



Universidad Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

TESIS

**“INCISION TIPO BOLSA E INCISION TRIANGULAR Y SU EFECTO
POSTOPERATORIO EN EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES
RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT
WIENER, LIMA 2016 _ 2017”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

Bachiller: CANALES RAMOS, MIGUEL ANGEL.

**LIMA – PERÚ
2020**

Dedicatoria

Esta Tesis está dedicada a mi Familia, ya que gracias a ellos pude hacer posible este gran sueño de ser un Cirujano Dentista.

Agradecimiento

Al Dr. Jimmy Ascanoa Olazo y a los doctores que estuvieron conmigo del primer al décimo ciclo, ya que con su gran conocimiento me guiaron en esta carrera tan hermosa de la Odontología.

Asesor de tesis

ASESOR: Mg ASCANOA OLAZO, JIMMY

Jurado

Presidente: Dr. CD. Esp. Quiñones Lozano, José Duarte
Secretario: Mg. CD. Esp. Marroquín García, Lorenzo Enrique
Vocal: Mg.CD. Jaime Okumura Roberto

ÍNDICE

ÍNDICE	
SUMMARY	11
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Justificación	16
1.4. Objetivo	17
1.4.1. General	17
1.4.2 Específicos	17
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Base teórica.....	28
2.4. Hipótesis	54
2.5. Variables e indicadores.....	55
2.5.1 Definición operacional de términos	57
3. CAPITULO III. DISEÑO Y MÉTODO	58
3.1. Tipo de investigación.....	59
3.2. Población y muestra	59
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
3.4. Procesamiento y análisis de datos	62
3.5. Aspectos éticos	63
4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
4.2. Discusión.....	72
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1. Conclusiones	78
5.2. Recomendaciones	80
ANEXOS.....	6
ANEXO 1. CARTA DE PRESENTACION PARA RECOLECTAR DATOS.....	87
ANEXO 2. SOLICITUD PARA INGRESO A LA INSTITUCION PARA RECOLECTAR DATOS.....	88

ANEXO 3. AUTORIZACION PARA RECOLECTAR DATOS.....	88
ANEXO 4. DATOS GENERALES DE LA FICHA DE RECOLECCION.....	89
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO 6. EVIDENCIA.....	94

INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

Gráfico 1: Distribución de la muestra con respecto al género por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	65
Gráfico 2: Distribución de la muestra con respecto al trismus con la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017.....	69
Gráfico 3: Distribución de la muestra con respecto a edema con la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017.....	71
Tabla 1: Distribución de la muestra con respecto al género por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	65
Tabla 2: Estadísticos de la edad de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017.....	66
Tabla 3: Medición de la apertura bucal antes de la cirugía y al séptimo día después de la cirugía.....	66
Tabla 4: Estadísticos variación de la apertura bucal en los pacientes atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	67
Tabla 5: Mediciones de puntos anatómicos de la cara antes de la cirugía y al séptimo día.....	67
Tabla 6: Estadísticos del edema en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	68

Tabla 7: Prueba de Shapiro Wilk para el trismus de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017.....	68
Tabla 8: Prueba de T de Student independiente para el trismus de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016-2017.....	69
Tabla 9: Prueba de Shapiro Wilk para el edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	70
Tabla 10: Prueba de Shapiro Wilk para el logaritmo de edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.....	70
Tabla 11: Prueba de T de Student independiente para el Logaritmo del edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017.....	71

RESUMEN

La finalidad de esta investigación fue la de comparar el efecto postoperatorio (edema, trismus) en exodoncia de terceros molares inferiores retenidos entre la incisión tipo bolsa e incisión triangular, también determinar el edema y trismus postoperatorio al séptimo día de realizada la exodoncia. El estudio desarrollado "in situ" fue de tipo observacional, longitudinal, prospectivo, comparativo. Se analizaron a 30 pacientes que fueron a la clínica de la Universidad Privada Norbert Wiener, se dividió en dos grupos de 15 pacientes donde se realizaron las incisiones. Para esta investigación el primer paso fue hacer las mediciones antes del acto quirúrgico, luego se procedió a observar la exodoncia propiamente dicha, incluyendo el cierre de la herida mediante la sutura, luego se citó al paciente 7 días posteriores al acto quirúrgico para el retiro de puntos y las mediciones finales. La investigación arrojó como resultados; para determinar la diferencia de trismus entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular, se realizó la prueba T de students para muestras independientes, donde se observó que las medias fueron diferentes y el valor de p fue de 0.086, siendo este valor mayor al α ; para determinar la diferencia en edema entre los 2 tipos de incisiones al séptimo día de la cirugía, se realizó la prueba paramétrica de T de student, para las medias diferentes donde valor de p fue 0.182, el valor de p fue mayor al α , es por ello que se determinó que no existe diferencias estadísticamente significativas en edema y trismus entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular. Concluyendo así que no existe diferencias en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares inferiores retenidos, entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular.

Palabras claves: Exodoncia de terceros molares, efectos postoperatorios, incisión tipo bolsa, incisión triangular, edema, trismus.

SUMMARY

The purpose of this research was to compare the postoperative effect (edema, trismus) in extraction of retained lower third molars between the bag-type incision and the triangular incision, as well as to determine the postoperative edema and trismus on the seventh day after the extraction. The study developed "in situ" was observational, longitudinal, prospective, comparative. 30 patients who attended the Norbert Wiener Private University clinic were analyzed, divided into two groups of 15 patients where the incisions were made. For this study, the first step was to make the measurements before the surgical act, then the extraction itself was observed, including the closure of the wound by suturing, then the patient was summoned 7 days after the surgical act to remove the points and final measurements. The results obtained in the study, to determine the difference in trismus between the bag-type incision and the triangular incision, the students' T test was used for independent samples, where it was observed that the means were different and the p value was 0.086 , this value being greater than α ; To determine the difference in edema between the 2 types of incisions on the seventh day after surgery, the parametric student's T test was performed, for different means

where p value was 0.182, as the p value is greater than α , Therefore, it was determined that there are no statistically significant differences in edema and trismus between the bag-type incision and the triangular incision. Thus, concluding that there are no differences in the postoperative effect of retained lower third molar extractions between the bag-type incision and the triangular incision.

Key words: Third molar tooth extraction, postoperative effects, bag incision, triangular incision, edema, trismus.

1. CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La erupción de los dientes temporales y permanentes tienen un proceso establecido y determinado en intervalos de tiempo, si se da el caso de un retraso o demora en su erupción entonces se debe investigar cuales son las posibles causas que la originan, estos son llamados dientes retenidos. Las piezas dentales que presentan mayor frecuencia de retención son los terceros molares inferiores o muelas del juicio, ya sea por distintos factores mecánicos, embriológicos o generales; estas retenciones se presentan de 2 formas: intraoseo, cuando la pieza dental está cubierta completamente por hueso y subgingival cuando el diente está cubierto por mucosa gingival. (2)

El tercer molar inferior o cordal es la estructura dental con un alto valor porcentual de inclusión o retención con un 35% y solo en un 20% se observa una correcta erupción; esto condiciona al dentista a plantear un tratamiento idóneo para el caso. (29).

Las exodoncias de los terceros molares inferiores en la actualidad son uno de las cirugías regular en la práctica odontológica diaria, ya sea por infección, dolor, por necesidades ortodónticas u/o protésicas y medidas profilácticas. La intervención quirúrgica es complicada por las características anatómicas de la zona mandibular, es por ello que se debe realizar una adecuada técnica quirúrgica lo más cuidadosa posible; sin embargo, siempre existe la posibilidad de complicaciones tanto transoperatorios como postoperatorios, es ahí donde cobra gran importancia la incisión y el diseño del colgajo para reducir estas consecuencias. (3)

“La incisión tipo bolsa es una incisión que empieza en área retromolar y en lugar de realizarse la incisión vertical, se hace el despegamiento de la papila entre el primer y

segundo molar. Este colgajo casi siempre es suficiente para la remoción de estos dientes, pero si hubiera necesidad de un mayor relajamiento, esto se puede obtener extendiendo la incisión hacia una papila más anterior - entre el segundo premolar y el primer molar” (17). “La incisión triangular se obtiene con una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival (sulcular), unida a una sola incisión vertical de descarga oblicua a la primera, que va desde el surco gingival hasta el fondo del vestíbulo. Esta incisión de relajación se hace como mínimo un diente por delante del área quirúrgica deseada. Así la sutura se efectuará sobre hueso sano” (5).

Suele presentarse complicaciones luego de dicho tratamiento como son; edema, trismus y dolor postoperatorio (4). El edema y trismus post exodoncias de terceros molares retenidos es una consecuencia muy común y su grado o punto más alto sucede entre las 24 y 48h después de la intervención, con el pasar de los días su proceso va cediendo, el cual dura de 5 a 7 días en situaciones habituales. (7).

En este trabajo se analizó cuál de las incisiones (tipo bolsa o triangular) ofrece mejores resultados en la disminución de los efectos postoperatorios (edema y trismus) en exodoncias de terceros molares inferiores retenidos.

1.2. Formulación del problema

¿Existe diferencias entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017?

1.3. Justificación

El postoperatorio de pacientes que se les realiza una exodoncia de terceros molares inferiores retenidos se ha convertido en una de las principales molestias para el paciente y para el profesional. Siendo los más frecuentes el edema y trismus; se cree que uno de los factores principales es el tipo de incisión y el diseño del colgajo, como también la técnica de sutura.

En el ámbito de la odontología se está estudiando nuevas alternativas de tratamiento, con el fin de darle mayor comodidad tanto al paciente como al cirujano dentista. Desde tiempos remotos se ha destacado a la cirugía de los terceros molares inferiores retenidos como un procedimiento quirúrgico muy complejo y delicado, por la gran cantidad de efectos postoperatorios que se pueden producir, hasta la actualidad no se ha podido obtener una técnica que reduzca totalmente las complicaciones postoperatorias, ya que siguen siendo muy recurrentes.

La importancia de esta investigación radica en poder identificar cuáles son las diferencias existentes entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular referente a los terceros molares retenidos en sus efectos postoperatorios, ya que se conoce que la incisión tipo bolsa es menos traumática y que incisión triangular nos da mejor

visibilidad; estas alternativas nos ayudara a encontrar un mejor manejo de los efectos postoperatorio, además esta investigación servirá para que futuros investigadores profundicen más en el tema y así tener un conocimiento más amplio, con la finalidad de determinar y recomendar cuál de las 2 incisiones ofrecen mejores resultados en el efecto post operatorio de los terceros molares retenidos.

1.4. Objetivo

1.4.1. General

Determinar la diferencia entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.

1.4.2 Específicos

- Determinar las mediciones de los puntos anatómicas de la cara antes de la exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.
- Determinar el edema postoperatorio de la incisión tipo bolsa al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.

- Determinar el edema postoperatorio de la incisión triangular al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.
- Determinar la medición de la apertura bucal antes de la exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.
- Determinar el trismus en la incisión tipo bolsa al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.
- Determinar el trismus en la incisión triangular al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.
- Determinar según género, la diferencia entre la incisión tipo bolsa e la incisión triangular en edema y trismus al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.

2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- Paladines M. (2018) En Quito – Ecuador, realizó un estudio con el objetivo de evaluar la inflamación y cicatrización de dos técnicas quirúrgicas de colgajo: triangular y bayoneta utilizadas en la extracción de terceros molares incluidos, en pacientes de ambos géneros entre 17 y 21 años, que fueron a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas. Estudio fue comparativo de tipo descriptivo y observacional.

La muestra total fue de 60 pacientes de los cuales se seleccionaron a 20 de ellos, los cuales cumplieron con los requisitos establecidos. Obteniendo como resultados que existe diferencias significativas en la inflamación entre el colgajo triangular y el colgajo bayoneta con un 0.2475 y 0.3075 respectivamente, ya que del 100% de los participantes el 45% obtuvo menor inflamación con la técnica triangular y el 55% mostro mayor inflamación con la técnica bayoneta. En tanto el análisis de la inflamación según género arrojó que el género femenino obtuvo un 42% y el género masculino un 58%.

Concluyendo que, en el estudio realizado según género, la que presento menos inflamación fue el femenino en comparación con el masculino y referente al colgajo; la técnica triangular es la que presento menos inflamación y mejor cicatrización, tanto en el grupo de pacientes de 18 y 19 años como los 20 y 21 años.

- Arce D. (2018) En Lima – Perú, realizó una investigación con el objetivo de determinar el efecto inflamatorio clínico entre la técnica de colgajo triangular y la técnica de colgajo lineal post exodoncia de terceros molares inferiores retenidos en pacientes jóvenes que fueron al servicio de cirugía buco maxilofacial del hospital central militar, 2017. Diseño tipo cualitativo, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal, de tipo cuasi experimental. El grupo evaluado estuvo conformado por un total de 50 pacientes, (25 para cada una de las técnicas) con edades de 18 a 29 años. Se realizó una evolución de la inflamación antes de la cirugía a las 48 horas y a las 168 horas después de la cirugía. Para medir la inflamación, midió los puntos anatómicos que va desde la comisura del labio al tragus de la oreja, utilizando una cinta métrica de 20cm., la cual este dividida en milímetros, fue la misma cinta métrica para todos los pacientes. Obteniendo como resultados para el colgajo triangular en post operatorio obteniendo los mayores porcentajes en inmediato normal en leve (72%), a las 48 horas regular (64%), a las 168 horas leve (48%), A lo que se refiere al colgajo lineal post operatorio inmediato, leve (72%), a las 48 horas leve (56%), a las 168 horas leve (76%). Existen diferencias entre ambos colgajos al 2do y 7mo día.

Concluyendo así que, al emplear un colgajo lineal, durante la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos, es favorable por que disminuye el efecto inflamatorio post-operatorio 48,168 horas después de la exodoncia; en comparación con el colgajo triangular. (37)

- Arindra K. *et al.* (2018). En Yogyakarta - Indonesia, realizaron una investigación con el objetivo de comparar el colgajo triangular modificado (triangular inverso) con el colgajo triangular y envolvente en las complicaciones postoperatorias mediante las mediciones de la hinchazón o inflamación posquirúrgica, el trismus, la escala del dolor, la dehiscencia de la herida y la aparición de osteítis alveolar. Diseño del estudio utilizando un ensayo clínico aleatorizado simple ciego. Cada grupo de tratamiento consistió en 10 pacientes. Se realizó una evaluación los días 1, 7 y 14 después de la cirugía. La hinchazón se midió utilizando diferentes puntos anatómicos y el trismus se midió utilizando la distancia de apertura interincisal. La aparición de dehiscencia se midió a partir del ancho de la línea de incisión. Se observó osteítis alveolar y escala de dolor. Todos los pacientes fueron controlados los días 1, 7 y 14 después de la cirugía. Obteniendo los resultados de ANOVA unidireccional ($p > 0.05$) muestran que no hubo diferencia entre los grupos de tratamiento tanto para la inflamación como para la apertura de la boca, pero hubo una diferencia entre los grupos de tratamiento para la dehiscencia en los días 7 y 14. La prueba muestra que la envoltura de la aleta difiere del otro diseño de la aleta, mientras que la aleta inversa triangular y triangular envolvente no mostró diferencias. Los resultados de la prueba de Friedman ($p > 0.05$) no mostraron diferencias en el puntaje VAS. No hubo osteítis alveolar en cada grupo de tratamiento durante el control postoperatorio. La prueba de Kruskal Wallis ($p > 0.05$) mostró que no hubo diferencia en la puntuación VAS entre el grupo de tratamiento durante el control postoperatorio. Concluyendo así en que el diseño triangular del colgajo inverso

puede disminuir la aparición de efectos post exodoncias después de la cirugía del tercer molar mandibular (25).

- Cima A. (2017) En Córdoba - Argentina, realizó una investigación con el objetivo de evaluar una variante quirúrgica de incisión para la exodoncia de los terceros molares inferiores retenidos por la amplitud de accesibilidad que brinda. Estudio realizado fue unicéntrico y prospectivo, ensayo clínico aleatorizado controlado en pacientes masculinos y femeninos con rango de edades entre 18 a 25 años según protocolo establecido por Journal of the American Medical Association. Donde compararon la incisión de Winter frente a una variante desplazada hacia lingual analizando los variables inflamación, dolor y sensibilidad del nervio lingual.

El tamaño muestral fue de 30 pacientes en cada grupo con terceros molares inferiores retenidos y semi retenidos en posición vertical, mesioangular de la clasificación de Winter y clase I, II, III posición A, B y C de Pell Gregory, distribuidos en 18 casos de prueba en la población femenina que constituye en un 30% y 12 pacientes masculinos que equivale en 20% de la muestra. Los casos controles se distribuye en 19 pacientes femeninos que constituyen un 32% y 11 pacientes que constituye 18%. Obteniendo como resultados que existe diferencias estadísticamente significativas entre la incisión de Winter y la nueva variante desplazada hacia lingual respecto a la inflamación donde esta última ofrece mejores resultados. Sin embargo, referente al dolor no existe

diferencias estadísticamente significativas entre una u otra incisión, en lo que se refiere al género el femenino tiene mayor inflamación que los del género masculino.

Concluyendo así que la incisión desplazada hacia lingual obtuvo resultados favorables en lo que a inflamación se refiere, ya que no involucran planos musculares, por ello la disminución de complicaciones. (20)

- Huangal M. (2016) En Trujillo - Perú, realizó un estudio con el objetivo de comparar las complicaciones posoperatorias del colgajo Bolsillo frente al colgajo Semi - Newman en cirugía de terceros molares inferiores. Estudio fue prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental, cual se desarrolló en el Centro Quirúrgico de la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego que incluyó un total de 30 pacientes con un rango de edad de 18 a 35 años de ambos sexos. Las variables que utilizó fueron; edema, trismus y dolor postoperatorio los cuales se analizaron a las 24 y 72 horas después de realizado la cirugía. Obteniendo como resultados que hubo diferencias significativas a las 24 y 72 horas en edema, trismus y dolor donde el porcentaje del colgajo bolsillo fue menor en las 3 variables estudiadas en comparación con el colgajo semi – Newman. Concluyendo así que existe diferencia estadísticamente significativa al comparar el colgajo Bolsillo con colgajo Semi – Newman, según trismus a las 24 y 72 horas, dolor a las 24 horas y 72 horas; y edema a las 24 y 72 horas, donde el colgajo Bolsillo ofrece mejores resultados en la complicación postoperatorio. (38)

- Desai A. *et al.* (2014) En Gujarat - India, realizaron un estudio con el objetivo de investigar la influencia del colgajo en la visibilidad y la accesibilidad mientras se dé la exodoncia del tercer molar impactado y la formación de hematomas o inflamación, la apertura de la herida y la curación del colgajo después de la operación. Estudio fue comparativo, prospectivo, aleatorizado incluyó 30 pacientes con terceros molares mandibulares impactados. Se usaron dos diseños de solapa, la solapa del sobre (incisión de Koerner) y la 'solapa triangular' (incisión de Ward). Después de 7 días, se retiraron las suturas y se evaluó el estado de la herida, la salud periodontal y el progreso de la curación. Los pacientes fueron seguidos durante 15 días para juzgar la incidencia de complicaciones postoperatorias en ambos grupos. Obteniendo como resultados donde se obtuvo que no hubo diferencias estadísticamente significativas en lo que, a la edad, visibilidad, sangrado, cicatrización se refiere, ya que $p > 0.05$. Sin embargo, si hubo diferencias estadísticamente significativas en hematomas o inflamación, herida abierta donde $p < 0.05$, donde en el grupo de incisión sobre de Koerner ofrece mejores resultados en comparación de la incisión triangular de Ward.

Concluyendo así que la incisión sobre de Koerner es mejor en términos de curación y complicaciones postoperatorios en comparación a la incisión triangular Ward, teniendo así la ventaja que se adapta mejor a los márgenes gingivales, no forma bolsas ni lesiones de venas faciales. La incisión triangular de Ward tiene la ventaja de tener mejor accesibilidad y visibilidad. (21)

- Arteaga C. (2013) En Lima – Perú, realizó una investigación con el objetivo de “determinar el efecto clínico y sus consecuencias post quirúrgicas del colgajo mixto comparado al colgajo de espesor total, sobre el tejido blando del segundo molar adyacente después de la cirugía del tercer molar”. El estudio fue de tipo cuasi experimental; longitudinal y prospectivo. Los pacientes fueron catalogados en un rango de 16 a 35 años de edad conformados por ambos sexos. La muestra estuvo conformada por 50 terceros molares inferiores. Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia. Obteniendo como resultados al analizar la reacción inflamatoria en el tercer y séptimo día, se encontró diferencias estadísticamente significativas donde la técnica de colgajo de espesor mixto ofreció mejores resultados en comparación con la técnica de colgajo a espesor total. A diferencia del treintavo día que no se observó diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la apertura bucal existen diferencias estadísticamente significativas al tercer y séptimo día donde la técnica de colgajo a espesor mixto es favorable en comparación con la de espesor total, pero al treintavo día no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Concluyendo así que la reacción inflamatoria (edema) y la apertura bucal al tercer y séptimo día post exodoncia para los pacientes que se les realizó la técnica de colgajo a espesor mixto fue mejor y muy favorables en comparación

a los que se les realizó la técnica de espesor total; sin embargo, al treintavo día no se observó diferencias significativas (4).

2.2. Base teórica

2.2.1 Terceros molares:

Los terceros molares, también llamados “muela del juicio”, “cordal”, “muela de la prudencia” o “muela de la discreción”, se le denomina así porque coincide con la etapa en que la persona ya es consciente y responsable de sus actos, por ende, de sus juicios. La edad promedio para que empiece erupcionar el tercer molar es a los 17 años y suele terminar a los 20 años; sin embargo, en algunos casos suele durar hasta los 25 años. (11)

Mientras se desarrollan los terceros molares inician con una angulación horizontal, entre tanto la mandíbula va creciendo y la angulación varía de horizontal a mesioangular y finalmente a vertical. Una falla en la rotación de mesioangular a vertical es el origen habitual para que los terceros molares se mantengan retenidos. “Otro de las causas importantes es la desigualdad entre el diámetro mesiodistal de los terceros molares con respecto a la longitud de la mandíbula, por lo que se observa un espacio insuficiente en la apófisis alveolar por delante del borde anterior de la rama mandibular, que impide al diente erupcionar hasta su posición normal. Por estos motivos, los terceros molares son los dientes que más comúnmente permanecen incluidos” (18).

Los terceros molares tienen distintos nombres o denominación según su aparición o retención.

Laskin clasifica las retenciones dentarias en:

- “Semierupcionado; cuando se visualiza alguna parte de la pieza en la boca”.
- “No Erupcionado; cuando no se visualiza ninguna parte en la boca, dividiéndose en:
 - Retenido, cuando no perfora el hueso.
 - Impactado, cuando ha perforado el hueso. Algunos autores los cataloga en función de la integridad del saco folicular en:
 - Enclavado; cuando el diente perfora el hueso y el saco folicular está en comunicación con la cavidad oral.
 - Incluido; cuando el diente está completamente cubierto por el hueso y con el saco folicular integro”. (35)

2.2.2 Etiología de retención dentaria

En el síndrome de retención las piezas dentales quedan atrapados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Este desorden trae consigo afecciones en las funciones oro- faríngeas, como la fonética, deglución y masticación, además de las implicaciones estéticas (19).

2.2.3 Factores de retención dentaria.

2.2.3.1 Factores locales

- Densidad del hueso de recubrimiento y membrana de mucosa.
- Cambios bruscos de la detención temporal.
- La mucosa que contornea a las piezas o al hueso presenta una infección.
- Situación en un espacio muy limitado.
- Relaciones anatómicas con elementos indeformables: segundo molar, corticales óseas y rama de la mandíbula. (1) (31)

2.2.3.2 Factores generales.

- Factores congénitos o mestizaje y prenatales
- Factores de cada persona como desnutrición o anemia y factores postnatales.
- Enfermedades inmunodeprimidas.
- La hipomineralización por tratamiento con corticoides.
- Otras anomalías como labio y paladar fisurados.

La prevalencia de los pacientes que se les observa los terceros molares retenidos tiene como tendencia la de seguir aumentando, y se puede nombrar que con la evolución del ser humano estas piezas dentales van a desaparecer en las nuevas generaciones, como se dio con los cuartos molares (1), (31).

2.2.4 Terceras Molares Retenidas:

Cuando el tercer molar no traspasa el hueso dan como consecuencia una retención primaria, cuando se detiene la erupción sin que haya un bloqueo físico o posición anormal del molar; por otro lado, puede mostrar una retención secundaria cuando existe una interrupción que estanca al molar y existe también una mala ubicación del diente durante la erupción (32)

2.2.5 Clasificación del tercer molar

2.2.5.1 Clasificación de Pell y Gregory

“Fundamentada en la relación que se refiere en espacio y dimensión entre el segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula y con la profundidad del tercer molar en el hueso mandibular”. (29)

2.2.5.1.1 Relación entre el tercer molar, rama ascendente mandibular y el segundo molar

- “Clase I: Espacio suficiente entre distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular para erupción normal del tercer molar”. (29)
- “Clase II: el diámetro mesiodistal de la corona comparado con la distancia entre distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es insuficiente”. (29)

- “Clase III: Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula”. (29)

2.2.5.1.2 Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- “Posición A. El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar”. (29)
- “Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar”. (29)
- “Posición C. El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar”. (29)

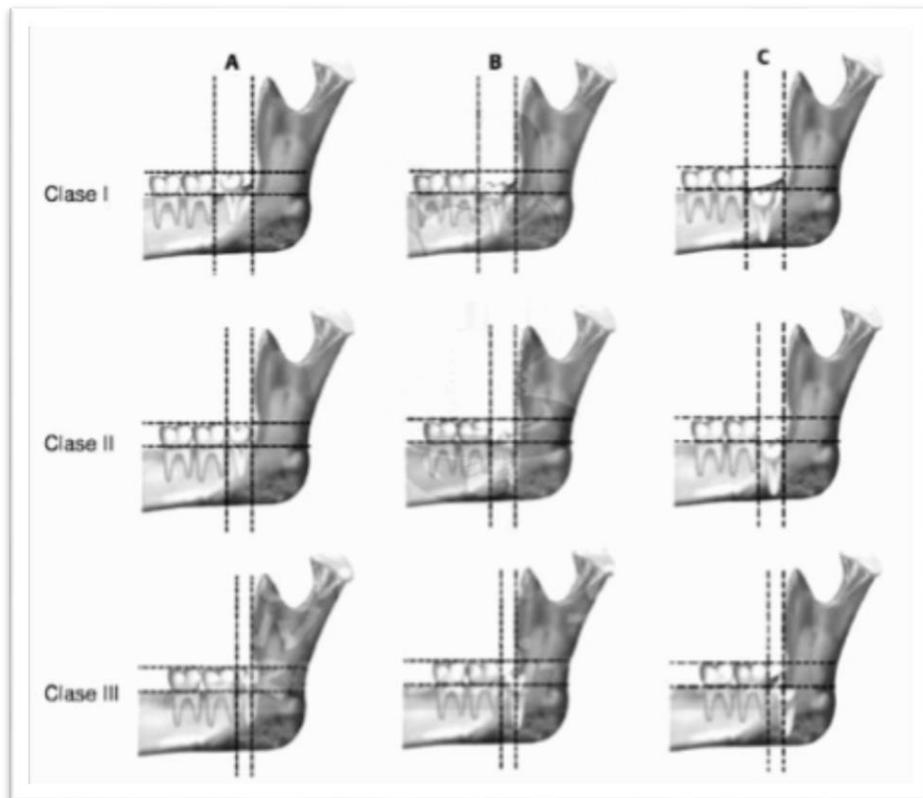


Figura 1. Clasificación Pell y Gregory (29)

2.2.5.2 Clasificación de Winter

“Winter planteo otra clasificación tomando en consideración la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar”. (33)

- “Mesioangular.
- Horizontal.
- Vertical.
- Distoangular.
- Invertido.
- Linguangular
- Bucoangular”

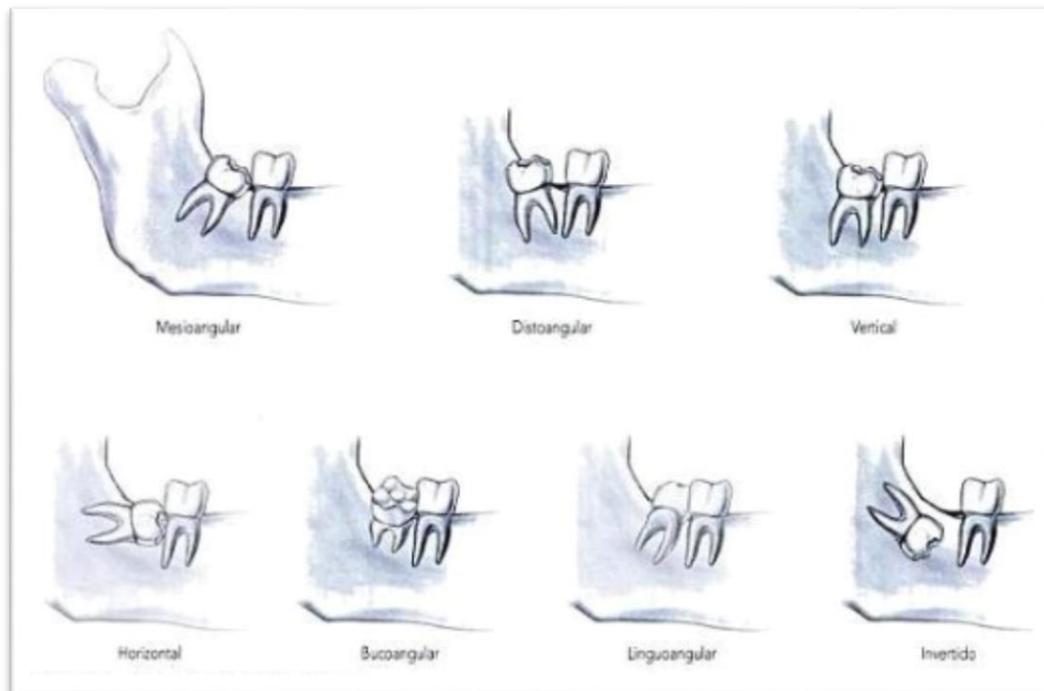


Figura 2. Clasificación de Winter (36)

2.2.6 Técnica quirúrgica para la extracción de terceros molares mandibulares retenidos:

La técnica quirúrgica tiene variables como: diseño del colgajo, retiro de hueso y el corte dental necesario para extraer el diente, y debe ser hecha sin afectar las estructuras anatómicas de la periferia.

- **Anestesia:** Generalmente es troncular bloquea los nervios dentarios inferiores, bucales y linguales. (6)
- **Incisión:** Se realiza mediante una la hoja de bisturí, el cual debe ser nueva y del tamaño correcto, frecuentemente número 15; la resistencia de los tejidos hace que pierda el filo la hoja de bisturí. La incisión debe ser firme y única para que así evite lesionar y traumatizar más de lo que se necesita, de esta forma disminuye la discontinuidad en los extremos del colgajo, para no tener complicaciones a la hora de la sutura. Para tener una óptima visualización del tercer molar y el hueso el acceso debe ser adecuado y amplio; antes de realizar la incisión se debe tocar el triángulo retro molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular, para que la hoja del bisturí no lastime o lesione el nervio lingual y solo la realice sobre el hueso. Entre las principales incisiones para exodoncia de terceros molares tenemos las siguientes. (17)

- ✓ **Incisión Tipo Bolsa:** “La incisión en el área retromolar se hace de la misma forma, y en lugar de realizarse la incisión vertical, se hace el despegamiento de la papila entre el primer y segundo molar. Este colgajo casi siempre es suficiente para la remoción de estos dientes, pero si hubiera necesidad de un mayor relajamiento, esto se puede obtener extendiendo la incisión hacia una papila más anterior - entre el segundo premolar y el primer molar. Es también el colgajo seleccionado para remoción de dientes incluidos por el lado palatino y por el lado lingual en la mandíbula”. (17)

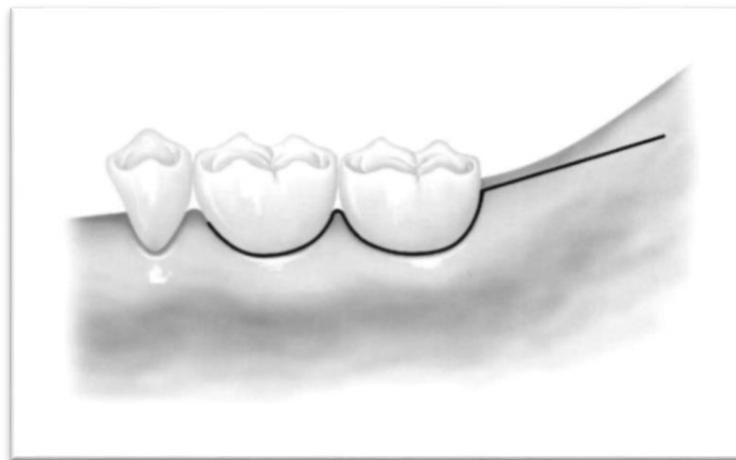


Figura 2: Incisión tipo bolsa (17)

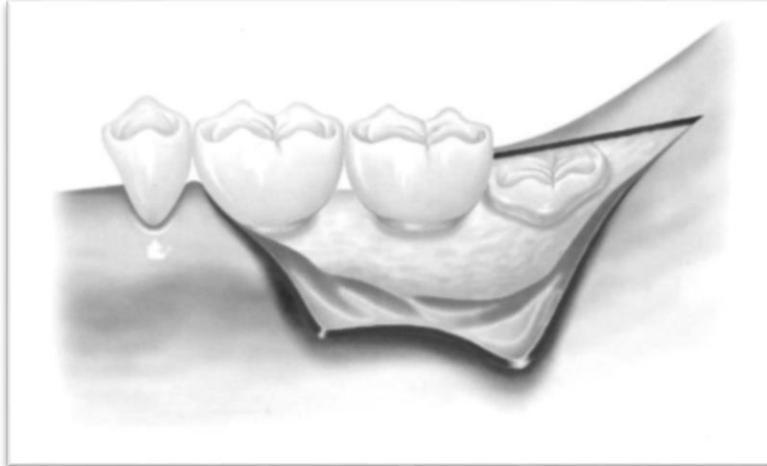


Figura 3. Colgajo tipo bolsa (17)

ventajas

- Se emplea para el sector de los terceros molares.
- Incisión únicamente superior sobre el reborde alveolar y baja hasta la zona cervical.
- No se realiza descargas hacia los lados.
- Se abre y queda como un sobre.
- Nos brinda un perfecto acceso y le damos amplitud suficiente, la apertura crevicular en este tipo de colgajo tiene que envolver varios dientes. (17)

Desventajas

- No se observa totalmente el hueso alveolar.
 - Poca facilidad en el abordaje quirúrgico. (17)
- ✓ **Incisión Triangular:** “Consiste en una incisión marginal unida con una oblicua, generalmente hacia mesial y dirigida al fondo del vestíbulo. Útil en intervenciones que requieren buen acceso al área quirúrgica, en la exodoncia de dientes incluidos y en cirugía apical”. (17)

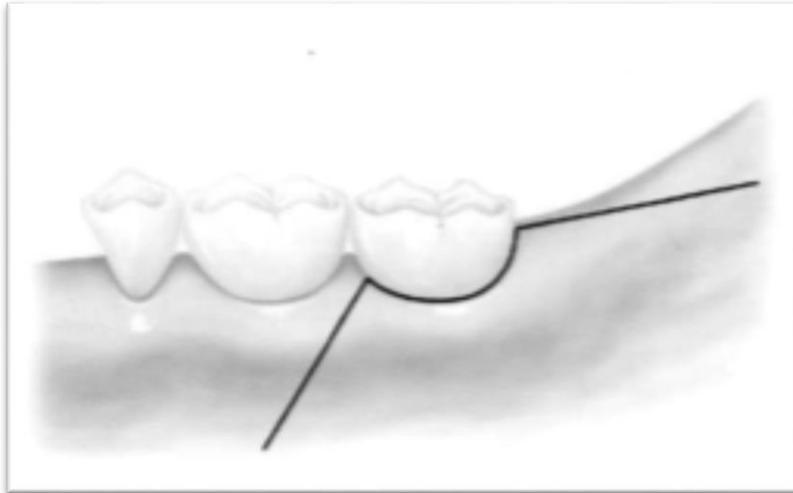


Figura 4. Incisión Triangular (17)

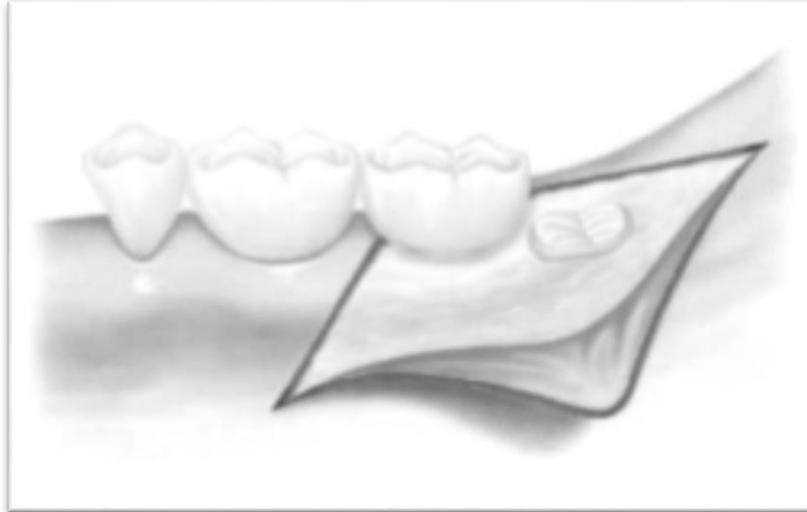


Figura 5. Colgajo triangular (17)

Ventajas

- No hay manera o riesgo de que la incisión cruce la lesión.
- Los puntos en la encía facilitan la recolocación del colgajo.
- No pierde la irrigación del colgajo.

Desventajas

- Suele ser complicado la separación del colgajo.
- No se recomienda en pacientes con enfermedad periodontal, ya que en ocasiones presenta recesiones gingivales y grietas en los tejidos blandos, por el desprendimiento gingival.
- El tejido gingival al desprenderse, normalmente puede conducir en las coronas protésicas anomalías en la encía marginal.

- Para un fácil acceso y visualización a los ápices de las raíces las incisiones vertical y horizontal deben ser largas.
 - La rigidez del colgajo es mayor, por ende, la tensión tiende a aumentar provocando desgarros gingivales precisamente en el extremo fijo del colgajo.
 - Al realizar la sutura puede ser complicado, porque se tiene que hacer entre los dientes. (17)
- ✓ **Incisión en Bayoneta:** Consiste en una incisión envolvente horizontal, luego una descarga perpendicular, con sentido al pliegue muco-labial, y puede estar dirigida hacia mesial o distal. (1)

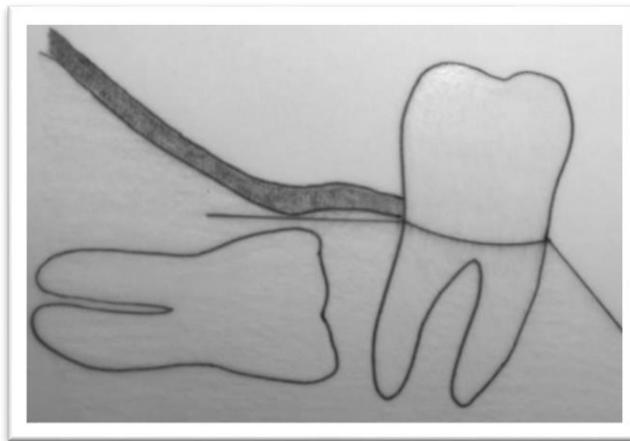


Figura 6. Incisión en Bayoneta (1)

Ventajas

- El área de trabajo es más extensa, pero a lo que la visibilidad y acceso corresponde no son las óptimas.

- El trauma es menor.
- Tiene un periodo postoperatorio menos complicado.

Desventajas

- La reposición del colgajo, suele ser complicado en algunos casos. (1)
- ✓ **Incisión de Winter:** Comienza desde distal del segundo molar en la parte media pasando con un corte recto encima de la superficie del tercer molar hasta unos cuantos milímetros por distal del tejido óseo. En el caso de velarse de la cara vestibular para aplicar elevadores se realiza una pequeña incisión perpendicular a la anterior y por mesial del diente retenido. (20)

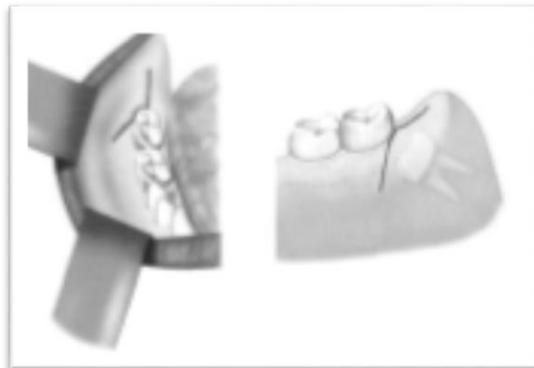


Figura 7. Incisión Winter (29)

- ✓ **Incisión de Archer:** La incisión comienza a nivel del área lingual de la línea oblicua externa a 2 centímetros de la cara distal del segundo molar inferior y atraviesa hacia adelante hasta contactar con esta. Se continúa

el diseño bordeando el cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal de éste con el primer molar, lugar de donde parte una descarga al fondo de surco en ángulo de 45°. (20)

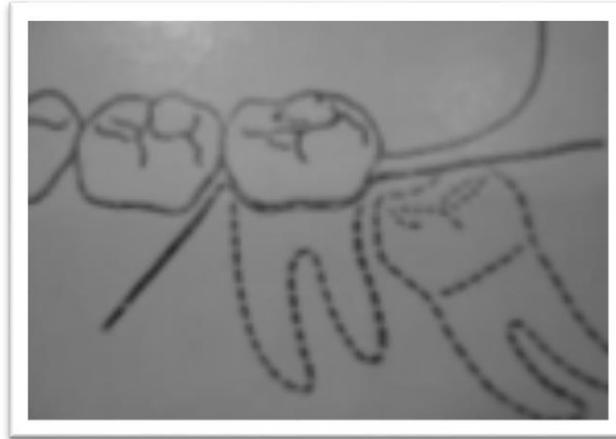


Figura 8. Incisión de Archer (20)

- **Levantamiento del colgajo:** Para el desprendimiento o levantamiento del colgajo es recomendable una incisión extensa que nos brinda un largo colgajo ofreciendo el acceso ideal al hueso y sin desgarros o perforaciones accidentales que perjudicarían su aporte sanguíneo y optimizarían la aparición de complicaciones postoperatorias (dolor, infección).(29) “La incisión más frecuente en estos casos es la angular; donde el primer corte es diseñado desde el centro de la cara distal del segundo molar extendiéndose hacia atrás variando el largo de acuerdo al tipo de retención de la pieza. El segundo corte empieza en la porción distal del reborde

gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera en una extensión aproximada de 1 cm, esta incisión es necesaria para no dañar tejidos gingivales en el acto de la aplicación de los elevadores". (9)

- **Osteotomía:** Los instrumentos usados son las fresas de fisura de carburo tungsteno, los cuales deben ser nuevos y afilados; además, se debe irrigar abundantemente para evitar lesionar el hueso. Frecuentemente este procedimiento se realiza en terceros molares en posición horizontal o mesioangular, esto se da en la cresta del reborde, en mesial, vestibular, pero no se hace en lingual porque puede lesionar las estructuras nobles. (4)
- **Odontosección:** Consiste en cortar la pieza dental en fragmentos para facilitar su extracción, esto es uno de los pilares de una buena exodoncia. (29). En muchas circunstancias es de predilección fragmentar el diente en las partes que sean necesarios. (1)
- **Exodoncia:** Es la expulsión del diente del alveolo donde se encuentra, esto se da mediante un instrumento como el elevador o fórceps. (8)
- **Limpieza del lecho quirúrgico:** Terminada la extracción del tercer molar, se inicia la irrigación con suero fisiológico, limpiar y verificar el alveolo, para

identificar restos dentales, granulomas o saco coronario, procediendo posteriormente a su extracción; también, verificar los rebordes óseos en busca de irregularidades, para así poder eliminarla con instrumentos apropiados. (4)

- **Sutura:** Finalmente se continúa con el cierre de la herida, esto se da juntando los bordes del colgajo y ubicarlo como estaban antes del procedimiento. Esto se realiza mediante materiales reabsorbibles y no reabsorbibles como el vicryl 3/0 o seda negra 3/0 respectivamente con una aguja cortante MR 25 en ambos casos. (5)

2.2.7 Tipos de cicatrización, según la unión de los bordes

La definición de cicatrización por primera y segunda intención, son usados por los cirujanos para detallar dos procesos básicos en la cicatrización de las heridas. (10)

2.2.7.1 Cicatrización por primera intención

Los límites de la herida están en contacto, por lo tanto, no hay pérdida de tejido, entonces se colocan los bordes en su posición habitual antes de la lesión. La herida se repara con una mínima formación de cicatriz. Esto básicamente es en teoría, porque en la práctica es difícil observarlo; sin embargo, se utiliza el término de cicatrización de primera intención para nombrar que los bordes son reaproximados. Este proceso de cicatrización requiere de una menor epitelización, depósito de colágeno, contracción y remodelación. Es por ello, que se reduce los riesgos de infección, por lo mismo que el cierre de la herida se da mucho más rápido que el de segunda intención. (10)

2.2.7.2 Cicatrización por segunda intención

La cicatrización por segunda intención se observa cuando los límites de la herida no han sido unidos correctamente o cuando se abre la herida luego de suturarlo, entonces se produce un cierre espontáneo. Es en este caso donde se manifiesta un tejido de granulación que vendría hacer la proliferación conjuntiva y vascular. En este desarrollo la epitelización es más lenta y se da a través de dos vías: centrípeta, es decir, de los límites

de la herida van hacia el centro partiendo de los islotes epiteliales, y centrífugo donde los islotes van hacia la periferia. (10)

En contraste, la cicatrización por segunda intención significa que existe pérdida de tejido por lo que hay un espacio entre los bordes de la herida, esta cicatrización se da regularmente en tejidos poco flexibles, cuyos bordes no se pueden juntar, en este caso se necesita de la migración de gran cantidad de epitelio, deposición de colágeno, contracción y remodelación. Este tipo de cicatrización tiene un mayor riesgo de infección, ya que su evolución es muy lenta y genera una cicatrización mucho más grande que la de la primera intención. Ejemplos de este tipo de cicatrización son la del alvéolo dentario posterior a una exodoncia, fracturas pobremente reducidas y lesiones muy aparatosas con pérdida de tejido. (10)

2.2.8 Consecuencias post exodoncias

Después de la extracción de terceras molares pueden aparecer una serie de complicaciones de manera inmediata. Las principales son:

2.2.8.1 Inflamación: La respuesta inflamatoria se presenta en el tejido conjuntivo vascularizado e implica a los constituyentes celulares y extracelulares del mismo, incorporando el plasma, las células

circundantes y los vasos sanguíneos. Las células circundantes son los neutrófilos, monocitos, eosinófilos, linfocitos, basófilos y plaquetas. “Las células del tejido conjuntivo son las células cebadas que se sitúan alrededor de los vasos sanguíneos; los fibroblastos formadores del propio tejido conjuntivo, y ocasionales macrófagos y linfocitos residentes. La matriz extracelular está constituida por proteínas fibrilares estructuras (colágena, elastina), glucoproteínas adhesivas (fibronectina, laminina) colágeno no fibrilar, entactina, tenoscina y otras”. (6)

La inflamación aguda. Básicamente es la respuesta inicial de la lesión de los tejidos; tiene un desarrollo corto con una permanencia que varía entre minutos, horas y pocos días, esto se visualiza por el libramiento de autacoides y puede anteceder a la evolución de la respuesta inmunitaria. (6)

“La respuesta inmunitaria se origina cuando las células inmunitariamente competentes se activan en respuesta a microorganismos o sustancias antigénicas extrañas liberadas durante la respuesta inflamatoria”. (6)

El deterioro celular asociado con la inflamación ejerce sobre las membranas celulares, ocasionado que los leucocitos suelten enzimas lisosómicas, el ácido araquidónico se libera entonces a partir de compuestos precursores, y se sintetizan varios eicosanoides. (6)

“Cininas, neuropéptidos e histaminas también se liberan en el sitio de la lesión tisular; así como componentes del complemento, citosinas y otros

productos de leucocitos y plaquetas. La estimulación de las membranas de los neutrófilos produce radicales libres derivados del oxígeno. Se forma un anión de superóxido por la reducción del oxígeno molecular, la cual puede estimular la producción de otras moléculas reactivas como peróxido de hidrogeno y radicales hidroxilos. La interacción de estas sustancias con el Ácido Araquidónico origina la creación de sustancias quimiotácticas, leucotrienos y prostaglandinas, y de esa manera, se mantiene indefinidamente el proceso inflamatorio”. (6)

2.2.8.2 Edema. El edema post exodoncia de terceros molares retenidos es una señal normal y su punto más alto se observa entre el primer y segundo día después de la cirugía. Es la respuesta del agravio tisular y muscular, vasos sanguíneos y linfáticos durante la cirugía. Grafica la fuga del líquido plasmático hacia los espacios intersticiales y el taponamiento del drenaje linfático por fibrina. En circunstancias favorables puede permanecer de 5 a 7 días, luego remite. Según Cosme Gay. “El edema postoperatorio, principalmente si ha existido resección ósea, es una reacción fisiológica tras la agresión quirúrgica. No se trata en este caso de un estatus infeccioso en el que los signos clásicos de la inflamación - dolor, calor, rubor, tumor- están presentes y adquieren una relevancia especial. La hinchazón o edema, que a menudo se acompaña de equimosis subcutánea o de un verdadero hematoma, aparece

normalmente a las pocas horas de la intervención quirúrgica, pudiendo progresar hasta las 48 horas; puede presentársenos de una forma más o menos aparatosa dependiendo de diversos factores:

- De la delicadeza de nuestros actos: una técnica atraumática que mortifique poco los tejidos redundará en un menor edema.
- De la importancia, duración y laboriosidad de la propia intervención.
- De la realización de osteotomías o de ostectomías, que acarrearán un mayor grado de agresión operatoria.
- De la susceptibilidad personal de cada paciente al edema. Con el fin de evitar la aparición del edema postoperatorio o para minimizar su intensidad, se recomienda: – Crioterapia. La acción del frío aplicado, en bolsas de hielo sobre toallas o gasas, sobre la cara del paciente -frente o encima de la zona”. (29)

Por otro lado, el tratamiento que da mejores resultados o el más usado son los corticoides como la metilprednisolona y dexametasona, los cuales son efectivos para reducir la inflamación. La dexametasona de uso oral se absorbe rápidamente, ya que es un glucocorticoide semisintético. Su acción farmacológica se da por inhibición indirecta de la fosfolipasa A2, al activar la síntesis y liberación de lipocortina que antagoniza su acción. Las altas concentraciones plasmáticas se observan al cabo de 1 a 2h. Se distribuye ampliamente, se metaboliza en

el hígado y se elimina por vía renal. El uso de corticoides reduce el edema post exodoncia. Sin embargo, no se debe exceder de sus dosis máximas, ya que, después de 5 días de uso la terapia comienza a producir inmunodepresión. El uso racional de los corticoides son un gran aporte al tratamiento de la inflamación, ya que este implica molestia y paraliza el día a día de las personas que la padecen. (7)

2.2.8.3 Dolor. El dolor relacionado a la exodoncia de los terceros molares es muy sencillo de controlar mediante el uso racional de analgésicos, como el acetaminofén, o los AINES (aspirina, ibuprofeno, metamizol, etc.). El pico más alto del dolor se da en las primeras horas como son 24-72 horas después de la exodoncia y va remitiendo gradualmente, este dolor puede durar de 5 a 10 días. Si se da el caso que al tercer día no disminuye y/o aumenta la intensidad, lo más probable se haya producido una alveolitis seca. Se le da la indicación al paciente que tome los analgésicos antes que termine al efecto de la anestesia local para así evitar que el dolor perdure. En circunstancias el dolor puede provocar dificultad para dormir, comer aumentando el dolor al tacto. En estos casos se recomienda el uso de opiáceo como la dehidrocodeína como analgésico por vía oral, ingiriendo antes del procedimiento, porque su efecto farmacológico se produce a las 3 horas y su acción dura 12 horas al ser de excreción lenta. Esta droga no es antiinflamatoria, por lo que su

uso se da junto a un analgésico (cualquier AINE). En todas las circunstancias antes expuesta se aconseja al paciente que tome la medicación gradualmente, es decir a horarios, y no cuando presente dolor, si se da esta recomendación los fármacos tardarían en hacer efecto y por ende se producirá un cuadro doloroso. (31)

2.2.8.4 Trismus. Se ubica dentro de las complicaciones inmediatas postoperatorias y según Raspall consiste en “la limitación de la apertura bucal normal, siendo un hecho frecuente que ocurre después de la intervención”. (36). “El trismus obedece a la irritación y el espasmo de los músculos masticadores por la inflamación y el traumatismo operatorio; puede deberse a infecciones localizadas en los espacios vecinos o simplemente por punción del músculo pterigoideo interno al anestesiar”. (29).

El trismus dental tiene una fuente multi-factorial, es decir, sus posibles causas pueden ser muy diversas.

Algunas de los factores que pueden favorecer la aparición de un trismus son:

- Una anomalía o una patología en la articulación temporo-mandibular (ATM).
- Los músculos de la masticación juegan un papel importante en la respuesta inflamatoria.

- Bruxismo o la para función de rechinar los dientes de forma consciente o inconsciente.
- Procesos infecciosos (Tétanos).
- Problemas neurológicos. (trigeminales)
- Una anomalía o disfunción del sistema nervioso central o SNC.
- Un trauma muy fuerte en la zona de la cara/cabeza.
- Lesiones tumorales muy cercanos a la ATM (Articulación temporo-mandibular).
- La artritis reumática.
- Un tratamiento odontológico o quirúrgico en la zona de cara, cuello o mandíbula.
- Una hemorragia interna provocada por una anestesia local que ha originado la rotura de un vaso sanguíneo o ha afectado la zona muscular.
- Una técnica anestésica incorrecta. (30)

Aunque comúnmente los trismus son leves (solo se ve limitada un poco la apertura bucal) estas complicaciones también pueden ser severos. Un trismus severo podrá imposibilitar la apertura total de la boca limitando comer y hablar.

El tratamiento del trismus al igual que su duración, estará supeditado a su origen. Por ello, es muy importante su correcto y pronto diagnóstico, con su historia clínica y exámenes auxiliares.

Dicho esto, la mayoría de trismus se tratarán mediante:

- Una terapia de calor. Se procederá con la aplicación de calor externo sobre la articulación o la zona afectada.
- Terapia fisioterapéutica. Se procederá a realizar una serie de ejercicios de apertura y cierre de la boca. Estos ejercicios suaves deberán ser pautados por el especialista y no deberemos forzar la apertura de la cavidad oral. Los ejercicios son fundamentales en todos los tipos de trismus dentales.
- Cuando hay un proceso infeccioso podrá ser requiere una pauta farmacológica y un drenaje del mismo proceso infeccioso.
- En el caso de tumoraciones estas serán normalmente extraídas quirúrgicamente.

En el caso de que el trismus dental sea por causas de estrés y/o bruxismo se tratará mediante la realización de ejercicios y el uso de una férula miorrelajante. (30)

2.3. Terminología básica

- **Recesión Gingival:** “Es el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cementoamélica con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral”.
(4)
- **Reacción inflamatoria:** “Es la respuesta clínica posterior a una lesión de origen químico, físico o mecánico; se origina un aumento de la permeabilidad capilar

de los vasos más pequeños lo que condiciona un exceso de líquido extravascular de carácter inflamatorio que se denomina edema o tumoración”.

(4)

- **Incisión:** “Es la maniobra mediante la cual procedemos a la apertura de los tejidos, la piel o las mucosas, para poder llegar a los planos más profundos, o bien para delimitar lesiones tumorales y poder realizar, de esta manera, el propio objetivo de la intervención quirúrgica”. (34)
- **Colgajo:** “Es una porción de tejido separado parcialmente de su lugar de origen y que mantiene la comunicación a este por una porción llamada pedículo. Esta definición aplica a cualquier área o tipo de tejido”. (4)
- **Disminución de la Apertura Bucal:** “Denominado trismus, manifestó por un espasmo tónico prolongado de los músculos masticadores adyacentes”. (4)

2.4. Hipótesis

La incisión tipo bolsa y la incisión triangular influyen en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017

2.5. Variables e indicadores

Independiente: Tipo de Incisión (Tipo bolsa y triangular)

Dependiente: Efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Tipo de incisión (Variable independiente)	Cualitativa Nominal	Incisión tipo bolsa	Características clínicas ("incisión en el área retromolar, se hace el despegamiento de la papila entre el primer y segundo molar")	Nominal	- "no tiene"
		Incisión triangular	Características clínicas ("incisión empieza por distal del segundo molar inferior, hasta la porción distal y media de éste y baja la incisión de descarga desde distal del segundo hacia los ápices radiculares del primer molar")	Nominal	- "no tiene"

Efecto postoperatorio en exodoncia de terceros molares retenidos	Cualitativa	Edema	<p>“Intersección de los puntos anatómicos:</p> <p>Tragus-Pogonion de tejidos blandos</p> <p>Gonion-Angulo externo del ojo”</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Normal= 0 mm - Leve= 1 - 5 mm - Regular= 6- 10 mm - Malo=10 mm en adelante
	(Variable Dependiente)	Cualitativa	Trismus	Medición (Calibrador de Venner)	Nominal
Genero	Cualitativa Nominal	-----	Fenotipo del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino

2.5.1 Definición operacional de términos

- **Tipo de incisión empleado en el proceso quirúrgico:** “Procedimiento Quirúrgico de relativa complejidad que compromete estructuras adyacentes”. (5)
- **Incisión tipo bolsa:** “Es una incisión que empieza en área retromolar y en lugar de realizarse la incisión vertical, se hace el despegamiento de la papila entre el primer y segundo molar” (17)
- **Incisión triangular:** “Es una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival (sulcular), unida a una sola incisión vertical de descarga oblicua a la primera, que va desde el surco gingival hasta el fondo del vestíbulo”. (5)
- **Edema:** “Es respuesta de la lesión tisular y muscular, vasos sanguíneos y linfáticos durante la cirugía. Grafica la salida de plasma hacia los espacios intersticiales y la obstrucción del drenaje linfático por fibrina”. (29)
- **Trismus:** “La contracción muscular protectora, debido a la inflamación relacionada con el traumatismo quirúrgico”. (29)

3. CAPITULO III. DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Tipos:

- Prospectivo, dado que se recogió los datos conforme se avanzan la investigación.
- Comparativo porque se compararon 2 tipos de incisiones.

Diseño:

- Observacional, porque el investigador no decidió qué incisión se utilizó en cada caso, eso lo determino el especialista del curso de cirugía bucal II de la Universidad Norbert Wiener.
- Longitudinal, porque a los grupos fueron evaluados en dos períodos: antes de la exodoncia y al 7mo día.

3.2. Población y muestra

Población: Todos los pacientes que fueron atendidos en la clínica de cirugía bucal II de la Universidad Norbert Wiener.

Muestra: No Probabilístico por conveniencia. Se tomó como referencia los estudios de Cima y Desai. Se escogieron a 30 pacientes con las características necesarias para la investigación, los cuales se dividieron en 15 pacientes por cada tipo de incisión.

- Los criterios de inclusión fueron los siguientes:
 - Pacientes con edades comprendidas entre 18 y 35 años.
 - Todos los casos fueron seleccionados con el mismo nivel de complejidad, es decir todas las terceras molares fueron la misma clasificación de Pell y Gregory (IIB), según Winter mesioangulado.
 - El tiempo de trabajo promedio fue de 1 hora y 30 min.
 - Pacientes ASA I
 - Las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano.
 - Todos recibieron la misma medicación.

- Los criterios de exclusión fueron los siguientes:
 - Pacientes con patología sistémica ASA II
 - Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y pacientes con sintomatología en el cordal.
 - Pacientes que tuvieron complicaciones en la cirugía.
 - Pacientes que no llegaron al retiro de puntos a los 7 días.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se solicitó permiso para ingresar hacer el estudio en el curso de cirugía II en la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Wiener con el fin de realizar un estudio para determinar la diferencia entre la incisión tipo bolsa e la incisión triangular en su efecto postoperatorio en exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017, se procedió a la entrega y firma del consentimiento informado, una vez corroborado todos los parámetros de seguridad se procedió a la elección de los casos según características. (Anexo 3)

El instrumento utilizado según Arteaga y López.

Trismus. - Medición de la máxima apertura bucal.

Edema. - Medición con calibrador el ancho de la cara determinado por puntos anatómicos.

“Para la medición del edema se sigue la siguiente secuencia”:

a) “Trazado superficial de puntos:

Tragus (T), Gonion (Go), Pogonion (Pog), Angulo externo del ojo (A)”

b) “Trazado de planos:

T- Pog; Go – A”

c) “Marcado de la intersección de ambos planos.”

d) “Con el calibrador del edema se midió el ancho existente entre los puntos del lado derecho e izquierdo de la cara.”

e) “Anotación en la ficha de resultados”. (4), (6)

La medición del edema se realizó antes de la cirugía, luego 7 días post exodoncia de las terceras molares inferiores. (4), (6)

Para valorar el trismus se empleó un calibrador de Venner, que nos medía la distancia interincisal con el paciente en máxima apertura. Esta medida se realizará antes de la cirugía y luego 7 días post exodoncia de las terceras molares inferiores.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizó el programa Excel. La parte estadística, tanto descriptiva como inferencial se realizó mediante el programa estadístico SPSS 24. Para determinar la diferencia de trismus y edema entre los dos tipos de incisiones, se realizó la prueba de la normalidad de Shapiro Wilk, porque la muestra fue menor a 30, encontrándose que en ambos grupos la distribución fue normal. Como los datos de logaritmo de edema y trismus presentaron distribución normal, para comparar las medias se utilizará la prueba paramétrica de la T de Student. Se utilizó un valor alfa de 0,05.

3.5. Aspectos éticos

La presente investigación se rigió a las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos (animales o microorganismos) así como las disposiciones vigentes en bioseguridad. Se redactó y envió la documentación necesaria a todas las instituciones involucradas en el recojo de datos. Se continuó el procedimiento metodológico que mejor se adaptó a las circunstancias del estudio, así como el uso de un instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos. Se aseguró el anonimato de los participantes del estudio, así como se salvaguardo sus Datos Personales según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Se entregó un consentimiento informado (asentimiento informado) a los participantes del estudio para que dejen sustento de la situación voluntaria de participación. En el mencionado documento se indicó los objetivos y procedimientos de la presente investigación.

No existen impedimentos éticos para la realización de este estudio.

4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV. RESULTADOS

Género de los pacientes

Tabla 1: Distribución de la muestra con respecto al género por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Género	Frecuencia	%
Varón	11	36,7
Mujer	19	63,3
Total	30	100

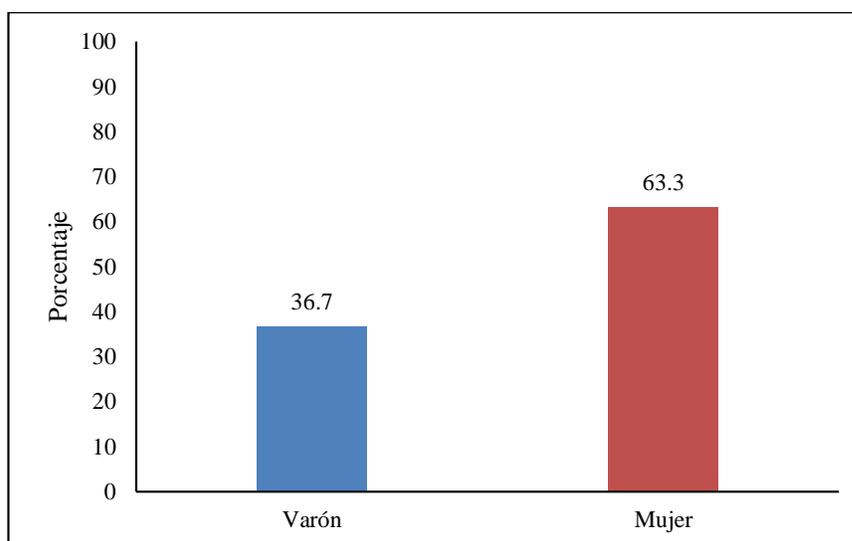


Gráfico 1: Distribución de la muestra con respecto al género por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

La muestra estuvo constituida por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016- 2017, de los cuales 19 (63.3%) eran mujeres y 11 (36.7%) eran varones.

Edad de los pacientes

Tabla 2: Estadísticos de la edad de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Estadístico	Valor
Media	27,03
Desv. Desviación	4,351
Mínimo	18
Máximo	35

La edad de los 30 pacientes estuvo comprendida entre 18 y 35 años, siendo el promedio de edad de 27 años.

Medición de la apertura bucal

Tabla 3: Medición de la apertura bucal antes de la cirugía y al séptimo día después de la cirugía.

MEDIDAS APERTURA BUCAL (mm)			
ANTES CX		7MO DIA	
I. TIPO BOLSA	I. TRIANGULAR	I. TIPO BOLSA	I. TRIANGULAR
39	42	34	36
41	46	32	37
42	41	38	38
35	38	33	31
38	38	36	30
42	37	38	34
39	37	37	32
50	37	46	33
39	34	34	28
38	40	35	37
39	36	38	29
37	43	34	37
45	43	40	39
36	44	32	38
34	38	29	37

Tabla 4: Estadísticos variación de la apertura bucal en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Estadísticos	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Recuento	11	19	30
Media	5,3	4,1	4,5
Desviación estándar	2,4	1,9	2,1
Mínimo	2,0	1,0	1,0
Máximo	9,0	7,0	9,0

La variación de la apertura bucal al séptimo día de los 30 pacientes estuvo comprendida entre 1 a 9 mm, siendo el promedio general de 4,5 mm con una desviación estándar de 2,1. La variación de la apertura promedio fue mayor en varones (5,3 mm) que en mujeres (4,1 mm).

Edema en los pacientes

Tabla 5: Mediciones de puntos anatómicos de la cara antes de la cirugía y al séptimo día.

MEDICION DE PUNTOS ANATOMICOS DE LA CARA			
MEDIDAS DE EDEMA (mm)			
ANTES CX		7MO DIA	
I. TIPO BOLSA	I. TRIANGULAR	I. TIPO BOLSA	I. TRIANGULAR
121.5	118.3	124.3	123.1
131.2	128	138.8	136.2
131.5	132.1	139.2	135.7
122.4	128	124.3	132.4
125.5	128.5	127.3	136.6
132.2	126.7	134.8	129.3
136	126.3	139.6	128.5
133.4	129.8	134.8	134.8
131.1	131	133.3	137.8
125.2	125.7	128.3	128.8
128.9	124.5	132.2	132.1
124.7	128.6	125.8	131
131.5	134.5	137.5	137.8
127.4	129.8	129.8	135.2
127.8	128.1	136.1	129.7

Tabla 6: Estadísticos del edema en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Estadísticos	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Recuento	11	19	30
Media	5,1	3,6	4,2
Desviación estándar	2,5	2,1	2,3
Mínimo	1,4	1,1	1,1
Máximo	8,2	8,3	8,3

El edema (mm) de los 30 pacientes estuvo comprendido entre 1,1 a 8,3 mm, siendo el promedio general de 4,2 mm con una desviación estándar de 2,3. El edema promedio fue mayor en varones (5,1 mm) que en mujeres (3,6 mm).

Diferencia entre la incisión tipo bolsa y triangular en trismus.

Para determinar la diferencia de la variación de la apertura bucal entre los dos tipos de incisiones, se realizó la prueba de la normalidad de Shapiro Wilk, porque las muestras eran menores a 30, encontrándose que en ambos grupos la distribución fue normal. Tabla 7.

Tabla 7: Prueba de Shapiro Wilk para el Trismus de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Tipo de Incisión	Shapiro-Wilk		Sig.
	Estadístico	Gl	
Bolsa	0,89	15	0,07
Triangular	0,97	15	0,81

Como los datos de la apertura bucal presentaron distribución normal, para comparar las medias se utilizó la prueba paramétrica de la T de Student para muestras independientes. Los resultados se muestran en la Tabla 8, donde se aprecia que no se presentó diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de la

apertura bucal de los dos tipos de incisiones (Tabla 6). *Por lo que se puede concluir que después de 7 días de la exodoncia de terceros molares retenidos, no se presentó diferencia entre la incisión tipo bolsa y triangular en trismus.*

Tabla 8: Prueba de T de Student independiente para el trismus de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias			Tipo de incisión	Media
F	Sig.	Varianzas	T	GI	P		
0,899	0,351	Iguales	-1,778	28,000	0,086	Bolsa	3,867
		Diferentes	-1,778	27,575	0,086	Trian	5,200

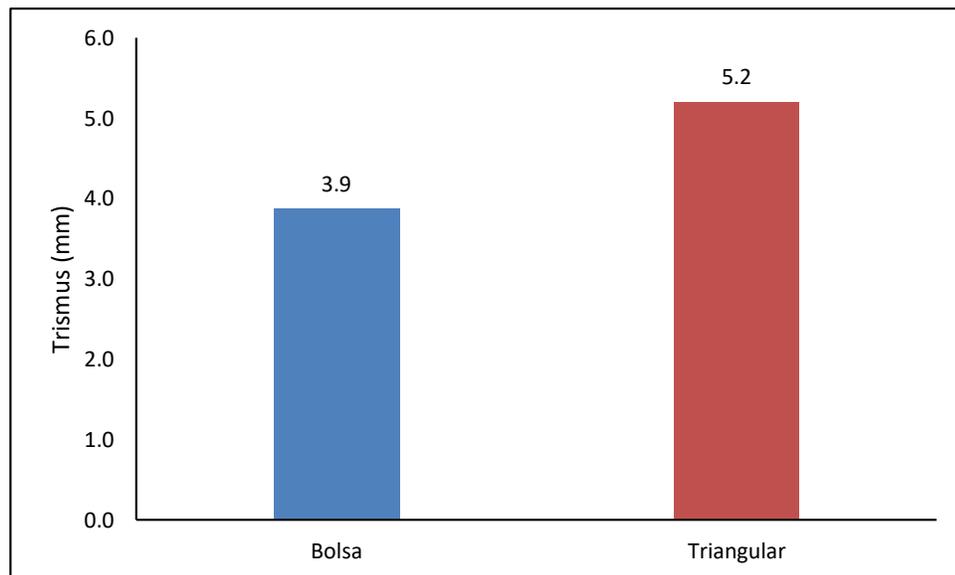


Gráfico 2: Distribución de la muestra con respecto al trismus con la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017

Diferencia entre la incisión tipo bolsa y triangular en edema

Para determinar la diferencia de edema entre los dos tipos de incisiones, se realizó la prueba de la normalidad de Shapiro Wilk, porque las muestras eran menores a 30, encontrándose que solo presentó distribución normal la incisión triangular (Tabla 9), por lo que se realizó la transformación de los datos con el logaritmo, encontrándose normalidad en los dos grupos.

Tabla 9: Prueba de Shapiro Wilk para el edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Tipo de Incisión	Shapiro-Wilk		Sig.
	Estadístico	Gl	
Bolsa	0,83	15	0,01
Triangular	0,92	15	0,21

Tabla 10: Prueba de Shapiro Wilk para el logaritmo de edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Tipo de Incisión	Shapiro-Wilk		Sig.
	Estadístico	Gl	
Bolsa	0,94	15	0,41
Triangular	0,96	15	0,63

Como los datos de logaritmo de edema presentaron distribución normal, para comparar las medias se utilizó la prueba paramétrica de la T de Student. Los resultados se muestran en la Tabla 11, donde se aprecia que no se presentó diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de log de edema de los dos tipos de incisiones. Por lo que se puede concluir que después de 7 días de la exodoncia de terceros molares retenidos, no se presentó diferencia entre la incisión tipo bolsa y triangular en edema.

Tabla 11: Prueba de T de Student independiente para el Logaritmo del edema de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 - 2017.

Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias			Tipo de incisión	Media
F	Sig.	Varianzas	T	GI	p		
0,347	0,561	Iguals	-1,369	28,000	0,182	Bolsa	3,72
		Diferentes	-1,369	26,854	0,182	Trian	4,61

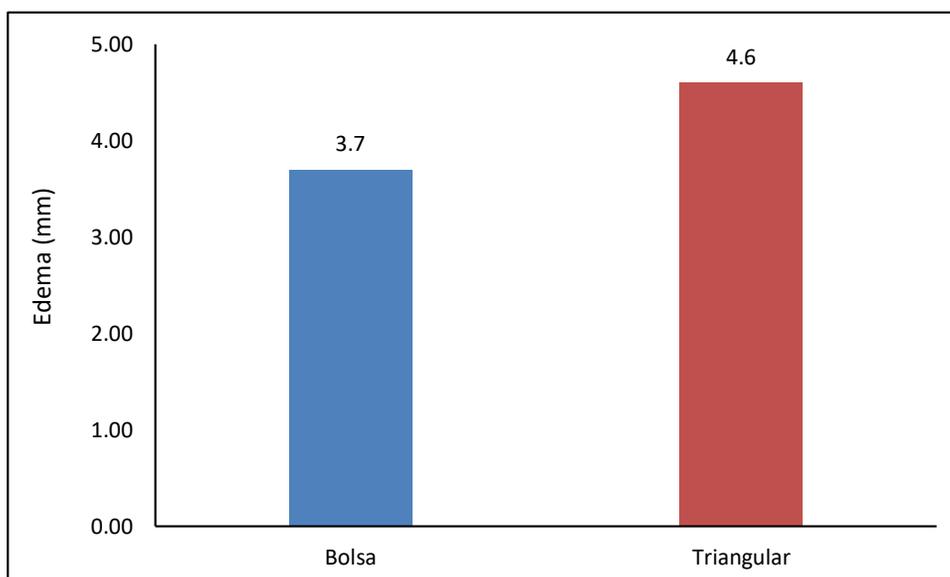


Gráfico 3: Distribución de la muestra con respecto a edema con la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 – 2017

4.2. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la diferencia entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.

Para este estudio se analizaron a 30 pacientes divididos en dos grupos de 15 personas que reunieron todos los criterios de inclusión, al primer grupo se le realizó la incisión tipo bolsa y al segundo grupo la incisión triangular para las exodoncias de terceros molares retenidos, clasificación de Pell y Gregory (IIB), según Winter mesioangulado.

En este estudio la muestra estuvo constituida por pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016- 2017, de los cuales 19 (63.3%) eran mujeres y 11 (36.7%) eran varones, en tanto la edad de los pacientes estuvo comprendida entre 18 a 35 años siendo el promedio de edad 27 años.

Huangal M. (2016), realizó un estudio donde los pacientes fueron de ambos sexos con un intervalo de edad de 18 a 35 años. De igual forma **Arteaga C. (2013)**, realizó un estudio donde los pacientes fueron de ambos géneros con un intervalo de 16 a 35 años, como también **Arce D. (2018)**, realizó un estudio donde los pacientes eran jóvenes en un intervalo de edad de 18 a 29 años; en cambio **Cima A. (2017)** realizó ensayo clínico aleatorizado controlado en pacientes de ambos géneros con edades que oscilaron entre 18 a 25 años. Como también, **Paladines (2018)** realizó una investigación con pacientes de ambos géneros entre 17 y 21 años.

Con referente a la diferencia en la medición de la apertura bucal antes de la cirugía y al séptimo día (mm) postoperatorio de los 30 pacientes estuvo comprendido entre 1 a 9 mm, siendo el promedio general de 4,5 mm con una desviación estándar de 2,1. La variación de la apertura bucal promedio al séptimo día, fue mayor en varones (5,3 mm) que en mujeres (4,1 mm).

Para determinar la diferencia de la variación de la apertura bucal postoperatorio entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular al séptimo día de la cirugía se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, por ser las muestras menores de 30, donde el valor de significancia o valor de p fue 0.07 para la incisión tipo bolsa y 0.81 para la incisión triangular, es decir, como el valor de P es mayor al α (0.05), entonces se encontró que en ambos grupos la distribución fue normal. Para comparar las medias se utilizó la prueba T de students para muestras independientes, donde se observó que las medias fueron diferentes y el valor de p fue de 0.086, siendo este valor mayor al α , se determinó que después de 7 días de la cirugía no se presentó diferencias estadísticamente significativas entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en trismus. Esto se puede atribuir a que los factores que influyen en el trismus postoperatorio van más allá de las incisiones; por ejemplo: Tiempo de trabajo, lesión del nervio, etc. Según los resultados del presente estudio **Arindra K. et al.** (2018) mencionaron que al comparar el colgajo triangular modificado con el colgajo triangular y envolvente en las complicaciones postoperatorias en trismus, encontrando como resultados $p(1)= 0.258$ y $p(7)= 0.076$, ellos no encontraron diferencias estadísticamente significativas al 1, 7 y 14 días. En contraste con **Huangal M. (2016)** menciona que las mediciones para trismus realizadas a las 24 y 72 horas si tubo

diferencias significativas en comparando el colgajo bolsillo con el colgajo semi – Newman. De igual manera **Arteaga C. (2013)** menciona que las mediciones realizadas al tercer, séptimo, treintavo día; teniendo como resultados en trismus, Δ Ap.B3 p-valor(3) = 0.001 Δ Ap.B7 p-valor(7) = 0.0065, interpretándose como diferencias significativas al tercer y séptimo día en la técnica de colgajo a espesor mixto se observó datos desfavorables en trismus.

La diferencia en la medición de los efectos postoperatorios con respecto a edema (mm), de los 30 pacientes estuvo comprendido entre 1,1 a 8,3 mm siendo el promedio general de 4,2 mm con una desviación estándar de 2,3. El edema promedio fue mayor en varones (5,1 mm) que en mujeres (3,6 mm). **Paladines (2018)**, coincide con nuestro estudio, en el análisis de la inflamación según género arrojó que el género femenino obtuvo un 42% y el género masculino un 58%, Sin embargo, en contraste con **Cima A. (2017)** menciona en su estudio que la reacción inflamatoria se cuantificó de acuerdo al sexo donde la población masculina tuvo mayor amplitud estadística entre casos de control y casos de prueba, en donde $p=0,0001$. En tanto para la población femenina la diferencia entre casos nos da una $p= 0,0017$.

Para determinar la diferencia en edema entre los 2 tipos de incisiones al séptimo día de la cirugía, se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, por ser las muestras menor a 30, donde el valor de significancia o valor p fue de 0.01 para la incisión tipo bolsa y 0.21 para la incisión triangular, es decir, como solo el valor de p fue mayor en la incisión triangular, solo en este se presentó distribución normal; por lo que se realizó la transformación logarítmica de los datos, encontrándose que el valor de p fue 0.41 y

0.63 para la incisión tipo bolsa y la incisión triangular respectivamente, observando la normalidad en los 2 grupos. Para comparar las medias se realizó la prueba paramétrica de T de student, para las medias diferentes donde valor de p fue 0.182, como el valor de p es mayor a α (0.05), se determinó que después de 7 días de la exodoncia de terceros molares retenidos no se presentó diferencias estadísticamente significativas entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular. Esto se puede atribuir a que los factores que influyen en el edema postoperatorio van más allá de las incisiones; por ejemplo: la osteotomía, etc. Según los resultados del presente estudio **Arindra K. et al.** (2018) mencionaron que en resultado de la hinchazón o inflamación entre los 2 colgajos fueron $p(1)= 0.541$ y $p(7)= 0.140$, ellos no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la inflamación 1, 7 y 14 días. Coincidiendo con nuestro estudio.

Nuestro estudio contrasta con **Paladines M.** (2018) menciona en sus resultados que la inflamación fue mayor con la técnica bayoneta en el 55% de los casos, comparados al 45% de la técnica triangular, donde se observó diferencias significativas y que la técnica triangular ofrece mejores resultados en la reacción inflamatoria. También en contraste con **Arce D.** (2018) menciona que, al analizar la inflamación del colgajo lineal y colgajo triangular, existe una diferencia estadísticamente significativa a las 48 y 168 horas, así también como **Cima A.** (2017) menciona que la medición de la inflamación que dio la prueba de Wilcoxon bilateral una entre el caso control y la incisión desplazada hacia lingual $p= 0,0001$, donde existe diferencias significativas en la inflamación. También en contraste con **Huangal M.** (2016) menciona que las mediciones para edema realizadas a las 24 y 72 horas si tubo diferencias significativas

en comparando el colgajo bolsillo con el colgajo semi – Newman, como también **Desai A. et al. (2014)** menciona con respecto a hematoma o inflamación en sus resultados encontraron una diferencia significativa ($P < 0,05$) entre los dos grupos de incisión triangular de Ward y la incisión sobre de Koener. Como también en contraste con **Arteaga (2013)** menciona con referente al edema $\Delta ED3$ p-valor(3) = 0.001 $\Delta ED7$ p-valor(7) = 0.0049 respectivamente, interpretándose como diferencias significativas al tercer y séptimo día en la técnica de colgajo a espesor mixto y la de espesor total.

En cuanto la diferencia entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que los resultados obtenidos entre las variables estudiadas fueron menores al valor de $\alpha = 0.05$.

5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- No existe diferencias estadísticamente significativas en el efecto postoperatorio (edema y trismus) entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular, en exodoncias de terceros molares retenidos.
- Al realizar las mediciones de los puntos anatómicos de la cara antes de la cirugía para la incisión tipo bolsa, se encontró un promedio de 128.69 mm; con respecto a la incisión triangular las mediciones respectivas se encontró un promedio de 128 mm.
- El promedio del edema postoperatorio obtenido en la incisión tipo bolsa al séptimo día, fue de 3.7mm y en la incisión triangular al séptimo día, fue de 4.6 mm; siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.
- Al realizar las mediciones de la máxima apertura bucal antes de la cirugía para la incisión tipo bolsa, se encontró un promedio de 39.6 mm y para la incisión triangular se encontró un promedio de 39.6 mm.
- Con respecto al trismus; la medición de la apertura bucal obtenida en la incisión tipo bolsa al séptimo día, fue de 3.9 mm y en la incisión triangular al séptimo día, fue de 5.2 mm, siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.

- Se evidencio diferencias entre ambas incisiones según género, ya que la variación de la apertura bucal promedio fue mayor en varones (5,3 mm) que en mujeres (4,1 mm) y el edema promedio fue mayor en varones (5.1 mm) que en mujeres (3.6 mm).

- Se rechaza nuestra hipótesis, ya que no existe diferencias significativas, por ende, la incisión tipo bolsa y la incisión triangular no influyen en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda hacer el mismo estudio con una población mayor y con rango de edades superior a lo analizado en este estudio.
- Investigar no solo las reacciones inflamatorias y la apertura bucal al séptimo día sino también al tercer, decimoquinto y treintavo día de haber realizado la exodoncia.
- Se recomienda seguir investigando sobre las ventajas y desventajas de la incisión tipo bolsa y la triangular en exodoncias de terceros molares.
- Se recomienda realizar estudios similares con otro tipo de incisión para exodoncias de terceros molares retenidos.
- Se recomienda realizar el mismo estudio con otros indicadores como cicatrización, dolor postoperatorio, lesiones del nervio lingual, alteración de tejido adyacente al 2do molar.

REFERENCIAS

- 1.- Paladines MA. “Comparación de dos técnicas quirúrgicas de colgajo, triangular y bayoneta, en pacientes entre 17 y 21 años, en la extracción de terceros molares incluidos, que acuden al quirófano de la facultad de odontología UDLA” [tesis]. Quito-Ecuador: Universidad de las Américas. Facultad de Odontología; 2018.
- 2.- Andrade EO. “Prevalencia de canino superior incluido en adolescentes indígenas y mestizos de 11 a 14 años de la escuela Luis Ulpiano de la torre del sector rural de Cotama de la ciudad de Otavalo en el periodo enero a mayo en el año lectivo 2011-2012” [tesis]. Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología.
- 3.- Laisle CG, Aparicio MP, Uribe FF, Alcocer CD. “Comparación del post operatorio de dos colgajos en cirugía de terceros molares inferiores”. Rev Esp Cir Oral Maxilofac (Santiago-Chile). 2009; 31(3):185-192.
- 4.- Arteaga SC. “Efecto post quirúrgico de la técnica de colgajo mixto comparado con la técnica de colgajo a espesor total en exodoncia de terceros molares en el Hospital Nacional Hipólito Unanue” [tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2013.
- 5.- Beltran C. “Técnicas de incisión y colgajo en cirugía bucal” [tesis]. Guayaquil-Ecuador: Facultad piloto de Odontología escuela de postgrado “Dr. José Apolo Pineda”; 2010.
- 6.- López BR. “Valoración del efecto antiinflamatorio de los glucocorticoides en pacientes sometidos a cirugía a cirugía de terceras molares inferiores” [tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2004
- 7.- Olmedo H, Asmat A, Guerrero R, “Efectividad del tratamiento profiláctico con dexametasona de 8 y 4 mg para controlar el edema poscirugía de terceros molares incluidos: ensayo clínico aleatorizado de grupos en paralelo” Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (Trujillo-Perú). 2013;35(4):157–161

- 8.- Silva BA. "Estudio comparativo entre la utilización de la incisión de Neuman y la incisión de puente, distinguiendo cuál de ellas ofrecen mejores resultados para la cicatrización de tejidos blandos en la extracción de terceros molares impactados en la clínica odontológica Uniandes" [tesis]. Abanto Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
- 9.- Vecilla SC. "Exodoncia de terceros molares inferiores impactados con incisión lineal, colgajo envolvente y sutura" [tesis]. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2016.
- 10.- Felzani R, Cicatrización de los tejidos con interés en cirugía bucal: revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana. 2005.
- 11.- Garcia J, Recesión gingival del segundo molar inferior posterior a la exodoncia del tercer molar inferior" [tesis]. Guayaquil Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014.
- 12.- Carbonell Z, Diaz A, Espinoza E, Rios Y, Torres L. Diferencias en la cicatrización ósea y de tejidos blandos en pacientes sometidos a osteotomía con instrumental rotatorio, para exodoncias de terceros molares incluidos Cartagena 2014.
13. - Kugelberg C.F. "Periodontal healing two and four years after impacted lower third molar surgery". A comparative retrospective study, Journal Oral Maxillofacial Surgery. 1990; 19(6):341-5.
- 14.- Peng K, Tseng Y, Shen E, Chiu S, FU E. "Mandibular second molar periodontal status after third molar extraction"; Journal Periodontology. 2001; 72(12):1647-51.
- 15.- Sanchis B.; Hernandez B.; Peñarrocha D: "Flap repositioning versus conventional suturing in third molar surgery", Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13(2):E138-42.

- 16.- Navarro C, Salmeron J, Pujol R, García L. Tratamiento de las inclusiones dentarias. En: Navarro C, editor. Cirugía oral. Sevilla: Aran; 2004
- 17.- Medeiros P. Cirugía de dientes incluidos, extracción del tercer molar. Sao Paulo: L. Santos; 2006.
- 18.- Verde D. "Posiciones e inclusiones de terceros molares mandibulares en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad inca Garcilaso de la vega en el año 2008" [tesis]. Lima-Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega Facultad de Estomatología.; 2010
- 19.- Villamar A. "Cirugía del Tercer Molar Inferior en posición horizontal" [tesis]. Guayaquil-Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. 2019.
- 20.- Cima AA " Estudio comparativo entre la incisión de Winter y una nueva variante desplazada hacia lingual para la extracción de terceros molares inferiores retenidos; evaluación estadística de beneficios clínicos" [tesis doctoral]. Córdoba-Argentina. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de odontología, escuela de posgrado; 2017.
- 21.- Desai A, Patel R, Desai K, Vachhani NB, Shah KA, Sureja R. Comparison of two incision designs for surgical removal of impacted mandibular third molar: A randomized comparative clinical study. Contemp Clin Dent 2014; 5:170-4.
- 22.- Mavrodi A, Ohanyan A, Kechagias N, Tsekos A, Vahtsevanos K. influence of two different surgical techniques on the difficulty of impacted lower third molar extraction and their post-operative complications. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20 (5):640-4.
- 23.- Blanco G, Lora D, Marzola C. The Different Types of Flaps in the Surgical Relations of the Third Impacted Molars –Literature Review. Dentistry 2016; (7): 425-10.
- 24.- Mohajerani H, Esmaeelinejad M, Jafari M, Amini E, Sharabiany SP. Comparison of Envelope and Modified Triangular Flaps on Incidence of Dry Socket after

Surgical Removal of Impacted Mandibular Third Molars: A Double-blind, Split-mouth Study. J Contemp Dent Pract 2018; 19 (7):836-841.

- 25.- Arindra, P.K., Indrapradana, A. Comparison of three flap designs on postoperative complication after third molar surgery. Intisari Sains Medis 2018; 9(2): 89-94
- 26.- Oyri H, Bjornland T, Barkvoll P, Jensen JL. Mandibular third molar surgery in 396 patients at a Norwegian university clinic: Morbidity recorded after 1 week utilizing an einfrastructure for clinical research. Acta Odontol Scand. 2016; 74(2):148-54.
- 27.- Kumar BS, Raman U. To compare standard incisión and Comma shaped incisión and its influence on post-operative complications in surgical removal of impacted third molars. J Clin Diagn Res. 2013; 1514-18.
- 28.- González S et al. "Clasificaciones Winter y Pell-Gregory predictores del trismo post exodoncia de terceros molares inferiores incluidos". Rev Venez Invest Odont IADR, 2017; 5(1): 57-75.
- 29.- Gay Escoda C., Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. España: Ediciones Ergon; 2004.
- 30.- Causas del trismus dental. Clínicas Pro dentales [en línea]. 2013 [Consultado 30 julio 2016]. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/trismus-dental/>.
- 31.- Donado M, Martínez J.M. Cirugía bucal (patología y técnica) 4ta edición. 2014
- 32.- Cervantes C. "Técnica quirúrgica para la exodoncia del tercer molar superior derecho erupcionado en posición vertical" [tesis]. Guayaquil-Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. 2017.
- 33.- Winter G. Mpacked Mandibular Third Molar. St. Louis: American Medical Book Company; 1926

- 34.- Fernandez M. L. "Principios de la técnica quirúrgica en cirugía bucal" [tesis]. Guayaquil-Ecuador. Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología. 2012.
- 35.- Laskin D. Evaluation of the 3rd. Molar Problems J. AM Dent Assoc; 1982.
- 36.- Raspall G. Cirugía oral e implantología. 2ª ed. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007
- 37.- Arce J. D. "Efecto inflamatorio clínico entre la técnica de colgajo triangular y la técnica de colgajo lineal post exodoncia de terceros molares inferiores retenidos en pacientes jóvenes que acuden al servicio de cirugía bucomaxilofacial del Hospital militar central 2017" [tesis]. Lima- Perú. Universidad Alas Peruanas Escuela Profesional de Estomatología; 2018.
- 38.- Huangal E. M. "Complicaciones posoperatorias del colgajo bolsillo frente al colgajo semi - Newman en cirugías de terceros molares inferiores, Trujillo 2015" [tesis] Trujillo – Perú. Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Estomatología; 2016.
- 39.- Aloy A. García B. y Montero. ; "Cirugía de Dientes incluidos. Extracción del tercer molar". Brasil: Amolca; 2013.
- 40.- Duarte C. A.: Cirugía Periodontal: Pre-protésica, Estética y Periimplantar. Brasil: Segunda Edición, Editorial Santos; 2010.

ANEXOS

ANEXO N 1

SOLICITUDES

Lima, 27 de abril del 2016

Solicito: Carta de Presentación para recolectar datos (tesis de pregrado)

Mg.
Carlos Gálvez Ramírez
DIRECTOR
E.A.P de Odontología
Universidad Norbert Wiener

Presente.-

De mi mayor consideración:

Yo, CANALES RAMOS MIGUEL ANGEL estudiante de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, con código n° 2009100656, solicito una Carta de Presentación dirigido a Mg. Carlos Gálvez Ramírez DIRECTOR E.A.P de Odontología Universidad Norbert Wiener para acceder a la respectiva institución y recolectar datos de mi proyecto de tesis para obtener el título de Cirujano Dentista “DIFERENCIAS ENTRE LA TÉCNICA DE INCISIÓN LINEAL Y LA TÉCNICA DE INCISIÓN TRIANGULAR EN EDEMA Y TRISMO POS EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA 2016” cuyo objetivo general es Determinar la diferencia entre la técnica de incisión lineal y la técnica de incisión triangular en edema y trismo post exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016.

El asesor de la respectiva investigación es el (la) Mg. Jimmy Ascanoa Olazo

Adjunto:

Atentamente,



CANALES RAMOS MIGUEL ANGEL
Estudiante de la E.A.P. de Odontología
Universidad Norbert Wiener

ANEXO 2

Lima, 27 de abril del 2016

Solicito ingreso a la institución para recolectar
datos para tesis de pregrado de odontología

Mg.
Carlos Gálvez Ramírez
DIRECTOR
E.A.P de Odontología
Universidad Norbert Wiener

Presente. -

De mi mayor consideración:

Yo, CANALES RAMOS MIGUEL ANGEL estudiante de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, con código n°2009100656, solicito me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el título de Cirujano Dentista "DIFERENCIAS ENTRE LA TÉCNICA DE INCISIÓN LINEAL Y LA TÉCNICA DE INCISIÓN TRIANGULAR EN EDEMA Y TRISMO POS EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA 2016"

cuyo objetivo general es Determinar la diferencia entre la técnica de incisión lineal y la técnica de incisión triangular en edema y trismo post exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 .La mencionada recolección de datos consiste en. Realizar 2 Incisiones triangular y lineal para las exodoncias de terceras molares retenidas y observar si existe o no diferencias en el edema y trismos luego de 7 días de haber realizado el procedimiento

Adjunto:



Atentamente

CANALES RAMOS MIGUEL ANGEL
Estudiante de la E.A.P. de Odontología
Universidad Norbert Wiener

ANEXO N° 3



Lima, 03 de mayo de 2016

Señor
Miguel Angel Canales Ramos
Alumno
Presente.-

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en referencia a su solicitud presentada sobre la realización de su proyecto de investigación titulado: "DIFERENCIA ENTRE LA TÉCNICA DE INCISIÓN LINEAL Y LA TÉCNICA DE INCISIÓN TRIANGULAR EN EDEMA Y TRISMO POST EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA 2016", hacemos de su conocimiento que la Dirección de la EAP de Odontología, autoriza y brinda las facilidades necesarias para que pueda realizar el levantamiento de información de su trabajo de investigación.

Es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


 Mg. Carlos Michel Gálvez Romero
Director (r)
Escuela Académica Profesional de
Odontología

ANEXO N°4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: / /

Edad: Género:

Nombre del paciente:

Domicilio:

Teléfono

Pieza Extraída:

Incisión Utilizada:

Medicación Utilizada:

EDEMA

ANGULOS Y MEDIDAS	ANTES DE LA CIRUGIA	SEPTIMO DIA
(A – Go) (T – Pog)		
(A – Go) (T – Po)		

APERTURA BUCAL

APERTURA BUCAL	ANTES DE LA CIRUGIA	SEPTIMO DIA
MEDICION MILIMETROS EN		

DATOS GENERALES DE LA FICHA DE
RECOLECCIÓN DE DATOS

**“INCISION TIPO BOLSA E INCISION TRIANGULAR Y SU EFECTO POSTOPERATORIO
EN EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER,
LIMA 2016 _ 2017”**

Población: 30 pacientes

Tiempo de recolección: 7 días

Momento: antes de la exodoncia y 7 días después de la exodoncia

Lugar: Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener

Metodología: Mediciones a través de puntos anatómicos

Validez: Calibrador de venner

Fiabilidad: Calibración

Tiempo máximo total de llenado: 7 días

ANEXO 5

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Canales Ramos, Miguel Angel Bachiller en Odontología de la Universidad Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es “INCISION TIPO BOLSA E INCISION TRIANGULAR Y SU EFECTO POSTOPERATORIO EN EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA 2016 _ 2017” La investigación consistirá en realizar 2 incisiones: triangular y tipo bolsa para las exodoncias de terceros molares retenidas y observar si existe o no diferencias en el edema y trismus luego de 7 días de haber realizado el procedimiento. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.

Desde ya le agradecemos su participación.

Mediante el presente documento yo,..... Identificado (a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el bachiller He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que serán realizados durante el desarrollo del estudio

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmo en señal de conformidad:

DNI:

Fecha:

Investigador:.....

Teléfono celular:.....

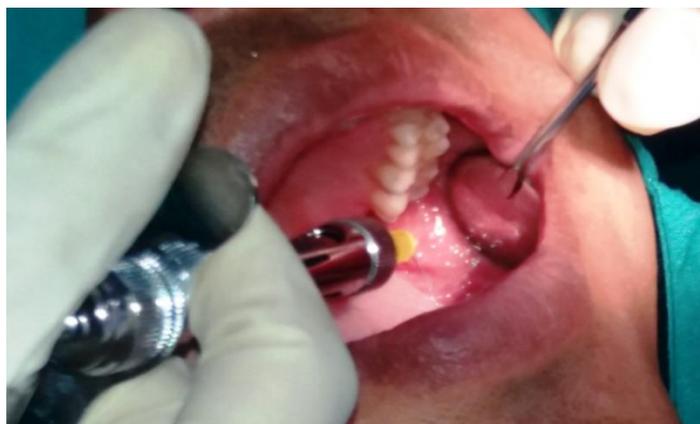
ANEXO N 6



Fotografía 1: Vestimenta del cirujano



Fotografía 2. Mesa quirúrgica



Fotografía 3. Aplicación de Anestesia



Fotografía 4. Incisión Triangular



Fotografía 5. Incisión Tipo bolsa



Fotografía 6. Osteotomía



Fotografía 7. Luxación



Fotografía 8. Exodoncia



Fotografía 9. Cierre de incisión tipo bolsa

Fotografía 10. Cierre de incisión Triangular



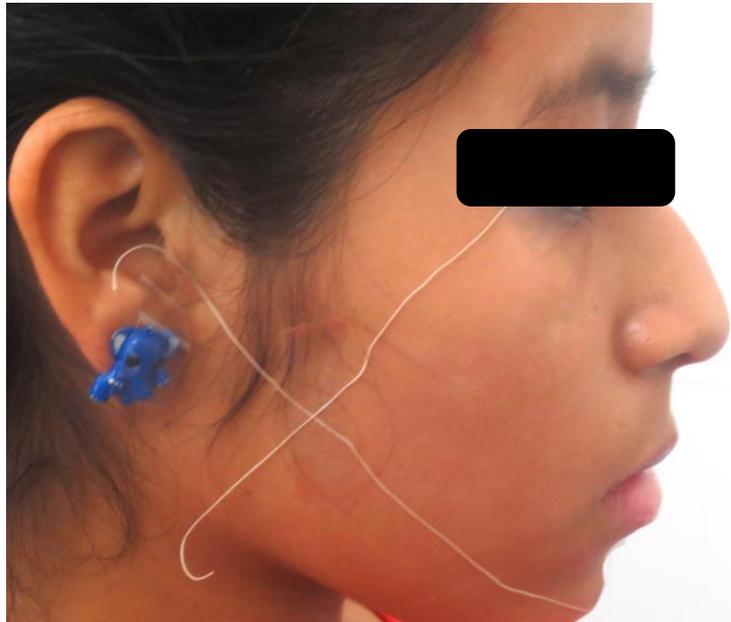
Fotografía 11. Evidencia



Fotografía 12. Retiro de los puntos al séptimo día.

MEDICIONES DEL ANCHO DE LA CARA AL SEPTIMO DIA

(A – Go) (T – Pog)



Fotografía 13. Puntos anatómicos



Fotografía 15. Ancho de la cara

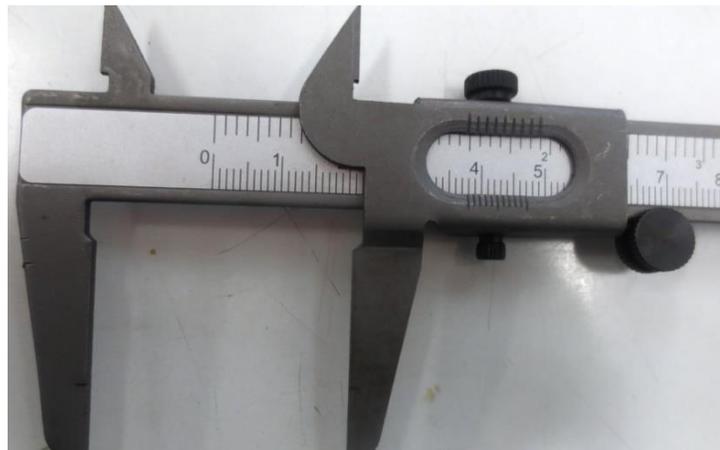


Fotografía 16. Arco Facial con el calibrador venner

MEDICION DE LA APERTURA BUCAL



Fotografía 17. Apertura Bucal



Fotografía 18. Calibrador de Verner

Matriz de Consistencia

“INCISION TIPO BOLSA E INCISION TRIANGULAR Y SU EFECTO POSTOPERATORIO EN EXODONCIAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA 2016 _ 2017”

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Existe diferencias entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la diferencia entre la incisión tipo bolsa y la incisión triangular en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p>	<p>La incisión tipo bolsa y la incisión triangular influyen en el efecto postoperatorio en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Tipo de Incisión (Tipo bolsa y triangular)</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Prospectivo, comparativo</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>Observacional, longitudinal</p> <p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>Todos los pacientes que fueron atendidos en la clínica de cirugía bucal II de la Universidad Norbert Wiener</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar las mediciones de los puntos anatómicas de la cara antes de la exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p>		<p>Variable dependiente</p> <p>Efecto postoperatorio en exodoncia de terceros molares retenidos</p>	<p>TIPO DE MUESTREO</p> <p>No probabilístico por conveniencia.</p> <p>Se escogieron a 30 pacientes con las características necesarias para la investigación</p>

	<p>Determinar el edema postoperatorio de la incisión tipo bolsa al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p> <p>Determinar el edema postoperatorio de la incisión triangular al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p> <p>Determinar la medición de la apertura bucal antes de la exodoncia de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p> <p>Determinar el trismus en la incisión tipo bolsa al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p>			<p>PROCESAMIENTO DE DATOS Paquete estadístico SPSS 24</p> <p>Análisis descriptivo:</p> <p>Tabla de frecuencias.</p> <p>Comparación:</p> <p>Prueba paramétrica de la T de Student</p>
--	---	--	--	---

	<p>Determinar el trismus en la incisión triangular al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p> <p>Determinar según género, la diferencia entre la incisión tipo bolsa e la incisión triangular en edema y trismus al séptimo día, en exodoncias de terceros molares retenidos en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016 _ 2017.</p>			
--	---	--	--	--