



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES
RETENIDOS**

AUTORA:

CEDENO ROMERO MICHELLE STEFANY

TUTOR:

DR. POLIT LUNA ALEX

Guayaquil, 26 de Octubre del 2020

Ecuador



CERTIFICACION DE APROBACION

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

.....

Dr. José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

Decano

.....

Dr. Patricio Proaño Yela, M.Sc.

Gestor de Titulación



APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Complicaciones Quirúrgicas De Terceros Molares Retenidos**, presentado por el Srta Michelle Stefany Cedeño Romero, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, 26 de Octubre del 2020.

.....

Dr. Alex Polit Luna Esp.

CI. 0908973928



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Michelle Stefany Cedeño Romero**, con cédula de identidad N° **0705804961**, declaro ante las autoridades de la Facultad Piloto 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, 26 de Octubre del 2020.

.....
Michelle Stefany Cedeño Romero

CI. 0705804961



DEDICATORIA

Le dedico el presente trabajo a Dios y a la virgen María, por bendecirme y guiarme durante toda mi vida y permitirme llegar hasta este momento importante en mi formación profesional, brindándome salud y fortaleza para cumplir mis metas y alcanzar mis objetivos.

A mi madre María Antonieta Romero, quien es mi pilar fundamental en la vida, siempre me dio las fuerzas y apoyo para salir adelante a pesar de las dificultades brindándome su cariño y consejos para salir adelante durante mi formación como profesional.

A mi padre que desde el cielo me está cuidando en cada paso que doy, y en vida me supo apoyar y darme su cariño.

A mis amigos Nathy, Andrea, Helmer , Caro y Paula que durante todos estos años hemos compartido muchas alegrías y tristezas en todo momento, los voy a llevar en mi corazón para toda la vida.



AGRADECIMIENTO

A todas las personas que a lo largo de mis estudios me ayudaron a que esto se realice, primero agradezco a Dios y la virgen que día a día me dan salud y fortaleza para alcanzar mis objetivos, a mi madre que con mucho esfuerzo me dio todo lo necesario para que llegue a ser profesional. A una persona especial por brindarme su apoyo incondicional, a mis mejores amigos que juntos logramos llegar hasta el final apoyándonos en todo momento en las buenas y las malas, a mi amiga y compañera de integral, Nathalia, que a pesar de toda dificultad salimos adelante en cada tratamiento que realizamos. A mis docentes por los conocimientos impartidos desde que inicio la carrera, quienes supieron formarme como profesional. A mis tutores de tesis Dr, Alex Polit Luna Esp quien con su experiencia supo guiarme en la culminación de mi investigación con éxito



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

José Fernando Franco Valdiviezo, Esp.

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 Complicaciones quirúrgicas de terceros molares retenidos, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, 26 Octubre del 2020.

.....
Michelle Stefay Cedeño Romero

CI. 0705804961

INDICE

| | |
|--|-------|
| Página de carátula o portada. | i. |
| Página de certificación de aprobación. | ii. |
| Página de aprobación por el tutor. | iii. |
| Página de declaración de autoría de la investigación. | iv. |
| Página de dedicatoria. | v. |
| Página de agradecimiento. | vi. |
| Página de cesión de derechos de autor a la Universidad de Guayaquil. | vii. |
| Índice General. | viii. |
| Resumen | ix. |
| Abstract | x. |
| | |
| Introducción | 1 |
| CAPÍTULO I | 4 |
| El Problema | 4 |
| Planteamiento Del Problema | 4 |
| Delimitación Del Problema | 4 |
| Formulación Del Problema..... | 5 |
| Preguntas De Investigación | 5 |
| Justificación | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Objetivo General | 6 |
| Objetivos Específicos | 7 |
| CAPÍTULO II | 8 |
| Marco Teórico | 8 |
| Antecedentes..... | 8 |
| Definición de Diente Retenido | 12 |
| Etiología De La Retención De Los Terceros Molares | 13 |
| Causas Locales..... | 13 |
| Causas Sistémicas | 13 |
| Causas Prenatales | 14 |
| Indicaciones Y Contraindicaciones Para La Extracción De Terceros Molares Retenidos | 14 |

| | |
|---|----|
| Indicaciones | 14 |
| Prevención De Enfermedad Periodontal..... | 14 |
| Prevención De Caries Dental | 15 |
| Prevención De Pericoronaritis | 15 |
| Prevención De Reabsorción Radicular | 15 |
| Dolor | 15 |
| Prevención De Quistes Y Tumores Odontogénicos | 15 |
| Contraindicaciones | 16 |
| Diagnóstico Clínico De Terceros Molares Retenidos..... | 17 |
| Diagnóstico Radiográfico De Terceros Molares Retenidos | 17 |
| Clasificación De Terceros Molares Inferiores | 19 |
| Relación Del Tercer Molar Con La Rama Ascendente Mandibular | 19 |
| Profundidad Relativa Del Tercer Molar | 19 |
| Clasificación De Terceros Molares Superiores | 20 |
| Consentimiento Informado | 21 |
| Contenido Del Consentimiento Informado En Cirugía | 22 |
| Importancia De Consentimiento Informado En Cirugía | 24 |
| Responsabilidad Profesional..... | 25 |
| Imprudencia | 27 |
| Impericia | 27 |
| Negligencia | 27 |
| Iatrogenia | 27 |
| Complicaciones Quirúrgicas De Terceros Molares Retenidos | 27 |
| Complicaciones Locales Inmediatas | 27 |
| Comunicación Bucosinusal..... | 28 |
| Fractura Mandibular | 33 |
| Fractura De La Tuberosidad | 34 |
| Hemorragia Relevante | 34 |
| Parálisis Facial | 35 |
| Complicaciones Locales Mediatas | 37 |
| Alveolitis..... | 37 |
| Edema | 38 |
| Dolor Postoperatorio | 39 |
| Trismo..... | 40 |
| Complicaciones Sistémicas | 40 |
| Lipotimia..... | 40 |
| Sincope Vasovagal | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Reacción Anafiláctica..... | 43 |
| CAPÍTULO III..... | 46 |
| Marco Metodológico | 46 |
| Diseño y tipo de investigación..... | 46 |
| Métodos, técnicas e instrumentos | 46 |
| Procedimiento de la investigación | 48 |
| CAPÍTULO IV | 49 |
| Conclusiones Y Recomendaciones | 49 |
| Conclusiones | 49 |
| Recomendaciones..... | 51 |
| Bibliografía | 52 |
| Anexos | 56 |

Resumen

Se denomina terceros molares retenidos aquellos que, llegada su etapa normal de erupción, no lo logran y permanecen en el interior de los maxilares sin alterar la integridad del saco pericoronario, presentándose en dos formas intraósea o subgingival, lo que no les permiten erupcionar de manera normal. El objetivo del presente trabajo de investigación fue establecer las complicaciones locales y sistémicas que se presentan con mayor frecuencia en la cirugía de terceros molares retenidos y así determinar el pronóstico de dicho tratamiento en el consentimiento informado. La metodología se basó en revisiones bibliográficas, en donde se analizaron diversos artículos de revistas como Rode, Scielo, Google Scholar, Medigrafic, referentes al tema de estudio obteniendo la fuente necesaria para el desarrollo de la investigación. Por lo que se concluye que este enfoque está encaminado fundamentalmente, al hecho de informarle al paciente sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y después de la cirugía de terceros molares retenidos, mediante un consentimiento informado personalizado haciéndole participe en la toma de decisiones.

Palabras clave: Complicaciones, terceros molares retenidos, consentimiento informado, responsabilidad profesional

Abstract

Impacted third molars are those that, after their normal eruption stage, do not achieve the final stage and remain inside the maxilla without altering the integrity of the pericoronal sac. There are two forms of these impacted third molars: intraosseous and sub gingival, which does not allow them to erupt in a normal way. The objective of this research is to establish the local and systemic complications that occurs most frequently in the surgery of impacted third molars, in order to establish the prognosis of that treatment in the informed consent. The methodology was based on bibliographic research, in which various journal articles such as Rode, Scielo, Google Scholar, Medigrafic among which referring to the topic was analyzed, obtaining the necessary source for the development of the research.. Therefore, it is concluded that this approach is fundamentally aimed at informing the patient about the possible complications that may occur both during and after the surgery of retained third molars, through personalized informed consent, making him participate in decision-making.

Keywords: Complications, impacted third molars, informed consent, professional responsibility

Introducción

El tercer molar es el último diente en desarrollarse comenzando la calcificación de la corona entre los 8 a 9 años, y termina de formarse el ápice entre los 22 y 25 años etapa en la que puede concluir su proceso de erupción en la cavidad bucal; sin embargo, suelen presentarse con trastornos o discrepancias de espacio disponible para la erupción y ubicación funcional. En vista que los terceros molares son aquellos que presentan mayor incidencia y prevalencia de complicaciones son los que requieren en definitiva el tratamiento quirúrgico como primera opción.

Las complicaciones asociadas a los terceros molares normalmente se presentan cuando estos se encuentran retenidos en forma submucosa e intraósea total o parcialmente, lo que origina alteraciones en los tejidos blandos que recubren la corona de los terceros molares. Cuando hablamos de estas complicaciones se refiere a estadios patológicos que pueden ser agudos y crónicos que necesariamente deben ser tratados quirúrgicamente, ya que la forma de producir una terapia curativa sería eliminando la causa del problema. Entonces los terceros molares se convierten en la causa de los trastornos relacionados con las complicaciones asociadas a la retención dentaria, por lo que debemos desarrollar una estrategia para poder indicar la terapia curativa, que está asociada al manejo medicamentoso de la inflamación y de la intervención quirúrgica.

En la literatura revisada (Vásquez-Villafane et al., 2017) encontraron que entre las complicaciones locales que se presentan con mayor frecuencia por la exodoncia de terceros a nivel maxilar encontramos principalmente a la comunicación bucosinusal en un 24% de los casos (págs.91-97) , por lo tanto, es importante hacer un diagnóstico preoperatorio de las

características del seno maxilar y en los casos que se producen una neumatización del seno poder pronosticarlo para que el paciente sea informado acerca de esta posible complicación, (Higa & Arias Inclán, 2010) nivel mandibular encontraron que la complicación que se presenta con mayor frecuencia es la alveolitis en un 20 a 30 % de los casos debido a la vascularización por lo que es más corticalizado. (págs.38-43)

Con respecto a las complicaciones sistémicas la que se presenta con mayor frecuencia es el síncope vasovagal que es la pérdida de conciencia durante unos segundos, causada por una caída del volumen o cantidad de sangre que fluye hacia el cerebro.

El objetivo de este trabajo de investigación se basa en revisiones bibliográficas acerca de caso control para conocer cuáles son los factores de riesgo frente a las complicaciones relacionadas al postoperatorio de los terceros molares, pero también es importante revisar estudios que hayan sido ensayos clínicos aleatorizados para conocer los tratamientos terapéuticos relacionados a esas complicaciones; también hemos encontrado artículos que si bien es cierto no corresponden a los últimos cinco años pero contienen información que sigue estando vigente. Con la intencionalidad de obtener a través de esta información los parámetros necesarios para realizar un protocolo de acción inmediata, generando seguridad al paciente ya que ningún profesional está exento de que se produzcan complicaciones al momento de la cirugía, así como también tomar las medidas preventivas que ayuden a evitar que se produzcan.

La memoria escrita se estructura en 4 capítulos;

En el primer capítulo se expone la problemática a tratar respecto a las complicaciones que se pueden presentar por la extracción de terceros molares retenidos, además la

delimitación del campo de acción, objeto de estudio, así como la formulación de objetivos que se buscan analizar en la investigación y justificación que es la relevancia del mismo.

En el segundo capítulo se detalla la fundamentación teórica de la investigación, basadas en la evidencia de las diferentes fuentes bibliográficas, acerca de la retención de los terceros molares como se presentan, y así poderlos diagnosticar según su grado de retención, así como también las complicaciones que se presentan tanto durante la cirugía y después en el postoperatorio del paciente, así como también el manejo terapéutico de cada una de estas complicaciones.

En el tercer capítulo se expone la metodología utilizada en el presente trabajo, basado en las revisiones bibliográficas de artículos sobre casos control para identificar los grupos vulnerables y también de los ensayos clínicos para conocer el manejo terapéutico para solucionar estas posibles complicaciones que garanticen la recuperación del paciente, así como las técnicas y métodos.

Finalmente, el cuarto capítulo que se presentan las conclusiones y recomendaciones, en base a los objetivos planteados e indican las posibles soluciones a los problemas encontrados, así como las medidas preventivas que debemos tener en cuenta durante las cirugías de terceros molares.

CAPÍTULO I

El Problema

Planteamiento Del Problema

Existen muchas complicaciones que se pueden presentar durante la exodoncia de terceros molares debido a factores como el número de raíces, dilaceraciones, grado de impactación, profundidad y su relación con estructuras anatómicas, como seno maxilar y nervio dentario inferior

Por lo tanto, es necesario realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico para determinar el grado de dificultad, las posibles complicaciones y de acuerdo a eso elegir la técnica quirúrgica y terapéutica coadyuvante adecuadas.

Los terceros molares retenidos son aquellos que, llegada la etapa normal de erupción, no lo han logrado y permanecen en el interior de los maxilares, por lo que mantiene la integridad de su saco pericoronario. Esto puede ser causado por varios factores locales como obstrucciones mecánicas (dientes, quistes o tumores), inadecuada longitud de la arcada dentaria, pérdida prematura de dientes deciduos o discrepancias en el tamaño-arco y por factores sistémicos.

Este trabajo tiene el propósito de establecer las pautas de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones asociadas a la cirugía de terceros molares, cuya finalidad es la de poder incluir en el consentimiento informado aquellas patologías reportadas en las evidencias científicas revisadas.

Delimitación Del Problema

Tema: Complicaciones quirúrgicas de terceros molares retenidos

Objeto de estudio: Terceros molares retenidos

Campo de investigación: Complicaciones quirúrgicas

Periodo: 2020-2021

Línea de investigación: Salud Oral, Prevención, Tratamiento y Servicios de Salud

Sublínea de investigación: Epidemiológica y practica odontológica

Formulación Del Problema

¿Cuáles son las complicaciones locales y sistémicas que se presentan con mayor frecuencia en cirugía de terceros molares retenidos?

Preguntas De Investigación

¿Cómo debemos transmitir, al paciente la información acerca de las complicaciones que se pueden presentar en la exodoncia de terceros molares retenidos?

¿Cuál es la importancia de la información acerca de las complicaciones en el consentimiento informado?

¿Qué importancia tiene el diagnostico por medio de la tomografía Cone Beam?

¿Cuál es la responsabilidad profesional que asume el odontólogo frente a las complicaciones que se pueden presentar en cirugía de terceros molares?

¿Cuál será el manejo terapéutico adecuado para las complicaciones que se presentan durante la cirugía de terceros molares retenidos

Justificación

En el desarrollo de mis actividades clínicas, en el Área de Cirugía, como estudiante de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, parte de mi formación académica fue el manejo terapéutico pre y postquirúrgico relacionado con los terceros molares.

En la mayoría de los casos se presentaron complicaciones relacionadas con el dolor y el sangrado como complicaciones inmediatas, luego de las 72 horas, aunque menos frecuente,

la aparición de la alveolitis, producida por acumulación de restos de alimentos y mala higiene del paciente.

Considero de mucha importancia incluir en el consentimiento informado las características de las complicaciones relacionadas con el postoperatorio inmediato y mediato, además de recomendarle e involucrar al paciente en el manejo de la higiene oral para evitar complicaciones inflamatorias, infecciosas postoperatorias.

Este trabajo es de suma importancia porque describiré las complicaciones de acuerdo a la complejidad, en relación con estructuras anatómicas que se podrían vulnerar durante el tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos. Es necesario informar al paciente acerca de estas posibles complicaciones basándonos en el diagnóstico radiográfico, en la descripción de la técnica quirúrgica, así como el manejo clínico quirúrgico que se presenten durante y después del tratamiento. Lo importante en el manejo de las complicaciones fundamentalmente es haber informado adecuadamente al paciente y de esta manera estar dispuestos a ayudar a resolver las complicaciones, primordialmente tratando de mantener una buena relación odontólogo-paciente.

La investigación busca brindar un protocolo para que tanto el estudiante como el odontólogo en práctica general tome en cuenta nuestras consideraciones antes de iniciar la actividad quirúrgica en dientes retenidos que pudieran generar complicaciones trans y postoperatorias.

Objetivos

Objetivo General

Establecer las complicaciones locales y sistémicas que se presentan con mayor frecuencia en cirugía de terceros molares retenidos

Objetivos Específicos

- Valorar la importancia del consentimiento informado frente a las complicaciones de la cirugía de terceros molares retenidos
- Describir el manejo terapéutico de las complicaciones que se presentan localmente relacionadas a la cirugía de terceros molares retenidos
- Determinar el manejo terapéutico de las complicaciones sistémicas que se asocia a la cirugía de terceros molares retenidos

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Antecedentes

Los terceros molares retenidos están asociados, en la mayoría de los casos, a procesos patológicos que pueden producir trastornos funcionales, estéticos o ambos. Las consecuencias relacionadas con estas anomalías durante la formación y calcificación del órgano dentario, dependerán del diagnóstico oportuno, cuando se realiza a edades tempranas, y cuando reciben tratamientos adecuados clínica y quirúrgicamente.

En la actualidad sabemos que existe relación entre la edad, con la aparición de tumores odontogénicos, como por ejemplo, tumor odontogénico queratoquístico que aparece aproximadamente entre la segunda y tercera década de vida, también el quiste dentígero que puede aparecer en intervalos entre la segunda y cuarta década de vida, y los ameloblastomas que son tumores epiteliales sin inducción en el mesénquima que aparecen entre la cuarta y quinta década de vida, y son considerados tumores altamente infiltrantes, recidivantes y metastizantes. De acuerdo a estos antecedentes previos, los odontólogos debemos realizar el diagnóstico radiográfico preventivo, ante la ausencia clínica de los terceros molares, y, descartar la presencia de procesos patológicos asociados a la retención dentaria.

Estadísticamente, se considera que los terceros molares, inferiores, están asociados a complicaciones como la alveolitis, y los superiores están asociados a la comunicación bucosinusal.

En los estudios caso control revisados existe una prevalencia de procesos patológicos asociados a terceros molares retenidos, cuya incidencia es mayor a partir de la segunda década de vida.

(Sánchez et al., 2017) en el Servicio de Odontología del Hospital General Provincial Docente Riobamba entre enero y diciembre del 2015, sobre las formas de presentación de terceros molares mandibulares, se realizó un estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de caracterizar las formas de presentación de este tipo de dientes en los individuos que conformaron la población de estudio, incluyeron a 103 pacientes en edades comprendidas entre 15 a 60 años a los que se le realizó radiografías panorámicas, encontraron que el 33.98% que comprenden el grupo de 15 a 25 años es donde predominó los terceros molares retenidos.

Estudio que concuerda con el de (Palacios Colán, 2014) en su publicación acerca de la prevalencia de la posición de los terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter y según la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana, realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo con el propósito poder determinar la prevalencia de posición de terceras molares inferiores, analizaron 582 radiografías panorámicas, donde se observaron 1067 terceros molares mandibulares, separándolo en 3 grupos de diferentes rangos, el primero de 18 a 24 años, el segundo de 25 a 30 y el último de 31 a 35 años; como resultado obtuvieron que el grupo 18 a 24 años predominaba las posiciones anómalas del tercer molar con un 71.8% en comparación a los otros grupos.

Según el estudio de (Castañeda Peláez et al., 2015) sobre la prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas en pacientes de centros radiográficos de Bogotá, Colombia, en su estudio observacional descriptivo de corte transversal analizaron 1042 radiografías de las cuales 441 (42,3 %) fueron hombres y 601 (57,7 %) mujeres. de entre 18 a 36 años, obtuvieron que 291 pacientes presentaron terceros molares retenidos predominando el sexo femenino con 175 según el análisis de radiografías.

En otro estudio realizado por (Gatti et al., 2020) donde analizaron la prevalencia y análisis descriptivo de los terceros molares con el objetivo de evaluar la prevalencia y el patrón de retención ósea, se realizó un análisis observacional retrospectivo de 949 radiografías panorámicas, de las cuales 571 correspondían a mujeres y 378 a varones atendidos en el Servicio de Urgencias y Orientación de Pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, resulto que la frecuencia de retención en el sexo femenino fue mayor en un 42% comparada con el masculino que presento un 39%.

En cuanto a las posiciones más frecuentes de terceros molares se según el estudio de (Flores Ramos et al., 2015) sobre complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía del tercer molar inferior retenidos, en pacientes atendidos Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit, México, este estudio fue longitudinal y prospectivo de siete días consecutivos y de 30 días en total participaron 38 pacientes de entre 16 y 38 años que se sometieron a la intervención quirúrgica, previo se realizó el diagnóstico radiográfico donde se obtuvo que el tipo de retención más encontrado fue la clase II de Pell y Gregory con 84.2%, respecto de la posición, la B fue la más frecuente con 52.6%

Publicación que concuerda con (Restrepo Rendon et al., 2019) realizó un estudio observacional descriptivo de análisis retrospectivo donde evaluaron 206 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Universitaria de la ciudad de Medellín, Colombia, con el objetivo de establecer las complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas más frecuentes y su relación con la posición radiográfica en terceros molares mandibulares, obteniendo como resultado que la posición más frecuente de terceros molares retenidos en la mandibular según Pell y Gregory fue la clase B 42.2%, con relación a la rama ascendente la más frecuente fue la posición Clase II 59.6% y las complicaciones más frecuentes fueron complicaciones intraoperatorias reportadas hacen referencia a instrumentos rotatorios fracturados 0,5% y laceración de tejidos blandos durante la cirugía 0,5%. Para las complicaciones posquirúrgicas se encontraron hemorragia y dehiscencia de la herida 0,5%, edema 0,5%

Definición de Diente Retenido

(Lorié et al., 2015) lo definen como una anomalía dentaria de desarrollo, donde la pieza dentaria no erupciona en la arcada dentro del intervalo de tiempo esperado permaneciendo en el interior de los maxilares, sin alterar la integridad del saco periocoroario. Se puede producir la retención debido a un hueso demasiado denso, un exceso de tejidos blandos, alteraciones genéticas, inadecuada longitud de la arcada dentaria y del espacio en el que erupciona.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado “los dientes retenidos se pueden presentar en retención subgingival, cuando está rodeado de mucosa o de manera intraósea rodeado de tejido óseo, siendo estos de mayor profundidad” y un grado mayor de dificultad en cuanto a la técnica quirúrgica empleada.(Vázquez et al., 2020, p. 6)

Los dientes retenidos que se presentan con mayor frecuencia son los terceros molares superiores e inferiores, seguidos de los caninos superiores y premolares inferiores. Los terceros molares quedan retenidos con mayor frecuencia debido a que son los últimos en erupcionar, por ende, es más probable que el espacio que queda es insuficiente.(Hupp et al., 2014, p. 143)

Las retenciones dentarias pueden ocasionar diversas complicaciones y el proceso de brote dentario pueden causar accidentes de tipos muy diferentes. Su diagnóstico conlleva a un examen clínico y radiográfico y su tratamiento por lo general es de tipo quirúrgico o quirúrgico ortodóncico. (Quintana Díaz et al., 2015, p. 58)

Cuando se decide realizar la extracción de un diente retenido debe ser minuciosamente estudiado, analizando el tipo de retención y su relación con estructuras adyacentes. Por lo que en el consentimiento informado, se le explicara al paciente de manera detallada sobre cómo se encuentran sus terceros molares, en cuanto a la retención y las complicaciones que se pueden presentar en el trans y postoperatorio; además de explicarle que al no realizar la cirugía, es posible que experimente lesión de los dientes adyacentes o del hueso, así como la probabilidad de que con el tiempo la cirugía se vuelva más complicada, de esta manera el paciente tendrá los conocimientos necesarios sobre el beneficio que obtendrá y la autonomía de aceptar dicho tratamiento.

Etiología De La Retención De Los Terceros Molares

Entre las causas de la retención dentaria podemos encontrar: causas locales, sistémicas y prenatales:

Causas Locales

Entre las más frecuentes pueden ser por densidad del hueso de recubrimiento, membrana mucosa muy densa, indebida retención de los dientes temporales, pérdida prematura de la dentición temporal, infección del hueso o en la mucosa e insuficiente desarrollo de los huesos maxilares. (del Puerto Horta et al., 2014, p. 755)

Causas Sistémicas

Por lo general está asociado al trastorno general del crecimiento, por lo que debemos sospechar cuando existe un retraso en la erupción de la dentición temporal. (Gay Escoda & Berini Aytés, 2015, p. 348)

Causas Prenatales

Pueden ser congénitas y genéticas. Las congénitas por patologías durante el embarazo, como afecciones, trastornos en el metabolismo. Y las genéticas pueden afectar el desarrollo de los maxilares (micrognatia, macrognatia, paladar y labios hendidos) y los trastornos en desarrollo de los dientes (macrodoncia, microdoncia, oligodoncia y rotación de los dientes). (Gay Escoda & Berini Aytés, 2015, p. 349)

Indicaciones Y Contraindicaciones Para La Extracción De Terceros Molares Retenidos

Indicaciones

Como sabemos los terceros molares retenidos no se desarrollan en una posición adecuada en la arcada dentaria, lo que va a provocar en ocasiones anomalías tanto en piezas o estructuras vecinas, por lo que el profesional debe realizar la intervención quirúrgica ya sea con fines profilácticos o por ortodoncia.

Prevención De Enfermedad Periodontal

(Hupp et al., 2014) menciona que dientes erupcionados adyacentes a dientes retenidos tiene una predisposición a sufrir enfermedad periodontal, debido a que tienden a disminuir hueso en la cara distal del segundo molar, por lo que presentan bolsas periodontales profundas, dando lugar al acumulo de bacterias por el difícil acceso durante el cepillado y provocar la formación temprana de periodontitis.

Prevención De Caries Dental

(Raspall, 2007) Cuando un tercer molar se encuentra retenido ya sea de forma parcial o total, provoca una zona de atrapamiento de alimentos de difícil higiene y que, con el tiempo, conlleva a la aparición de caries en la superficie oclusal del tercer molar y distal del segundo molar.

Prevención De Pericoronaritis

(Chiapasco, 2004) Un diente se encuentra parcialmente retenido con una gran cantidad de tejido blando sobre la superficie axial y oclusal, el paciente suele presentar pericoronaritis. Estos tejidos forman una bolsa profunda alrededor de la corona que fácilmente es colonizada por bacterias produciendo inflamación y dolor.

Prevención De Reabsorción Radicular

(Raspall, 2007) Los terceros molares en su proceso de erupción con disposición horizontal o mesioangular causan reabsorción radicular del segundo molar, similar a la que causan los dientes deciduos a medida que se produce la erupción del permanente.

Dolor

(Raspall, 2007) El dolor asociado a terceros molares impactados puede deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre dientes vecinos.

Prevención De Quistes Y Tumores Odontogénicos

(Raspall, 2007) El saco folicular del diente en retención produce la formación de la corona dental, pero esta puede sufrir degeneración quística o un tumor odontogénico. De entre los más frecuentes tenemos el quiste dentigero, queratoquiste y el ameloblastoma.

Quiste Dentigero. Es uno de los quistes odontogénicos de desarrollo, siendo una cavidad anormal que rodea la corona de un diente no erupcionado, dejando de fuera las raíces. (Vázquez Diego et al., 2008, p. 360).

Queratoquiste. Es una lesión quística que se origina de la lámina dental y sus restos, previo a la maduración y calcificación de los tejidos dentales y se encuentra asociado a un órgano dentario retenido. (Beltrán et al., 2019, p. 34).

Ameloblastoma. Es un tumor odontogénico de origen epitelial sin inducción en el tejido conectivo, están asociados a un órgano dental no erupcionado. (Valecillos Fuenmayor et al., 2018, p. 323)

Contraindicaciones

Todos los dientes retenidos deben extraerse a menos que existan contraindicaciones específicas que justifiquen dejarlos en su sitio. Cuando los posibles beneficios pesan más que las complicaciones y riesgos, se debe realizar el procedimiento. De la misma forma, cuando los riesgos son mayores que los posibles beneficios, el procedimiento debe diferirse. Las contraindicaciones para la extracción de dientes retenidos se relacionan principalmente con el estado físico del paciente. (Hupp et al., 2014, p. 149)

La contraindicación local más frecuente será cuando está en riesgo lesionar estructuras vecinas como el paquete vásculo-nervioso del dentario inferior, nervio lingual o el seno maxilar es muy elevado, cuando el odontólogo toma la decisión de no extraer un diente, debe valorar sus motivos y las futuras complicaciones posibles. Como contraindicación general podemos nombrar el estado de salud del paciente

cuando supone un alto riesgo quirúrgico debido a problemas en su función cardiovascular o respiratoria o las defensas del huésped para combatir la infección están gravemente afectadas.(Hupp et al., 2014, pp. 149-150)

Diagnóstico Clínico De Terceros Molares Retenidos

Se debe realizar una exploración general de la cavidad oral, analizando el tamaño de la boca, apertura oral, función del ATM, higiene oral y estudiando ambas arcadas fijándonos en el tipo de oclusión, apiñamiento que puede ser causado por la retención dentaria.

La mayoría de los pacientes con terceros molares retenidos no presentan sintomatología, por lo que el examen radiográfico muestra en si la patología o al palpar notamos el aumento de volumen, los terceros molares pueden asociarse con la aparición de pericoronaritis, caries dental, reabsorción del diente vecino, dolor, inflamación de la cara, trismus, halitosis o en algunos casos aumento de volumen de los ganglios submaxilares.(Sánchez et al., 2017, p. 18)

Diagnóstico Radiográfico De Terceros Molares Retenidos

Aportará datos de interés en cuanto a la posición y localización del tercer molar, relaciones con dientes adyacentes y estructuras anatómicas de importancia como el seno maxilar y el conducto dentario inferior, existencia de patologías asociadas tanto dentarias o tumorales.(Gay Escoda & Berini Aytés, 2015, p. 353)

Dentro de los análisis radiográficos determinamos el grado de dificultad de la técnica quirúrgica que emplearemos, debido a que se analizará la profundidad en que se encuentra el tercer molar retenido, la relación con la rama mandibular ascendente, el ángulo del diente en

relación a la línea media, la forma dirección y longitud de las raíces, el grado de calcificación de las mismas y no olvidar la consideración de una posible anquilosis.

Cuando sospecha que las raíces de los molares se encuentran cerca, tanto del seno maxilar como en el conducto dentario inferior, se recomienda realizar tomografías Cone Beam porque “nos va permitir la adquisición de imágenes tridimensionales de las estructuras dentales como óseas en diversos cortes (axial, coronal y sagital), con mínima distorsión y dosis de radiación significativamente reducida”(Coronel & Sevilla, 2016, p. 44)

(Ramírez, 2018) mencionan que, es una herramienta tecnológica que nos proporciona información precisa de suma importancia para el diagnóstico cuando las imágenes radiográficas convencionales no dejan visualizar con detalle estructuras anatómicas normales y patológicas, relacionadas con el seno maxilar o el nervio dentario inferior, para poder determinar el manejo quirúrgico- terapéutico correcto.

Dentro del consentimiento informado el estudio radiográfico para el diagnóstico de terceros molares retenidos es de gran relevancia porque “nos ofrece gran ayuda para la planificación quirúrgica; permitiendo al paciente estar al tanto de los riesgos o situaciones a las que estará expuesto durante la extracción de terceros molares, actuando como un documento médico legal” (Calderón et al., 2017, p. 117)

Clasificación De Terceros Molares Inferiores

Pell y Gregory en 1933 se basaron en una evaluación de la relación del tercer molar con el segundo molar (considerando la posición del tercer molar con respecto al eje axial de éste), la rama ascendente de la mandíbula y la profundidad relativa del molar de interés en el hueso, utilizadas hoy día como la norma de referencia en la evaluación de candidatos a cirugía de terceros molares retenidos. (Lorié et al., 2015, p. 1002)

Relación Del Tercer Molar Con La Rama Ascendente Mandibular

Clase I: suficiente espacio anteroposterior para la erupción, es decir entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar.

Clase II: Aproximadamente la mitad del tercer molar está cubierto por la rama mandibular y la otra mitad tiene espacio para la erupción.

Clase III: Tercer molar totalmente incluido en la rama mandibular, por lo tanto, este tercer molar no va a tener un espacio en la boca para poder erupcionar. (Lorié et al., 2015, p. 1003)

Profundidad Relativa Del Tercer Molar

Clase A: Plano oclusal del tercer molar al mismo nivel que plano oclusal del segundo molar.

Clase B: Plano oclusal del tercer molar se encuentra entre plano oclusal y línea cervical del segundo molar.

Clase C: Tercer molar por debajo de línea cervical del segundo molar (Lorié et al., 2015, p. 1003)

(Hupp et al., 2014) menciona que la retención mesioangular con una rama de clase I y una profundidad de clase A suele ser simple de extraer. Sin embargo, a medida que la relación de la rama pasa a ser una clase II y la profundidad de la retención aumenta hasta una clase B, el grado de dificultad se vuelve mucho mayor. Finalmente, la más difícil de todas las retenciones es la distoangular con una relación de rama de clase III y profundidad de clase C.

Teniendo en cuenta esta clasificación podemos determinar el grado de dificultad de la cirugía, por lo que debemos incluirlo en el consentimiento informado y explicarle al paciente las complicaciones que se pueden presentar a nivel mandibular dependiendo el grado de retención que presente, ya sea fracturas o lesiones del nervio dentario inferior.

Clasificación De Terceros Molares Superiores

En 1926, Winter presentó la clasificación de los terceros molares retenidos tomando en cuenta su posición dentro del maxilar.

Mesio-angular: eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo. (Barboza & Pereira, 2016, p. 61)

Horizontal: eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar. (Barboza & Pereira, 2016, p. 61)

Vertical: eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar. (Barboza & Pereira, 2016, p. 61)

Disto-angular: la corona del tercer molar se dirige en grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo abierto hacia arriba y atrás. (Barboza & Pereira, 2016, p. 61)

Transversal: en este tipo, se distinguen la posición linguo-angular, donde la corona del tercer molar se dirige a la lengua y sus ápices hacia la tabla externa y buco-angular, en la cual la corona del tercer molar se orienta a la tabla externa y sus raíces hacia la tabla lingual. (Barboza & Pereira, 2016, p. 61)

En los superiores el grado de dificultad que encontramos debido a la retención, es la relación con el seno maxilar, debido a que suele estar en contacto estrecho con las raíces de los molares, y frecuentemente el tercer molar superior en realidad conforma una parte de la

pared posterior del seno. Por ende, debemos realizar un correcto diagnóstico y elegir la técnica quirúrgica adecuada teniendo en cuenta el riesgo que se puede presentar, asimismo debemos informarle al paciente dicha complicación si se llegara a presentar y el manejo quirúrgico terapéutico que se realizaría inmediatamente.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se lo entiende como la forma libre y voluntaria que expresa una persona aceptando que se le realice un procedimiento indicado por el odontólogo, el cual le informa el alcance de la intervención diagnóstica o terapéutica, sus riesgos y beneficios, así como sus posibles alternativas con el fin de devolverle su estado de salud.

El uso del CI en la práctica odontológica se dice que es un proceso informativo y deliberativo, por lo cual los pacientes tienen derecho en aceptar o rehusar las propuestas de carácter preventivo, diagnóstico o terapéutico dadas por el profesional, las cuales considere que puedan afectarle su integridad físico-psíquica o social. Por su parte el profesional debe respetar la decisión del paciente en continuar o terminar el procedimiento clínico. (Morales et al., 2020, p. 150)

(Rodríguez et al., 2017) mencionan que es específicamente el “sí” del paciente que será tratado por el médico con relación directa a lo que se va a someter a fin de beneficiarlo con las técnicas a aplicar, para mejorarlo o para acercarle un mejor nivel de vida. Con el fin que el paciente no solo conozca la práctica quirúrgica, sino también sus lógicas consecuencias, quedando claro el tratamiento a realizar, el tiempo, los materiales a utilizar, las reacciones que puede ocasionarle, a fin del amparo del médico frente a reclamos por

“mala praxis”, y que el paciente se cubra por eventuales y consecuentes complicaciones o inesperados sucesos.

(Montoya et al., 2020) opinan que la práctica del consentimiento informado es primordial, y más aún cuando el afectado posee un compromiso quirúrgico, los problemas legales que los odontólogos afrontan en general están interconectados con la insatisfacción o descontento del paciente en cuanto al procedimiento y poca explicación. Ya que la falta de esta información es un principio de obligación jurídica, dado que estaría impidiendo al paciente ejecutar su voluntad en la elección de aceptar u oponerse al tratamiento.

Es de gran importancia que el paciente pueda preguntar acerca de sus dudas, para que así amplíe sus conocimientos y aclarar las interrogantes sobre los procedimientos, posibles complicaciones y alternativas al tratamiento que el odontólogo le propone, y así su autorización sea de manera adecuada y consciente.

Según el Ministerio de Salud pública (MSP) declara que el consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir estas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.(Espinoza Serrano, 2016)

Contenido Del Consentimiento Informado En Cirugía

(Ortiz P & Burdiles P, 2010) La información que se facilita deber ser comprensible, verás y adecuada, de manera que ayude al paciente en la toma de decisiones. El lenguaje que se emplea debe adaptarse al nivel intelectual del paciente evitando terminología técnica,

además debe ser adecuada a las circunstancias personales del paciente, con la finalidad de la misma en cuanto a darle a conocer su estado de salud y la necesidad del tratamiento quirúrgico según su diagnóstico. (pág. 647)

(Quintero et al., 2016) menciona que se debe entregar la siguiente información al paciente, que tratamiento se le va a realizar, presentar objetivos claros, cuáles serán los resultados, los posibles riesgos que se corren entre los más frecuentes y graves, las alternativas disponibles, que pasara si el paciente decide no acceder al tratamiento que se le ofrece, si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o lo rechaza. Con toda esta información el paciente deber ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, sus valores y criterios. (pág. 17)

(Manzano et al., 2015) describe que en el caso de cirugía de terceros molares retenidos, depende de la posición y retención en el hueso tanto del maxilar como la mandíbula para elegir el tratamiento planificado por el profesional, debido a que se realizará corte de hueso para la extracción de la pieza o en algunos casos se tendrá que dividir la pieza dentaria. En este tipo de tratamiento se pueden producir complicaciones por la característica de la operación. (pág.15)

Las cuales se deben explicar al paciente y así mismo detallar en el consentimiento informado, de acuerdo al diagnóstico tanto clínico y radiográfico que presenta con la técnicas, ventajas y desventajas. Así como al realizar todo procedimiento quirúrgico se requiere el uso de anestesia en este caso local o regional, la técnica será determinada según el caso en particular.

Todo procedimiento quirúrgico lleva implícitamente la posibilidad de que ocurran complicaciones que son inevitables, a pesar del cuidado y esfuerzo del profesional, como por ejemplo complicaciones asociadas a la técnica anestésica, hematomas y sangrado, infecciones a nivel profundo y sistémico, lesión de estructuras vasculares o nerviosas, pérdida de sensibilidad, necrosis de tejidos, dificultad en los procesos de cicatrización y cierre de heridas, así como reacciones alérgicas, fracturas dentarias u óseas, comunicación oroantrales, lesiones en el ATM, desplazamiento de órganos dentarios a tejidos blandos o espacios virtuales.

También se debe tomar en cuenta que todo procedimiento terapéutico tiene limitaciones técnicas, en los que se traducen en casos que no se logran los beneficios terapéuticos esperados, en la cual se deben aplicar técnicas más invasivas por lo que se hace necesario realizar reintervenciones o procedimientos complementarios, y que todo procedimiento quirúrgico se necesita un periodo de recuperación que dependen tanto del tratamiento realizado como características propias del paciente y su evolución.

Importancia De Consentimiento Informado En Cirugía

(Quintero et al., 2016) explica que la relevancia del consentimiento informado en la relación profesional, constituye una herramienta legal al igual que la historia clínica para la protección contra demandas, pero debe quedar muy claro es que este documento no exime al profesional de su responsabilidad al cometer algún acto negligente, imprudente o ejecutado con impericia.

Uno de los objetivos del consentimiento es que exista la responsabilidad mutua con el paciente en la toma de decisiones, para que se pueda aclarar en el caso de que aparezca alguna queja por el tratamiento realizado, debido a que previamente se le explico al paciente su cuadro clínico en cuanto al grado de complejidad de la técnica quirúrgica en terceros molares retenidos, así como los cuidados postoperatorios que debe tener en cuenta para su completa recuperación.

Por otra parte, (Bravo, 2018) menciona lo que se promueve es una relación deliberativa, donde el dialogo, la comunicación y la convivencia entre el odontólogo y paciente es fundamental para intercambiar expectativas, dudas y soluciones frente a los problemas de salud oral; por lo que el consentimiento informado trasciende lo legal. (pag.550)

Responsabilidad Profesional

El odontólogo al igual que cualquier profesional de salud “debe actuar en base a un maco de valores y normas que comprenden tres componentes: moral, intelectual y organizacional”(Centeno & Sotelo, 2019, p. 284)

Se dice que la responsabilidad profesional del odontólogo hace referencia a la obligación que tiene este de reparar, responder y resarcir los daños que se hayan producido a los pacientes a consecuencia de actos u omisiones, ya sean voluntarias o involuntarias durante los procedimientos dentales. Cabe aclarar que cuando el profesional toma a cargo la asistencia de un paciente, asume una obligación desde el punto de vista jurídico legal.(Araujo C, 2019, p. 4)

Por lo que nosotros como profesionales debemos tomar en cuenta, que no solo se busca brindar un servicio sino tener la responsabilidad en la toma de decisiones, en cuanto al tratamiento terapéutico o quirúrgicos que requiere el paciente, previo conocimiento de su condición sistémica, análisis clínico y radiográfico , así como la importancia de explicarle detalladamente las complicaciones su condición tanto transoperatoria como postoperatoria, otras alternativas de tratamiento y los riesgos de las mismas.

(Perea Pérez et al., 2013) sugieren que mantener una buena comunicación directa con los pacientes conlleva la posibilidad de dar explicaciones, recomendaciones, detectar errores y pedir disculpas llagado el caso. Y estas medidas hace que existan una buena relación odontólogo – paciente, donde el profesional se compromete a poner todos sus conocimientos y medio técnicos para curar o aliviar la dolencia del paciente.

(Guzmán Bardales et al., 2019) La responsabilidad de los profesionales de la salud es parte de la responsabilidad en general que asume en el ejercicio de la función profesional; la diferencia se presenta cuando a ese ejercicio surgen el daño y que tiene relación directa con el accionar, lo que dentro del ámbito legal se encuentre dentro de los llamados delitos culposos, el cual se refiere a la no existencia de intencionalidad para provocar el daño.(pág. 424)

En la práctica odontológica pueden presentarse múltiples situaciones que podrían afectar la salud del paciente y por lo que ocasiona responsabilidad por parte del profesional que realiza los procedimientos. Es donde se aplican los conceptos de imprudencia, negligencia, impericia o iatrogenia

Imprudencia

Implica que la acción del profesional del odontólogo se realiza sin tomar en cuenta las debidas medidas de precaución y cuidado, emprender actos inusitados, hacer más de lo debido o actuar sin cautela cordura o moderación.(Centeno & Sotelo, 2019, p. 285)

Impericia

El momento en que el odontólogo actúa con una falta total o parcial de conocimientos técnicos, de experiencia o de habilidad, es decir la ineptitud el correcto ejercicio de la profesión.(Guzmán Bardales et al., 2019, p. 424)

Negligencia

Es la omisión, descuido, falta vigilancia que debieron tenerse para prever situaciones indeseables, no guardar la precaución necesaria por el acto que se realiza o simplemente, inobservar las reglas.(Centeno & Sotelo, 2019, p. 285)

Iatrogenia

Generar un estado anormal o adverso en el paciente debido a inadvertencia o por decidir de manera errónea el tratamiento sin intención de dañar.(Centeno & Sotelo, 2019, p. 285)

Complicaciones Quirúrgicas De Terceros Molares Retenidos**Complicaciones Locales Inmediatas**

Aparecen durante la exodoncia. Siempre aparecen de forma local en el momento que realizamos la extracción quirúrgica de terceros molares.

Comunicación Bucosinusal

(Vásquez-Villafane et al., 2017) Es una condición patológica caracterizada por la pérdida de la solución de continuidad de los tejidos duros (dientes y hueso maxilar) y blandos (mucosa bucal y sinusal) que separan el seno maxilar con la cavidad bucal. Situación que, si no es resuelta adecuadamente, puede producir una serie de signos y síntomas anómalos, como la infección del seno.

Epidemiología. Es más frecuente que aparezca entre la tercera y quinta década de vida, aunque la posibilidad que ocurra una comunicación durante la exodoncia aumenta con la edad, también en algunos estudios muestran que el predominio de que ocurra se presenta en la zona maxilar superior izquierda debido a la posición incómoda de trabajo y muy poca visibilidad de la zona de trabajo por parte del profesional. (Vásquez-Villafane et al., 2017, p. 92)

Causas De La Comunicación Bucosinusal. (Hupp et al., 2014) menciona que la extracción de molares superiores puede provocar la comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar. Puede ocurrir si el seno presenta gran neumatización, por alteraciones del piso sinusal por infecciones, si las raíces dentales son muy divergentes, hipercementosis, curetaje irracional del fondo alveolar, cortical muy delgada, o es frecuente que se extraiga una parte del suelo óseo del seno con el diente debido al empleo de técnicas quirúrgicas inadecuadas, la intrusión de una raíz en el seno, una maniobra brusca con el instrumental o la existencia de una lesión periapical. (pág.182)

Las comunicaciones de origen traumático y de pequeñas dimensiones pueden solucionarse de manera espontánea después de la formación del coágulo primario, que se forma normalmente al finalizar la cirugía. En caso de comunicaciones más amplias la

curación disminuye si es de manera espontánea, y aumenta la posibilidad de presentarse una infección del seno por la contaminación debido a la presencia de la flora microbiana intraoral.

(Hupp et al., 2014) aclara que las dos secuelas más importantes que se pueden presentar si no se realiza el manejo terapéutico de la comunicación son la sinusitis maxilar postoperatoria y la formación de una fístula oroantral crónica.

Manifestaciones Clínicas. (Pérez Jiménez & Raposo Correa, 2015) indica que cuando se produce una comunicación bucosinusal en el momento no genera síntomas muy definidos, ni fáciles de interpretar por el paciente. Si la comunicación se origina por un accidente traumático que perforó el suelo del seno, en estadios iniciales se produce un dolor leve y ligera tumefacción.

Si no se produce el cierre espontáneo por la instauración del coágulo para la cicatrización, el paciente comienza a notar la entrada y salida de líquidos por la nariz y la pérdida de aire, variaciones en la fonación, así como la presencia de procesos inflamatorios o la contaminación del seno, presentando supuración por la nariz o por el alvéolo, a lo que el paciente refiere un sabor desagradable y olor fétido, dolor continuo o irradiado a la órbita, así como la sensación de presión en la región afectada del seno maxilar. (Pérez Jiménez & Raposo Correa, 2015)

Diagnóstico Clínico

Inspección. En cuanto a las comunicaciones simples pueden que no sean visibles, al contrario de las amplias. El uso del espejo bucal puede resultar de ayuda, así como el uso de

un sondaje cuidadoso con un instrumento de punta roma, sonda periodontal o una aguja sin punta.(Chiapasco, 2004, p. 346)

Aspiración. Se coloca una punta de cánula de aspiración en el lugar de la comunicación, y se podrá escuchar un ruido mate y amplificado por el flujo de aire creado en el interior del seno maxilar.(Chiapasco, 2004, p. 346)

Irrigación. Se irriga el lecho operatorio al final de la intervención, la cual se va a producir el paso de líquidos hacia la nariz. (Chiapasco, 2004, p. 346)

Examen Radiográfico. La evaluación radiográfica de alta calidad en cirugía nos servirá para realizar un correcto diagnóstico antes de realizar la intervención quirúrgica, debido a que nos va a mostrar la presencia de un seno maxilar neumatizado, o si el tercer molar presenta raíces muy divergentes o dilaceradas, que pueden comprometer al seno o causar fracturas en el piso del antro durante la cirugía.

La comunicación aparece como discontinuidad del suelo del seno, observada con menor radiopacidad cuando presenta una reacción inflamatoria en la mucosa o acumulación de material purulento, también se puede incorporar la ayuda de una sonda o cono de gutapercha introducida en la comunicación para evidenciar la presencia de la lesión.

(Vásquez-Villafane et al., 2017) En la actualidad existe las tomografías cone beam que nos ofrece un diagnóstico preciso en el caso de presentarse una comunicación, especialmente en la visualización exacta de la ubicación y la magnitud de la misma debido a que nos brinda imágenes en 3D de las estructuras óseas y dentoalveares.

Manejo Terapéutico De La Comunicación Bucosinusal. En la literatura se describen diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos que son empleados para lograr el cierre de esta complicación, entre los más frecuentes en uso corresponden al colgajo vestibular desplazado, al colgajo de la bola de Bichat, pero también se mencionada el uso de la membrana de plasma

(Hupp et al., 2014) Después de haber diagnosticado la existencia de una comunicación, el cirujano debe determinar su tamaño aproximado, ya que de eso dependerá el tratamiento basado en las dimensiones de la abertura. En el caso de aberturas pequeñas no es necesario realizar tratamientos quirúrgicos mediante colgajos, debido que solo se espera que cicatrice espontáneamente por medio de un coágulo estable. En el caso de aberturas mayores del seno entre 5 a 7 mm se necesita realizar colgajos para el cierre de la comunicación.

Colgajo Vestibular. La técnica inicia con la infiltración submucosa de lidocaína al 2% con epinefrina, posterior se realiza incisiones verticales divergentes a nivel vestibular de los dientes adyacentes a la lesión para que se pueda levantar el colgajo, en el que se realiza cortes horizontales o fileteo al periostico. Finalmente se avanza y posiciona el colgajo sobre la lesión y se sutura. Las ventajas del procedimiento es su fácil realización y alta vascularización.(Vásquez-Villafane et al., 2017, p. 94)

Colgajo Palatino. La técnica quirúrgica del colgajo palatino rotatorio se inicia con la infiltración submucosa de lidocaína al 2% con epinefrina, se diseña el colgajo, determinando su extensión según el tamaño de la lesión. Posteriormente se hace el levantamiento del colgajo mucoperiostico, se realiza la rotación y posicionamiento, para finalmente suturar con material absorbible.(Vásquez-Villafane et al., 2017, p. 94).

(Raffo & Oggiani, 2016) menciona que entre las ventajas tenemos capacidad para mantener la profundidad del vestíbulo bucal, y la posibilidad de obtener tejido de buen grosor con una rica vascularización, características éstas que lo hacen muy seguro en el cierre de CBS. (pág.37)

Colgajo De Bola Adiposa De Bichat. El procedimiento inicia con la infiltración del anestésico local, después se realiza una incisión pequeña en el fondo del surco gingival vestibular, seguido por una incisión en el periostio y la envoltura de la bola adiposa de Bichat y se expone el tejido. Se desplaza hasta el lugar de la lesión cubriéndola y se sutura. La ventaja del procedimiento es proporciona buena epitelización. (Vásquez-Villafane et al., 2017, p. 95)

Membrana De Plasma. El procedimiento inicia mediante la infiltración de lidocaína al 2% con epinefrina, luego se realiza una incisión en la región alveolar maxilar y bucal, se realiza un colgajo trapezoidal mucoperiostico con un pedículo circular que nos servirá para el cierre final. Se extrae 10 cm³ de muestra sanguínea que se la coloca en la centrifuga para obtener el plasma rico en plaquetas al cual se le coloca cloruro de calcio al 10% para que se obtenga una membrana. Se coloca una barrera de satín hemostático en el fondo del alveolo y después la membrana de plasma, luego se realiza la rotación del pedículo del colgajo vestibular para que se obtenga el cierre de la lesión y se sutura. (Sánchez Sánchez et al., 2017, p. 156)

(Hupp et al., 2014) indica que en la mayoría de casos, sea cual sea el método terapéutico a utilizar, se recomienda complementarlo con una antibiomaticoterapia de cobertura por vía

sistémica, durante 8 a 15 días por lo general se recomienda amoxicilina, cefalexina o clindamicina y analgésicos para así reducir el riesgo de sinusitis maxilar, además antihistamínicos e indicar un aerosol descongestionante con el fin de reducir el edema local y mejorar el acceso de aire y la salida de las secreciones por los orificios sinusales. (pág.183)

Fractura Mandibular

(Donado Rodríguez & Martínez-González, 2014) Es una complicación poco frecuente, que se produce generalmente por la extracción de terceros molares inferiores complicados ya sea retenidos a nivel óseo, presenten hipercementosis, anquilosis o asociados a quistes muy extendidos con gran reabsorción ósea. También se podría presentar cuando la osteotomía es demasiado amplia y las maniobras de apalancamiento son excesivas por falta de odontosección.

Manejo Terapéutico De La Fractura Mandibular. Se lo realiza mediante técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, los sitios donde se presentan las fracturas se inmovilizan ya sea con placas y tornillos, para permitir la cicatrización ósea.

Miniplacas. están indicadas para las fracturas que requieren una resistencia mínima o moderada a fuerzas de deformación tridimensional, se colocan sobre las líneas de fuerzas mandibulares.(Morales Navarro, 2017, p. 9)

Semirígida. miniplacas y tornillos monocorticales lo largo de las líneas de osteosíntesis (tensión, compresión y torsión) (Morales Navarro, 2017, p. 9)

Rígida. placas rígidas a lo largo del borde inferior o posterior de la mandíbula y tornillos bicorticales, con o sin una segunda placa colocada en la región subapical o reborde oblicuo externo con tornillos monocorticales.(Morales Navarro, 2017, p. 9)

Fractura De La Tuberosidad

(Donado Rodríguez & Martínez-González, 2014) indica que pueden suceder en la extracción del segundo y tercer molar superior, cuando están firmemente insertados o retenidos o la técnica que se emplea para la exodoncia es excesivamente brusca. La tuberosidad puede fracturarse parcial o totalmente, si un fragmento es pequeño y está desprendido sin comunicación con el seno, la simple sutura de la mucosa es suficiente. Pero si se moviliza una gran parte de la tuberosidad, primero se debe regularizar los bordes con la lima para hueso, revisar el alveolo en busca de fragmentos óseos libres y retirarlos, ferulizar al diente implicado al resto de los molares y remitir al cirujano maxilofacial (pág. 229)

Además, se puede enviar terapia farmacológica para el alivio del dolor que puede ser diclofenaco sódico 75mg IM por dos días o ibuprofeno 800-600 mg cada 8 horas por 3 días.

Hemorragia Relevante

El sangrado durante la intervención quirúrgica es inevitable, pero en condiciones normales, por lo que es raro que durante la cirugía se corten vasos que puedan provocar considerable pérdida hemática, por lo tanto, el riesgo con una hipovolemia es raro. Una hemorragia puede complicar la intervención quirúrgica, debido a que limita la visibilidad del campo operatorio.(Chiapasco, 2004)

Prevención. Lo primero es que debemos controlar durante la anamnesis que el paciente tenga la capacidad normal de coagulación, por lo que se debe investigar si padece de cuagulopatias congénitas o adquirida, insuficiencias hapatorreñales y por ende este tomando anticuagulantes o antiagregantes plaquetarios. Adecuada protección de los vasos durante las maniobras realizadas por instrumentos rotatorios, como se presentan en la ostectomía o la odontosección teniendo conocimiento de la anatomía local.(Chiapasco, 2004)

Tratamiento. el sistema más sencillo es la compresión o taponamiento del área sangrante con gasas estériles empapadas en solución fisiológica, debe ser mantenida por lo menos por dos minutos hasta conseguir la formación del coágulo, la maniobra es eficaz en los casos de sangrado venoso o de pequeños vasos arteriales.(Chiapasco, 2004)

Otro sistema es el taponamiento con materiales hemostáticos reabsorbibles, como es la esponja de fibrina, la celulosa oxidada o sulfato ferrico. Estos materiales son útiles para la hemostasia de vasos intraóseos. Finalmente, en los casos de sangrado abundante se recomienda la diatermocouagulación del vaso por medio de electrodos que trasmiten corriente con alta temperatura local con acción coagulante, y la ligadura de vaso de mayor calibre donde se sutura para interrumpir el sangrado. (Chiapasco, 2004)

Así como a nivel sistémico, se recomienda el uso de hemostáticos como el ácido tranexámico de 500 mg en ampollas o tabletas cada 8 o 12 horas, o el uso de vitamina k ampollas de 10 mg

Parálisis Facial

(Fernandez López et al., 2009) Lo define como una pérdida de la función contráctil de la musculatura estriada de la cara, conocida por la musculatura mímica. Se puede presentar

de forma parcial o total y causa daños en cualquier parte del recorrido periférico del nervio facial. (pág. 234)

(García Peñín et al., 2003) La parálisis puede ser inmediata o diferida, cuando es inmediata ocurre en los primeros minutos después de la inyección, recuperando la función cuando desaparece los efectos anestésicos a las 3 horas más o menos. En el tipo diferida la parálisis puede aparecer varias horas o días después de la inyección y la recuperación puede ser después de las 24 horas a 6 semanas dependiendo el daño del nervio.

Causas. Se pueden relacionar a diversos factores como traumatismos, infecciones, congénitos o neurológicos, sin embargo, se ha reportado la posibilidad de producirse por una técnica anestésica inadecuada en el foramen dentario inferior al penetrar la aguja más allá del borde posterior de la rama ascendente mandibular, infiltrando el tejido parotídeo ocasionando parálisis del nervio facial por difusión.(Fernandez López et al., 2009, p. 234)

Tratamiento. El manejo si se presenta de manera inmediata es tranquilizar al paciente hasta esperar que desaparezca el efecto del anestésico; en el caso de sea retardada la terapia debe realizarse lo más pronto posible los fármacos más frecuentemente prescritos son: corticoides como la prednisona 20 mg cada 8 horas por 7 días para evitar que el nervio se siga deteriorando, hidroxocobalamina (vitamina B12) 1 tableta diaria por 15 días para lograr una sana rehabilitación del nervio, gotas y ungüentos oftálmicos. (Fernandez López et al., 2009, p. 236)

Complicaciones Locales Mediatas

Alveolitis

(González García et al., 2016) define a la alveolitis como una inflamación del alveolo, siendo la complicación posoperatoria que con más frecuencia que se produce después de la extracción dental. El dolor que produce varía en intensidad y duración, puede ser moderado y muchas veces aparece constante, insoportable, con irradiaciones, desde leve hasta exasperante; persiste por varios días e impide en la mayoría de los casos, la actividad normal del paciente. Es un estado de infección localizado de forma superficial, y completamente reversible.

Se dice que puede aparecer en el lapso de “2 a 4 días después de la extracción, suele durar, ya sea con o sin tratamiento, unos diez o quince días.”(León Montano et al., 2016, p. 2)

Etiología. Es multifactorial que incluye el aporte vascular disminuido del hueso, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alveolo, restos radiculares de quistes o granulomas. (Martín Reyes et al., 2001, p. 177)

Manifestación Clínica. Se puede observar un alveolo sin coágulo en el interior, lleno de restos alimenticios, con una halitosis importante y con cierta limitación a la apertura bucal, también puede encontrarse hueso desnudo con gran sensibilidad o coágulo necrótico que al ser irrigado o desplazado muestra las paredes desnudas e hipersensible.(González García et al., 2017, p. 13)

Clasificación. Se pueden presentar dos tipos

Alveolitis Seca. alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas desnudas. El dolor es constante y violento, que se exagera con la masticación. (León Montano et al., 2016, p. 3)

Alveolitis Húmeda O Supurada. aparece la inflamación alveolar por la infección del coágulo, y el dolor es menos intenso que en la seca. (León Montano et al., 2016, p. 3)

Tratamiento. (Martín Reyes et al., 2001) mencionan que algunos cirujanos utilizan la irrigación, colocan anestesia local, se realiza un curetaje del alveolo para inducir la formación de un nuevo coágulo y se colocan sustancias antibióticas, analgésicas y antiinflamatorias para el tratamiento del dolor como eugenol, yodopovidona y excipientes que se coloca cada 2 a 3 días en el alveolo. Además, se indica farmacoterapia con antibióticos y analgésicos según el criterio del profesional (pág. 178)

Edema

El edema se presenta como una extravasación de líquido en el tejido intersticial o en las cavidades orgánicas producido por tejidos traumatizados; puede ser un exudado o un transudado. (Albarrán Almeida & Navarro Ramos, 2019, p. 16)

(Gay Escoda & Berini Aytés, 2015) Generalmente se producen de las extracciones dentarias quirúrgicas, no se lo toma como una complicación, sino como un proceso normal de los tejidos debido al procedimiento realizado. Los actos operatorios bruscos con lesiones del tejido blando, desgarros del periostio o el mal diseño del colgajo pueden causar un edema

desproporcionado. Por lo que debemos ser lo menor invasivos al realizar la cirugía lo mas atraumáticas posibles, con incisiones bien diseñadas y el trabajo cuidadoso del operador.

Tratamiento. la aplicación de frío en el lugar de la intervención reducirá el edema por la vasoconstricción, reduciendo así la exudación de líquido y sangre durante intervalos de 10 min durante 24 horas. Si el edema tiene una duración de más de 5-6 días, con una mayor temperatura cutánea y enrojecimiento, puede ser debido a una causa infecciosa y entonces se adjuntará a las medidas ya descritas un tratamiento con antibióticos.(Gay Escoda & Berini Aytés, 2015, pp. 333-334)

Dolor Postoperatorio

Se podría considerar como un dolor de carácter agudo secundario a una agresión directa o indirecta que se produce durante el acto quirúrgico, de modo que incluiríamos no sólo el dolor debido a la técnica quirúrgica, sino también, el originado por la técnica anestésica, las posturas inadecuadas, contracturas musculares.(Reyes Fierro A. & de la Gala García F, 2004, p. 177)

Tratamiento. (Coronel Navarro, 2017) El dolor que se presenta después de la cirugía de terceros molares es a menudo fácil de tratar con analgésicos, como el paracetamol o los fármacos del grupo de los AINEs. El dolor más intenso se produce en las primeras 24 a 72 horas, y va disminuyendo los próximos días. Se puede prolongar alrededor de una semana, pero si persiste después de este tiempo o incrementa, ya se podría tratar de alguna infección o alveolitis.

Trismo

(Gay Escoda & Berini Aytés, 2015) define como la incapacidad de la apertura normal de la boca, es una situación que se nos presenta con frecuencia en la extracción de terceros molares, en especial el maxilar inferior. Entre las causas que pueden producirlo se menciona al dolor postoperatorio que por vía refleja limita la función de la musculatura de la mandíbula. La administración de forma inadecuada de la anestesia, en especial de la troncular para el nervio dentario inferior con la que puede lesionarse el músculo pterigoideo interno, cuando se emplea una mala técnica o inyección de sustancias anestésica de forma inadecuada. (pág. 334)

Tratamiento. Consiste en la aplicación de calor local para reducir la inflamación y analgésicos si existe dolor. Se recomienda realizar movimientos de apertura lo más rápido que se pueda, ya que así poco a poco el paciente podrá ir abriendo la boca un poco más. Uno de los métodos usados es la pinza de ropa de madera, la cual el paciente se pone en el interior de la boca y va intentando que esta se abra un poco más día a día. (Gay Escoda & Berini Aytés, 2015, p. 334)

Complicaciones Sistémicas

Lipotimia

(Quispe Condori, 2019) Es la momentánea pérdida del conocimiento secundario debido a una disminución brusca de la presión arterial como consecuencia de alteraciones vasomotoras conocidas como un ligero desmayo. (pág. 30)

(Quispe Condori, 2019) La lipotimia puede ser de tipo neurógeno siendo el miedo la causa desencadenante o puede ser por el suministro de adrenalina que contiene el cartucho de

anestesia. Es un accidente frecuente, que se producen durante la aplicación del anestésico o aparece unos minutos después cuando el paciente presenta un cuadro clínico de palidez, taquicardia, sudoración fría, respiración ansiosa y desvanecimiento. Del estado el paciente se puede recuperar rápidamente o puede entrar en un cuadro más grave conocido como el síncope ortostático.

(Quispe Condori, 2019) Esta complicación puede producirse durante la administración del anestésico local, comúnmente cuando se emplea la técnica regional o troncular. La punción de un vaso sanguíneo hace más grave el cuadro, debido a que la jeringuillas de carpúle usadas no tiene la posibilidad de detectar si estamos en el interior de vaso sanguíneo.

Síntomas Clínicos Frecuentes. Los más frecuentes

- Palidez cutánea
- Sudoración
- Debilidad repentina
- Mareo
- Semiinconsciencia (Quispe Condori, 2019, p. 31)

Tratamiento. se debe realizar de inmediatamente

- Valorar el estado de conciencia
- Colocar al paciente en posición supina con los pies levantados no más de 45 °
- Establecer de inmediato una vía aérea permeable con la maniobra frente-mentón.

- Valorar la circulación, palpar el pulso carotideo para determinar si la circulación es adecuada.
- Administrar oxígeno.
- Monitorizar los signos vitales, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, a efectos de determinar la gravedad de la reacción hipotensora y el grado de recuperación

(Quispe Condori, 2019, p. 31)

Sincope Vasovagal

(Bustamante Cabrera et al., 2013) Se lo define como la pérdida temporal de la conciencia y del tono postural, la cual se resuelve de manera espontánea, y se produce por una hipotensión momentánea a nivel cerebral. En un episodio sincopal, si no se toman las medidas correspondientes podrían producirse trauma considerable, sobre todo si estos derivan de una patología cardíaca. (pág. 1873)

Cuadro Clínico. (Bustamante Cabrera et al., 2013) Se caracteriza por un inicio brusco, seguido de náuseas que continúa con la pérdida del tono postural y la inconsciencia. En el examen físico se nota una piel fría, palidez, ausencia de respuestas a estímulos verbales, pulso débil y reducción de la presión arterial.

Tratamiento. se debe realizar

- Valorar el estado de conciencia
- Colocar al paciente en posición supina, con los pies elevados no más de 45°

- Permeabilizar la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón.
- Valorar la ventilación la cual se confirma mirando el tórax y escuchando y notando el aire exhalado
- Valorar la circulación se debe hacer palpando el pulso carotídeo y en la mayoría se palpa un pulso débil y pequeño, la frecuencia cardiaca suele ser bastante lenta.
- Administrar oxígeno
- Colocar atropina 0,5 mg IV si persiste la bradicardia (FC menor de 50 lpm)
- Si existe recuperación después del síncope; hacer que acompañen al paciente a casa
(Quispe Condori, 2019, p. 33)

Reacción Anafiláctica

(Tupiza Guerrero & Lanás Terán, 2016) Es una reacción alérgica de forma inesperada y rápida lo que constituye una verdadera emergencia médica que comprometerá la vida del paciente, se diferencia de otras reacciones debido a que afecta a todo el organismo. Es una reacción mediada por la inmunoglobulina IgE el cual se presenta de manera inmediata tras el contacto con el antígeno que provoca una reacción cutánea hasta el shock.

La mayor complicación de la reacción anafiláctica es la que afecta al sistema cardiovascular, debido a una vasodilatación periférica que produce una caída súbita de la presión sanguínea menor de 90/60 mm Hg y una taquicardia compensatoria, que de no recibir el tratamiento adecuado puede culminar con un infarto de miocardio por insuficiencia circulatoria.

Causas. Existen diferentes causas que provocan el shock anafiláctico

Inducida Por Fármacos. La causa más común que se produzca una reacción es por los fármacos como los antibióticos entre los más importantes tenemos los betalactámicos como las penicilinas y a la aspirina. (Tupiza Guerrero & Lanás Terán, 2016, p. 10)

Inducida Por Alimentos. La más frecuente y de vital importancia son el polvo, polen y ciertos alimentos como frutos secos y los mariscos (Tupiza Guerrero & Lanás Terán, 2016, p. 10)

Inducida Por El Látex.- que se encuentran en los guantes y discos de goma que se utilizan para realizar aislamiento del campo operatorio.(Tupiza Guerrero & Lanás Terán, 2016, p. 10)

Inducida Por La Anestesia. El agente causal de la alergia es el bisulfito de sodio que es el conservante de los anestésicos locales con vasoconstrictor.(Tupiza Guerrero & Lanás Terán, 2016, p. 10)

Cuadro Clínico. El paciente se presenta cianótico, débil, presentándose insuficiencia circulatoria, taquicardia, edema en vías respiratorias, angioedemas, hipotensión, tos, tremulación muscular y finalmente el paciente cae en inconsciencia produciéndose un paro respiratorio y cardiaco.(Gallegos Encalada, 2016, p. 17)

Tratamiento. se debe realizar de inmediato

- Colocar al paciente en posición supina o sentado con las piernas elevadas si hay dificultad para respirar
- Permeabilizar las vías aéreas
- Administrar oxígeno suplementario a través de máscara a velocidad (6-8 L/min)
- Suministrar adrenalina IM dosis de 0.01mg/kg hasta 0.05 mg/kg en el vasto lateral externo del muslo, repitiendo la dosis en intervalos de 15 min.
- Administrar antihistamínicos defenhidramina en dosis de 25-50 mg por vía intravenosa
- Monitorización constante de la frecuencia cardiaca y la presión arterial.
- Corticoesteroides Hidrocortisona de 200 mg IV, para lo cual se diluye 200 mg en 10 ml de solución salina al 0.9% (Tupiza Guerrero & Lanas Terán, 2016, p. 25)

CAPÍTULO III

Marco Metodológico

Diseño y tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cualitativo, ya que la información que se obtenga será interpretada según el autor, debido a que se analizará las complicaciones que se derivan en la cirugía de terceros molares retenidos, así como el manejo terapéutico de cada una y la importancia de brindarle esta información al paciente mediante el consentimiento informado derivando en la responsabilidad mutua en cuanto a la toma de decisiones.

El diseño de esta investigación es bibliográfico debido a que se recopiló información de fuentes primarias y secundarias en base a investigaciones sobre el tema a tratar mediante artículos científicos de casos clínicos y aleatorizados de diversas revistas como RODE, Scielo, Google Scholar, Medigraphic, entre otros

Métodos, técnicas e instrumentos

Histórico-lógico

se lo emplea para conocer la evolución y manejo de las complicaciones que se pueden presentar durante la exodoncia de terceros molares retenidos y como debemos tratarlas de manera inmediata para evitar riesgos en la salud del paciente, así como la relevancia de dar a conocer estas complicaciones al paciente mediante el consentimiento informado.

Bibliográfico

Este método es útil para obtener la información necesaria y relevante de diferentes fuentes sobre estudios realizados por los autores, recopilando datos y analizándolos los resultados que obtuvieron para poder evidenciarlo en mi trabajo de investigación sobre las complicaciones en cirugía de terceros molares.

Inductivo – Deductivo

Se trata de una investigación inductivo deductivo porque por medio de la información que se ha podido obtener en lo que respecta a las complicaciones quirúrgicas de los terceros molares retenidos, se podrá tomar medidas necesarias para evitar que esto se produzca y la relevancia de emplear el consentimiento en nuestra práctica profesional.

Analítico – Sintético

Se trata de una investigación analítico sintética, debido a que se ha recopilado datos de varios libros, revistas, páginas web, por lo cual se pretende hacer una síntesis del tema, en donde se dará conocer las complicaciones quirúrgicas que se pueden producir después de extraer los terceros molares retenidos, ya que hoy en día se ha convertido en un tema de suma importancia cuando se realiza una cirugía dental

Técnicas se basa en la recopilación de información de las diversas fuentes, analizando la relevancia de la investigación y los resultados obtenidos por los diferentes autores, para poderlo aplicar en el presente trabajo de investigación

El instrumento de recolección de datos fue la ficha nemotécnica en la cual se colocó la información obtenida a través de páginas web, revistas y artículos científicos donde realizaban el estudio en una población determinada.

Procedimiento de la investigación

El proceso de la investigación parte del planteamiento del problema basado en las complicaciones quirúrgicas que se presentan por exodoncia de terceros molares, luego se establece los objetivos y justificación de la investigación por lo que es relevante. El primer paso del marco teórico es buscar los antecedentes que permiten analizar y desarrollar la evolución del problema a través del tiempo en diferentes regiones a nivel mundial. Después se recopila información sobre el tema de estudio, recopilando fuentes bibliográficas más relevantes en cuanto al conocimiento científico tanto de casos clínicos como manejo terapéutico de las complicaciones. Continuamos con el análisis de la información de cada investigación y los resultados obtenidos. Finalmente, se realiza las conclusiones y recomendaciones que parten de la investigación bibliográfica que elaboramos para que se tomen en cuenta en el abordaje de terceros molares retenidos durante la consulta odontológica.

CAPÍTULO IV

Conclusiones Y Recomendaciones

Conclusiones

En base a la investigación bibliográfica realizada podemos concluir, que lo fundamental antes de realizar cualquier intervención quirúrgica dentomaxilar, es informar al paciente acerca de los aspectos imagenológicos que observamos, y la relación con las estructuras anatómicas, de los maxilares, que se pudieran comprometer durante el tratamiento. También es importante explicar en qué consiste el procedimiento quirúrgico a realizar, así como las posibles consecuencias que pudieran presentarse, durante o después del acto quirúrgico.

El consentimiento informado debe ser personalizado, debido a que es un proceso comunicacional y participativo, en el cual se debe respetar la autonomía del paciente en la toma de la decisión posterior a la explicación detallada, de manera clara acerca de la situación clínica, el grado de dificultad de la técnica quirúrgica en el caso de los terceros molares retenidos, así como las complicaciones que se pueden presentar durante, o en el postoperatorio. Además, debemos explicarle las complicaciones relacionadas en el evento de no realizar el tratamiento indicado.

El odontólogo adquiere una responsabilidad como profesional y debe estar dispuesto al seguimiento postoperatorio de las complicaciones, encaminados a resolver el problema de salud que se presente. La mala praxis profesional podría relacionarse con tres posibles animus, que podría ser establecido en el caso de comprobar negligencia, imprudencia e impericia. En el caso de las complicaciones que se presentan en la cirugía de los terceros

molares superiores o maxilares esta la comunicación bucosinusal, y en el caso de la cirugía de terceros molares mandibulares se describe la alveolitis, dichas complicaciones para que no sean consideradas como mala práctica deben pronosticarse en el consentimiento informado. Además, es de suma importancia que el diagnóstico en el caso de terceros molares retenidos sea muy cuidadoso tanto clínico como radiográfico, en los casos de sospecha de cercanía con el seno maxilar o conducto dentario se debe emplear el uso de tomografías que nos den un diagnóstico más certero y así elegir el abordaje quirúrgico adecuado.

Finalmente, cuando se presentan las complicaciones ya sea locales o sistémicas durante la extracción de terceros molares retenidos se debe emplear un correcto manejo terapéutico-quirúrgico para solucionarle de manera eficaz y devolver su salud bucal.

Recomendaciones

- Mejorar la relación odontólogo- paciente brindando la información adecuada y clara sobre los beneficios y riesgos en el tratamiento quirúrgico propuesto, de manera que el paciente sea participe en la toma de decisiones.
- Se recomienda la realización del consentimiento informado personalizado según cada caso, además de detallar la técnica elegida y las posibles complicaciones relacionadas que se pueden presentar.
- La importancia de elaborar un plan de tratamiento adecuado, tomando en cuenta el examen clínico y radiográfico, es fundamental, así como la utilización de tomografías Cone Beam en los casos que requieran precisión en el diagnóstico imagenológico.
- Debemos estar preparados para el tratamiento del síncope vasovagal, que según la bibliografía revisada representa la complicación sistémica más frecuente, y entre las complicaciones locales relacionadas con la cirugía de terceros molares superiores se describe la comunicación bucosinusal y en el caso de los terceros molares mandibulares tenemos la alveolitis.
- En los casos de sospecha de una comunicación bucosinusal tenemos el uso del acetato con cemento quirúrgico utilizado como aislamiento hasta que se realice el colgajo correspondiente, y en los casos de alveolitis la tintura de propóleos al 5% se recomienda por su efectividad para tratar alvéolos afectados.

Bibliografía

- Albarrán Almeida, B., & Navarro Ramos, T. (2019). Evaluación clínica del edema posterior a la odontectomía de terceros molares retenidos y asociado al uso o no de sutura / Clinical evaluation of edema after the odontectomy of third molars retained with the use or not of sutura. *ODOUS CIENTIFICA*, 20(1), 15-24.
- Araujo C, J. C. (2019). La naturaleza ético jurídica de la obligación en odontología estética o cosmética dental en la legislación venezolana. *Acta Odontologica Venezolana*, 57(1), 1-15.
- Barboza, S. G., & Pereira, Y. C. S. (2016). Clasificaciones Winter y Pell-Gregory predictoras del trismo postexodoncia de terceros molares inferiores incluidos. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica*, 5(1), 57-75.
- Beltrán, J. V., Castillo, M. O., & Basulto, R. D. M. (2019). Queratoquiste odontogénico: A propósito de un caso. *Progaleno*, 2(1), 33-39.
- Bravo, T. L. V. (2018). Es importante el consentimiento informado en Odontopediatría. *RECIAMUC*, 2(1), 544-553.
- Bustamante Cabrera, G., Kuno Vargas, G. I., & Mattaz Zambrana, R. E. (2013). SINCOPE. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 36, 1873-1877.
- Calderón, M., Castillo, J., & Felzani, R. (2017). Efectividad de la Técnica CONE-BEAM para evaluar el riesgo de lesión al Conducto Dentario Inferior, en la extracción de Terceros Molares Inferiores clase II Posición A o B. *Acta Bioclínica*, 8(15), 107-120.
- Castañeda Peláez, D. A., Briceño Avellaneda, C. R., Sánchez Pavón, Á. E., Rodríguez Ciódaro, A., Castro Haiiek, D., & Barrientos Sánchez, S. (2015). Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia / Prevalence of Included, Retained and Impacted Teeth, in Panoramic Radiographs of Population from Bogotá, Colombia. *Universitas Odontologica*, 34(73), 149-157.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo34-73.pdir>
- Centeno, J. E. O., & Sotelo, R. N. G. (2019). La bioética desde la perspectiva odontológica. *Revista ADM*, 76(5), 282-286.
- Chiapasco, M. (2004). *Cirugía Oral Texto y Atlas en Color*. Elsevier España.
- Coronel, M. F., & Sevilla, C. T. I. (2016). ANATOMÍA DE LA PRIMERA PREMOLAR MANDIBULAR OBSERVADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA CONE BEAM. ESTUDIO IN VITRO. *Salud & Vida Sipanense*, 3(2), 43-49.
- Coronel Navarro, A. G. (2017). *Complicaciones postquirúrgicas que se presentan después de la extracción de terceros molares retenidos*". 1-72.
- del Puerto Horta, M., Casas Insua, L., & Cañete Villafranca, R. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Revista Médica Electrónica*, 36, 752-762.

- Donado Rodríguez, M., & Martínez-González, J. M. (2014). *Cirugía bucal: Patología y técnica*. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3429854>
- Espinoza Serrano, V. (2016, febrero 22). *Modelo de gestión y aplicación del consentimiento informado*. Salud. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
- Fernandez López, R. G. F., Carbajal Delgado, Edgar, & Reyes Mendoza, Francisco. (2009). Parálisis facial periférica tardía, después de la extracción quirúrgica del tercer molar inferior. Presentación de caso clínico. *Revista Odontológica Mexicana*, 13(4), 234-237.
- Flores Ramos, J. M. F., Zaragoza, M. G. O., Salas, J. H. B., Paredes, J. J. R., & García, M. C. R. (2015). Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía del tercer molar inferior retenido. *Revista ADM*, 72(6), 314-319.
- Gallegos Encalada, M. (2016). *Protocolo de primeros auxilios para shock anafiláctico por reacción de hipersensibilidad en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas*. 1-37.
- García Peñín, A., Guisado Moya, B., & Montalvo Moreno, J. J. (2003). Riesgos y complicaciones de anestesia local en la consulta dental: Estado actual. *RCOE*, 8(1), 41-63.
- Gatti, P. C., Gualtieri, A., Prada, S., de Oca, H. M., & Puia, S. A. (2020). Prevalence and descriptive analysis of third molars in a dentistry service in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Revista Odontologica Argentina*, 108(1), 6-13.
- Gay Escoda, C., & Berini Aytés, L. (2015). *Tratado de cirugía bucal*. Ergon.
- González García, X., Córdón García, M., Rojas González, S., Cardentey García, J., & Porras Mitjans, O. (2016). Comportamiento de las alveolitis en los servicios de urgencias estomatológicas. *MediSur*, 14(4), 404-409.
- González García, X., Lugo Bencomo, L., Figueroa Andino, M., & Corrales Fonte, M. (2017). Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 11-18.
- Guzmán Bardales, S. E., Espinoza Salcedo, M. V., & Espinoza Salcedo, A. R. (2019). Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre responsabilidad civil y sus sanciones. *PUEBLO CONTINENTE*, 30(2), 423-427.
- Higa, T. T., & Arias Inclán, P. (2010). Alternativa en el manejo del paciente quirúrgico en 1,570 casos de terceros molares retenidos (Tratamiento efectivo utilizado para este estudio a lo largo de 10 años). *Revista Odontológica Mexicana*, 14(1), 38-43.
- Hupp, J. R., Ellis, E., & Tucker, M. R. (2014). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. <http://site.ebrary.com/id/11043191>
- León Montano, V., Hernández Roca, C. V., Gómez Capote, I., Clausell Ruiz, M., & Porras Valdés, D. M. (2016). Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan. *Revista Médica Electrónica*, 38(1), 1-13.
- Lorié, M. A., Silot, E. B. L., Cruz, M. R. de la, & Armand, F. M. (2015). Terceros molares retenidos. Actualización. *Revista Información Científica*, 92(4), 995-1010.

- Manzano, D. E. M., Fernández, D. Á. S., Rodríguez, D. A. L., & Chacón, D. R. P. (2015). IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS. *Bioetica*, 14-17.
- Martín Reyes, O., Lima Álvarez, M., & Zulueta Izquierdo, M. M. (2001). Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. *Revista Cubana de Estomatología*, 38(3), 176-180.
- Montoya, S. A., Vargas, K. H., & Medina, E. Z. (2020). NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU APLICACIÓN EN TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS; JULIACA 2018. *Evidencias en Odontología Clínica*, 5(2), Article 2. <https://doi.org/10.35306/eoc.v5i2.789>
- Morales Navarro, D. (2017). Fractura mandibular. *Revista Cubana de Estomatología*, 54(3), 1-19.
- Morales, O. A., Perdomo, B., Cassany, D., Caldera, A. J., & Arias, J. R. (2020). La estructura retórica de consentimientos informados usados en tesis y trabajos de grado odontológicos en español. *Revista de Lengua para Fines Específicos*, 26(1), 149-166. <https://doi.org/10.20420/rlfe.2020.319>
- Ortiz P, A., & Burdiles P, P. (2010). Consentimiento informado. *Revista Medica Clinica Condes*, 21(4), 644-652.
- Palacios Colán, M. B. (2014). *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*. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/>
<http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322116>
- Perea Pérez, B., Labajo González, M. E., Santiago Sáez, A., & Albarrán Juan, M. E. (2013). Responsabilidad profesional en odontología. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(4), 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2013.04.002>
- Pérez Jiménez, E., & Raposo Correa, S. (2015, julio 30). *COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL TRAS EXTRACCIÓN DENTARIA*. REDOE - Revista Europea de Odontoestomatología. <http://www.redoe.com/ver.php?id=213>
- Quintana Díaz, J. C., Algozain Acosta, Y., Quintana Giralt, M., & Orta Casañas, M. (2015). Tratamiento quirúrgico de los dientes retenidos en el servicio de cirugía maxilofacial de Artemisa (1994-2010). *Acta Odontológica Colombiana*, 5(1), 57-63. <https://doi.org/10.15446/aoc>
- Quintero, H., Yáñez, M., Berríos, M., & Morales, O. (2016). *EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PRIVADA DEL MUNICIPIO LIBERTADOR DE LA CIUDAD DE MÉRIDA EN VENEZUELA*. 11(2), 16-26.
- Quispe Condori, R. (2019). Relación entre el nivel de conocimiento y manejo de urgencias médicas en odontología por administración de lidocaína con epinefrina, de los estudiantes de la clínica odontológica en la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, 2019. *Universidad Nacional del Altiplano*, 1-79.

- Raffo, M., & Oggiani, V. (2016). Cierre de comunicaciones bucosinusales con colgajos palatinos. *Actas Odontológicas*, 13(1), 32-38. <https://doi.org/10.22235/ao.v13i1.1206>
- Ramirez, M. D. C. (2018). Tomografía cone beam como herramienta diagnóstica en alteraciones de la articulación temporomandibular. *Killkana Salud y Bienestar*, 2(1), 37-44. https://doi.org/10.26871/killcana_salud.v2i1.105
- Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implantología*. Editorial médica panamericana.
- Restrepo Rendon, L. F., Meneses Tamayo, F., & Vivares Builes, A. M. (2019). Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: Estudio retrospectivo. *Acta Odontológica Colombiana*, 9(1), 37-48. <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n1.72842>
- Reyes Fierro A., & de la Gala García F. (2004). Dolor postoperatorio: Analgesia multimodal. *PATOLOG~ DEL APARATO LOCOMOTOR*, 2(3), 176-188.
- Rodríguez, M. I. R., Escalona, T. P., Zaldívar, M. E. G., & Zaldívar, C. I. G. (2017). Nivel de aplicación del Consentimiento Informado en residentes de la especialidad Estomatología General Integral. *MULTIMED*, 19(3), 583-595.
- Sánchez Sánchez, A., González Rebattú, Morales Palacios, & Barrera García. (2017). Cierre de comunicación oroantral mediante el uso de membrana de plasma. Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. *Revista ADM*, 75(3), 153-158.
- Sánchez, R. J. S., Rubio, H. A. C., & Pulgar, T. M. (2017). Formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados. Hospital General Provincial Docente Riobamba. *Revista Eugenio Espejo*, 11(2), 16-25.
- Tupiza Guerrero, E. M., & Lanas Terán, G. A. (2016). *Conocimiento sobre shock anafiláctico y su manejo odontológico de los alumnos de séptimo, octavo y noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Período 2015-2016*. 1-85.
- Valecillos Fuenmayor, M. V. V., Rivera, G. J. G., Ortega-Pertuz, A. I., & Pérez, L. (2018). Ameloblastoma unicuístico intramural en maxilar superior. Reporte de un caso. *Odontología Sanmarquina*, 21(4), 322-328. <https://doi.org/10.15381/os.v21i4.15561>
- Vásquez-Villafane, A.-S., Arias-Lucano, J., Seminario-Amez, M.-Y., Guevara-Canales, J., Morales-Vadillo, R., Alberca Ramos, E., & Cava, C. (2017). Comunicación bucosinusal: Revisión de la literatura. *Kiru*, 14(1), 91-97. <https://doi.org/10.24265/kiru.2017.v14n1.13>
- Vázquez, D., Subirán, B., Pujol, M., Antoniuk, A., Nart, L., Benítez, L., Moyano, W., Rannelucci, L., & Hecht, P. (2020). Estudio de la relación de los terceros molares superiores retenidos y el seno maxilar en radiografías panorámicas y tomografía (CBCT). *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 77(1), 6-10. <https://doi.org/10.35366/OD201B>
- Vázquez Diego, J., Gandini Pablo, C., & Carvajal Eduardo, E. (2008). Quiste dentígero: Diagnóstico y resolución de un caso. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, 24(6), 359-364. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852008000600002>

Anexos

Anexo 1: Cronograma De Actividades

| ACTIVIDADES | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE |
|--|-------|--------|------------|---------|
| Registro de temas y asignación de tutores | X | | | |
| Desarrollo de tutorías y elaboración del trabajo | | X | | |
| Obtención de datos | | | X | |
| Sustentación | | | | X |

Anexo 2: Presupuesto

| INSUMOS | COSTO |
|--------------|---------------|
| Laptop | \$ 600 |
| Internet | \$ 25 |
| Impresiones | \$ 15 |
| Empastado | \$ 15 |
| TOTAL | \$ 655 |



ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | |
|--|-----------------------|---------------------|
| Título del Trabajo: COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS | | |
| Autor(es): CEDAÑO ROMERO MICHELLE STEFANY | | |
| ASPECTOS EVALUADOS | PUNTAJE MÁXIMO | CALIFICACIÓN |
| ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA | 4,5 | 4,50 |
| Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil. | 0,3 | 0,30 |
| Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad/Facultad/Carrera. | 0,4 | 0,40 |
| Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema. | 1 | 1,00 |
| Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV. | 1 | 1,00 |
| Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión. | 1 | 1,00 |
| Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico. | 0,4 | 0,40 |
| Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera. | 0,4 | 0,40 |
| RIGOR CIENTÍFICO | 4,5 | 4,50 |
| El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación. | 1 | 1,00 |
| El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación. | 1 | 1,00 |
| El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia. | 1 | 1,00 |
| El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos. | 0,8 | 0,80 |
| Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica. | 0,7 | 0,70 |
| PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL | 1 | 1,00 |
| Pertinencia de la investigación. | 0,5 | 0,50 |
| Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional. | 0,5 | 0,50 |
| CALIFICACIÓN TOTAL * 10 | | 10,00 |
| * El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral. | | |
| * El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación). | | |

FIRMA DEL DOCENTE TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN:

No.C.I: 0908973928

FECHA: 4/10/2020

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA**

Guayaquil, 4 de octubre del 2020

Dra.
MARIA ANGELICA TERREROS CAICEDO
DIRECTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS del estudiante CEDEÑO ROMERO MICHELLE STÉFANY, indicando que ha cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el estudiante está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



DR. ALEX POLIT LUNA
C.I. 0908973928
FECHA: 4 de octubre del 2020



ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil, 11 de Octubre del 20 20

Sra. Dra.
MARÍA ANGELICA TERREROS CAICEDO
DIRECTORA DE LA CARRERA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -
De mis consideraciones:

Envío a Ud. el informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación **COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS** de la estudiante **CEDEÑO ROMERO MICHELLE STEFANY**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de 6 palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo 3 años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

DR. JUAN JOSÉ MACÍO PINCAJ MSc.
DOCENTE TUTOR REVISOR
C.I. 0908946627
FECHA: 11/10/2020



ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

| Título del Trabajo: <u>COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS</u> Autor(s): <u>CEDEÑO ROMERO MICHELLE STAFANY</u> | | | |
|--|----------------|--------------|-------------|
| ASPECTOS EVALUADOS | PUNTAJE MÁXIMO | CALIFICACIÓN | COMENTARIOS |
| ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA | 3 | 3 | |
| Formato de presentación acorde a lo solicitado. | 0,6 | 0,6 | |
| Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras. | 0,6 | 0,6 | |
| Redacción y ortografía. | 0,6 | 0,6 | |
| Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación. | 0,6 | 0,6 | |
| Adecuada presentación de tablas y figuras. | 0,6 | 0,6 | |
| RIGOR CIENTÍFICO | 6 | 6 | |
| El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación. | 0,5 | 0,5 | |
| La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece. | 0,6 | 0,6 | |
| El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar. | 0,7 | 0,7 | |
| Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general. | 0,7 | 0,7 | |
| Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación. | 0,7 | 0,7 | |
| Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación. | 0,7 | 0,7 | |
| El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos. | 0,4 | 0,4 | |
| Factibilidad de la propuesta. | 0,4 | 0,4 | |
| Las conclusiones expresan el cumplimiento de los objetivos específicos. | 0,4 | 0,4 | |
| Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas. | 0,4 | 0,4 | |
| Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia Bibliográfica. | 0,5 | 0,5 | |
| PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL | 1 | 1 | |
| Pertinencia de la investigación/ innovación de la propuesta. | 0,4 | 0,4 | |
| La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional. | 0,3 | 0,3 | |
| Contribuye con las líneas/ sublíneas de investigación de la Carrera. | 0,3 | 0,3 | |
| CALIFICACIÓN TOTAL* | 10 | 10 | |
| *El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral. ****El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación). | | | |

DR. JUAN JOSÉ MACÍO PINCAY MSc.

Nombre Completo Docente Revisor

C.I. 0908946627

FECHA: 11/10/2020

ANEXO XI.- FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| REPOSITORIONACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | |
| FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN | | |
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS | |
| AUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Cedeño Romero Michelle Stefany | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres): | Tutor: Polit Luna Alex Ricardo Revisor: Macio Pincay Juan Jose | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad de Guayaquil | |
| UNIDAD/FACULTAD: | Facultad Piloto de Odontología | |
| MAESTRÍA/ESPECIALIDAD: | | |
| GRADO OBTENIDO: | Odontóloga | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | No. DE PÁGINAS: | 75 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Salud | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Complicaciones, terceros molares retenidos, consentimiento informado, responsabilidad profesional | |
| RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): | <p>Se denomina terceros molares retenidos aquellos que, llegada su etapa normal de erupción, no lo logran y permanecen en el interior de los maxilares sin alterar la integridad del saco pericoronario, presentándose en dos formas intraósea o subgingival, lo que no les permiten erupcionar de manera normal. El objetivo del presente trabajo de investigación fue establecer las complicaciones locales y sistémicas que se presentan con mayor frecuencia en la cirugía de terceros molares retenidos y así determinar el pronóstico de dicho tratamiento en el consentimiento informado. La metodología se basó en revisiones bibliográficas, en donde se analizaron diversos artículos de revistas como Rode, Scielo, Google Scholar, Medigrafic, referentes al tema de estudio obteniendo la fuente necesaria para el desarrollo de la investigación. Por lo que se concluye que este enfoque está encaminado fundamentalmente, al hecho de informarle al paciente sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar durante y después de la cirugía de terceros molares retenidos, mediante un consentimiento informado personalizado haciéndole participe en la toma de decisiones.</p> | |
| ADJUNTO PDF: | SI | NO |
| CONTACTO CON AUTOR: | Teléfono: 0988648655 | E-mail: mcd_srefa@hotmail.com |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Facultad Piloto de Odontología | |
| | Teléfono: (5934) 2285703 | |
| | E-mail: facultad.deodontologia@ug.edu.ec | |



**ANEXO XII.- DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIA GRATUITA
INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA**

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, Michelle Stefany Cedeño Romero, con C.I. No. 0705804961 , certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es " **Complicaciones Quirúrgicas de Terceros Molares Retenidos** " son de mi absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo/amo la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.

Michelle Stefany Cedeño Romero
C.I.No. 0705804961