

EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. REPORTE DE CASO

RETAINED LOWER THIRD MOLAR EXTRACTION. CASE REPORT

Presentado: 24 de octubre de 2024
Aceptado: 29 de noviembre de 2024
Publicado: 30 de diciembre de 2024

Shareem Scarlet Florez Torre,¹ Nelly Valdez Aduviri,²

¹Estudiante de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. 192932@unsaac.edu.pe

²Cirujano dentista y doctora en Salud Pública, docente de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. nelly.valdez@unsaac.edu.pe. <https://orcid.org/0000-0002-2178-7055>

*** Autor para correspondencia:**
Nelly Valdez Aduviri de Grajeda

RESUMEN

La exodoncia de terceros molares inferiores retenidos es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía bucal, y requiere de un adecuado diagnóstico, planificación y ejecución para minimizar los riesgos y complicaciones asociados. *Reporte de caso.* El presente caso trata de un paciente masculino de 22 años que acude a la clínica odontológica “Alina Rodríguez de Gómez” de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco por presentar dolor intenso y molestias a la masticación en el sector posteroinferior derecho. Al examen clínico se observa la pieza dentaria retenida. Al examen radiográfico se observa la pieza 4.8 retenida, por la cual se programó la cirugía de la pieza 4.8. La extracción se realizó mediante una incisión lineal y una descarga a la altura de la cara distal del segundo molar, luego se realizó el levante del colgajo para posteriormente realizar la odontosección para extraer dicha pieza dentaria. *Resultado;* la recuperación de la paciente fue favorable, sin complicaciones postquirúrgicas. *Conclusión:* Realizar un tratamiento eficaz y correcto es necesario realizar un correcto diagnóstico clínico y estudios complementarios.

Palabras clave: *tercera molar, retenida, odontología. Se utilizó DeCS como descriptor.*

ABSTRACT

The extraction of retained lower third molars is one of the most frequent procedures in oral surgery, and requires adequate diagnosis, planning and execution to minimize the risks and associated complications. *Case report.* The present case is about a 22-year-old male patient who went to the “Alina Rodríguez de Gómez” dental clinic of the National University of

DOI:

eISSN:

San Antonio Abad in Cusco due to intense pain and discomfort when chewing in the right posterior-inferior sector. On clinical examination, the retained tooth is observed. The radiographic examination shows retained tooth 4.8, for which surgery on tooth 4.8 was scheduled. The extraction was carried out using a linear suture and a discharge at the level of the distal aspect of the second molar, then the flap was lifted to subsequently perform odontosection to extract said tooth. Result; The patient's recovery was favorable without post-surgical complications. Conclusion: To carry out an effective and correct treatment, it is necessary to carry out a correct clinical diagnosis and complementary studies.

Key words: *third molar, retained, dentistry. DeCS was used as a descriptor*

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares, también conocidos como muelas del juicio, son los últimos dientes permanentes en erupcionar en la cavidad oral, usualmente entre los 17 y 25 años de edad. Debido a su ubicación en la parte posterior de la boca y al limitado espacio disponible en las arcadas dentarias, los terceros molares presentan una alta tasa de retención o impactación^{1,4}.

Se considera un tercer molar retenido cuando este no ha erupcionado completamente en la cavidad oral a la edad esperada, permaneciendo total o parcialmente cubierto por encía o hueso⁽⁴⁾. Esto puede deberse a diversas causas, entre ellas: Falta de espacio en la arcada dental por un desarrollo insuficiente del maxilar inferior¹¹. Malposición o angulación anómala del diente durante su formación⁸. Presencia de obstáculos mecánicos como dientes adyacentes o hueso¹¹. La retención de terceros molares es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior. Dependiendo de su posición, pueden clasificarse en mesioangulares, distoangulares, verticales u horizontales⁸.

Los terceros molares retenidos pueden permanecer asintomáticos durante años¹, pero también pueden presentar complicaciones como pericoronaritis¹, caries¹, quistes¹, tumores odontogénicos¹ o reabsorción radicular de los dientes adyacentes³. Por ello, es importante un seguimiento radiográfico y clínico de estos dientes. En la mayoría de los casos, el tratamiento de elección es la extracción quirúrgica del tercer molar retenido, la cual debe realizarse siguiendo principios de asepsia y técnica adecuada para prevenir complicaciones^{5,20}. La exodoncia de terceros molares inferiores retenidos es uno de los procedimientos más frecuentes en cirugía bucal¹⁴.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 22 años de edad, natural de la provincia de La Convención, acude a consulta en la clínica odontológica “Alina Rodríguez de Gómez” de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por presentar dolor irradiado y pulsátil a la masticación en la zona postero inferior derecha durante una semana, sin halitosis, con inflamación de la encía que está cubriendo la corona de la pieza (Figura 1). Al realizar la historia clínica, el paciente refiere tener las 04 dosis de

DOI:

eISSN:

vacunas contra el COVID-19, no refiere enfermedades anteriores ni hereditarias. En sus antecedentes patológicos familiares, el padre presenta rosácea, refiere que sus encías sangran al cepillado, niega haber sufrido algún accidente o haber tenido alguna operación previa. Al examen físico ABEG, ABEH, ABEN, LOTEP, con las siguientes funciones vitales: P.A: 119/63 mmHg, Pulso: 66 pul x min, T° 36,8° C y Frecuencia respiratoria 24 rpm.

Figura 1. Fotografía frontal del paciente.



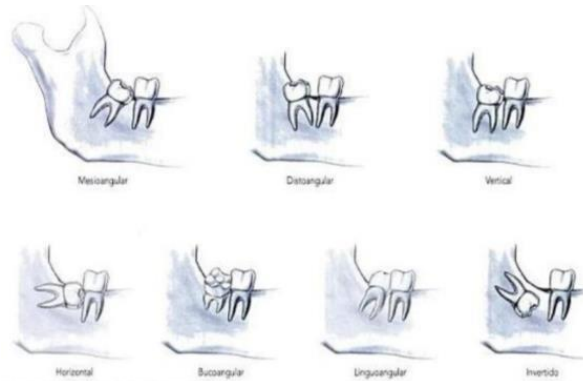
Al examen clínico se observa la pieza dentaria 4.8 semi erupcionada (la mitad de la corona, la cara distal visible). Al examen radiográfico, se observa el seno maxilar izquierdo con imagen radiolúcida, se observan los cornetes izquierdos hipertrofiados. El cóndilo izquierdo se observa a más altura y más largo que el cóndilo derecho, la rama derecha es ligeramente más ancha que la rama izquierda, la escotadura sigmoidea del lado izquierdo es más deprimida en comparación a la del lado derecho, la apófisis coronoides del lado izquierdo es más delgada que la del lado derecho. Pieza 4.8 retenida (Figura 2).

Figura 2. Radiografía Panorámica.



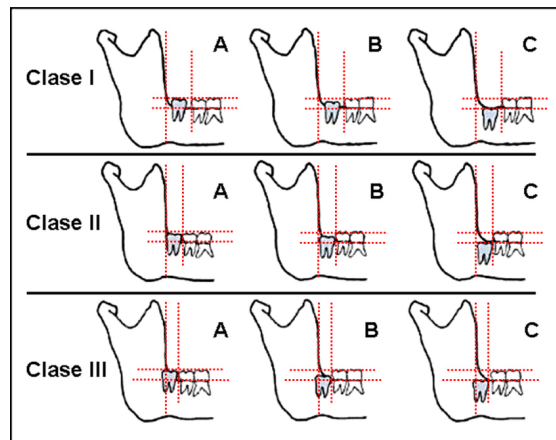
Para realizar la descripción correcta de la pieza retenida, se procede a realizar una revisión bibliográfica de la clasificación del tercer molar según la clasificación de Winter y Pell y Gregory.

Figura 3. Clasificación de Winter – 1926.



Según la clasificación de Winter la pieza dentaria está en posición Mesioangular.

Figura 4. Clasificación de Pell y Gregory – 1933.



Según la clasificación de Pell y Gregory la pieza dentaria se clasifica en la posición II – A.

El examen clínico es esencial para establecer el diagnóstico de caries dental y detectar la presencia de la pieza 4.8. Con base en estos hallazgos, se ha planificado la cirugía, considerando los principios quirúrgicos adecuados para asegurar un procedimiento seguro y satisfactorio. Se le pidió realizarse un examen en el que esté plasmado el tiempo de coagulación del paciente, cuyo resultado fue de 6 minutos con 42 segundos (figura 6), encontrándose dentro del parámetro normal.

Figura 5. Examen de laboratorio (perfil de coagulación).

PERFIL DE COAGULACION				
ANALISIS	METODO	RESULTADO	UND	VALOR REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION	COAGULOMETRICO	6' 42"	Min.	5.0 - 10.0 Min.

Para continuar con el tratamiento, se programó junto con el paciente la intervención quirúrgica en la clínica odontológica “Alina Rodríguez de Gómez” el día 24 de julio en horario de las 2 pm. El equipo quirúrgico estuvo integrado por dos estudiantes y el docente tutor a cargo de la cirugía bucal. Se organizó todo el instrumental estéril y los materiales requeridos para el procedimiento. Seguidamente, se acomodó al paciente en el sillón dental, para continuar con la asepsia extraoral con yodopovidona y, de manera intraoral, se utilizó clorhexidina al 0.12%. Posteriormente, se colocó el campo fenestrado en la cavidad bucal. (Figuras 6, 7 y 8).

Figura 6. Equipo de exploración completo.



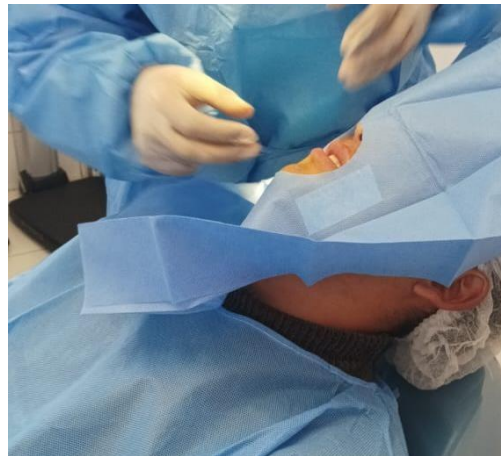
Figura 7. Asepsia extraoral (yodopovidona).



DOI:

eISSN:

Figura 8. Colocación de campo fenestrado.



Para la extracción de los terceros molares inferiores, se recomienda principalmente la anestesia del bloqueo del nervio dentario inferior, el nervio bucal y el nervio lingual. También se puede utilizar anestesia por infiltración, especialmente para facilitar la hemostasia local. El anestésico elegido es la lidocaína al 2% con epinefrina, ya que ofrece una anestesia profunda y duradera, considerando que el paciente se encuentra en un estado de salud sistémico óptimo (ASA I) (Figura 9).

Figura 9. Colocación de anestesia troncular.



A continuación, procederemos a realizar la incisión en forma lineal, comenzando en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula para luego extendernos hasta la cara distal del segundo molar. Para realizar el despegamiento del colgajo, comenzaremos utilizando un elevador de periostio para despegar cuidadosamente el sector vestibular. Colocaremos la legra en la cortical ósea y levantaremos el colgajo, moviéndolo de adelante hacia atrás y hacia arriba. Este movimiento nos permitirá separar la fibromucosa del triángulo retromandibular y lingual, lo que facilitará una mejor visualización del

DOI:

eISSN:

campo operatorio. Para mantener el colgajo en su lugar y evitar que se cierre durante el procedimiento, utilizaremos dos legbras, asegurando así un acceso óptimo a la zona de trabajo (Figura 10).

Figura 10. Colgajo separado.



Para lograr una mejor visualización del diente y facilitar su luxación, comenzamos liberando la corona del diente del hueso con una pieza de alta velocidad y una fresa quirúrgica de carburo de tungsteno. Esto nos permite realizar la odontosección en forma de "T", separando la corona de la raíz y dividiendo la raíz en dos segmentos: mesial y distal. La extracción del diente se lleva a cabo utilizando elevadores rectos, aplicando movimientos de palanca para asegurar un desalojo efectivo. En caso de ser necesario, también se puede recurrir a un elevador angulado corto para ayudar en el proceso (Figura 11).

Figura 11. Diente extraído.



Se realiza la sutura simple para unir los dos colgajos y no dejar espacios libres y evitar que ingresen cuerpos extraños y dificulten la cicatrización. Se le dieron las indicaciones postquirúrgicas y los cuidados que debe tener el paciente.

DOI:

eISSN:

Se hizo el control a las 24 horas de la cirugía, donde se observa el rostro del paciente con inflamación en el lado derecho y también se observa una adecuada cicatrización y cierre del alveolo (Figura 12).

Figura 12. Control a las 24 horas.



A las 72 horas también se realizó el control, donde se observa el rostro del paciente aún con inflamación en el lado derecho (Figura 13)

Figura 13. Control a las 72 horas.



DOI:

eISSN:

A la semana de la cirugía se realizó el retiro de sutura (Figura 14).

Figura 14. Retiro de sutura.



DISCUSIÓN

La extracción de terceros molares retenidos es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la práctica de la cirugía bucal. Si bien esta intervención es común, no está alejada de tener complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que deben ser consideradas cuidadosamente¹⁰.

Los terceros molares presentan una gran variabilidad en cuanto a su morfología y cronología de erupción, lo cual se asocia a menudo con sintomatología dolorosa, inflamación e infección. Las principales indicaciones para la extracción de estos dientes incluyen la pericoronaritis, la presencia de lesiones quísticas o la existencia de caries extensas^{8,11}. Estos factores son cruciales al evaluar los riesgos y beneficios de la cirugía. La extracción profiláctica de terceros molares es otra alternativa que se puede optar realizar con el paciente, ya que este cumple con las indicaciones¹⁶.

Para la extracción de terceros molares impactados, es fundamental realizar un diagnóstico preciso, en el cual las imágenes radiográficas desempeñan un papel crucial. Estas permiten determinar la posición exacta de los dientes retenidos y su relación con las estructuras anatómicas vitales, como el nervio alveolar inferior⁷.

Diversos factores de riesgo se han asociado con la infección postoperatoria tras la extracción de terceros molares mandibulares. Estos factores deben ser cuidadosamente considerados y explicados a los pacientes que presenten un riesgo elevado, antes de proceder con la extracción de los terceros molares mandibulares. De esta manera, se busca minimizar las complicaciones y optimizar los resultados del tratamiento.

CONCLUSIONES

La extracción de la pieza 4.8 retenida mesioangular II-B se llevó a cabo con éxito, siguiendo un enfoque quirúrgico meticuloso y basado en la evidencia. La evaluación preoperatoria adecuada, junto con la técnica quirúrgica empleada, contribuyeron a un resultado favorable, minimizando las complicaciones y promoviendo una recuperación rápida. Este caso resalta la importancia de un manejo integral en la extracción de terceros molares retenidos, así como la necesidad de un seguimiento postoperatorio adecuado para garantizar la salud bucal del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaimes Castillo K. Tratamiento quirúrgico de una tercera molar inferior semi-incluida [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6819>
2. Moreira Zevallos PN, Barona Terán JE, Moreira Bolaños JS. Características de los terceros molares inferiores impactados observados por medios radiográficos. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2014. Medicina [Internet]. 2020;22(2):47–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23878/medicina.v22i2.779>
3. Godoy RMM. Relación entre la presencia de terceros molares inferiores retenidas en posición mesio-angular y el apiñamiento dentario del sector antero-inferior en pacientes de 18 a 28 años [Internet]. cybertesi. 2011 [Citado el 5 de agosto del 2024] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a72a957d-7783-4673-9289-60c9254d0d83/content>
4. Ocrosopoma JMA. Eficacia del enjuagatorio de clorhexidina como coadyuvante en la prevención de complicaciones postoperatorias, en cirugía de terceros molares inferiores [Internet]. Cybertesis. 2007 [citado el 5 de agosto del 2024] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/6ff6f47e-7e7a-42e7-88b6-905d16a7e13f/content>
5. Cerrate VMC. Comparacion del Diclofenaco y Ketorolaco para prevenir el dolor posterior a cirugía de tercer molar retenida [Internet]. Cybertesis. 2007 [citado el 5 de agosto del 2024] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/1371ff6a-6685-4719-9742-8c4affb9be49/content>
6. Soto Orejón VM, Tejeira Arias WM. Proximidad de terceros molares inferiores al conducto dentario inferior en estudio radiográfico en pacientes que acuden a EsSalud, 2021. Universidad Peruana Los Andes; 2022 [citado el 5 de agosto del 2024] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/3983>
7. Melgar Ruiz, Zintia Vaneza Gómez Chávez, Yelsin. Posiciones más frecuentes de terceros molares inferiores según la clasificación de Pell & Gregory y Winter en el centro de tomografía y radiología maxilofacial - Ayacucho 2021 [Internet]. repositorio.uss. 2022 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9606>

DOI:

eISSN:

8. Aguilar A, Leydy J. Colgajo envolvente vs.colgajo triangular en cirugía de terceros molares inferiores retenidos [Internet]. 2023 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/35060>
9. Gálvez C, Florian R. Espacio disponible la erupción del tercer molar inferior en pacientes de 18 a 35 años que asisten al curso de cirugía Estomatológica II de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho en el 2019 [Internet]. Universidad Alas Peruanas; 2021 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/9391>
10. Nehme W, Fares Y, Abou-Abbas L. Piezo-surgery technique and intramuscular dexamethasone injection to reduce postoperative pain after impacted mandibular third molar surgery: a randomized clinical trial. BMC Oral Health [Internet]. 2021;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-021-01759-x>
11. GRANILLO. Daño a segundo molar por tercer molar impactado en posición mesioangular: Reporte de un caso clínico [Internet]. Uaemex.mx. [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/111433/Ciencia%20Odontol%20C3%83%20B3gica%20978-980-7898-13-3.pdf?sequence=1#page=60>
12. Ricse H, Aurora A. Cirugía odontomaxilar de tercera molares impactadas pieza 4.8. Reporte de caso clínico. 2022 [citado el 5 de agosto del 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4531>
13. Goicochea P, Estefanía C. Factores asociados a la indicación de exodoncia profiláctica de tercer molar inferior en el tratamiento de ortodoncia, Perú - 2021 [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2023 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11962>
14. Herrera S, Jacqueline M. Exodoncia profiláctica vs preservación de tercer molar retenido asintomático [Internet]. 2023 [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/35056>
15. Soto-Ramírez C, Salcedo-Reategui E, Alarcón-Guevara Y, Ojeda-Gómez R. Exodoncia de tercera y cuarta molar fusionadas. Reporte de caso. Rev Estomatol Hered [Internet]. 2022 [citado el 5 de agosto del 2024];32(2):179–83. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552022000200179
16. Aboul-Hosn Centenero S, Sieira Gil R, Monner Diéguez A. A rare complication during the extraction of the included inferior third molar. Case report [Internet]. Sciii.es. [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v31n5/en_caso2.pdf
17. Sanchis JM, Murillo J, Díaz JM, Sanchis JC. Tercer molar mandibular ectópico en región subcondilar: caso clínico y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. 2016;38(3):176–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.02.001>
18. Peñarrocha DM, Jm SB, Jv BS, Gay EC. Estudio de las complicaciones postoperatorias tras la extracción quirúrgica de terceros molares mandibulares incluidos [Internet]. Diposit.ub.edu. [citado el 5 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67927/1/521262.pdf>