, por su frecuencia, por su variedad de presentación y por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan. La erupción del tercer molar en las personas se produce en el inicio de la vida adulta entre los 18-25 años por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o tercer molar. Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia se hallan impactados, El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria. Es por esto que su exodoncia es uno de los procedimientos más importantes de Cirugía Bucal y que se lleva a cabo con mayor frecuencia en la práctica diaria del odontólogo. La extracción quirúrgica del tercer molar impactado, ya sea por el bloqueo de otro diente o de hueso, por falta de espacio o por mal posición del tercer molar es la intervención quirúrgica más frecuente de las que se realizan en la cavidad bucal. (1)

Como principal tratamiento ante piezas incluidas, retenidas o impactadas debe realizarse la extracción de la pieza en cuestión, puesto que a medida que avanza la edad del paciente la extracción se hace más difícil, por otra parte puede surgir un aumento en la incidencia de morbilidad de los tejidos locales, pérdida o lesión de los dientes adyacentes o del hueso y posibles lesiones de estructuras vitales, por lo cual es necesario tomar en cuenta las estructuras de las respectivas arcadas diferenciando de esta forma la exodoncia de los terceros molares superiores de los inferiores, puesto que ambas piezas se encuentran rodeadas de estructuras importantes como la tuberosidad del maxilar y el conducto dentario. (2)



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Instituir los tiempos operatorios y los principios básicos de la técnica quirúrgica del tercer molar inferior derecho y ampliar los conocimientos para buscar alternativas de solución para el historial clínico y el procedimiento quirúrgico.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar los tiempos operatorios y los principios básicos de la técnica quirúrgica.
2. Determinar las complicaciones causadas por terceras molares.
3. Recabar conocimientos para plantear alternativas de solución al procedimiento quirúrgico.
4. Establecer el nivel de impactación de la tercera molar inferior derecha en la historia clínica para orientar el procedimiento quirúrgico
5. Conocer el espacio disponible de la tercera molar inferior derecha para proyectarlo en la historia clínica
6. Conocer según el estadio de Nolla el desarrollo de la tercera molar inferior derecha
7. Describir la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Pell y Gregory en la historia clínica
8. Clasificar la posición de las terceras molares inferiores según la clasificación de Winter en la historia clínica.



3. FUNDAMENTOS TEORICOS

3.1 BASES TEORICAS

ETIOLOGÍA

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada, y en nuestro medio sobre todo el tercer molar inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares. (3)

CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si de un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado, El hueso, en su crecimiento, tiene, tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar. El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular va a modificarse durante la formación del molar, por alargamiento óseo de la misma hacia atrás, arrastrando con él las partes del diente que aún no se han calcificado. Este fenómeno acentúa su oblicuidad primitiva y le obliga, para alcanzar su lugar normal en la arcada por detrás del segundo molar, a efectuar una curva de 5 enderezamientos cóncava hacia atrás y hacia arriba (curva de enderezamiento de Capdepont). La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado, entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente. (4)



CONDICIONES ANATÓMICAS

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que produce la inclusión del tercer molar inferior. El espacio retromolar ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular, mientras que las dimensiones dentarias permanecen sensiblemente iguales que en los orígenes. Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son: - Delante. El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel. - Debajo. El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas. - Arriba. La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el tercer molar, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección. El tercer molar está situado en una zona estratégica, los espacios celulares vecinos. Por fuera: las regiones maseterina, geniana y vestibular. Por detrás: espacio temporal, región plerigomaxilar, pilar anterior del velo del paladar, el espacio periamigdalino y el velo del paladar. (5)

CLASIFICACIÓN

Para el estudio de las posibles localizaciones del tercer molar incluidos, usaremos la clasificación de Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del tercer molar con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso. (6)



RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON RESPECTO A LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y EL SEGUNDO MOLAR

Clase I. Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase II. El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

(7)

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Posición A. El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar. –

Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. –

Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar. (7)

CLASIFICACIÓN DE WINTER:

Winter propuso otra clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar. (8)

- Mesioangular.

- Horizontal. - Vertical.

- Distoangular. o Invertido. (8)



COMPLICACIONES INFECCIOSAS Las complicaciones infecciosas que puede producir el tercer molar pueden ser locales como la pericoronaritis que es la más frecuente, regionales como distintos tipos de abscesos cervicofaciales y sistémicas. Tanto las complicaciones regionales como las sistémicas suelen ser un estadio posterior a la pericoronaritis del tercer molar, es decir, son una secuencia que puede instaurarse por tratamiento defectuoso, disminución de las defensas del paciente, etc. (9)

TRASTORNO DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES

Se denominan según algunas clasificaciones y conceptos. (10)

CLASIFICACIÓN CIE-10

K01 : dientes incluidos e impactados con posición anormal de los mismos o de los dientes adyacentes.

Dentro de la división K01 hay dos subdivisiones :

K01.0 : DIENTES INCLUIDOS : dientes incluidos, que no han erupcionado, sin obstrucción por otro diente.

K01.1 : DIENTES IMPACTADOS : dientes impactados , que no han erupcionado debido a la obstrucción por otro diente. (11)

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

- a. Pericoronaritis.
- b. Periodontitis.
- c. Caries. (11) (8)



COMPLICACIONES TUMORALES

Se deben a la mayoría de los casos a la infección crónica del saco pericoronario , a la infección apical, a la periodontitis y a la aparición de quistes del folículo dentario, porque el tercer molar no ha podido erupcionar correctamente. (12)

Los restos del saco dentario ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar retenido no desaparecen del todo originando lo que los autores franceses denominan granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar. (11)

(5) Por orden de importancia se pueden distinguir:

- a. Granulomas.
- b. Quistes paradentales.
- c. Quistes radiculares.
- d. Quistes foliculares o dentígeros y queratoquistes.
- e. Ameloblastomas y tumores malignos. (11) (5)

COMPLICACIONES MECÁNICAS

Los dientes impactados y retenidos, actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica. (13)

- a. Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.
- b. Fracturas mandibulares por debilitamiento el ángulo mandibular.
- c. Dolor.
- f. Reabsorción la raíz distal de la segunda molar mandibular. (13)



CLASIFICACIÓN DE LA POSICIÓN ANATÓMICA DEL TERCER IMPACTADO

Existen varias clasificaciones para los terceros molares que en general siguen las siguientes criterios: (14)

- Posición del tercer molar con relación al segundo molar
- Característica del espacio retromolar
- Angulo del eje longitudinal del diente
- Cantidad del tejido óseo que cubre el diente retenido
- Relación del tercer molar con la rama mandibular

PARA UN ABORDAJE QUIRÚRGICO SE TOMA EN CUENTA LA CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

Tiene en cuenta la relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular, la profundidad relativa del tercer molar y la posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar. (14) (7)

RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE MANDIBULAR

Clase I. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III. El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular. (10)



PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR:

Posición A. La parte mas alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. La parte mas alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la línea oclusal del segundo molar. (13)

Posición C. La parte mas alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar. (13) (8)

CLASIFICACIÓN DE WINTER

Considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo molar: mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, bucoangular, linguoangular e invertido. (13) (4)

1. POSICIÓN VERTICAL

Los terceros molares en posición vertical son aquellos que presentan su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar. (13)

2. POSICIÓN MESIOANGULAR

Los molares en posición mesioangular presentan su corona dirigida hacia el segundo molar; su eje mayor forma, con el eje mayor del segundo molar, un ángulo agudo abierto hacia abajo. (13)

3. POSICIÓN HORIZONTAL

Se la observa en los terceros molares que se presentan ubicados de manera que su corona está dirigida al segundo molar y su eje mayor es sensiblemente perpendicular al eje mayor del segundo, formando un ángulo de 90 grados abierto hacia abajo y atrás. (13)



4 . POSICIÓN DISTOANGULAR

En esta variedad, el tercer molar está colocado en el maxilar, con su corona dirigida, en grado variable, hacia la rama ascendente, formando su eje mayor con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás. (13)

5. POSICIÓN LINGUOANGULAR

En estas condiciones, el tercer molar presenta su corona dirigida hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa. El ángulo que su eje mayor forma con el segundo no puede ser señalado. (13)

6. POSICIÓN BUCOANGULAR

Los terceros molares en posición bucoangular presentan su corona dirigida hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual. (13)

7. POSICIÓN INVERTIDA

Estos molares tienen su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo. Este tipo de posición presenta gran cantidad de variaciones, pudiendo encuadrarse dentro de ella a las heterotopías más diversas. (13)

La clasificación de las posiciones del tercer molar inferior retenido se realiza a expensas de estos tres factores :

- a. Posición absoluta del tercer molar.
- b. Desviaciones del tercer molar hacia el lado bucal o lingual.
- c. Acceso a la cara mesial del molar retenido.



RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE MANDIBULAR

Se valora el espacio existente entre la superficie distal de la corona del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular, comparándolo con el tamaño mesio-distal de la corona del cordal. Cuanto sea menor este espacio, mayor será la dificultad quirúrgica. El borde anterior del maxilar nace cortante y prominente a nivel de la cúspide de la apófisis coronoides y se dirige hacia abajo, adelante y afuera; se sitúa en la cara externa del cuerpo del maxilar, al cual cruza diagonalmente y termina en forma de penacho a nivel del primer molar. Debido a la especial disposición del borde anterior del maxilar la imagen del tercer molar retenido, puede relacionarse un elemento de distintas maneras. Esta diferente presentación no se refiere al tipo de retención molar si no al diente en el que se observa que el borde anterior está próximo o alejado de la cara distal del segundo y que cruza en diagonal la imagen del tercer molar. (13)

ÁNGULO DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE

Esta consideración generalmente se aplica en terceros molares mandibulares impactados con inclinación mesial y se basa en la profundidad de la impactación y el grado de inclinación mesial. Pell y Gregory y otros han desarrollado un sistema excelente de clasificación para terceros molares inferiores impactados. Estos autores intentan clasificar los terceros molares impactados y mesializados según la profundidad de impactación y del ángulo de inclinación. El ángulo de inclinación aumenta de izquierda a derecha con inclinaciones que varían desde la vertical hasta la horizontal. (13)



2.2.8. EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR IMPACTADO Para empezar con la evaluación, se debe revisar primeramente una radiografía panorámica que nos dará una visión general. En la evaluación radiográfica de dientes impactados en el maxilar inferior se debe analizar: la profundidad de la impactación medida con la relación del plano oclusal, la inclinación del diente comparada con el eje axial del diente erupcionado adyacente, la longitud, forma, dirección y número de raíces; la forma y el tamaño de la corona, el espacio del ligamento periodontal, la posibilidad de anquilosis, valorando el espacio entre la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama y comparando este espacio con el Ancho Mesio-Distal del tercer molar. (14)

La radiografía panorámica o radiografía de rotación (ortopantomografía) es una técnica destinada a obtener una sola imagen de las estructuras faciales que incluyen las arcadas superior e inferior y los elementos de soporte.⁴¹⁻⁴² La experiencia indica que las radiografías panorámicas pueden ser muy útiles en una serie de tareas clínicas específicas, sobre todo cuando se desea una cobertura amplia del maxilar y mandíbula. (14) Las indicaciones incluyen evaluación de los traumatismos, terceros molares, enfermedad extensa, desarrollo dental (sobre todo en la dentición mixta), retención de dientes o puntas radiculares (pacientes desdentados) y anomalías de desarrollo. Las radiografías panorámicas tienen también utilidad en los pacientes que no toleran los procedimientos intraorales y en aquellos con una lesión grande conocida o sospechosa. (14)

Con frecuencia los terceros molares que no erupcionan o que erupcionan parcialmente es debido un impedimento mecánico quedando impactados además de las posiciones relativas de los dientes adyacentes y de la falta de espacio para la erupción; presentan también anomalías de localización y de dirección de erupción. Por lo tanto es imprescindible realizar siempre un estudio radiográfico preciso que muestre todo el tercer molar incluido y las estructuras que le rodean. Con un estudio clínico y radiológico será posible establecer la complejidad de la extracción del tercer molar. (14) (15)



ESTADIOS DE NOLLA

Resulta a veces crítico poder determinar la secuencia del desarrollo de la dentición, especialmente en aquellos casos donde el análisis de dentición mixta sugiera condiciones de espacio ajustado o deficitario. La tabla de la dentición permanente hecha por Nolla (10 etapas) es un útil elemento de diagnóstico para comprobar si el desarrollo se encuentra dentro de las edades normales o está atrasada; se comparara el examen radiográfico con la gráfica correspondiente y la edad del paciente; debe tenerse, desde luego, la debida reserva de acuerdo con las variaciones normales raciales, ambientales, etc. pero es una guía que puede ayudar mucho. La mayoría de los dientes permanentes no manifiesta movimientos eruptivos hasta que se completa la formación de la corona (etapa 6), pasan por la cresta alveolar cuando se ha formado mas o menos dos tercios de la raíz (etapa 8) perforando la encía cuando se han formado tres cuartos de la longitud radicular (etapa 9), Son necesarios entre dos y cinco años, dependiendo de la pieza, para que una pieza posterior alcance la cresta alveolar una vez formada su corona y entre 12 a 20 meses para colocarse en contacto con su antagonista una vez que ha alcanzado la cresta alveolar. La raíz suele completar el cierre apical unos pocos meses después de la etapa funcional. (14)

CLASIFICACIÓN DE POSICIÓN DE LAS TERCERAS MOLARES INFERIORES SEGÚN PELL Y GREGORY Y WINTER PARA DETERMINAR INDICE DE DIFICULTAD

Considera los siguientes parámetros: Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.



Clase III: El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular. (14)

Profundidad relativa del tercer molar:

Posición A:

La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B: La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

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

SEGÚN WINTER CLASIFICA LOS TERCEROS MOLARES Con relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar: (15)

Vertical

Mesio angulado

Disto angulado

Horizontal

En vestíbulo versión

En linguo versión

Invertido



INDICE DE DIFICULTAD SEGÚN CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY Y WINTER.

Relación espacial (angulación entre el eje longitudinal de la tercera molar y el del segundo molar). (15)

Mesioangular.....	1
Horizontal/Transverso.....	2
Vertical.....	3
Distoangular.....	4

Profundidad (respecto al plano oclusal de los otros dientes)

Nivel A.....	1
Nivel B.....	2
Nivel C.....	3

Espacio disponible (acceso al tercer molar o relación entre éste y la rama ascendente de la mandíbula)

Clase I.....	1
Clase II.....	2
Clase III.....	3

EL ÍNDICE DE DIFICULTAD:

Muy difícil 7 – 10.

Dificultad moderada 5 – 6.

Dificultad mínima 3 – 4. (16)



3.2 ANTECEDENTES

CAMPOS H , BELUSSI M (2005)

Realizaron una investigación para conocer cuales fueron los diferentes métodos que se pueden emplear para determinar la posible erupción o no del tercer molar inferior con el fin de que el odontólogo tenga la capacidad de emitir un diagnóstico correcto y así los odontólogos y ortodoncistas estén en la capacidad de predecir la posible erupción del tercer molar inferior a la edad de 7 a 10 años. Por eso existen 2 variables que es necesario determinar: el futuro espacio disponible de los terceros molares, cambios de angulación de los terceros molares. (16)

MARTINEZ A , DIAZ A , SÁENZ S (2005)

En un estudio sobre prevalencia de dientes impactados en posición intraósea en 1000 radiografías panorámicas de individuos de ambos sexos mayores de 18 años fue determinar los factores que frecuentemente generan la retención de terceros molares mandibulares. Se utilizaron radiografías estandarizadas tomadas a 150 pacientes (96 mujeres y 54 hombres) con un promedio de 20 años de edad. Las variables evaluadas fueron la distancia entre el borde anterior de la rama ascendente a la cara distal del 2ºmolar que determina el espacio para la erupción del tercer molar, el Ancho mesiodistal de este para conocer el tamaño de la corona, la angulación con respecto a la base apical del molar y la distancia xi cara distal del 2ºmolar determinando la influencia del crecimiento del tercer molar en la retención molar. Los resultados indicaron que la distancia del espacio retromolar fue de 10mm(DS+/-3,75mm), , el 75,2% de los terceros molares tenían angulación es menores de 45°, la distancia común variable Xi-cara distal 2ºmolar fue de 30mm(DS+/-6,51%). Se concluye que las variables asociadas más significativamente con la retención de las terceras molares fueron la falta de espacio para la erupción del tercer molar, el tamaño de la corona y la angulación del molar; el crecimiento mandibular no fue un factor importante en la retención del tercer molar. (16)

**MARTINEZ M , GARCIA A (2005)**

Realizaron una investigación para encontrar la incidencia de terceros molares inferiores impactados , se cree que la incidencia de terceros molares impactados es elevada , según la clasificación de Winter la inclinación mesial del tercer molar es la de mayor incidencia. Se realizó un trabajo analítico de tipo retrospectivo parcial, con una población de 160 pacientes, se realizó un muestreo aleatorio y posteriormente se organizó por bloques de sexo y por la posición de Winter. Según los resultados la mayor impactación se presentó en el sexo femenino con un 52,5% , en el sexo masculino con un 47,5% siendo $P < 0,05$. La mayor incidencia tomando los criterios de Winter es la inclinación mesial teniendo como resultado el 40,83% de la población total, siendo la mayor incidencia en mujeres con un 53,06% y en hombres de un 46,93%. Se concluye que la incidencia de terceros molares impactados es elevada por lo que es importante saber cual es el factor para que estos molares se impacten. (16)

YIGIT M, DENIZ G, KOCADERELI I, TASAR F (2004)

Investigaron los efectos de la extracción del primer premolar en terceras molares con angulación donde el propósito de este estudio fue determinar la relación entre la inclinación de la segunda molar y el tercer molar durante un período de 2.5 años período en que los pacientes fueron tratados ortodónticamente ambos con y sin el premolar extraído. El registro de 37 primeras premolares extraídas en los pacientes seleccionados y 33 no extraídas en pacientes examinados. El pre tratamiento y post tratamiento donde se analizaron radiografías panorámicas. Los cambios en el tercer molar angulado desde pre tratamiento y post tratamiento para dos grupos donde compararon para Mann-Whitney U-test. El análisis estadístico revela en esta muestra de tercera molar mandibular un mejoramiento en la angulación relativa del plano oclusal en el primer premolar del grupo extraído. Sin embargo un mejoramiento en la angulación posteriormente no necesariamente significa conseguir una erupción en buena posición. (16)

**COLLANTE C , LOCKETT M (2003)**

Se realizó un estudio de análisis de los elementos que ayudan a diagnosticar y prevenir el apiñamiento dentario del sector antero-inferior de la cavidad bucal y construir un nuevo conocimiento. El objetivo fue indagar la posible relación entre variables: medidas de los ángulos goníacos, retención de terceros molares y apiñamiento dentario antero- inferior. La muestra seleccionada fue de una población de 110 pacientes que concurrían a los Servicios de FOUNNE con edades de 15 a 22 años de edad sin tratamiento de previo de ortopedia y ortodoncia , con presencia de todas la piezas dentarias y de los terceros molares en ambas hemiarquadas inferiores o gérmenes con las coronas calcificadas. El tipo de estudio fue de tipo analítico y transversal. Se determinó la posibilidad de erupción o retención del tercer molar analizando el espacio necesario y la dirección del eje mayor del tercer molar. Las mediciones para establecer la falta de espacio fueron de dos tipos : a) Distancia desde Xi a la cara distal del segundo molar inferior medida sobre el plano oclusal. b) Espacio disponible para la erupción con el ancho mesio-distal del tercer molar. Según los resultados obtenidos existe una relación entre los molares retenidos y la magnitud del apiñamiento. También se encontró que existe una relación directa entre la chance de apiñamiento y el aumento del valor de GoS o con la disminución del Gol, situación que se dá cuando existe una tendencia al crecimiento sagital del cuerpo del maxilar inferior. (17)

Por lo tanto existe relación directa entre apiñamiento antero-inferior y retención de los terceros molares inferiores, Los valores de los ángulos goníacos no pueden predecir el apiñamiento en milímetros o sin él. Los valores de los ángulos goníacos no pueden predecir el apiñamiento en milímetros. (17) (13)

**MARTINEZ S , LUCAS G (2003)**

Realizó un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar el grado de desarrollo de los terceros molares en niños que concurrieron a la cátedra de odontopediatría con edades comprendidas entre los 5 y 10 años. El estudio se hizo mediante la observación de radiografías panorámicas y en cada una de ellas, mediante un negatoscopio se observó minuciosamente la zona de las terceras molares tanto superior como inferior de ambos lados. Al realizar un estudio comparativo del grado de desarrollo se observó que a los 9 años todos presentaron un grado 3 de Nolla, correspondiendo al desarrollo de 1/3 de la corona, también se pudo observar que ha sido más marcado a nivel de los terceros molares superior e inferior izquierdo, mostrando menores grados de desarrollo del tercer molar superior derecho. El inicio de la calcificación (grado 2 de Nolla) de los cuatro terceros molares, se observó a partir de los 7 años alcanzando su pico máximo (grado 5) a los 9 años corroborando lo establecido por Ricketts que a partir de los 8 a 9 años de edad es posible predecir con un 90% de exactitud la posición que tendrá el tercer molar. Se concluye que el desarrollo de los terceros molares se inicia a los 5 años a excepción del primer molar superior derecho que lo hace a partir de los 7 años. El tercer molar. (17) (13)

**GUNGORMUS M (2002)**

El propósito de este estudio consistió en evaluar los cambios en la posición del tercer molar inferior (M3) y la características histopatológicas asociadas al tercer molar en los sujetos tratados ortodónticamente. Este estudio se hizo con 76 sujetos (42 hombres y 34 mujeres) cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 23 años. Treinta de ellos fueron tratados sin extracciones, a 26 se les extrajeron los primeros 4 premolares y 20 no recibieron tratamiento ortodóntico (grupo de referencia), los cambios posturales y características histopatológica fue asociadas a los terceros molares en lo casos tratados ortodónticamente fue evaluada radiográfica y clínicamente. Los datos se analizaron mediante pruebas paramétricas y no paramétricas. Según los resultados radiográficamente se determinó que el espacio para que la mayoría de los terceros molares erupcionara en los sujetos tratados ortodónticamente era insuficiente y la angulaciones de estos dientes no habían mejorado lo suficiente. Se concluye que el 83% de los terceros molares en los sujetos tratados ortodónticamente, erupcionaron en posición mesioangular y que el 43% de estos dientes se asociaron con pericoronaritis. (17)

VENTA I , TURTOLA L , YLIPAAVALNIEMI P (2001)

Realizaron un seguimiento radiográfico de terceras molares impactadas a 19 pacientes de 20 a 32 años de edad con radiografías panorámicas del inicio y al final del estudio. El análisis radiográfico incluyó reabsorción de dientes, agrandamiento del folículo, desarrollo de la raíz, cambio en la inclinación del tercer molar, estado de impactación , profundidad relativa del tercer molar en el hueso y relación con la rama mandibular y con la segunda molar. La inclinación del diente se midió como el ángulo entre el plano oclusal (determinado por las superficies oclusales de la primera y segunda molar) y la superficie oclusal de la tercera molar. La interpretación de las radiografías fue realizada dos veces por el mismo examinador con un intervalo de 6 semanas. (17) (12)



3.3 DEFINICION DE TERMINOS

Mesionagulada: Al examen radiográfico, la orientación del eje axial de la tercera molar está inclinado hacia la segunda molar. (18)

Distoangulada: Al examen radiográfico, la orientación del eje axial de la tercera molar está inclinado distalmente a la segunda molar. (18)

Vertical: Al examen radiográfico, el eje axial de la tercera molar se encuentra siguiendo el eje longitudinal de la segunda molar. (18)

Horizontal: Al examen radiográfico, el eje axial de la tercera molar se encuentra perpendicular a la segunda molar. (18)

Periodontitis: Al examen clínico se observaron los signos de inflamación y sangrado de la encía de la segunda molar y/o de la tercera molar, además al sondeo se encontró presencia de bolsa periodontal. (18)

Celulitis: Es la tumefacción que se localiza a nivel del ángulo de la mandíbula y a nivel del malar, era dolorosa y de consistencia dura. (18)

Odontalgia: Cuando el paciente expresaba haber tenido o tenía dolor. (19)

Quiste: Radiográficamente se observa una zona radiolúcida rodeando la tercera molar. (19)

Infeciosas: Se ubican dentro de este término la periodontitis, pericoronaritis, celulitis y caries. (18)

Mecánicas: Dentro de este término se encuentran apiñamiento y reabsorción radicular. Neuromusculares: Dentro de este término se encontraron odontalgia y dolor en Articulación Temporomandibular (ATM). (18)

Traumatológicas: Dentro de este término se ubican fractura mandibular. •
Tumorales: Dentro de este término se ubican los quistes. (18)



Lámina dentaria: La lámina se desprende el listón dentario, uno para cada diente, en el cual ha de diferenciarse el abultamiento epitelial que originará el órgano del esmalte. (19)

La corona: Presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será menester conocer. La corona puede ser normal, pequeño o grande; puede presentar de tres a más cúspides y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. (19)

Las raíces: Ningún molar tiene características parecidas al tercer molar inferior en lo que refiere a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de las raíces. En su conjunto, las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el 34 cuello dentario. Por lo general es biradicular. (19)

Arquitectura mandibular: es un hueso impar y único en forma y función, esta estructura mandibular está formada por el cuerpo, rama ascendente y cóndilo. (19)

Dientes supernumerarios: pueden presentarse de forma aislada o formando parte de algunas enfermedades como la displasia ectodérmica o la distólisis cleidocraneal en las que se observan poliinclusiones de supernumerarios. (19)

Erupción dentaria: La erupción dentaria es el proceso de migración de la corona dentaria desde su lugar de desarrollo dentro del hueso maxilar hasta su posición, funciona en la cavidad bucal. (19)

Movimientos dentales: El diente, durante toda su evolución, está en movimiento. Cronológicamente, los movimientos se producen en esta secuencia. (20) (15)

Etaapa eruptiva: Los dientes se hallan alejados de la mucosa bucal y se realiza el desplazamiento hacia esta última, modificando su posición. (20) (15)

Frenillo labial superior: El de inserción baja y el diastema que se asocia a él puede ser causa también de impactación de dientes. (20) (12)

Quiste radicular de un diente temporal: necrosado puede causar la retención del diente permanente sucesor. (20) (7)



Quiste dentigero o folicular: puede representar un obstáculo a la erupción del diente permanente efecto. (20) (12)

Pericoronaritis: Es posible definir la pericoronaritis como la infección que afecta los tejidos blandos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado; la inflamación resultante puede ser aguda, subaguda o crónica. (20) (17)

3. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y RELEVANCIA SOCIAL

Los casos clínicos de las terceras molares mandibulares es importante debido a que es una complicación de la viabilidad de la erupción que ocurre muy frecuentemente en nuestro medio por lo tanto se debería diseñar un proyecto de investigación incluyendo para cada población con rasgos raciales diferentes y de procedencias específicas para Mejorar el protocolo de atención y de esta manera buscar alternativas de solución para el beneficio de la sociedad.



5. BIBLIOGRAFIA

1. Gay E, Berini A, Sánchez G. Tratado de cirugía bucal (tomo 1). 1st ed. Madrid: Ergon; 2004.
2. Hernández R. Los molares permanentes. 1st ed. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica; 2003.
3. Castro S. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la clínica dental del hospital militar central. (Tesis de bachiller). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
4. Mier G. Comparación entre el índice de dificultad con el tiempo de cirugía efectiva en la exodoncia del tercer molar inferior realizada por residentes en el servicio de cirugía oral y maxilofacial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tesis de Cirujano Dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano; 2002.
5. Chávez D. Prevalencia de dientes impactados en posición intraósea en 1.000 radiografías panorámicas de individuos de ambos sexos mayores de 18 años. [Tesis]. Lima Universidad Cayetano Heredia: UPCH; 1985.
6. Paredes J.. Protocolos para Emergencias Medico-Odontologicas mas Frecuentes en la Zona Centro del Pais. Tesis. Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2011.
7. Palacios M. Prevalencia de la posición de terceras molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
8. Medeiros P. Cirugía de Dientes Incluidos Extracción del Tercer Molar Sao Paulo: Editorial Santos; 2010.
9. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. 3rd ed. Madrid: Editorial Masson; 2008.



10. Navarro C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial Tomo I. 1st ed. Madrid: Ediciones S; 2004.
11. Ríes centeno G. cirugía Bucodental. 2nd ed. Buenos aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1994.
12. Botetano VR. Variantes anatómico-clínico-topográfico de los tejidos duros y blandos de la región del tercer molar mandibular. Revista Hipótesis. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2009 Año VIII. Report No.: N° 9.
13. Velásquez J. Clasificación de Pell & Gregory de terceras molares impactadas, en adolescentes de 18 – 20 años, en la universidad central de Venezuela, Facultad De Odontología en el año 2009. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista). Venezuela: FOUCV; 2010.
14. Rodríguez M, Zavala C, Peñalosa R. Terceros Molares Retenidos. [Online]. [cited (mayo2011)]. Available from: <http://www.sabetodo.com/contenidos/EkEuppuuVpxnzhyMZL.php>.
15. Enlow D. Crecimiento Maxilofacial. Tercera Edición ed. Mexico: Casa libro; 1992.
16. Collante C. Relación del Ángulo Goníaco con Terceras Molares Inferiores y el Apiñamiento Dentario Antero-inferior. [Online]. [cited 2011 junio. Available from: <http://odn.unne.edu.ar/angulogoniaco.pdf>.
17. Abramovich A. Histología y Embriología Dentaria. 2nd ed.: Editorial Médica Panamericana; 1999.
18. Ruge O, Camargo O, Ortiz Y. Consideraciones anatómicas del conducto alveolar inferior. Rev Fac Odontol Univ de Antioq. 2009; 21(1)(86-97).
19. sarmiento C. posición del tercer molar en relación al en pacientes que acuden a la clínica estomatológica central de la universidad peruana cayetano Heredia entre los años 2008 - 2009. (tesis para optar por el título de Cirujano Dentista). Lima Peru: clinica estomatológica central UPCH; 2010.
20. Navarro Vila C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial Tomo I. 2nd ed.: Editorial Arán; 2009.



6. HISTORIA CLINICA

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DECIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



CASO CLINICO

PARA OBTAR EL GRADO DE TITULACION

TERCER MOLAR IMPACTADO

Presentado por:

BACHILLER: Cusihuallpa Jara Luis Alberto

CUSCO – PERU

2017



HISTORIA CLINICA

1. ANAMNESIS

Directa

Indirecta

Mixta

1.1. FILIACION:

- ☒ **APELLIDOS Y NOMBRES** : Paul Ronald Huallpa Caceres
- ☒ **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO** : Cusco 13/12/99
- ☒ **EDAD** : 18 años
- ☒ **SEXO** : Maculino
- ☒ **PROFESION U OCUPACION** : Estudiante
- ☒ **LUGAR** : UNSAAC
- ☒ **GRUPO ETNICO** : Mestizo
- ☒ **IDIOMA** : Castellano
- ☒ **RELIGION** : Católica
- ☒ **DOMICILIO** : Av. El sol 1606
- ☒ **TELEFONO** : 985053589
- ☒ **NACIONALIDAD** : Peruana
- ☒ **D.N.I** : 24006797
- ☒ **LUGAR DE PROCEDENCIA** : Cusco
- ☒ **ESTADO CIVIL** : Soltero

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente refiere “quiero que me extraigan mi tercera molar, porque me causa incomodidad al momento de cepillarme y me desordenaran mis dientes de adelante”

1.3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de la enfermedad: Refiere no tener fecha de inicio
- Forma de inicio: Insidiosa
- Curso de la enfermedad: Estacionario
- Síntomas Principales: Percepción desagradable (ligero dolor al momento de cepillarse) en la zona del molar inferior derecho,

1.4. FUNCIONES BIOLÓGICAS

- ▣ APETITO : Paciente refiere presentar un apetito regular, con consumo de alimentos 3 veces al día.
- ▣ SED : Consume aproximadamente 3 vasos de agua al día.
- ▣ SUEÑO : Duerme unas 9 horas durante la noche.
- ▣ DIURESIS : Volumen y frecuencia en relación a la ingesta de líquido, indica que micciona unas 2-4 veces al día, con color amarillo oscuro.
- ▣ SUDORACION : Refiere tener sudoración solo cuando realiza actividades de mucha demanda física.
- ▣ DEPOSICIONES: Deposiciones 2 vez al día, sin aspecto o color alterado, indica que sus deposiciones regularmente tienen una consistencia sólida.

1.5. ANTECEDENTES

1.5.1. ANTECEDENTES PERSONALES

A. GENERALES:

▣ INMUNIZACIONES

SI

NO

NO SABE

-Paciente refiere vacunas de la infancia contra: varicela, sarampión.

▣ HÁBITOS

SI

NO

▣ ALIMENTACION

-Refiere una alimentación variada 3 veces al día entre carbohidratos y proteínas

▣ HIGIENE BUCAL

- CEPILLADO:

SI

NO

-Paciente refiere cepillarse 2 veces al día por la mañana y por la noche.

- SEDA DENTAL:

SI

NO

- COLUTORIOS:

SI

NO

- OTROS

SI

NO

-



▣ VIVIENDA

Cuenta con todos los servicios básicos.

▣ CONDICION SOCIOECONOMICA

Baja, con ingreso Mensual de 500 nuevos soles.

B. FISIOLÓGICOS:

- **PRENATALES:**

Desconoce si presentó alguna complicación.

- **NATALES:**

Por referencia que tuvo de su Madre, parto eutócico y a término.

- **POSTNATALES:**

Por referencia que tuvo de su Madre, Tomo biberón hasta los dos años.



C. PATOLOGICOS:

- ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ALGUN ESPECIALISTA?

SI NO

- ¿TOMO O ESTA TOMANDO ALGUN FARMACO?

SI NO

- ¿HAY ALGUN FARMACO QUE USTED NO PUEDA TOMAR?

SI NO NO SABE

- ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE ALGUNA VEZ?

SI NO

Cirugía - Odontología

- ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?

SI NO

- ¿TUVO TRAUMATISMOS?

SI NO NO SABE

Hace 4 años se cayó en bicicleta, tuvo un traumatismo dental de los Incisivos Superiores no visito a algún especialista.

- ¿HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA?

SI NO

- ¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ DE SHOCK ANAFILACTICO?

SI NO

- ¿HA GANADO O PERDIDO PESO DE MANERA BRUSCA ULTIMAMENTE?

SI NO

- ¿TUVO FIEBRE POR SEMANAS SIN CAUSA JUSTIFICADA?

SI NO



MENCIONE SI ALGUNA VEZ SUFRIO DE:

- **FIEBRE REUMATICA** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **REUMATISMO** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **DIABETES** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **TUBERCULOSIS** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **ENFERMEDADES VENEREAS** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **CARDIOPATIAS** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **ASMA** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **EPILEPSIA** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **HEPATITIS** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **INSUFICIENCIA RENAL** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **DISCRASIAS SANGUINEAS** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **HIPOTENSION ARTERIAL** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **VIH – SIDA** **SI () NO (X) NO SABE ()**
- **ANEMIA** **SI () NO (X) NO SABE ()**

1.5.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **PADRES:**

Ambos vivos, con aparente buen estado de salud

HERMANOS:

2 hermanos.



2. EXAMEN CLINICO

2.1. ECTOSCOPIA

Paciente lucido colaborador, en aparente buen estado general de salud, con movimientos sincrónicos, capaz de moverse por sus propios medios.

2.2. EXAMEN CLINICO GENERAL:

A. ESTADO DE NUTRICION:

Aparentemente con buen estado de nutrición, relación apropiada entre el peso y la talla.

B. ESTADO EMOCIONAL:

Estado emocional aparentemente equilibrado.

C. LOCALIZACION EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA

Paciente lúcido orientado en tiempo, espacio y persona.

D. GRADO DE COLABORACION

Colaborador.

E. TIPO CONSTITUCIONAL

Leptosómico.

2.3. SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRICOS

- PRESION ARTERIAL : 124/75 mmhg
- FRECUENCIA RESPIRATORIA : 19 Resp./min
- PESO : 40kg.
- INDICE DE MASA CORPORAL : 25 Kg.(Normal)
- TEMPERATURA : 36.5 C°
- PULSO : 63 pul. /min.
- TALLA: : 1.60 cm



2.4. EXAMEN CLINICO REGIONAL

2.4.1. E.C.R. EXTRAORAL

A. CABEZA

- **CRANEO:** Normocefalo, cabello con buena inserción capilar, de color negro y corto.
- **CARA:** Dolicofacial con simetría normal en relación a la línea media, presenta perfil ligeramente convexo, tez de color trigueña.

B. CUELLO: Forma, volumen y movilidad sin alteraciones

GANGIOS: No palpables, asintomáticos.

C. PIEL Y ANEXOS: Hidratado, cabello oscuro de aspecto opaco y bien implantado,

D. PERFIL ANTEROPOSTERIOR: convexo.

E. SIMETRÍA FACIAL: Aparentemente simétrico.

F. TONO MUSCULAR: Músculo Masetero y Temporal presentan tonicidad muscular

Adecuada, sin dolor a la palpación, apertura ni masticación.

G. ATM: Asintomático, leve desviación lateral derecha.

H. LABIOS: Asimétricos, sellado labial adecuado presencia de lesión labial inferior

I. RESPIRACION: Nasal.

J. DEGLUCION: Sin alteración aparente.

K. APERTURA BUCAL: 4 cm



2.4.2. E.C.R. INTRAORAL

A. TEJIDOS BLANDOS

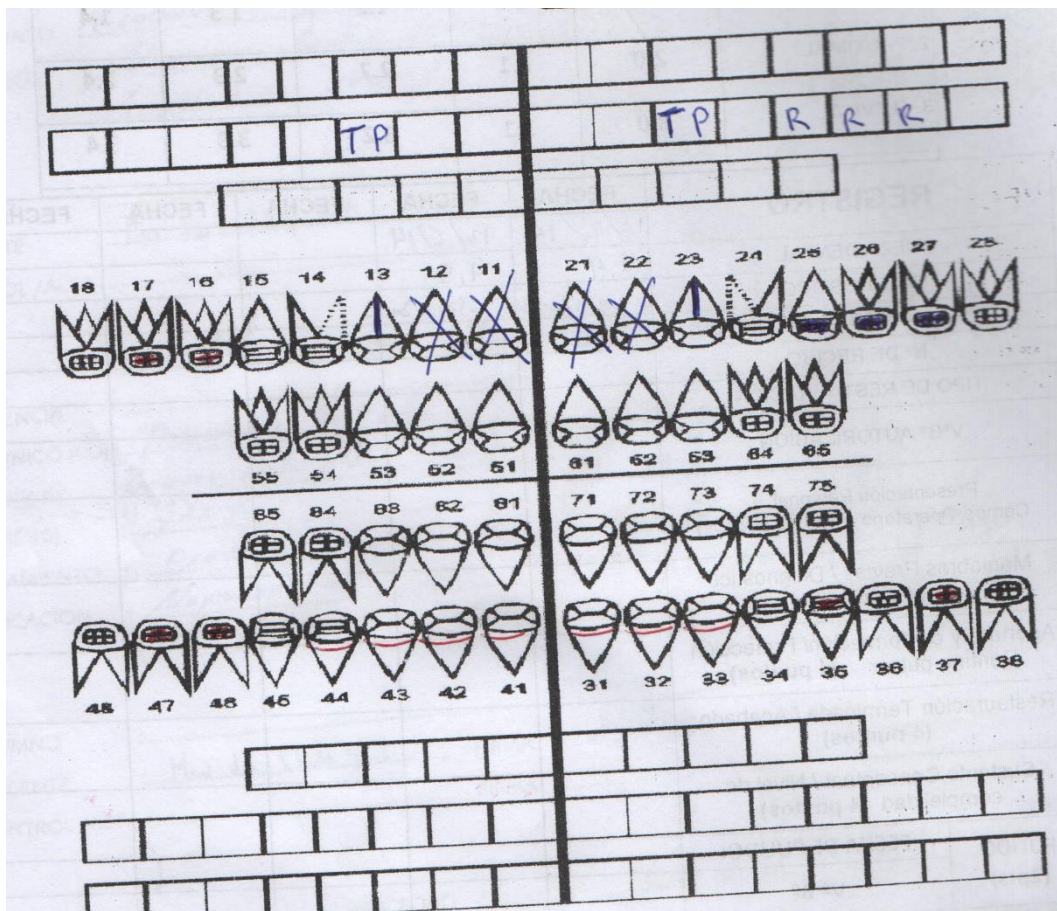
- FRENILLOS

- **INTERINCISIVO DEL MAXILAR SUPERIOR:** Presenta una buena irrigación y una buena inserción a nivel interincisivo.
 - **LATERALES SUPERIORES E INFERIORES:** Presentan una buena irrigación y una adecuada inserción en la encía insertada y adherida.
 - **SUBLINGUAL:** Con inserción medial en la cara ventral de la lengua, llegando hasta la unión del tercio medio y posterior. En piso de boca la inserción llega hasta las carúnculas.
- **CARRILLOS:** Mucosa de coloración rosada, brillante, permeable bilateral, presenta línea Alba, conducto de Stenon permeable bilateral y sin dolor a la palpación.
- **FONDO DE SURCO:** Mucosa rosada y brillante. Inserción adecuada de frenillos laterales.
- **PISO DE BOCA:** Permeabilidad de conductos de Warthon y Rivinus, adecuada secreción salival, sin dolor a la palpación.
- **LENGUA:** Normoglosa y ovoide, con buena movilidad, presencia de saburra en el tercio posterior.
- **GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES:** Las glándulas Parótida, sublingual y submaxilar no presentan incremento en el tamaño ni volumen y no presentan dolor a la palpación, permeabilidad óptima de los conductos salivales.
- **ENCIAS:** Coloración rosa, textura lisa, leve inflamación a nivel de la encía marginal y papilar en las piezas 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.

- **PALADAR DURO:** forma ovoide, presencia de rugas palatinas, consistencia dura.
- **PALADAR BLANDO:** Sin inflamación, presencia de úvula única y con grado de movilidad adecuado.
- **REGION AMIGDALINA:** Los pilares amigdalinos presentan una coloración rosada sin inflamación.
- **SALIVA:** Mixta

2.4.3. TEJIDOS DUROS

ODONTOGRAMA





▣ ESPECIFICACIONES:

-AUSENCIA DE PIEZAS CLINICAMENTE: 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 3.8, 4.8

-PIEZAS POR CURAR: 1.6 (caries de esmalte en fosas y fisuras), 1.7 (caries de esmalte de fosas y fisuras), 3.6 (caries de esmalte en fosas y fisuras), 3.7 (caries de esmalte en fosas y fisuras), 4.6 (caries de esmalte en fosas y fisuras), 4.7 (caries de esmalte en fosas y fisuras).

-PIEZAS CON RESTAURACION: 2.5 (restauración con resina por oclusal), 2.6 (restauración con resina por oclusal), 2.7 (restauración con resina por oclusal)

-OCLUSION: llave molar clase I, ausencia de llave canina por mordida abierta anterior

-RELACION CENTRICA: Con alteración aparente

-OTROS: Presencia de placa blanda en el sector antero inferior por lingual y reducción de corona por tratamiento protésico en las piezas 1.3 y 2.3

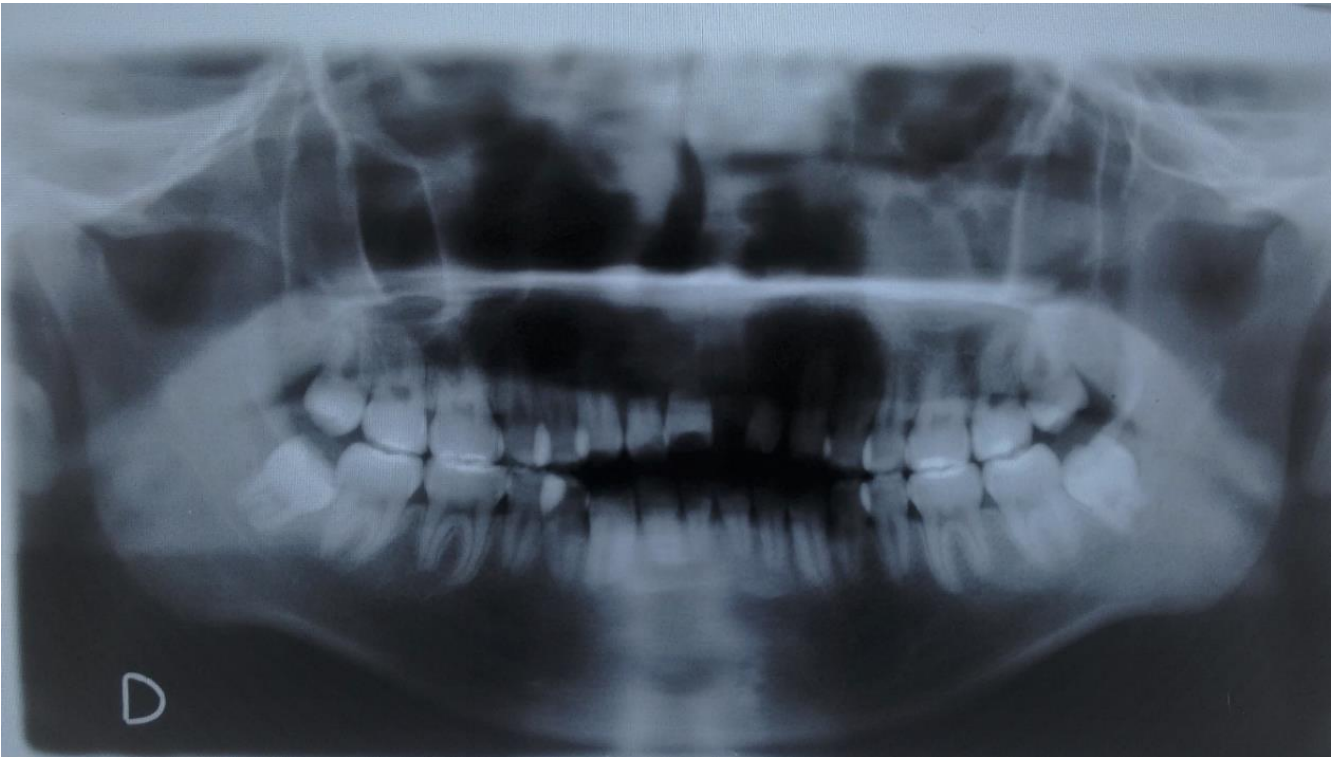
3. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- Pieza 4.8 impactada.

4. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

. EXAMEN RADIOGRÁFICO

- RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



REGIONES TOPOGRAFICAS ANATOMICAS

NASOMAXILAR

Tabique nasal continuo a nivel de la linea media, cornetes simetricos aparentemente libres. Seno maxilar izquierdo bien delimitado con bordes irregulares, seno maxilar derecho bien deimitado con bordes irregulares. Paladar duro de forma lineal sin irregularidades.



ATM

Condilos derecho e izquierdo son simetrico, y el espacio correspondiente al menisco es simetrico.

MANDIBULAR

Corticales externas densas, contornos del cuerpo mandibular con la rama homogenea, conducto dentario inferior amplio, y el conducto dentario izquierdo en relacion íntima con el tercer molar retenido a nivel de sus raíces mesial y distal..

DIENTES MAXILARES

Denticion permanente, presencia de 15 piezas dentarias;se observa: en la pieza 1.1,1.2,2.1,2.2 presenta reabsorcion de raiz y una linea radiolucida a nivel del tercio medio de la raiz compatible con fracrua radicular, se observa zona radiopaca a nivel oclusal de las pieza. 1.6, 1.7, 2.6, 2.7 compatible con restauracion dental.

DIENTES MANDIBULARES

Denticion permanente con 16 piezas dentales. Pieza 3.8 impactada, piezas 3.6, 3.7 con zona radiopaca a nivel oclusal compatible con restauracion dental, con respecto a las piezas 3.1,3.2,4.1 y 4.2 se encuentran con reabsorcion radicular, piezas 4.6, 4.7 con zona radiopaca a nivel oclusal compatible con restauracion dental, 4.8 impactado en estadio de nolla 8.

RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA



-Patron esqueletal clase II, mordida abierta anterior, proinclinacion de incisivos superiores e inferiores según análisis de rickets y Frankfurt.

RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES

- Presencia de las piezas 1.6,1.7,1.8
- pieza 1.6 y 1.7 imagen radiolucida a nivel oclusal compatible con material de restauración

DESCRIPCION CLINICA

Precencia de las piezas 1,6 y 1,7 con restauración de resina en fosas y fisuras



- 1.3 presenta una imagen radiopaca Compatible con material de obturación de conductos y sobreobturacion de 2 mm fuera del apice de la raíz.

DESCRIPCION CLINICA

Pieza 1.3 presenta una reducción de la corona Por tratamiento protésico.



- 2.3 presenta una imagen radiopaca compatible con material de obturación presenta también reducción de la corona por tratamiento protésico



- 2.5 presenta una imagen radiolucida a nivel del tercio medio de la raíz sugestiva a un ensanchamiento del ligamento periodontal
- 2.4 presenta una imagen radiolucida sugestiva con caries a nivel del tercio cervical de la corona.



- 3.8 estadio de nolla 7 con formación hasta 2/3 de la raíz se encuentra parcialmente impactado
- 3.6 y 3.7 no presentan ningún signo patológico



- 3.4 presenta ápice inmaduro con pulpa vital presenta un conducto radicular amplio



- 3.3, 3.2, 4.1,4.2 proporción Corono radicular disminuido de las piezas 1.1 y 1.2



- Las piezas 4.6 y 4.7 no presentan ningún signo patológico



- Precencia de la pieza 4.8 por debajo de la línea oclusal, se encuentra impactado, estadio de nolla 8.



RADIOGRAFÍA OCLUSAL



Descripción Radiográfica.

Pieza 4.8 en posición lingual con respecto a la rama de la mandíbula

4.1. ANÁLISIS COMPLETO DE SANGRE



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LABORATORIO BIOLÓGICO

Nombre: Paul Ronal Huallpa Caceres
Edad : 18 años
Fecha : 29 de septiembre de 2017 (toma de muestra)

ANALISIS HEMATOLOGICOS

Hemograma de Schilling

Recuento de Leucocitos : 5,700/mm³
Recuento de Hematíes : 7'170,000/mm³
Hematocrito : 57.0 %
Hemoglobina : 19.7 g/dl

Fórmula Leucocitaria:

Abastionados : 00 %
Segmentados : 58 %
Eosinófilos : 00 %
Basófilos : 01 %
Monocitos : 09 %
Linfocitos : 32 %
TOTAL : 100 %



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LABORATORIO BIOLÓGICO
Elixa Miluska Frisancho Canero
DIR. 1978
DIRECTORA

Prolongación Av. Manco Ccapac s/n. Qollana
Lunes a sábado: 8 am – 12 m
Teléfono: +51 (084) 605000 - Anexo: 3187 - 3231 Atenc
Lunes a viernes: 3 – 7 pm



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LABORATORIO BIOLÓGICO

Nombre: Paul Ronal Huallpa Caceres
Edad : 18 años
Fecha : 29 de septiembre de 2017 (toma de muestra)

ANALISIS HEMATOLOGICOS

Valores de referencia

Tiempo de coagulación: 7 min. 30 seg. (0-10 minutos)
Tiempo de sangría: 0 min. 30 seg. (1-5 minutos)



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LABORATORIO DE CIENCIAS BÁSICAS
Elixa Miluska Frisancho Canero
DIR. 1978
DIRECTORA

Prolongación Av. Manco Ccapac s/n. Qollana
Lunes a sábado: 8 am – 12 m
Teléfono: +51 (084) 605000 - Anexo: 3187 - 3231 Atenc
Lunes a viernes: 3 – 7 pm

RIESGO O SIGNOS DE ALARMA

ASA I

- Pieza 4.8 mesioangular según Winter,
- clase II posición B según Pel y Gregory

6. PRONÓSTICOFavorable Desfavorable Reservado **7. PLAN DE TRATAMIENTO****Periodoncia:** Profilaxis total**Operatoria:** Piezas 1.7, 1.6, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7**Cirugía:** Exodoncia técnica abierta de la pieza 4.8**Protesis Fija:** pieza 1.3 a 2.3 (seguimiento)**8. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO****8.1. PRE QUIRÚRGICO**

el paciente asiste al consultorio a las 9:30 am con actitud colaboradora y tranquila; procedimos a la colocación de la ropa quirúrgica de la paciente – operador, y lavado de manos de ambos y de la asistente, calzado de guantes quirúrgicos, asepsia extra oral con Alcohol Yodado y antisepsia con Gluconato de Clorexidina al 1%, instrumental necesario para el acto quirúrgico.



8.2. INTRA QUIRÚRGICO

- **Anestesia:** Se utiliza la técnica troncular indirecta aproximadamente a 1 cm por encima de la línea oclusal para bloquear el nervio dentario inferior y le infiltré en el nervio bucal. Total de cartuchos usados de Lidocaína al 2% es de 2 unidades.
- **Incisión:** Con bisturí N° 15 inicié la incisión en la parte más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, con trazo enérgico, que permita percibir debajo del instrumento la sensación de hueso, al llegar a la cara distal del segundo molar se contornea el cuello y continua después festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, esta incisión se detuvo en el espacio interdentario del primer molar y segundo premolar, donde se realizó una descarga hacia el surco gingival para una mejor visión del campo operatorio y protección del tejido blando.
- **Decolado:** Con la ayuda de un periostótomo, legra y gasas humedecidas con suero fisiológico se permitió lograr un colgajo de espesor completo progresando desde el lado distal a mesial.
- **Osteotomía:** Procedí a eliminar hueso por lingual que protegía parcialmente la porción oclusal, posteriormente se procedió a eliminar la porción distal para facilitar la exodoncia, para exponer el ecuador dentario de la corona de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical usé fresas de Carburo de Tungsteno redonda de vástago largo de alta velocidad con abundante irrigación de suero fisiológico y aspiración constante.



- **Odontosección:** A continuación procedí a dividir el diente según su eje mayor con una fresa de Carburo de Tungsteno de fisura se realizó un corte horizontal a nivel de la corona seccionando parte de la corona anatómica para quitar la traba mecánica.
- **Exodoncia Propiamente Dicha:** Se Procedió a extraer primero el segmento distal de la corona con un pinza gubia luego se procedió a fracturar la pieza utilizando el punto de apoyo realizado por la fresa de fisura entre las raíces, seguidamente se realiza el desplazamiento de la raíz distal en el sentido contrario de las agujas del reloj. Posteriormente se introdujo el elevador recto entre la cresta alveolar de la segunda molar y la raíz mesial del tercer molar determinando la avulsión de dicha raíz.
- **Tratamiento de la Cavidad:** Lavado con suero fisiológico y curetaje eliminando residuos.
- **Sutura:** Luego de revisar los contornos del alveolo se realizó, la sutura con hilo 3 ceros. Con aguja circunferencial, por lo que se reposicionó el colgajo a su estado inicial, posteriormente de distal hacia mesial colocando 2 puntos simples.

Se realizó compresión oclusal a nivel de la intervención con apósitos de gasa por el periodo de 30 minutos.

8.3. POST QUIRÚRGICO

La intervención duró 40 minutos y culminó a las 10:10 am. Después de la intervención procedí a la asepsia intraoral con abundante suero fisiológico y prescribí lo siguiente:

- Medicación: - AMOXICILINA DE 500 mg 21 tb
- Naproxeno sódico de 550 mg 6tb
- Clorexidina al 0,12%
- Indicaciones: - Tomar una tableta de Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas durante 7 días

Después de los alimentos.

- - Tomar una tableta de Naproxeno sódico de 550 mg cada 12 horas durante 3 días después de los alimentos.
- - Hacerse enjuagues con 15 ml de clorexidina al 0.12% después de los alimentos.
- Recomendaciones: - Reposo relativo.

- Evitar hacer esfuerzo físico.

- No escupir.

- Evitar consumir ajíes y condimentos.

- No comer carne de cerdo ni pescado.

- No se exponga al sol por mucho tiempo.

- Consumir dieta blanda.

- Colóquese hielo en la parte inflamada de manera intermitente

no más de 1 minuto en la mañana, tarde y noche.



9. CONTROLES

1º CONTROL

FECHA:

SIGNOS Y SINTOMAS: Ligera inflamación del angulo de la mandibula del lado derecho, ligera inflamación de la encía a nivel del tercer molar, apertura bucal disminuida, ligero dolor a la alimentación más no al habla, buena adherencia del colgajo.

Indicaciones: Se recomienda reposo relativo, dieta blanda, aplicación de hielo en la zona Inflamada, continuar con su medicación puntualmente después de los alimentos, uso de Colutorio.

2º CONTROL

FECHA:

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Apertura bucal restablecida, ligera tumefacción a nivel amigdalino, la herida evoluciona favorablemente, adecuada confrontación de tejidos, no presenta sangrado, los puntos realizados están firmes y se procedió a retirarlos, ligera inflamación en la zona de la herida. Paciente manifiesta que la zona que sufría de insensibilidad.

3º CONTROL

FECHA:

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Proceso de cicatrización favorable, no presenta ningún tipo de molestias ni dolor. Se da de alta a la paciente con mayor sensibilidad en la zona de la parestesia inicial.



10. EPICRISIS

Paciente acude a la consulta dental el 29/09/2017, de 18 años de edad, género masculino con aparente buen estado de salud, colaboradora y sociable, llega a la consulta por presenta dolor al cepillarse en el área del tercer molar inferior derecho, refiere no presentar alergia a ningún medicamento o una enfermedad de riesgo que pueda complicar la intervención quirúrgica. Refiere vacunas contra: varicela, y sarampión por información de su madre. Tiene una regular higiene bucal, recibió tratamiento en odontología como cirugía, y actualmente de prótesis dental, Presenta un índice de masa corporal normal.

Oclusión y alineamiento general alterado, ausencia de pieza dental 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, Se realizó exámenes de laboratorio y complementarios, por lo que se llega a la conclusión que la paciente está apto para realizarse la intervención quirúrgica. La pieza 4.8 vertical según Winter, clase II posición B según Pel y Gregory El acto quirúrgico se inició realizando la asepsia intraoral y antisepsia extra oral, se procedió con la anestesia local bloqueando el nervio dentario inferior y bucal, posteriormente con la incisión lineal, se decoló, luego una vez que se observa la pieza dental se procede a la osteotomía con una fresa redonda larga de carburo de tungsteno y la odontosección una fresa de fisura del mismo tipo, dividido el diente se procedió a la luxación de la pieza y a su extracción por segmentos, primero la porción mesio-ocluso vestibular y mesio-ocluso lingual de la corona que hacia la traba mecánica. Se cureteó y eliminando los residuos se procedió a la reposición del colgajo y sutura. En el postoperatorio se le recetó AMOXICILINA DE 500 mg 21tb Naproxeno sódico de 550 mg 6tb Clorexidina al 0,12%, recomendaciones correspondientes.



En los controles se aprecia una óptima mejoría en su primer control, con ligero hinchazón sin malestar. En el segundo control se procedió al retiro de puntos y se apreció una gran mejoría del estado del paciente y de la herida quien manifestó tener sensibilidad en la zona del labio inferior, que se encontraba con parestesia. En el tercer control se observa un proceso de cicatrización favorable y se procedió a dar de alta a la paciente

7. CONCLUSIONES

1. El conocimiento de los tiempos operatorios y la técnica quirúrgica es un instrumento guía que fortalece el protocolo de atención y brinda una mejor atención odontológica al paciente.
2. El nivel de complejidad del caso y las posibles complicaciones que podrían haberse dado durante las fases del tratamiento de la tercera molar inferior derecha fueron necesarias tener en consideración las bases y los conocimientos previos con el fin de mejorar la atención odontológica del paciente.
3. Los conocimientos de la clasificación para la posición de la tercera molar inferior derecha nos es un instrumento para orientarnos en el correcto procedimiento quirúrgico
4. El correcto conocimiento de los exámenes complementarios como son las radiografías, las pruebas de sangre nos aportan una valiosa información para el análisis del caso clínico.



8. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXODONCIA DE LA TERCERA MOLAR Yo (como paciente), con DNI No., mayor de edad, y con domicilio en

..... DECLARO Que el BACHILLER EN ODONTOLOGIA..... Me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a la extracción de un cordal o muela de juicio por los síntomas y signos que manifiesto Entiendo que el objetivo del procedimiento consiste en conseguir eliminar los problemas y complicaciones que su mantenimiento en la boca pueda ocasionar. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado necesarios, comprendo que es posible que el estado inflamatorio de la pieza que se me va extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia profusa, forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el bachiller en odontología tomará las medidas precisas, y continuará con la extracción. que exigirá bloquearse con la colocación en el alvéolo de una sustancia coagulante o mediante sutura.

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique la extracción de la tercera molar. En Cusco, adede.....

FIRMA PACIENTE

FOTOS DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

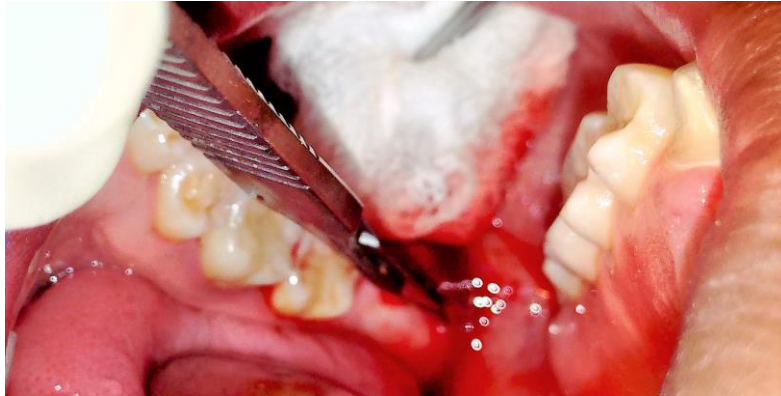
ASEPSIA Y ANTISEPSIA



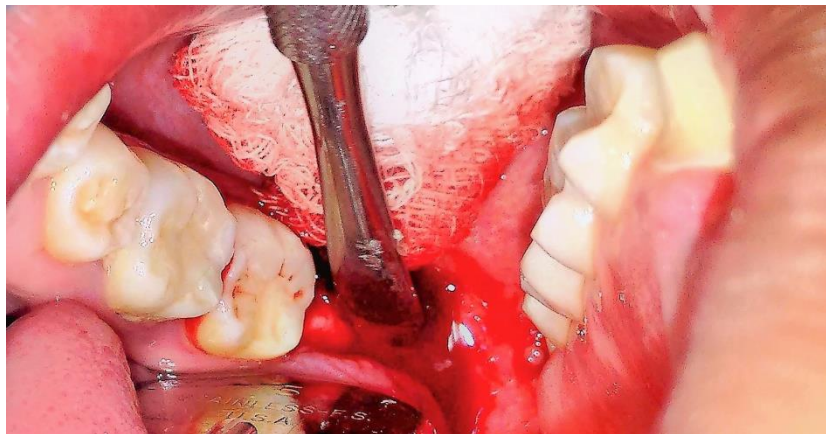
ANESTESIA



INCISION



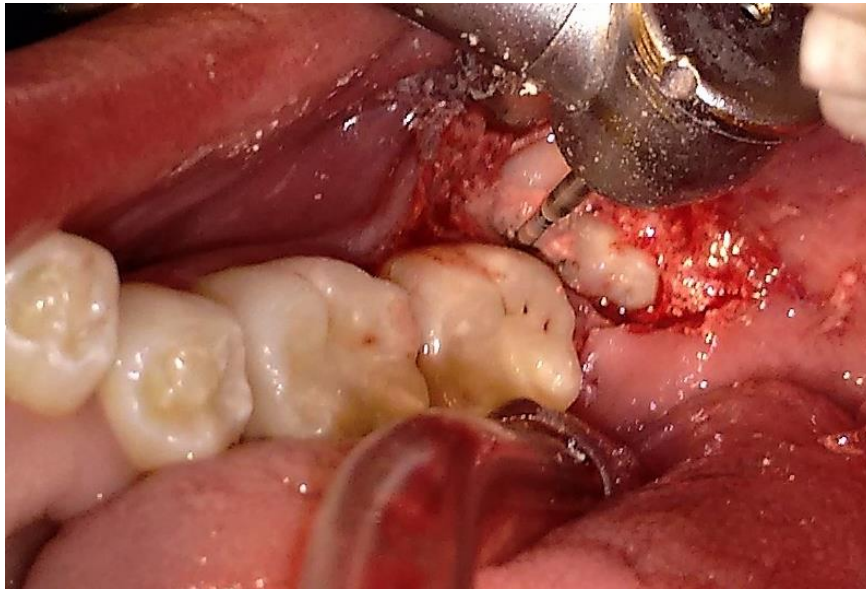
DECOLADO



OSTEOTOMIA



ODONTOSECCION



EXODONCIA PROPIAMENTE DICHA





SUTURA



POST QUIRURGICO

- ▶ AMOXICILINA DE 500 mg 21 tb
- ▶ Naproxeno sódico de 550 mg 6tb
- ▶ Clorexidina al 0,12%

CONTROL POST OPERATORIO



CONTROL POSTOPERATORIO



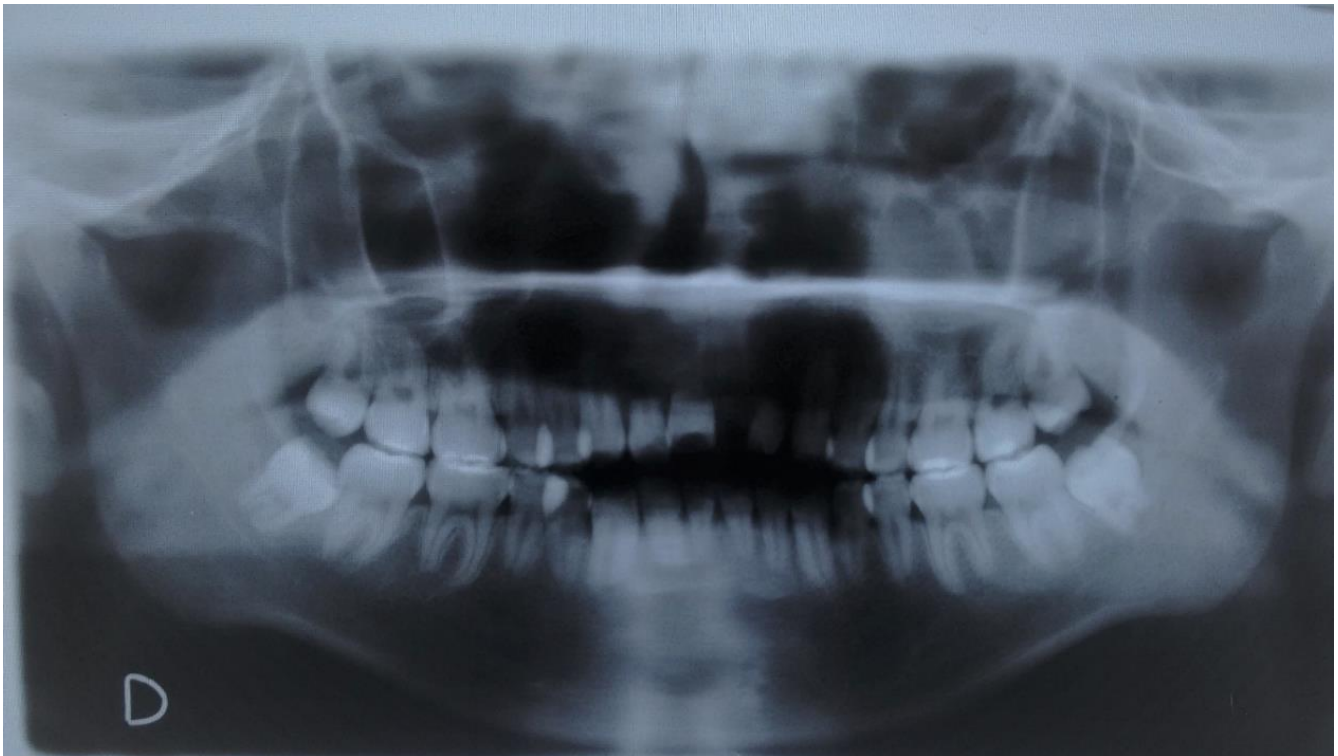
RADIOGRAFIAS PERIAPICALES



OCLUSAL



PANORAMICA



CEFALOMETRICA



ANALISI COMPLETO DE SANGRE



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LABORATORIO BIOLÓGICO

Nombre: Paul Ronal Hualpa Caceres
 Edad : 18 años
 Fecha : 29 de septiembre de 2017 (toma de muestra)

ANALISIS HEMATOLOGICOS

Hemograma de Schilling

Recuento de Leucocitos : 5,700/mm³
 Recuento de Hemates : 7,170,000/mm³
 Hematocrito : 57.0 %
 Hemoglobina : 19.7 g/dl

Fórmula Leucocitaria:

Abastionados : 00 %
 Segmentados : 58 %
 Eosinófilos : 00 %
 Basófilos : 01 %
 Monocitos : 09 %
 Linfocitos : 32 %
 TOTAL : 100 %



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LABORATORIO BIOLÓGICO
 D I R E C T O R I A
 Mg. Miluska Estrella Camero

Prolongación Av. Manco Capac s/n. Qullana Teléfono: +51 (084) 605000 - Areco: 3187 - 3231Aveni
 Lunes a sábado: 8 am - 12 m Lunes a viernes: 3 - 7 pm



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LABORATORIO BIOLÓGICO

Nombre: Paul Ronal Hualpa Caceres
 Edad : 18 años
 Fecha : 29 de septiembre de 2017 (toma de muestra)

ANALISIS HEMATOLOGICOS

Valores de referencia

Tiempo de coagulación: 7 min. 30 seg. (0-10 minutos)
 Tiempo de sangría: 0 min. 30 seg. (1-5 minutos)



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 LABORATORIO BIOLÓGICO
 D I R E C T O R I A
 Mg. Miluska Estrella Camero

Prolongación Av. Manco Capac s/n. Qullana Teléfono: +51 (084) 605000 - Areco: 3187 - 3231Aveni
 Lunes a sábado: 8 am - 12 m Lunes a viernes: 3 - 7 pm