



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**TEMA:**

Exodoncia de Tercer Molar en posición Vertical con incisión angular y  
sutura tipo colchonero horizontal

**AUTOR(A):**

Vega Zambrano María Belén

**Tutor:**

Dr. Mauro Zambrano Matamoros

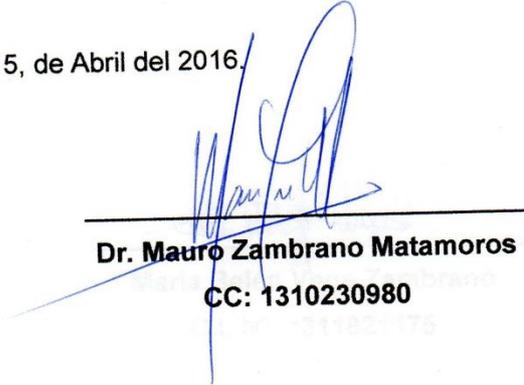
**Guayaquil, Mayo del 2016**



## APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Exodoncia de Tercer Molar en posición Vertical con incisión angular y sutura tipo colchonero horizontal**, presentado por **María Belén Vega Zambrano**, del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo.

Guayaquil, 15, de Abril del 2016.



**Dr. Mauro Zambrano Matamoros**

**CC: 1310230980**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN DE APROBACION**

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de grado previo a la obtención del Título de Odontólogo/a es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....  
Dr. Mario Ortiz San Martin. MSc.  
**Decano**

.....  
Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.  
**Subdecano**

.....  
Dr. Patricio Proaño Yela. MSc.  
**Gestor Titulación**



## AUTORIA

Yo, **María Belén Vega Zambrano**, con cédula de identidad N° **1311821175**, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, Mayo del 2016.

**María Belén Vega Zambrano**

**C.I. N° 1311821175**

## DEDICATORIA

El éxito no se mide por la posición alcanzada sino por la superación de los obstáculos que han existido en el ascenso hacia el triunfo.

La dedicación y el sacrificio son tónicas que fortifican el espíritu humano y junto a éste aliciente ha llegado la respuesta a mi anhelo de superación al ver cristalizados uno de mis sueños, dedico éste éxito a mis padres Lic. Pedro Vega Pinargote y Lcda. Elizabeth Zambrano de Vega, por ser el pilar fundamental que me sostiene, el apoyo incondicional, el consejo sabio y oportuno... A mi hija Ashlee fiel testigo de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a mi esposo Ab. Harry López por apoyarme y alentarme cuando parecía que me iba a rendir y a mis hermanas Fernanda y Angélica por ser mi inspiración y ejemplo de superación.

***Ma. Belén Vega***

## AGRADECIMIENTO

Aquellos que nos enseñan o transmiten los conocimientos científicos y culturales, merecen elogio, porque ellos son los transformadores de la patria.

Loable es la labor del docente que incansablemente siembra en sus alumnos la semilla del saber, al culminar este proyecto, dejo perennizado mis sincera gratitud a mis docentes, los cuales han sabido guiarme por la senda del progreso con sus sabios conocimientos, de manera especial consigno mi agradecimiento al Dr. Mauro Zambrano y al Dr. Néstor Antepara porque con sus orientaciones sabias y oportunas me despejaron el camino por el que debía transitar para terminar con éxito la presente investigación.

***Ma. Belén Vega***



## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **Exodoncia de Tercer Molar en posición Vertical con incisión angular y sutura tipo colchonero horizontal**, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, Mayo del 2016.

---

**María Belén Vega Zambrano**

**C.I. N° 1311821175**

## INDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
CARATULA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR/A	II
AUTORIA	IV
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	VII
INDICE GENERAL	VIII
INDICE DE FOTOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
1. Introducción	13
2. Objetivo	33
3. Desarrollo del caso	33
3.1 Historia clínica del paciente	33
3.1.1 Identificación del paciente	36
3.1.2 Motivo de consulta	36
3.1.3 Anamnesis	36
3.2 Odontograma	36
3.3 Imágenes	37
3.4 Diagnóstico	42
4. Pronóstico	42
5. Planes de tratamiento	42
	VIII

5.1 Tratamiento	42
6. Discusión	48
7. Conclusiones	49
8. Recomendaciones	50
Bibliografía	51
ANEXOS	53

## INDICE DE FOTOS

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Foto 1 Vista Frontal	37
Foto 2 Vista Lateral derecha	38
Foto 3 Vista Lateral Izquierda	38
Foto 4 Arcada superior	39
Foto 5 Arcada inferior	39
Foto 6 Ambas arcadas en oclusión frontal	40
Foto 7 Oclusión lateral derecha	40
Foto 8 Oclusión lateral izquierda	41
Foto 9 RX	41
Foto 10 Asepsia extraoral	42
Foto 11 Asepsia intraoral	43
Foto 12 Anestesia	43
Foto 13 Incisión angular	44
Foto 14 Levantamiento de colgado	44
Foto 17 Osteotomía 1	45
Foto 19 Luxación	45
Foto 20 Curetaje del alveolo	46
Foto 21 Limpieza del alveolo	47
Foto 22 Extracción de saco pericoronario	46
Foto 23 Sutura tipo colchonero horizontal	47
Foto 24 Pieza dental extraída	48

## RESUMEN

Los terceros molares son los últimos en aparecer y por lo general, son los que más problemas causan al querer erupcionar, el **objetivo** del presente estudio fue aplicar el protocolo quirúrgico descrito en el Texto de Cirugía Oral de Matteo Chiapasco usando la incisión angular y la sutura tipo colchonero horizontal para la exodoncia del tercer molar, se **realizo** la extracción quirúrgica de un tercer molar que se encontraba en posición vertical afectando la rama ascendente del maxilar inferior, en una paciente de 25 años de edad que fue remitida a la clínica por recomendación de su ortodontista, se utilizo una incisión angular para realizar un colgajo y poder extraer la pieza, luego de lo cual se realizo una sutura tipo colchonero, el **resultado** fue satisfactorio para el paciente y debido a que no posee movilidad dental, edentulismo ni pérdida de la dimensión vertical el pronóstico fue favorable para el paciente, como **conclusión** se expresa que los terceros molares en un alto grado presentan molestias, debido a que son los de formación más tardía, por los problemas que suelen aparecer al momento en que se debe realizar la erupción de los mismos, en muchos pacientes deben ser extraídos, la técnica anestésica troncular garantiza el bloqueo nervio dentario inferior, de manera que se puede trabajar con completa libertad, la sutura tipo colchonero posee una correcta eversión de los bordes de la herida además de que soporta bien tensiones locales, no hubo complicaciones con la misma, la paciente se recupero satisfactoriamente y el retiro de las suturas gingivales se lo debe realizar a los 7 días, aunque utilizemos suturas reabsorbibles.

**Palabras Clave:** Tercer molar, cirugía, incisión angular

## ABSTRACT

The third molars are the last to appear and usually are the most problems cause in wanting to erupt, the objective of this study was to apply the surgical protocol described in the text of Oral Surgery Matteo Chiapasco using the angular incision and suture horizontal mattress type for the extraction of third molar surgical extraction of a third molar was upright affecting the ascending branch of the mandible in a patient of 25 years who was referred to the clinic on the recommendation of was held the orthodontist, an angular incision was used to make a flap and to extract the piece, after which a mattress type suture is performed, the result was satisfactory for the patient and since has no tooth mobility edentulous or loss vertical dimension prognosis was favorable for the patient, as a conclusion it is stated that the third molars in a high degree feels uncomfortable, because they are those of later training, problems that usually appear at the time to be performed eruption thereof, in many patients must be extracted, truncal anesthetic technique ensures the inferior alveolar nerve block, so that it can work with complete freedom, the mattress type suture has a right edge eversion of the wound besides supporting While local tensions, there were no complications with it, the patient recovered satisfactorily and removal of gingival sutures must be performed at 7 days, although we use absorbable sutures.

**Keywords:** Third molar surgery, angular incision

## **1. Introducción**

### **ANTECEDENTES**

El Dr. Aboul Hosn y sus colaboradores presentaron una rara complicación ocurrida tras el intento de extracción del tercer molar incluido en una consulta odontológica bajo anestesia local. El paciente requirió ingreso en el servicio de urgencias para la extracción, de forma urgente, de la pieza a través de un abordaje cervical bajo anestesia general e intubación nasotraqueal por desplazamiento de la pieza hacia la fosa submandibular durante el intento de extracción ambulatoria. El paciente presentó signos evidentes de inflamación en la región submandibular con desplazamiento de la vía aérea hacia el lado opuesto. Las complicaciones derivadas de la cirugía del tercer molar son, en algunos casos, mortales y pueden aparecer tras un acto quirúrgico aparentemente de bajo riesgo. Estas complicaciones han sido ampliamente descritas en la literatura. Aún así consideramos importante el presentar complicaciones poco frecuentes en la cirugía del tercer molar ya que esto nos permitirá conocerlas y ofrecer la mejor solución en cada caso. (Aboul, Sieira, & Monner, 2009)

La Dra. Cristina Barona Dorado y sus colaboradores indican que las retenciones dentarias tienen una alta prevalencia en la población y conllevan múltiples complicaciones. Para evitar estas complicaciones se ha propuesto el uso de plasma rico en plaquetas, que contiene altas concentraciones de factores de crecimiento y estimulan diversas funciones biológicas, facilitando la cicatrización de tejidos duros y blandos, realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la evidencia científica disponible en relación a la aplicación de plasma rico en plaquetas en el alveolo post-extracción del tercer molar inferior retenido, se realizó la revisión sistemática de los artículos publicados en las bases de datos Medline, Embase, Cochrane y NIH. Se establecieron como límites: estudios clínicos aleatorizados, humanos. Las palabras clave fueron: platelet rich plasma, platelet rich plasma AND oral surgery, y

platelet rich in growth factors AND third molar. Entre los 101 artículos potencialmente válidos se seleccionaron siete, de los cuales se excluyeron cuatro, por no cumplir los criterios de calidad. Tres estudios que cumplieron con los criterios de selección y de calidad: Ogundipe y cols., Rutkowski y cols. y Haraji y cols. Estos estudios valoraron la actividad osteoblástica mediante escintigrafía, el dolor, el sangrado, la inflamación, la temperatura y el entumecimiento percibidos por los pacientes, el grado de densidad ósea radiológica, y la aparición de osteítis alveolar. Concluyen que la evidencia científica en relación a la utilización del PRP en la cirugía del tercer molar es muy baja, por lo que sería necesario realizar ensayos clínicos aleatorizados para poder establecer una recomendación clínica en su aplicación. (Barona, González, Martín, Arias, & González, 2014)

La Dra. Rosa Elena González indica que se opecisa la extracción del tercer molar inferior en un tratamiento de ortodoncia por una serie de alteraciones, una de ellas es la falta de espacio que ocasionan una grave sinagodoncia de toda su estructura dentaria es uno de los problemas de maloclusión de etiología multifactorial más frecuentes en la población. Los terceros molares no sólo por su incidencia y variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que desencadenan y que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales. Moyers definió al apiñamiento, como la desarmonía entre el tamaño de los dientes y el espacio disponible para ellos. Proffit y colaboradores comprobaron que al menos un tercio de la población tenía algún incisivo moderadamente irregular, y casi el 15% presentaba irregularidades extremas, siendo más frecuentes los problemas de irregularidades en la arcada inferior. Basándose en su etiología el apiñamiento fue clasificado por Van der Linden como primario, secundario y terciario. El primario es definido como una discrepancia innata entre el tamaño del diente y el tamaño de los maxilares, este es principalmente de origen genético; el secundario es causado por factores ambientales que actúan sobre la dentición; el

terciario se refiere al apiñamiento que se presenta mientras continua el crecimiento mandibular y puede ser de dos tipos, asociada a la dentición mixta o asociada a la presencia, formación y erupción del tercer molar inferior y a las fuerzas de mesialización de los dientes. Como uno de los diferentes factores etiológicos asociados a esta maloclusión se menciona la erupción de los terceros molares mandibulares. Se ha sostenido que los mismos pueden generar una fuerza anterior o movimiento mesial de los dientes posteriores lo cual traerá como consecuencia el apiñamiento de los incisivos inferiores. Sin embargo, esta fuerza mesial no puede ser detectada fácilmente. Richardson expuso que, para que el tercer molar erupcionara, se creaba un espacio mediante movimientos hacia delante del resto de los dientes de la arcada. Richardson y Niedzielska llegaron a la conclusión: -Si los terceros molares erupcionaban con espacio no producirían ningún problema en otros dientes. -Si erupcionan sin espacio, pueden agravar el problema ya existente de apiñamiento. Los tratamientos de ortodoncia, frecuentemente requieren la extracción de dichos molares para evitar que la presión ejercida hacia el frente provoque movimientos indeseados y/o fracasos de dichos tratamientos de ortodoncia. Dentro de complicaciones la más agresiva y peligrosa es la infección del área, ya que puede provocar además de dolor e imposibilidad para masticar, y si no se controla en un corto plazo puede poner en peligro la capacidad de respirar del paciente, y en casos graves la vida del paciente. El procedimiento quirúrgico es mucho más sencillo de lo que regularmente se cree, contamos con anestésicos y equipo quirúrgico que nos permite realizarlo dependiendo el caso, al finalizar se sutura con material reabsorbible que desaparece de la boca en una semana y media, de esa manera evitamos el retiro de suturas. Posterior a la extracción el paciente puede experimentar inflamación y molestias lo cual se controla totalmente con medicamentos que se prescriben en algunos casos previamente al procedimiento, como son antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y enjuagues bucales especiales. Cada paciente es diferente por lo que se requiere la evaluación previa y el

interrogatorio (historia clínica), para determinar el mejor tratamiento, y así disminuir ampliamente la posibilidad de complicaciones. (González, 2014)

La Dra. María del Carmen de la Barrera Núñez, realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el efecto antiinflamatorio y analgésico de la bromelina (extracto de piña) administrada oralmente en el postoperatorio de la exodoncia de los molares inferiores incluidos. Diseño del estudio: se trata de un estudio prospectivo, controlado con placebo, unicéntrico, de doble ciego y con un tamaño muestral de 34 pacientes. Como variables pre y postoperatorias al tercer (D3) y octavo día (D8), se valoraron la inflamación, dolor y apertura bucal, así como la necesidad de toma de fármacos analgésicos. Un grupo recibió bromelina 150 mg al día durante 3 días y 100 mg durante los días 4 a 7. El otro grupo recibió placebo en la misma posología. Todas las variables se registraron de manera cuantitativa y se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Resultados: Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas entre los grupos de tratamiento, se observó una tendencia a una menor inflamación y una mejoría en la apertura bucal en el grupo al que se le administró bromelina en comparación con el grupo al que se le suministró el placebo. Dicha tendencia puede atribuirse a razones completamente aleatorias, ya que no hay significancia estadística entre los resultados obtenidos. Conclusiones: Se necesitan más estudios que analicen distintas pautas y dosis de administración de bromelina para su uso en el postoperatorio de los terceros molares incluidos. (Barrera, y otros, 2014)

La Dra. Elizabeth Rodríguez reportó el caso de una paciente de 14 años de edad que presentaba una lesión dolorosa ubicada a nivel del cuerpo mandibular derecho en la zona de molares. Al examen clínico se observa una tumoración crepitante y dolorosa a la palpación. Al estudio imaginológico se sospechó de una lesión quística o tumoral de origen odontogénico, se realizó una biopsia por punzo aspiración y en el examen anatómico patológico se observaron colonias de actinomicas con lo cual se

concluyó con el diagnóstico de quiste dentífero sobreinfectado por Actinomicetes. Este tipo de quiste está asociado frecuentemente a terceras molares y es sometido a enucleación en la mayoría de los casos, pero al estar sobre infectado por una bacteria endógena de la cavidad oral requiere de tratamiento farmacológico por un tiempo prolongado. Es importante resaltar en este caso la importancia de la punzo aspiración antes del tratamiento definitivo. (Rodríguez, Arrascue, & Moreno, 2013)

Los terceros molares pueden presentarse total y/o parcialmente impactados, estos pueden ser mucosos, submucosos, o completamente impactados en el hueso maxilar, la técnica quirúrgica incluye un tipo de incisión, esta desempeña un papel fundamental en la cicatrización, presentamos una serie de incisiones descritas por diferentes trabajos, es criterio de cada profesional emplearla de acuerdo a sus necesidades y conveniencias. (Blanco, 2011)

### **TERCER MOLAR INFERIOR**

Se ubica en el maxilar inferior, podemos encontrar dos, uno izquierdo y el derecho, su calcificación comienza a los 9 años, comienza su erupción entre los 18 y 25 años, termina entre los 20 y 27 años. (Vivallos, 2011)

El tercer molar presenta las siguientes longitudes: alto total: 17 mm, coronaria: 7 mm y Radicular: 10 mm, cuenta con un diámetro mesiodistal de 10,5 mm y un diámetro vestibulolingual de 9,5 mm. Ocluye con:  $\frac{1}{4}$  distal del segundo molar y con el tercer molar superior. Participa de todas las características de irregularidad que muestra su homólogo superior. (Vivallos, 2011)

### **PORCIÓN CORONARIA:**

Tiene la mayor dimensión en el diámetro mesiodistal, sumamente desproporcionado. Su cara oclusal puede modificar su forma en razón del mayor o menos desarrollo del ángulo distovestibular. (Vivallos, 2011)

Cuando el molar es pentacuspídeo, 40% de los casos, adopta forma trapezoidal y recuerda la disposición del primer molar. (Vivallos, 2011)

Cuando es tetracuspídeo, 50% de los casos tal como el segundo, tiene forma cuadrangular. Cuando vestibular exagera su oblicuidad, en razón de la disminución del tamaño de la cúspide distovestibular, determina la forma triangular. (Vivallos, 2011)

Este tipo de presentación, junto con los que derivan de la adición de cúspides y tibérculos suplementarios, constituye el 10% restante. (Vivallos, 2011)

En cuanto a la irregularidad que se observan en los surcos de las caras oclusales. Les cabe las mismas consideraciones que las formuladas para el diente homólogo del arco superior. (Vivallos, 2011)

## **PORCIÓN RADICULAR.**

La presentación de la porción radicular es sumamente irregular, pudiendo aparecer uno de los siguientes casos:

**Unirradicular:** Forma bastante frecuente, la masa radicular se asemeja a una pirámide cuadrangular cuyas caras laterales se corresponden con las coronarias. Las caras vestibular y lingual están recorridas por dos surcos longitudinales, de los cuales el más profundo suele ser el lingual. Las desviaciones del eje radicular están generalmente orientadas hacia distal, desviación que se exagera en la porción apical. Es posible hallar dilaceraciones vestibulares o linguales; son muy raras las de dirección mesial. (Vivallos, 2011)

**Birradicular:** se incluyen en este grupo a los dientes que poseen dos raíces total o parcialmente diferenciadas; separadas como para permitir la instalación de un importante tabique intraalveolar o simplemente adosada. Las variaciones de dirección de la masa radicular y de cada porción en

particular son casi infinitas hacia distal, menos frecuente hacia vestibular y lingual y muy raras hacia mesial. (Vivallos, 2011)

**Multirradicular:** cuando aparecen más de dos raíces es porque se ha sumado otra suplementaria, que se corresponde generalmente con una cúspide supernumeraria. No es fácil hallar dientes tri y tetrarradiculados. Es los trirradiculares se aprecia la bifurcación de la raíz distal como forma más común; en los tetrarradiculados se bifurcan las dos raíces. (Vivallos, 2011)

**Relación coronorradicular:**

Frecuentemente se hallan una desviación distal de la raíz, exista o no fusión. En este último caso la más inclinada es distal. (Vivallos, 2011)

## **EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR**

La erupción de los terceros molares se produce alrededor de 20 a 25 años de edad y su impactación se produce cuando no hay suficiente espacio para su erupción, presencia de obstáculos anatómicos o tal vez se deba a causas genéticas. La detección temprana de los terceros molares y la eliminación temprana es preferible, debido a una mejor cicatrización, además que es mucho más fácil realizar la cirugía en pacientes más jóvenes, ya que las raíces no han terminado de desarrollarse. Vamos a realizar la eliminación dientes impactados cuando los beneficios de la extracción son mayores que las complicaciones. (Mendoza, 2015)

Entre las razones por la cual se deben retirar los terceros molares, se encuentran:

### **a. Prevención de la enfermedad periodontal**

Normalmente los dientes adyacentes a la muela del juicio impactada tienen alto riesgo de sufrir inflamación gingival, ya que es difícil de

mantener la zona limpia. Lo peor de todo, que favorece la aparición de las bolsas periodontales. (Mendoza, 2015)

#### **b. Prevención de la caries**

Es fácil que la caries se desarrolle en los terceros molares retenidos, e incluso en los segundos molares, ya que es difícil llegar a esa zona durante el cepillado dental y por lo tanto la acumulación de placa y la formación de caries en esa zona es preocupante. (Mendoza, 2015)

#### **c. Prevención de la pericoronaritis**

Pericoronaritis es la infección de los tejidos blandos alrededor de la corona del diente impactado y presenta síntomas tales como fiebre, trismus (engarrotamiento muscular maxilar), puede ocurrir. Atrapamiento de alimentos en los tejidos blandos del tercer molar puede ser una causa de pericoronaritis, más aún, esto puede ocurrir en episodios y aunque los síntomas pueden desaparecer pero usted puede contraer nuevamente la infección (pericoronaritis) en el futuro. Por lo tanto, la extracción de muela del juicio puede ser una solución para poner fin a su pesadilla en el futuro. (Mendoza, 2015)

#### **d. Prevención de Quistes y tumores**

Quistes, como el quiste dentígero puede suceder cuando los terceros molares retenidos se quedan en su lugar por un largo período, aunque no es muy común el desarrollo de un quiste en la zona. (Mendoza, 2015)

#### **e. Diente en la línea de fractura ósea**

Con la presencia del tercer molar, la mandíbula se debilita y puede ser susceptible de fractura. La remoción del tercer molar está indicado cuando la fractura de la mandíbula implica al diente, y antes de aplicar cualquier fijación se realiza la extracción. (Mendoza, 2015)

#### **f. Razón de ortodoncia**

El tercer molar puede contribuir a la aglomeración tardía de los dientes anteriores y es necesaria para eliminar y evitar que se produzcan. Los terceros molares dificultan el tratamiento de ortodoncia, cuando la retracción del primero y segundo molar es necesaria (Mendoza, 2015).

Las contraindicaciones de la eliminación de las muelas del juicio, como pacientes con enfermedades sistémicas, pacientes sometidos a radioterapia, con alto riesgo de dañar las estructuras vitales, etc Por lo tanto, es importante para juzgar si la supresión de las muelas del juicio le dará más beneficios que las complicaciones perjudiciales. (Mendoza, 2015)

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

La cirugía de terceros molares impactados y/o parcialmente impactados es el procedimiento más común en la cirugía oral y maxilofacial, la controversia en el tratamiento de los terceros molares está orientada por 2 corrientes filosóficas de profesionales, los intervencionistas que están a favor de la remoción profiláctica de los terceros molares impactados total y/o parcialmente sintomáticos y libre de alguna patología, amparados en las indicaciones para evitar una serie de complicaciones, sin embargo no hay evidencias científicas que afirmen o nieguen que todos estos procedimientos favorecen la salud del paciente. (Blanco, 2011)

### **Criterios de diagnóstico**

De acuerdo a su localización PELL y GREGORY, clasificaron los terceros molares de 3 formas: (Batista, 2014)

#### **Clase I:**

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. (Batista, 2014)

### **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. (Batista, 2014)

### **Clase III:**

Todo o casi todo el tercer molar esta dentro de la rama de la mandíbula. Se interrelaciona con la posición de la siguiente manera, dando nueve combinaciones posibles. (Batista, 2014)

### **Posición A:**

El punto más alto del diente incluido esta a nivel o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar. (Batista, 2014)

### **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. (Batista, 2014)

### **Posición C:**

El punto más alto del diente está al nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar. (Batista, 2014)

En el maxilar superior se valora la relación del tercer molar respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar. (Batista, 2014)

## **Procedimientos generales**

Por lo general para la realización de un procedimiento quirúrgico de tercer molar se utiliza el siguiente instrumental: Bisturí, hoja 15, micromotor,

fresas quirúrgicas en el caso de realizar osteotomía u odontosección, irrigación para no producir calor en la zona, elevadores, fórceps, cuchareta de alvéolo, instrumental de sutura. Todo esto va a depender del procedimiento que vallamos a realizar. (Batista, 2014)

### **Asepsia quirúrgica**

La asepsia quirúrgica es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos. La antisepsia es un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o en el interior de las cosas o los seres vivos. Con las medidas de asepsia y antisepsia evitaremos la contaminación de un paciente a otro por un agente patológico, la sobreinfección de una herida quirúrgica y la transmisión de una enfermedad infecciosa del cirujano o ayudante al paciente y viceversa. (Montilla, 2011 )

Como en cualquier campo o área de la Cirugía, los principios de la asepsia deben aplicarse a la Cirugía Bucal. A pesar de disponer de los antibióticos, no debemos descuidar la meticulosidad en la asepsia, ya que la infección puede acarrear el fracaso de la intervención quirúrgica, la aparición de complicaciones, o cuanto menos, prolongará el proceso de curación. La asepsia quirúrgica debe alcanzar al paciente, al cirujano y sus ayudantes, al instrumental, y también al mobiliario y local donde se va a hacer la intervención. (Montilla, 2011 )

### **INCISIÓN**

Dentro de La técnica quirúrgica incluye; diseño de colgajo, técnica de remoción ósea, método de seccionamiento del diente, colocación de drenajes, exposición intencional del alvéolo y técnica de sutura, trataremos la incisión, muchos autores han propuesto diferentes incisiones, cada una de estas ha sido propuesta para lograr un acceso

adecuado y disminuir los efectos secundarios del procedimiento como son; dolor, trismus, inflamación, alvéolo seco e infección, reducir las complicaciones ha sido el propósito de los planteamientos de muchos estudios sobre el uso de estas incisiones. (Blanco, 2011)

Otra gran preocupación son los defectos periodontales que podrían surgir en la superficie distal al 2º molar después de la remoción de terceros molares impactados, se han reportado publicaciones de frecuencia de alteraciones periodontales, relacionados con la edad, inclinación del molar, placa visible en la superficie distal al 2º molar. Pero estos problemas periodontales presentan resultados contradictorios de acuerdo a los estudios reportados, mientras unos reportan una disminución de la altura ósea distal al 2º molar, después de la extracción del molar impactado, otros manifiestan que se incremento la altura después de la cirugía, esta altura puede verse afectada con el sólo hecho de levantar un colgajo sin osteotomía. (Blanco, 2011)

Para Nageshwar, La incisión no debe realizarse sobre defectos óseos, ni cortar el musculo o tendón, estas incisiones no deben ser muy extensas, estas podrían influenciar en las consecuencias desafortunadas de la extracción. El diseño de colgajo según Karaca, usado durante la cirugía de remoción de terceros molares impactados previene complicaciones relacionadas con el estado periodontal del 2º molar. Suárez et al consideran que este diseño tiene influencia en la cicatrización primaria, esta evita la dehiscencia de la herida y se ha evaluado la técnica de sutura para lograr este cierre, para Sanchis et al opinan que el cierre primario evita el drenaje del alvéolo y empeora el postoperatorio de inflamación y dolor, optan por colocar drenes, obteniendo un postoperatorio menos doloroso. (Blanco, 2011)

El colgajo envolvente según Kirk et al, presenta una incidencia de dehiscencias de la herida, lo que podría inducir a un alveolo seco y un periodo post-operatorio doloroso e incomodo, daño a nivel de las fibras de inserción periodontales a nivel cervical cuando se realiza la incisión, el

colgajo triangular presenta un índice de inflamación mayor y mejor visibilidad operatoria. (Blanco, 2011)

Sandhu et al reportan en su estudio de comparación de dos tipos de colgajos, el colgajo envolvente presento mayor inflamación y dehiscencia que el colgajo tipo bayoneta (Triangular) usado para comparar los efectos de dolor, inflamación, trismus, dehiscencia de la herida después de la exodoncia de terceros molares impactados, el grado de inflamación según diversos autores está influenciado por el grado de erupción (Parcial o Total) y la angulación, para ellos no hubo diferencias y hubo una incidencia de inflamación muy baja de molares verticales comparadas con los mesio-angulares, el grado de inflamación no estuvo relacionado con la duración de la cirugía. Para Arta et al, el tipo de incisión no tiene efectos sobre la salud periodontal distal al segundo molar, pero podría influenciar en la cicatrización primaria de la herida y un grado de osteítis alveolar. (Blanco, 2011)

Martins et al, realizaron una comparación de 2 tipos de colgajos (Semejantes al Avellanal y Marzola) y no encontraron diferencias significativas referentes a la cicatrización periodontal al segundo molar y consideran que deben analizarse otros factores como son; edad del paciente, superficie de contacto entre 2º y 3º molar, tamaño del folículo pericoronario, presencia de inflamación periodontal pre-existente, tipo de retención, cantidad de hueso removido, cantidad de encía adherida distal al 2º molar, proximidad con la rama ascendente de la mandíbula y tipo de sutura y habilidad del profesional. (Blanco, 2011)

## **PROTOCOLO QUIRÚRGICO**

Primero se debe realizar una radiografía retroalveolar que exponga la zona del tercer molar, luego se debe realizar el diseño del colgajo.

Se realiza la preparación quirúrgica del paciente, se realiza la asepsia de la zona a intervenir, se coloca anestesia tópica, para después aplicar anestesia local, en ocasiones es necesario utilizar anestesia general.

Se realiza la incisión tomando como base el diseño realizado previamente, el colgajo debe tener un buen espesor para tener un buen abordaje al plano óseo, se realiza el despegamiento del colgajo mucoperiostico.

Se realiza la ostectomia, la odontoseccion y exodoncia generalmente con la ayuda de un elevador se realiza la ablución del tercer molar de su alveolo, se realiza la limpieza de la herida operatoria, la cavidad resultante debe ser revisada para cerciorarse de que no exista tejidos o restos de ascos pericoronarios, se debe procurar dejar una cavidad limpia.

Se realiza la reposición del colgajo y se procede a la sutura.

## **SUTURA**

La sutura consiste en la reposición de los tejidos blandos que están separados debido a un traumatismo o una acción quirúrgica. Se realiza como último paso de cualquier técnica operatoria. Los bordes cruentos de la herida operatoria, fruto de la incisión, deben adaptarse uno al otro consiguiendo un afrontamiento perfecto, sin tensión, con una adaptación óptima de los diferentes planos y preservando siempre la correcta irrigación de los labios de la herida. (Montilla, 2011 )

La sutura, al unir los bordes de la herida, asegura su curación o cicatrización por primera intención, además de favorecer una buena hemostasia. Asimismo esto repercute en la exigencia de un menor cuidado postoperatorio por parte del paciente y del odontólogo. Las suturas en la cavidad bucal juegan un papel hemostático y cicatricial evidente, y queda en un segundo plano la valoración estética. (Montilla, 2011 )

Con la sutura reponemos el colgajo a la situación inicial, colocando los puntos siempre de la parte móvil (colgajo) a la parte fija (zona no intervenida). Los primeros puntos son los de los ángulos de la incisión y los últimos, la sutura de las descargas verticales. Normalmente efectuamos puntos sueltos y sólo en casos especiales hacemos sutura continua. (Montilla, 2011 )

Debemos intentar conseguir un contacto borde a borde de los labios de la incisión. En ningún caso, tenemos que traccionar o estirar los tejidos con una tensión excesiva que los desgarrará, y se perderá entonces el cierre deseado. El cirujano debe estar en una posición confortable y relajada, con los codos apoyados contra el cuerpo o sostenida de tal manera que el movimiento quede limitado solamente a la muñeca y los dedos. La estabilidad de esta postura permite movimientos más suaves y precisos. (Montilla, 2011 )

Los puntos de sutura deben coger más tejido de la zona profunda, para conseguir así la ligera eversión de los bordes de la herida. La sutura debe incluir todo el grosor de la mucosa bucal, y las agujas deben atravesar espesores iguales en ambos lados y ser equidistantes de la línea de incisión. La sutura es más precisa cuando los bordes unidos son del mismo grosor. (Montilla, 2011 )

La sutura puede ser discontinua o continua.

#### **a. Sutura discontinua, interrumpida o de puntos sueltos**

Consiste en efectuar puntos independientes uno de otro, fijados con un nudo cada uno de ellos y a una distancia media de 0,5 a 1 cm entre ellos. Es el método más utilizado, tanto para incisiones pequeñas como en grandes colgajos. (Montilla, 2011 )

#### **Punto simple**

Con las pinzas de disección sujetamos uno de los bordes cruentos de la herida quirúrgica e introducimos la aguja montada en el porta agujas en todo su grosor y a unos 4 a 8 mm del borde; retiramos la aguja y la remontamos para introducir nuevamente desde la profundidad hacia la superficie, siempre con el mismo espesor, en la misma línea, equidistante del borde, y con la curvatura adecuada. Siempre debe cogerse más tejido de la profundidad que de la zona más superficial. Finalmente se toma el hilo de sutura con la mano izquierda y con el porta agujas en la mano derecha se efectúan los nudos necesarios hasta aproximar los labios de la herida. Apretamos el nudo con el porta agujas o con las manos y lo dejamos sobre uno de los lados de la incisión. (Montilla, 2011 )

Este punto simple puede anudarse, ya sea haciendo cada vez sólo una vuelta de hilo alrededor del porta agujas, dando siempre dos vueltas de hilo, o como preferimos nosotros primero hacer dos vueltas y luego repetir una o dos veces nudos con una sola vuelta de hilo. (Montilla, 2011 )

### **Punto de Blair-Donati**

El punto se realiza como un punto simple, pero en este caso existe un doble recorrido en el mismo plano transversal pero en distinta profundidad uno de otro. El recorrido es "cerca-cerca y lejos-lejos" respecto a los bordes cruentos; el segundo recorrido se hace a mayor profundidad que el primero. Se practican finalmente los nudos de la forma descrita anteriormente. El recorrido puede ser también "lejos-lejos y cerca-cerca". Es un punto en vertical que se utiliza cuando es necesaria cierta tensión en los bordes de la herida. (Montilla, 2011 )

### **Punto de colchonero**

Es un punto de doble recorrido a distinto plano transversal pero en el mismo plano horizontal. Su realización es muy sencilla, ya que consiste en poner un punto simple como ya se ha descrito, pero a continuación se efectúa otro del mismo tipo en sentido contrario y a 3 ó 5 mm más arriba o

abajo que el anterior. Aumenta la superficie de contacto entre los labios de la herida de modo que favorece la cicatrización. (Montilla, 2011 )

#### **b. Sutura continua**

Este tipo de sutura se utiliza en grandes incisiones o desgarros de la mucosa bucal (zona yugal, labial, etc.) y en la sutura de las incisiones sobre la mucosa alveolar en técnicas quirúrgicas preprotésicas e implantológicas. En la piel se indica su uso con mucha más frecuencia, por las dimensiones de las incisiones y el ahorro de tiempo que significa no anudar cada punto. (Montilla, 2011 )

### **COMPLICACIONES EN EXODONCIAS DEL TERCER MOLAR**

Es fundamental que el paciente siempre ha de sentirse cómodo cuando esté con el dentista y asegurarse de que está preparado mental y físicamente para todo lo que pudiese ocurrir. (Vieira, 2014)

Se Define como una “complicación” a un evento desagradable que ocurre durante o después de una intervención. En el caso de que este suceso no fuera advertido, tratado o su tratamiento no fuera correcto podría llegar a provocar serias consecuencias o secuelas al paciente. (Vieira, 2014)

Las complicaciones que pueden surgir a la hora de extraer el tercer molar son las mismas que a la hora de extraer cualquier otro diente, podría ser debido a la complejidad de la técnica de extracción de un diente incluido. (Vieira, 2014)

Podemos dividir las complicaciones entre las intraoperatorias, que suceden mientras está ocurriendo la operación, las posoperatorias inmediatas que son las que suceden en las 24 horas tras la operación y las tardías, que son las que podrían surgir pasadas las 24 horas y que podrían incluso dejar secuelas. (Vieira, 2014)

## COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

**Hemorragia:** Una hemorragia podría ser causada por la lesión de algún vaso de cierto calibre que al lesionarse pueda sangrar y no permitir que el dentista vea el campo de la operación. El tratamiento de estos casos consistiría en clampar el vaso sangrante con una pinza hemostática tipo mosquito, y posteriormente hacer una ligadura o electrocuagulación del vaso. (Vieira, 2014)

**Fracturas:** Durante la extracción del tercer molar se puede llegar a producir una fractura de una de las raíces del molar por cualquiera de sus partes o también se puede producir daños a algún diente vecino. Las fracturas normalmente se producen por aplicar una fuerza excesiva con el botador en el momento de su luxación. (Vieira, 2014)

**Desplazamientos:** Los desplazamientos que pueden ocurrirse en algún fragmento o en todo el tercer molar se pueden llegar a producir muy a menudo por intentar extraerlos con los elevadores. Los desplazamientos más frecuentes de la mandíbula son hacia el conducto dentario inferior, el suelo de la boca y el espacio submandibular. (Vieira, 2014)

**Dilaceraciones de los tejidos blandos:** Los desgarros ocasionados en la mucosa normalmente son causados por un diseño inadecuado del colgajo, cuando este es insuficiente y el separador aplica una excesiva tensión en los extremos de la incisión. También podrían causarse quemaduras y abrasiones sobre el labio anestesiado al aplicar la pinza de mano recalentada durante la ostectomía o la odontosección. (Vieira, 2014)

**Enfisema subcutáneo:** Un enfisema subcutáneo ocurre normalmente por la utilización de la turbina en la exodoncia quirúrgica. Se trata de una incursión de aire en los tejidos profundos faciales. Si esta complicación llegase a ocurrir sería necesaria la hospitalización del paciente

urgentemente para realizar un control y controlar la infección. (Vieira, 2014)

**Lesiones nerviosas:** Durante la extracción del molar se pueden lesionar en distinto grado, el nervio lingual como el nervio dentario inferior. Estas lesiones pueden causar alteraciones transitorias o permanentes del nervio afectado. (Vieira, 2014)

## **COMPLICACIONES POSOPERATORIAS**

De las complicaciones posoperatorias podemos encontrar dos tipos, las complicaciones inmediatas, que son las que se dan a ver al poco tiempo de finalizar la operación y las complicaciones tardías que podemos observarlas al cabo de unos días tras la operación. (Vieira, 2014)

**Complicaciones posoperatorias inmediatas:** Entre las primeras 12 y 24 horas tras la operación, es normal un ligero sangrado que puede aparecer, es controlable poniendo un poco de presión con una gasa. Pero en caso de que sea bastante cantidad de sangre ya hay que estar mucho más atentos al paciente y realizar controles de las constantes vitales: Controles de la respiración, el pulso y la tensión arterial. Se deberá realizar una exploración quirúrgica de la zona operatoria para la localización y solución del origen de la hemorragia. (Vieira, 2014)

Pueden provocarse hematomas en la piel del paciente, debido a la colección sanguínea que llega a disecar los planos faciales o el periostio, y todo se traduce clínicamente por la aparición de tumefacción, equimosis y la palpación de una masa de consistencia dura. (Vieira, 2014)

Otra de las complicaciones más frecuentes es el Trismo, tras la operación muchos pacientes presentan una incapacidad o limitación para abrir la boca hasta los límites normales. Esto puede ser a causa de varias

razones como serían: La contracción muscular protectora debido a la inflamación, el dolor postoperatorio, la presencia de infección en los espacios vecinos o también podría ser a causa de una lesión de una articulación temporomandibular durante la intervención quirúrgica. (Vieira, 2014)

También se pueden dar casos donde el paciente presente la aparición de vesículas herpéticas u otras apariciones desagradables que son producidas mayoritariamente por el estrés psicológico. (Vieira, 2014)

Y por último, hay varios pacientes que demuestran rechazos y reacciones a los medicamentos que les mandan, debido a que puedan tener algún tipo de intolerancia digestiva, dolor gástrico o abdominal, vómitos... O también manifestaciones alérgicas. (Vieira, 2014)

Complicaciones postoperatorias tardías: Tras completar la operación puede ocurrir que algún paciente note un dolor muy fuerte en la zona operada a los 3 o 4 días después de haberla realizado, eso podría tratarse de varios problemas que deberían vigilarse y llegar a tratarse para poder evitar que llegue a algún problema mayor. (Vieira, 2014)

Uno de los problemas más comunes y frecuentes es que la herida, a pesar de haberse limpiado y curado, se infecte. La infección puede haber aparecido por diversos motivos como por ejemplo, deberíamos considerar una pericoronaritis o un absceso dentario. Con un antibiótico correcto es generalmente suficiente para controlar esta complicación. (Vieira, 2014)

También podríamos encontrar en algún paciente la formación de secuestros, que suelen aparecer cuando la herida quirúrgica no se desbrida correctamente, creando una infección que puede infectarse y ocasionar una supuración o formación de tejido de granulación. (Vieira, 2014)

## **2. Objetivo**

Aplicar el protocolo quirúrgico descrito en el Texto de Cirugía Oral de Matteo Chiapasco usando la incisión angular y la sutura tipo colchonero horizontal para la exodoncia del tercer molar.

## **3. Desarrollo del caso**

### **3.1 Historia clínica del paciente**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**  
**CLINICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL**

FECHA: 20/02/2016 FICHA DE ADMISION: 85084

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: <u>Mianuxi León Vines</u>	Edad: _____	Ocupación: <u>Estudiante</u>
Dirección: _____	Telef: <u>0970140091</u>	

**2. ANAMNESIS**

Motivo de consulta: <u>"Quiero que me saquen el 3º molar"</u>
Historia de la enfermedad actual: <u>Asintomático</u>

**3. ANTECEDENTES PERSONALES**

	SI	NO	Describir lo anormal						
Habitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicamentos?	<input checked="" type="checkbox"/>	Consumo alcohol?	<input type="checkbox"/>	Consumo drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedades sistémicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	HTA	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergias	<input checked="" type="checkbox"/>	
Antecedentes quirúrgicos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exodoncias?	<input checked="" type="checkbox"/>	Hemorragias?	<input type="checkbox"/>	Complicaciones?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Enf. contagiosas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis A, B	<input checked="" type="checkbox"/>	VIIH	<input checked="" type="checkbox"/>	
Padres viven	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanos	<input checked="" type="checkbox"/>	HTA	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	

Especifique.....

**4. INTERROGATORIO POR SISTEMAS**

	N	A	Describir lo anormal
Respiratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardio Vascular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Digestivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Especifique.....

**5. EXAMEN CLÍNICO POR APARATOS : Inspección, palpación, percusión y auscultación.**

Respiratorio <u>Normal</u>	FR:	ESTERTORES:	
Cardio vascular <u>Normal</u>	PR:	FC:	T/A:

Especifique.....

**6 EXAMEN CLÍNICO REGIONAL: Cara.**

**6.1 Examen extraoral:**

	N	A	Describir lo anormal
Simetría facial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tercios faciales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ATM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N: Normal A: Anormal

Especifique.....

**6.2 Examen intraoral:**

	N	A	Describir lo anormal
Tejidos Blandos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tejidos duros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Especifique.....

8. CONDUCTA A SEGUIR: Exodoncia de pieza # 38

9. EXAMEN COMPLEMENTARIO:  
9.1 BIOMETRIA HEMATICA

GR: 4'6 | GB: 7,8 | HB: 12,9 | HTCD: 39 | TC: 3'45 | TS: 1'15 | PLAC: 296,000 | GUCEMA: 83

Describir lo anormal:

9.2 INTERPRETACION RADIOGRAFICA

DIAGNOSTICO RX:

PELL Y GREGORY: CLASS: II POSICION: B

LP: Normal

LA: Normal

TRABECULADO: Normal

10. INDICACIONES PREOPERATORIAS

INDICACIONES: No escurrir, reposo por 24 horas, no hacer buchadas.

MEDICACION:

ANTIBIOTICOS: Amoxicilina cp 500 mg # 21 tomar 1 c/8h por 7 días

ANEST: Ibuprofeno tab 400 mg # 30 tomar 1 c/6h por 5 días

ANTISEPTICOS:

OTROS: Paracetamol tab 500 mg # 9 tomar 1 c/8h por 3 días

11. TECNICA QUIRURGICA PROGRAMADA

12. DESCRIBIR EL ACTO QUIRURGICO

Asepsia extra e intra bucal, anestesia troncular de los nervios dentario inferior, lingual y bucal, incision angular, levantamiento del colgajo, osteotomia con tresa 203, luxacion, extraccion propiamente dicho, limpieza del alveolo utilizando la cureta de Lucas, sutura con 3-0 aguja de 17mm - sutura tipo colchonero horizontal

Fecha: 17/03/2016	Hora de inicio: 10:00	Hora de terminación: 12:00	Profesor responsable:
-------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------

13. BIOPSIA O CULTIVO:

14. DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

15. PRONOSTICO:

16. INDICACIONES Y TRATAMIENTO POST QUIRURGICO:

17. CONTROL POST QUIRURGICO:

Fecha	Procedimiento

### 3.1.1 Identificación del paciente

Nombre: Mariuxi Lisbeth León Vincés

Fecha de nacimiento: 06/12/1990

Edad: 25 años

Cedula de Identidad: N° 0704260280

Ficha de Admisión Facultad de Odontología: N° 85084

Dirección: Sauces 2 mz F 50 villa 3

Ocupación: Estudiante Estado Civil Soltera

Teléfono: 0978740091

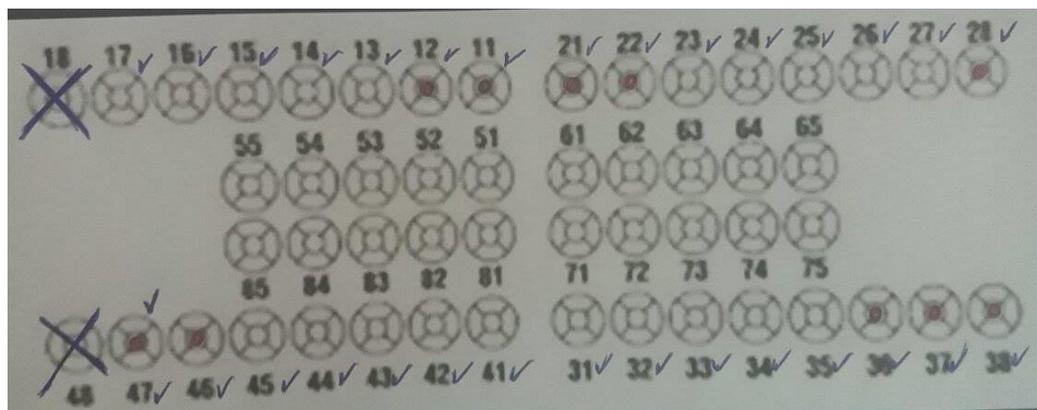
### 3.1.2 Motivo de consulta

La paciente acude a la consulta Asintomática manifestando que es remitida por el Ortodontista.

### 3.1.3 Anamnesis

Paciente de Sexo femenino de 25 años de edad asintomático, no refiere antecedentes personales, no toma medicamentos, no consume alcohol ni drogas no es diabética, hipertensa ni alérgica, ha sido intervenida quirúrgicamente por 2 ocasiones (cesárea), se realizo hace 1 año la Exodoncia de las piezas dentales 18 y 48 por indicación del ortodoncista, no padece enfermedades contagiosas, tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial

### 3.2 Odontograma



En el maxilar superior encontramos: ausencia de la pieza 18, caries en la cara palatina de las piezas 12, 11, 21, 22 y en la cara oclusal de la pieza 28.

En el maxilar inferior encontramos: ausencia de la pieza 48, caries en la cara oclusal de las piezas 47, 46, 36, 37 y 38.

### **3.3 Imágenes**

#### **3.3.1 Examen extraoral**

**Foto 1 Vista Frontal**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

**Foto 2 Vista Lateral derecha**



Autora: María Belén Vega  
Fuente: Propia de la Investigación.

**Foto 3 Vista Lateral Izquierda**



Autora: María Belén Vega  
Fuente: Propia de la Investigación.

### 3.3.2 Examen intraoral

**Foto 4 Arcada superior**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se observa arcada superior de forma ovoide con presencia de 15 piezas dentarias , caries en la cara palatina de las piezas 12, 11, 21, 22 y en la cara oclusal de la pieza 28 y ausencia de la pieza 18.

**Foto 5 Arcada inferior**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Arcada inferior de forma ovoide encontramos: caries en la cara oclusal de las piezas 47, 46, 36, 37 y 38, ausencia de la pieza 48 y retención de la pieza 38

**Foto 6 Ambas arcadas en oclusión frontal**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Obervite de 0,5 mm (normoclusión)

**Foto 7 Oclusión lateral derecha**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se observa clase I de Angle es decir una oclusión mutuamente protegida

**Foto 8 Oclusión lateral izquierda**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se observa clase I de Angle es decir una oclusión mutuamente protegida

**Foto 9 RX**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se puede apreciar el 3<sup>a</sup> molar inferior en posición vertical dentro de la rama de la mandíbula.

### 3.4 Diagnóstico

- a) Caries
- b) Placa Bacteriana
- c) Pieza dental # 48 Parcialmente Retenido

### 4. Pronóstico

Ya que el soporte óseo es adecuado, no posee movilidad dental, edentulismo ni pérdida de la dimensión vertical el pronóstico es favorable para el paciente.

### 5. Planes de tratamiento

Exodoncia del tercer molar utilizando la incisión angular, por la posición del tercer molar en la rama de la mandíbula y sutura tipo colchonero horizontal, ya que la sutura tipo colchonero posee una correcta eversión de los bordes de la herida además de que soporta bien tensiones locales y tiene mayor grado de isquemia local.

### 5.1 Tratamiento

#### PLAN DE TRATAMIENTO

**Foto 10 Asepsia extraoral**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se observan labios y comisuras labiales sanos, luego se desinfecto el exterior de la boca con solución de yodopovidona

### Foto 11 Asepsia intraoral

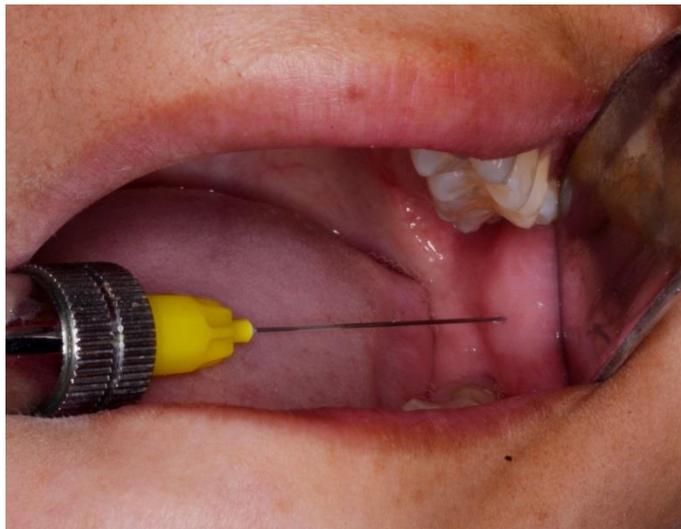


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se observan tejidos duros y blandos sin patología aparente y se desinfecto incluyendo la lengua con una solución de yodopovidona

### Foto 12 Anestesia



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Se procedió hacer anestesia troncular utilizando Lidocaína al 2% ya que la paciente en la anamnesis manifestó no padecer de enfermedades cardiacas ni sistémicas bloqueando así los nervios dentario inferior, lingual y bucal.

### **Foto 13 Incisión angular**

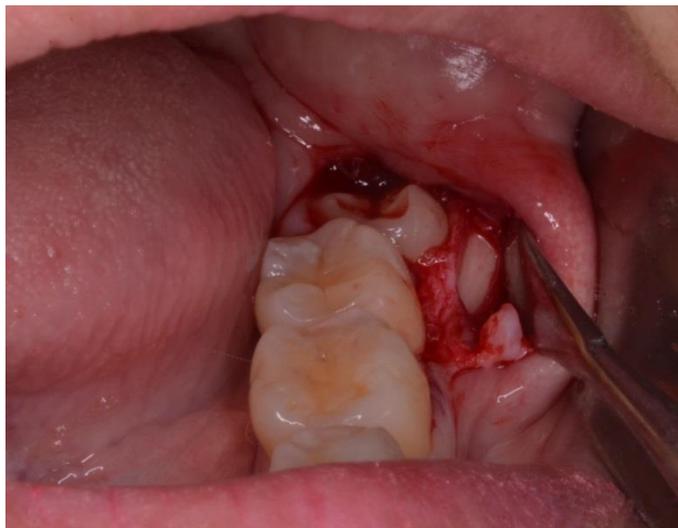


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Utilizando un mango #3 con una hoja de bisturí # 15 se realizó una incisión lineal en el borde externo de la rama ascendente de la mandíbula, con una descarga vestibular a nivel del segundo molar

### **Foto 14 Levantamiento de colgado**

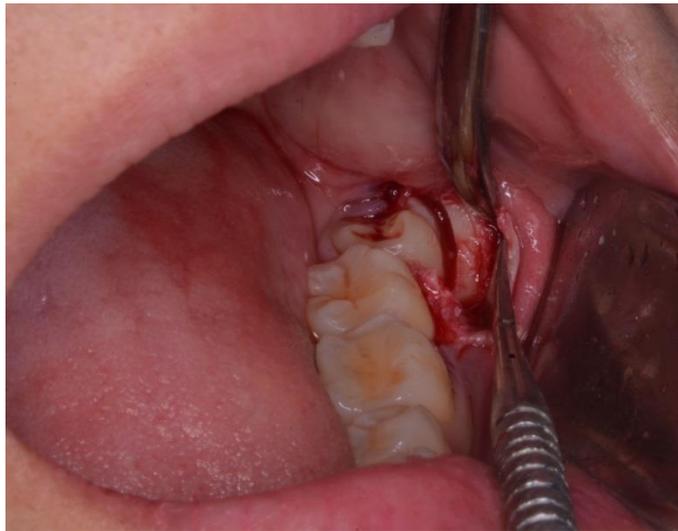


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

El levantamiento de colgajo permite un buen acceso al campo operatorio para esto utilizamos la legra o periostotomo desprendiendo suavemente el periostio del hueso

### Foto 15 Osteotomía 1



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

En este acto se procedió a la trepanación del hueso que rodeaba la porción coronaria del tercer molar para facilitar el acceso quirúrgico y su posterior remoción

### Foto 16 Luxación

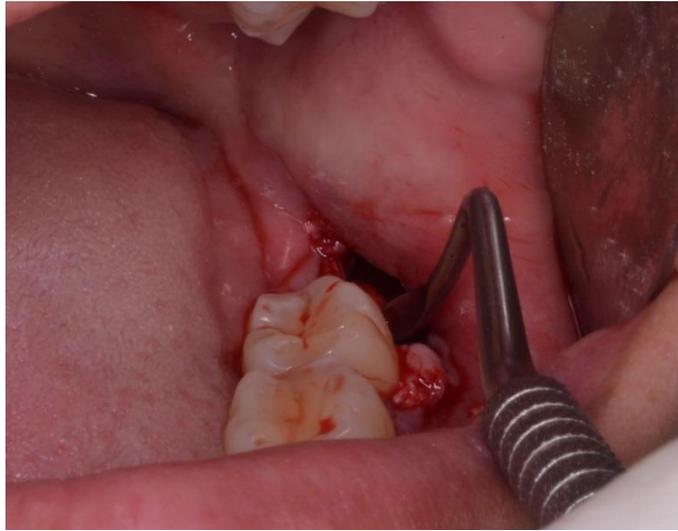


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación

Utilizando un elevador recto cuya parte activa es fina lo aplique entre el hueso y la raíz del tercer molar y con ligeros movimientos se desplazó la pieza dental a lo largo de la pared alveolar

### Foto 17 Curetaje del alveolo

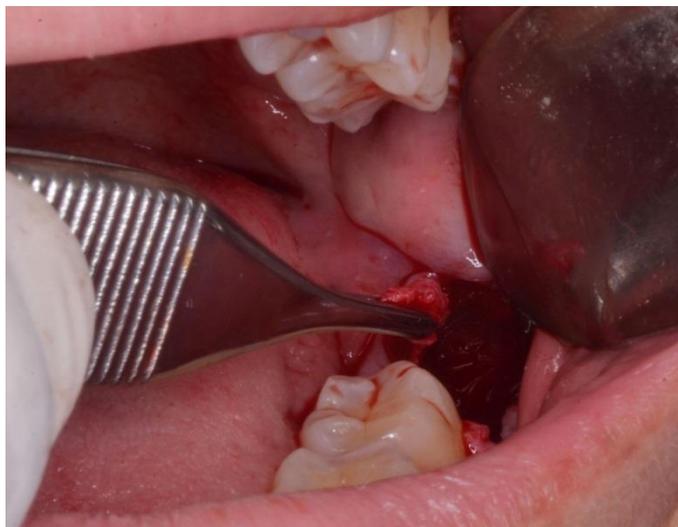


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Pasando el dedo índice para cerciorarme que no existan irregularidades o espículas óseas se procedió a la limpieza del alveolo utilizando la Cureta de Lucas con ligeros movimientos de rotación e irrigando con Cloruro de sodio se limpia la cavidad

### Foto 18 Extracción de saco pericoronario

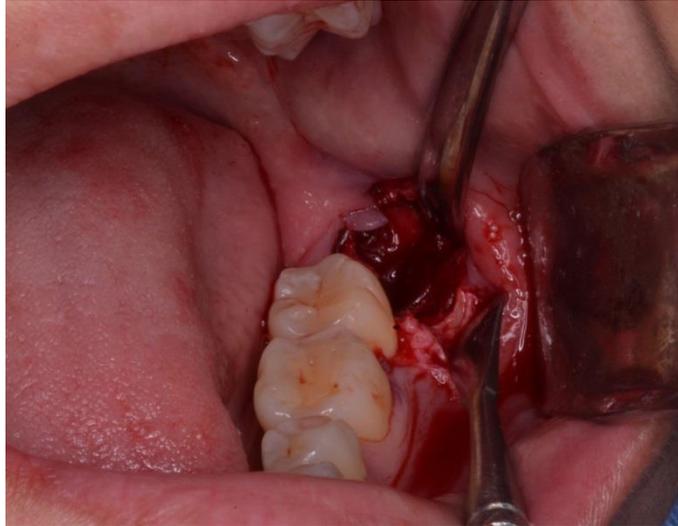


Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación

Con la pinza de Adson se procede a la remocion del saco Pericoronario

Foto 19 Cavity limpia



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Podemos observar la cavidad limpia para la posterior formación del coágulo y cicatrización

**Foto 20 Sutura tipo colchonero horizontal**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

Utilizando Un hilo de sutura reabsorbible Vicryl (poliglactina) 4-0 con aguja de 17mm procedi a unir los bordes de del colgajo

**Foto 21 Pieza dental extraída**



Autora: María Belén Vega

Fuente: Propia de la Investigación.

La pieza dental extraída con éxito

## **6. Discusión**

En esta investigación, los doctores Sergio Olate, Juan Pablo Alister\*; David Thomas\*; Ricardo Alveal\* & Alejandro Unibazo\* hicieron un Se diseño un estudio de tipo longitudinal, prospectivo, desarrollado durante un periodo de 6 meses, incluyendo pacientes que consultaron por exodoncia de terceros molares en la División de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de La Frontera; los sujetos accedieron voluntariamente al estudio, firmando un consentimiento informado que indicaba los alcances de la investigación. la dificultad operatoria (definida por la escala de Pedersen) y la posición del molar (definida por la clasificación de Pell y Gregory y la clasificación de Winter) presentaron claras influencias sobre el tiempo quirúrgico de la intervención lo que esta en acuerdo con otros autores se ha señalado que la experiencia del cirujano es fundamental en el diagnóstico y previsión del tiempo quirúrgico del procedimiento (Macluskey et al., 2005). Un interesante estudio de Susarla & Dodson (2005) demostró que cirujanos y residentes de cirugía oral y maxilofacial presentaban similares condiciones para evaluar la dificultad quirúrgica de cirugías de terceros molares, siendo independiente

de la experiencia de ellos; los sujetos de muestra coincidieron en que las variables anatómicas son las de mayor importancia en la dificultad quirúrgica, seguidas de las variables quirúrgicas y finalmente las demográficas, lo que se relacionó positivamente con los fenómenos quirúrgicos de la exodoncia. (Olate, 2014)

En nuestro caso realizamos la extracción de un tercer molar en posición vertical, por medio de una cirugía abierta realizamos incisión angular luego osteotomía y luxamos la pieza dentaria por medio de este procedimiento logramos la extracción del tercer molar, la evolución del paciente fue satisfactoria y debido a que no posee movilidad dental, edentulismo ni pérdida de la dimensión vertical el pronóstico es favorable para el paciente.

## **7. Conclusiones**

Los terceros molares en un alto grado presentan molestias, debido a que son los de formación más tardía, por los problemas que suelen aparecer al momento en que se debe realizar la erupción de los mismos, en muchos pacientes deben ser extraídos.

La técnica anestésica troncular garantiza el bloqueo nervio dentario inferior, de manera que se puede trabajar con completa libertad.

La realización del colgajo es necesaria ya que no presentan alteraciones a nivel periodontal después de la exodoncia, permite una mejor visualización del área de trabajo, además permite una recuperación más rápida del paciente luego de la extracción dentaria.

La sutura tipo colchonero posee una correcta eversión de los bordes de la herida además de que soporta bien tensiones locales, no hubo complicaciones con la misma, la paciente se recupero satisfactoriamente.

## **8. Recomendaciones**

Se recomienda que el paciente sometido a la remoción de tercer molar mantenga una dieta blanda durante tres días después de la extracción dentaria.

De igual modo se recomienda farmacoterapia post quirúrgica para eliminar focos infecciosos después de la extracción dentaria.

El retiro de las suturas gingivales se lo debe realizar a los 7 días, aunque utilizemos suturas reabsorbibles.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aboul, H., Sieira, G., & Monner, D. (2009). Una rara complicación en la extracción del tercer molar inferior incluido. Caso clínico. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 31(5), 333-336. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1130-05582009000500006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1130-05582009000500006)
2. Barona, C., González, I., Martín, M., Arias, Ó., & González, J. M. (2014). Eficacia de la aplicación del plasma rico en plaquetas en el postoperatorio del tercer molar inferior retenido. Revisión sistemática. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 19(2), 133-139. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4681548>
3. Barrera, M. d., Yáñez, R. M., Batista, A., Heurtebise, J. M., Castillo, R., & Torres, D. (2014). *Estudio clínico prospectivo a doble ciego para evaluar la eficacia de la Bromelina en el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4844412>
4. Batista, M. A. (30 de Junio de 2014). *EXTRACCIÓN QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES*. Obtenido de <http://ale071920.blogspot.com/2014/06/extraccion-quirurgica-de-terceros.html>
5. Blanco, G. (2011). *INCISIONES PARA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA*. Obtenido de <http://www.redoe.com/ver.php?id=129>
6. González, R. E. (2014). *Extracción del tercer molar inferior por apiñamiento dental en el tratamiento de ortodoncia*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
7. Mendoza, F. (4 de Noviembre de 2015). *Razones para extraer los terceros molares*. Obtenido de <http://www.ortodonciaestetica.pe/razones-para-extraer-las-terceras-molares/>

8. Montilla, S. B. (2011 ). *Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares superiores semiretenidos*. Guayaquil: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL .
9. Olate, S. (2014). Posición del Molar y Tiempo Quirúrgico en la Exodoncia de Terceros Molares Inferiores. *Int. J. Med. Surg. Sci.*,. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852012000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000600002)
10. Propdental. (2014). *Complicaciones en exodoncias del tercer molar*. Obtenido de <https://www.propdental.es/blog/odontologia/complicaciones-exodoncias/>
11. Rodríguez, E., Arrascue, M., & Moreno, D. (2013). *Quiste dentífero asociado a tercer molar inferior sobreinfectado por actinomicetes. Reporte de Caso*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539374007.pdf>
12. Vivallos, A. (22 de Octubre de 2011). *Tercer Molar Inferior*. Obtenido de tutorial anatomia: <http://tutorialanatomia.blogspot.com/2011/10/tercer-molar-inferior.html>

## **ANEXOS**



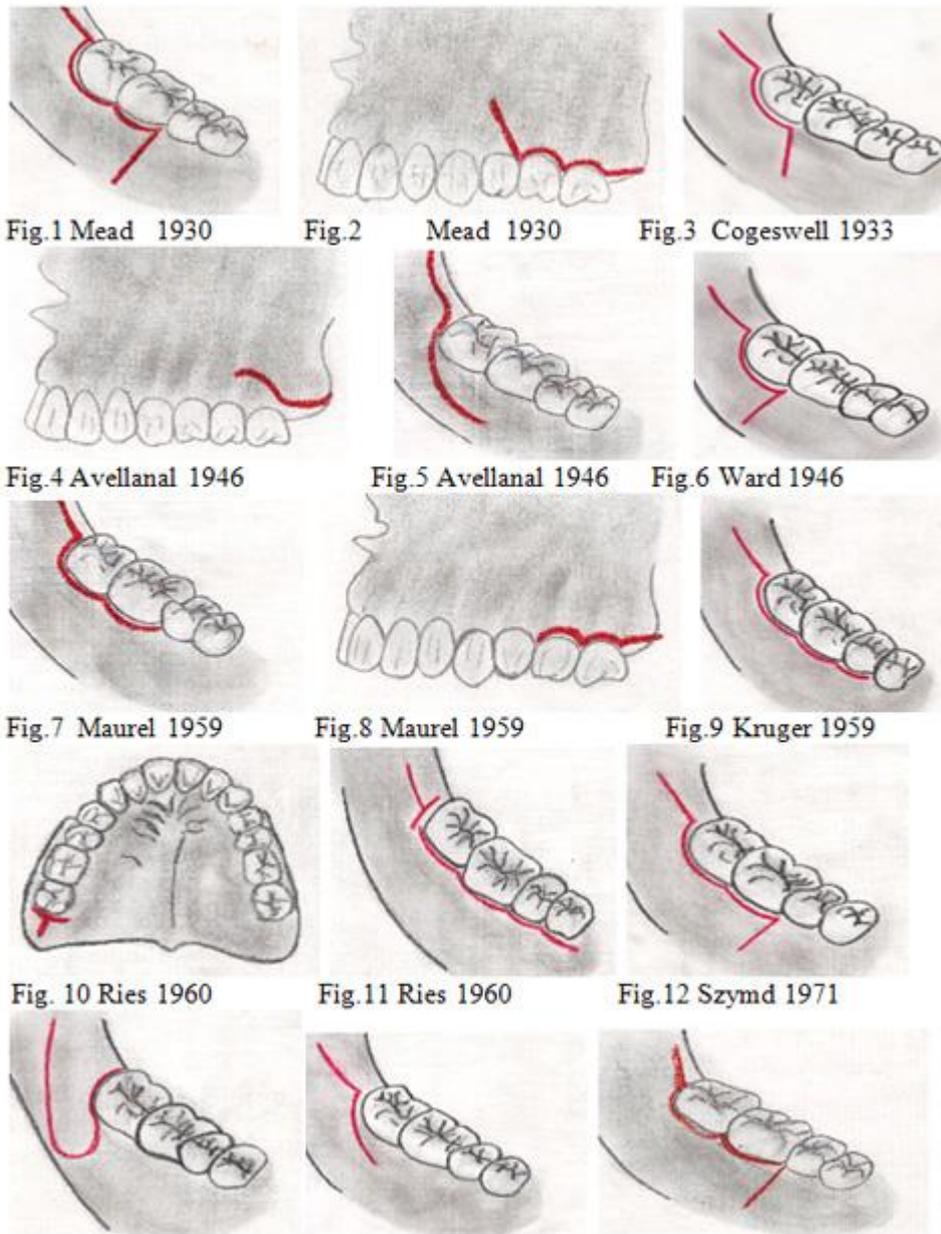
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS,  
FILMACIONES O ENTREVISTAS**

Yo, Mariuxi Leon Vinces con cédula de identidad N° 0704260280, autorizo a los estudiantes para que me tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de mi persona o para que me realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa solo con fines académicos.

---

MARIUXI LEON

### Imagen 1 Incisiones para tercer molar 1



Fuente: (Blanco, 2011)

## Imagen 2 Incisiones para tercer molar 2

Fig.13 Berwick 1971

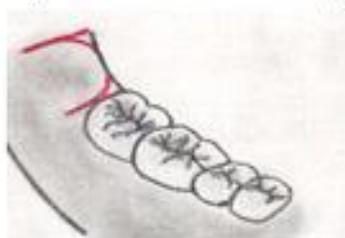


Fig.14 Howe 1971



Fig.15 Lotter 1984

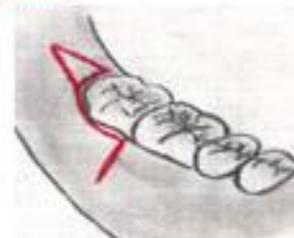


Fig.16 Berzaghi 1989

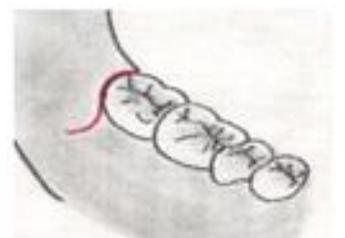


Fig.17 Stevão et al 1998

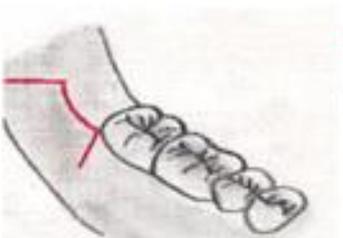


Fig.18 Saad Neto 2000

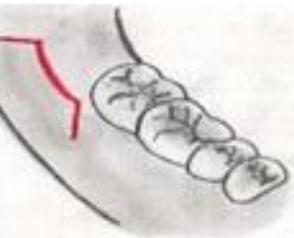


Fig. 19 Nageshwar 2002

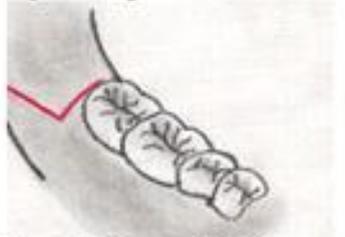


Fig.20 Suarez 2003

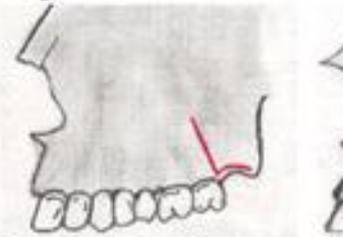


Fig.21 Suarez 2003

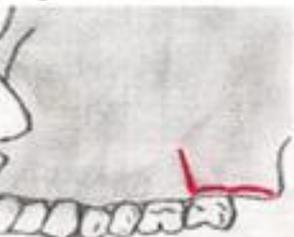


Fig.22 Heitz et al 2003



Fig: 23 Triangular



Fig.24triangular



Fuente: (Blanco, 2011)

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HOJA DE CONTROL DE TUTORÍAS  
DICIEMBRE 2015 - MARZO 2016

TEMA: Extracción de 3er molar con precisión vertical con inclinación angular y sockets tipo celchoneo horizontal

TUTOR/A: Dr. Mauro Zambriano

ESTUDIANTE: María Belén Vega Zambriano

HORA	DÍA	FECHAS	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMAS TUTOR	AVANCE DEL TRABAJO
11:15	Martes	12/01/2016	1.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Revisión del formato "Normativa" para elaborar el Análisis de Casos
10:00	Miércoles	13/01/2016	2.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Aprobación del tema
12:00	Martes	19/01/2016	3.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Revisión de Introducción
11:30	Jueves	21/01/2016	4.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Revisión del Objetivo
11:00	Martes	26/01/2016	5.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Revisión de Radiografía y exámenes de laboratorio
10:30	Miércoles	27/01/2016	6.- <u>Maria Belén Vega Z.</u>	<u>M. Zambriano</u>	Aprobación del Caso Clínico

M. Zambriano

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HOJA DE CONTROL DE TUTORÍAS  
DICIEMBRE 2015 - MARZO 2016

11:30 Martes	16/02/2016	7.- <del>Ma. Belén Vega Z.</del>	7	Revisión de Modelos de Estudio fotos intra y extraorales
10:15 Miércoles	24/02/2016	8.- <del>Ma. Belén Vega Z.</del>	8	Revisión del Diagnóstico y Pronóstico del Caso Clínico
11:00 Jueves	03/03/2016	9.- <del>Ma. Belén Vega Z.</del>	9	Revisión del Desarrollo del Tratamiento a aplicar.
11:30 Jueves	10/03/2016	10.- <del>Ma. Belén Vega Z.</del>	10	Revisión de fotos de la cirugía de 3er molar
11:00 Jueves	17/03/2016	<del>Ma. Belén Vega Z.</del>		Revisión de Conclusiones
10:30 Miércoles	23/03/2016	<del>Ma. Belén Vega Z.</del>		Revisión de fotos de la cirugía bucal. de 3er molar.
11:00 Jueves	24/03/2016	<del>Ma. Belén Vega Z.</del>		Revisión de discusión
11:00 Martes	29/03/2016	<del>Ma. Belén Vega Z.</del>		Revisión del Borrador del Análisis del caso Clínico

VALIDADO POR TITULACIÓN:

FECHA:

9/4/16



Universidad de Guayaquil  
 Facultad de Ciencias Químicas  
 Laboratorio DR. J.D.MORAL ROMERO

C

Guayaquil, ..... MARZO 10.2016

Nombre:..... MARIUXI LEON VINCES

HEMOGRAMA			Ref.Rango
Hemáties	4'600.000	x mm <sup>3</sup>	M 4.2-5.2 H 4.8 -6.8
Leucocitos	7,800	x mm <sup>3</sup>	5.000 - 10.000
Hemoglobina	12,9	g/dl	M 11.5-14.5 H13.5-16.0
Hematócrito	39	%	M 37-47 H 40-54
Plaquetas	296,000	x mm <sup>3</sup>	150-400
VCM		fL	80 - 95
HCM		pg/gr	30 - 35
CHCM		g/100ml	28 - 32
Fórmula Leucocitaria:			
Segmentados	64	%	45 - 75
Cayados		%	
Juveniles		%	
Eosinófilos	1	%	0 - 3
Basófilos		%	0 - 2
Linfocitos	27	%	15 - 45
Monocitos	8	%	5 - 10,

T.SANGRIA	1'15"	2 - 5 min.
T.COAGULACION	3'45"	5 - 11 min

TEST	RESULTADO	UNID.	VAL.REFERENCIAL
Glicemia	83	mg/dl	( 70 -105)

  
 DRA. CECIBEL MENDOZA  
 Directora del Laboratorio ( e)