



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAS DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TRABAJO ACADEMICO DE SUSTENTACION DE CASO CLINICO

**CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR INFERIOR IMPACTADA EN
PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DEL
CUSCO.**

Presentado por el Bachiller:

Alvarez Llanque, Shanda Yajaira

Para optar al Título Profesional de:

Cirujano Dentista

CUSCO – PERU

2017



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen Guadalupe por haberme permitido llegar a este punto y por darme salud para lograr terminar mi carrera con éxito, además de tu infinita bondad y amor.

A mi mamá Esperanza Llanque Ortiz y mi papá Ronal Alvarez Romero por haberme apoyado siempre, por sus buenos consejos, sus valores, por la motivación constante que me permitió ser una persona de bien, por darme la oportunidad de obtener una carrera, brindarme todo su apoyo y amor incondicional, a ellos debo mi formación personal y profesional.

Con el más sincero cariño a mi pequeña hermana Fernanda que siempre estuvo con migo en cada paso que daba.

A mi enamorado Styven por todo el aliento, apoyo y amor incondicional que me brindo en toda mi carrera para así poder lograr mis metas, y todas las personas que de una u otra forma me apoyaron para poder culminar favorablemente el trabajo académico.

A los docentes de la Escuela Profesional de Estomatología, por la enseñanza que me brindaron a lo largo de mi carrera.

A mi paciente que formo parte de mi trabajo académico.

Shanda Yajaira



INDICE

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO I

DEDICATORIAII

INDICE III

I: INTRODUCCION 6

II: OBJETIVOS DEL TRABAJO..... 8

2.1 OBJETIVO GENERAL:8

2.2 OBJETIVO ESPECIFICICO:8

III: FUNDAMENTOS TEORICOS: 9

3.1 MARCO TEORICO:9

3.1.1 CIRUGÍA BUCAL: 9

3.1.2 TIPOS DE CIRUGÍA BUCAL: 9

 3.1.2.1 EXODONCIA SIMPLE:.....9

 3.1.2.2 EXODONCIA COMPLEJA:10

 3.1.2.3 EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES:10

3.1.3 ORIGEN DEL DIENTE: 11

3.1.4 FACTORES MECÁNICOS: FALTA DE ESPACIO...... 11

3.1.5 LA EXODONCIA EN TERCEROS MOLARES SINTOMÁTICOS SE REALIZA EN:.....11

3.1.6 CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES: 12

3.1.7 CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR SEGÚN WINTER – PELL Y GREGORY 13

 3.1.7.1 CLASIFICACIÓN DE WINTER:13

 3.1.7.2 CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY:14

3.1.8 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA: 15

 3.1.8.1 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN KOERNER: 16

 3.1.8.2 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA DE PEDERSON: 16

 3.1.8.3 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA PEÑARROCHA: 17

 3.1.8.4 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA GBOTOLORUM: 18

 3.1.8.5 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA PARANT: 19

3.1.9 INSTRUMENTAL BÁSICO EN CIRUGÍA ORAL: 23

3.1.10 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: 24

 3.1.10.1 ANESTESIA:.....24

 3.1.10.2 LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO:24

 3.1.10.3 ELIMINACIÓN ÓSEA U OSTEOTOMÍA:25

 3.1.10.5 EXTRACCIÓN (AVULSIÓN) DEL MOLAR:27

 3.1.10.6 LAVADO Y SUTURA DE LA HERIDA:27



3.2. ANTECEDENTES: 28

 3.2.1 INTERNACIONAL: 28

 3.2.2 NACIONAL: 29

 3.2.3 REGIONAL: 30

3.3 DEFINICION DE TERMINOS:..... 31

IV: JUSTIFICACION 33

4.1 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:..... 33

4.2 RELEVANCIA SOCIAL: 33

BIBLIOGRAFIA: 34

HISTORIA CLINICA 37

1. ANAMNESIS..... 37

 1.1 FILIACION: 37

 1.2 MOTIVO DE CONSULTA:..... 38

 1.3 ANTECEDENTES:..... 38

 1.3.1. Personales: 38

 1.3.2. Antecedentes Familiares: 39

 1.3.3. Médicos:..... 39

 1.3.4. Odontológicos: 40

2. EXAMEN CLINICO: 41

 A. GENERAL: 41

 B. ESPECIFICO:..... 43

 EXTRAORAL: 43

 INTRAORAL: 44

 A. TEJIDOS BLANDOS: 44

 B. TEJIDOS DUROS:..... 46

 ODONTOGRAMA 46

 C. EXAMENES AUXILIARES: 47

 EXAMEN RADIOGRÁFICO: 47

 FOTOGRAFIAS EXTRAORALES: 57

 FOTOGRAFIAS INTRAORALES: 58

3. DIAGNOSTICO: 59

 A. GENERAL: 59

 B. ESPECIFICO:..... 59

4. PRONOSTICO:..... 59

5. PLAN DE TRATAMIENTO: 59

 PASOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO: 59

6. EPICRISIS: 64



CONCLUSIONES	66
ANEXOS:	67
CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	67
EXAMENES COMPLEMENTARIOS:	68
FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	70
PRE QUIRURGICO:	70
INTRA QUIRURGICO:.....	70
CONTROLES.....	77
PRIMER CONTROL: 24 DE OCTUBRE DEL 2017	77
SEGUNDO CONTROL: 30 DE OCTUBRE DEL 2017.....	77
TERCER CONTROL: 07 DE NOVIEMBRE DEL 2017	78

I: INTRODUCCION

A término de la adolescencia, la mandíbula alcanza casi el tamaño adulto; pero sucede que a veces no es lo suficientemente grande para soportar el desarrollo de las terceras molares, cuando esto sucede, quedan incluidas en el hueso y erupcionan donde hay menor resistencia.²

En nuestro entorno, el mestizaje entre los diferentes grupos étnicos ha traído consigo también una variedad de maxilares cuya extensión no es capaz de contener a la totalidad de los dientes permanentes. De acuerdo con la teoría de la reducción terminal, los últimos dientes en erupcionar tienen menores posibilidades de alcanzar una dimensión adecuada en las generaciones futuras.¹ Esto significa que se produce inicialmente una reducción en la dimensión de los maxilares y una disminución progresiva en las dimensiones de los terceros molares superiores e inferiores. El patrón de crecimiento mandibular es genéticamente independiente del desarrollo volumétrico que han de adquirir los dientes, por ello el tercer molar se ve impedido en su proceso y adopta una posición anómala, comprometiendo la disposición del resto de los dientes.²

La retención dentaria define al diente que, llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. La inclusión corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto. Enclavamiento, por el contrario, se refiere a la situación del diente retenido que ha perforado techo óseo, con apertura del saco pericoronario o no y que puede hacer su aparición en la boca o mantenerse submucoso.⁴

Esta es una problemática que se presenta a nivel mundial en la población joven el cual es producto de las terceras molares, las cuales durante el proceso de erupción pueden causar diversidad de complicaciones en la cavidad bucal de los pacientes.²



Las terceras molares retenidas tienen diferentes posiciones; mesioangulada, distoangulada, vertical y horizontal. Algunos autores plantean que la evidencia científica de trabajos realizados indica una mayor incidencia de terceras molares en posición mesioangular, lo cual contribuye a la presencia de lesiones como caries, pérdida de hueso alveolar y de tejido del diente adyacente.

Muchas veces los pacientes no se dan cuenta que presentan terceras molares retenidas, hasta que el dolor aparece debido a una infección o a la presión de un diente adyacente. Con el tiempo, las terceras molares erupcionadas o no, pueden causar complicaciones Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y TumORALES (formación de quistes, tumores).³

En la mayoría de los casos se recomienda que los terceros molares impactados se extraigan. Dependiendo de la posición del molar, será el grado de dificultad del procedimiento. La mayoría de los autores coinciden en que el tercer molar inferior es el diente con mayor frecuencia de retención.



II: OBJETIVOS DEL TRABAJO

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Reducir el tiempo la intervención y los problemas post operatorios mediante un diagnóstico adecuado.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICICO:

- Identificar la posición de la tercera molar según la clasificación de Winter en exodoncias de terceras molares.
- Identificar la posición de la tercera molar según la clasificación de Pell y Gregory en exodoncias de terceros molares.
- Determinar la posición adecuada de las terceras molares impactadas.
- Establecer el tipo de colgajo indicado para la exodoncia de terceras molares.
- Determinar el tipo de incisión adecuada para el éxito para la exodoncia de terceras molares.
- Determinar la técnica indicada para la exodoncia de terceras molares.



III: FUNDAMENTOS TEORICOS:

3.1 MARCO TEORICO:

3.1.1 CIRUGÍA BUCAL:

La definición de Cirugía Bucal formulada por las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas (EE.UU.) es la siguiente: "La Cirugía Bucal es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes".³

La Cirugía Bucal comprende todos los actos quirúrgicos dentro de la cavidad oral, los cuales pueden practicarse bajo anestesia local en pacientes ambulatorios.⁵

La Cirugía bucal, como otro tipo de cirugía, necesita que el operador cuente con los suficientes conocimientos tanto teóricos como prácticos, teniendo en cuenta dos fases fundamentales: El correcto balance preoperatorio y el conocimiento de la anatomía local.⁴

3.1.2 TIPOS DE CIRUGÍA BUCAL:

3.1.2.1 EXODONCIA SIMPLE:

Es el tipo de cirugía en la cual sólo se usa la técnica de fórceps y elevadores, sin dejar de lado la aplicación controlada de la fuerza.²⁰ Se realiza sin dificultad de tipo técnico, farmacológico y médico, sin necesidad de tratamientos o procedimientos adicionales que la extracción del diente de su alvéolo, previa anestesia local.⁶

3.1.2.2 EXODONCIA COMPLEJA:

La exodoncia compleja exige de medios especiales técnicos, médicos, farmacológicos o de cualquier otro tipo, y que en la mayoría de los casos se requiere realizar una exodoncia quirúrgica con el uso de colgajo, osteotomía y/o odontosección.⁶

3.1.2.3 EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES:

El tercer molar inferior es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño y ubicación. Generalmente, es birradicular, pero puede tener tres, cuatro y cinco raíces con una disposición más o menos variable.³

Este tipo de cirugía se ha constituido como una de las intervenciones más realizadas en Odontología, teniendo varias indicaciones desde medidas profilácticas hasta grandes lesiones osteolíticas. Para realizar este tipo de cirugía, muchas veces es necesario el colgajo, el cual ayuda a minimizar muchas complicaciones.⁷

Los factores de riesgos más frecuentes son: la edad del paciente, el género, la experiencia del cirujano, la falta de conocimiento sobre de la anatomía involucrada, el grado de retención dental y la técnica quirúrgica utilizada.⁸

Como cualquier otro procedimiento quirúrgico, la cirugía de terceros molares tiene riesgos que han sido evaluados en varios estudios. Entre estos riesgos se encuentran: La hemorragia, la fractura de la tabla ósea, el daño al diente adyacente, pudiendo cada una representar una alteración temporal o permanente y en ciertas ocasiones, puede comprometer la vida del paciente.⁹

Es imprescindible realizar siempre un estudio radiológico preciso que muestre todo el tercer molar y las estructuras que lo rodean. Con una

correcta interpretación radiográfica se pueden predecir los factores locales que influyen en la mayor o menor dificultad de la extracción.³

3.1.3 ORIGEN DEL DIENTE:

Las razones embriológicas se refieren al tercer molar. El mamelón de este diente se origina, junto con los de los otros dos molares, en un cordón epitelial común al final de la lámina dentaria; sin embargo, tiene la característica especial de que el mamelón del tercero se desprende del segundo como si fuera un diente de reemplazo de éste. Ello explicaría su difícil ubicación y la relación que tiene con el segundo molar que va a erupcionar antes.¹⁷

3.1.4 FACTORES MECÁNICOS: FALTA DE ESPACIO.

El tercer molar inferior esta dificultado en su erupción y ubicación definitiva en la arcada por los siguientes hechos:

- Situación en un espacio muy limitado
- Origen en la zona fértil del ángulo mandibular, en el extremo distal de la lámina dentaria.
- Relaciones anatómicas con elementos inextensibles: segundo molar, corticales óseas y rama de la mandíbula.
- Existencia de cierta desarmonía dentoósea cuando existen maxilares y mandíbula pequeños y dientes grandes.¹⁷

3.1.4 LA EXODONCIA EN TERCEROS MOLARES SINTOMÁTICOS SE REALIZA EN:

- Aparición de accidentes infecciosos reiterados (mucosos, celulares o ganglionares)
- Caries profundas en el propio diente o en distal del segundo molar
– Lesión periodontal acusada entre segundo y tercer molar



- Presencia de quistes pericoronarios, dentígeros, queratoquistes o ameloblastomas
- Ante procesos neurológicos o febriles de origen desconocido que no obedecen a otro tipo de tratamiento.¹⁷

3.1.6 CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES:

Es común observar terminología como inclusión, impactación o retención, los cuales se usan sin un criterio claro. No son sinónimos, sino patologías diferentes. Así, se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente por alguna barrera física o por una posición anormal del diente.¹⁰

Si no se puede identificar una barrera física o posición anormal como motivo de la interrupción en la erupción, hablamos de una retención primaria.¹⁰

La detención de la erupción de un diente después de su aparición en la cavidad sin necesidad de una barrera física en el trayecto eruptivo, ni posiciones anormales se denomina retención secundaria.

La inclusión es un proceso que se presenta cuando el diente queda sumergido en el hueso, y se puede distinguir entre inclusión ectópica, cuando el diente está en una posición anómala pero cercana a su lugar habitual e inclusión heterotópica, cuando el diente se encuentra en una posición anómala más alejada de su localización habitual.¹⁰

Las terceras molares impactadas son un problema importante de la patología odontológica, por su frecuencia, variedad y por las complicaciones que frecuentemente desencadenan. La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus, quien habló de "dens sensus et sapientia et intellectus" en clara referencia a la edad que suele erupcionar. La edad media de erupción de

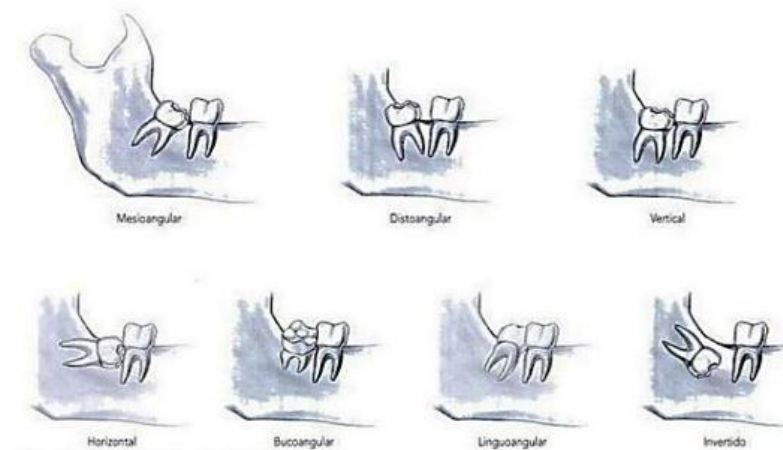
las terceras molares en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años.¹⁰

El diente “no erupcionado” es aquel que aún no ha perforado la mucosa oral, y por tanto, no ha llegado a su posición normal en el arco dentario. Incluye los dientes impactados y los dientes en proceso de erupción. El diente “impactado” es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en la cavidad bucal en el tiempo esperado, bloqueado por un obstáculo mecánico (hueso, dientes, tejidos blandos). El diente “incluido” es aquel que se encuentra retenido en el maxilar, rodeado de lecho óseo.¹⁰

3.1.7 CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR SEGÚN WINTER – PELL Y GREGORY

3.1.7.1 CLASIFICACIÓN DE WINTER:

Clasificación que se dio en el año de 1926, considera la posición del tercer molar con relación al eje axial del segundo molar. Por lo tanto puede ser: Mesioangular, distoangular, vertical, horizontal, bucoangular, linguoangular, invertido.³



Clasificación de Winter. Fuente: Palacios M. (2014).²²



3.1.7.2 CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY:

Esta clasificación dada en 1933, determina el grado de impacto de los terceros molares, el diámetro mesiodistal del diente retenido, en relación a la distancia del segundo molar y la parte anterior de la rama de la mandíbula; y la profundidad en relación al plano oclusal del segundo molar.^{11, 12,13}

A. RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON LA RAMA ASCENDENTE MANDIBULAR.

Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar inferior y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.³

Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.³

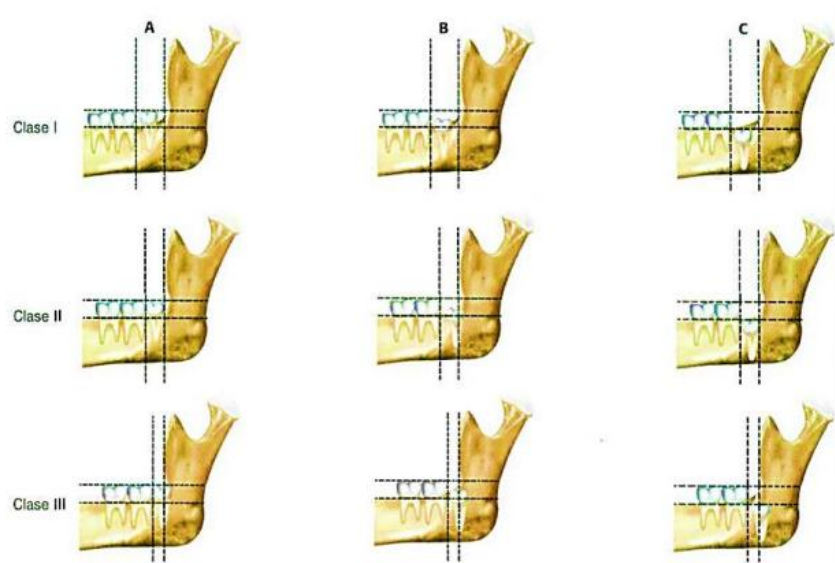
Clase III: El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.³

B. PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO MANDIBULAR.

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.^{3, 11,12}

Posición B: La cara oclusal del tercer molar está por debajo del plano oclusal del segundo molar, pero arriba de la línea cervical del segundo molar.^{3, 11,12}

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.^{3, 11, 12}



Clasificación de Pell y Gregory Fuente: Tirado J. (2015).¹⁸

3.1.8 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA:

Índice que orienta sobre la dificultad de la extracción de la tercera molar y necesita guiarse de las radiografías panorámicas y periapicales, basándose también en la posición y profundidad que presenta.^{3,13} Así, se han enumerado diversos índices para determinar el grado de dificultad de las terceras molares.

3.1.8.1 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA SEGÚN KOERNER:

Tomando las clasificaciones de Pell y Gregory junto con la de Winter, Koerner et al.³ (1994), establecieron un índice de dificultad en el que se calcula sumando las cifras de cada caso concreto: Dificultad mínima (3 – 4), dificultad moderada (5 – 6), dificultad muy difícil (7- 10)³

Clasificación	Valor
Relación espacial (angulación entre el eje longitudinal del cordal y el del segundo molar)	
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 o la tuberosidad del maxilar superior)	
Clase I	1
Clase II	2
Clase III	3

Índice de dificultad según Koerner Fuente: Gay-Escoda C.³

3.1.8.2 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA DE PEDERSON:

Pederson en 1988, asoció las clasificaciones de Winter - Pell y Gregory y le otorgó un valor numérico a cada uno de los criterios radiográficos que las conforman, con el fin de conseguir una suma que, según sea el valor obtenido, otorgue una significancia de riesgo quirúrgico.⁵

Este índice ha demostrado que tiene baja sensibilidad porque no detecta una gran proporción de casos difíciles y, por tanto, carece de valor para predecir la dificultad de los terceros molares inferiores incluidos.¹⁴

ÍNDICE DE PEDERSON

<u>CRITERIO</u>	<u>VALOR</u>	<u>CRITERIO</u>	<u>VALOR</u>
<u>Posición del tercer molar</u>		<u>Relación con la rama mandibular</u>	
Mesioangular	1	Clase I	1
Horizontal	2	Clase II	2
Vertical	3	Clase III	3
Distoangular	4		
		<u>Puntuación total de dificultad:</u>	
<u>Profundidad en relación al 2° molar</u>		<i>Fácil 3-4</i>	
Clase A	1	<i>Dificultad moderada 5-6</i>	
Clase B	2	<i>Difícil 7-10</i>	
Clase C	3		

Índice de dificultad según Pederson Fuente: Rojas M.(2015).¹⁵

3.1.8.3 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA PEÑARROCHA:

Este índice considera otras variables como el tamaño del folículo dentario, el grado de recubrimiento óseo o la distancia Winter, determinando con todas ellas una puntuación equivalente a un índice de dificultad quirúrgica

(muy difícil, difícil o moderadamente difícil y poco difícil).

Grado de inclinación	Puntuación	Radiotransparencia pericoronar	Puntuación
Vertical	0	Mayor de 3mm	0
Mesial	1	1 - 3 mm	1
Otras	2	No existe	2
Profundidad		Presencia del espacio periodontal	
Ligera	0	Mayor de 1mm	0
Moderada	1	1mm	1
Profunda	2	No existe	2
Relación con la rama ascendente		Área coronal	
Clase I	0	Menor de 90mm ²	0
Clase II	1	90 - 110 mm ²	1
Clase III	2	Mayor de 110 mm ²	2
Distancia de Winter		Longitud de la raíz	
Menos de 5mm	0	Hasta 10 mm	0
De 6 - 10 mm	1	11 - 15 mm	1
Más de 10 mm	2	Mayor de 15 mm	2
Inclinación del 2º molar		Tipo de raíz	
Centrado	0	Germen, única o varias fusionadas	0
Mesial	1	Dos o más paralelas o convergentes	1
Distal	2	Dos o más divergentes o anómalas	2
		Índice de dificultad	Puntuación
		Escasa dificultad	0 - 5
		Dificultad media	6 - 10
		Gran dificultad	Mayor de 10

Índice de dificultad según Peñarrocha Fuente: Vásquez M.(2009).

3.1.8.4 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA GBOTOLORUM:

Gbotolorum en el 2007 publicó un estudio en el cual, en Nigeria, realizó 90 exodoncias a pacientes del servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital docente de la Universidad de Lagos.¹⁵⁻¹⁶ Logró identificar cuatro variables que predicen el grado de dificultad de las exodoncias de terceras molares inferiores: La edad, el índice de masa corporal, la profundidad del punto de elevación y la curvatura de las raíces, y se les asignó un valor para clasificar el grado de dificultad en fácil, moderadamente difícil y severamente difícil.¹⁵⁻¹⁶

El índice considera los siguientes parámetros:

a. Edad: El índice considera 3 rangos, menos de 24 años, de 25 a 34 años y mayores de 34 años.¹⁵

b. IMC: El índice de masa corporal se determina con la fórmula de peso/talla, se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar el estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. El valor estándar es de 24, a menor cantidad de índice de masa corporal, se sugiere menor complejidad para la extracción de la pieza dentaria.¹⁵

c. Profundidad del punto de elevación: Indica cuánto está la tercera molar inferior sumergida en el hueso alveolar mandibular. La profundidad indica que la pieza se encuentra más hacia el sentido apical, en relación con la segunda molar. Si la pieza está mesializada, se toma la línea perpendicular al eje longitudinal de la segunda molar desde la línea amelodentinaria. Si está distalizada o vertical, se considera la línea perpendicular al eje longitudinal de la segunda molar partiendo desde la furcación radicular.¹⁵

d. Morfología radicular: Se considera que la pieza dentaria puede tener la raíz completa e incompleta. Al estar completa puede presentar una raíz recta o favorable y raíz curvada o desfavorable, debido a que podría ocasionar mayores dificultades para extraer la pieza.¹⁵

VARIABLE	VALOR	RANGO
Edad	1	<24
	2	25 – 34
	3	>34
IMC	1	<24
	2	25 – 30
	3	>30
Profundidad del punto de elevación	1	0 – 3 mm
	2	4 – 6 mm
	3	> 6 mm
Morfología radicular	1	Incompleta
	2	Raíz recta: favorable
	3	Raíz curvada: desfavorable
TOTAL	12	
Valoración	4 – 6	Leve
	7 – 9	Moderada
	10 -12	Difícil

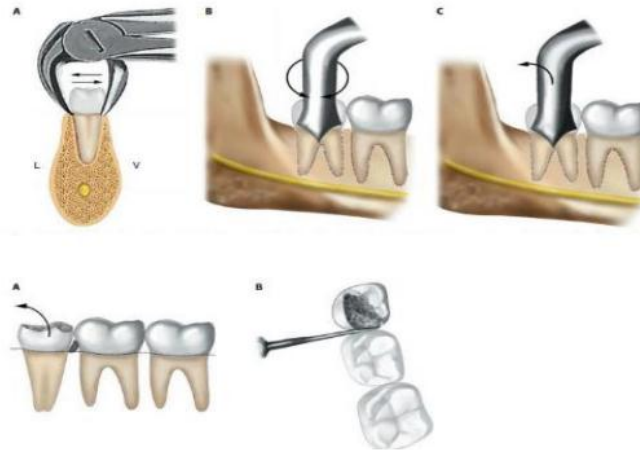
Índice de dificultad quirúrgica según Gbotolorum. Fuente: Rojas M. ¹⁵

3.1.8.5 ÍNDICE DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA PARANT:

Es relativamente arbitraria, ya que no se puede pretender que todos los posibles casos se resuman en estos 6 grupos o clases.³

a. Clase I. Extracciones con fórceps y botadores:

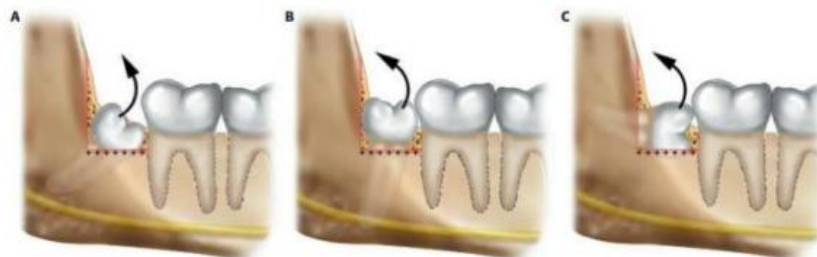
Se tratará de terceros molares erupcionados, con la corona íntegra o destruida parcialmente pero que pueden extraerse con fórceps. La raíz es única o son varias fusionadas, y tiene forma cónica.³



Extracciones con fórceps y botadores Fuente: Gay-Escoda C.³

b. Clase II. Extracciones con ostectomía:

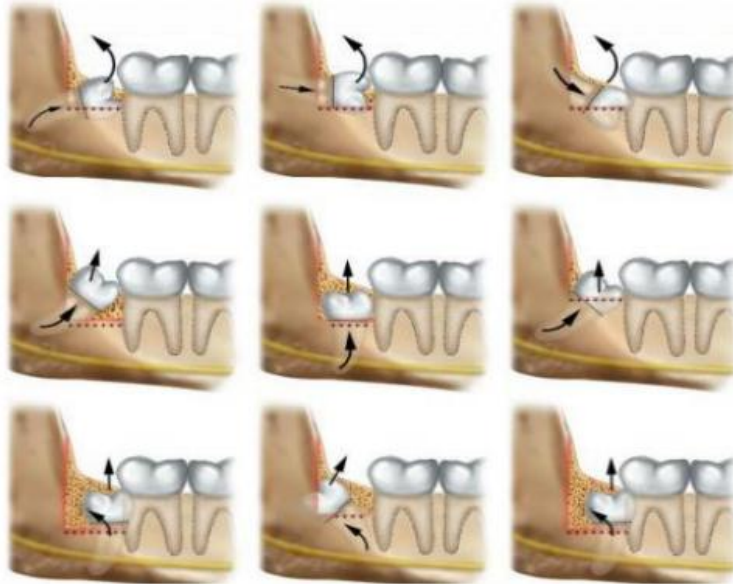
En este grupo se incluyen los cordales en inclusión ósea parcial, con raíces no retentivas o fusionadas, y que podrán ser extraídos con la realización de una ostectomía más o menos amplia en las zonas mesial vestibular y distal. El botador se aplica en la zona mesial, con lo que se avulsiona fácilmente el tercer molar. Sólo debemos asegurarnos que el volumen y la forma de las raíces permitirán la rotación y la elevación del diente.³



Clase II: Extracciones con ostectomía Fuente: Gay-Escoda C.³

c. Clase III. Extracciones con ostectomía y odontosección en el cuello dentario:

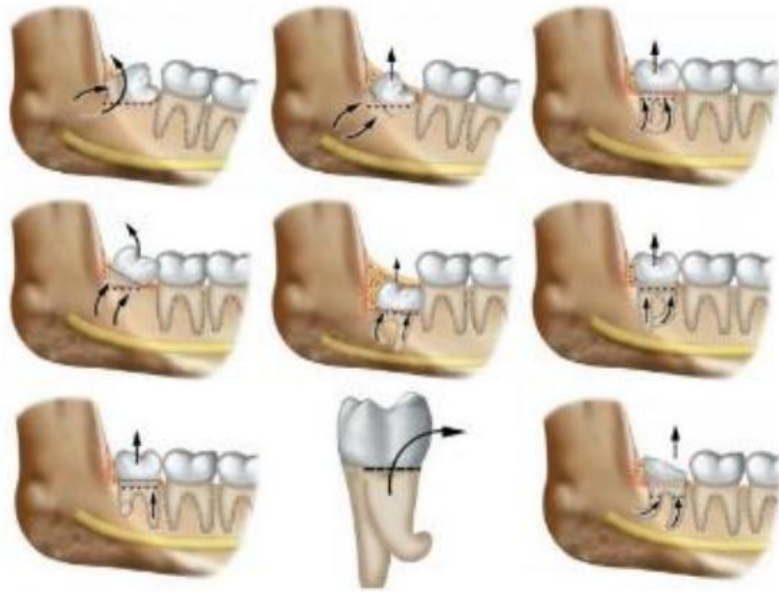
Se tratará de cordales en inclusión total o parcial, en distintas posiciones, pero siempre con las raíces fusionadas o separadas con la misma vía de salida.³



*Extracciones con ostectomía y odontosección en el cuello dentario
Fuente: Gay-Escoda C.³*

d. Clase IV. Extracciones con ostectomía y odontosección de las raíces:

En este grupo se incluyen los terceros molares ya comentados en la Clase III, pero que presentan varias raíces con vías de salida distintas. Por ello primero se efectuará una odontosección a la altura del cuello dentario que separará la corona de las raíces y posteriormente se separarán las raíces.³



Extracciones con osteotomía y odontosección de las raíces Fuente: Gay-Escoda C.³

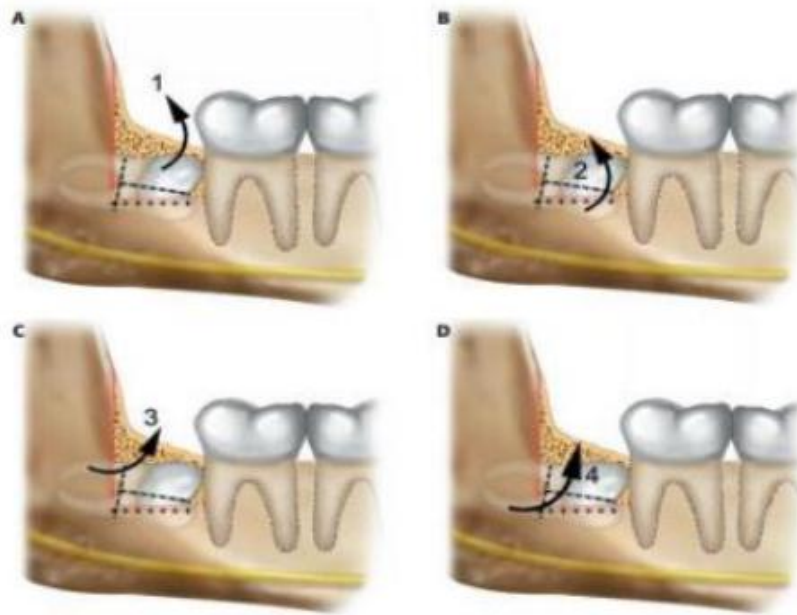
e. Clase V. Extracciones complejas:

Se trata de extracciones de terceros molares susceptibles de presentar una gran dificultad. Dentro de este apartado pueden presentarse distintos casos:

Terceros molares en situación baja y muy pegada o superpuesta al segundo molar con ausencia del primer molar.³

Cordales con raíces múltiples, en posición vertical, más o menos profundos pero con las raíces rectas, finas, paralelas y aplanadas en sentido mesiodistal (son muy retentivas).

Cordales con una relación muy íntima con el nervio dentario inferior. Cordales con raíces anquilosadas o fusionadas con el hueso maxilar.³



Extracciones complejas Fuente: Gay-Escoda C. ³

f. Clase VI. Extracciones con técnicas especiales:

Algunos terceros molares pueden estar en posiciones diferentes y precisarán técnicas especiales, a menudo con vías de abordaje extrabucal o cutáneo.³

3.1.9 INSTRUMENTAL BÁSICO EN CIRUGÍA ORAL:

- Jeringa, aguja y carpules de anestesia
- Jeringa y recipiente para irrigación y suero fisiológico
- Cánula de aspiración
- Separadores de Minnesota, Farabeuf y Langenbeck
- Bisturí - Periostótomo, legra y curetas
- Fresas
- Elevadores rectos, elevadores de Potts y forceps
- Pinzas con dientes y sin dientes
- Mosquito y pinzas de Kocher.³

3.1.10 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

3.1.10.1 ANESTESIA:

Anestesia troncular:

- Nervio dentario inferior y nervio lingual. A nivel de la espina de Spix
- Nervio bucal largo. En el fondo de vestíbulo lateral al segundo/tercer molar inferior.

Anestesia infiltrativa:

- Vestibular
- Lingual

3.1.10.2 LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO:

El colgajo mucoperióstico debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y visibilidad del campo quirúrgico, sin que su retracción forzada puede originar desgarro mucoso, puede tratarse de un colgajo envolvente o de un colgajo triangular con incisión de descarga hacia fondo de vestíbulo, en este último caso, la incisión de descarga debe ser oblicua, de forma que la base del colgajo sea amplia y no comprometa la vascularización de éste.

La incisión a lo largo de todo su trazado debe hacerse con el bisturí, incidiendo hasta hueso para conseguir un colgajo mucoperióstico de este espesor completo. La prolongación anterior de la incisión garantiza por una parte acceso adecuado y, además, que el cierre sea sobre todo hueso sólido y no sobre el defecto óseo para evitar dehiscencias de la herida. Tercer molar inferior. Se traza una incisión oblicua posteroanterior desde la cresta anterior de la rama ascendente mandibular hasta la cara distal del segundo molar en general puede hacerse la descarga vestibular o este nivel, en forma de incisión oblicua. En casos de gran proximidad entre el segundo y tercer molar, la descarga debe practicarse por mesial del segundo molar. Si se prefiere un colgajo envolvente, entonces se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial del

primer molar. Esta prolongación anterior de la incisión puede ser menor en función de la dificultad de la exodoncia y del hueso que será preciso eliminar.²⁰

3.1.10.3 ELIMINACIÓN ÓSEA U OSTECTOMÍA:

La cantidad de hueso que se eliminara dependerá de la profundidad de la impactación, la angulación de la pieza y la disposición de las raíces. Deberá eliminarse el hueso de las superficies oclusal, bucal y distal hasta exponer la línea cervical. Es fundamental la eliminación del hueso vecino a la cara mesial del tercer molar para facilitar la introducción del instrumental y del hueso del trigonoretromolar para facilitar las vías de salida.²⁰

La secuencia de ostectomía en la exodoncia quirúrgica de un tercer molar inferior será la siguiente:

- Eliminación ósea en la superficie oclusal para exponer la corona
- Fresado de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical
- Fresado de un surco por distal del diente para permitir su posterior luxación
- Ligero fresado por mesial para proporcionar un punto de apoyo al elevador para dicha luxación.²⁰

3.1.10.4 ODONTOSECCIÓN:

La dirección de sección del diente dependerá de la angulación de la pieza impactada como factor principal. En ningún caso durante la sección dental con la fresa, debe llevarse hasta la superficie lingual del diente. Se hará una sección incompleta y se finalizara la odontosección insertando un elevador en la fisura y haciéndolo rotar hasta dividir el diente, evitando así la lesión del nervio lingual.²⁰

**Mesioangular:**

Generalmente es el molar menos difícil de exodoncia. Después de hacer la ostectomía se secciona la corona haciendo un corte longitudinal en sentido coronoapical, que comienza en un punto intermedio de la superficie oclusal y se dirige hasta la furca (en dientes con raíces divididas) o hasta el punto más apical posible (si las raíces están fusionadas). Se extrae primero el segmento distal y luego el resto del molar, insertando un elevador por mesial y luxando el diente hacia distal.

Horizontal:

La siguiente extracción en dificultad. Se separa la corona de las raíces haciendo una sección a nivel de la línea cervical. Se extrae primero la corona y luego las raíces. En los casos de raíces divergentes se seccionan y se extraen por separado.

Vertical:

A pesar de su aspecto inocente son dientes de difícil extracción. El molar se secciona en dos segmentos, mesial y distal, que se extrae por separado. En el caso de raíces fusionadas se secciona el segmento distal de la corona, que se extrae y luego se luxa el resto hacia distal, de modo similar a las impactaciones mesioangulares

Distoangular:

Es la impactación técnicamente más difícil de resolver. Tras una ostectomía amplia por distal se practica una muesca en la superficie vestibular, en una posición apical al ecuador del diente. Se inserta un elevador en la ranura y se aplica un movimiento hacia distal. Si esta maniobra no permite la extracción, entonces la corona se separa de las raíces mediante una sección en la línea cervical y se extrae. Si las raíces están fusionadas se podrán elevar hacia el espacio previamente ocupado por la corona y retirar. Si son divergentes se seccionan y se extraen por separado.²⁰

**3.1.10.5 EXTRACCIÓN (AVULSIÓN) DEL MOLAR:**

Una vez hecha la ostectomía y odontosección se retiran los distintos segmentos del diente mediante el uso de elevadores. Los movimientos de luxación para expansionar las corticales bucal y lingual son mínimos. No debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales o incluso la mandíbula.

3.1.10.6 LAVADO Y SUTURA DE LA HERIDA:

Debe limpiarse el alvéolo de todo resto de folículo dental y especulas óseas con un cuidadoso curetaje deberá irrigarse con suero fisiológico, tanto el alveolo, como debajo del colgajo mucoperióstico. Se regularan los bordes óseos mediante fresado manual o con motor.

Se procede a la sutura para obtener un cierre primario de la herida. El primer punto se aplica inmediatamente por detrás del segundo molar y los siguientes se colocan por detrás de este. Por delante se sitúan a través de la papila por mesial al segundo molar y en la incisión de descarga. Suele usarse sutura de 3/0 ó 4/0 no reabsorbibles como la seda o bien reabsorbibles como el Dexon o el Vicryl rápido, ya que el Catgut ha quedado en desuso.²⁰



3.2. ANTECEDENTES:

3.2.1 INTERNACIONAL:

POLET LÓPEZ VÉLEZ M. (ECUADOR- 2016), en su trabajo de graduación “Protocolo quirúrgico para manejo de pacientes con terceros molares clasificación A-1 de Winter”, estudio realizado en Guayaquil determinando que el tercer molar es un factor que causa muchas molestias en la cavidad bucal en el momento de su erupción debido a la falta de espacio dentro del arco dentario, así como a la posición donde se aloja. En este trabajo investigativo se presenta el caso de un paciente de 37 años de edad atendido en la Facultad piloto de Odontología a quien se le realiza un acto quirúrgico de extracción de la pieza # 18 (Tercer molar superior) ya que la presión progresiva de las muelas del juicio sobre la muela precedente puede llegar a desplazar los dientes, produciendo apiñamiento y dolencias. Tuvo como objetivo determinar el protocolo quirúrgico para manejo de pacientes con terceros molares clasificación A-1 de Winter. Para lo cual se procedió a llenar la historia clínica, tomar las radiografías pertinentes, para ser estudiadas y decidir la técnica a utilizar, la cual se escogió la técnica quirúrgica simple. De esta forma se alcanzó los objetivos propuestos. Y se concluye en que los terceros molares podrían presentar afectaciones en el tejido pericoronario, o en relación a toda la parte periodontal. ¹⁹

ORMEÑO MOREIRA LEONOR E. (ECUADOR - 2015), en su trabajo de investigación “Extracción de tercer molar mandibular clase I posición A con raíz dilacerada mediante la técnica de odontosección” determino que la extracción quirúrgica de terceros molares es una práctica que en la actualidad se realiza con mayor frecuencia debido a sus complicaciones, por lo que en el momento de realizar este procedimiento es necesario saber cuál es la técnica quirúrgica adecuada que vamos a utilizar en la cirugía. La osteotomía y odontosección consisten en técnicas que



emplearemos para que el procedimiento sea en el menor tiempo y con el menor traumatismo posible; por lo cual utilizamos estas dos técnicas en este caso clínico en específico debido a la dificultad que su raíz distal dilacerada presentaba. En este trabajo tenemos como objetivo establecer si la técnica de odontosección es la más indicada para realizar la extracción de esta pieza debido a la dilaceración que presenta; utilizando métodos de tipo práctico, descriptivo y bibliográfico, el resultado fue una cicatrización en el menor tiempo y con el menor trauma posible. La conclusión a la que se llegó fue que debemos realizar un estudio previo del caso clínico para realizar una técnica quirúrgica correcta sin complicaciones.²⁰

3.2.2 NACIONAL:

TIRADO, J. (LIMA - 2015), En su trabajo de investigación titulado “Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la Clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP”, se analizó radiografías de pacientes de ambos sexos entre los 18 y 40 años de edad atendidos durante el periodo de enero a junio del 2011 y se correlacionó con la clasificación de Pell y Gregory. Obtuvo como resultado que, la Clase II y posición B fueron las predominantes en cirugía de terceras molares inferiores en el rango de 18 a 29 años. El autor concluyó que la evaluación por imágenes debe ser un paso completo y riguroso previo a la exodoncia de toda pieza dental y que el conocimiento de la posición más frecuente de las terceras molares, nos ayuda en la exodoncia y a estar preparados ante una posible complicación.²¹



PALACIOS M Y COL {LIMA- 2014). Estudio titulado "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 durante el periodo febrero 2011 - diciembre 2012", en el cual se seleccionaron 582 radiografías panorámicas de las historias clínicas. Obtuvo como resultado las posiciones más prevalentes según la clasificación de Winter fueron vertical (42,3%) con mayor predilección en el género femenino y mesioangulada (31,4%), ambas posiciones para ambos lados entre los 18 y 35 años. Según la clasificación de Pell y Gregory, la posición más prevalente fue la IA (39%), predominando en el género masculino, también ambos lados, entre los 18 y 35 años.²²

3.2.3 REGIONAL:

CCAHUANTICO MENDOZA JULIO C.(CUSCO - 2014). Estudio titulado "Espacio Disponible Y Posición del Tercer Molar Inferior para su erupción según la clasificación de Pell y Gregory en estudiantes de 18 a 22 años de la C.P. DE Odontología UNSAAC-Cusco2014" Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Llegando a la siguiente conclusión; la clase 1 (21.5%) y 11 (21.5%) son las más prevalentes en el sexo femenino, mientras que la clase 11 (26%), en el sexo masculino. Hay un predominio de la posición A (26%) en el sexo femenino y de la posición B (24%) en el sexo masculino.²³



3.3 DEFINICION DE TERMINOS:

CIRUGÍA BUCAL: Especialidad dental cuya actividad se efectúa dentro de la boca y tiene por finalidad el tratamiento de la patología quirúrgica de la cavidad bucal.³

CIRUGÍA DE TERCERAS MOLARES: Es un tipo de exodoncia compleja que se ha convertido en un procedimiento frecuente de las que se realizan en la cavidad bucal, e incluye tres etapas: la fase preoperatoria, el acto quirúrgico y la fase postoperatoria.³

CLASIFICACIÓN DE WINTER: Clasificación que valora la posición del tercer molar en relación al eje longitudinal del segundo molar.³

CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY: Clasificación basada 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.³

ÍNDICE DE KOERNER: Índice que orienta sobre la dificultad de la extracción de la tercera molar en función de la clasificación de Winter – Pell y Gregory, clasificándolas en mínima, moderada y muy difícil. ¹³

POSICIÓN MESIOANGULAR: El eje del tercer molar se dirige hacia el segundo molar, formado con este diente un ángulo variable, alrededor de 45°. ¹²

POSICIÓN DISTOANGULAR: El eje del tercer molar se dirige hacia la rama mandibular. ¹²

POSICIÓN VERTICAL: El eje del tercer molar es paralelo al de los otros molares.¹²

POSICIÓN HORIZONTAL: El eje del tercer molar es perpendicular al del resto de los molares.¹²

POSICIÓN VESTIBULOANGULAR: La corona del molar se dirige hacia bucal y su eje de orientación es perpendicular al resto de los molares. ¹²



POSICIÓN LINGUOANGULAR: La corona se dirige hacia lingual y su eje es perpendicular al plano de orientación del resto de los molares. ¹²

POSICIÓN INVERTIDA: El tercer molar presenta al revés las posiciones de raíz y corona. ¹²

RETENCIÓN DENTARIA: Define al diente que, llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar. ¹²



IV: JUSTIFICACION

4.1 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

El presente estudio es importante debido a que buscamos mostrar que se puede reducir el tiempo operatorio y las molestias post quirúrgicas con un buen plan de tratamiento y exámenes auxiliares adecuados y principalmente deben ser diagnosticadas a tiempo, la extracción de las terceras molares es hoy uno de los actos quirúrgicos más frecuentes.

4.2 RELEVANCIA SOCIAL:

Tiene relevancia de carácter social porque afecta a la mayoría de la población y cuanto más antes sean diagnosticadas mejores resultados post quirúrgicos obtendremos realizando un plan de tratamiento adecuado para cada caso.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. Ríes Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal con patología Clínica y Terapéutica. 10 Edición. Buenos Aires Editorial el ateneo, 2011
2. Navarro Vila C. Cirugía Oral, Ed, Aran 2004
3. Gay Escoda, Cosme. Cirugía Bucal. Primera edición. Editorial Oceano. Barcelona 2004
4. Chiapasco M. Cirugia Oral. Ed. Masson; 2004
5. Hermann F, Gion F. Atlas de Ciugía Oral. Barcelona: Masson; 1997
6. Assayag D. Complicaciones en cirugía oral menor en pacientes bajo medicación anticoagulante [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2008.
7. Laissle Casas del Valle G., Aparicio Molaes P., Uribe Fenner F., Alcocer Carvajal D. Comparación del postoperatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2009 Jun [citado 2016 May 06]; 31(3): 185-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582009003300007&lng=es
8. Cárdenas D, Londoño J. Urgencias Odontológicas. 1a ed. Medellín: Fondo Editorial; 2011.
9. Rodríguez G, Martínez E, Duque F, Londoño L. Caracterización de terceros molares sometidos a exodoncia quirúrgica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia entre 1991 y 2001. Rev Fac Odontol Univ Antioq., 18(2):76-83, 2007.
10. Donado M, Martínez J. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2014.
11. Raspall G. Cirugía Oral e Implantología. 2a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006
12. Lago L. Exodoncia del tercer molar inferior: Factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio: España: Universidad de Santiago de Compostela; 2008.



13. Olate S, Alister J, Alveal R, Soto M, de Miranda N, Thomas D. Variables preoperatorias e intraoperatorias asociadas al aumento del tiempo quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores. *Av Odontoestomatol.* 2012
14. Molina A. Análisis de los factores anatómicos, quirúrgicos y socio-laborales en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar inferior: Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
15. Rojas M. Relación entre el Grado de Dificultad según el Índice de Gbotolorum y el Tiempo de Cirugía Efectiva en Los Pacientes del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Naval [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015 28
16. Gbotolorun O, Arotiba G, Ladeinde A. Assessment of Factors Associated With Surgical Difficulty in Impacted Mandibular Third Molar Extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65 (10): 1977-1983. 29
17. Donado Rodríguez M, Cirugía bucal. patología y técnica. 3 ed. Editorial: Masson España; 2005
18. Tirado J. Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.
19. Polet López Vélez M. en su trabajo de graduación "Protocolo quirúrgico para manejo de pacientes con terceros molares clasificación A-1 de Winter", estudio realizado en Guayaquil en alumnos en la Facultad Piloto de Odontología 2016
20. Ormeño Moreira Leonor E. en su trabajo de investigación "Extracción de tercer molar mandibular clase I posición A con raíz dilacerada mediante la técnica de odontosección" Ecuador 2015
21. Tirado J. Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor



- género en el Hospital Central FAP [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2015.
22. 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 durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012 Tesis. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
23. Ccahuantico Mendoza Julio Cesar. Estudio titulado "Espacio Disponible Y Posición del Tercer Molar Inferior para su erupción según la clasificación de Pell y Gregory en estudiantes de 18 a 22 años de la C.P. DE Odontología UNSAAC-Cusco" 2014



HISTORIA CLINICA

1. ANAMNESIS

Directa Mixta Indirecta

1.1 FILIACION:

- APELLIDOS Y NOMBRES** : Mamani Huamán
Kilder Eduardo
- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO** : Cusco 07/12/92
- EDAD** : 24años
- SEXO** : Masculino
- PROFESION U OCUPACION** : Estudiante
- GRUPO ETNICO** : Mestizo
- IDIOMA** : Castellano
- RELIGION** : Católico
- DOMICILIO** : Cusco - Urb. Primero
de Mayo
- TELEFONO** : 940846198
- NACIONALIDAD** : Peruano
- D.N.I** : 47484057
- LUGAR DE PROCEDENCIA** : Cusco
- ESTADO CIVIL** : Soltero



1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente refiere: "Tengo demasiado dolor porque está saliendo mi muela del juicio y quiero que me saquen".

1.3 ANTECEDENTES:

1.3.1. Personales:

a. FISIOLÓGICOS:

PRENATALES:

Desconoce si presentó alguna complicación.

NATALES:

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

POSTNATALES:

Tomo leche materna hasta los dos años.

b. PATOLÓGICOS:

¿TUVO TRAUMATISMOS?

SI NO ABE

¿HA SUFRIDO ALGUNA VEZ DE SHOCK

ANAFILÁCTICO?

SI NO

¿HA GANADO O PERDIDO PESO DE MANERA

BRUSCA ÚLTIMAMENTE?

SI NO

¿TUVO FIEBRE POR SEMANAS SIN CAUSA

JUSTIFICADA?

SI NO

1.3.2. Antecedentes Familiares:✓ **PADRES:**

Ambos vivos, con aparente buen estado de salud

✓ **HERMANOS:**

Tres hermanos.

✓ **HIJOS:**

Ninguno.

1.3.3. Médicos:✓ **¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ALGUN****ESPECIALISTA?**

SI NO

✓ **¿TOMO O ESTA TOMANDO ALGUN FARMACO?**

SINO F

✓ **¿HAY ALGUN FARMACO QUE USTED NO PUEDA TOMAR?**

SI NO NO SABE

✓ **¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE ALGUNA VEZ?**

SI NO

✓ **¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?**

SI NO

✓ **¿HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA O****RADIOTERAPIA?**

SI NO

✓ **Paciente no refiere ningún antecedente médico que pueda traer complicaciones.**



1.3.4. Odontológicos:

✓ ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ODONTOLOGICO?

SI NO

✓ En los antecedentes odontológicos paciente presenta curaciones con resina en la cara oclusal de las piezas 1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 3.6, 3.7, 4.6, 4.7.

1.3.5. Socioeconómicos:

✓ Condición socioeconómica media.

1.3.6. Hábitos de Higiene Bucal:

✓ **CEPILLADO:** SI NO

El paciente refiere cepillarse 3 veces al día por la mañana y por la noche.

✓ **SEDA DENTAL:** SI NO

✓ **COLUTORIOS:** SI NO

✓ **OTROS** SI NO



1.3.7. Cuestionario de Salud:

- ✓ 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 ()

2. EXAMEN CLINICO:

A. GENERAL:

✓ **ESTADO DE NUTRICION:**

Aparentemente con buen estado de nutrición, relación apropiada entre el peso y la talla. Con un IMC de 20.77 Kg./m².

✓ **ESTADO EMOCIONAL:**

Estado emocional aparentemente equilibrado.



✓ **LOCALIZACION EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA:**

Paciente lúcido orientado en tiempo, espacio y persona.

✓ **GRADO DE COLABORACION:**

Colaborador

✓ **TIPO CONSTITUCIONAL:**

Leptosomico.

a.- Ectoscopia:

Paciente con actitud positiva, aparente buen estado de salud general, con movimientos sincrónicos, capaz de movilizarse por sus propios medios.

b.- Signos Vitales y Antropométricos:

- ✓ **PRESION ARTERIAL** : 114/62 mm.Hg
- ✓ **FRECUENCIA RESPIRATORIA** : 18 resp. /min.
- ✓ **PESO** : 55.200 Kg.
- ✓ **INDICE DE MASA CORPORAL** : 20.77
Kg./m²(Normal)
- ✓ **TEMPERATURA** : 36.5 C°
- ✓ **PULSO** : 72 pul. /min.
- ✓ **ESTATURA** : 1.63 m

**B. ESPECIFICO:****EXTRAORAL:****1. CABEZA:**

- ✓ **CRANEO:** Dolicocefálico, cabello con buena inserción capilar, de color negro
- ✓ **CARA:** Dolicofacial, presenta una asimetría del lado derecho en relación a la línea media, tez de color trigueña.

1.1. CUELLO

- ✓ **LONGITUD:** 10 cm
- ✓ **MOVILIDAD:** Realiza movimientos de rotación y lateralidad sin dificultad, no se aprecian masas nodulares y sin dolor a la palpación.
- ✓ **DIAMETRO:** 13 cm
- ✓ **FORMA:** Alargado y redondeado.

2. PIEL Y ANEXOS:

Hidratado turgente, cabello oscuro de aspecto opaco y bien implantado,

3. PERFIL ANTEROPOSTERIOR:

Recto

4. SIMETRÍA FACIAL:

Asimétrico, ligera desviación de la línea media a derecha.

5. TONO MUSCULAR:

Músculo Masetero y Temporal presentan tonicidad muscular normal, sin dolor a la palpación.

6. ATM:

Asintomático.

7. LABIOS:

Simétricos, sellado labial adecuado, ligeramente resecos.

8. RESPIRACION:

Nasal.

9. VISION:

Alterada, paciente presenta miopía en el ojo derecho.



10. AUDICION:

En aparente buen estado

11. DEGLUCION:

Sin alteración aparente.

12. APERTURA BUCAL:

4 cm

INTRAORAL:

A. TEJIDOS BLANDOS:

1. FRENILLOS:

✓ **INTER INCISIVO DEL MAXILAR SUPERIOR:**

Inserción media, con una buena irrigación

✓ **LATERALES SUPERIORES E INFERIORES:**

Presentan una buena irrigación y una adecuada inserción en la encía insertada y adherida.

✓ **SUBLINGUAL:**

Con inserción media 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.

2. CARRILLOS:

Mucosa de coloración rosada, brillante, permeable bilateral, presenta línea Alba, conducto de Stenon permeable bilateral y sin dolor a la palpación.

3. FONDO DE SURCO:

Mucosa rosada y brillante. Inserción media de frenillos laterales.

4. PISO DE BOCA:

Permeabilidad de conductos de Warthon y Rivinus, adecuada secreción salival, sin dolor a la palpación.



5. **LENGUA:**

Normoglosa, con buena movilidad, presencia de saburra en el tercio posterior.

6. **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.

7. **ENCIAS:**

Coloración rosa coral, textura lisa punteado, presenta una pequeña protuberancia blanca rodeada de una zona enrojecida y brillante compatible con un afta bucal, en la zona antero inferior

8. **PALADAR DURO:**

Forma ovoide, con una distribución de las rugas palatinas, de consistencia dura, presencia de rafe medio ubicado a nivel de la línea media.

9. **PALADAR BLANDO:**

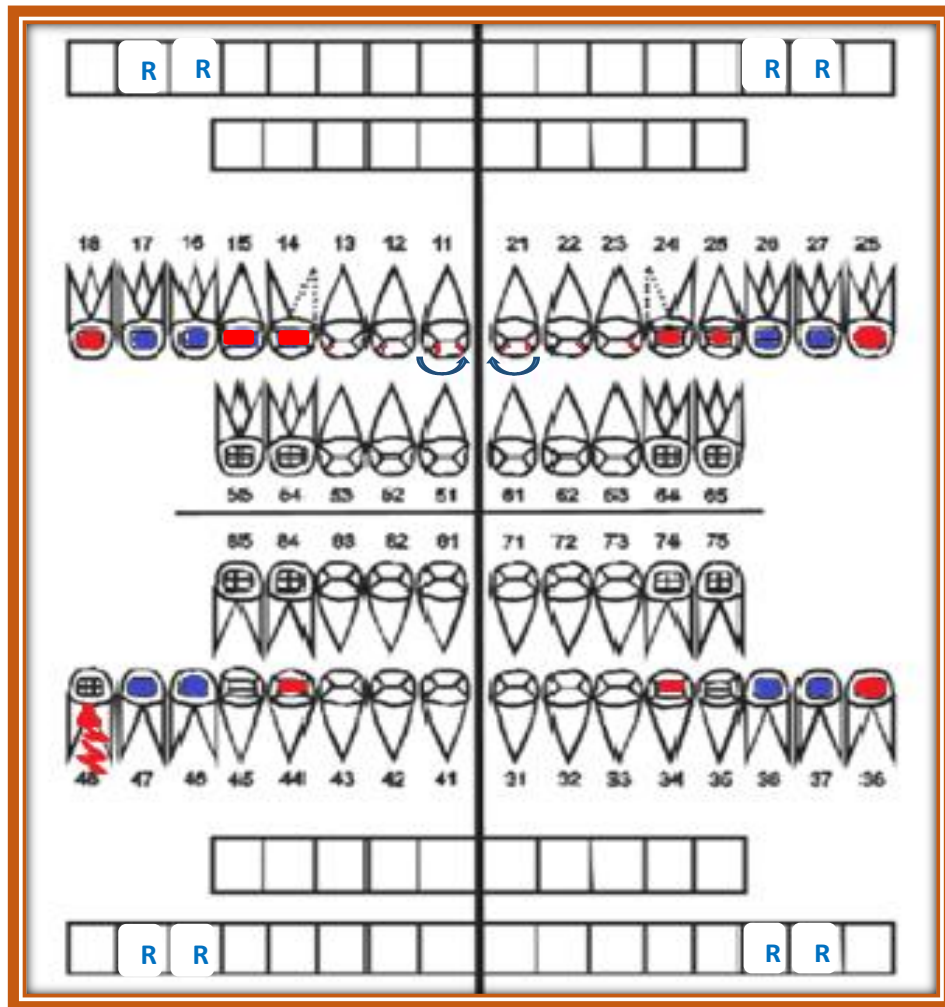
Sin inflamación, con grado de movilidad adecuado.

10. **REGION AMIGDALINA:**

Los pilares amigdalinos presentan una coloración rosada sin inflamación.

11. **SALIVA:**

Mixta.

B. TEJIDOS DUROS:**ODONTOGRAMA****ESPECIFICACIONES:**✓ **CLÍNICAMENTE AUSENCIA**

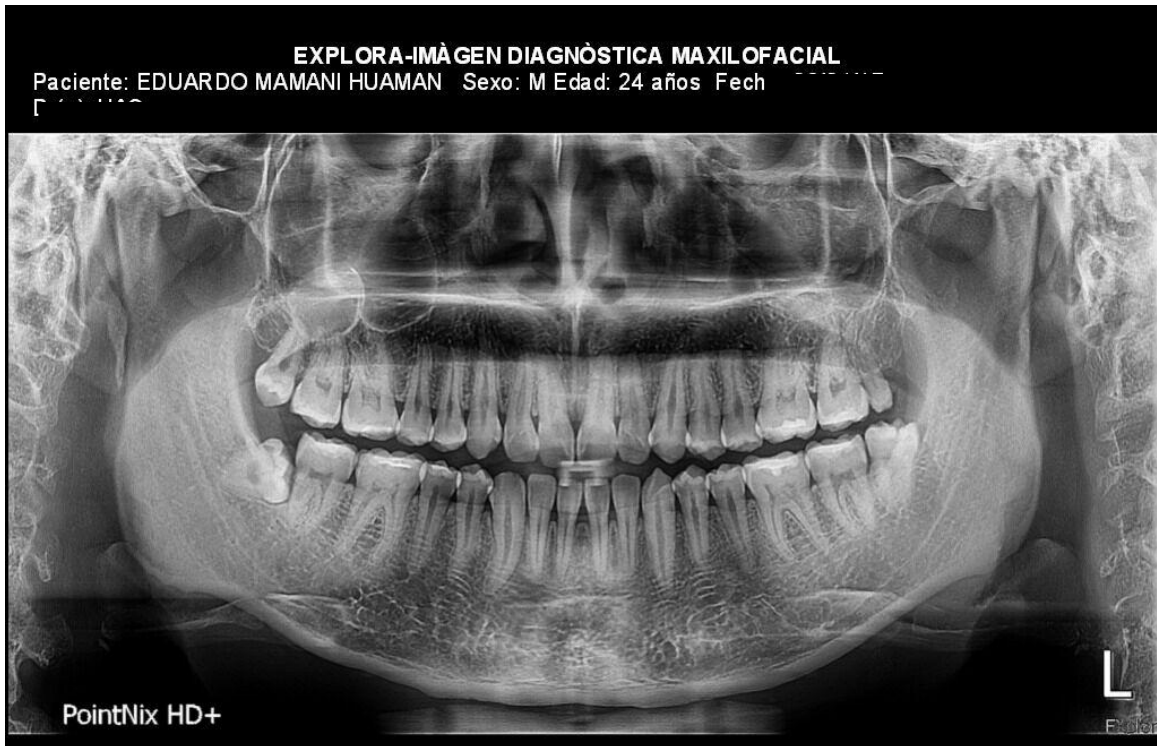
De la pieza 4.8.

✓ **PIEZAS CON PATOLOGÍA:**

Pieza 1.8 (caries de esmalte), 1.4 (caries de esmalte), 1.5 (caries de esmalte), 2.4 (caries de esmalte), 2.5 (caries de esmalte), 2.8 (caries de esmalte), 3.8 (caries de esmalte), 3.4 (caries de esmalte), 4.4 (caries de esmalte)

✓ **GIROVERSIÓN:**

Pieza 1.1, 2.1 a mesial

C. EXAMENES AUXILIARES:**EXAMEN RADIOGRÁFICO:****RADIOGRAFÍA PANORÁMICA:****REGIONES TOPOGRAFICAS ANATOMICAS:****NASOMAXILAR:**

Leve desviacion de Septum Nasal, hacia la derecha, cornetes asimetricos aparentemente libres. Neumatizacion apical de los senos maxilares a predominio del sector molar. Presencia del septo intersinusal en seno maxilar derecho. 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 homogénea, conducto dentario inferior amplio, y el conducto dentario derecho en relación íntima con el tercer molar retenido a nivel de sus raíces mesial y distal.

DIENTES MAXILARES:

Dentición permanente, presencia de 16 piezas dentarias; se observa: En la pieza 2.8 presenta una alteración de la morfología coronal, caracterizada por la disminución de la longitud coronal y radicular compatible con microdoncia. A nivel oclusal se observa una imagen radiopaca oclusal en las piezas 1.7, 1.6, 2.6, 2.7. Presenta lesiones cariosas oclusal en las piezas: 1.8, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.8.

DIENTES MANDIBULARES:

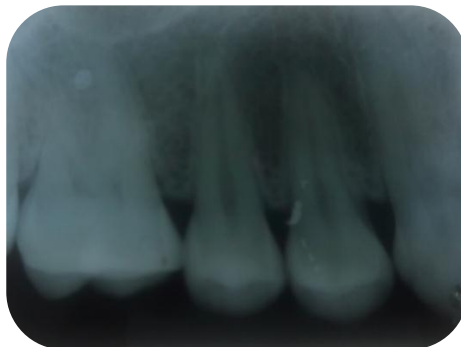
Dentición permanente con 15 piezas dentales; se observa en la pieza 3.8 en posición vertical semi-impactada contra el borde anterior de la rama mandibular, contorno radicular con dilaceración apical distante al conducto dentario inferior y también presenta lesión cariosa oclusal. Piezas anterior inferiores con reabsorción dentoalveolar, horizontal grado leve. Pieza 4.8 en posición horizontal e impactada contra la superficie distal de la pieza 4.7, contorno radicular con dilaceración apical proyectado en cortical superior de conducto dentario inferior. Presenta una imagen radiopaca oclusal en las piezas: 3.7, 3.6, 4.6, 4.7. Presenta lesiones cariosas oclusal en las piezas: 3.8, 3.4, 4.4.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES:**MOLARES SUPERIORES
DERECHOS - 1.8 , 1.7, 1.6****DESCRIPCION RADIOGRAFICA:**

Pieza 1.8 presenta dos raíces y se encuentran próximos al seno maxilar derecho, pieza 1.7 y 1.6 presenta material radiopaco oclusal.

DESCRIPCION CLINICA:

Pieza 1.8 presenta lesión cariosa en fosas y fisuras; piezas 1.7 y 1.6 presente restauraciones con resina en la cara oclusal.

**PREMOLARES SUPERIORES
DERECHOS - 1.5, 1.4****DESCRIPCION
RADIOGRAFICA:**

Pieza 1.5 presenta dos conductos

DESCRIPCION CLINICA:

Ambas piezas presentan lesión cariosa a nivel del esmalte en la cara oclusal en fosas y fisuras.

✚ CANINO SUPERIOR DERECHO – 1.3**DESCRIPCION RADIOGRAFICA:**

Presencia de la pieza 1.3 el ápice se encuentra ligeramente dilacerada hacia distal

DESCRIPCION CLINICA:

La pieza 1.3, clínicamente presente

✚ INCISIVOS SUPERIORES - 1.2, 1.1, 2.1, 2.2**DESCRIPCION RADIOGRAFICA:**

Presencia de las piezas 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2 sin ninguna alteración aparente.

DESCRIPCION CLINICA:

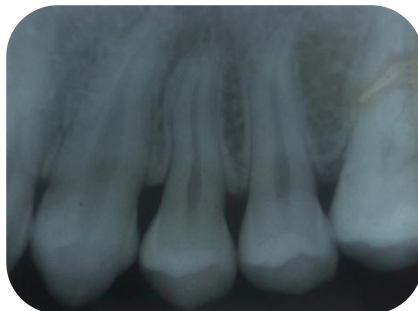
Clínicamente presente las piezas 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2 no presentan ningún síntoma ni signo de alteración patológica.

✚ CANINO SUPERIOR IZQUIERDO - 2.3**DESCRIPCION RADIOGRAFICA:**

Presencia de la pieza 1.3 el ápice se encuentra dilacerada hacia distal

DESCRIPCION CLINICA:

La pieza 1.3, clínicamente presente

✚ PREMOLARES SUPERIORES IZQUIERDOS - 2.4, 2.5**DESCRIPCION RADIOGRAFICA:**

Presencia de las piezas 2.4 y 2.5. la pieza 2.4 el ápice de la raíz se encuentra ligeramente dilacerada a distal; la pieza 2.5 presenta dos conductos, el ápice se observa dilaceración a distal.

DESCRIPCION CLINICA:

Clínicamente ambas piezas presentan caries de esmalte de las caras oclusales en fosas y fisuras.

✚ MOLARES SUPERIORES IZQUIERDOS - 2.6,2.7,2.8**DESCRIPCION****RADIOGRAFICA:**

En las piezas 2.6 y 2.7 se observa material radiopaco oclusal.

En la pieza 2.8 presenta una alteración morfológica coronal.

DESCRIPCION CLINICA:

Piezas 2.6 y 2.7 clínicamente se observa material de restauración en la cara oclusal. Pieza 2.8 disminución longitud corona raíz compatible con microdoncia.

✚ MOLARES INFERIORES IZQUIERDOS – 3.8,3.7,3.6**DESCRIPCION****RADIOGRAFICA:**

En las piezas 3.6 y 3.7 observamos material radiopaco oclusal.

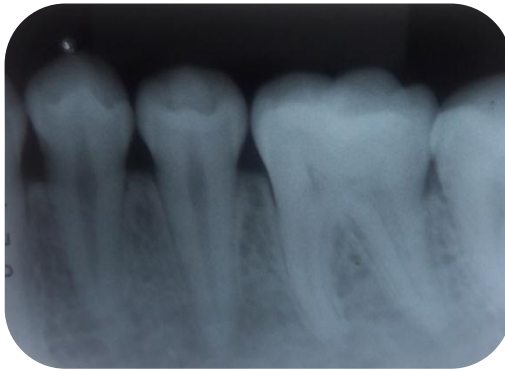
En la pieza 3.8 presenta el contorno radicular con dilaceración apical distante a CDI.

DESCRIPCION CLINICA:

Clinicamente en las piezas 3.6 y 3.7 presenta material restaurador en la cara oclusal.

Pieza 3.8 clínicamente se observa en posición distoangular en relación con el borde anterior de la rama mandibular.

**PREMOLARES INFERIORES
IZQUIERDO – 3.4, 3.5**



**DESCRIPCION
RADIOGRAFICA:**

En la pieza 3.4 se observa una dilaceración del ápice a distal y la pieza 3.5 observamos imagen radiopaca en la zona oclusal.

DESCRIPCION CLINICA:

En ambas piezas clínicamente presentan caries de esmalte en fosas y fisura.

**CANIMO INFERIOR
IZQUIERDO 3.3**



DESCRIPCION RADIOGRAFICA:

En la pieza 3.3 observamos que el apice presenta una ligera dilaceración a distal.

DESCRIPCION CLINICA:

Clínicamente la pieza 3.3 no presente ningún síntoma ni signo de alteración patológica.

✚ **INCISIVOS INFERIORES 3.2,
3.1, 4.1, 4.2**



DESCRIPCION RADIOGRAFICA:

Las piezas 3.2, 3.1, 4.1 y 4.2 no presentan ninguna alteración radiográfica.

DESCRIPCION CLINICA:

Clínicamente las piezas 3.2, 3.1, 4.1 y 4.2 no presentan ningún signo ni síntoma de alteración patológica

✚ **CANINO INFERIOR DERECHO 4.3**



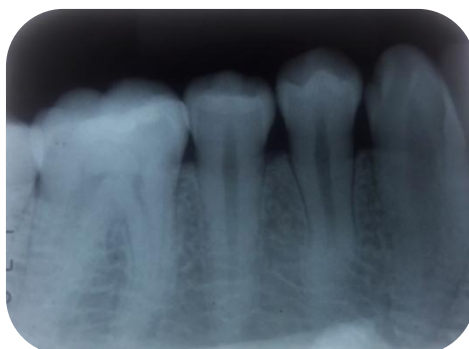
DESCRIPCION RADIOGRAFICA:

Presencia de la pieza 1.3 observamos que la morfología de la raíz es curva con una dilaceración del ápice a distal.

DESCRIPCION CLINICA:

Clínicamente observamos que la pieza 4.3 no presenta ningún signo ni síntoma patológico.

✚ **PREMOLARES INFERIORES DERECHOS 4.4, 4.5**



**DESCRIPCION
RADIOGRAFIA:**

Presencia de las piezas 4.4 y 4.5

DESCRIPCION CLINICA:

La pieza 4.4 presenta caries oclusal y la pieza 4.5 no presenta ningún signo ni síntoma.

✚ MOLARES INFERIORES DERECHOS: 4.6, 4.7, 4.8**DESCRIPCION
RADIOGRAFICA:**

Las piezas 4.6 y 4.7 evidenciamos q presentan un material radiopaco oclusal, en la pieza 4.7 observamos una falta de sellado marginal.

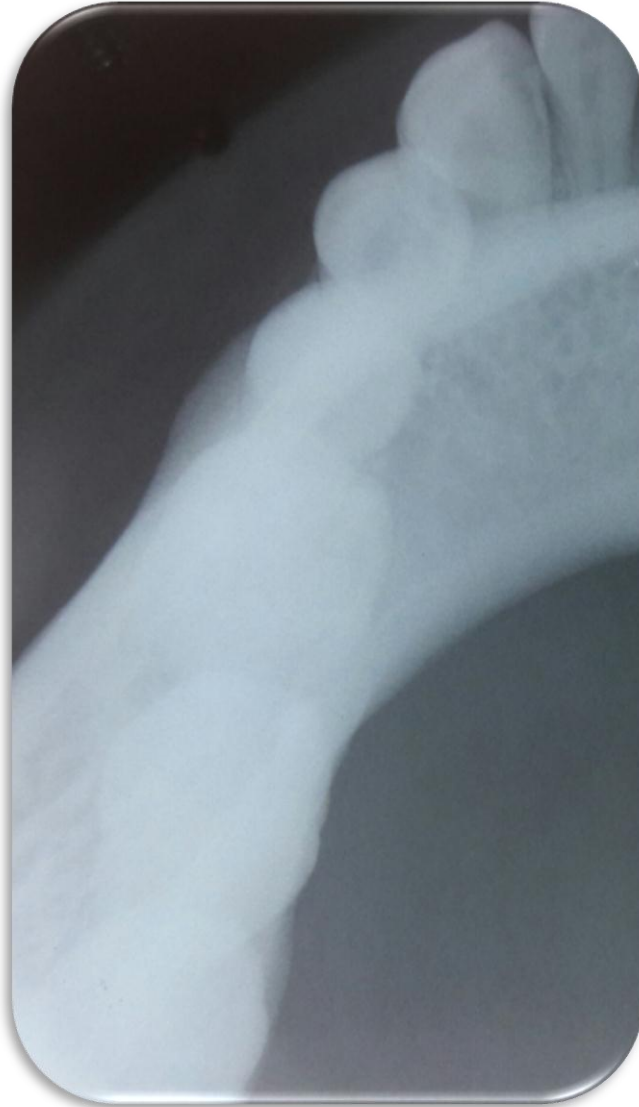
Pieza 4.8 contorno radicular con dilaceración apical distante al conducto dentario inferior

DESCRIPCION CLINICA:

Clínicamente en las piezas 4.6 y 4.7 observamos restauraciones con material estético en la cara oclusal.

Pieza 4.8 en posición mesioangular, impactada contra la superficie distal de la pieza 4.7

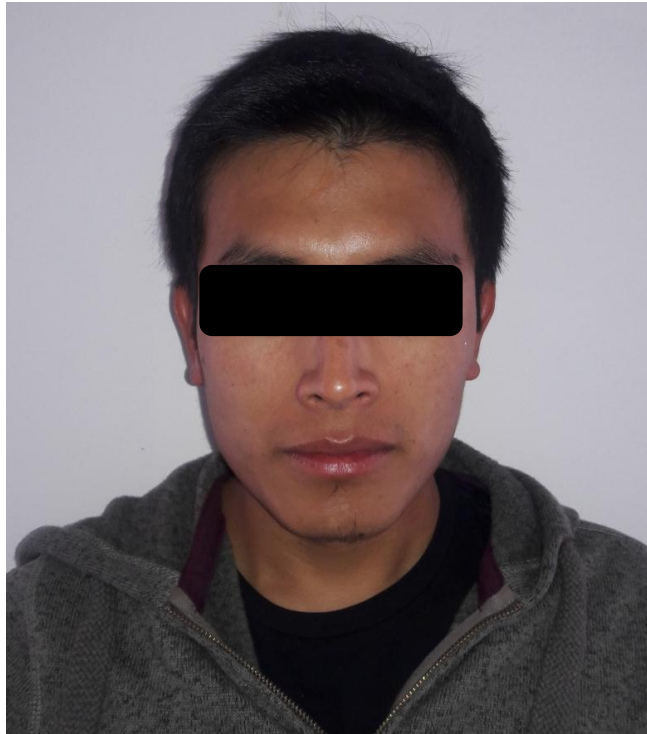
RADIOGRAFÍA OCLUSAL



DESCRIPCION RADIOGRAFICA

Pieza 4.8 se encuentra lingualizada.

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES:



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES:





3. DIAGNOSTICO:

A. GENERAL:

- ✓ Pieza 4.8 impactada.
- ✓ Caries múltiple
- ✓ Presencia de placa blanda

B. ESPECIFICO:

- ✓ **PIEZA 4.8 TERCERA MOLAR INFERIOR DERECHA IMPACTADA**
- ✓ **SEGÚN WINTER:** Mesio angular
- ✓ **SEGÚN PELL Y GREGORY:** Clase II posición B

4. PRONOSTICO:

Favorable

Desfavorable

Reservado

5. PLAN DE TRATAMIENTO:

- ✓ **Periodoncia** : Profilaxis parcial
- ✓ **Operatoria piezas** : 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, 3.4, 4.4.
- ✓ **Cirugía** : Exodoncia técnica abierta de la pieza: 4.8.
: Exodoncia de las piezas 1.8, 2.8, 3.8

PASOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

PRE QUIRÚRGICO:

Al paciente se le recetó, una ampolla de Diclofenaco Sódico de 75 mg via IM 1 hora antes de la intervención.

Iniciamos con el lavado de manos posteriormente realizamos la colocación de la ropa quirúrgica acto realizado por el asistente; se realiza la colocación de guantes quirúrgicos y asepsia extra oral con alcohol yodado y antisepsia con gluconato de clorhexidina al 0.12 %.

**INTRA QUIRÚRGICO:**✓ **Anestesia:**

Se utilizó la técnica troncular para bloquear dentario inferior el nervio bucal y el nervio lingual. Se utilizó un total de 2 cartuchos de Lidocaína al 2%.

✓ **Prueba de sensibilidad:**

Utilizando una pinzade algodón realizamos ligeras punciones en las papilas interdentarias del primer y segundo molar; se preguntó al paciente si al momento de las punciones presentaba dolor, el paciente dio respuesta negativa.

✓ **Incisión:**

Con bisturí N° 15 se inició la incisión con un primer trazado desde el centro de la cara distal del segundo molar extendiendo hacia atrás teniendo en cuenta el largo de la retención en este caso fue 1 cm aproximadamente, el segundo trazo se inició en la cara distal del segundo molar, se contorneo el cuello hasta la altura del primer molar se realizó una descarga hacia el surco gingival con un trazo diagonal para una mejor visión del campo operatorio.

✓ **Decolado:**

Se realizó con la ayuda de un periostótomo, legra y gasas se logró una mejor visión del colgajo.



✓ **Osteotomía:**

Se realizó con una fresa redonda con vástago largo de carburo de tungsteno, se procedió a eliminar el techo óseo y toda la retención ósea de la línea ecuatorial del diente hasta lograr ver la pieza dentaria.

✓ **Odontosección:**

Una vez vista la pieza dentaria con una fresa de fisura con vástago largo de Carburo de Tungsteno de alta velocidad, seccionamos el diente a nivel cervical para eliminar la traba mecánica con abundante irrigación de suero fisiológico y aspiración.

✓ **Luxación:**

Se realizó en la zona liberada utilizando un elevador recto fino.

✓ **Exodoncia Propiamente Dicha:**

Este paso fue introduciendo el elevador recto entre la cresta alveolar de la segunda molar y la cara mesial del tercer molar determinando la avulsión del diente.

✓ **Tratamiento de la Cavidad:**

Se lavó con suero fisiológico y curetaje del alveolo.



✓ **Sutura:**

Luego de revisar los contornos del alveolo se realizó la sutura con hilo 3 ceros de aguja circular. Se reposicionó el colgajo colocando un punto simple en la descarga y dos puntos simples en la incisión lineal.

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

POST QUIRÚRGICO:

Al paciente se le aplicó una ampolla de Diclofenaco Sódico de 75 mg via IM 1 al término de la intervención.

Se prescribió lo siguiente:

✓ **Medicación:**

- Amoxicilina de 500 mg, 21 tabletas.
- Naproxeno sódico de 550 mg, 6 tabletas.
- Clorexidina al 0.12%.



✓ **Indicaciones:**

Tomar VIA ORAL

- Una tableta de Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas durante 7 días

Después de los alimentos.

-Tomar una tableta de naproxeno sodico cada 12 horas durante 3 días después de los alimentos.

- Realizar enjuagues con 15 ml de clorexidina al 0.12% después de los alimentos.

✓ **Recomendaciones:**

- Reposo Absoluto por la tarde.

- Evitar hacer esfuerzo físico.

- No escupir enérgicamente.

- No agacharse.

- Consumir dieta blanda.

- Evitar consumir comidas picantes ni condimentos.

- No comer carne de cerdo ni pescado.

- No se exponga a fuentes que emitan calor.

- No consumir bebidas alcohólicas.

- Tome su medicación puntualmente.



6. EPICRISIS:

Paciente de género masculino de 24 años de edad, con aparente buen estado de salud y colaborador, llega a consulta el día 24 de octubre del presente año, por causa de dolor en la zona molar inferior derecha que se presenta de manera espontánea. Según sus antecedentes no presenta alergia a ningún medicamento o una enfermedad de riesgo. Refiere vacunas contra: la varicela, y sarampión por información de su madre. Tiene una buena higiene bucal, recibió tratamiento especializado en odontología en el área de operatoria; presenta un índice de masa corporal normal.

Al examen clínico de oclusión y alineamiento general se encuentra alterado, en los exámenes auxiliares radiográficos (Panorámica y periapical) se observa que la pieza 4.8 se encuentra en posición no apta para su erupción, donde según las condiciones presentes se llega al diagnóstico definitivo de dicha pieza indicando que se encuentra en una posición mesioangular según Winter y según Pell y Gregory clase II posición B. Por lo que se llega a la conclusión que el paciente está apto para realizar la intervención quirúrgica

El acto quirúrgico se inició realizando la asepsia intraoral y antisepsia extra oral, procediendo con la anestesia troncular bloqueando el nervio dentario inferior, nervio lingual y el nervio bucal, posteriormente con bisturí Nº 15 se inició la incisión con un primer trazo desde el centro de la cara distal del segundo molar extendiendo hacia atrás teniendo en cuenta el largo de la retención en este caso fue 1 cm aproximadamente, el segundo trazo se inició en la cara distal del segundo molar, se contorneo el cuello hasta la altura del primer molar se realizó una descarga hacia el surco gingival con un trazo diagonal para una mejor visión del campo operatorio, se decoló con la ayuda de un periostótomo, legra y gasas se logró una mejor visión del colgajo seguido de la osteotomía con una fresa redonda con vástago largo de carburo de tungsteno, se procedió a eliminar el



techo óseo y toda la retención ósea de la línea ecuatorial del diente, una vez vista la pieza dentaria realizamos la odontosección con una fresa de fisura con vástago largo de carburo de tungsteno de alta velocidad, seccionamos el diente a nivel cervical para eliminar la traba mecánica con abundante irrigación de suero fisiológico y aspiración, la luxación se realizó en la zona liberada con un elevador recto fino; seguidamente se procedió al tratamiento de cavidad se lavó con suero fisiológico seguido de un curetaje del alveolo por último se reposicionó el colgajo colocando un punto simple en la descarga y dos puntos simples en la incisión lineal. Se realizó compresión oclusal a nivel de la intervención con apósitos de gasa por un periodo de 30 minutos.

En el postoperatorio se le aplicó una ampolla de Diclofenaco Sódico de 75 mg via IM 1 al término de la intervención y se le prescribió: Amoxicilina de 500 mg, 21 tabletas.- naproxeno sódico de 550 mg, 6 tabletas.- Clorhexidina al 0.12%.

Se le dio las indicaciones y recomendaciones correspondientes: Tomar VIA ORAL: - Una tableta de Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas durante 7 días, después de los alimentos. -Tomar una tableta de naproxeno sodico cada 12 horas durante 3 días después de los alimentos. - Realizar enjuagues con 15 ml de clorexidina al 0.12% después de los alimentos.

En los controles se aprecia una óptima mejoría. En su primer control, con ligera inflamación, presencia de trismo y malestar. En el segundo control se procedió al retiro de puntos y se apreció una mejoría del estado del paciente y de la herida. En el tercer control se observa un proceso de cicatrización favorable y dio de alta al paciente.



CONCLUSIONES:

- El tiempo de la intervención fue reducido con eficacia luego de haber identificado la posición de la tercera molar según la clasificación de Winter - Mesioangulada y según Pell & Gregory Clase II Posición B, se realizó una incisión lineal con una descarga.
- Es importante conocer el procedimiento a seguir y tener un protocolo con la secuencia correcta de cada uno de los pasos a realizar para reducir el tiempo de trabajo.
- Al reducir el tiempo de trabajo las molestias y problemas post operatorios serán simplificados debido a que no produciremos una fatiga muscular excesiva así como problemas en la articulación temporomandibular, trismus.
- Se recetó Amoxicilina de 500mg 1 tableta cada 8 horas por 7 días porque es un antibiótico de primera elección y para prevenir la infección; Naproxeno Sódico de 550mg 1 tableta cada 12 horas por 3 días para que actúe directamente en la zona de la mucosa oral, además de ser un AINE de primera elección posee mayor tiempo de efecto analgésico.

ANEXOS:**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Kelder E. Mamani Huamán identificado con
DNI... 44189031


Como paciente, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, declaro que he sido debidamente informado/a, por el bachiller en estomatología, y en consecuencia, le autorizo junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado
... Cirugía de Tercera 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.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de lo leído.


Cusco... 24 de... Octubre del... 2017


.....

Paciente:
Eduardo Mamani Huamán

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

ANÁLISIS COMPLETO DE SANGRE:

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

Nombre: Eduardo Mamani Huaman
Edad : 24 años
Fecha : 31 de mayo de 2017 (toma de muestra)



ANÁLISIS HEMATOLOGICOS

Hemograma de Schilling


Recuento de Leucocitos :	5,100/mm ³
Recuento de Hematíes :	5'950,000/mm ³
Hematocrito :	52.0 %
Hemoglobina :	17.9 g/dl

Fórmula Leucocitaria:

Abastionados	: 00 %
Segmentados	: 46 %
Eosinófilos	: 02 %
Basófilos	: 01 %
Monocitos	: 08 %
Linfocitos	: 43 %
TOTAL	: 100 %

 
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LABORATORIO DE CIENCIAS BÁSICAS
Biga Miluza Franchito Camero
DIRECTORA



Prolongacion Av. Manco Capac s/n Qollana Teléfono: +51 (084) 005000 - Anexo 2187 - 3231 Arenc
Lunes a sábado: 9 am - 12 m Lunes a viernes: 3 - 7 pm

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

Nombre: Eduardo Mamani Huaman
Edad : 24 años
Fecha : 31 de mayo de 2017 (toma de muestra)

ANALISIS HEMATOLOGICOS

		Valores de referencia
Tiempo de coagulación:	9 min. 30 seg.	(0-10 minutos)
Tiempo de sangría:	2 min. 30 seg.	(1-5 minutos)


Biga Miluska Arzanche Camero
DIRECTORA

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

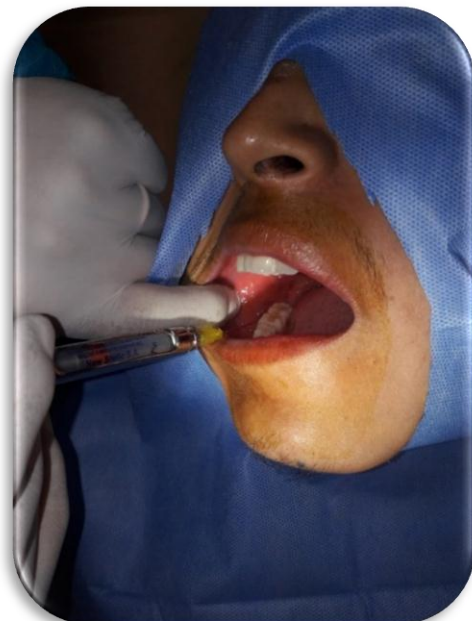
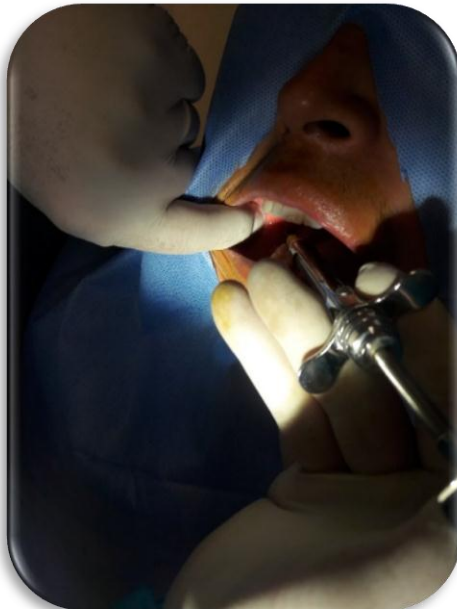
FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

PRE QUIRURGICO:



INTRA QUIRURGICO:

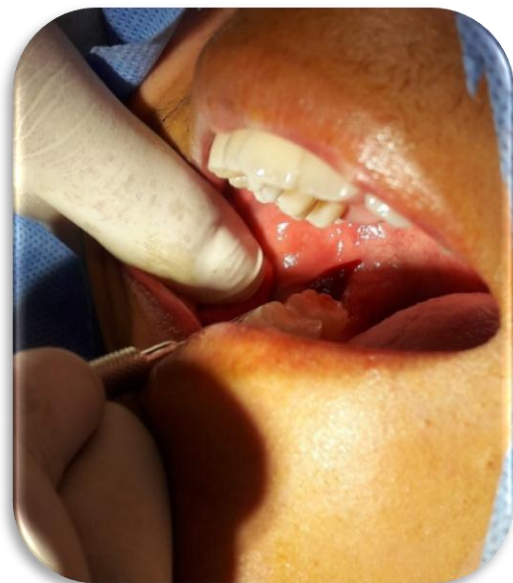
1.- ANESTESIA



2.- PRUEBA DE SENSIBILIDAD



3.- INCISION



4.- DECOLADO



5.- OSTEOTOMIA



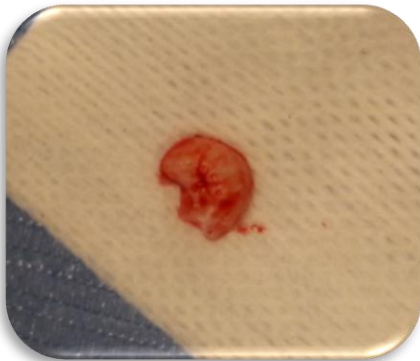
6.- ODONTOSECCION



7.- LUXACION



8.- PIEZA 4.8 EXTRAIDA



9.- LAVADO DE LA CAVIDAD



10.- SUTURA



POST OPERATORIO:

Paciente: Kiliza, Eduardo Mamani Huamán Edad: 24 años
R/P
* Amoxicilina 500mg
21 tabletas
* Naproxeno Sódico 550mg
6 tabletas
* Clorexidina al 0.12%

Paciente: Kiliza, Eduardo Mamani Huamán Edad: 24 años
R/P
Indicaciones:
* Amoxicilina 500mg
- 1 tableta c/8h. x 7 días
después de los alimentos.
* Naproxeno Sódico 550mg
- 1 tableta c/12h. x 3 días
después de los alimentos
* Buches de 15ml. de clorexidina
al 0.12% después de los alimentos

Paciente: Kiliza, Eduardo Mamani Huamán Edad: 24 años
R/P
Recomendaciones:
- Reposo absoluto por la tarde.
- Evitar realizar esfuerzo físico
- No escupir energicamente
- No agacharse
- Consumir dieta blanda
- Evitar consumir comidas picantes
ni condimentos
- No comer carne de cerdo ni pescado
- No exponerse a fuentes que emitan
calor
- No consumir bebidas alcoholicas.
- Tomar la medicacion puntualmente

CONTROLES

PRIMER CONTROL: 24 DE OCTUBRE DEL 2017



SEGUNDO CONTROL: 30 DE OCTUBRE DEL 2017



TERCER CONTROL: 07 DE NOVIEMBRE DEL 2017

