

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN ODONTOESTOMATOLOGIA



TESIS

“Dolor, inflamación y trismus en cirugía de tercera molar retenida de pacientes atendidos en clínicas particulares, Huancayo 2019”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN ODONTOESTOMATOLOGIA

AUTOR: Manzanedo Carbajal, Wilbert

ASESORA: Preciado Lara, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2024

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública en Odontología

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestro en ciencias de la salud, con mención en odontoestomatología

Código del Programa: P23

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45476157

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22465462

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-3763-5523

DATOS DE LOS JURADOS:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES | GRADO | DNI | Código ORCID |
|----|---------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | Ortega Buitron, Marisol Rossana | Doctora en ciencias de la salud | 43107651 | 0000-0001-6283-2599 |
| 2 | Salazar Rojas, Celia Dorila | Magister en educación gestión y planeamiento educativo | 22415399 | 0000-0002-0562-3712 |
| 3 | Torres Chavez, Jubert Guillermo | Magister en odontología | 22404041 | 0000-0003-0413-9993 |

D

H



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO (A) EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

En la ciudad de Huánuco, siendo las *16:30* horas del día *03* del mes de *diciembre* del año 202*4*, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- **Dra. Marisol ORTEGA BUITRON** (PRESIDENTA)
- **Mg. Celia SALAZAR ROJAS** (SECRETARIA)
- **Mg. Jubert TORRES CHÁVEZ** (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°717-2024-D-EPG-UDH, de fecha 02 de diciembre de 2024, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: **"DOLOR, INFLAMACIÓN Y TRISMUS EN CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR RETENIDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CLÍNICAS PARTICULARES HUANCAYO 2019"**; presentado (a) por el/la graduando **Wilbert MANZANEDO CARBAJAL** para optar el Grado Académico de Maestro con mención en Odontoestomatología.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) *Aprobado* por *unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *Dieciocho* y cualitativo de *Muy Bueno*.


Siendo las *17:30* horas del día *03* del mes de *diciembre* del año 202*4*, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



PRESIDENTA
Dra. Marisol ORTEGA BUITRON
Código ORCID: 0000-0001-6283-2599
DNI: 43107651



SECRETARIA
Mg. Celia SALAZAR ROJAS
Código ORCID: 0000-0002-0562-3712
DNI: 22415399



VOCAL
Mg. Jubert TORRES CHÁVEZ
Código ORCID: 0000-0003-04139993
DNI: 22404041



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: WILBERT MANZANEDO CARBAJAL, de la investigación titulada "Dolor, inflamación y trismus en cirugía de tercera molar retenida de pacientes atendidos en clínicas particulares Huancayo 2019", con asesora MARÍA LUZ PRECIADO LARA, designada mediante documento: RESOLUCIÓN N° 241-2021-D-EPG-UDH del P. A. de la MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN ODONTOESTOMATOLOGÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 20 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 05 de septiembre de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

MANZANEDO CARBAJAL, WILDER (1).docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 20% | 16% | 1% | 6% |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | exo3016-inflamacion.blogspot.com | 1% |
| | Fuente de Internet | |
| 2 | www.tumblr.com | 1% |
| | Fuente de Internet | |
| 3 | Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 4 | www.estomatologia2015.sld.cu | 1% |
| | Fuente de Internet | |
| 5 | www.upch.edu.pe | 1% |
| | Fuente de Internet | |



RICHARD J. SOLIS TOLEDO,
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A ti Madre. Por haberme educado y soportar mis errores. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad. ¡Gracias por darme la vida!

A todos aquellos que hacen posible construir una vida llena de esperanza.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a la escuela de Pos Grado por darme la oportunidad de lograr mis objetivos

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTOS..... | III |
| ÍNDICE..... | IV |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | VII |
| ÍNDICE DE GRAFICOS | VIII |
| RESUMEN..... | IX |
| ABSTRACT..... | X |
| INTRODUCCIÓN | XI |
| CAPÍTULO I..... | 13 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 13 |
| 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA..... | 13 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2.1. PROBLEMA GENERAL | 14 |
| 1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS..... | 14 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 14 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL | 14 |
| 1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 15 |
| 1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 15 |
| 1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA | 15 |
| 1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA | 15 |
| 1.4.3. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA..... | 16 |
| CAPÍTULO II..... | 17 |
| MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES | 17 |
| 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES | 19 |
| 2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES..... | 21 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 21 |
| 2.2.1. TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA | 21 |
| 2.2.2. COMPLICACIONES POST CIRUGÍA | 22 |
| 2.2.3. SÍNTOMAS | 24 |

| | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.4. | CAUSAS | 25 |
| 2.2.5. | CIRUGÍA | 25 |
| 2.2.6. | PATOGENIA | 27 |
| 2.2.7. | LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES | 28 |
| 2.2.8. | ETIOPATOGENIA | 29 |
| 2.2.9. | ETIOLOGÍA..... | 30 |
| 2.3. | DEFINICIONES CONCEPTUAL..... | 31 |
| 2.4. | SISTEMA DE HIPÓTESIS | 32 |
| 2.4.1. | HIPÓTESIS GENERAL | 32 |
| 2.5. | SISTEMA DE VARIABLES | 32 |
| 2.5.1. | VARIABLE DEPENDIENTE | 32 |
| 2.5.2. | VARIABLE INDEPENDIENTE..... | 32 |
| 2.6. | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 33 |
| CAPÍTULO III | | 34 |
| MARCO METODOLÓGICO | | 34 |
| 3.1. | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 34 |
| 3.1.1. | ENFOQUE | 34 |
| 3.1.2. | ALCANCE O NIVEL | 34 |
| 3.1.3. | DISEÑO | 34 |
| 3.2. | POBLACIÓN Y MUESTRA | 35 |
| 3.2.1. | POBLACIÓN | 35 |
| 3.2.2. | MUESTRA..... | 35 |
| 3.3. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 36 |
| 3.4. | TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 37 |
| CAPÍTULO IV..... | | 38 |
| RESULTADOS..... | | 38 |
| 4.1. | ANÁLISIS DESCRIPTIVO | 38 |
| 4.2. | ANÁLISIS INFERENCIAL | 47 |
| CAPÍTULO V..... | | 48 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | | 48 |
| CONCLUSIONES | | 51 |
| RECOMENDACIONES..... | | 53 |

| | |
|---------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 54 |
| ANEXOS..... | 58 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Edad de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 38 |
| Tabla 2. Sexo de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 39 |
| Tabla 3. Frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 40 |
| Tabla 4. Frecuencia de impactación dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 41 |
| Tabla 5. Descripción de clasificación de winter en tercera molar retenida en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 42 |
| Tabla 6. Complicación postoperatorio a 24 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 43 |
| Tabla 7. Complicación postoperatorio a 48 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 44 |
| Tabla 8. Complicación postoperatorio a 72 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 45 |
| Tabla 9. Complicación postoperatorio a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 46 |
| Tabla 10. Comparación de medias de presencia complicación postoperatorio a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 47 |

ÍNDICE DE GRAFICOS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. Representación gráfica de la edad de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 38 |
| Gráfico 1. Representación gráfica del sexo de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 39 |
| Gráfico 3. Representación gráfica de la frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 40 |
| Gráfico 4. Representación gráfica de la frecuencia de impactación dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 41 |
| Gráfico 5. Representación gráfica de la descripción de clasificación de Winter en tercera molar retenida en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019 | 42 |
| Gráfico 6. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 24 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019.. | 43 |
| Gráfico 7. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 48 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019.. | 44 |
| Gráfico 8. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 72 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019.. | 45 |
| Gráfico 9. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019..... | 46 |

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar cómo se manifiesta el dolor, inflamación y trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas particulares- Huancayo 2019. Siendo un estudio analítico, observacional, prospectivo y transversal siendo un estudio de enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por todas las exodoncias que se realizaron en los consultorios particulares; trabajándose con una población muestral de 80 exodoncias de tercer molar retenidas. Obteniéndose como resultado que realizada la clasificación de Winter el 31,3% (25) están en horizontal, el 22,5% (18) en posición distoangular y vertical, el 18,8% (15) en posición mesioangular y el 5% (4) invertida. En la complicación postoperatorio a 24 horas en pacientes atendidos el 67,5% (54) presentan complicaciones de las cuales el 40% (32) tienen dolor, el 15% (12) presentan inflamación y el 12,5% (10) trismus. A 48 horas el 52,5% (42) presentan complicaciones de los cuales el 30% (24) tienen dolor, el 12,5% (10) tienen inflamación y el 10% (8) trismus. A 72 horas el 36,3% (29) presentan complicaciones de los cuales el 22,5% (18) tienen dolor, el 10% (8) tienen inflamación y el 3,8% (3) tienen trismus. Finalmente, a los 7 días de realizado la postoperación el 12,5% (10) tienen dolor, el 6,3% (5) tienen inflamación y el 1,3% (1) tienen trismus. Llegando a la siguiente conclusión, realizada la comparación de media se acepta la hipótesis de investigación observándose una ($p=0,04$) con una $X=2,84$ y $SD=5,96$ en presencia de complicaciones

Palabras claves: Dolor, inflamación, trismus, cirugía, tercera molar

ABSTRACT

The objective of this study is to determine how pain, inflammation and trismus are manifested in retained Third Molar surgery of patients treated in private clinics - Huancayo 2019. Being an analytical, observational, prospective and cross-sectional study, being a quantitative approach study. The population was made up of all the extractions that were faced in private clinics; working with a sample population of 80 retained third molar extractions. Obtaining as a result that the winter classification was performed, 31.3% (25) are horizontal, 22.5% (18) in a distoangular and vertical position, 18.8% (15) in a mesioangular position and 5% (4) inverted. In the 24-hour postoperative complication in patients treated, 67.5% (54) present complications of which 40% (32) have pain, 15% (12) present inflammation and 12.5% (10) trismus. At 48 hours, 52.5% (42) present complications, of which 30% (24) have pain, 12.5% (10) have inflammation and 10% (8) trismus. At 72 hours, 36.3% (29) presented complications, of which 22.5% (18) had pain, 10% (8) had inflammation, and 3.8% (3) had trismus. Finally, 7 days after the postoperation, 12.5% (10) have pain, 6.3% (5) have inflammation, and 1.3% (1) have trismus. Reaching the following conclusion, after comparing the means, the research hypothesis is accepted, observing one ($p = 0.04$) with an $X = 2.84$ and $SD = 5.96$ in the presence of complications.

Key words: Pain, inflammation, trismus, surgery, third molar

INTRODUCCIÓN

Intentar reducir al máximo los síntomas secundarios a cualquier intervención quirúrgica bucal, sin interferir el proceso fisiológico de la inflamación que sigue al trauma quirúrgico, debe ser un objetivo primordial para cualquier cirujano. Tras cualquier acto de cirugía bucal, se pone en marcha el proceso inflamatorio que tiene como síntomas fundamentales un cuadro doloroso de la zona intervenida, la tumefacción de partes blandas con la consiguiente deformidad facial, y a veces un cierto grado de trismo asociado. Estos síntomas son terriblemente molestos para el paciente, dependiendo su intensidad de múltiples factores como la complejidad del acto quirúrgico, la duración del mismo, la pericia del cirujano, la existencia o no de yatrogenias, la idiosincrasia del paciente, etc. La minimización de tales manifestaciones incide directamente en la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes, en el grado de satisfacción por el tratamiento, y en la reducción del miedo a este tipo de intervenciones.

Para conseguir el objetivo marcado, disponemos de un enorme arsenal farmacológico y de numerosas medidas terapéuticas, si bien echamos en falta la existencia de protocolos consensuados que nos ayuden a unificar criterios y que sirvan de guía para tratar a nuestros pacientes desde una perspectiva racional basada en la evidencia científica, y en la experiencia clínica. Una de las razones para esta situación puede ser la enorme cantidad de estudios y publicaciones, muchos de ellos contradictorios, que generan enorme controversia y por tanto confusión al profesional, no siendo raro encontrar que cada cirujano disponga de su propia pauta de control de los síntomas postquirúrgicos.

Los conceptos sobre el control de los síntomas postoperatorios han sufrido importantes modificaciones a lo largo de los últimos años, conforme ha avanzado el conocimiento de las bases fisiopatológicas del dolor y la inflamación, así como el mecanismo de acción y la farmacodinámica de los analgésicos y antiinflamatorios utilizados en su tratamiento ⁽¹⁾.

Actualmente se hace cada vez más hincapié en la importancia de la prevención del dolor y la inflamación como estrategia, mediante la administración preoperatoria de fármacos que, junto con la medicación postoperatoria clásica permite combatir de manera más eficaz los síntomas postquirúrgicos⁽²⁾. Sin embargo, y a pesar de existir suficiente evidencia en la literatura, el uso de la analgesia preoperatoria aún no está extendido de manera que sigue siendo práctica habitual en muchos profesionales la pauta de prescribir tras la intervención algún fármaco analgésico para ser ingerido por el paciente a demanda en caso de sentir molestias, práctica ésta que debe quedar proscrita a raíz de la información científica publicada⁽³⁾.

Las terceras molares representan el mayor índice de cirugías ambulatorias registradas anualmente; ya que el fracaso eruptivo en esta pieza dental es la más común entre todas. Al presentarse en una zona de difícil acceso anatómico, propicia un acto quirúrgico más largo y complejo que en una exodoncia simple, por esta razón las complicaciones tras este tratamiento se encontrarán con más frecuencia que en otras intervenciones quirúrgicas en cavidad bucal.

En nuestro medio donde las medidas de prevención y económicas no logran cubrir las necesidades básicas de atención odontológica, encontramos que la mayoría de pacientes no regresa a un control post quirúrgico, logrando por esta razón el desconocimiento de las complicaciones que se presentan más frecuentemente en nuestra población. El objetivo de esta investigación es determinar las complicaciones más frecuentes de las intervenciones quirúrgicas como dolor, inflamación y trismus en las terceras molares retenidas en pacientes atendidos en consultorios particulares en la ciudad de Huancayo.

El presente estudio tiene la facultad de brindar datos importantes para el plan de tratamiento, evolución y pronóstico de las cirugías de terceras molares ayudando a disminuir las complicaciones post quirúrgicas en el futuro y brindando información que permita futuras investigaciones del área.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A finales de la adolescencia, la mandíbula ha conseguido casi el tamaño adulto; pero acontece que a veces no es lo suficientemente grande para soportar el desarrollo de las terceras molares, cuando esto acontece, quedan incluidas en el hueso y erupciones donde hay menor resistencia ⁽⁴⁾.

Esta es una problemática que se exhibe a nivel mundial en la población joven el cual es fruto de las terceras molares, las cuales durante el proceso de erupción pueden originar diversidad de complicaciones en la cavidad bucal de los pacientes.

Las terceras molares retenidas poseen diferentes posiciones; mesioangulada distoangulada, vertical y horizontal. Algunos autores plantean que la evidencia científica de trabajos ejecutados indica una mayor incidencia de terceras molares en posición mesioangular, lo cual favorece a la presencia de lesiones como caries, pérdida de hueso alveolar y de tejido del diente adyacente ⁽⁵⁾.

Muchas veces los pacientes no se dan cuenta que ostentan terceros molares retenidas, hasta que el dolor surge debido a una infección o a la presión de un diente adyacente. Con el tiempo, las terceras molares erupcionadas o no, pueden causar complicaciones Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, caries, celulitis, dolor trismus), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular),

Traumatológicas (fractura mandibular) y TumORALES (formación de quistes, tumores) ⁽⁶⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto nos planteamos las siguientes interrogantes

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cómo se manifiesta el dolor, inflamación y trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares- Huancayo 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe.01.

¿De qué manera se relaciona el dolor en la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019?

Pe.02.

¿De qué manera se relaciona la inflamación en la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019?

Pe.03.

¿De qué manera se relaciona el trismus en la cirugía de Tercer Molar retenida en Clínicas dentales particulares- Huancayo 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo se manifiesta el dolor, inflamación y trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas particulares- Huancayo 2019

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe.01.

Identificar el dolor relacionado a la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019.

Oe.02.

Describir la inflamación relacionado en la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019.

Oe.03.

Conocer el trismus relacionado a la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Esta información brinda datos a la institución sobre los aspectos radiográficos según la clasificación de Winter - Pell y Gregory; esto permitirá que los operadores estén preparados para efectuar un adecuado procedimiento según la dificultad que presente la tercera molar y así poder prevenir o minimizar las complicaciones que se pueden exhibir tanto transoperatorias como postoperatorias, para que el paciente obtenga mayor confianza en el profesional.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El presente estudio se desarrolló para determinar el grado de dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores, Esta información ofrece datos a la institución sobre los aspectos radiográficos según la clasificación de Winter - Pell y Gregory; esto consentirá que los operadores estén preparados para realizar un adecuado procedimiento

según la dificultad que presente la tercera molar y así poder prevenir o minimizar las complicaciones que se pueden exhibir tanto transoperatorias como postoperatorias, para que el paciente obtenga mayor confianza en el profesional.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Finalmente, este trabajo de investigación queda como fuente de información institucional para el desarrollo de postreros proyectos y que, a su vez, servirá de antecedente para otras investigaciones que deseen prolongar esta línea de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Arellano, J. Ecuador, 2015. En su trabajo descriptivo titulado Estudio comparativo de la posición de terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory y Winter, determinó la posición más común correspondiente a la profundidad y angulación de terceros molares en pacientes de la Clínica de la Escuela de Odontología de la Universidad San Francisco de Quito. Se evaluaron 128 terceros molares (65 superiores y 63 inferiores) por medio de radiografías panorámicas, obteniendo como resultado que con respecto a la clasificación de Pell y Gregory, el 47,6% de las molares inferiores se presentó en una posición C y el 61,9% en clase I. Según la clasificación de Winter, la posición más común de estas piezas fue la vertical, presentándose en un 71,4% de los terceros molares inferiores. El autor concluyó que es importante el diagnóstico de terceros molares, porque se puede realizar un protocolo establecido, en el que se analice detalladamente las posiciones de estas piezas dentro de su estructura de soporte, así como su relación con el segundo molar. También se podrán predecir y evitar posibles riesgos intra o postoperatorios ⁽⁷⁾.

Haydar, M. et al., Malasia, 2015. En su trabajo descriptivo titulado Índice de prevalencia y dificultad asociado con la tercera impactación molar mandibular entre las etnias de Malasia: un estudio clínico-radiográfico, el objetivo fue ver la prevalencia de dificultades asociados al tercer molar retenido, en el cual revisaron 1249 radiografías panorámicas de personas entre 20 a 44 años, de los cuales solo 918 fueron consideradas para el estudio. Obtuvieron como resultado que las edades más comunes fueron entre los 20 – 24 años. Con respecto a la posición de las terceras molares, el 56% (n=1015) presentó una posición

mesioangular, seguido de un 25% (n=453) con posición horizontal, 13% (n=236) tuvo una posición vertical y solo el 6% (n=108) tuvo posición distoangular. Los autores concluyeron que mediante el análisis de las radiografías y el correcto diagnóstico del índice de dificultad antes de la cirugía de terceras molares, el operador se puede preparar para las complicaciones que pueda encontrar en cualquier momento de la cirugía, evitando o disminuyendo la complicación postoperatoria para el beneficio del paciente ⁽⁸⁾.

Khanal, P. et al, 2014, realizaron un estudio analítico y descriptivo titulado Índice de dificultad en la extracción de terceros molares mandibulares impactados y sus complicaciones postoperatorias, siendo el objetivo: dificultad del tercer molar impactado, en el que tuvieron un total de 119 pacientes, 79 mujeres y 40 hombres entre 18 a 35 años. Como resultado obtuvieron que, con respecto a la angulación, la más frecuente fue la mesioangular (43.7%), seguido por la horizontal (27.7%), la vertical (20.2%) y la distoangular (8.4%). Con respecto a la posición, la de mayor frecuencia fue la posición A (66.4%) y la menos común fue la posición C (5%). Asimismo, la clase I fue la más común (70.6%) y luego la clase III (2.5%). Se observó también que el mayor grado de dificultad fue el grado moderado con el 51.2%. Los autores concluyeron que en el preoperatorio también debe tenerse en cuenta los diseños de colgajo, la raíz, la anatomía y la experiencia del operador, junto con el tiempo aproximado de la cirugía para poder hacer un buen tratamiento de las terceras molares ⁽⁹⁾.

Según Monge L, Salvador, 2012. En su tesis Complicaciones Causadas por Terceras Molares en Proceso de Erupción en Pacientes de 18 a 25 años de edad del área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. La retención de terceras molares es un problema muy frecuente, y debido a eso es que se realizó esta investigación, con el Objetivo en la cual se determinaron las complicaciones causadas por terceras molares en proceso de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad. Metodología Se determinó el número de terceras molares retenidas en cada paciente, la frecuencia

de estas con sus diferentes posiciones anatómicas, además se enumeraron y se clasificaron las complicaciones encontradas. Esta investigación se llevó a cabo en dos meses, que fueron noviembre y diciembre de 2011 con los pacientes que asistieron al área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador; la muestra fue de 137 pacientes, cada paciente llenó un consentimiento informado, luego se les realizó una cédula de entrevista, una guía de observación clínica y radiográfica. Los resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de pacientes presentaron las cuatro terceras molares retenidas; la posición más frecuente fue la mesioangulada, ya que del 100% de pacientes, el 54% presentó dicha posición; las complicaciones se clasificaron en Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y TumORALES (quistes); presentando las infecciosas el mayor porcentaje que fue de 46%, en las Mecánicas fue de 25%, en las Neuromusculares de 29%, Traumatológicas y TumORALES no se encontraron; además se encontró que el sexo masculino es el que presenta mayores porcentajes en las complicaciones, aunque la frecuencia de pacientes atendidos fue mayor la del sexo femenino ⁽¹⁰⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Según Arias S, Chiclayo-Perú, 2016 En su tesis Grado de Dificultad Quirúrgica de Terceros Molares Inferiores según el Índice de Koerner de Pacientes Atendidos en la Clínica Estomatológica de La Universidad Señor De Sipán. fue de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, que tuvo como, determinar el grado de dificultad quirúrgica de terceros molares inferiores según la clasificación de Koerner de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante el año 2015, para la cual se utilizó una ficha de recolección de datos. Previamente, se realizó la evaluación de 50 radiografías para la calibración de la investigadora llegando a un nivel de concordancia muy bueno. Se encontraron 35 historias clínicas

que cumplieron con los criterios de inclusión, y para la obtención de los resultados, se utilizó estadística descriptiva aplicando tablas de distribución de frecuencias. De acuerdo al análisis, se observó que el grado de dificultad quirúrgica según el índice de Koerner fue el grado moderado (74.3%), seguido del grado mínimo (17.1%) y el grado muy difícil (8.6%). La posición más prevalente según la clasificación de Winter fue la vertical (65,7%) prevaleciendo el sexo femenino. Según la clasificación de Pell y Gregory, la clase más prevalente fue la clase I (57.1%) y la posición A (82.9%), en el que predominaron ambos sexos entre las edades de 18 a 25 años. Es necesario realizar la valoración del grado de dificultad de las terceras molares inferiores en el acto prequirúrgico, así los operadores estarán más orientados sobre las maniobras a realizar y preparados ante alguna complicación que se pueda presentar⁽¹¹⁾.

Tirado, J. Lima-Perú, 2015. En su trabajo descriptivo, transversal y retrospectivo titulado Posición más frecuente de terceras molares mandibulares según la Clasificación de Pell y Gregory con relación al factor género en el Hospital Central FAP, se analizó radiografías de pacientes de ambos sexos entre los 18 y 40 años de edad atendidos durante el periodo de enero a junio del 2011 y se correlacionó con la clasificación de Pell y Gregory. Obtuvo como resultado que, la Clase II y posición B fueron las predominantes en cirugía de terceras molares inferiores en el rango de 18 a 29 años. El autor concluyó que la evaluación por imágenes debe ser un paso completo y riguroso previo a la exodoncia de toda pieza dental y que el conocimiento de la posición más frecuente de las terceras molares, nos ayuda en la exodoncia y a estar preparados ante una posible complicación⁽¹²⁾.

Palacio, M. Perú, 2014. Realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo titulado 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, en el cual se

seleccionaron 582 radiografías panorámicas de las historias clínicas. Obtuvo como resultado las posiciones más prevalentes según la clasificación de Winter fueron vertical (42,3%) con mayor predilección en el género femenino y mesioangulada (31,4%), ambas posiciones para ambos lados entre los 18 y 35 años. Según la clasificación de Pell y Gregory, la posición más prevalente fue la IA (39%), predominando en el género masculino, también ambos lados, entre los 18 y 35 años. La autora concluyó que es importante evaluar la posición de las terceras molares antes del acto quirúrgico porque nos brinda una información que va a permitir al profesional o al alumno de pregrado, saber manejar o determinar posibles complicaciones al momento de la extracción, dependiendo de la posición que adopte la pieza dental ⁽¹³⁾.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En el ámbito regional no se ha encontrado referencia alguna sobre esta investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍAS SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN DENTARIA

Teoría Filogenética: Esta expone que, debido a la evolución humana, los maxilares han sufrido una progresiva disminución de tamaño, y ha existido un aumento de la masa craneal. Al contrario de estos, las piezas dentales no han sufrido ningún cambio en cuanto a su tamaño. Esto también se ha visto influenciado por el proceso de adaptación de los maxilares a la alteración de la dieta alimenticia, porque no se comen alimentos duros que demanden un gran esfuerzo masticatorio, lo que provoca que la naturaleza trate de prescindir todo lo que no es útil, en este caso, os terceros molares ⁽⁷⁾.

Teoría Mendeliana: La herencia puede ser un factor etiológico importante, como en la transmisión genética de maxilares pequeñas de

un padre y piezas dentales grandes heredadas de la madre, o viceversa (14).

Teoría Ortodoncia: El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de las piezas es en dirección anterior. Cualquier obstrucción con tal desarrollo causa retención de las piezas El crecimiento uniforme de los maxilares y el movimiento de las piezas es en dirección anterior. Cualquier interrupción con tal desarrollo causa retención de las piezas (11).

2.2.2. COMPLICACIONES POST CIRUGÍA

Debido a la complejidad del acto quirúrgico y a las características anatómicas de la región mandibular y no obstante haber tomado precauciones y realizado una técnica quirúrgica lo más cuidadosamente posible, la extracción a colgajo del tercer molar inferior retenido no llega a estar exenta de complicaciones tanto transoperatorias como postoperatorias. Entre estas últimas se hallan: dolor, parestesia y osteitis alveolar, infección, inflamación y trismo, sangrado moderado o hemorragia, parálisis del nervio facial, enfisema, o incluso trastornos de mayor gravedad como neumotórax, neumomediastinitis o neumopericarditis. La generalidad de las complicaciones es temporal, pero pueden ser incapacitantes para llevar a cabo una vida social activa. (15).

Dolor

El dolor es una entidad que nos afecta a todos por igual sin distinción de edad, sexo, ni raza. Su función primaria es protectora y compone una señal de alarma mediante la cual se crean una serie de reflejos que conllevan a una respuesta de escape. Con frecuencia nos reseñamos al dolor como una sensación en lugar de describirlo como una experiencia multidimensional. Su manejo es de trascendente importancia en todas las especialidades odontológicas y médicas. Sin embargo, nuestros esfuerzos no deben limitarse al control del dolor sino avocarse a su prevención. Para ello debemos conocer los fundamentos

de la Analgesia preventiva basados en la neurofisiología del dolor. Asimismo, debemos reflexionar otras opciones de tratamiento No Farmacológico en lugar de limitarnos a solo la administración de drogas analgésicas.

El dolor postoperatorio agudo no tratado trae como consecuencia efectos lesivos en la respiración, actividad autonómica, circulación, función renal y actividad gastrointestinal ⁽¹⁶⁾.

Inflamación

Es obvio que tras cualquier intervención quirúrgica en la cavidad bucal, aparecerá en mayor o menor medida dolor, inflamación y tumefacción postoperatoria como respuesta fisiológica del organismo; la filosofía preventiva de tales síntomas se basa en tratar al paciente antes de que aparezcan, es decir, de anticiparse a su aparición para intentar así minimizarlos, por lo que el momento de aplicar las medidas encaminadas a tal fin será antes de iniciarse la agresión que para el organismo supone el acto quirúrgico². La intervención en esta fase previa a la cirugía está encaminada al control de la ansiedad y de los diversos factores psicológicos implicados en la modulación del fenómeno doloroso, así como a la anticipación sobre los mecanismos biológicos de la inflamación. Para ello contamos con dos grupos de medidas, unas psicológicas y otras farmacológicas que pretenden preparar al paciente para el acto quirúrgico, y de cuya puesta en marcha depende en gran medida el éxito de la cirugía y del postoperatorio, así como el grado de satisfacción de nuestros pacientes y por tanto la calidad asistencial que les dispensamos ⁽¹⁷⁾.

Premedicación antiinflamatoria

Los conocimientos actuales sobre la fisiopatogenia del proceso inflamatorio y los datos derivados de la evidencia científica, han apoyado la idea de administrar la medicación antes de que se liberen los mediadores implicados y de que desaparezca el efecto analgésico del anestésico utilizado, con el fin de aumentar la eficacia del fármaco. En

nuestro campo, esta administración preventiva del antiinflamatorio consistirá en adelantar unas horas la ingesta del mismo para conseguir niveles plasmáticos adecuados en el momento en que comience la liberación de mediadores, evitando por tanto la práctica clásica de ingerir la primera dosis del fármaco algunas horas después del final del acto quirúrgico, cuando comienza el dolor. Existen diversos estudios que tratan de evaluar si es más efectiva la administración preoperatoria o inmediatamente después de la cirugía, de manera que parece que la eficacia es idéntica cuando se administra 30-60 minutos antes o después de la cirugía ⁽¹⁸⁾.

Trismus

El trismus –o trismo- dental es la incapacidad para abrir la boca por completo. Se trata de un síntoma resultante de diferentes causas que puede informar al especialista de distintas afecciones, no de una enfermedad como tal.

Está favorecida por la contracción de manera constante e inconsciente de los músculos mandibulares, especialmente de aquellos empleados en la masticación. Habitualmente, una persona tiene la capacidad de abrir la boca una distancia comprendida entre 40 y 50 milímetros ⁽¹¹⁾.

Para hacer un primer diagnóstico, los especialistas recomiendan hacer la conocida como prueba de los tres dedos. La persona deberá ser capaz de abrir la cavidad bucal de manera que pueda introducir tres dedos entre los incisivos centrales superiores e inferiores. En caso contrario, entenderá que su capacidad para abrir la boca está mermada

2.2.3. SÍNTOMAS

El trismo dental responde a una serie de síntomas que, en algunas ocasiones, pueden surgir de manera gradual. De esta forma, hay personas que no informan esta molestia hasta que la apertura bucal es inferior a 20 milímetros.

Los síntomas inequívocos del trismo son los siguientes:

- Dificultad para abrir la boca con normalidad
- Dolor, hinchazón o cierta rigidez mandibular
- Molestias a la hora de masticar o tragar los alimentos, así como en las rutinas de higiene oral
- Dificultades en el habla ⁽¹¹⁾

Al igual que los síntomas acusados por las personas que lo padecen, las causas que pueden suscitar esta condición también son diversas.

2.2.4. CAUSAS

Cuando una persona atribuye dificultades a la hora de abrir la boca, éstas se achacan a problemas derivados de los músculos responsables de consentir una completa apertura bucal. Esta anomalía en la movilidad de la articulación mandibular puede estar originada por las siguientes causas:

- Traumatismo provocado por un fuerte golpe que haya afectado a los músculos faciales
- Procedimiento quirúrgico en la zona adyacente: cuello, cara, mandíbula, Cirugías en las que el paciente haya permanecido con la boca abierta durante un largo periodo de tiempo. Un ejemplo de ello serían las cirugías de extracción de una muela del juicio
- Procesos infecciosos tales como el tétanos, que provoca contracciones súbitas de los músculos faciales, o la otitis

2.2.5. CIRUGÍA

Según algunos historiadores, la cirugía moderna brota en la primera mitad del siglo XIX. Símbolo de este desarrollo puede ser Guillaume Dupuytren (1777-1835), innovador de métodos operatorios y sobre todo, fundador y animador de una escuela cuyos discípulos se extendieron por toda Europa ⁽¹⁹⁾.

Simón Hüllihen (1860), médico-dentista en Estados Unidos es considerado históricamente como el fundador de la cirugía bucal y maxilofacial; sus múltiples publicaciones dan testimonio de su amplio saber en este campo abarcando la extracción dentaria, fractura de los maxilares y esbozos de cirugía ortognática ⁽²⁰⁾.

Con posterioridad han concurrido numerosos autores que han contribuido sus conocimientos, lo que ha permitido un rápido avance de la cirugía bucal. La introducción de la anestesia local cambia esencialmente la práctica y técnica de la exodoncia. No obstante, con anterioridad Horace Wells dentista norteamericano, presenciando una sesión que Colton efectuaba en Hartford (1844), deduce los efectos anestésicos del óxido nitroso, y se sometió después el mismo a una extracción dentaria ⁽²¹⁾.

Posteriormente se estudian y popularizan las propiedades anestésicas del protóxido, éter, cloroformo, etc; y en 1884 Koller emprende la aplicación de los anestésicos locales a base de soluciones de cocaína hasta alcanzar a las sustancias actuales ⁽²²⁾. En 1846, William Norton practicó la primera narcosis etérea; Eugene Koeberlé y Jules Péan diseñaron hacia 1860 las primeras pinzas hemostáticas. Gracias a un químico, Louis Pasteur (1822-1895), y a sus precursores, dos hombres del siglo XIX, Holmes y Semmelweis, se describe que la infección es una enfermedad contagiosa. Joseph Lister planteó y llevó a cabo (1867), siguiendo esta doctrina la antisepsia quirúrgica, rociando el campo operatorio con pulverizaciones de ácido fénico. Así mismo, a esta se añadió la asepsia, basada en la esterilización del instrumental y del material de medicación mediante métodos físicos. Los nuevos métodos decretaron en la cirugía cambios primordiales: por una parte, se redujo a cifras próximas al cero la mortalidad por las intervenciones clásicas, por otra se abrieron a la cirugía campos hasta entonces vedados, se llevaron a cabo los primeros injertos óseos.

2.2.6. PATOGENIA

Teoría Mecánica La irritación y la inflamación son debidas a la falta de espacio, a la dureza de la encía y a la resistencia del hueso. Esta patogenia mecánica manifiesta también que las presiones del tercer molar contra el segundo molar y contra el grupo incisivo-canino engendren desplazamientos dentarios (apiñamiento anterior) y alteraciones de la oclusión (contactos prematuros y patología disfuncional de la articulación temporomandibular) ⁽²³⁾.

Teoría De Capdepont Esta teoría atribuye un papel fundamental a la existencia de la cavidad pericoronaria y a la retención microbiana que se produce en el interior de esta cavidad. La oblicuidad del tercer molar inferior entraña la rotura de la pared del saco pericoronario contra el segundo molar. Si el contacto tiene lugar por debajo del cuello del segundo molar, el saco está cerrado. Por el contrario, si tiene lugar en cualquier punto de la corona, el saco comunica fue precisamente Dechaume quien manipuló esta idea para definir el concepto de inclusión o retenida. Esta existe pues cuando el saco pericoronario no está en comunicación con la cavidad bucal, después de la edad normal de erupción. Si existe esta comunicación, se habla entonces de inclusión submucosa. La existencia del fondo de saco retromolar y el repliegue mucoso favorecen aún más la infección por la impactación de restos alimenticios y por el traumatismo masticatorio que suele asociarse. La mucosa gingival discurre en diagonal sobre las caras laterales del segundo molar hasta su borde superior, a partir de donde se continúa con el rodete mucoso. El tercer molar inferior evoluciona pues en un tejido laxo, extensible, móvil, y que sigue los movimientos de la mandíbula. Este tejido no consiente que el saco pericoronario se retraiga alrededor de la corona, como lo haría un tejido gingival normal. De todo ello resulta la formación de un capuchón que recubre las partes superior y posterior del diente, y que puede tardar años en desaparecer y liberar completamente la corona. El rodete de la mucosa yugal no interfiere en la erupción del tercer molar, pero sí que favorece la persistencia del saco pericoronario y los fenómenos infecciosos que se asocian a ello ⁽²³⁾.

Teoría Neurológica El tercer molar inferior evoluciona cerca del conducto dentario inferior y es responsable de los accidentes reflejos por irritación del nervio trigémino, y de los problemas vasomotores secundarios por las importantes conexiones del sistema simpático que acompañan al nervio alveolar inferior y los vasos en el conducto dentario inferior ⁽¹⁸⁾.

2.2.7. LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES

La erupción de los dientes permanentes forma parte de una compleja serie de acontecimientos controlados genéticamente. Mediante estos fenómenos, un germen se desarrolla y el diente erupciona en la arcada en su posición funcional, según los tiempos establecidos. Sin embargo, durante este proceso evolutivo pueden producirse cuantiosos acontecimientos que pueden interferir en la erupción dentaria, provocando la inclusión, que es un cuadro clínico muy frecuente.

Terceros Molares Inferiores La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus, quien habló de *dens sensus et sapientia et intellectus* en clara referencia a la edad que suele erupcionar ⁽²³⁾.

La edad media de erupción de los cordales en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años. El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria. Howe demostró que el 65,6% de los individuos con una edad promedio de 20 años tenía de 1 a 4 cordales incluidos, divididos de igual modo entre los cuatro cuadrantes ⁽²³⁾.

2.2.8. ETIOPATOGENIA

Las inclusiones dentarias son debidas, desde el punto de vista etiopatogénico, a factores locales y sistémicos.

- **Factores locales.** Extracción de los dientes deciduos. Si las extracciones son efectuadas muy precozmente (dos años antes de la fecha fisiológica de erupción del diente permanente correspondiente), pueden ocasionar retrasos en la erupción de los dientes permanentes, como una reducción de sus longitudes radiculares.
- **Secuelas de caries en los dientes deciduos.** Si existe un proceso carioso sin signos de Inflamación periapical se produce un retraso de exfoliación. Si, por el contrario, existe una lesión periapical, esta se retrasa en el 75% de los casos la exfoliación, mientras en el 25% de los casos, si el techo óseo sobre el diente permanente es destruido por el proceso inflamatorio, la acelera.
- **Malposición primaria del germen dentario.** En algunos casos, a pesar de que el eje de erupción sea correcto, el diente cuyo germen está mal posicionado debe recorrer una distancia mayor para alcanzar su posición normal en la arcada, por lo que es probable que detenga el empuje eruptivo antes de haber alcanzado su posición. En otros casos, la posición y la orientación del germen son desde el comienzo incompatibles con la correcta erupción del diente
- **Falta de espacio en la arcada para una correcta erupción.** La inclusión dentaria está a menudo relacionada con la discrepancia entre las dimensiones de Los maxilares (y, por tanto, de los procesos alveolares) y las de la arcada dentaria. De hecho, en la evolución de la especie humana es posible observar una progresiva disminución del aparato estomatognático,
- **Presencia de un obstáculo en el trayecto eruptivo.** El obstáculo puede estar representado por un elemento supernumerario o por una capa ósea formada tras la extracción prematura de un diente deciduo. También las secuelas cicatrizantes en los pacientes afectados por fisura labiopalatina y sometidos a intervención

quirúrgica suelen causar inclusiones dentarias. En fin, numerosos tumores odontogénicos puede ser la causa de la inclusión del diente interesado y de los elementos contiguos.

- **Anquilosis.** La anquilosis de un diente deciduo puede ocasionar la inclusión del correspondiente elemento dentario permanente y también puede ser la causa primaria de la habitual inclusión en el primer y segundo molares inferiores.
- **Alteraciones en el folículo.** El defecto funcional del folículo dentario, característico de la amelogenesis imperfecta, está asociada a menudo con inclusión dentaria. También es habitual la asociación entre dientes incluidos y quistes foliculares. El diente implicado con más frecuencia en esta asociación es el tercer molar inferior, seguido por el tercer molar superior, el canino superior y el segundo premolar inferior.
- **Factores sistémicos Genéticos.** Los gemelos monocigóticos presentan una concordancia del 90 % en sus características de erupción. Además, se ha demostrado que los retrasos de erupción superiores a dos desviaciones estándar están relacionados con un carácter autosómico dominante. Las enfermedades genéticas que implican el 25 catabolismo óseo, y en particular la actividad osteoclástica, como la osteopetrosis y la displasia cleidocraneal, están caracterizadas por graves retrasos y defectos en los procesos de erupción.
- **Factores endocrinos.** El hipopituitarismo, el hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo inducen un marcado retraso en la erupción dentaria ⁽²³⁾.

2.2.9. ETIOLOGÍA

La frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada, y en nuestro medio sobre todo el cordal inferior, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares ⁽²⁴⁾.

- a. **Condiciones Embriológicas** Los terceros molares brotan de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón

del tercer molar se desprende del segundo molar, como si de un diente de reemplazo se tratara. La calcificación de este diente emprende a los 8-10 años, pero su corona no concluye la calcificación hasta los 15-16 años.

- b. Condiciones Anatómicas** La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así, debemos subrayar el insuficiente espacio retromolar, que origina la inclusión del tercer molar inferior. Las referencias anatómicas agravan aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo.

Estas son:

- **Delante.** El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.
- **Debajo.** El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.
- **Arriba.** La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el tercer molar inferior, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUAL

- **Dolor:** A nadie le gusta las extracciones dentales, ya que son los que originan el dolor. Pero los nuevos hallazgos de la odontología han facilitado este proceso, para ser capaz de comprimir el dolor y las molestias que una vez fueron muy comunes ⁽¹⁵⁾.
- **Anestesia:** Ahora los médicos usan los anestésicos que hacen que la extracción sea más cómoda eliminando o reduciendo el dolor y la ansiedad del paciente ⁽¹⁵⁾.
- **Trismus:** se suele definir médicamente a un trismo o trismus como una contracción constante e involuntaria de los músculos de la mandíbula (especialmente los músculos maseteros y pterigoideos), lo que reduce o impide la apertura de la boca ⁽¹⁵⁾.

- **Periodontitis:** Al examen clínico se observan los signos de inflamación y sangrado de la encía de la segunda molar y/o de la tercera molar, asimismo al sondeo se localizó presencia de bolsa periodontal.
- **Pericoronaritis:** Se observa cuando la tercera molar no ha erupcionado completamente y el tejido blando que la rodeaba este inflamado, conjuntamente hay presencia de dolor.
- **Celulitis:** Es la tumefacción que se localiza a nivel del ángulo de la mandíbula y a nivel del malar, es dolorosa y de consistencia dura.
- **Apiñamiento: Clínicamente** se observa el grupo incisivo-canino fuera de su arco dentario.
- **Reabsorción radicular:** Radiográficamente se observa depreciación de la estructura de la raíz dentaria de la segunda molar en la zona de contacto con corona de tercera molar.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi. El dolor, inflamación y trismus se manifiesta en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares-Huancayo 2019.

Ho. El dolor, inflamación y trismus no se manifiesta en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares-Huancayo 2019.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Dolor, Inflamación Trismus

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Cirugía de tercera molar retenida

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable de estudio | Definición operacional | Dimensión | Indicadores | Valor final |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| VARIABLE DEPENDIENTE | | | | |
| Dolor Inflamación Trismus | Respuesta protectora de los tejidos del organismo ante una lesión por agentes químicos, físicos o mecánicos. | Tercer molar | Dolor | Presenta No presenta |
| | | Tercer molar | Inflamación | Presenta No presenta |
| | | Tercer molar | Trismus | Presenta No presenta |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | | |
| Cirugía de Tercera molar retenida | son los terceros molares que se ubican en la parte posterior de la boca y que no tienen suficiente espacio para emerger o desarrollarse normalmente | Clasificación de Winter | Mesioangular | Presenta No presenta |
| | | | Horizontal | Presenta No presenta |
| | | | Vertical | Presenta No presenta |
| | | | Distoangular | Presenta No presenta |
| | | | Invertido | Presenta No presenta |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el número de variables, el presente estudio es **analítico**, ya que consta de dos variables (variable independiente y dependiente).

Según la intervención, el estudio fue **observacional**, ya que no existió intervención alguna por parte del investigador, solo se buscó medir el fenómeno de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio es **prospectivo**, porque se registró la información existente en tiempo presente, y fue transversal puesto que los datos serán medidos en una sola oportunidad.

3.1.1. ENFOQUE

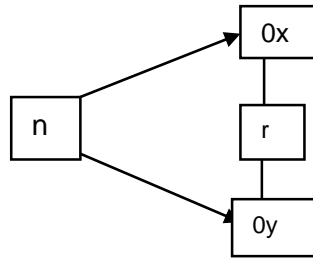
La presente investigación es de enfoque cuantitativo, porque parte del análisis de datos numéricos a través de la estadística, para dar solución a preguntas de investigación o para refutar o verificar una hipótesis.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La presente investigación es descriptiva, ya que brindó información detallada respecto a un fenómeno o problema y correlacional porque busca la relación entre dos o más variables, que permita predecir su comportamiento futuro.

3.1.3. DISEÑO

Hace explícito los aspectos operativos de la misma, es decir, el cómo se abordó metodológicamente la investigación. El presente estudio usó el diseño correlacional.



Dónde:

n = Muestra en estudio

X = Dolor, Inflamación, trismus

Y = Cirugía de 3 molar retenida

R = Relación entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las exodoncias que se realizaron en los consultorios particulares en la ciudad de Huancayo 2019.

3.2.2. MUESTRA

Se trabajó con la población muestral de 80 exodoncias de tercer molar retenidas que se realizaron en consultorios particulares en la ciudad de Huancayo 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Exodoncias del tercer molar incluido que se realicen en los consultorios particulares de la ciudad de Huancayo durante el año 2019.
- Pacientes aparentemente que gocen de buena salud
- Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación
- Firmar el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Exodoncias semirretenidas.
- Pacientes con alguna enfermedad sistémica que les conlleva a cualquier complicación en la exodoncia de la pieza dentaria.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio de investigación
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

Ubicación de espacio

El presente estudio se realizó en consultorios particulares en la ciudad de Huancayo 2019.

Ubicación de tiempo

El estudio de investigación se realizó en la ciudad de Huancayo en los meses de octubre- diciembre 2019, enero y febrero de 2020.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron en los consultorios particulares de Huancayo, se seleccionaron y revisaron las historias clínicas de pacientes que fueron programados para cirugía de tercera molar inferior y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

En el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento los cuestionarios. Se indicó a los pacientes que firmen la hoja de consentimiento informado, donde autorizaron la intervención quirúrgica.

Los procedimientos en los pacientes fueron los siguientes:

- Se elaboró una adecuada Historia Clínica a cada paciente.
- El proceso de la cirugía se realizó en un ambiente quirúrgico con el instrumental necesario.
- El paciente previo a la intervención pasó por un proceso de asepsia y antisepsia, luego del cual se le colocó el campo fenestrado y el equipo

de especialistas aplicando normas de bioseguridad establecidas, procedieron a colocar la técnica de anestesia correspondiente.

- En el acto quirúrgico se realizó incisión, decolado, osteotomía, osteotomía, odontosección, exodoncia propiamente dicha, tratamiento del lecho quirúrgico y sutura, luego se prescribió las indicaciones postoperatorias
- Se llenó la ficha de recolección de datos (ver anexo) donde se registró:
- Datos personales del paciente:
- Nombre y número de la pieza dental.
- Técnica radiográfica estudiada.
- La posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y Gregory y Winter.
- La presencia de complicaciones postoperatorias presentes a las 24, 48 y 72 horas y a los 07 días.
- Toda la ejecución de esta intervención quirúrgica se realizó siguiendo y respetando las normas de Bioseguridad.

Criterios de diagnóstico

Los criterios de evaluación postoperatoria fueron:

Subjetivos: lo que el paciente refiere.

Objetivo: lo que el operador observa.

Apreciación: comentario entre lo subjetivo y objetivo de acuerdo a la evolución.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente estudio los datos recogidos se procesaron con el software SPSS statistics 24, los resultados son presentados en tablas y gráficos, la prueba estadística de chi cuadrado para responder al objetivo principal.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Edad de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Edad | F | % |
|---------------|-----------|---------------|
| 20 a 40 años | 62 | 77,5% |
| 41 a 60 años | 15 | 18,8% |
| 61 a más años | 3 | 3,8% |
| Total | 80 | 100,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

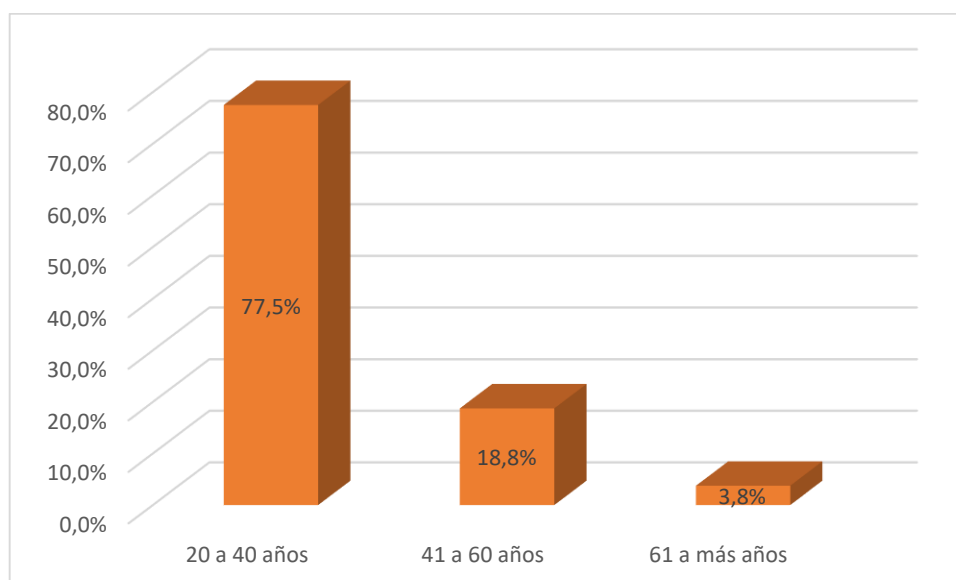


Gráfico 1. Representación gráfica de la edad de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 1, se describe la edad de pacientes en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 77,5% (62) oscilan de 20 a 40 años, el 18,8% (15) tienen de 41 a 60 años y el 3,8% (3) de 61 a más años.

Tabla 2. Sexo de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Sexo | F | % |
|------------------|-----------|--------|
| Masculino | 30 | 37,5% |
| Femenino | 50 | 62,5% |
| Total | 80 | 100,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

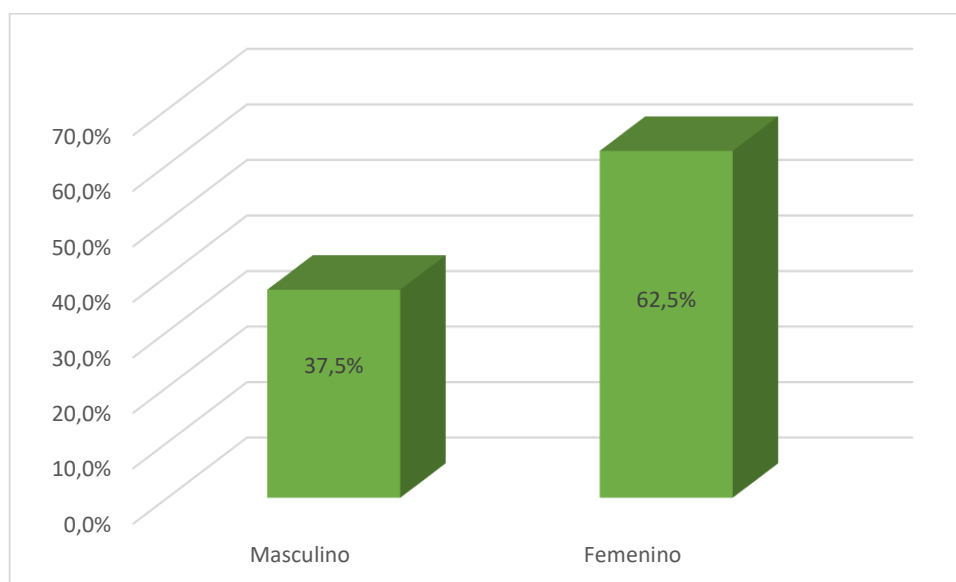


Gráfico 2. Representación gráfica del sexo de pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 2, se describe el sexo de los pacientes atendidos en cirugía de tercera molar retenidas en clínicas particulares de Huancayo 2019; encontrándose que del 100% (80) el 62,5% (50) son del sexo femenino y el 37,5% (30) son del sexo masculino.

Tabla 3. Frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Retención dentaria | F | % |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Presenta | 58 | 72,5% |
| No presenta | 22 | 27,5% |
| Total | 80 | 100,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

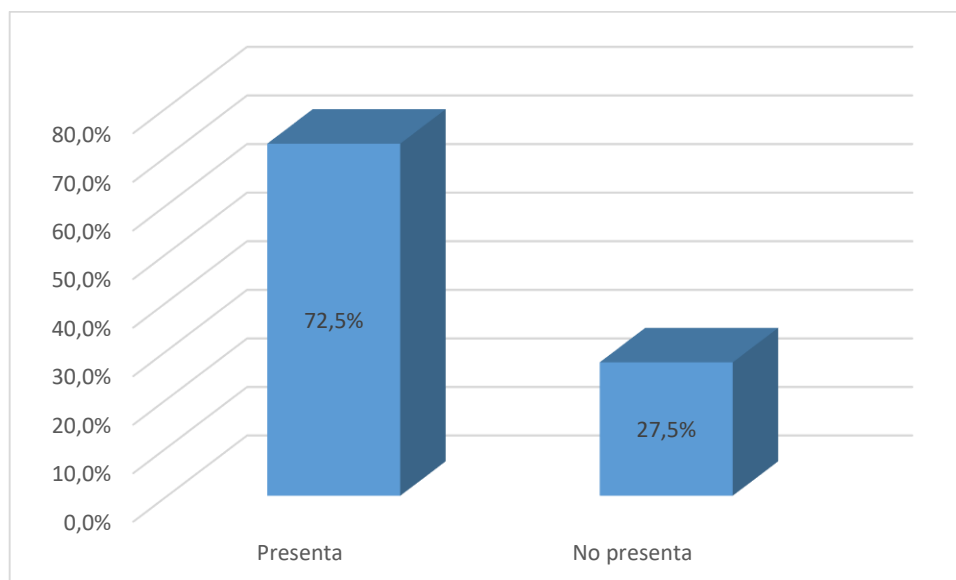


Gráfico 3. Representación gráfica de la frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019.

Interpretación

En la tabla 3, se describe la frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares; encontrándose que del 100% (80) el 72,5% (58) presentan retención dentaria y el 27,5% (22) no presentan retención.

Tabla 4. Frecuencia de impactación dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Retención dentaria | F | % |
|------------------------------|-----------|---------------|
| Retención superior derecha | 20 | 25,0% |
| Retención superior izquierda | 25 | 31,3% |
| Retención inferior derecha | 15 | 18,8% |
| Retención inferior izquierda | 20 | 25,0% |
| Total | 80 | 100,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

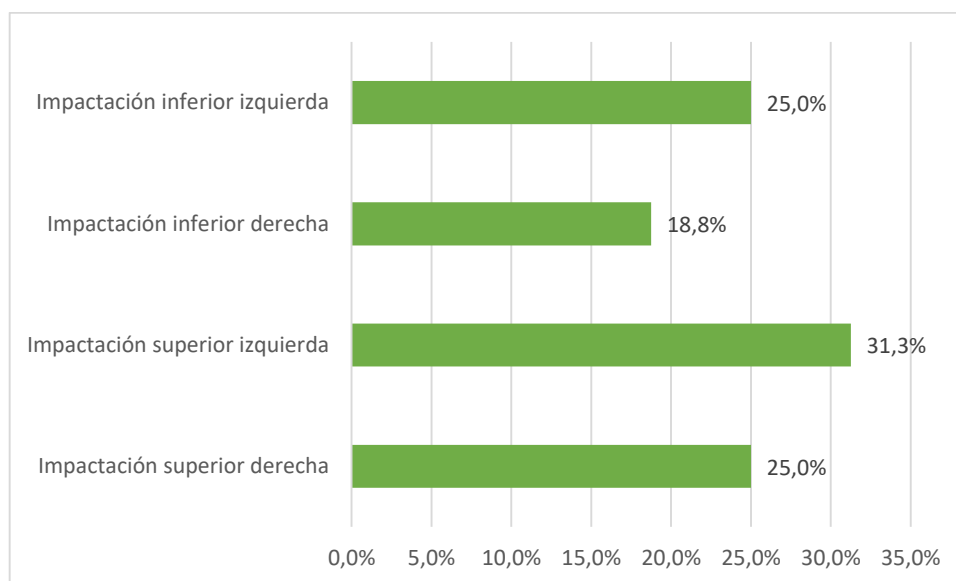


Gráfico 4. Representación gráfica de la frecuencia de impactación dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 4, se describe la frecuencia de retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares; encontrándose que del 100% (80) el 31,3% (25) presentaron retención superior izquierda, el 25% (20) presentan retención superior derecho e inferior izquierda y el 18,8% (15) presentan retención inferior derecho.

Tabla 5. Descripción de clasificación de winter en tercera molar retenida en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Impactación dentaria | F | % |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| Mesioangular | 15 | 18,8% |
| Distoangular | 18 | 22,5% |
| Horizontal | 25 | 31,3% |
| Vertical | 18 | 22,5% |
| Invertido | 4 | 5,0% |
| Total | 80 | 100,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

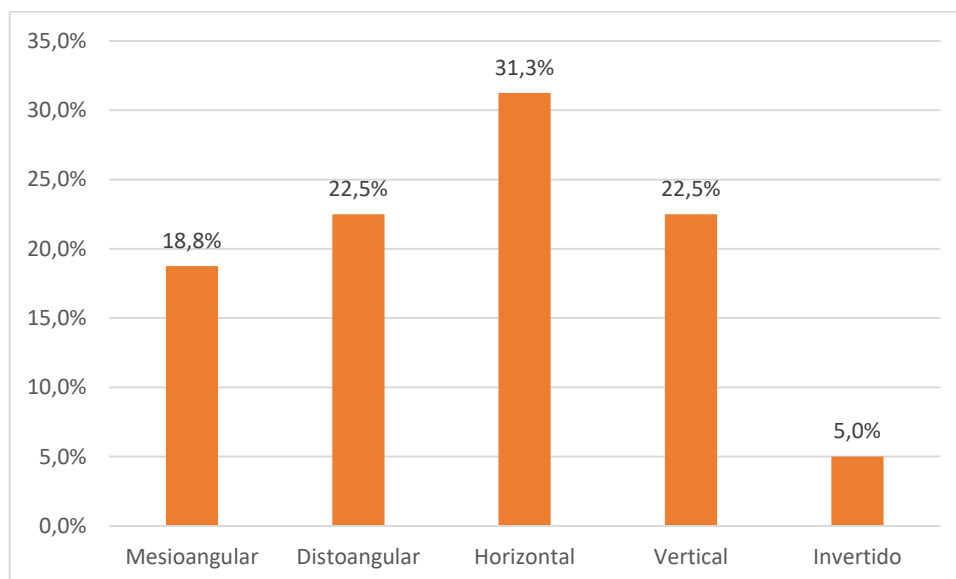


Gráfico 5. Representación gráfica de la descripción de clasificación de Winter en tercera molar retenida en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 5, se describe la clasificación de Winter en tercera molar retenida en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 31,3% (25) encontrándose la pieza dental en horizontal, el 22,5% (18) encontraron la pieza en posición distoangular y vertical, el 18,8% (15) encontraron la pieza dental en posición mesioangular y el 5% (4) en posición invertida. Dicha posición obliga la extracción de la tercera molar.

Tabla 6. Complicación postoperatorio a 24 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Complicación postoperatoria a 24 horas | Presente | | Ausente | |
|----------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % |
| Dolor | 32 | 40,0% | 10 | 12,5% |
| Inflamación | 12 | 15,0% | 10 | 12,5% |
| Trismus | 10 | 12,5% | 6 | 7,5% |
| Total | 54 | 67,5% | 26 | 32,5% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

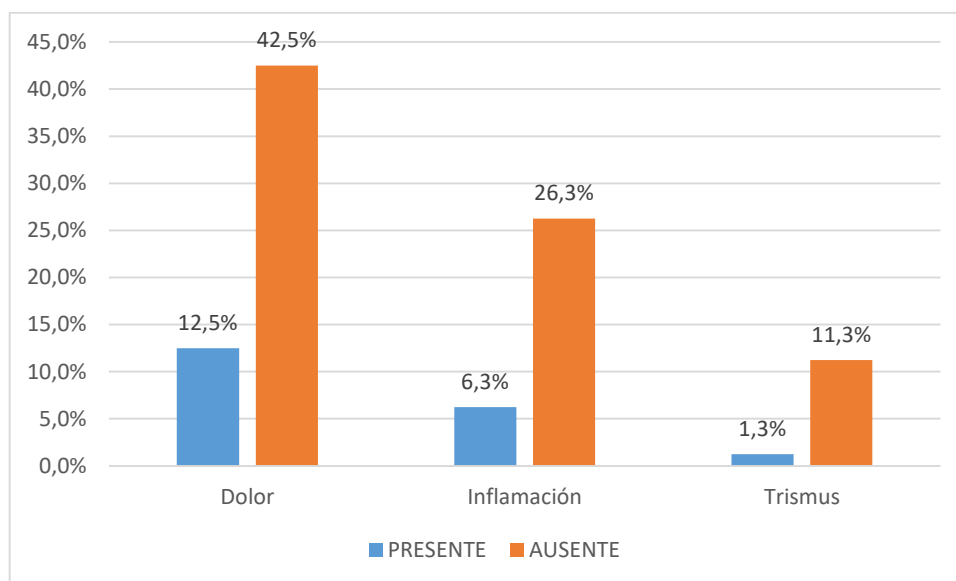


Gráfico 6. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 24 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 6, se describe la complicación postoperatoria a 24 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 67,5% (54) presentan complicaciones de las cuales el 40% (32) tienen dolor, el 15% (12) presentan inflamación y el 12,5% (10) trismus. Asimismo, el 32,5% (26) no presentan ningún tipo de complicación.

Tabla 7. Complicación postoperatorio a 48 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Complicación postoperatoria a 48 horas | Presente | | Ausente | |
|----------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % |
| Dolor | 24 | 30,0% | 15 | 18,8% |
| Inflamación | 10 | 12,5% | 14 | 17,5% |
| Trismus | 8 | 10,0% | 9 | 11,3% |
| Total | 42 | 52,5% | 38 | 47,5% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

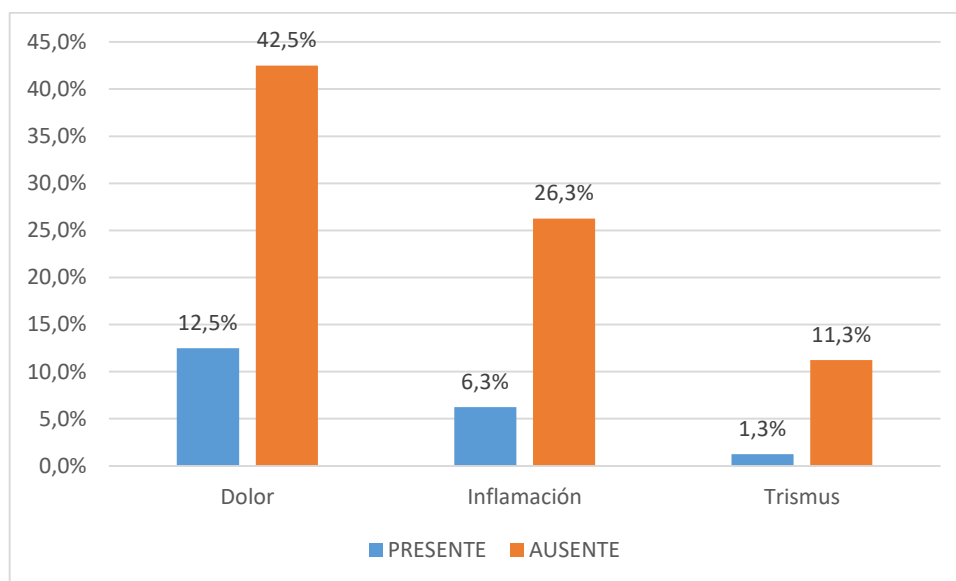


Gráfico 7. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 48 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 7, se describe la complicación postoperatoria a 48 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 52,5% (42) presentan complicaciones de los cuales el 30% (24) tienen dolor, el 12,5% (10) tienen inflamación y el 10% (8) trismus. Asimismo, el 47,5% (38) no presentan ningún tipo de complicación.

Tabla 8. Complicación postoperatorio a 72 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Complicación postoperatoria a 72 horas | Presente | | Ausente | |
|----------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % |
| Dolor | 18 | 22,5% | 25 | 31,3% |
| Inflamación | 8 | 10,0% | 16 | 20,0% |
| Trismus | 3 | 3,8% | 10 | 12,5% |
| Total | 29 | 36,3% | 51 | 63,8% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

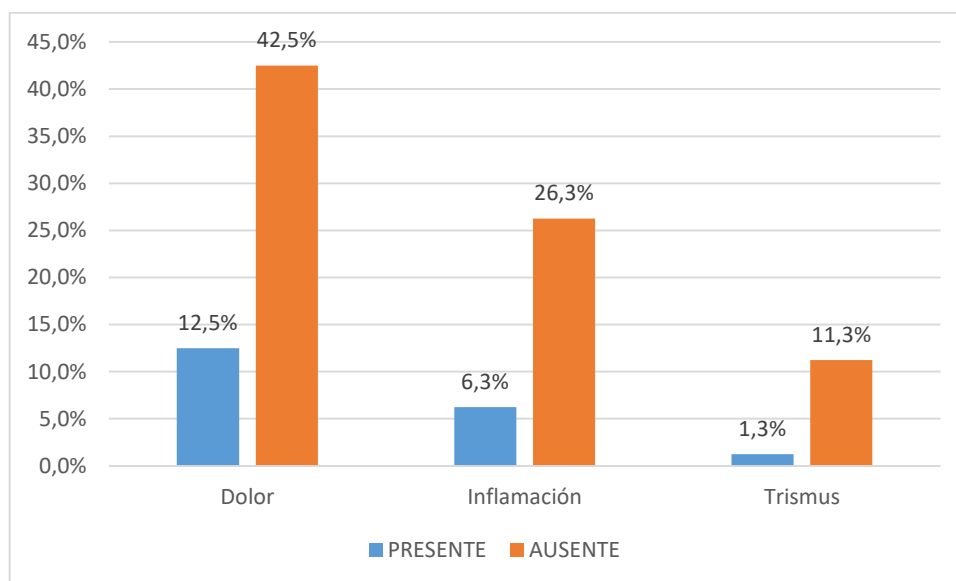


Gráfico 8. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 72 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 8, se describe la complicación postoperatoria a 72 horas en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 36,3% (29) presentan complicaciones de los cuales el 22,5% (18) tienen dolor, el 10% (8) tienen inflamación y el 3,8% (3) tienen trismus. Asimismo, el 63,8% (51) no presentan ningún tipo de complicación.

Tabla 9. Complicación postoperatorio a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Complicación postoperatoria a 7 días | Presente | | Ausente | |
|--------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | F | % | F | % |
| Dolor | 10 | 12,5% | 34 | 42,5% |
| Inflamación | 5 | 6,3% | 21 | 26,3% |
| Trismus | 1 | 1,3% | 9 | 11,3% |
| Total | 16 | 20,0% | 64 | 80,0% |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

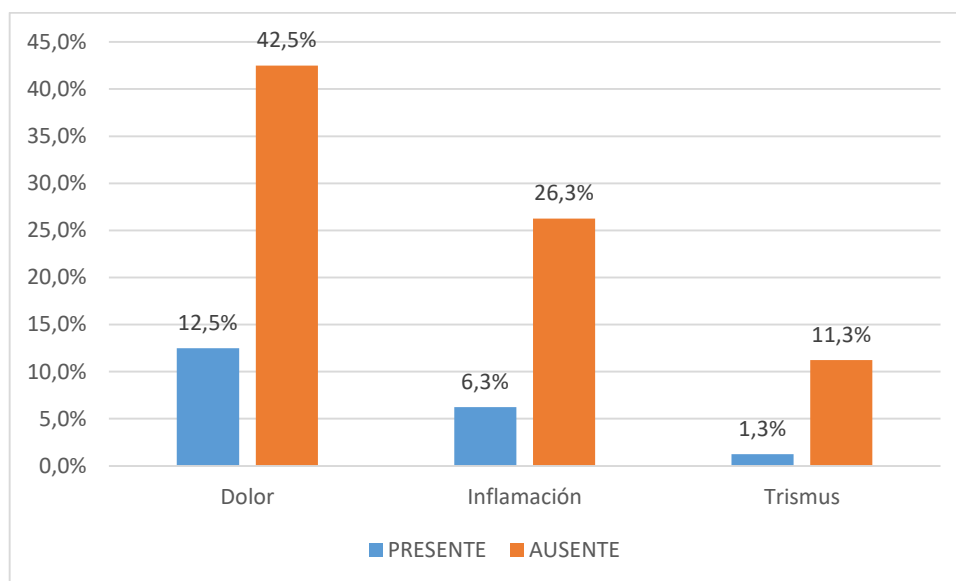


Gráfico 9. Representación gráfica de la complicación postoperatoria a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

Interpretación

En la tabla 9, se describe la complicación postoperatoria a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; encontrándose que del 100% (80) el 20% (16) presentan complicación de los cuales el 12,5% (10) tienen dolor, el 6,3% (5) tienen inflamación y el 1,3% (1) tienen trismus. Asimismo, el 80% (64) no presentan ningún tipo de complicación.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 10. Comparación de medias de presencia complicación postoperatorio a 7 días en pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo 2019

| Comparación de medias de complicación post operatoria | X | SD | p |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|
| Dolor | 2,84 | 5,96 | 0,04 |
| Inflamación | 2,24 | 6,26 | 1,21 |
| Trismus | 2,35 | 5,96 | 1,43 |

Fuente. Ficha de recolección de datos (anexo 2)

Interpretación

En la tabla 10, se describe la comparación de medias de las complicaciones postoperatorias de tercera molar en los pacientes atendidos en clínicas particulares de Huancayo; observándose una ($p=0,04$) con una $X=2,84$ y $SD=5,96$ en presencia de dolor. Del mismo modo, una $p=1,21$ $X=2,24$ y $SD=9,26$ en inflamación y finalmente $p=1,43$, $X=2,35$ y $SD=5,96$ en presencia de trismus. Por tal, se acepta la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio busca determinar cómo se manifiesta el dolor, inflamación y Trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas particulares- Huancayo 2019; encontrándose que a los 7 días post tratamiento muestra complicaciones de dolor con una $X=2,84$; $SD=5,96$ y una significancia de $p=0,04$.

Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia se hallan incluidos ⁽²⁵⁾, constituyendo un apartado importante de la patología odontológica, no sólo por su frecuencia y su variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan ⁽²⁶⁾ lo que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales ⁽²⁷⁾.

La extracción del tercer molar mandibular impactado es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en cirugía bucal y conlleva asociados dolor, tumefacción y trismo en el postoperatorio, que afectan la calidad de vida de los pacientes ⁽²⁸⁾.

En el postoperatorio de la extracción quirúrgica de los terceros molares impactados se produce dolor, tumefacción y trismo. Según los autores revisados existen muchos factores que influyen en el dolor: edad, sexo, ansiedad del paciente y la dificultad quirúrgica ⁽²⁹⁾.

El cuadro post operatorio de la cirugía de terceros molares es probablemente el más dramático de las intervenciones quirúrgicas odontológicas y que ha merecido y merece la atención de los cirujanos en controlar este cuadro. Durante muchos años se intentó controlar farmacológicamente los signos y síntomas post quirúrgicos, con medicación post intervención, consiguiendo mitigar dicho cuadro sin conseguir resultados que permitan al paciente continuar con su desarrollo social normal algunos días, ya que las molestias eran incapacitantes, por lo que el reposo de varios

días post exodoncia era necesario dificultando de esta manera las actividades laborales o domesticas de los pacientes ⁽³⁰⁾.

De acuerdo a los resultados encontrados en la investigación concuerda con Gay (26) quien refiere que se produce un grado variable de inflamación de la zona submaseterina y submaxilar; y Seymour ⁽³¹⁾ siendo que la inflamación va aumentando teniendo su punto máximo entre las 48-72 horas después de la intervención. Tras la cirugía del tercer molar inferior, si no existe ninguna complicación infecciosa, la inflamación disminuye, generalmente, a partir del tercer o cuarto día del postoperatorio ⁽³²⁾.

La inflamación tras la exodoncia del tercer molar inferior no encuentra un momento máximo bien definido, si bien en el caso del dolor la mayoría de los autores localizan su punto máximo en el día de la intervención, no aparece consenso para la inflamación postquirúrgica. Así, algunos autores coinciden en que la inflamación máxima sucede entre las 24-48 horas ⁽³³⁾ del postoperatorio y comienza a decrecer entre el segundo y quinto día, haciéndolo de manera progresiva. Por su parte, Borjnland y cols. ⁽³⁴⁾ verificaron un aumento del 5% de la inflamación el segundo y tercer día postoperatorio. Según Pollman ⁽³⁵⁾, la situación prequirúrgica de los tejidos no se alcanza hasta el décimo días tras la cirugía.

La inflamación y el dolor son dos signos clínicos que se manifiestan de forma paralela, íntimamente relacionados, y que obedecen a una misma fisiopatología. Se trata de un dolor postquirúrgico de tipo agudo, consecuencia de; la estimulación nociceptiva resultante de la agresión quirúrgica, la distensión ligamentosa, los espasmos musculares, las lesiones nerviosas y, en general, todas aquellas situaciones que tienen que ver con maniobras realizadas durante el acto operatorio. Se caracteriza por estar asociado a una tensión psíquica, tener unas connotaciones psicológicas importantes y ser autolimitado⁹⁵. Esta sensación va a tener una duración en el tiempo, no superando, por lo general, una semana y decayendo con el paso de los días hasta su desaparición ⁽³⁶⁾.

Tal y como comentamos al principio de las complicaciones postoperatorias, el tercer síntoma importante dentro de la tríada de complicaciones posquirúrgicas del tercer molar inferior es el trismus o dificultad para la apertura bucal, que constituye una abolición más o menos importante del movimiento de apertura mandibular que imposibilita la apertura de la boca ⁽³⁷⁾.

De acuerdo con la mayoría de los autores, el trismus o disminución de la apertura bucal aparece entre las 24-48 horas después de la intervención ⁽³⁸⁾. Sin embargo, otros trabajos indican que es a partir del tercer día cuando el trismus comienza a recuperarse ⁽³⁷⁾. Existe consenso al afirmar que el restablecimiento del trismus continúa después de la retirada de los puntos ⁽³⁸⁾.

CONCLUSIONES

Del presente estudio, se obtiene las siguientes conclusiones:

- La edad de pacientes en cirugía de tercera molar retenida en clínicas particulares de Huancayo; encontramos que el 77,5% (62) oscilan de 20 a 40 años, el 18,8% (15) tienen de 41 a 60 años y el 3,8% (3) de 61 a más años.
- En relación al sexo de los pacientes el 62,5% (50) son del sexo femenino y el 37,5% (30) son del sexo masculino.
- En relación a la retención dentaria de tercera molar en pacientes atendidos en clínicas particulares; encontramos que el 72,5% (58) presentan retención dentaria y el 27,5% (22) no presentan retención.
- En cuanto a la impactación dentaria de tercera molar el 25%(20) presentan impactación superior derecho e inferior izquierda y el 18,8% (15) presentan impactación inferior derecho.
- En cuanto a la clasificación de Winter en tercera molar el 31,3% (25) están en horizontal, el 22,5% (18) en posición distoangular y vertical, el 18,8% (15) en posición mesioangular y el 5% (4) invertida.
- En la complicación postoperatorio a 24 horas en pacientes atendidos el 67,5% (54) presentan complicaciones de las cuales el 40% (32) tienen dolor, el 15% (12) presentan inflamación y el 12,5% (10) trismus. Asimismo, el 32,5% (26) no presentan ningún tipo de complicación.
- Asimismo, en la complicación postoperatorio a 48 horas el 52,5% (42) presentan complicaciones de los cuales el 30% (24) tienen dolor, el 12,5% (10) tienen inflamación y el 10% (8) trismus. Asimismo, el 47,5% (38) no presentan ningún tipo de complicación.
- En la complicación postoperatorio a 72 horas el 36,3% (29) presentan complicaciones de los cuales el 22,5% (18) tienen dolor, el 10% (8) tienen

inflamación y el 3,8% (3) tienen trismus. Asimismo, el 63,8% (51) no presentan ningún tipo de complicación.

- Finalmente, a los 7 días de realizado la postoperación el 12,5% (10) tienen dolor, el 6,3% (5) tienen inflamación y el 1,3% (1) tienen trismus. Asimismo, el 80% (64) no presentan ningún tipo de complicación.
- Realizada la comparación de media se acepta la hipótesis de investigación observándose una ($p=0,04$) con una $X=2,84$ y $SD=5,96$ en presencia de complicaciones

RECOMENDACIONES

- Recomendar la investigación basada en la evidencia científica sobre los riesgos de la extracción profiláctica de terceros molares y aplicarlos a la práctica odontológica.
- Divulgar información sobre la falta de necesidad y los riesgos inherentes a la extracción profiláctica de terceros molares en consonancia con su dedicación a mejorar la cultura sanitaria de la población, y su consiguiente capacidad para tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud.
- A los profesionales de la salud recomendar tener un buen diagnóstico para la extracción de los cuatro terceros molares, preferiblemente durante la adolescencia, para así minimizar las complicaciones pos extracción como dolor e infección.
- Que la indicación de extracción de los terceros molares debe ser equivalente a las del resto de los dientes. Deben estar basadas en una evidencia diagnóstica de patología o una necesidad demostrable. Se opone a la extracción profiláctica indiscriminada de los terceros molares que conlleva un coste excesivo al individuo y a la sociedad, una innecesaria morbilidad y el riesgo de lesiones permanentes también concluir que en algunos casos es el bienestar del paciente cuando si solo se extraen los terceros molares con patologías ya de los terceros molares retenidos desarrollará posteriormente patología como quistes y tumores odontógenos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz JA, Alejos E, Berini L, Gay C. Analgesia preventiva en cirugía bucal; 2003.
2. Savage MG, Henry MA. agentes anti inflamatorios preoperatorios. Med Oral Pathol Oral Radiol. 2004.
3. Manso FJ, Calatayud J, Carrillo J, Barberia E, Zaragoza J. Ansiedad, inflamación y duración de la intervención ¿existe una interrelación? Av odontoestomatol. 1989.
4. Herrera I. Frecuencia y clasificación de terceras molares retenidas, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad. Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquin. 2001.
5. Hernandez L, Raimundo E. Prevalencia de terceras molares retenidos en estudiantes yemenitas de IBB. Republica de Yemen. 2007.
6. Campos E. Su salud Bucal. Tercer molar. 2007.
7. Arellano J. Estudio comparativo de la posición de los molares de terceros molares según la clasificación de Pell & Gregory y Winter. Universidad de San Francisco de Quito. 2015.
8. Haydar M, Shelly A, Myint W. Índice de prevalencia y dificultad asociado con el 3er impacto molar mandibular entre etnias de malasia: un estudio clinico radiografico. J Clin Diagnostico Res. 2015.
9. Khanal P, Dixit S, Singh R, Dixit P. Índice de dificultad en la extracción de terceros molares mandibulares impactados y sus complicaciones postoperatorios. Nepal Med Coll J. 2014.
10. Monge Castro LN. Complicaciones causadas por terceras molares en proceso de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad del area de cirugía. Facultad de odontología de la Universidad del Salvador. 2012.
11. Arias Montoya SS. Grado de dificultad quirurgica de terceras molares inferiores según el índice de Koerner de pacientes atendidos en la clinica estomatologica. Universidad Señor de Sipan. 2015.

12. Tirado J. Posición mas frecuente de terceras molares mandibulares según la clasificación de Pell y Gregory con relación al factor de genero en el Hospital Central FAP. 2015.
13. Palacios M. 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. Universidad Peruana de Ciencias aplicadas. 2014.
14. Donado Rodriguez M. Cirugia Bucal. Patologia tecnica. 1998.
15. Cho H, Jung HD, Kim BJ, Jung YS. Tasas de complicaciones en pacientes que usan esponjas de colageno absorbibles en la extracción del tercer molar. .
16. Orellana MA. Manejo adecuado del dolor en cirugia bucal. Facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela. 2013.
17. Salvaje MG, Henry MA. Agentes antiinflamatorios no esteroideos preoperatorios: revisión de la lietratura. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2004.
18. Allen LS, Grover AB. Una comparación de naproxeno sodico preoperatorio y posoperatorio para la supresión del dolor postoperatorio. J Oral Maxilofac Surg. 1998.
19. Ustrell JM. Historia de la odontologia. Barcelona: Editorial UB. 1997.
20. Lopez Sanchez J. Ciencia y medicna; historia de la medicina. Editorial Cientifico-Tecnico. 1986.
21. Gay Escoda C. Fuentes de la cirugia bucal y maxilofacial. Grafica signo. 1998.
22. Guthrie D. Historia de la medicina. Barcelona; Salvat Editores. 1967.
23. Barrios Z, Salas M. Tratamientos prótesicos en dentición primaria. Rev. Odont de los Andes. 2006; 1(2).
24. Diaz Ugás MA. Prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años atendidos en la clinica odontologica de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina; 2013.

25. Archer WH. Cirugia oral y maxilofacial. 5ta ed. Filadelfia: WB Saunders. 1975.
26. Gay C, Berini L. Cirugia bucal. 1ºed. Madrid: Ediciones Ergon S.A. 1999.
27. Mercier P, Precious D. Riesgos y beneficios de la extracción de terceros molares impactados.. Una revisión critica de la literatura. J Oral Maxillofac Surg. 1992.
28. Savin J, Ogden GR. Cirugia de tercer molar. un informe preliminar sobre aspectos que afectan la calidad de vida en el post operatorio temprano. Br J Oral Maxillofac Surg. 1997.
29. Lombardia E, Gonzales M, Junquera LM, Gener M. Estudio del dolor postoperatorio habido tras la extracción de terceros molares inferiores. Rev. Esp Cirug Oral y Maxilofacial. 1989.
30. Prieto I, Prieto Fenech A, Bascones A. Corticoesteroides y cirugía del tercer molar inferior.. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. 2005; 21(5).
31. Seymour R, Meechan JG, Blair GS. Una investigación sobre el dolor postoperatorio después de la cirugía del tercer molar bajo analgesia local. Fr. J Oral Maxillofac Surg. 1985.
32. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. 2º Ed. Barcelona: Masson. 1998.
33. Jackson DL, Moore PA, Magreares Kk. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos preoperatorios para la prevención del dolor dental postoperatorio. J Am Dent Assoc. 1989.
34. Bjornland T, Haanaes HR, Lind PO. Eliminación de gérmenes de terceros molares. Estudio de complicaciones. Int J Oral Maxillofac Surg. 1987.
35. Pollmann L. Seguimiento a largo plazo de la inflamación postoperatoria. Int J Oral Maxillofac Surg. 1983.
36. Algobera MA. Valoración clínico-microbiológica de la terapéutica antibiótica en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido. 1996.

37. Gallas M. Valoración de la relación entre el estrés quirúrgico y el trismus en la exodoncia del tercer molar retenido. Universidad de Santiago de Compostela. 1997.
38. Diez Bosch JJ, Van Gool AV. La interrelación de las quejas postoperatorias después de la extracción del tercer molar mandibular.. Int J Oral Surg. 1977.
39. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Caries dental: la enfermedad y su manejo clínico. ed Wiley - Blackwell. 2015.
40. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Carga global de caries no tratadas: una revisión sistemática y matarregresión. J Dent Res. 2015; 94(5).

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Manzanedo W. Dolor, inflamación y trismus en cirugía de tercera molar retenida de pacientes atendidos en clínicas particulares, Huancayo 2019 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado].
Disponibile en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°....., accedo a participar en este estudio DOLOR, INFLACIÓN Y TRISMUS EN CIRUGÍA DE TERCERA MOLAR RETENIDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN CLÍNICAS PARTICULARES HUANCAYO 2019, para lo cual seré informada de todo el procedimiento.

Los datos obtenidos en el presente estudio, se mantendrán en total confidencialidad, y no se registrará mi nombre en la encuesta.

La participación en este estudio no significa ningún riesgo ni incomodidad, ya que es un estudio no invasivo.

_____ - - - - -
Firma Investigador Firma Paciente
DNI DNI

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Dña. ORTEGA BUITRÓN MARIBEL ROSAÑA
 Institución donde labora: UBH
 Instrumento motivo de evaluación: VALIDACION DE INSTRUMENTO
 Autor del Instrumento: C.B. WILBER MANZANO CARBAL
 Aspecto de validación: CUestionario

| CRITERIOS | | DEFICIENTE | | | | BAJA | | | | REGULAR | | | | BUENA | | | | MUY BUENA | | | | TP |
|-----------|---------------------------------------------------------|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|----|
| | | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| VALIDEZ | Esta formulado con lenguajes apropiado | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| VALIDEZ | Esta expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| VALIDEZ | Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnología | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| VALIDEZ | Esta organizado en forma lógica | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| VALIDEZ | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| VALIDEZ | Es adecuado para valorar la inteligencia emocional | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| VALIDEZ | Esta basado en aspectos técnicos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |
| VALIDEZ | Entre las variables indicadores y los nem: | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| VALIDEZ | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| VALIDEZ | El inventario es aplicable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Opinión de Aplicabilidad:

Favorable

Promedio de Valoración: 86

Fecha: 16/08/2019

| |
|----------------------|
| DOCTOR |
| CIENCIAS DE LA SALUD |
| 43107651 |


 Dra. Maribel R. Ortega Buitron
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 23007
 Firma del Experto

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: M^g CARMEN POHA MEDINO
 Institución donde labora: UJA
 Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
 Autor del Instrumento: CD. WILDER HANZANEDO CARBATAL
 Aspecto de validación: CUESTIONARIO

| CRITERIOS | DESCRIPCIÓN | DEFICIENTE | | | BAJA | | | REGULAR | | | BUENA | | | MUY BUENA | | | TP | | | | |
|--------------------|---------------------------------------------------------|------------|----|----|------|----|----|---------|----|----|-------|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | | 80 | 85 | 90 | 95 |
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguajes apropiados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ACTUALIZACIÓN | Está adecuado al avance de la ciencia y tecnología | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Está organizado en forma lógica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Es adecuado para valorar la inteligencia emocional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Está basado en aspectos teóricos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre las variables indicadores y los ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | El inventario es aplicable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Opinión de Aplicabilidad: _____

FAVORABLE

Promedio de Valoración: 86

Fecha: 17/08/2019

| | |
|-----------------|----------------------------------------|
| Grado académico | <u>Mg. CD Carmen Poha Medina</u> |
| Mención | <u>Salud Pública y Cost. Sanitaria</u> |
| DNI | <u>41555026</u> |



Firma del Experto

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Mg. WILDER REQUEZ ROBLES
 Institución donde labora: U.N.H.
 Instrumento motivo de evaluación: VALIDACION DE INSTRUMENTO
 Autor del Instrumento: C.D. WILDER MANZANEO CARBAJAL
 Aspecto de validación: CUESTIONARIO


| CRITERIOS | DEFICIENTE BAJA | | | | | REGULAR | | | | | BUENA | | | | | MUY BUENA | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------|---|---|---|----|-------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|--|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | |
| ACTUALIDAD | Esta formulación del instrumento responde a las necesidades de la práctica profesional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBJETIVIDAD | Esta instrumentación mide las conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTUALIZACIÓN | Esta instrumentación responde a los avances de la ciencia y tecnología | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORGANIZACIÓN | Esta instrumentación está organizada en forma lógica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTENCIONALIDAD | El instrumento está elaborado para valorar la competencia profesional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSISTENCIA | Esta instrumentación está basada en aspectos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONFIABILIDAD | Entre sus variables indicadores los items | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA | La instrumentación responde al propósito de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALIDACIÓN | El instrumento es válido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Opinión de Aplicabilidad: FAVORABLE

Promedio de Valoración: 86

Fecha: 17/08/2019

Registro
 en
MAGISTER
ODONTOESTOMATOLOGIA


 C.D. WILDER REQUEZ ROBLES
 Maestro en Odontología
 DOP 17872
 Firma del Experto

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombres y apellidos:

HC:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Examinador:

ESTUDIO PREOPERATORIO

1. Nombre y número de pieza dental:
2. Técnica radiográfica estudiada:
3. Posición del tercer molar inferior según la clasificación de Pell y

Gregory:

| Número de pieza dental | Clasificación de Winter | | | | |
|------------------------|-------------------------|--------------|------------|----------|-----------|
| | Mesioangular | Distoangular | Horizontal | Vertical | Invertido |
| | | | | | |

ESTUDIO POSTOPERATORIO

4. Complicaciones pos operatorias

| Complicaciones postoperatorias | 24 horas | | 48 horas | | 72 horas | | 7 días | |
|--------------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| | Presente | Ausente | Presente | Ausente | Presente | Ausente | Presente | Ausente |
| Dolor | | | | | | | | |
| Inflamación | | | | | | | | |
| Trismus | | | | | | | | |

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | METODOLOGÍA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ¿Cómo se manifiesta el dolor, inflamación y trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares- Huancayo 2019? | OBJETIVO GENERAL | <p>Hi. El dolor, inflamación y trismus se manifiesta en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares- Huancayo 2019.</p> <p>Ho. El dolor, inflamación y trismus no se manifiesta en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares- Huancayo 2019.</p> | ENFOQUE |
| | Determinar cómo se manifiesta el dolor, inflamación y trismus en cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas particulares- Huancayo 2019 | | La presente investigación es de enfoque cuantitativo, |
| | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | | ALCANCE O NIVEL |
| | Oe.01. Identificar el dolor relacionado a la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019. | | La presente investigación es descriptiva |
| Oe.02. Describir la inflamación relacionado en la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019. | | DISEÑO | |
| Oe.03. Conocer el trismus relacionado a la cirugía de Tercera Molar retenida de pacientes atendidos en Clínicas Particulares Huancayo 2019. | | El presente estudio usó el diseño correlacional. | |