

EXODONCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. REPORTE DE CASO

REMOVAL OF RETAINED THIRD LOWER MOLAR. CASE REPORT.

Salazar- Salazar Diana¹
Ojeda -Gómez Roberto²

RESUMEN

Los terceros molares retenidos son un tema importante de la patología odontológica, por la variedad de presentación, patología, accidentes que frecuentemente desencadenan. La retención de terceros molares inferiores tiene una frecuencia del 35 % a diferencia de otros dientes retenidos¹. **Reporte de caso.** El presente caso trata de una paciente de 22 años de género femenino que acude a consulta del Hospital Docente las Mercedes por presentar una leve molestia en la hemiarcada del maxilar inferior del lado derecho. Al examen clínico no se observa la pieza dentaria erupcionada. Al examen radiográfico se observa la pieza 4.8 retenida, la cual se programó la cirugía de la pieza 4.8. La extracción se realizó haciendo uso de elevadores, fórceps, un colgajo vestibular con incisión en bolsa, decolaje, luego de eso se procedió a hacer la odontosección para extraer dicha pieza dentaria. **Conclusión:** Realizar un correcto diagnóstico clínico como radiográfico es de vital importancia ya que así se para aplicar tratamiento eficaz y correcto

Palabras clave: tercer molar, retención dentaria, exodoncia a colgajo, reporte de caso.

ABSTRACT

The teeth of the trial retained are an important topic of dental pathology, because of the variety of presentation, pathology, accidents that often trigger. Teeth retention of lower jaw judgment has a frequency of 35% unlike other retained teeth. **Case report:** The present case concerns a 22-year-old female patient who comes to the Las Mercedes Teaching Hospital for presenting a slight discomfort in the hemiararchy of the lower jaw on the right side. On clinical examination, the erupted tooth piece is not seen. The radiographic examination shows the part 4.8 retained, which was scheduled for surgery in part 4.8. **Conclusion:** The extraction was made using elevators, forceps, a vestibular flap with incision in bag.

Key words: third molar, dental retention, flap extraction, case report.

¹ Estudiante de Pregrado de Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Estomatología Universidad Señor de Sipán. ssalazardianame@crece,uss.edu.pe, <https://orcid.org/0000-0002-1605-2003>.

² Maestría en Estomatología, Maestría en Gerencia de Servicio de Salud, Presidente del Equipo de Prevención de Salud Oral (EPSO, Docente Tiempo completo del Programa de Estudios de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán Pimentel Perú. email.robertoog@crece,uss.edu.pe <https://orcid.org/0000-0001-8840-6352>

I.- INTRODUCCION

Los terceros molares inferiores son las piezas dentarias que comúnmente no finaliza el proceso normal de erupción, esto ocasiona diversas complejidades del punto de vista clínico, puede causar caries dental, reabsorción radicular de segundos molares del maxilar inferior, formación de quistes dentígeros pericoronaritis, periodontitis, desbalance oclusal y disfunciones en la ATM. Los dientes del juicio comienzan su formación aproximadamente a los 8 años culminando su amelogénesis entre la edad de 18 a 20 y termina su ápico-formación de 20 a 23 años.²

El tratamiento quirúrgico para extracciones de terceros molares es uno de los más efectuados cirugía bucal, ya que estas piezas dentarias pueden causar alteraciones como la falta de espacio, por presencia de algún obstáculo ocasionando por ciertas patologías, que pueden ser malformaciones dentarias, quistes, tumores, infecciones o estados postraumáticos.^{2,3}

Un diente impactado permanece clavado en el tejido de la encía o en el hueso por diversas razones. Puede ser que el área esté simplemente apiñada y no haya espacio para que los dientes salgan. Por ejemplo, la mandíbula puede ser demasiado pequeña para alojar los molares. Los dientes también pueden inclinarse, torcerse o desplazarse cuando tratan de salir, estas pueden causar molestias y son perjudiciales para la salud bucal, lo que justifica su extracción.⁴

El procedimiento a efectuar para las piezas dentarias impactadas o retenidas es realizar la exodoncia de la pieza dentaria, ya que mientras más avance edad del paciente la extracción será más complicada, sin embargo puede incrementar la incidencia de morbilidad de los tejidos, lesionar las piezas dentarias adyacentes o el hueso, así también puede lesionar las estructuras vitales, por lo cual es necesario conocer las estructuras de las respectivas arcadas para la extracción de terceros molares.⁵

La importancia de este reporte de caso en dar a conocer las diversas afecciones que puede presentar los terceros molares retenidos, también es importante tener conocimiento sobre estas piezas dentarias, realizar un correcto diagnóstico para así poder efectuar un tratamiento adecuado y conocer los procedimientos a seguir en el acto quirúrgico para la exodoncia de tercer molar retenido.

II.- REPORTE DE CASO CLINICO.

Paciente de 22 años, de procedencia Chiclayo, acude a consulta del Hospital Docente las Mercedes con los principales síntomas; leve molestia en la hemiarcada inferior del lado derecho. En la historia clínica no refiere enfermedades sistémicas, ni tampoco estar tomando medicamentos. Niega haber sufrido algún accidente o haber tenido alguna operación previa. No refiere antecedentes familiares con enfermedades preexistentes. Al examen físico ABEG, ABEH, ABEN, LOTEPE, con las siguientes funciones vitales: P.A :110/70 mm Hg, Pulso :60 pul x min, T 36ª C.

Al examen clínico no se observa la pieza dentaria erupcionada presenta restauraciones con resina y restauraciones con material provisional. Al examen radiográfico observa los senos maxilares de tamaño normal de característica normal, cavidad nasal en forma de pera delimitada por línea radiopaca. Cóndilos aplanados en forma ovalada, apófisis coroides de tamaño normal observa las piezas 3.8 y 4.8 retenida, piezas dentarias 2.7, 2.8 con proximidad al seno maxilar. Para corroborar el diagnóstico se le realizó la toma de la radiografía Panorámica, respecto al diagnóstico presenta retención dentaria pieza 3.8 ,4.8.(Figura 1) Posterior a realizarse los exámenes complementarios se procedió a realizar la planificación del tratamiento quirúrgico.



Figura 1. Radiografía Panorámica

Se programó la cirugía de la pieza 4.8 teniendo en cuenta los principios quirúrgicos. Primeramente, se hizo la asepsia extraoral con yodopovidona. Seguidamente procedió a colocar la anestesia troncular para anestesiarse a los nervios bucal, nervio lingual y dentario inferior (Figura 2). Posteriormente se colocó anestesia infiltrativa en el fondo de surco vestibular para anestesiarse la mucosa vestibular (Figura3).



Figura 2. Anestesia troncular



Figura 3. Anestesia infiltrativa

Se realizó una incisión en bolsa con descarga con hoja de bisturí N^o 15 a nivel del margen gingival hasta el primer molar que se hizo la descarga. (Figura4) Luego se procedió a realizar el decolaje mucoperiostico, donde se logra visualizar la corona la pieza dentaria. (Figura 5)



Figura 4. Incisión en bolsa



Figura 5. Decolaje

Se procedió a hacer la osteotomía con una fresa redonda de carburo tungsteno para que se logre visualizar mejor la corona. Posterior a eso se realizó la odontosección con la fresa zekrya para eliminar la traba. (Figura 6)

Después de haber eliminado la traba por completo se procedió a realizar luxación (Figura 7), avulsión de la pieza dentaria con ayuda de un elevador recto. (Figura 8)



Figura 6. Osteotomía y Odontosección



Figura 7. Luxación de pieza dentaria



Figura 8. Avulsión de la pieza dentaria

Se irriego con suero fisiológico, posteriormente se procedió a realizar la sutura, mediante tres puntos simples con hilo de seda negra 3/0. (Imagen 9)



Figura 9. Sutura simple

Finalmente, se dan las recomendaciones quirúrgicas a la paciente y la prescripción de medicamentos: Diclofenaco de 50mg por 3 días c/ 12 horas, Dexametasona de 4mg
Control de la cirugía fue a los 7 días para retirar los puntos de la sutura. Se evaluó al paciente posteriormente después una semana realizada la cirugía para retirar los puntos de la sutura, no se observó ningún tipo de inflamación o alteración, se observó una cicatrización favorable, la paciente no manifestó ninguna incomodidad ni dolor. No se presentaron acontecimientos adversos que puedan perjudicar al paciente.

III.- DISCUSIÓN

En el presente reporte de caso sobre la retención de terceros molares inferiores va a incentivar a los estudiantes a conocer las patologías que esta puede causar, seguir un procediendo adecuado teniendo en cuenta los principios quirúrgicos para lograr una cirugía exitosa y tener un mejor manejo ante diversas complicaciones que se puedan presentar.

La incidencia de retención de cordales inferiores, reportada en la Literatura Especializada, tiene una enorme controversia de este tema y el interés de despejar esta interrogante, hacen que esta sea un problema de considerable importancia en Odontología.⁵

Lorie. M manifiesta que los terceros molares muestran una alta incidencia de retención y pueden estar asociados a que se manifiesten diferentes patologías que puede ser la pericoronaritis, la caries en la cara distal del segundo molar, dolor miofascial, quistes y

tumores odontogénicos. El inconveniente en la erupción de los dientes del juicio, en el maxilar inferior, se asocia a su lenta formación y a la evolución filogenética que ha sufrido el maxilar inferior y como consecuencia que no haya espacio disponible para estas piezas dentarias puedan erupcionar de forma normal. La incidencia de retención de cordales inferiores, reportada en la Literatura Especializada, tiene una enorme controversia de este tema y el interés de despejar esta interrogante, hacen que esta sea un problema de considerable importancia en Odontología.⁶

Castañeda. P manifiesta que se han encontrado asociaciones entre los terceros molares retenidos e impactados y la presencia de patologías asociadas a esta condición, con lo que diferenciar gérmenes dentales con capacidad y condiciones de erupción adecuadas al medio bucal es de alta importancia para instaurar planes de tratamiento a aquellos que son realmente entidades patológicas y que merecen además de vigilancia adicional.⁷

Para extracción de cordales retenidos, en primer lugar, se debe hacer un correcto diagnóstico, en donde las imágenes radiográficas son fundamental en la detección de la posición exacta de los dientes retenidos e impactados y su relación con las estructuras anatómicas. Asimismo, esto favorecerá a su extirpación con un trauma quirúrgico mínimo.⁸

Se incluye los principios para que la exodoncia de los terceros molares a es una intervención programada que tiene unas exigencias específicas de información preoperatoria al paciente. Incorporar al paciente en el ante de toma de decisiones de una intervención programada de exodoncia terceros molares es la única manera factible, aunque exigente en términos de tiempo, de manejar las dos alternativas de tratamiento. Llegado ese momento es importante que el profesional documente de forma adecuada procedimiento y brindar la información adecuada al paciente sobre las opciones de tratamiento.⁹

La retención de los cordales inferiores es un tema de mucho interés, ya que se encuentra variedad de casos sobre este tema; por esta razón el presente caso reporte de caso clínico contribuye al diagnóstico y manejo quirúrgico de este tipo de retenciones de dientes del juicio.

IV.- CONCLUSIONES

La retención de terceros molares es un tema de mucha importancia ya que se encuentra variedad de casos sobre este tema, se debe realizar el diagnóstico temprano ya que este tipo

de retención pueden causar patologías como pericoronaritis formación de quistes, periodontitis, desbalance oclusal y disfunciones en el ATM.

Realizar un correcto diagnóstico clínico como radiográfico es de vital importancia ya que así se para aplicar tratamiento eficaz y correcto.

V.- REFERENCIAS:

1.- Vásquez D, Hecht P, Martínez M. Frecuencia de las retenciones dentarias en radiografías panorámicas. Presentación de un estudio en 1000 pacientes. Acta odontol venez. 2012. v.50 n.1.

2.- Jorge Alberto Almunia Quesada, Maricel Galiano del Castillo, Mercedes Flores Obaya. Segundo y tercer molar en seno maxilar.Rev Cubana Pediatr vol.88 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2016 .[internet].[citado 28 de noviembre del 2020]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400009&lang=es

3.-Dias R, Palhano J. Exodoncia de terceros molares inferiores con dispositivos piezoeléctricos: revisión de la literatura. Rev Esp Cir Oral Maxilofacial. España 2018 [Internet].[Citado 28 de noviembre del 2020];Disponible en : <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v40n2/1130-0558-maxi-40-02-00084.pdf>

4.Duque Contreras,Karla. Frecuencia en la impactación, Retención e Inclusión de las terceras molares en una clínica estomatológica entre los 17 y 40 años de edad.[Tesis].Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega;2018.Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2436/TESIS_Karla%20Beatriz%2c%20DUQUE%20CONTRERAS.pdf?sequence=2&isAllowed=y

5.- Fabio Moschetto Sevilha; Tarcísio Eloy Pessoa de Barr; Gabriel Denser Campolongo; Tarley Pessoa de Barros; Nilton Alves Naira Figueiredo Dean. Electromyographic Study of the Masseter Muscle After Low-Level Laser Therapy in Patients Undergoing Extraction of Retained Lower Third Molars.Int. J. Odontostomat. vol.10 no.1 Temuco abr. 2016.[Internet].[citado 28 de noviembre del 2020].Disponible en :

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000100017&lang=es

- 6.- Lorié.M, Silot.E.Terceros molares retenidos. Actualización. Rev Inf Cient. 2015; 92(1 Supl. 1):995-1010
- 7.- Castañeda P. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. Rev. Científicas Javerian. Universitas Odontológica, vol. 34, núm. 73, 2015, pp. 21-29
8. Lara V, Jarrín Exodoncia compleja de tercer molar inferior. Reporte de caso.Rev.KIRU .VOL.16.Num. 3 2019
- 9.- Huamán H. Complicaciones en la extracción de terceros molares impactadas. Rev. Per Inv Educ Cienc Salud.2019;1(1):28-33

CORRESPONDENCIA:

Salazar- Salazar Diana
ssalazardianame@crece.uss.edu.pe

Fecha de recepción: 14 enero 2021

Fecha de aceptación: 30 abril 2021