

Extracciones seriadas de terceros molares superiores: Reporte de un caso

Serial extractions of upper third molars: Report of a case

Chávez-Mejía, José Luis¹; Analuisa-Gavilanez, Micaela Maybeth²; Orozco-Zavala, Dennys Fernando³; Tutasig-Arias, Viviana Judith⁴.

Cita: Chávez-Mejía, J. L., Analuisa-Gavilanez, M. M., Orozco-Zavala, D. F., & Tutasig-Arias, V. J. (2025). Extracciones seriadas de terceros molares superiores: Reporte de un caso. *Innova Science Journal*, 3(3), 180-196.

<https://doi.org/10.63618/omd/isi/v3/n3/76>

Recibido: 25/04/2025

Aceptado: 13/06/2025

Publicado: 31/07/2025



Copyright: © 2025 por los autores. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. (CC BY-NC).**

[\(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

¹ Ministerio de Salud Pública en la comunidad Cebollar alto; Ecuador, Ambato; <https://orcid.org/0009-0002-7275-1076/print>; joselchavezmejia@gmail.com

² Ministerio de Salud Pública en la comunidad de San Vicente; Ecuador, Riobamba; <https://orcid.org/0009-0003-4306-5461>; oa.micaelamag82@uniandes.edu.ec

³ Ministerio de Salud Pública distrito 06d04, Santiago de Quito; Ecuador, Riobamba; <https://orcid.org/0000-0002-8951-1602>; feroro2014@gmail.com

⁴ Centro de Odontología Odontohill; Ecuador, Salcedo; <https://orcid.org/0009-0004-4361-0922>; Viviana.tutasig@unach.edu.ec

¹ Autor Correspondencia

 <https://doi.org/10.63618/omd/isi/v3/n3/76>

Resumen: Los terceros molares empiezan a desarrollarse alrededor de los 8 a 10 años, mientras que su erupción se da entre los 17 y 25, la frecuencia de inclusión de este órgano dental es de 47.5%, varios autores definen a las exodoncias quirúrgicas de tercero molares como una de las prácticas con mayor demanda dentro de la cirugía oral. Estas piezas dentales son las que presentan mayor variedad de morfologías, agenesias, etapas de erupción prolongadas e incluso patologías por lo cual es vital instaurar un diagnóstico acertado de tal manera que nos permita aplicar un correcto protocolo quirúrgico conociendo las posibles complicaciones. No existe un acuerdo entre los diversos autores con respecto al tratamiento tanto quirúrgico como conservador por las complicaciones que en un futuro estos órganos dentales pueden presentar. Algunos autores recomiendan el monitoreo del paciente con terceros molares asintomáticos, rechazando la extracción de estos órganos dentales hasta que no produzcan molestia o patología alguna.

Palabras clave: Exodoncia, extracción quirúrgica, terceros molares, cordales, complicaciones, cirugía oral.

Abstract: The third molars begin to develop around 8 to 10 years of age, while their eruption occurs between 17 and 25 years of age. The frequency of inclusion of this dental organ is 47.5%, and several authors define surgical exodontia of third molars as one of the practices with the highest demand in oral surgery. These dental pieces are the ones that present the greatest variety of morphologies, agenesis, prolonged eruption stages and even pathologies, for which reason it is vital to establish an accurate diagnosis in such a way that allows us to apply a correct surgical protocol knowing the possible complications. There is no agreement among the various authors with respect to both surgical and conservative treatment due to the complications that these dental organs may present in the future. Some authors recommend monitoring the patient with asymptomatic third molars, rejecting the extraction of these dental organs until they do not produce any discomfort or pathology.

Keywords: Exodontics, surgical extraction, third molars, wisdom teeth, complications, oral surgery.

1. Introducción

Los terceros molares superiores constituyen, según la literatura, los segundos órganos dentales con mayor prevalencia de inclusión o impactación ósea, precedidos únicamente por sus homólogos mandibulares. Esta condición se ve influenciada por diversos factores, entre los cuales destacan su tardía erupción y su compleja morfología radicular (Herrera Mujica, Ríos Villasis, León Manco, y Beltrán Silva, 2020). Estas piezas dentarias son las últimas en emerger en la cavidad oral, lo que frecuentemente genera limitaciones de espacio en el arco maxilar. Su anatomía irregular, con coronas que pueden alcanzar hasta 6 mm de altura y raíces de aproximadamente 11 mm, sumada a la diversidad en su orientación y localización dentro del maxilar superior, aumenta la probabilidad de anomalías eruptivas (Sifuentes Cervantes et al., 2021).

Anatómicamente, el tercer molar superior se encuentra ubicado entre el segundo molar y la región pterigomaxilar, en estrecha relación con el seno maxilar en sentido superior (Sifuentes Cervantes et al., 2021). Según Gay Escoda y Berini Aytés, (2004), estas piezas derivan del mismo cordón epitelial que origina el segundo molar, lo que sugiere una continuidad embriológica en su desarrollo. Su germinación inicia durante la vida intrauterina, al final del cuarto mes, localizándose en los extremos distales de la lámina dentaria (Donado y Martínez, 2015). La formación de estos molares comienza alrededor de los 8 años y culmina hacia la pubertad, con una erupción que puede producirse entre los 16 y los 25 años, evidenciando una considerable variabilidad interindividual (Sandoval, Rockenbach Binz, y Garcia Nuñez, 2022). Diversos estudios han señalado que los terceros molares presentan el mayor índice de hipoplasia dental y un patrón de maduración irregular. Asimismo, su prevalencia es mayor en hombres que en mujeres (Sánchez Sánchez, Corrales Rubio, y Murillo Pulgar, 2017). Una de las causas más relevantes de su inclusión es el déficit de crecimiento del maxilar superior, lo cual puede desencadenar sintomatología como dolor, inflamación e infecciones locales, debido a la falta de espacio suficiente para una erupción adecuada (Martínez Jiménez, Juárez Medel, Vargas Hernández, y Martínez Apreza, 2021).

Rivera Herrera et al., (2020), indica que la complejidad para en la erupción de estos dientes ha llevado a la creación de múltiples sistemas de clasificación. Entre ellos, destaca la clasificación de Winter, (1926) que categoriza a los terceros molares según la inclinación de su eje con respecto al segundo molar (vertical, mesioangulado, distoangulado, horizontal, invertido o transversal). Por su parte, la clasificación de Pell y Gregory evalúa la relación del molar con el plano oclusal (clases A, B y C), aunque está más orientada al estudio de terceros molares inferiores (Baeza et al., 2021). Factores evolutivos y anatómicos, como la reducción del uso masticatorio, (San Román Hernández et al., 2020). Para Peralta Ibarra, Peña Vega, y Rueda Jiméne, (2020), la cocción de alimentos y la consecuente disminución del tamaño de los arcos alveolares, también contribuyen a la alta incidencia de retención de estas piezas. Se estima que aproximadamente el 45% de la población presenta algún grado de retención de terceros molares, y en el caso de los superiores, la prevalencia varía entre el 16,8% y el 68,6% (González Espangler, 2019).

Las indicaciones para la extracción quirúrgica de los terceros molares superiores incluyen motivos profilácticos, infecciosos, prostodónticos, ortodónticos y periodontales. En el caso profiláctico, se recomienda la exodoncia de piezas asintomáticas que no

cumplen función dentro de la arcada, con el fin de prevenir patologías como quistes, infecciones o lesiones tumorales. Desde el enfoque infeccioso, la pericoronaritis es una de las principales razones, dada la frecuente presencia de tejido blando inflamado sobre la corona del molar. En el ámbito protésico, la erupción estimulada por prótesis mucosoportadas, o la necesidad de acceso a zonas disto-gingivales del segundo molar, también justifican la intervención quirúrgica. Ortodóncicamente, se ha reportado que los terceros molares pueden incidir en recidivas post-tratamiento, mientras que periodontalmente, se indica la extracción cuando dificultan el control de enfermedades periodontales en la región posterior (Gay Escoda y Berini Aytés, 2004).

No obstante, la exodoncia quirúrgica de terceros molares superiores no está exenta de complicaciones. Estas pueden ser intraoperatorias —como lesiones a tejidos blandos, hemorragias, o desplazamiento del molar hacia estructuras vecinas— y postoperatorias, entre las que se destacan la alveolitis, infecciones, hematomas o enfisemas (Cantos Álvarez, Aguilar Maldonado, y Crespo Crespo, 2022). La alveolitis, en particular, se ha reportado con una incidencia cercana al 35%. Estos riesgos aumentan ante factores como exodoncias traumáticas, diagnósticos inadecuados, o condiciones sistémicas del paciente (Poblete et al., 2020). Por ello, la intervención debe seguir los principios fundamentales de la cirugía oral, los cuales incluyen: diéresis, exéresis y síntesis de los tejidos, con el objetivo de minimizar complicaciones y favorecer una recuperación óptima.

2. Materiales y Métodos

El presente estudio corresponde a un reporte de caso clínico en el que se realizó la exodoncia quirúrgica de terceros molares superiores erupcionados, en un paciente adulto, clínicamente sano (ASA I), que acudió a consulta odontológica electiva. El procedimiento fue desarrollado bajo normas de bioseguridad y protocolos clínicos estandarizados para cirugía oral menor.

2.1. Evaluación diagnóstica

Como parte del protocolo de diagnóstico, se recopiló la historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales, familiares, motivo de consulta, signos vitales, y examen estomatognático general. Se realizó una odontograma clínica donde se registraron restauraciones existentes, piezas ausentes y presencia de caries.

Para el estudio de las piezas a intervenir, se solicitaron exámenes complementarios:

2.1.1. Radiografía panorámica:

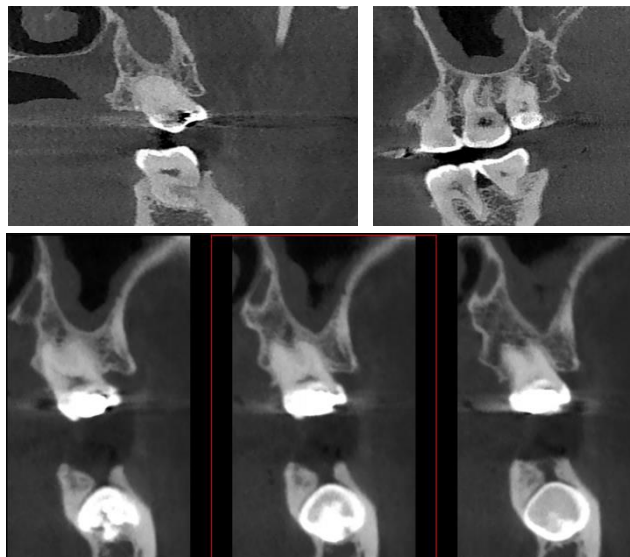
Con el fin de evaluar la morfología radicular de los terceros molares superiores (18 y 28), su relación con el seno maxilar, así como la integridad ósea del área periapical.

Figura 1.***Radiografía panorámica.***

Nota: Se evidencia que no existe relación de los terceros molares superiores con el seno maxilar, además de no presentar alguna patología aparentemente. Sus raíces no presentan gran dilaceración. Las coronas de los terceros molares superiores presentan amplia destrucción.

2.1.2. Tomografía computarizada (CBCT):

Se utilizó para valorar tridimensionalmente la cercanía entre la raíz disto-vestibular de la pieza 28 y el piso del seno maxilar, identificando una proximidad aproximada de 2 mm sin indicios de patología o discontinuidad ósea.

Figura 2.***Tomografía (proximidad de la pieza # 28 con el seno maxilar).***

Nota: Seno maxilar permeable sin patología aparente se observa hipodenso al igual que el piso del seno maxilar se observa hiperdenso, la raíz disto-vestibular se encuentra a una proximidad estimada de 2mm.

2.1.3. Exámenes de laboratorio:

Hemograma y pruebas generales dentro de parámetros normales, lo que validó la viabilidad del procedimiento quirúrgico sin riesgo sistémico.

Figura 3.

Exámenes de laboratorio.

HEMATOLOGIA			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
BIOMETRIA HEMATICA			
GLOBULOS ROJOS	5'590.000	10 ⁶ /ul	4.0 - 6.0
GLOBULOS BLANCOS	5.960	10 ³ /ul	4.0 - 10.0
HEMATOCRITO	49.8	%	37.0 - 54.0
HEMOGLOBINA	17.1	g/dl	12.0 - 18.0
PLAQUETAS	255.000	10 ³ /ul	150.0 - 450.0
NEUTROFILOS %	50.3	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS %	37.5	%	20.0 - 40.0
MONOCITOS %	10.3	%	3.0 - 10.0
EOSCINOFILOS %	1.9	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0	%	0.0 - 1.0
LINFOCITOS	2.24	10 ³ /ul	1.0 - 4.0
MONOCITOS	0.61	10 ³ /ul	0.0 - 1.0
NEUTROFILOS	3	10 ³ /ul	2.0 - 7.0
EOSCINOFILOS	0.11	10 ³ /ul	0.0 - 0.5
BASOFILOS	0	10 ³ /ul	0.0 - 0.0
VOL. CORPUSCULAR MEDIO	89.1	fl	80.0 - 100.0
HCM	30.5	pg	27.0 - 34.0
CHCM	34.2	g/dl	32.0 - 36.0
RDW_CV	13.1	%	11.0 - 16.0
RDW_SD	45.3	fl	35.0 - 56.0
VOL. PLAQUETARIO MEDIO	8.8	fl	6.0 - 12.0
PDW	16.2	fl	15.0 - 18.0
PCT	0.22	%	0.0 - 1.0

HEMOSTASIA			
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	12	seg	10 - 15
INR	0.85		0.8-1.3
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)	36	seg	20 - 40

Nota: El paciente presenta todos sus parámetros en un rango normal.

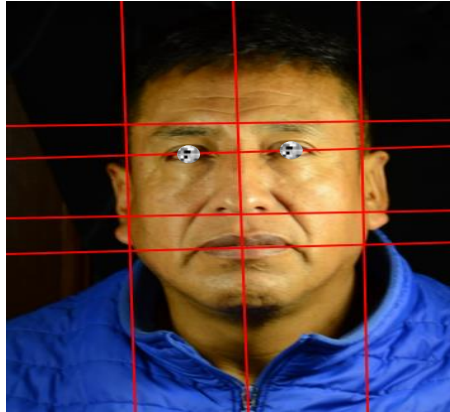
2.2. Análisis morfofuncional

Se realizó un análisis facial extraoral e intraoral mediante fotografías clínicas. En las vistas frontales y laterales se trazaron líneas de referencia para la evaluación simétrica y de tercios faciales. Se determinó un perfil facial recto con ligera predominancia del tercio inferior.

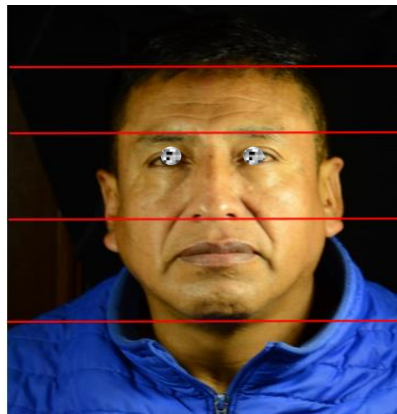
Figura 4.

Fotografías frontales sin sonrisa y con sonrisa.



Figura 5.***Análisis facial frontal.***

Nota: Se trazaron líneas de referencia horizontal y vertical, el paciente presente asimetría facial.

Figura 6.***Tercios faciales.***

Nota: Se trazaron líneas de referencia para medir los tercios faciales del paciente, se puede observar que presenta similitud entre los tercios, siendo ligeramente mayor el tercio inferior.

Figura 7.***Fotografías laterales***

Figura 8.***Análisis de perfil facial***

Nota: Para determinar el tipo de perfil del paciente se toma en cuenta los puntos de la glabella, el punto subnasal y el pogonion de tejidos blandos. Si la angulación es menor a 170° se considera un perfil convexo y si es mayor a 180° se considera cóncavo, un valor entre este intervalo representa un perfil recto. El paciente presenta una angulación de 170° representando un perfil recto.

En las vistas intraorales se identificó maloclusión dentaria, mordida abierta posterior unilateral derecha y giroversiones. Se documentó la ausencia de oclusión funcional de las piezas 18 y 28, sin contacto con sus antagonistas.

Figura 9.***Oclusión Frontal***

Nota: Se encuentra la línea media coincidente, presenta mal oclusión dentaria y giroversiones.

Figura 10.***Oclusión de lado derecho e izquierdo***

Nota: Se evidencia mordida abierta posterior unilateral del lado derecho provocada por atresia maxilar posterior.

Figura 11.

Oclusal Maxilar Superior



2.3. Plan de tratamiento

Se propuso un tratamiento dividido en cuatro fases:

2.3.1. Fase higiénica:

Profilaxis supragingival y curetaje manual para eliminar cálculo y placa.

Figura 12.

Profilaxis.

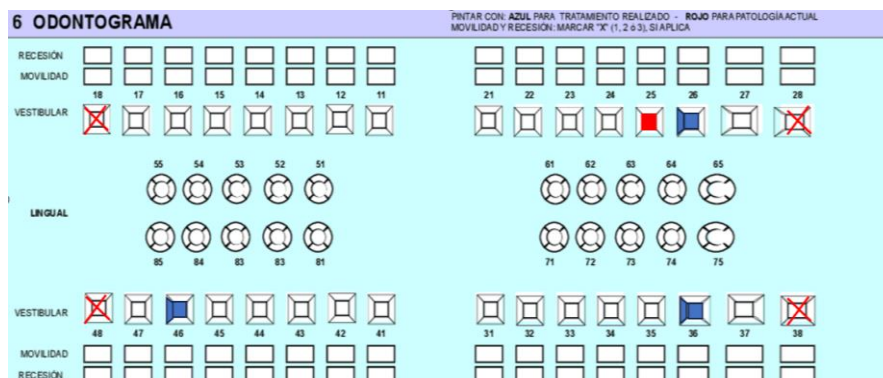


2.3.2. Fase operatoria:

Restauración de la pieza 25 con caries recidivante. Se consideró la posibilidad de tratamiento endodóntico.

Figura 13.

Odontograma.



2.3.3. Fase quirúrgica:

Exodoncia de los terceros molares superiores bajo anestesia local, utilizando técnica infiltrativa.

Figura 14.

Exodoncia



2.3.4. Fase de control y seguimiento:

Reevaluación clínica a los 15 días postoperatorios para verificar evolución y cicatrización.

2. 4. Procedimiento quirúrgico

Se cumplieron estrictamente las normas de asepsia y antisepsia, incluyendo:

- **Lavado quirúrgico de manos.**

Figura 15.

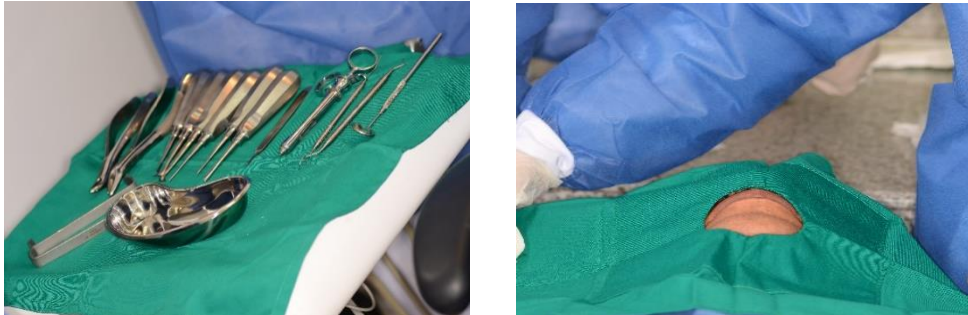
Lavado de manos



Nota: Lo primero que se realizó fue el lavado de manos, ya que se debe eliminar la mayor cantidad de microorganismos de ellas para minimizar el riesgo de infecciones.

- Colocación de campo estéril y organización del instrumental.

Figura 16.

Instrumental y campo estéril.

Nota: Se procedió con la colocación del equipo de protección personal, además de ordenar la mesa quirúrgica con todo el material esterilizado y colocar según los tiempos quirúrgicos a emplear. Finalmente se coloca el campo estéril sobre el paciente

- Antisepsia con clorhexidina en el sitio operatorio.

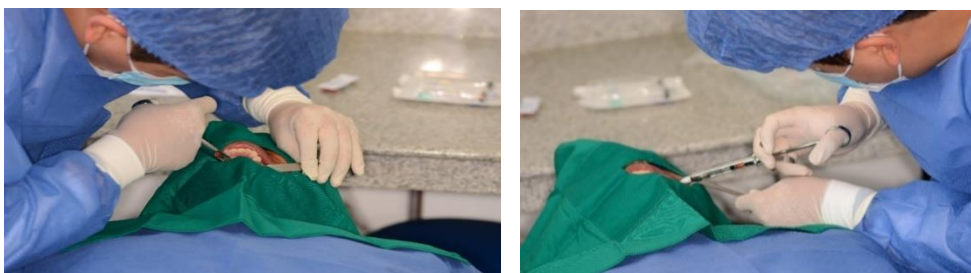
Figura 17.

Aplicación de Antisepsia.

Nota: Se procedió a realizar la antisepsia de los tejidos blandos del paciente con ayuda de una gasa empapada con clorhexidina, con el fin de minimizar la carga bacteriana de la piel del paciente

- Anestesia local con lidocaína al 2% con epinefrina (1:100.000), infiltrada en ambos cuadrantes superiores posteriores.

Figura 18.

Técnica de anestesia.

Nota: En cuanto la anestesia se aplicó tres cartuchos de lidocaína con epinefrina, un cartucho y medio en cada hemiarcada. Se utilizó la técnica infiltrativa a nivel de los terceros molares, con esta técnica se anestesia el nervio alveolar superior posterior por vestibular y el nervio palatino mayor por la zona palatina.

La técnica quirúrgica se ejecutó en los siguientes pasos:

- Separación gingival con sindesmótomo.

Figura 19.

Sindesmótomo.



Nota: Se procedió con la técnica anestésica sobre la pieza que se intervendrá, primero se usó el sindesmótomo para romper las fibras colágenas que rodean el diente.

- **Luxación progresiva con elevadores siguiendo los principios de palanca, cuña y rueda.**

Figura 20.

Luxación



Nota: Realizado esto con la ayuda de un elevador se empezó a luxar la pieza aplicando los principios básicos de la palanca, la cuña y la rueda.

- **Extracción con fórceps por movimientos controlados vestibulares y palatinos.**

Figura 21.

Avulsión



Nota: Con la ayuda de un fórceps se realizó la aprehensión y con movimientos hacia vestibular y palatino se produjo la avulsión de los terceros molares.

- **Verificación de la integridad del alveolo, sin presencia de comunicación bucosinusal.**

Figura 22.

Piezas 18 y 28.



Nota: Se realizó una inspección con el fin de verificar que no se observe la membrana sinusal por el alveolo con el objetivo de verificar que no exista una comunicación bucosinusal.

- **Curetaje y lavado con suero fisiológico.**

Figura 23.

Lavado del alveolo



Nota: Se ejecutó el curetaje, para luego realizar el lavado de los alveolos con suero fisiológico.

- **Sutura simple con puntos reabsorbibles.**

Figura 24.

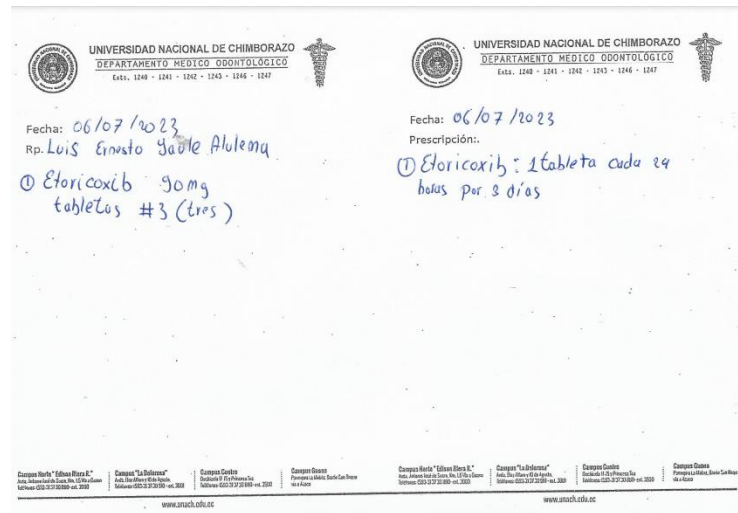
Sutura



Nota: Se procedió a suturar con puntos reabsorbibles.

- Entrega de indicaciones postoperatorias y receta médica con antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

Figura 25.

Receta médica.

Nota: Antes de que el paciente se retire se le dieron las indicaciones postquirúrgicas como mantener la gasa que se le colocó mordida durante una hora y luego de transcurrido el tiempo con las manos bien limpias retirársela. Durante las siguientes 24 horas es recomendable no escupir ningún tipo de fluido, evitar realizarse enjuagues orales, guardar absoluto reposo, dieta blanda, aplicar hielo en la zona por tres días y se le envió la receta médica con un AINE.

3. Resultados

El análisis clínico y radiográfico permitió diagnosticar la presencia de terceros molares superiores erupcionados y sin función oclusal, en posición vertical según la clasificación de Winter, con coronas parcialmente destruidas y restauraciones extensas. En tanto, los terceros molares inferiores estaban ausentes clínicamente, pero se identificaron incluidos en la radiografía, clasificándose como clase II-C y II-B según Pell y Gregory, respectivamente.

La radiografía panorámica descartó relación directa con el seno maxilar, mientras que la tomografía reveló una proximidad de 2 mm entre la raíz disto-vestibular de la pieza 28 y el piso del seno maxilar, sin compromiso de la membrana sinusal.

El análisis facial evidenció una asimetría leve con perfil recto, y en la exploración intraoral se constató una mordida abierta unilateral derecha por atresia del maxilar posterior, además de giroversiones y restauraciones existentes en piezas posteriores.

Durante el acto quirúrgico, las piezas 18 y 28 fueron extraídas exitosamente, sin complicaciones intraoperatorias. No se evidenció comunicación bucosinusal, sangrado excesivo ni fracturas radiculares. Se cumplió el protocolo quirúrgico sin incidentes, logrando un cierre primario adecuado mediante sutura.

A los 15 días postoperatorios, el control clínico reveló una correcta evolución del proceso de cicatrización, sin signos de infección, dolor residual, alveolitis ni complicaciones funcionales. El paciente refirió satisfacción con el procedimiento, sin molestias significativas.

4. Discusión

La exodoncia quirúrgica de los terceros molares continúa siendo uno de los procedimientos más frecuentes en la práctica de la cirugía oral, dada la alta incidencia de inclusión, erupción parcial o patología asociada a estas piezas dentarias (Prada Vidarte, Reátegui Navarro, Ikeda Artacho, y Arbildo Vega, 2021). Su indicación no se limita únicamente a la presencia de sintomatología evidente, sino que también se considera en pacientes asintomáticos cuando existen factores anatómicos, morfológicos o fisiológicos que podrían comprometer la salud bucodental en el mediano o largo plazo (Barrera Posada, Guerra Lea, y Martínez Treviño, 2021).

Los terceros molares, por su naturaleza evolutiva, son las últimas piezas en emerger, y su desarrollo embriológico y morfología altamente variable representan un desafío clínico. Su posición distal, dificultad de acceso para una higiene adecuada y la posible ausencia de antagonistas funcionales, los convierten en un factor de riesgo para la aparición de procesos infecciosos, quistes, reabsorciones radiculares del segundo molar, o enfermedad periodontal distal, incluso en ausencia de síntomas clínicos al momento de la evaluación. Por ello, numerosos autores abogan por su remoción preventiva cuando estos elementos están presentes (Ghaeminia et al., 2016; Menon, Gopinath, Li, Leung, y Botelho, 2018).

No obstante, existe también una postura conservadora respaldada por autores como Harris Ricardo, Puello Correa, González Quintero, y Reales Gutiérrez (2022), quienes señalan que la extracción de terceros molares asintomáticos y correctamente posicionados debe ser cuidadosamente valorada. Según esta perspectiva, una anamnesis rigurosa y un examen clínico y radiológico exhaustivo son esenciales antes de indicar la exodoncia. En algunos casos, un tercer molar que se encuentra en buena condición estructural puede ser conservado, especialmente si tiene potencial funcional o restaurador.

Adicionalmente, las técnicas ortoquirúrgicas actuales han permitido explorar nuevas alternativas a la exodoncia. La posibilidad de verticalizar un tercer molar mediante dispositivos como minitornillos de anclaje temporal ha abierto nuevas posibilidades terapéuticas. Esta intervención permite modificar la posición de un molar inclinado, facilitando su integración funcional en la arcada dental. En ese sentido, mantener el tercer molar puede ser clínicamente beneficioso, especialmente cuando existe la posibilidad de que en el futuro pueda sustituir a un molar ausente o cumplir funciones de pilar protésico (Xie, Wei, Zhou, y Huang, 2021).

El presente caso clínico ejemplifica la necesidad de evaluar integralmente cada situación. En el paciente tratado, las piezas 18 y 28, aunque erupcionadas, presentaban destrucción coronaria severa, ausencia de contacto oclusal y restauraciones comprometidas, lo que justificó su remoción desde un enfoque preventivo y funcional. La planificación quirúrgica se apoyó en estudios imagenológicos avanzados que

permitieron descartar riesgos como la comunicación bucosinusal y confirmar la proximidad segura con estructuras anatómicas relevantes.

En definitiva, la decisión de extraer un tercer molar debe basarse en una evaluación clínica, radiológica y funcional individualizada, considerando tanto los riesgos de mantener la pieza como los beneficios potenciales de su conservación. El juicio clínico del profesional, basado en evidencia científica actualizada y en la situación particular de cada paciente, es determinante para garantizar resultados exitosos y minimizar complicaciones.

5. Conclusiones

En este reporte de caso clínico se realizó una minuciosa anamnesis, inspección clínica y exámenes complementarios con los cuales se decidió que los terceros molares superiores debían extraerse debido a su falta de función dentro de la cavidad bucal, la difícil posición que impide una correcta higiene y por ser un posible factor de riesgo para otras patologías. El protocolo clínico se llevó a cabo eficientemente cumpliendo con todas las fases de manera correcta y de esta forma obtener la culminación del tratamiento exitosamente. Las clasificaciones existentes de acuerdo a la posición de los terceros molares nos permiten determinar el grado de complejidad que se llevara a cabo en la cirugía además de conocer si existe falta de espacio para que este diente erupcione, esto nos llevaría a la retención del mismo que provocaría problemas graves como una infección además de otros inconvenientes, es por esto que es indicada la extracción, siempre considerando las estructuras anatómicas adyacentes para lograr un adecuado procedimiento quirúrgico.

Referencias Bibliográficas

- Aguas Muñoz, M. J., y Mora Astorga, M. V. (2022). Impacto en el proceso de cicatrización post extracción de terceros molares mandibulares con plaquetas rica en fibrina: Revisión de literatura. *Revista Odontología Vital*, 1(36).
- Baeza, S., Cáceres, N., González, G., Guzmán, C., Sepúlveda, M. P., y Valenzuela, V. (2021). Caracterización de exodoncia de terceros molares. *Revista Científica Odontológica*, 9(3).
- Barrera Posada, P. M., Guerra Lea, D. A., y Martínez Treviño, J. A. (2021). Maxillary third molar displacement into the infratemporal fossa: Case report and literature review. *International Journal Odontostomat*, 15(4).
- Cantos Álvarez, B., Aguilar Maldonado, J., y Crespo Crespo, C. (2022). Protocolo de atención en cirugía de terceros molares en pacientes diabéticos: Revisión bibliográfica. *Odontología Samarquina*, 25(4).
- Donado, M., y Martínez, J. M. (2015). *Cirugía bucal: Patología y técnica* (4.^a ed.). Elsevier Masson.
- Gay Escoda, C., y Berini Aytés, L. (2004). *Tratado de cirugía bucal*. Ergon.

- Ghaemina, H., Perry, J., Nienhuijs, M., Toedtling, V., Tummers, M., Hoppenreijts, T., y Metsemakers, J. (2016). Surgical removal versus retention for the management of asymptomatic disease-free impacted wisdom teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8), CD003879. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003879.pub4>
- González Espangler, L. (2019). Características anatomorradiográficas de los terceros molares en adolescentes de la enseñanza preuniversitaria. *Revista Cubana de Estomatología*, 52(2).
- Gümrükçü, Z., Balaban, E., y Karabağ, M. (2021). Is there a relationship between third molar impaction types and the dimensional/angular measurement values of posterior mandible according to Pell y Gregory/Winter classification? *Oral Radiology*, 37.
- Harris Ricardo, J., Puello Correa, C., González Quintero, R., y Reales Gutierrez, Y. (2022). Abordaje quirúrgico para verticalización de tercer molar a través de minitornillo: ¿Es necesaria la extracción? *Revista Estomatológica Herediana*, 32(2).
- Herrera Mujica, R. R., Ríos Villasis, L. K., León Manco, R. A., y Beltrán Silva, J. A. (2020). Concordancia entre la radiografía panorámica y la tomografía computarizada de haz cónico en la relación de los terceros molares mandibulares con el conducto dentario inferior. *Revista Estomatológica Herediana*, 30(2).
- Marinkovic, D., Azócar, D., y Romo, L. (2020). Postoperative antibiotic therapy in healthy patients who underwent impacted third molar surgery. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 13(3).
- Martínez Jiménez, G., Juárez Medel, C. A., Vargas Hernández, H. G., y Martínez Apreza, D. (2021). Posicionamiento de terceros molares mediante análisis imagenológico de un centro radiológico de Acapulco, Guerrero. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 6(2).
- Menon, R. K., Gopinath, D., Li, K. Y., Leung, Y. Y., y Botelho, M. G. (2018). Does the use of amoxicillin/amoxicillin-clavulanic acid in third molar surgery reduce the risk of postoperative infection? A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 47(6), 705–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.01.003>
- Peralta Ibarra, E. N., Peña Vega, C. P., y Rueda Jiménez, A. (2020). Diagnóstico de quiste dentígero en sacos foliculares de terceros molares incluidos. *Acta Odontológica Colombiana*, 10(1).
- Poblete, F., Dallaserra, M., Yanine, N., Araya, I., Cortés, R., Vergara, C., et al. (2020). Incidence of post-surgical complications in oral surgery. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 13(1).

- Prada Vidarte, O. E., Reátegui Navarro, M., Ikeda Artacho, M. C., y Arbildo Vega, H. (2021). Comparison of two flap designs in the extraction of impacted mandibular third molars: A single-blind parallel randomized controlled clinical trial. *International Journal Odontostomat*, 15(4).
- Rivera Herrera, R. S., Esparza Villalpando, V., Bermeo Escalona, J. R., Martínez Rider, R., y Pozos Guillén, A. (2020). Análisis de concordancia de tres clasificaciones de terceros. *Gaceta Médica de México*, 156.
- San Román Hernández, J. V., Pozos Guillén, A., Martínez Rider, R., Ruiz Rodríguez, S., Garrocho Range, A., y Rosales Berber, M. Á. (2020). Radiographic evaluation of the presence/agenesis of third molars in a Mexican child population. *International Journal of Dental Sciences*, 22(1).
- Sandoval, M. A., Rockenbach Binz, M. C., y Garcia Nuñez, A. K. (2022). Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas más frecuentes en cirugía de terceros molares: Revisión de la literatura. *Revista San Gregorio*, (52), 189–202.
- Sánchez Sánchez, R. J., Corrales Rubio, H. A., y Murillo Pulgar, T. (2017). Formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados. *Revista Eugenio Espejo*, 11(2).
- Sifuentes Cervantes, J., Carrillo Morales, F., Castro Núñez, J., Cunningham, L., y Van Sickels, J. (2021). Third molar surgery: Past, present, and the future. *Oral Pathology and Oral Radiology*, 132(5).
- Winter, G. (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted third molar: A complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations*. American Medical Book Company.
- Xie, Q., Wei, S., Zhou, N., y Huang, X. (2021). Modified envelope flap, a novel incision design, can relieve complications after extraction of fully horizontal impacted mandibular third molar. *Journal of Dental Science*, 16.

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.