

Reporte de Caso/ Case Report

**Exodoncia múltiple de terceros molares indicado por DTM: Relato de Caso clínico.**

**" Multiple extraction of third molars indicated by DTM. Case Report**

Marin Giménez, Ninfa Marlene<sup>1</sup>

Galeano Doldán, Carola Rossana<sup>2</sup>

1. Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Odontología, Cirujana Dentoalveolar.
2. Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Odontología, Especialista y Coordinadora del Curso en Cirugía Dentoalveolar.

---

**Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article**

**Marín Giménez, Ninfa Marlene; Galeano Doldán, Carola Rossana.** Exodoncia múltiple de terceros molares indicado por DTM: Relato de Caso clínico. *Rev. Acad. Scientia Oralis Salutem.* 2022; 3(1): 46-58.

---

**Resumen**

*El presente relato de caso clínico trata sobre la exodoncia múltiple de cuatro terceros molares, en una paciente que acudió al Curso de Capacitación en Cirugía Dentoalveolar de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción, FOUNC. La misma presentaba dolor y otras molestias relacionadas a contactos prematuro producido por la mal posición de los terceros molares. El plan quirúrgico consistió en la exodoncia de los cuatro terceros molares, bajo anestesia local regional, incisión y levantamiento de colgajo de tipo triangular, utilizando elevadores apexo para la luxación y evacuación de las piezas en cuestión, el tratamiento de la herida quirúrgica fue realizado con curetaje y lavado con solución fisiológica y posterior sutura simple discontinua con nylon 3.0. Se concluyó que el dolor en la región y otras alteraciones relacionadas, pueden ser aliviadas con la exodoncia de los terceros molares que son responsables del contacto prematuro, como ocurrió en este caso.*

**PALABRAS CLAVE:** Terceros molares, exodoncia múltiple.

---

**SUMMARY/ ABSTRACT**

*This clinical case report deals with the multiple extraction of four third molars, in a patient who attended the Dentoalveolar Surgery Training Course of the Faculty of Dentistry of the National University of Concepción, FOUNC. She presented pain and other discomfort related to premature contacts caused by the bad position of the third molars. The surgical plan consisted of the extraction of the four third molars, under local regional anesthesia, incision and lifting of a triangular flap, using apex elevators for dislocation and evacuation of the pieces in question, the treatment of the surgical wound was performed with curettage and washing with physiological solution and subsequent simple discontinuous suture with nylon 3.0. It was concluded that the pain in the region and other related alterations can be alleviated with the extraction of the third molars that are responsible for the premature contact, as occurred in this case.*

**KEYWORDS:** *Third molars, multiple extractions.*

---

\***Autor de Correspondencia:** Marín Giménez, Ninfa Marlene [ninfammv@gmail.com](mailto:ninfammv@gmail.com)

Trabajo de TCC Presentado la Capacitación de Cirugía Dentoalveolar FOUNC.

Fecha de recepción: mayo 2022. Fecha de aceptación: agosto 2022



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## 1. Introducción

El tercer molar es la causa de muchas sintomatologías en el momento de su erupción, debido a la falta de espacio en el arco dentario, en la actualidad la extracción quirúrgica de los terceros molares se realiza con mayor frecuencia debido a las complicaciones que presenta, y al momento de ejecutar este procedimiento es necesario escoger la técnica quirúrgica adecuada para realizar esta intervención (1).

A finales de la adolescencia, la mandíbula ha alcanzado casi el tamaño adulto, Pero sucede que a veces no es lo suficientemente grande para soportar el Desarrollo de los terceros molares, cuando esto sucede, quedan incluidos en el hueso y erupcionan donde hay menor resistencia. Es una problemática que se presenta a nivel mundial en la población joven el cual es producto de los terceros molares, las cuales durante el proceso de erupción pueden causar diversidad de complicaciones en la cavidad bucal (2).

Esta investigación es importante porque al área de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción, asiste un número elevado de pacientes referidos, ya que según las historias clínicas actuales y de años anteriores, la mayoría de pacientes que consulta el área de cirugía presentan diagnósticos de alguna complicación cuyo origen está ubicado en los terceros molares.

Los síntomas que se presentan por los terceros molares afectan en cualquier edad sin importar su género, las patologías derivadas por los terceros molares como son pericoronaritis, periodontitis, quistes, rizólisis de piezas adyacentes, caries por la dificultad de acceso para su limpieza, dolor por su erupción, alteraciones de la articulación temporomandibular, dan lugar la necesidad de extraer estos molares para evitar estas morbilidades. Este tipo de intervención quirúrgica puede resultar muy traumática con un incorrecto diagnóstico, el mal manejo de las técnicas quirúrgicas y las pocas habilidades del operador (3).

Por lo que el propósito de este trabajo es describir el procedimiento y tiempo operatorio de una exodoncia múltiple de terceros molares

## 2. Revisión Bibliográfica

Los terceros molares nacen del mismo cordón epitelial, con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si se tratara de un diente de reemplazo. La calcificación comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina de calcificarse hasta los 15-16 años; a los 25 años de edad se completa la calcificación de sus raíces, en un espacio muy limitado (1)

En el trabajo de investigación de López Vélez publicado en 2016 con el título "Protocolo Quirúrgico para manejo de pacientes con terceros molares", determina que el tercer molar es la causa de muchas sintomatologías en el momento de su erupción, por la falta de espacio en el arco dentario, presenta un caso clínico a un paciente de 37 años que se le realiza la extracción del tercer molar superior derecho n.-18, por razones de la presión progresiva de estas piezas dentarias puede provocar apiñamiento dental y dolor, concluye que los terceros molares de no ser intervenidos pueden desencadenar en diferentes patologías (1).

### Morfología de los terceros molares

- Tercer Molar Superior Esta es la pieza dentaria más irregular. Se los puede encontrar incluido o con una orientación mesial, distal o vestibular, la corona por lo general es de menor tamaño que la del primer y segundo molar. Las raíces pueden ser dos o tres, pero con frecuencia están fusionadas o son convergentes. La altura media de la

corona es 6,1mm y de la raíz es 11,1mm.

• Tercer Molar Inferior Suele ser muy similar al segundo molar inferior, también la corona y raíces son más pequeñas, irregulares y varían más que los otros molares, puede estar fusionadas en algunos casos, orientadas hacia mesial o distal. Puede encontrarse incluido o retenido por falta de espacio. La altura media de la corona es 6,6mm y de la raíz es 9,1mm (3).

### Indicaciones

• Motivos Profilácticos Es muy frecuente que patologías deriven de la erupción o impactación del tercer molar, se justifica la eliminación profiláctica antes que se presente la patología asociada, a excepción de algunos casos donde sea poco aconsejable o imposible.

El momento ideal para realizar la extracción de manera preventiva es por lo general entre los 16 y 18 años, la extracción preventiva se indica hasta los 25 años, el hueso tiene menos mineralización (elasticidad y resistencia) y el ligamento periodontal no está totalmente formado. A partir de los 25 años, el riesgo de pérdida ósea y periodontal del segundo molar adyacente es mayor (2).

• Motivos Ortodóncicos El especialista ortodoncista puede recomendar la extracción de los terceros molares en los siguientes casos:

- a) En apiñamientos dentarios leves
- b) Para distalar o distalizar molares, ganar espacio en distal de los segundos molares.
- c) Para verticalizar un segundo molar.
- d) Para corregir maloclusiones de clase III con extracciones de los primeros o segundos premolares.
- e) En aquellos pacientes con ausencias de algún tercer molar, se debe valorar si

es necesario extraer el cordal antagonista (4).

• Indicaciones Protésicas: De acuerdo avanza la edad también de igual manera aumenta la reabsorción de los huesos maxilares y el edentulismo, ciertos dientes retenidos se hacen superficiales y pueden interferir en el ajuste de una prótesis total, causar dolor por ulceración gingival e infección, el diente impactado debe ser extraído antes de colocar la prótesis, también se recomienda en pacientes jóvenes dejarlos erupcionar y no extraerlos para conservar la tuberosidad del maxilar (4).

• Pericoronaritis: Es la infección en los tejidos blandos que rodean a un tercer molar erupcionado de manera parcial. Esto sucede cuando se almacena restos de comida entre el capuchón de la encía y la corona y produce colonias de bacterias, lo que resulta en inflamación e infección de tejido, hueso, y tejidos blandos vecinos, también por trauma causado porque el tercer molar superior impacta el opérculo del inferior en la masticación o en la oclusión (5).

• Dolor: El dolor que se presenta se da por las infecciones como pericoronaritis, caries o presión en los dientes adyacentes debido a la impactación por la fuerza eruptiva (5).

• Rizólisis de piezas vecinas: Un diente retenido genera una gran presión en la raíz del diente adyacente desencadenando una reabsorción radicular. El proceso es similar a la reabsorción de los dientes deciduos en la erupción de los permanentes (6).

• Caries: La retención de un molar de erupción parcial genera una zona de atrape de alimentos, y con el tiempo desencadena en caries en la superficie oclusal del tercer molar, o en el caso de impactación en la superficie distal del segundo molar, se recomienda la extracción inmediata (4).

• Periodontitis: Cuando tiene terceros molares impactados se dificulta realizarse una buena higiene en esa zona, se podría generar una gingivitis con migración apical en la región distal del segundo molar, provocando prematuramente periodontitis intensa localizada, la remoción temprana y

oportuna previene la enfermedad periodontal (4).

- Tratamiento con Radioterapia o Quimioterapia: Antes del tratamiento de radio o quimioterapia en un paciente con neoplasia en la cavidad bucal, se indica la extracción de todo diente incluido, retenido e impactado mientras no esté incluido en la lesión. Si el tercer molar está en relación con la lesión maligna es recomendable incluirlo en la intervención quirúrgica en casos más frecuentes como la resección mandibular, y si el paciente ya recibió radiación por sus respectivas terapias es mejor dejar el tercer molar, debido al riesgo de Osteorradionecrosis (4).

- Fracturas Mandibulares: El tercer molar inferior disminuye el grosor de la mandíbula, siendo susceptible a fracturas. Cuando el tercer molar está en la línea de la fractura se debe extraer para reducir la fractura y realizar la ferulización (6).

- Formación de Quistes o Tumores: Se da cuando la pieza dentaria se encuentra incluida o retenida completamente en el alveolo, el saco folicular asociado también está retenido. En la mayoría de pacientes el folículo dental conserva su tamaño original, aunque puede sufrir una degeneración quística convirtiéndose en un quiste dentígeros. En los terceros molares inferiores se dan con mayor frecuencia formación de quistes dentígeros, estas patologías se descubren con exámenes radiográficos de rutina, o también por signos que presenta el paciente (4).

- Cirugía Ortognática. En el caso de realizar una cirugía ortognática se necesita extraer los terceros molares, debido a que necesitamos suficiente hueso para producir la fijación rígida al realizar la osteotomía sagital en el maxilar inferior (7).

### **Contraindicaciones**

- Cuando el tercer molar tiene el espacio ideal para su erupción normal
- Cuando compromete estructuras adyacentes (como el nervio dentario inferior o el seno maxilar) con riesgo inminente de lesión.

- En pacientes comprometidos sistémicamente.

- La diabetes mellitus descompensada, a los enfermos cardíacos e hipertensos.
- Hepáticos, renales, hipertiroides, epilépticos, con insuficiencia suprarrenal.

- La diátesis hemorrágica, hemofilia, leucosis, agranulocitosis,

- La fiebre de origen desconocido, psicosis y neurosis, a los enfermos psíquicamente disminuidos.

- A las mujeres embarazadas o con la menstruación,

- Enfermos seniles.(5)

### **Extracción de Terceros Molares y su relación con la ATM**

Los músculos de la cabeza y la mandíbula están sincronizados con los demás músculos del cuerpo para mantener una adecuada postura corporal. El acoplamiento funcional del sistema estomatognático con los músculos del cuello es conocido desde hace tiempo. Los pacientes que sufren de trastornos oclusales o de la ATM relatan con frecuencia disfunción y dolor en los músculos del cuello. El desequilibrio en la actividad del músculo esternocleidomastoideo, que a menudo produce dolor del cuello, puede estar inducido por una pérdida (8)

unilateral de soporte oclusal. El impacto biomecánico de la masticación en las vértebras cervicales confirma que la alteración oclusal vertical puede influir en la distribución de tensiones en la columna cervical. Se ha informado también de posibles asociaciones entre la asimetría del tronco y del cuello con la asimetría facial 8.

### **Factores predisponentes**

Son alteraciones que están presentes y que en un momento dado pueden, por sí solos o asociados, desencadenar Disfunción Craneomandibular (DCM).

- Fisiopatológicos: Dentro de éstos podemos considerar, neurológicos, vasculares, hormonales, nutricionales y degenerativos. Es decir, propios de cada individuo.

La psoriasis, artritis reumática (9), hipertiroidismo, etc., pueden ser

factores predisponentes. Un paciente con artritis psoriásica y sobrecarga funcional, tendrá más riesgo de padecer alteraciones articulares.

Aunque la laxitud ligamentosa es considerada por diferentes autores como factor sólo se encuentra una débil asociación con los DCM. Una apertura oral forzada o mantenida durante largo tiempo en un paciente con hiperlaxitud puede desencadenar una luxación o subluxación articular que puede pasar sin mayores consecuencias o aparecer, por distensión de los tejidos articulares, chasquidos articulares por desplazamiento discal.

•Estructurales: La angulación de los cóndilos en el plano axial, el insuficiente desarrollo de los cóndilos (Hipoplasia) (13), son factores que favorecen la aparición de patología y más aún si se añaden sobrecargas funcionales. Un cóndilo hipoplásico nos obligará a proteger más las articulaciones durante la realización de las higienes dentales, para no sobrecargarlas y favorecer así la aparición de patología (14).

•Factores oclusales: Sobre la oclusión como factor etiológico de la disfunción de la ATM, existe una gran controversia (15).

A lo largo de la historia se ha visto cómo la profesión dental considera la oclusión como un factor etiológico para la disfunción de la ATM. Las interferencias oclusales en relación céntrica y máxima intercuspidad (prematuroidades) y las interferencias en el lado de no trabajo, se han considerado como el factor oclusal más importante en relación con la alteración de la ATM.

Fujii T. (16) investigó 31 pacientes con dolor orofacial y 41 con chasquido. Estudió los contactos oclusales en el lado de trabajo, en el lado de no trabajo, en máxima intercuspidad y contactos unilaterales en retrusión. Según los resultados, sugiere que no parece existir una relación entre las interferencias laterales y el dolor o el chasquido en ese mismo lado.

En un estudio, se compara un grupo de control con otros cinco grupos

diagnosticados según los síntomas, observando que había factores oclusales que estaban más directamente relacionados con la disfunción de la ATM que las interferencias y eran aquellos que podían producir una sobrecarga articular (17).

Este estudio nos ayuda a mantener el concepto de que el aumento de la carga articular por pérdida del soporte posterior (ausencia de molares) aumenta los signos y síntomas en los desórdenes craneomandibulares, incluyendo cambios estructurales óseos.

Es importante resaltar que hay estudios epidemiológicos cruzados que pueden demostrar asociaciones entre oclusión y disfunción de la ATM y probar una relación causa-efecto. Hay también opuestamente otras investigaciones que no han encontrado correlación significativa entre las interferencias oclusales y síntomas de la disfunción de la ATM.

En otro estudio experimental, se colocaron durante una semana interferencias en el lado de no trabajo en individuos sanos. Se determinó, al final del periodo, una adaptación neuromuscular a la interferencia y ninguna asociación clara con la disfunción de la ATM (18). Pero quizás, en un tiempo más largo o con un factor de sobrecarga, podrían producirse alteraciones.

Autores como Landi (19) llegan a la conclusión de que la oclusión muestra unos valores predictivos bajos para detectar los desórdenes musculares del sistema estomatognático.

McNamara y cols. (20), hacen una revisión bibliográfica sobre la interacción de los factores oclusales funcionales y morfológicos, relativos a los desórdenes temporomandibulares, encontrando una relación causa-efecto relativamente baja.

Kirvskar y Alamen (21), piensan que no existen todavía resultados que justifiquen claramente el rechazo de la hipótesis de que los factores oclusales son parte de un complejo etiológico en los desórdenes temporomandibulares. Aunque la mayoría de la literatura parece sugerir que la asociación entre

oclusión y disfunción es muy débil, se puede pensar también, que, si asociamos alguno de los factores de la oclusión, como puede ser una interferencia, con un factor precipitante

- Psicopatológicos

Casi todos los individuos, dependiendo del medio en que se desenvuelven, tienen un nivel de estrés. Cuando este estrés pasa de cierto umbral, podría considerarse como un factor predisponente y este es personal para cada individuo.

## 2. Relato de Caso

### Historia clínica

Primeramente, se procede a la inspección clica intra y extra oral y al llenado de la ficha clínica en base a las informaciones proporcionadas por el paciente, previo llenado y firma del consentimiento informado del mismo.

Se presenta entonces el caso de este paciente de sexo femenino, 39 años de edad, con fecha de nacimiento 28/11/1981, domiciliada en el barrio María Auxiliadora de la Ciudad de Horqueta-Paraguay, de profesión funcionaria pública, acude a la consulta sola.

### Motivo de consulta

El motivo de consulta que manifestó el paciente es la exodoncia de los 4 terceros molares, por indicaciones relacionadas a disfunción temporomandibular por traumatismo de ATM.

### Anamnesis

Al momento de la anamnesis la misma manifiesta que no presenta enfermedad actual y ninguna alerta médica que pueda comprometer la realización del procedimiento, así mismo no posee ningún antecedente

personal que pueda ser relevante para el caso.

### Examen Físico - Clínico

Al examen físico se puede constatar que el mismo cuenta con 86kg de peso al momento del procedimiento, talla mediana 1,60 m, con una temperatura corporal de 36.4 °C, presión arterial 120/80 mmHg, pulso de 82x', con frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de los parámetros normales. Por lo que se lo clasifica como un paciente ASA I, apto sistémicamente para cualquier procedimiento quirúrgico Dentoalveolar.

### Antecedente médicos y odontológicos

Ha sido hospitalizada en dos ocasiones, por motivos ginecológicos, con antecedente de un aborto y dos nacidos vivos mediante cesárea, por lo que tiene antecedentes de cirugías previas bajo anestesia, afirma no tener antecedente de transfusiones sanguíneas, no presenta patologías de base, pero sí antecedentes de migraña, con medicación según necesidad de Migradioxadol.

Con relación a los antecedentes estomatológicos, la última visita al odontólogo afirma haber sido el mes anterior con motivo de una profilaxis de rutina.

Según afirma posee experiencias previas con relación a tratamientos odontológicos, y se muestra con un comportamiento acorde a la situación y sin signos que llamen la atención.

Con respecto a los hábitos nocivos o vicios la misma manifiesta solo consumir bebidas alcohólicas de manera social, no fumar cigarrillos o cualquier otro tipo de sustancia, se observan con buenos hábitos de higiene oral, con relación a los hábitos funcionales manifiesta dolor

de ATM en la deglución y la masticación, lo que es compatible con una disfunción temporomandibular, al igual que zumbido de oído ocasional y una leve disartria.

### Examen extra oral

Al examen extra oral, el paciente se puede enmarcar dentro de un tipo craneal mesocefalico, con biotipo facial mesoprosopo, no se observan otros rasgos físicos o faciales que puedan llamar la atención. (Fotografía 1)



Fotografía 1 Examen extraoral

### Examen intra oral

Al examen clínico intra oral, (fotografía 2) los tejidos blandos no presentan ninguna particularidad relevante, que pudiera llamar la atención. Al examen dental se observa la ausencia de la pieza (3.7), así también restauración en las piezas (2.2- 3.5 – 3.6). Así también se observa una corona en la pieza (1.4). Así también la inclinación mesioangular de las piezas (3.8 – 4.8) alterando el plano de oclusión por interferencia prematura.

### Inspección radiográfica

A la inspección radiográfica complementaria, se realiza el análisis de la radiografía panorámica (fotografía 2), donde se confirma la ausencia de las piezas (3.7) y la inclinación mesioangular de las piezas (3.8 – 4.8) observando una reabsorción distal de la pieza (4.7) por una presión mecánica por la pieza contigua.

Se observan tratamientos endodónticos en las piezas (2.2 – 4.5) al igual que la pieza (1.4) donde se observa un perno metálico y una corona metoloceramica.

Al individualizar las piezas dentarias (1.8-2.8-3.8-4.8) motivo de la cirugía, se puede observar que las piezas superiores están en una posición de erupción normal con raíces que están fusionadas, las piezas inferiores ambas en posición mesioangular y con raíces fusionadas cuya relación con el Nervio dentario inferior es cercana pero no se observa comunicación aparente, por la continuidad de la imagen radiográfica en la zona, tampoco se observan anomalías relacionadas, por lo que el pronóstico individual y general paciente es apto para el procedimiento.

### Examen clínico laboratorial

Se realizo hemograma y coagulograma pre quirúrgico a la paciente, en el cual se observan valores normales, con niveles de glóbulos rojos de 4.500.000 mm<sup>3</sup>, glóbulos blancos 7.800 mm<sup>3</sup>, hematocrito 38%, hemoglobina 12,8 gr, plaquetas 298.000 mm<sup>3</sup>, t° coagulación 8min, t° sangría 2min, TP 13,2 seg, TTPA 29,8 seg.



Fotografía  
Panorámica

2

Radiografía

•Incisión y despegamiento del colgajo

Fotografía 3 Examen intraoral

### Diagnostico

Exodoncia quirúrgica de las piezas 1.8 - 2.8 - 3.8 - 4.8 indicada por motivos de interferencia oclusal prematura.

### Plan quirúrgico

Por lo que el plan de tratamiento es la exodoncia quirúrgica de la pieza 1.8 - 2.8-3.8-4.8 indicada porque está provocando traumatismo de la ATM, bajo anestesia local regional.

### Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica para este caso en particular, como cualquier procedimiento, consiste en los pasos de una exodoncia desde la incisión hasta la sutura:

- Asepsia del campo operatorio
- Anestesia

- Osteotomía
- Operación propiamente dicha o extracción
- Limpieza quirúrgica de la cavidad
- Sutura

Al considerarse la exodoncia múltiple de los cuatro terceros molares se procederá a la realización del procedimiento quirúrgico en dos pasos, divididos en cada maxilar, primeramente, los inferiores y luego

### Fase Pre Operatoria

La preparación de la mesa quirúrgica al igual que la indumentaria quirúrgica de manera estéril para el operador y el ayudante. Teniendo en cuenta los protocolos vigentes de la FOUNC, según el departamento de Bioseguridad, incluyendo la esterilización de los instrumentales,

paquete quirúrgico y todo lo referente a los materiales de protección personal.

### **Asepsia**

La asepsia se la realiza con clorhexidina al 0,12% que es una solución antiséptica. La aplicación consiste en impregnar en una gasa completamente estéril la solución, se procede a agarrar con una pinza mosquito, para luego pasarla por toda el área afectada, primero en el área externa alrededor de la cavidad bucal correspondiente al rostro y luego se realiza el mismo procedimiento dentro de la cavidad bucal, mediante un buche o enjuague bucal con la solución.

### **Anestesia**

Se procedió a realizar la técnica de anestesia troncular para el bloqueo de tres nervios primordiales: El nervio dentario inferior, nervio bucal largo y el lingual. Para bloquearlos se utiliza 6 tubos carpule de articaina al 4% + Epinefrina 1:500.000, inyectable que contiene 1,8mL.



*Fotografía 4 Anestesia NDI*

### **Fase Operatoria**

#### **Incisión y Despegamiento del Colgajo**

Se utilizó el bisturí 15 con ayuda de periostotomo ya que el diente no tenía la posibilidad de acceso

directo, para el levantamiento mucoperiostico se realizó una incisión de tipo triangular, para las cuatro piezas dentarias para ampliar el campo operatorio. Al visualizar la línea cervical al momento del levantamiento del colgajo, no fue necesaria la Osteotomía.

### **Operación Propiamente Dicha**

La extracción de cada tercer molar fue realizada con elevador. Se aplica sobre la cara mesial de cada pieza dentaria un elevador de tipo apexo, que siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio bucal, eleva el molar, dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba o abajo según sean inferiores o superiores. El orden en el cual se realizó la exodoncia múltiple en dos tiempos primeramente del lado derecho con las piezas 4.8 y 1.8, posteriormente las piezas 3.8 y 2.8. (fotografía 7 evidencia de la cirugía)

### **Tratamiento de la Herida Quirúrgica**

La limpieza quirúrgica de la cavidad fue realizada con solución fisiológica y la reposición del colgajo con una gasa, se realiza una compresión con los dedos sobre la encía de cada pieza extraída con el fin de manualmente tratar de unir los labios de la herida y la sutura con hilo 3.0 nylon, realizando puntos simples.

En el caso de la pieza 3.8 y 4.8 se procedió a realizar 3 puntos de sutura individuales, mientras que en los superiores 1.8 y 2.8 solo fueron necesarias 2 puntos para cada una de las heridas. (fotografía 3 sutura)



Fotografía 5 Sutura de las



cavidades Quirúrgicas

### Fase Post Operatoria

Son todas las indicaciones que se le dan al paciente.

Medicación: Indicaciones y receta Amoxicilina 500 mg vía intra oral 1 comprimido cada 8 horas por 7 días

- Ibuprofeno 600 mg vía oral 1 comprimido cada 8 hs por 3 días
- Berafen complex vía oral 1 comprimido cada 8 horas por 2 días (días 1-2) luego 1 comprimido cada 12 hs por 2 días (días 3-4), luego 1 comprimido cada 24 hs (días 5).

### Recomendaciones

- Buena higiene bucal
- Reposo relativo
- No realizar succión (materere-pajitas)
- Frio local (hielo-helado)
- No escupir.
- Dieta líquida durante el día 1, luego dieta blanca en el día 2, desde el día 3 normal.
- Utilizar almohada doble para dormir.
- No fumar.
- No tomar bebidas alcohólicas.
- Control de la herida y retiro de los puntos de sutura a los 8 a 10 días.

Fotografía 6 Evidencia de la exodoncia múltiple de las piezas 1.8 – 2.8 – 3.8 – 4.8

### 3. Discusión

En el presente trabajo hemos podido constatar que el correcto y minucioso análisis radiográfico y clínico del paciente es la base de toda intervención quirúrgica, la radiografía de evaluación fue la panorámica que nos dio la guía para la elección de nuestra técnica quirúrgica en base a la forma, posición, profundidad y el tipo de inclinación que presentaban los terceros molares, se considera que es de preferencia analizar la radiografía panorámica para hacer un análisis integral de la salud bucal de nuestro paciente, verificar si no presenta problemas de otras piezas dentarias incluidas, patologías asociadas a estas como quistes o ameloblastomas, la forma, osificación y el patrón óseo, la proximidad con las estructuras adyacentes para evaluar el riesgo de lesiones en el seno maxilar o al

conducto dentario inferior, descartar fracturas tanto dentarias y óseas, los cóndilos mandibulares, es decir evaluar si hay normalidad o patologías en nuestro paciente, solo en casos donde no se permita visualizar claramente la morfología radicular en la panorámica es recomendable una toma periapical para afianzar más el diagnóstico.

El tiempo quirúrgico en esta intervención fue corto relativamente, donde, se confirma lo que manifiesta en el estudio de Cevallos Cerezo en 2019 sobre las variables que intervienen en una intervención quirúrgica y el paciente, donde su tiempo promedio fue de 10 a 12 min, considerando el grado de dificultad, las técnicas utilizadas, y el tiempo que influyen directamente sobre el grado de inflamación del paciente, el tiempo que se empleó en esta intervención se ve reflejado en la paciente ya que no presento cambios en su contorno facial referente a la edematización que el paciente pudo presentar (22). Se aplicó medicación farmacológica para el manejo del dolor e inflamación pre y postquirúrgico, como refiere Bazán Vargas en 2021 en su estudio donde sugiere el uso de glucocorticoides como tratamiento antiinflamatorio en cirugía de terceros molares, se procedió a aplicar 30 min antes de la cirugía (23).

Se envían las indicaciones postoperatorias que manifiestan Romero, Minchala Bravo en 2015 en los protocolos para el control del dolor e inflamación postquirúrgicas, se envió al descanso total los siguientes dos días, aplicación de hielo en las zonas de la intervención durante los primeros días, junto a enjuagues con clorhexidina al 0.12% que es un bacteriostático para el control de la placa, los resultados fueron evidentes como se tuvo

contacto con el paciente vía teléfono en el control fotográfico del contorno facial no se observó edematización marcada, el paciente manifestó que tuvo una rápida recuperación que se encontraba bien que con los días poco a poco podía realizar más la apertura bucal y a los 10 días que se retiró los puntos confirmamos la normalidad en los tejidos y su correcta cicatrización (24).

Se realizó una investigación con la finalidad de determinar el efecto del tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores no erupcionados sobre el síndrome de disfunción temporomandibular en 44 estudiantes, a quienes les efectuaron estudios clínicos estomatognáticos durante los períodos preoperatorio y posoperatorio. El índice de disfunción de Helkimo arrojó disfunción ligera en el 55 % y moderada en el resto durante la fase preoperatoria, mientras que el examen posoperatorio reveló disfunción ligera en el 45 % y moderada o severa en el 55 %. Se comprobaron notables cambios en el rango del movimiento mandibular durante la apertura bucal máxima y en los movimientos de lateralidad de la mandíbula (25). Lo que coincide también con este caso, pues la paciente afirmó tener una notable mejoría con relación a la sensación de dolor en la región de la ATM principalmente durante la deglución y masticación.

#### 4. Conclusión

Es posible realizar la cirugía de los cuatro terceros molares en un acto clínico, si se evalúa todos los factores que se consideran antes de extraer estas piezas dentarias, el correcto diagnóstico, el análisis clínico y radiográfico del paciente minucioso es

la base para cualquier procedimiento quirúrgico.

Las diferentes malposiciones dentarias que se presentan en los terceros molares pueden llevar a cambios en el plano oclusal y provocar traumatismo en la ATM, provocando dolor en la región y otras alteraciones relacionadas, que pueden ser aliviadas con la exodoncia de los terceros molares que son responsables del contacto prematuro, como ocurrió en el este caso.

La colaboración del paciente es importante siguiendo nuestras recomendaciones postoperatorias ya indicadas y una administración farmacológica adecuada obtendremos una excelente recuperación

La exodoncia múltiple de los terceros molares es de indudable importancia en la Cirugía Bucal y debe ser estudiado integralmente, en relación con los beneficios que pueda generar en la estabilización del plano oclusal y el alivio en casos de DTM, como el caso presentado

## 5. Bibliografía.

1. López Vélez, M. (Protocolo quirúrgico para manejo de pacientes con terceros molares clasificación A-1 de Winter. (Caso Clínico). Guayaquil, Guayas, Ecuador. [enero 2022] Obtenido de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/19234>
2. Gay Escoda Cosme - Leonardo BerineAytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon pág. 323, 324, 325, 326 ,334 ,338 ,339 , 388, 389,399.
3. Velayos, J. L., & Santana, H. (2007). Anatomía de la Cabeza para Odontólogos. Madrid, España: Medica Panamericana S.A.
4. Vizuete Teran, A. G. Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirofono de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador I-V-2012. Quito, Pichincha, Ecuador. [enero 2022] Obtenido de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/544/3/T-UCCE-0015-37.pdf>
5. Moreira Zevallos, P. Características de los terceros molares inferiores retenidos observados por medios radiograficos UCSG 2014. Guayaquil, Ecuador. [enero 2022] Obtenido de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3414/1/T-UCSG-PREMED-ODON-131.pdf>
6. Hupp, J., Ellis, E., & Tucker, M. (2010). Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea (5 ta ed.). Barcelona, España: Elsevier Mosby
7. Loaiza, C., Merida, M., Oporto, J., & Velasquez, L. Tercer molar inferior retenido en paciente de 28 años. Cochabamba, Bolivia. [enero 2022] Obtenido de: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jsui/bitstream/123456789/6393/1/TESI S.pdf>
8. Soriano Echeverría MJ Tesis [Internet]. 2011-04-15 [citado el 12 de Enero de 2022]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3164>
9. Buchingham RB, Bruan T, Harinstein DA, et al. Temporomandibular joint dysfunction síndrome: A close association with systemic joint laxity ( the hipermobile joint syndrome). Oral surg, Oral Med Oral pathol. 1991; 72: 514 519.
10. Magnusson T, Carlsson GE, Egermark I. Changes in clinical sings of craniomandibular disorders from the age of 15 to 25 years. J Orofacial Pain 1994;8:207-215.
11. Westling L, Carlsson GE, Helkimo M. Background factors in craniomandibular disorders with special reference to general joint hypermobility, parafunction and trauma. J Craniomandibular Disord Facial Pain 1990;4:89-98.
12. Kurita H., Ohtsuka A., Kobayashi H., Kurashina K. Relationship between increased horizontal condylar angle and resorption of the posterosuperior region of the lateral pole of the

mandibular condyle in temporomandibular joint internal derangement. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2003 Feb.; 23(1):4-9.

13. Rubio. G; Casares. G. Patología prevalente en cóndilos hipoplásicos *Quintaessence*, Vol 10, N4, 259-264, 1997.

14. Obeso, JE. Casares, G. Trastornos intracapsulares de la Articulación Témpero-mandibular y proporción cóndilo-fosa. *RCOE*, Vol.5, N° 2; 129-135.

15. Seligman DA, Pullinger AG: Association of occlusal variables among Refined TM patient diagnostic groups. *J Craniomand Disord and Oral Facial Pain* 1989; 3: 227-236.

16. Fujii T. The relationship between the occlusal interference side and the symptomatic side in temporomandibular disorder. *J Dent Res.* 2003 Feb; 82 (2): 112-6

17. Seligman DA, Pullinger AG. Association of occlusal variables among refined TM patients diagnostic groups. *J Craneomandib Disord* 1989. 3(4): 227-36

18. Karlsson S., Cho SA., Carlsson GE. Changes in mandibular masticatory movements after insertion of nonworking-side interference. *J Craniomandib. Disord.* 1992, Summer; 6 (3): 117-83.

19. Landi N, Manfredini D, Tognini F, Romagnoli M, Bosco M. Quantification of the relative risk of multiple occlusal variables for muscle disorder of the stomatognathic system. *J Oral Rehabil.* 2004 Aug; 31 (8): 746-53.

20. Mc Namara JA, Seligman DA, Okeson JP. Occlusion, orthodontic treatment, and temporomandibular disorder *Orofacial Pain* 1995 vol. 9(1): 73-90.

21. Kirveskari P, Alemen P. Scientific evidence of occlusion and craniomandibular disorder *Orofacial Pain*. Vol. 7.3

22. Cevallos Cerezo WR Tesis [Internet]. 2019-09-13 [citado el 12 de Enero de 2022]. Recuperado a partir de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44247>

23. Bazán Vargas AV Tesis [Internet]. 2021-04 [citado el 12 de Enero de 2022]. Recuperado a partir de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52334>

24. Minchala Bravo TE Tesis [Internet]. 2015-06 [citado el 12 de Enero de 2022]. Recuperado a partir de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/17534>

25. Díaz Fernández José Manuel, Velázquez Blez<sup>2</sup> Rodolfo, Alfonso Reyes<sup>3</sup> Hilario. Efecto del tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores sobre el síndrome de disfunción temporomandibular. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 1996 Ago [citado 2022 Ene 11]; 33(2): 76-80. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75071996000200005&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071996000200005&lng=e)