

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Odontología**

**Escuela Profesional de Odontología**



**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES  
DENTALES EN PACIENTES JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO  
BOLOGNESI DE CAYMA, AREQUIPA 2018.**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Cruz Sanomamani, Edikson Rodrigo**

Para optar el Título Profesional de:

**Cirujano dentista**

**Asesor:**

**Dra. Cáceres Bellido Lenia Victoria**

**Arequipa- Perú**

**2018**

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 88**

Vista la solicitud que presenta don (ña CRUZ SANOMAMANI EDIKSON RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES EN PACIENTES JOVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO  
DR WILLMER BALDARRAGO SALAS  
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

Arequipa, 13 de SETIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
  
DR. HERBERT CALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

- Corregir Manuscrito
  - Presentar copia de Historial Clínico
  - adjuntar Matriz de Datos
  - Ampliar las Recomendaciones
  - Revisar el número de casos y la constante
  - Revisar Dedicatorias
  - Revisar y Ampliar Referencias de Estudios
  - Revisar o Ampliar Conclusiones
- Arequipa 21-9-18

Se le puso al presente Dictamen  
para su dictamen  
Arequipa, 2018 - 2 - 10

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR WILLMER BALDARRAGO SALAS

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 88**

Vista la solicitud que presenta don (ña CRUZ SANOMAMANI EDIKSON RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES EN PACIENTES JOVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO  
DR WILLMER BALDARRAGO SALAS  
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

Arequipa, 13 de SETIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT SALGADOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*Revisado el: "ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES EN PACIENTES JOVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA AREQUIPA 2018" y en concordancia con la ley UNIVERSITARIA 30220 y el artículo 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente*

Arequipa, 2018

*Handwritten signature and date: 25 SEP 2018*

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 88**

Vista la solicitud que presenta don (ña CRUZ SANOMAMANI EDIKSON RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES EN PACIENTES JOVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI CAYMA AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

MGTER ALBERTO ALVARADO ACO  
DR WILLMER BALDARRAGO SALAS  
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

Arequipa, 13 de SETIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Revisado el Borrador de la Tesis realizó las siguientes observaciones:

- Corregir Redacción
- el Número de letra cambia
- Colocar año en las tablas y gráficos
- corregir ortografía
- corregir Conclusiones
- Aumentar matriz de datos

Relegida las correcciones se da paso para dar fecha de sustitución.

Arequipa, 2018, de Setiembre 19

### **Dedicatorias**

**A Dios que me ha brindado una vida llena de alegrías y aprendizaje, permitiéndome vivir una grata experiencia en mi etapa universitaria.**

**A la “Universidad Católica De Santa María”, por su formación profesional.**

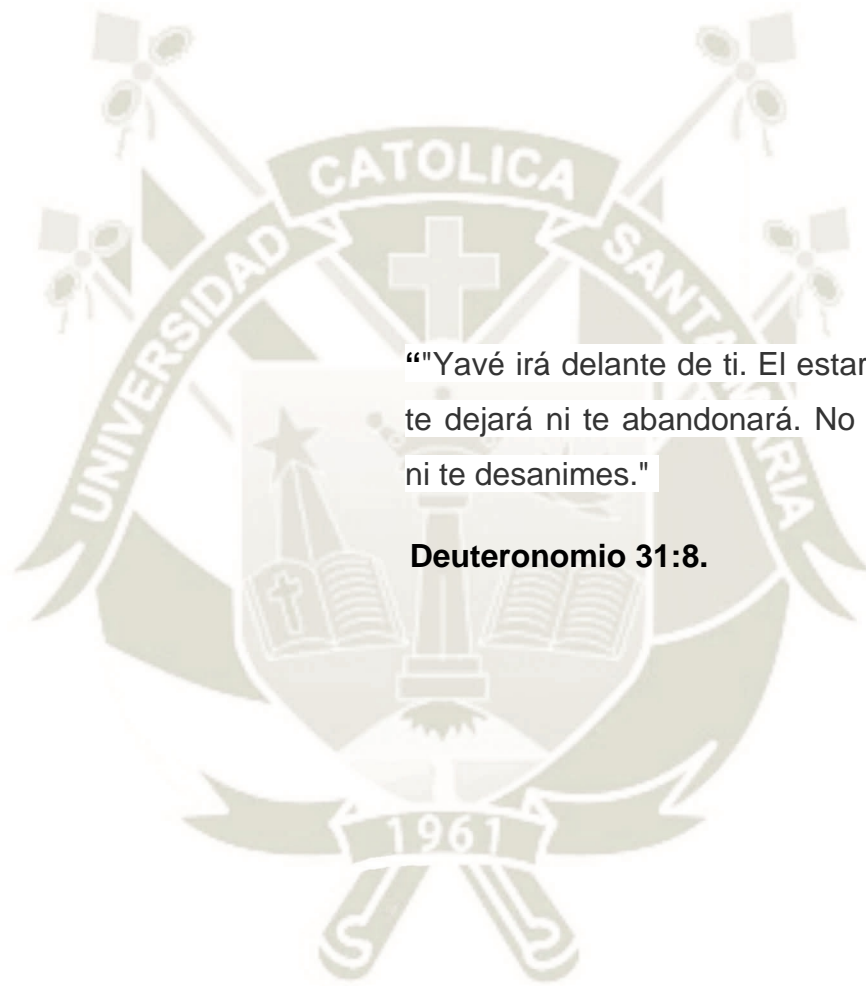
**A mis Padres Santiago y Juliana; por su motivación constante para alcanzar mis metas y propósitos. Gracias de corazón por todas las oportunidades que me han podido brindar.**

**A mis Hermanos Cesar, Henry y Renso; por su apoyo constante en mi formación profesional.**

**Al Dr. Edwin Delgado Álvarez por ser mi amigo más que docente y transmitirme sus diversos conocimientos, que me servirán tanto en mi camino profesional como de la vida.**

**A la Dra. María Barriga Flores por su apoyo y amistad, en mi etapa de estudiante universitario.**

**A la Dra. Lenia Cáceres Bellido por su apoyo en esta presente tesis.**



"Yavé irá delante de ti. El estará contigo; no te dejará ni te abandonará. No temas, pues, ni te desanimas."

**Deuteronomio 31:8.**

## INTRODUCCIÓN

Considerando la exodoncia “El procedimiento quirúrgico bucal que se lleva a cabo con más frecuencia.” (CANEDO, 2008)

“La extracción dental es un acto quirúrgico por medio del cual se elimina a un órgano dentario de su alveolo; a pesar de los esfuerzos de las políticas y acciones preventivas que buscan preservar la salud bucal, sigue siendo un procedimiento odontológico frecuente.” (Ramírez F., 2010)

Este tratamiento a pesar que se realiza con frecuencia, no debería ser un tratamiento de primera instancia más debería ser un tratamiento como último recurso, este trabajo de investigación se enfoca en determinar cuál es la etiología de las extracciones dentales. En la cual se realizó un estudio retrospectivo de tipo corte transversal para poder establecer sus causas de perdidas dentales.

Para lo cual se utilizaron fichas de observación revisando las Historias Clínicas para poder recolectar la información.

El primer capítulo de la investigación se determinará el problema y se describirá, comprende también de su taxonomía de investigación, interrogantes básicas, justificación, nuestros objetivos, marco teórico y revisión de los antecedentes investigativos, donde veremos que la exodoncia es un tratamiento que se realiza con más frecuencia y explicaremos el tema.

El segundo capítulo de la investigación nos muestra el Planteamiento Operacional, que comprende las técnicas, instrumentos y materiales de verificación de la presente investigación, campo de verificación, así como también la estrategia de recolección de datos y la estrategia para manejar resultados.

En el tercer capítulo se presentan los Resultados de nuestra Investigación que consta del plan de procesamiento y análisis estadístico de los datos, mediante

tablas, interpretaciones y gráficos, así mismo como las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente se incluye la Bibliografía, la Hemerografía, la Informatografía, y los Anexos correspondientes.



## ABSTRACT

In the present research work was carried out in the Francisco Bolognesi Health Center of Cayma, Arequipa-Peru with the aim of finding the etiology of dental extractions in the young age group patients that have been attended in the year 2017 of said Health Center. This research is descriptive, retrospective of a cross section of a documentary field, collected from 74 medical records of patients who had dental extractions during the year 2017.

The results obtained from the collected information were determined that the main cause of these dental extractions is pulp necrosis with 43.2%, followed by root rest with 22.9%, pulpitis with 20.3%, dental fracture with 9.5%, and finally impacted tooth with 4.1%

**Key words:** etiology, dental extractions, necrosis, fracture, radicular remnant, impacted.

## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa-Perú con el objetivo de encontrar la Etiología de las extracciones dentales en los pacientes del grupo etario jóvenes que han sido atendidos en el año 2017 de dicho Centro de Salud. Esta investigación es descriptiva, retrospectiva de corte transversal de un ámbito documental, recolectado de 74 Historias Clínicas de los pacientes que tuvieron extracciones dentales durante el año 2017.

Los resultados obtenidos de la información recolectada se determinaron que la principal causa de estas Extracciones dentales es Necrosis Pulpar con un 43,2 %, seguido de Resto Radicular con un 22.9%, Pulpitis con 20,3%, Fractura Dental con 9,5 %, y por ultimo Diente Impactado con un 4,1%.

**Palabras clave:** etiología, extracciones dentales, necrosis, fractura, resto radicular, impactado.

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	vi
ABSTRACT .....	viii
RESUMEN.....	ix
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Determinación del problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Enunciado del problema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Descripción del problema .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1. Campo, área y línea .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.2. Análisis u operacionalización de variables.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3.3. Tipo y nivel de problema .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4. Taxonomía de la investigación.....</b>	<b>4</b>
<b>1.5. Interrogantes básicas.....</b>	<b>5</b>
<b>1.6. Justificación .....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVOS:.....</b>	<b>7</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Conceptos Básicos.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1.1. Exodoncia.....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Indicaciones.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2.1. Caries dental.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2.2. Enfermedad periodontal .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2.3. Dientes retenidos .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2.4. Dientes supernumerarios.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2.5. Dientes erupcionados con anomalías de posición y situación .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2.6. Dientes temporales .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2.7. Dientes relacionados con quistes y tumores .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2.8. Dientes en áreas a irradiar .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.9. Dientes en focos de fracturas.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2.10. Periodontitis periapical.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.11. Dientes como focos de infección.....</b>	<b>21</b>

3.2.12.	Indicaciones protésicas.....	22
3.2.13.	Indicaciones ortodóncicas.....	22
3.2.14.	Indicaciones estéticas .....	24
3.2.15.	Indicaciones sociales.....	24
3.3.	Contraindicaciones.....	25
3.3.1.	Locales.....	25
3.3.2.	Generales.....	26
3.4.	Valoración preoperatoria.....	27
4.	Revisión de antecedentes investigativos .....	32
CAPÍTULO II .....		36
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....		36
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	37
1.1	Técnicas.....	37
1.1.1	Precisión de la técnica.....	37
1.1.2	Esquematzación: cuadro de coherencias .....	37
1.1.3	Descripción de la técnica.....	38
1.2	Instrumentos .....	38
1.2.1	Instrumento Documental.....	38
1.2.2	Instrumento Mecánico .....	38
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	39
2.1	Ubicación Espacial .....	39
2.2	Ubicación Temporal.....	39
2.3	Unidades de Estudio.....	39
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
3.1	Organización .....	40
3.2	Recursos.....	41
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS .....	41
4.1	Plan de procesamiento .....	41
CAPÍTULO III .....		44
RESULTADOS.....		44
CONCLUSIONES.....		59
Anexo 1.....		64

Anexo 2.....	65
Anexo 3.....	66
Anexo 4.....	70
Anexo 5.....	71



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Edad de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018 .....	45
Tabla N° 2 Sexo de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018 .....	47
Tabla N° 3 Etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	49
Tabla N° 4 Extracciones dentales según arcada en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	51
Tabla N° 5 Dientes extraídos a los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	53
Tabla N° 6 Pieza dental más extraída en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018 .....	46
Gráfico N° 2 Sexo de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018 .....	48
Gráfico N° 3 Etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	50
Gráfico N° 4 Extracciones dentales según arcada en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018 .....	52
Gráfico N° 5 Dientes extraídos a los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	55
Gráfico N° 6 Pieza dental más extraída en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma – Arequipa 2018.....	58



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del problema

La extracción dental es un tratamiento de último recurso para cuando los dientes afectados ya no puedan tener solución y estas estén propensas a traer problemas en boca. La preocupación es mucha ya que los pacientes a muy temprana edad ya empiezan a perder muchos dientes y por consecuencia tener problemas que desencadenan no tener una armonía bucal.

Actualmente en el siglo XXI vivimos en una odontología conservadora en el cual se trata de salvar al diente y tratar de que se conserve en boca el mayor tiempo posible para que tenga una armonía en boca.

El objeto de esta investigación es realizar una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los pacientes jóvenes de 18 a 29 años que se hayan realizado el tratamiento de extracción dental, para poder saber su etiología, el sexo más afectado y cuál es la pieza dental más afectada. Y poder implementar aquellas medidas preventivas para poder disminuir la causa de las pérdidas dentales.

### 1.2. Enunciado del problema

“Estudio Retrospectivo de la Etiología de las Extracciones Dentales en Pacientes Jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma. Arequipa 2018”.

### 1.3. Descripción del problema

#### 1.3.1. Campo, área y línea

- **Campo:** Ciencias de la salud.
- **Área:** Odontología.
- **Especialidad:** Cirugía Bucal.
- **Tópico específico:** Bioestadística de tratamiento de extracciones dentales.

#### 1.3.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES
ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES.	Es parte de la cirugía oral que concierne a la extracción dental	-Diagnóstico más frecuente	-Fractura dental -Resto radicular -Diente impactado -Pulpitis -Necrosis de la pulpa -Periodontitis -Absceso periapical
		-Sexo	-Femenino -Masculino
		-Pieza dental más frecuente	-Dientes Anteriores -Dientes Posteriores

### 1.3.3. Tipo y nivel de problema

- **Tipo**

Por la finalidad es pura o básica.

Por la naturaleza documental.

- **Nivel**

El estudio es de nivel descriptivo.

### 1.4. Taxonomía de la investigación

Abordaje	TIPOS DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	1. Técnica de recolección	2. Tipo de dato que se planifica recoger	3. Número de mediciones de la variable	4. Número de muestras	5. Ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	documental	Descriptivo retrospectivo	descriptivo

### 1.5. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuál es la etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes entre 18-29 años del Centro De Salud Francisco Bolognesi De Cayma registrados en el año 2017?
- b) ¿Cuál es la etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes entre 18-29 años según sexo del Centro De Salud Francisco Bolognesi De Cayma registrados en el año 2017?
- c) ¿Cuál es la pieza dental más extraída en pacientes jóvenes entre 18-29 años del Centro De Salud Francisco Bolognesi De Cayma registrados en el año 2017?

### 1.6. Justificación

La presente investigación se justifica por.

#### a) Actualidad

Actualmente las extracciones dentales en consulta del Centro de Salud es uno de los tratamientos más hechos y es necesario hacer esta investigación para poder ver la etiología de las extracciones dentales, el sexo más afectado y la pieza dental más afectada y poder disminuir la pérdida dental. Los datos que tomaremos serán solo del año 2017.

#### b) Originalidad

En nuestra localidad aún no se hizo este tipo de investigación en el Centro de Salud elegido, más aún con los parámetros que consideramos para esta investigación.

**c) Relevancia científica**

La presente investigación es científica porque aporta un registro epidemiológico que ayudará al Centro de Salud tener datos exactos para una futura investigación.

**d) Relevancia social.**

Tiene relevancia social, ya que ayudará a los odontólogos que trabajemos en los grupos etéreos anteriores a jóvenes y puedan tener una cultura odontológica y así disminuir la pérdida dental, y podamos trabajar más en la cultura de prevención.

**e) Viabilidad**

Esta investigación es factible ya que tiene la disponibilidad de las unidades de estudio, tiempo y dominio del tema por ser contemporáneo, los cuales serán financiados por el investigador.

**f) Conveniencia**

Resulta conveniente llevar a cabo esta investigación por la necesidad de obtener el título profesional de Cirujano Dentista y ayudar al Centro de Salud a tener una mejor idea a que nos estamos enfrentando para poder disminuir las extracciones dentales y poder trabajar en los pacientes próximos a que reciban este tratamiento.

**g) Contribución académica.**

Se conseguirá poder planificar programas con capacitaciones para los pacientes sobre lo importante que es conservar un diente en boca y sobre todo tener una cultura de prevención para no optar por las extracciones dentales.

## 2. OBJETIVOS:

- a) Determinar la etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes entre 18-29 años del Centro De Salud Francisco Bolognesi De Cayma registrados en el año 2017.
- b) Determinar la etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes entre 18-29 años del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma según sexo registrados en el año 2017.
- c) Determinar la pieza dental más extraída en pacientes jóvenes entre 18-29 años del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma registrados en el año 2017.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Conceptos Básicos

##### 3.1.1. Exodoncia

La “exodoncia”, término introducido por Winter, es la parte de la cirugía bucal que se ocupa, mediante unas técnicas e instrumental adecuados, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción de este del lecho óseo que lo alberga. Se puede asegurar que la exodoncia, acto quirúrgico mínimo y elemental, es la base de la cirugía bucal, bien sea como extracción “simple”, como extracción “quirúrgica” de un resto radicular o cuando se realiza en un diente con anomalía de posición o en situación más o menos ectópica (DONADO, 2009).

Clasificación del tipo:

##### 3.1.1.1. Exodoncia simple:

- **Concepto.** -Se entiende por exodoncia simple aquella que puede llevarse a cabo con la técnica clásica de fórceps y elevadores. Cualquier procedimiento en cirugía oral y especialmente en exodoncia, exige un empleo de una fuerza controlada.

El éxito depende de la técnica de:

- Expansión del proceso alveolar.
- Ruptura del ligamento alveolar.
- Separación de la inserción epitelial.

- **Instrumental básico en exodoncia simple**

El instrumental empleado en la exodoncia actúa aplicando una fuerza a la pieza que debe ser extraída mediante un mecanismo de palanca.

**Fórceps:** Instrumento que permite aplicar una fuerza controlada al diente a extraer. Existen numerosas variantes según el diente a exodonciar y las preferencias personales del cirujano. Consta de tres partes: parte activa o pico, parte pasiva o mango y la articulación o bisagra. La aplicación del fórceps al diente debe hacerse de forma que las dos ramas de su pico sean paralelas al eje longitudinal de la raíz. Actúa mediante un mecanismo de palanca de primer grado donde la resistencia está en el hueso y el punto de apoyo en el ápice dental.

**Elevadores:** instrumento para la exodoncia cuya acción consiste en:

- Separar la encía epitelial.
- Comenzar la luxación del diente. La realización de esta con elevador antes de aplicar el fórceps puede facilitar mucho la exodoncia.
- Comprobar la movilidad del diente.

Consta de tres partes: mango, tallo y hoja. (RASPALL, 2006)

### 3.1.1.2. Exodoncia complicada:

**Concepto.** - Se considera exodoncia complicada aquella que no puede realizarse según la técnica clásica con fórceps y que precisa de un abordaje quirúrgico con levantamiento de colgajo, ostectomía y/o odontosección. También es necesaria la aplicación de técnicas especiales.

Fases:

1. Anestesia.
2. Incisión y elevación del colgajo.

3. Ostectomía.
4. Odontosección.
5. Exodoncia.
6. Limpieza o desbridamiento de la herida.
7. Sutura Del Colgajo.

### Indicaciones de la exodoncia quirúrgica

- Intento infructuoso de exodoncia simple.
- Caries dental (en especial caries cervical).
- Hipercementosis.
- Morfología de las raíces, largas y finas, divergentes, dilaceradas.
- Esclerosis ósea.
- Reabsorción dentinaria.
- Proximidad de estructuras anatómicas importantes (canal dentinario, seno maxilar), en especial si se asocian a malformación de las raíces.
- Dientes endodonciados. (RASPALL, 2006)

#### 3.1.1.3. Exodoncias múltiples

**Concepto:** Se considera una variedad de a exodoncia complicada ya que la exodoncia de dientes adyacentes obliga a la utilización de diversas técnicas para remodelado del contorno óseo. (RASPALL, 2006)

## 3.2. Indicaciones

### 3.2.1. Caries dental

Es indicado cuando esta caries es muy avanzada e imposible su rehabilitación y poder salvar la pieza dental, por tal motivo se indica como extracción.

Caries de cuarto grado que no puede ser tratadas, habrá gran destrucción de la corona que imposibilita su reconstrucción, complicaciones de caries, la inaccesibilidad de la pieza o de los conductos que no permitan aplicar técnicas conservadoras (CANEDO, 2008).

La presencia de una amplia lesión cariosa, que ha llegado a extenderse subgingivalmente, es a menudo la indicación para proceder a la avulsión de un diente cuando su recuperación es ya muy difícil o imposible (CHIAPASCO, 2004).

En el trabajo longitudinal de Fure S. (1997), la mayor causa de la extracción dental fue la caries, que se pudo identificar en el 60 % de los pacientes, con un 77% en los pacientes del grupo de mayor edad. En los estudios longitudinales es incidencia de caries se subestima si no se tienen en cuenta las piezas perdidas. Por ello se introduce en este trabajo el índice de caries radicular en el que se tienen en cuenta las piezas perdidas (DMFRS %). El porcentaje de dientes extraídos durante los 5 años fue aumentando con la edad, con un promedio de 0,4; 0,8 y 1,4 para los pacientes de 60, 70 y 80 años, respectivamente (BARRANCOS, 2006).

### 3.2.2. Enfermedad periodontal

Cuando la enfermedad ha derivado en una excesiva pérdida del apoyo periodontal del diente, la movilidad tiende a aumentar de forma progresiva y se origina un traumatismo oclusal secundario, la extracción representa a menudo la única solución terapéutica (CHIAPASCO, 2004).

### 3.2.3. Dientes retenidos

#### Terminología:

**Retención:** Detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria. Incluye tanto dientes en proceso de erupción como los dientes impactados.

**Impactación:** Detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente, por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo mecánico:

- Otros dientes.
- Hueso de recubrimiento excesivamente denso.
- Fibrosis.
- Exceso de tejidos blandos.

La Impactación de una pieza se sospecha clínicamente cuando no se localiza en boca, mientras que ya han erupcionado tanto su pieza antagonista como la misma de la arcada contralateral.

El saco pericoronario puede estar abierto en boca o no.

Todo diente impactado es también no erupcionado

**Inclusión:** Detención total de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente por interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción de la pieza debido a la presencia de un obstáculo mecánico. Este queda retenido en el hueso maxilar rodeado aun de su saco pericoronario intacto.

**Malposición o ectopia:** El termino ectopia se refiere al diente incluido en una posición anómala, pero cercana a su lugar habitual. La heterotopía es una incluso en una posición irregular, pero más alejada de la localización normal (orbita, seno maxilar, apófisis coronoides, cóndilo mandibular).

#### **Incidencia y localización:**

El tercer molar tiene la mayor incidencia de Impactación dental y su extirpación quirúrgica es la intervención que con más frecuencia practican los cirujanos maxilofaciales. La exodoncia del tercer molar es la segunda intervención más frecuente realizada en estados unidos después de la histerectomía.

Aproximadamente un 17 % de los pacientes presentan inclusiones dentales. No todos los autores coinciden en cuanto a la frecuencia de Impactación de los distintos dientes, pero en general podemos afirmar que las piezas más frecuentemente impactados son:

- Primero: terceros molares mandibulares.
- Segundo: terceros molares maxilares.
- Tercero: caninos maxilares. (RASPALL, 2006)

### 3.2.4. Dientes supernumerarios

Los dientes supernumerarios son todos aquellos dientes “extra” o en exceso presentes en los maxilares, es decir, más de 20 en dentición temporal y más de 32 en la dentición permanente. Debe estar aumentado el número de dientes que componen normalmente cada grupo dentario, sea cual sea la forma y posición del diente que origina este aumento. Es importante especificar este número de dientes de un grupo determinado y no del total de la fórmula dentaria, ya que la existencia de dientes supernumerarios es compatible con la agenesia dentaria, por lo que, si solo nos fijamos en el número total, este puede estar compensado y podemos confundirnos en el diagnóstico. A la presencia de dientes supernumerarios también se le conoce con el nombre de hiperodoncia.

Los dientes supernumerarios pueden encontrarse erupcionados en la arcada, o bien incluidos en los maxilares, ocasionando los diversos cuadros clínicos

Los dientes supernumerarios erupcionados suelen ser no funcionales por lo que deben ser extraídos. Su exodoncia suele ser mucho más simple y equivalente a la de un diente normal. La indicación viene dada por motivos estéticos (diente displásico y/o en mal posición) y funcionales (ocupación de espacio en la arcada dentaria). (GAY, 2015)

#### **Mesiodents**

Los dientes supernumerarios que aparecen entre los incisivos centrales superiores. El Mesiodents es el diente supernumerario más común, representa para la mayoría de los autores del 50 a 80 % de total de ellos, y se puede presentar aislado o en pares, e

incluso se ha descrito tres, cuatro o más Mesiodents en un mismo individuo. También existe la coincidencia en el mismo individuo de Mesiodents con otros dientes supernumerarios o con agencias de otros dientes. Los Mesiodents no suelen tener un precursor temporal ni diente de reemplazo. En cuanto al tratamiento, el Mesiodents debe ser extraído antes de que cause complicaciones. El momento más adecuado podría ser cuando se han cerrado los ápices de los incisivos vecinos. (GAY, 2015)

#### **Cuarto molar**

El cuarto molar es el segundo diente supernumerario en orden de frecuencia. Por estar situado generalmente por detrás del tercer molar, también se denomina distomolar o retromolar.

Su forma y tamaño son bastante variables, aunque generalmente son rudimentarios, pequeños y de forma redondeada o cónica.

También encontramos para molares, premolares, incisivos y caninos; Todos ellos supernumerarios. (GAY, 2015)

#### **3.2.5. Dientes erupcionados con anomalías de posición y situación**

Los dientes erupcionados en posición ectópica son aquellos que erupcionan, total o parcialmente, fuera de su normal ubicación dentro de la arcada dentaria.

Por regla general, este problema afecta principalmente los últimos dientes de cada serie, es decir, terceros molares, segundos premolares, caninos e incisivos laterales.

La erupción ectópica más frecuente es la de los terceros molares.

La extracción de estos dientes erupcionados en posición anómala puede estar motivada por:

- Razones estéticas.
- Protésicas.
- Funcionales.
- Ortodóncicas.
- Por patología pulpar de dichos dientes.
- Patología periodontal de la zona donde están situados.
- Para evitar procesos de caries en los dientes vecinos.
- Ulceraciones de las mucosas o de la lengua.

En principio, es preferible extraer el diente mal alineado o ectópico que otro en correcta posición en la arcada dentaria.

Los dientes erupcionados en posición ectópica (linguoversión, vestibuloversión, mesioversión, etc.) presentan una relación con los dientes vecinos, las corticales óseas y los órganos vecinos, distinta que los erupcionados dentro de la arcada dentaria normal. La arquitectura del hueso es distinta y las posibilidades de acceso son diferentes.

Como normas generales específicas para la extracción de dientes erupcionados en posición anormal, destacamos:

- Dientes en vestibuloversión

En el maxilar superior se puede aplicar el botador desde la zona palatina, luxando el diente hacia el vestíbulo, dado que la cortical externa tiene menor grosor o está disminuida. En la

mandíbula se puede usar un fórceps con la parte activa de desigual tamaño.

- Dientes en linguoversión

El espesor de la cortical externa varía con el grado de desviación; normalmente esta cortical es gruesa. En cambio, la cortical interna es delgada. La luxación se efectúa hacia la cara palatina o lingual con el uso de botadores o fórceps con la parte activa de distinto tamaño.

- Dientes en mesioversión y distoversión

Estas anomalías de posición son muy frecuentes. La extracción de estos dientes vendrá condicionada por el grado de desviación; adecuaremos la posición del fórceps y recordaremos siempre que el eje de la parte activa debe seguir el eje longitudinal del diente a extraer. Los movimientos de luxación vendrán también condicionados por esta anomalía de dirección.

- Dientes en giroversión

En estos casos la mayor dificultad consiste en el difícil acceso al cuello dentario para la presa con el fórceps. Los movimientos de luxación deben dirigirse en el sentido de menor resistencia.

En la avulsión de dientes ectópicos, es relativamente frecuente que las maniobras quirúrgicas produzcan la movilización o incluso la luxación de los dientes adyacentes; por ello, debe prevenirse al paciente de esta eventualidad y emplear siempre una técnica más depurada. Es necesario recordar que tras la exodoncia puede ponerse de manifiesto una caries interproximal preexistente.

Cuando por la posición del diente o su grado de erupción es imposible la exodoncia convencional con fórceps o botadores, se planteará su extracción quirúrgica siguiendo la secuencia:

- Incisión,
- Despegamiento De Un Colgajo
- Osteotomía-Odontosección
- Luxación
- Extracción Del Diente Con Botadores
- Limpieza Y Legrado
- Sutura. (Open CourseWare, 2008)

### 3.2.6. Dientes temporales

La exodoncia en niños, es un procedimiento quirúrgico menor, aplicado por especialistas odontólogos del área de odontopediatría, quienes realizan este manejo a partir de indicaciones propias para el grupo etario de su competencia, y cuyas contraindicaciones difieren a las del grupo de los adultos. Los instrumentos utilizados son más pequeños, debido a la apertura bucal que presenta el niño, de ésta manera los fórceps para la extracción de dientes primarios se diseñan especialmente para la forma y el tamaño anatómico de estos dientes.

Maquera Gresia de la facultad de odontología de UMSA puntualizo las indicaciones de una extracción en niños:

1. *Extracción inmediata en dientes intruidos por trauma;* cuando el impacto se dirige hacia la cara palatina del incisivo, la corona se desplaza hacia vestibular y la raíz a palatino en dirección del germen dentario permanente sucesor en desarrollo, generando contacto entre el ápice del diente temporal y el germen dentario permanente, lo que lleva a un proceso inflamatorio cercano, que ocasiona injurias adicionales al germen dental en desarrollo.

2. *Presencia de enfermedades sistémicas* que contraindiquen la conservación del órgano dental afectado, como ocurre en el caso de la enfermedad de Still, con caries múltiple, que provoca empeoramiento de enfermedad de base.
3. *Alteración en la secuencia eruptiva* por persistencia del diente deciduo.
4. *Lesiones pulpares* incapaces de ser resueltas.
5. *Erupción ectópica de caninos maxilares*, o cuando existe el riesgo de resorción de los incisivos permanentes. (MAQUERA, 2012)

### **3.2.7. Dientes relacionados con quistes y tumores**

La presencia de dientes incluidos en el interior del hueso alveolar representa un gran riesgo para el desarrollo de quistes y tumores odontogénicos. Sin embargo, parece que no existe correlación, entre la existencia de estas lesiones y los dientes incluidos. De esta forma, no es correcto indicar la remoción de tales dientes como forma de prevenir el desarrollo de los quistes y tumores odontogénicos, como lo es en la prevención de caries, en la enfermedad periodontal y en la periocoronitis. (MEDEIROS, 2006)

### 3.2.8. Dientes en áreas a irradiar

Prevención de la Osteorradionecrosis:

Antes de la Radioterapia:

- Extracciones dentarias 15- 21 días antes de la radioterapia
- Eliminación quirúrgica de torus o irregularidades óseas cubiertas de mucosa delgada
- Remoción de dientes que estén en el campo de radiación
- Profilaxis dental y aplicaciones tópicas de flúor. (MEDINA, 1997).

### 3.2.9. Dientes en focos de fracturas

Clásicamente, estos dientes se incluían como indicación absoluta de extracción para no alterar los mecanismos fisiológicos de recuperación ósea. Con las posibilidades actuales de prevención de la infección y siempre bajo criterios personalizados, se permite la conservación de un diente siempre y cuando éste no esté infectado y sea utilizable para una correcta oclusión del segmento óseo posterior.

En estos traumatismos pueden producirse subluxaciones o luxaciones dentarias. Dependiendo de la región, el estado del diente y el tiempo transcurrido, la conducta será conservadora o extraccionista. (FLOR, 2014).

### 3.2.10. Periodontitis periapical

La extracción está indicada cuando:

- La lesión periapical no responde a la terapia endodóncica.
- No es posible realizar una terapia endodóncica ortógrada por la presencia de obstáculos no removibles en el sistema de conductos.
- El paciente rechaza la posibilidad de realizar una intervención de cirugía periapical o ésta está contraindicada por el riesgo de lesionar estructuras anatómicas importantes. (CHIAPASCO, 2004)

### 3.2.11. Dientes como focos de infección

En algunos pacientes los motivos para hacer una extracción dentaria no se fundamentan tanto en las condiciones locales de la pieza sino en su situación sistémica; ejemplos de ellos son los pacientes que se encuentran en protocolos de eliminación de focos de infección potenciales, tales como aquellos que van a iniciar terapia de radiación o están siendo preparados para recibir el trasplante de un órgano, o bien, se les hará algún tipo de cirugía cardíaca. En cualquiera de los casos antes mencionados, el propiciar una infección podría poner en riesgo la vida del paciente y por tal motivo se toma la decisión de sacrificar una o más piezas si con ello se favorece el pronóstico general. (FLOR, 2014).

### **3.2.12. Indicaciones protésicas**

Cuando un paciente tiene pocos dientes remanentes con mal pronóstico para restauraciones convencionales, con mucha frecuencia se decide su exodoncia y la elaboración de prótesis total con la consecuente reabsorción del reborde alveolar residual; de tal manera, que en el plazo de 2 ó 3 años, es preciso confeccionar nuevas prótesis con deficiencias crecientes de soporte, retención y estabilidad. Se puede plantear también la exodoncia de dientes remanentes y colocar implantes de osteointegración que son indudablemente una solución importante tanto para el paciente desdentado total como para el desdentado parcial. (HERNANDEZ, 2001)

En muchos casos se realiza las exodoncias para la colocación de la prótesis fija implanto soportada provisional. Luego se espera para la toma de impresiones definitivas a la cicatrización de los tejidos blandos para la realizar la prótesis definitiva. (SEPA, 2005)

### **3.2.13. Indicaciones ortodóncicas**

Por lo general, se ha postulado la erupción de los terceros molares como causa del apiñamiento dental anterior. Por ello, un gran número de pacientes son enviados al cirujano para su extracción previa al inicio del tratamiento ortodóncico. Uno de los estudios más importante lo llevaron a cabo Lindquist y Thilander en 1982 en una serie de pacientes con Impactación bilateral de los terceros molares mandibulares en los que solo uno de los dos molares fue extraído manteniendo al lado contralateral de control. Tres años más tarde no encontraron diferencias en cuanto al apiñamiento anterior entre ambos lados. No obstante, sigue sin

haber consenso sobre el tema. Lo que si es sabido es que el apiñamiento puede producirse por otras causas como retraso en el crecimiento mandibular, desequilibrio de los incisivos respecto a los tejidos blandos circundantes, patrones de crecimiento extremos, hábitos funcionales y excesivos fuerza oclusal en la mordida. Esta última causa ha sido estudiada por Southard, y encontró que cuando se aplica una carga sobre dientes posteriores, el componente anterior de la fuerza oclusal progresa anteriormente a través de los contactos interproximales hasta los dientes del frente anterior (NAVARRO, 2008).

Para algunos autores, el tercer molar mandibular constituye un factor determinante en el desarrollo del apiñamiento incisivo, concluyendo que la extracción de los mismos resulta beneficiosa en casos de apiñamiento inicial severo. Sin embargo, otros autores se sitúan en el extremo opuesto, y consideran, de forma categórica, que los terceros molares no juegan un papel importante ni decisivo en la aparición de estas anomalías. Entre los postulados de unos y otros se sitúa un grupo, quizás el más numeroso, que opina que los terceros molares inferiores en combinación con otros factores pueden contribuir al desarrollo del apiñamiento.

Por tanto, será indicada la exodoncia de terceros molares inferiores por motivos ortodóncicos en discrepancias oseodentarias, como ayuda en el mantenimiento o retención de los resultados obtenidos con tratamientos ortodóncicos u ortopédicos, o bien cuando el ortodoncista necesita distalizar los sectores posteriores de la arcada dentaria (MÉNDEZ, 2007).

### 3.2.14. Indicaciones estéticas

El tratamiento de extracciones habría dado lugar a una mejoría dental, la visualización de los objetivos terapéuticos de la cara permitió conseguir la corrección dental y el refuerzo de la estética (GRABER, 2006).

### 3.2.15. Indicaciones sociales

Por último, aunque parezca injustificable y no sea muy académico, es incuestionable la existencia de ciertos condicionamientos económicos que pueden obligar a una extracción. Por supuesto, serán dientes cariados o infectados susceptibles de tratamientos conservadores, restauradores o endodóncicos, que permitan su mantenimiento en el proceso alveolar. En estos casos existen enfermos que no pueden soportar la carga económica que estos tratamientos representan y que, además, todavía no se contemplan en las prestaciones actuales de la sanidad pública. (FLOR, 2014)

Los factores determinantes para que un paciente opte una exodoncia frente a un tratamiento conservador son la falta de conocimiento y educación sanitaria (46.5%) y el factor económico que limita al usuario acceder a otro tipo de tratamiento (44.25%) (VALDEZ, 2016).

### 3.3. Contraindicaciones

#### 3.3.1. Locales

Un estado de flogosis aguda de los tejidos periodontales, en presencia de amplios depósitos de placa bacteriana y sarro, es una contraindicación relativa para la realización de una extracción porque aumenta el riesgo de complicaciones infecciosas y la duración del procedimiento de curación, además de hacer más difícil el manejo de los tejidos y disminuir el efecto de la anestesia local. En particular, la gingivitis ulceronecrótica debe ser considerada una contraindicación absoluta. En estos casos, podrá realizarse la extracción después de una adecuada terapia etiológica, con miras a resolver el cuadro de inflamación aguda y reducir la carga bacteriana oral.

Cuadros de estomatitis e inflamación aguda de las mucosas orales. La presencia de una estomatitis de origen herpético, por ejemplo, es una contraindicación para la avulsión, ya que esta puede causar su difusión y agravar el cuadro clínico.

También las pericoronaritis agudas de un diente semiincluido y de los abscesos dentoalveolares deberían ser tratadas mediante terapia antibiótica y local antes de realizar la avulsión del diente. Un elemento dentinario que se presenta en continuidad con un tumor, sobre todo si es maligno, no debe extraerse para reducir el riesgo de diseminar las células neoplásicas.

La extracción de un diente que se encuentra en una zona en la que se ha aplicado radioterapia debe ser realizada con

particulares precauciones, debido a la hipoxia de los tejidos, con riesgo de infección y osteorradionecrosis. (CHIAPASCO, 2004)

### 3.3.2. Generales

Son trastornos o alteraciones sistémicas que obligan a un control por parte del médico internista y a demorar la intervención a causa del peligro de descompensación o aparición de complicaciones que agravan el cuadro general. Dentro de las cuales tenemos: diabetes mellitus descompensada, enfermos hepáticos enfermos cardíacos, hipertensos, enfermos renales, hipertiroides, epilépticos, con insuficiencia suprarrenal, diátesis hemorrágica, hemofilia, leucosis, agranulocitosis, fiebre de origen desconocido, estados de debilidad general, psicosis, neurosis, enfermos psíquicamente disminuidos, estados fisiológicos como la menstruación, embarazo y senilidad. (FLOR, 2014).

- Todos los estados de inmunodeficiencia deben valorarse con precaución ya que pueden provocar morbilidad postoperatoria
- En los seis meses siguientes a un infarto de miocardio.
- Enfermedades metabólicas descompensadas. Insuficiencia suprarrenal, diabetes mellitus, insuficiencia renal...
- Primer y último trimestre del embarazo.
- Coagulopatías no controladas.
- Tratamiento con bisfosfonatos intravenosos
- Leucemias y linfomas no controlados.
- Hipertensión arterial descompensada (Santamaria G, 2018).

- Después de una quimioterapia y radioterapia se debe esperar 6 meses para realizar la extracción dental del diente dañado (Propdental, s.f.).

### 3.4. Valoración preoperatoria

La valoración preoperatoria debería conseguir establecer el grado de dificultad de una extracción para elegir la técnica quirúrgica más adecuada. Existen dos diferentes abordajes quirúrgicos.

- La técnica quirúrgica básica, que no prevé el despegamiento de un colgajo, se realiza principalmente con los fórceps de extracción y se aplica para las llamadas exodoncias simples.
- La técnica quirúrgica abierta comporta, en cambio, el despegamiento de un colgajo y, en general, también la eliminación de cierta cantidad de tejido óseo (ostectomía). Además, puede ser oportuno subdividir el diente en partes (odontosección: en este caso se habla de exodoncias complejas).

En general, la elección entre las dos técnicas quirúrgicas debería realizarse siempre preoperatoriamente, sobre la base de una correcta valoración de las dificultades. De esta manera, debería ser posible seleccionar la técnica quirúrgica menos traumática, que en muchos casos está representada por la técnica quirúrgica abierta. La correcta planificación también es importante desde el punto de vista ergonómico, para una adecuada evaluación de los tiempos y del instrumental. Las extracciones complejas precisan, en efecto un instrumental específico, más amplio que del requerido para una extracción simple y muy parecida al que se necesita para la avulsión de los dientes incluidos.

La técnica quirúrgica básica puede convertirse en técnica quirúrgica abierta en el caso de dificultades imprevistas, es decir, cuando una extracción programada como sencilla se transforme en compleja.

¿Cuáles son los factores que se deben valorar con ocasión de la visita pre quirúrgico para planificar correctamente la avulsión?

1. Balance preoperatorio general
2. Valoración radiológica: la extracción de un diente, incluso aunque presente una movilidad muy acentuada, no debe realizarse antes de su valoración radiográfica. En muchos casos es suficiente realizar una radiografía intraoral, pero cuando es necesario disponer de un cuadro más amplio de las relaciones entre un diente y las estructuras anatómicas circundantes es mejor efectuar una radiografía panorámica. La tomografía computarizada está indicada solo en casos particulares, cuando existen riesgos importantes de la lesión de las estructuras anatómicas adyacentes.
3. Valoración de la anatomía radicular: la valoración radiográfica permite definir la conformación radicular de un diente, que es el factor más importante a la hora de establecer la dificultad de su extracción y de elegir la técnica quirúrgica. El número de raíces es el primer factor que se debe valorar: de hecho, algunos dientes presentan un número anómalo de raíces y su conocimiento permite la técnica quirúrgica (mediante separación de las raíces) evitando, por ejemplo, la fractura.

La forma de las raíces, y en particular sus curvaturas, longitud y su grado de divergencia, son factores importantes que pueden influir en el protocolo quirúrgico. En algunos casos, cuando existen curvaturas acentuadas y

de alguna longitud considerable, el diente no puede ser extraído íntegro, sin que se realice cierta cantidad de ostectomía o sin que las raíces sean separadas entre sí. Muy a menudo, además, el diámetro de la zona de emergencia de un molar desde el proceso alveolar es netamente inferior al diámetro en las raíces: en estos casos, la extracción con fórceps requiere la aplicación de una fuerza mayor, por lo que resulta más traumática para el paciente y presenta un mayor riesgo de fractura del proceso alveolar. Por esta razón, es preferible una técnica abierta con separación de las raíces, sobre todo cuando es importante conservar el proceso alveolar (p, ej., con fines implantológicos). También la presencia de una raíz abultada con un ápice ensanchado puede constituir un factor desfavorable. La presencia de reabsorción radicular, tanto interna como externa, hace que la raíz sea más frágil y puede ser causa de fractura, sobre todo si la extracción se realiza mediante fórceps. También los dientes que con anterioridad han recibido una terapia endodóncica presentan un mayor riesgo de fractura durante la extracción. En estos casos, el despegamiento de un colgajo, la eliminación de una cierta cantidad de tejido óseo y la separación final de las raíces consiguen una extracción más rápida y menos traumática.

4. Valoración de la movilidad del diente: la extracción de un diente con una elevada movilidad, hallazgo frecuente en caso de una enfermedad periodontal, presenta generalmente escasa dificultad. En cambio, la completa ausencia de movilidad de un diente debe hacer sospechar su anquilosis, es decir, la fusión entre cemento radicular y hueso alveolar, sobre todo cuando la falta de movilidad se

asocia con un cuadro radiológico de desaparición del espacio periodontal. Una anquilosis parcial de un elemento deciduo a menudo impide la erupción normal del permanente: en estos casos, el deciduo debe ser extraído y esta intervención debe ser considerada como complicada.

5. Evaluación de las relaciones con las estructuras anatómicas adyacentes: antes de extraer un molar superior es importante conocer las relaciones existentes entre sus raíces y el suelo del seno maxilar. En presencia de una fina capa ósea entre las raíces y el seno maxilar, es más probable que la extracción se produzca una comunicación orosinusal. En estos casos, es más oportuno proceder mediante técnica quirúrgica abierta, es decir, levantando un colgajo mucoperióstico, y proceder a la separación de las raíces antes de extraerlas. Esto permite mantener los septos interradiculares y el proceso alveolar vestibular, que utilizando el fórceps se podrían fracturar: la comunicación orosinusal será, por tanto, de menor entidad y más fácil de controlar. También las relaciones entre las raíces de los molares inferiores, sobre todo de los terceros molares, y el conducto mandibular, deberían investigarse siempre. Por la misma razón, la posición del foramen mentoniano debe ser conocida cuando es necesario despegar un colgajo en la región de los premolares inferiores.

6. Situación clínica de la corona del diente: la presencia de una amplia lesión cariosa en la parte coronal de un diente, sobre todo cuando la caries se extiende por debajo del margen gingival y afecta la raíz, puede hacer imposible la utilización del fórceps y exigir un abordaje quirúrgico. En los dientes con grandes restauraciones coronales, el uso del fórceps debe ser muy cauto, para evitar un estallido de la

corona, que después podría impedir su utilización. en estos casos, de todas formas, es importante que el fórceps agarre el diente lo más apicalmente posible, evitando actuar sobre la corona protésica.

7. Valoración de la posición del diente que se debe extraer en el ámbito de la arcada dentaria: la extracción de un diente mal posicionado, en presencia de apiñamiento dentario, puede complicar la utilización del fórceps y requerir un abordaje quirúrgico abierto o con otros instrumentos.
8. Mineralización del hueso alveolar circundantes: los huesos alveolares con un aspecto radiológico de mayor radiotransparencia tiene una menor densidad y la dificultad en las extracciones es menor. Por el contrario, cuando el hueso alveolar presenta una radio opacidad superior a la normal, la extracción podría ser más compleja, a causa de la mayor mineralización y la menor elasticidad del tejido óseo. En pacientes bruxistas, estas características están presentes a menudo.
9. Presencia de lesiones periapicales: Es útil conocer la existencia de lesiones periapicales en el ámbito de la planificación de una avulsión. En estos casos, en efecto, es necesario realizar una cuidadosa revisión del alveolo después de la extracción para evitar que restos de tejido de granulación o epitelial, presentes en el fondo del alveolo, puedan dar lugar a la formación de una lesión quística (los llamados quistes residuales). (CHIAPASCO, 2004)

#### 4. Revisión de antecedentes investigativos

##### **Antecedentes Internacionales (ECUADOR)**

**TÍTULO:** ETIOLOGÍA DE LA EXTRACCIÓN DENTAL EN PACIENTES DE 30 - 60 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD SANTA ANA, MARZO- JUNIO DE 2015. ECUADOR

**AUTOR:** Cárdenas Sancán, Julia  
Mendoza Santana, Gema Rossybell (2015)

**FUENTE:**

<http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/315/1/OD-T1495.pdf>

##### **RESUMEN**

En el trabajo investigativo se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Santa Ana, con el objetivo de determinar la etiología de la extracción de piezas dentarias en pacientes de 30-60 años de edad que asisten al Centro de Salud Santa Ana, en el periodo de abril a junio de 2015. La investigación se la realizó a través de un estudio descriptivo de corte transversal aplicada 100 pacientes del Centro de Salud Santa Ana. De los resultados obtenidos de los instrumentos recolectores de información se determinó que la principal causa de pérdida dentaria es la pulpitis en un 40%, seguida de la periodontitis un 16%, restos radiculares 10%. En este Centro de Salud, la mayor parte de los pacientes en un 72% no han recibido charlas sobre la higiene bucal, por lo que se realizaran charlas educativas para concientizar a los adultos de que tan importante es la higiene oral y de las consecuencias que esta puede provocar en el futuro.

**Antecedentes Nacionales (HUÁNUCO – PERÚ)**

**TÍTULO:** CAUSAS QUE DETERMINAN LA EXODONCIA DENTAL EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS 2016

**AUTOR:** Laurente Cervantes, Beatriz (2017)

**FUENTE:**

<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/385/LAURENTE%20CERVANTES%2c%20Beatriz.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

**RESUMEN**

La investigación se realizó con el objetivo de determinar las causas que determinan la exodoncia dental en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis, 2016. El estudio fue de tipo de investigación básico, nivel descriptivo y método no experimental. La muestra de estudio estuvo formada por 100 pacientes adultos de ambos sexos. El instrumento para la recolección de datos se utilizó las Historias Clínicas y un cuestionario con preguntas relacionados a las causas que determinan la exodoncia dental. Por tanto, se llegaron a conclusiones: Un 56% de adultos presentaron edades entre 23 – 35 años con más extracciones dentales, de los cuales el 61% fueron de sexo femenino; el 59% de promedio general de pacientes afirmaron que la mala higiene bucal, la forma inadecuada de alimentarse, el nivel socioeconómico y el sistémico fueron las causas determinantes para la exodoncia dental.

### **Antecedentes Locales**

**TÍTULO:** “FRECUENCIA DE PIEZAS DENTALES EXTRAÍDAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA EN LAS ASIGNATURAS DE CIRUGÍA BUCAL II Y III, AREQUIPA 2014.”

**AUTOR:** Andree Stiven Flor Pinto (2015)

### **FUENTE:**

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3368/64.2581.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

### **RESUMEN**

El propósito de este trabajo fue obtener un registro estadístico de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María atendidos durante el año 2014 en las asignaturas de Cirugía Bucal II y III. Se evaluó a los pacientes a través de sus historias clínicas, por lo que se optó en recolectar estas, solicitándolas a los alumnos que las elaboraron. Se consiguieron revisar 609 historias clínicas con las cuales se obtuvo un total de 1196 extracciones, de las aproximadamente 5202 extracciones que los alumnos debieron realizar durante ese periodo de tiempo. La información se consignó en la ficha de registro y con ella se elaboró la matriz de datos. Todos los datos fueron registrados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel® y se trataron estadísticamente, realizando tablas de frecuencia y gráficos para cada variable. Los objetivos fueron evaluar la edad, el sexo, el diagnóstico y el grupo dentario con mayor frecuencia de necesitar procedimientos de exodoncia. Los resultados obtenidos mostraron que los adultos jóvenes tuvieron mayor frecuencia de ser sometidos a exodoncias con un

porcentaje del 45.3%. En cuanto al sexo no hubo diferencia significativa, siendo el sexo femenino el que obtuvo mayor porcentaje con un 56%. El diagnóstico que más se presentó fue el ser resto radicular con un 51.8%. El grupo dentario de los molares tuvieron mayor frecuencia presentándose en un 45.1%, mientras que los caninos fueron los que tuvieron menor frecuencia con un 6.9%. Con respecto a la hemiarcada (tanto superior como inferior) en el que se realizaron las extracciones no encontramos una diferencia significativa apreciándose que la mayoría de piezas se ubicaron en la hemiarcada izquierda (52.3%). La arcada superior presentó mayor cantidad de exodoncias con un 56.6% en tanto la arcada inferior tuvo un 43.4%. Se concluyó que es necesario tener un departamento estadístico que lleve un registro de los pacientes que ingresan a la Clínica Odontológica de nuestra facultad, ya que los estudios epidemiológicos, son esenciales para establecer la necesidad de implementar programas de prestación de servicios de salud oral eficientes, y para promover la creación de programas de prevención en las distintas poblaciones.



## **CAPÍTULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1 Técnicas

#### 1.1.1 Precisión de la técnica

Se empleará la técnica de observación para verificar la variable independiente.

#### 1.1.2 Esquematización: cuadro de coherencias

Variable	Indicadores	Sub-indicadores	Técnica	Instrumento
<b>Variable independiente</b> Etiología de las extracciones dentales.	-Diagnóstico más frecuente	-Fractura dental -Resto radicular -Diente impactado -Pulpitis -Necrosis de la pulpa -Periodontitis -Absceso periapical	Documental Observacional	Ficha de registro
	-Sexo	-Femenino -Masculino	Documental Observacional	Documental Observacional
	-Pieza dental más frecuente	-Dientes Anteriores -Dientes Posteriores	Documental Observacional	Documental Observacional

### 1.1.3 Descripción de la técnica

La observación se realizará a las Historias Clínicas para poder saber la etiología de las extracciones dentales según el diagnóstico más utilizado, según sexo, según la pieza dental más extraída.

## 1.2 Instrumentos

### 1.2.1 Instrumento Documental

a) Como instrumento documental se aplicará:

Ficha de observación para la revisión de las Historias Clínicas atendidas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi De Cayma del año 2017.

b) Modelo Del Instrumento:

Anexo 1

### 1.2.2 Instrumento Mecánico

Como instrumento mecánico se utilizará:

- Ficha de Registro
- Computadora
- Mandil
- Cámara fotográfica
- Útiles de escritorio

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 Ubicación Espacial

#### 2.1.1 Ámbito General

La investigación se realizará en el Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma de Arequipa- Perú.

#### 2.1.2 Ámbito Específico

Área de Historias Clínicas del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa – Perú.

### 2.2 Ubicación Temporal

Esta investigación se realizó en el año 2018, es un estudio retrospectivo y de un periodo transversal o seccional porque se realizó en un solo periodo de tiempo con datos registrados en el año 2017.

### 2.3 Unidades de Estudio.

#### 2.3.1 Unidades de análisis

Constituido por las Historias Clínicas de los pacientes del Centro De Salud Francisco Bolognesi De Cayma, Arequipa los tratamientos registrados en el año 2017.

#### 2.3.2 Características de los casos

##### a. Criterios de inclusión

Las unidades de estudio para ser incluidas en la investigación deberán reunir las siguientes características:

- Historias Clínicas de pacientes entre 18 a 29 años registrados en el año 2017.
- Historias Clínicas de pacientes de ambos géneros registrados en el año 2017.

#### **b. Criterios de exclusión**

No serán incluidas en la investigación las unidades de estudio que presenten las siguientes características:

- Historias Clínicas de pacientes que sean menores a 18 años y mayores a 29 años.
- Historias Clínicas de pacientes que no se hayan registrado correctamente.
- Historias Clínicas de pacientes que no hayan sido registrados en el año 2017.

#### **2.3.3 Cuantificación de casos**

El universo estuvo conformado por el total de 74 pacientes jóvenes.

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1 Organización**

Antes de recoger la información, serán necesarias las siguientes actividades:

- Autorización de la dirección de la Gerencia De La Micro Red Francisco Bolognesi De Cayma.
- Coordinación con el área de Admisión encargada de Historias Clínicas.
- Coordinación con el área de Odontología de la Micro Red.

### **3.2 Recursos**

#### **3.2.1 Recursos humanos**

**Investigador:** Cruz Sanomamani Edikson Rodrigo.

**Asesor:** Dra. Lenia Victoria Cáceres Bellido.

#### **3.2.2 Recursos físicos**

Ambiente de trabajo:

Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma- Arequipa.

#### **3.2.3 Recursos financieros**

El presupuesto para la recolección de datos y otras tareas de investigación serán financiados por el investigador.

#### **3.2.4 Recursos institucionales**

Universidad Católica de Santa María.

Centro de Salud Francisco Bolognesi.

## **4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS**

### **4.1 Plan de procesamiento**

#### **a. Tipo de Procesamiento**

Del tipo computarizado.

Matriz de registro y control computarizado; para la evaluación del cuestionario se hizo la correspondencia con el sumario de respuestas.

Se utilizaron los siguientes programas:

- Microsoft Word 2010.
- Microsoft Excel 2010.

## b. Plan de Operaciones

- **Clasificación:**

Matriz de sistematización para ordenar la información proveniente de los instrumentos que figurara en anexos de la tesis.

- **Codificación:**

Digital

- **Conteo:**

Se utilizará matriz de recuento que figura en el Anexo 3.

- **Tabulación:**

Se utilizarán tablas de datos.

- **Graficación:**

Se utilizarán gráficos de barras.

## c. Plan de Análisis de Datos

- **METODOLOGÍA DE INTERPRETACIÓN DE DATOS:**

La interpretación se realizará con matrices de tabulación, luego un análisis crítico, después se explicará las tendencias.

- **MODALIDADES INTERPRETATIVAS**

La interpretación se hará seguida a cada cuadro. Se hará una breve discusión.

- **NIVELES DE INTERPRETACIÓN**

Se utilizará los niveles analíticos, de síntesis, de inducción y de deducción.

**Nivel de conclusiones**

- **Forma:** Se sugerirá en base a los datos y las conclusiones del trabajo de investigación.

- **Orientación a nivel:**

Del ejercicio profesional.

De la línea de investigación.

De la formación profesional.

De la aplicación práctica.

Variable	Indicadores	Sub-indicadores	Escala de medición	Análisis
<b>Variable independiente</b> Etiología de las extracciones dentales.	-Diagnóstico más frecuente	-Fractura dental -Resto radicular -Diente impactado -Pulpitis -Necrosis de la pulpa -Periodontitis -Absceso periapical	Nominal	Estadístico
	-Sexo	-Femenino -Masculino	Nominal	Estadístico
	-Pieza dental más frecuente	-Dientes Anteriores -Dientes Posteriores	Nominal	Estadístico



## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS**

**Tabla N° 1 Exodoncias según edad de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

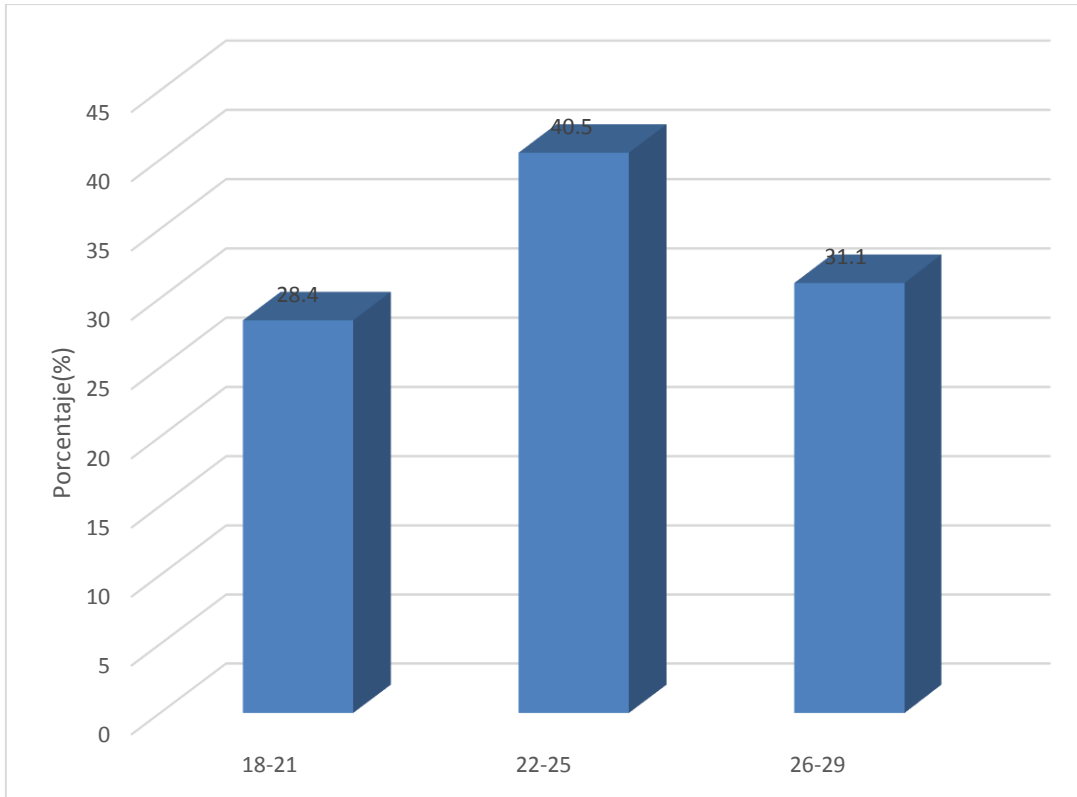
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>18-21</b>	21	28,4
<b>22-25</b>	30	40,5
<b>26-27</b>	23	31,1
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

**Interpretación:**

La Tabla N°. 1 Muestra que el 40.5% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma tienen entre 22-25 años, el 31.1% tienen entre 26-29 años, mientras que el 28.4% de los pacientes tienen entre 18-21 años. En su totalidad de pacientes tenemos 74 que se han realizado exodoncias.

**Gráfico N° 1 Exodoncias según edad de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**



Fuente: Elaboración propia (2018).

**Tabla N° 2 Exodoncias según Sexo de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

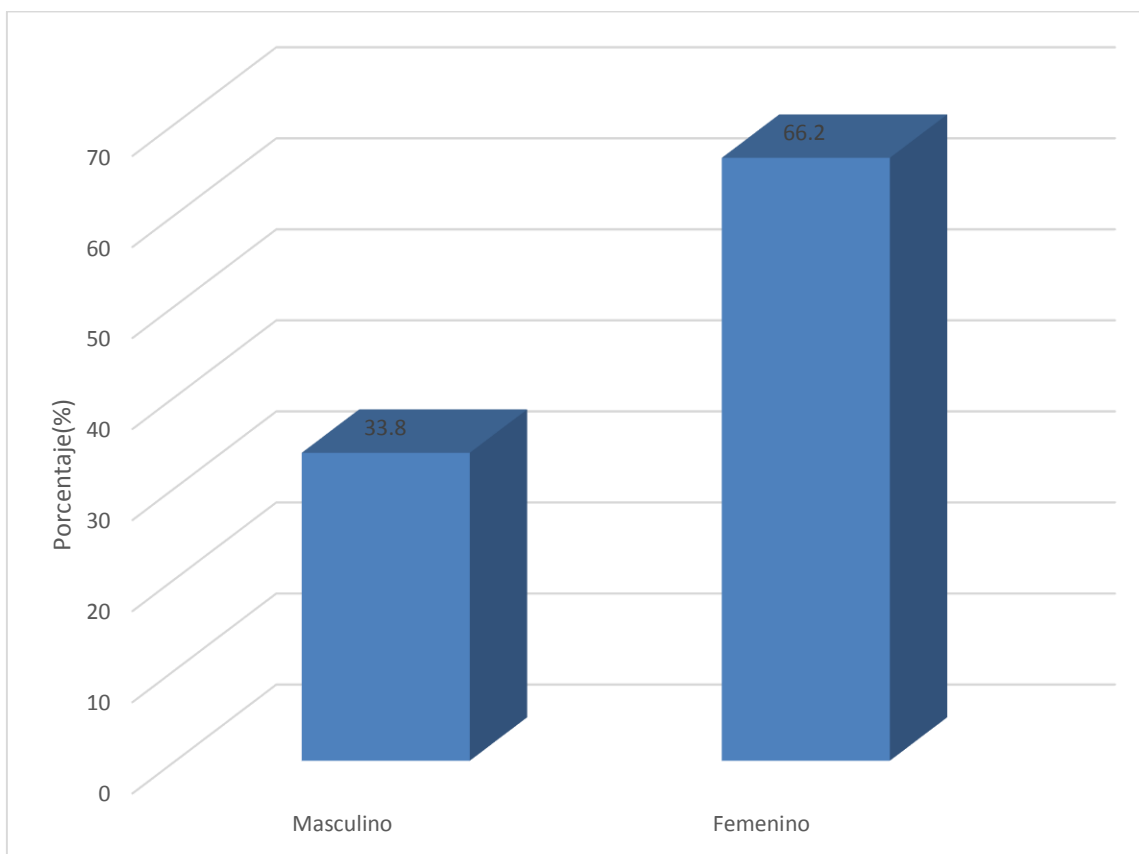
<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Masculino</b>	25	33,8
<b>Femenino</b>	49	66,2
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

**Interpretación:**

La Tabla N°. 2 Muestra que el 66.2% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma son de sexo femenino, mientras que el 33.8% de los pacientes son de sexo masculino.

**Gráfico N° 2 Exodoncias según Sexo de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma registrados en el año 2017.**



Fuente: Elaboración propia (2018).

**Tabla N° 3 Etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

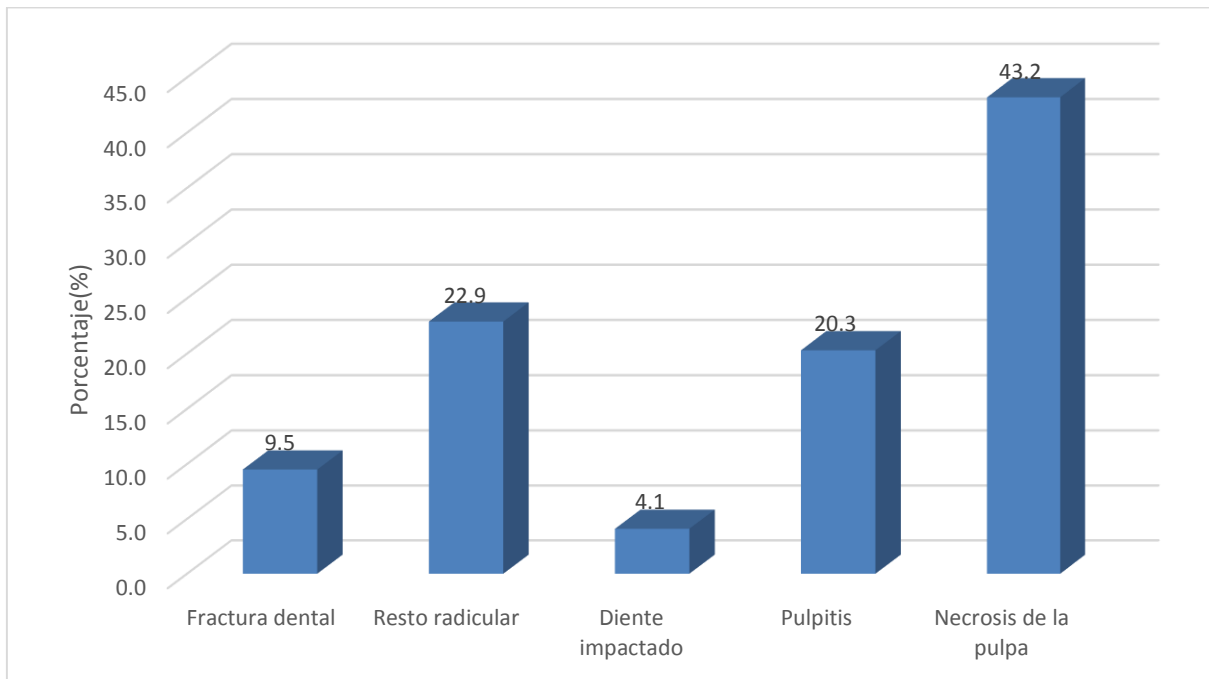
<b>Etiología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Fractura dental</b>	7	9,5
<b>Resto radicular</b>	17	22,9
<b>Diente impactado</b>	3	4,1
<b>Pulpitis</b>	15	20,3
<b>Necrosis de la pulpa</b>	32	43,2
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

Interpretación:

La Tabla N°. 3 Muestra que el 43.2% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma tuvieron como principal diagnóstico extracción dental a causa de Necrosis de la pulpa, seguido de Resto radicular con un porcentaje de 22.9%, mientras que al 4.1% de los pacientes se les extrajeron piezas dentales por la Impactación del diente, siendo la causa de menor número.

**Gráfico N° 3 Etiología de las extracciones dentales en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**



Fuente: Elaboración propia (2018).

**Tabla N° 4 Extracciones dentales según arcada en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

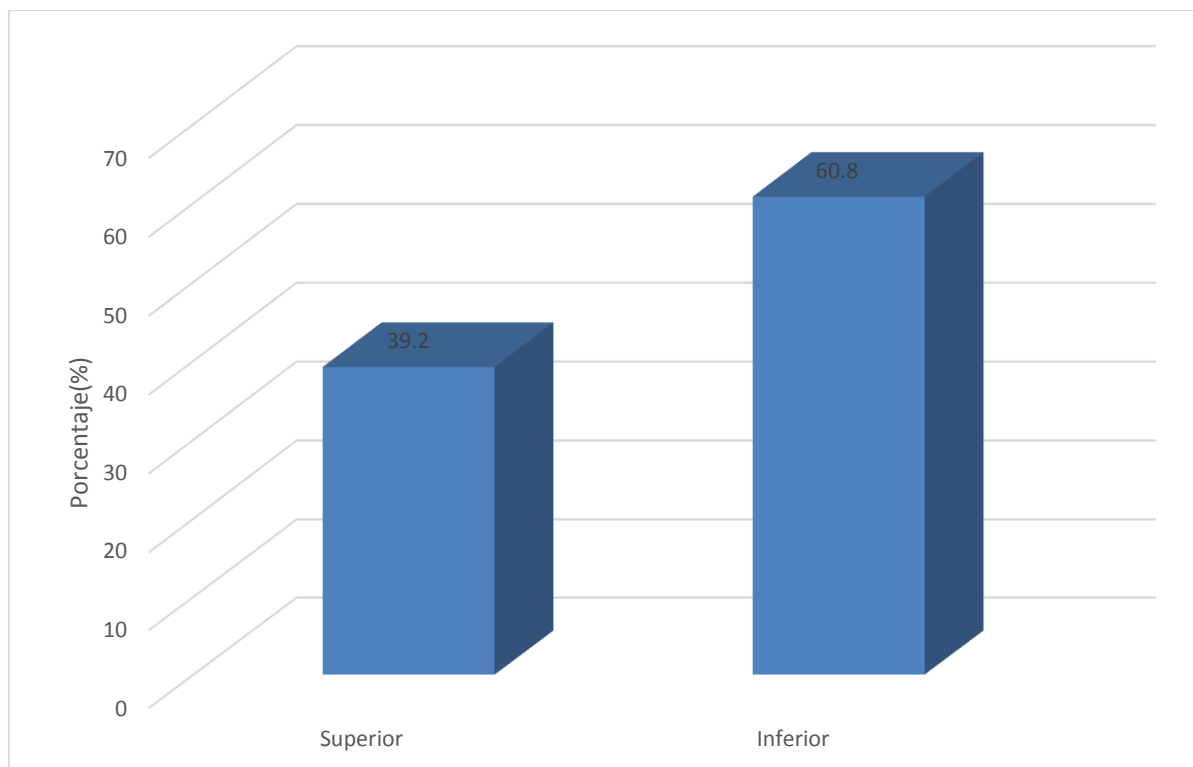
<b>Arcada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Superior</b>	29	39,2
<b>Inferior</b>	45	60,8
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

Interpretación:

La Tabla N°. 4 Muestra que el 60,8% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma tuvieron extracciones en la arcada inferior siendo un número superior de extracciones en comparación con la arcada superior que solo muestra un porcentaje de 39,2%.

**Gráfico N° 4 Extracciones dentales según arcada en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma registrados en el año 2017.**



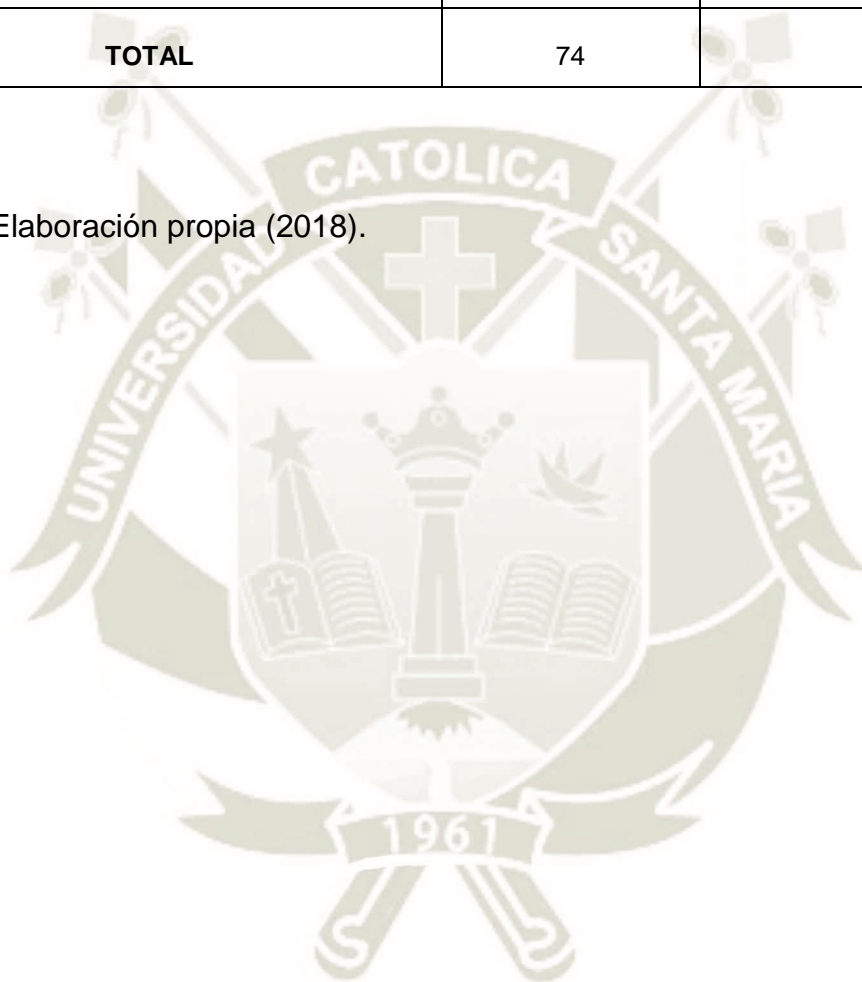
Fuente: Elaboración propia(2018).

**Tabla Nº 5 Dientes extraídos a los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

Diente	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Incisivo central superior derecho	1	1,4
Primer premolar superior derecho	1	1,4
Segundo premolar superior derecho	3	4,1
Primer molar superior derecho	2	2,7
Segundo molar superior derecho	3	4,1
Incisivo central superior izquierdo	5	6,8
Primer premolar superior izquierdo	2	2,7
Segundo premolar superior izquierdo	2	2,7
Primer molar superior izquierdo	5	6,8
Segundo molar superior izquierdo	3	4,1
Tercer molar superior izquierdo	2	2,7
Primer premolar inferior izquierdo	1	1,4
Primer molar inferior izquierdo	6	8,1
Segundo molar inferior izquierdo	8	10,8
Tercer molar inferior izquierdo	2	2,7
Incisivo central inferior derecho	1	1,4
Incisivo lateral inferior derecho	2	2,7
Primer premolar inferior derecho	1	1,4

<b>Segundo premolar inferior derecho</b>	1	1,4
<b>Primer molar inferior derecho</b>	10	13,5
<b>Segundo molar inferior derecho</b>	8	10,8
<b>Tercer molar inferior derecho</b>	5	6,8
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

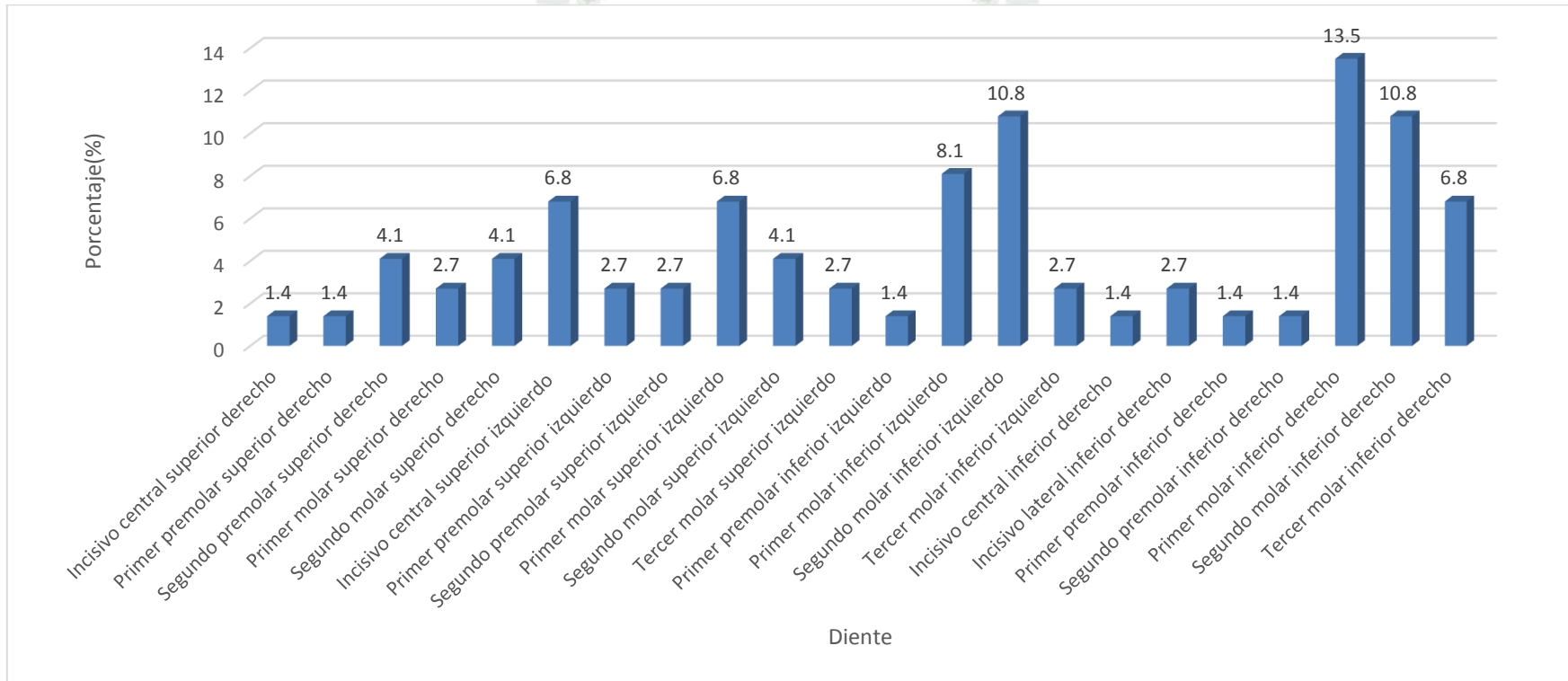


Interpretación:

La Tabla N°. 5 Muestra que el 13,5% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma tuvieron extracción del primer molar inferior derecho como alta incidencia, el segundo molar inferior izquierdo y el segundo molar inferior derecho llevan el segundo lugar con un 10,8 %, y en tercer lugar el primer molar inferior izquierdo con un 8,1%.



**Gráfico N° 5 Dientes extraídos a los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**



Fuente: Elaboración propia (2018).

**Tabla N° 6 Pieza dental más extraída en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**

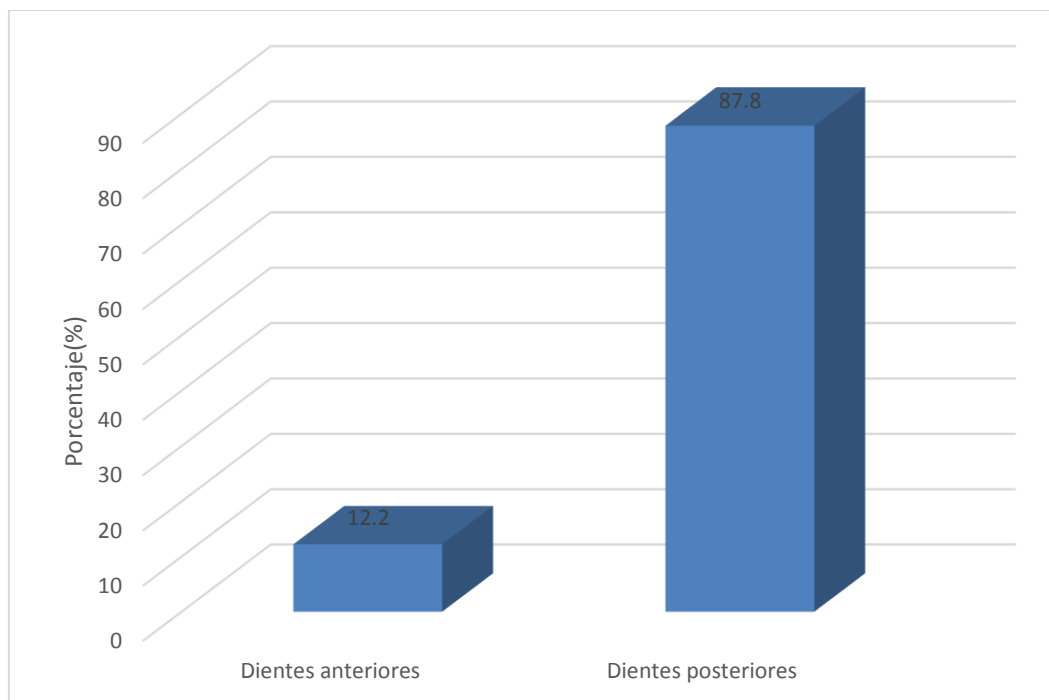
<b>Pieza extraída</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Dientes anteriores</b>	9	12,2
<b>Dientes posteriores</b>	65	87,8
<b>TOTAL</b>	74	100

Fuente: Elaboración propia (2018).

Interpretación:

La Tabla N°. 6 Muestra que el 87.8% de los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma tuvieron extracción de dientes posteriores, mientras que 12.2% de los pacientes tuvieron extracción de dientes anteriores.

**Gráfico N° 5 Pieza dental más extraída en pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, registrados en el año 2017.**



Fuente: Elaboración propia (2018).

## CONCLUSIONES

1. Se determinó que en los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma registrados en el año 2017, la etiología con más incidencia fue: Necrosis Pulpar, seguido de Resto radicular y Pulpitis, por último y no menos importante Fractura dental, y Diente impactado.

2. Se determinó que en los pacientes jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma registrados en el año 2017, se hizo más extracciones dentales en pacientes del sexo femenino, que del masculino.

3. Al contabilizar la pieza dental más extraída en el año 2017, se determinó tuvieron extracción del primer molar inferior derecho como alta incidencia con un 13,5%, el segundo molar inferior izquierdo y el segundo molar inferior derecho llevan el segundo lugar con un 10,8 %, y en tercer lugar el primer molar inferior izquierdo con un 8,1%.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda concientizar más a los pacientes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma, en el cuidado de su salud bucal y lo que desencadena si no lo cuida, concientizar a la población que tomar un tratamiento tan radical como la extracción dental no sea como primera opción, sino sea como la última opción.

2. Se recomienda implementar más el área de Odontología del Centro de Salud para así poder brindar la atención necesaria para poder hacer tratamientos conservadores.

3. Se recomienda trabajar de la mano con áreas del Centro de Salud donde traten más con pacientes femeninos, ya que la mayor incidencia de extracciones dentales es en dicho sexo.

4. Se recomienda trabajar más en el área preventiva: enseñanza de técnicas de cepillado, aplicaciones de fluoruros, selladores de fosas y fisuras para los dientes molares, premolares y anteriores; cualquier otra media preventiva necesaria.

## REFERENCIAS

### BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCOS, J. (2006). *Operatoria Dental: integración Clínica*. Argentina: Médica Panamericana. 4 ta. Edición.
- CANEDO, M. (2008). *Cirugía Oral*. Arequipa, Perú: Serigrafica. 2° Edición.
- CHIAPASCO, M. (2004). *Cirugía oral*. Barcelona: MASSON.
- DONADO, M. (2009). *Cirugía Bucal, patología y técnica*. Barcelona: Masson. 3° edición.
- FLOR, A. (2014). Frecuencia de piexas dentales extraídas en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María en las asignaturas de Cirugía Bucal I y II, Arequipa 2014. Arequipa.
- GAY, C. (2015). *Tratado de cirugía bucal tomo I*. Médica Ergon.
- GRABER, T. (2006). *Ortodoncia principios y técnicas actuales*. España: Elsevier. 4ta. Edición.
- HERNANDEZ, M. (2001). *Rehabilitación oral para el paciente geriátrico*. Colombia: Unibiblos.
- MAQUERA, G. (2012). Exodoncia en niños. *Revista de actualización clínica investiga.*, Versión impresa ISSN 2304-3768.
- MEDEIROS, P. (2006). *Cirugía de dientes incluidos: Extracción del tercer molar*. Brasil: Amolca.
- MEDINA, A. (1997). *Protocolo de tratamiento de cirugía bucal para pacientes irradiados en cabeza y cuello*. España: volumen 35 N° 2 año.
- MÉNDEZ, L. (2007). *Exodoncia del tercer molar inferior: Factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el posoperatorio. Tesis de doctorado. Universidad de Santiago de Compostela, servicio de publicaciones e intercambio científico*.
- NAVARRO, C. (2008). *Cirugía Oral*. España: Arán.
- Open CourseWare, O. C. (2008). Cirugía bucal. Exodoncias complicadas. *Open Course Ware Universidad De Sevilla*, Tema 21. Pág. 17.
- Propdental, C. (s.f.). *propdental*. Obtenido de <https://www.propdental.es/extraccion-dental/>

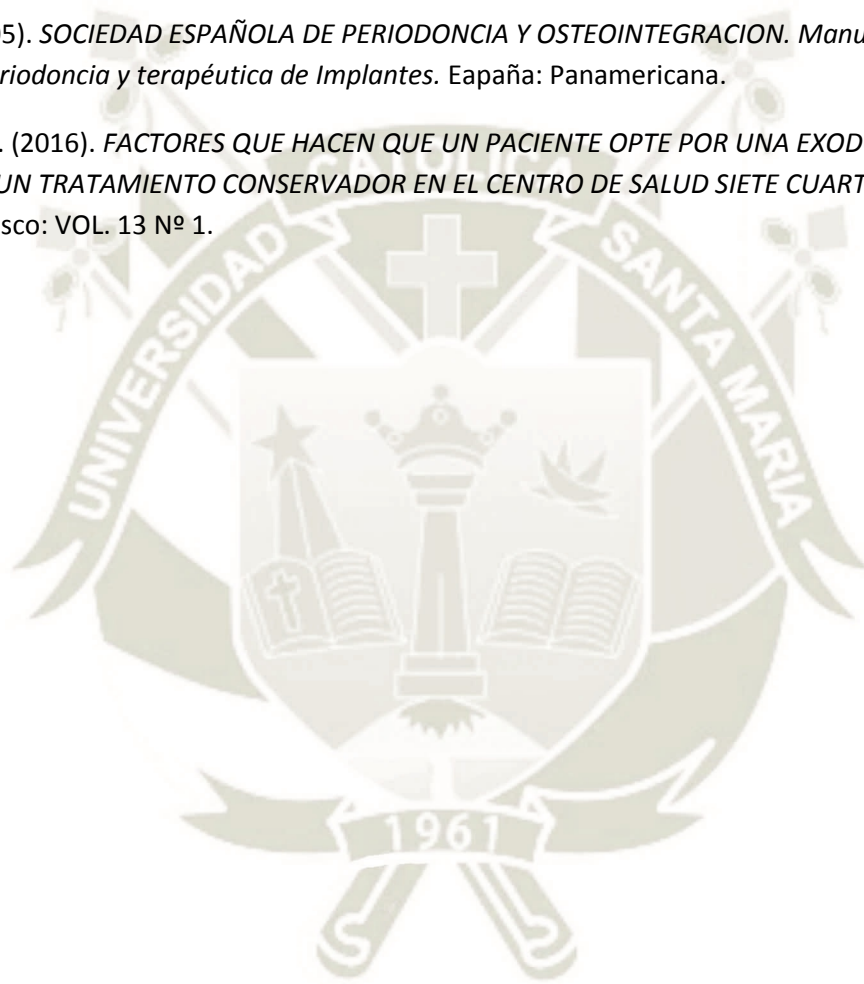
Ramírez F., P. B. (2010). *Causas más frecuentes de extracción dental en la población derecho habiente de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

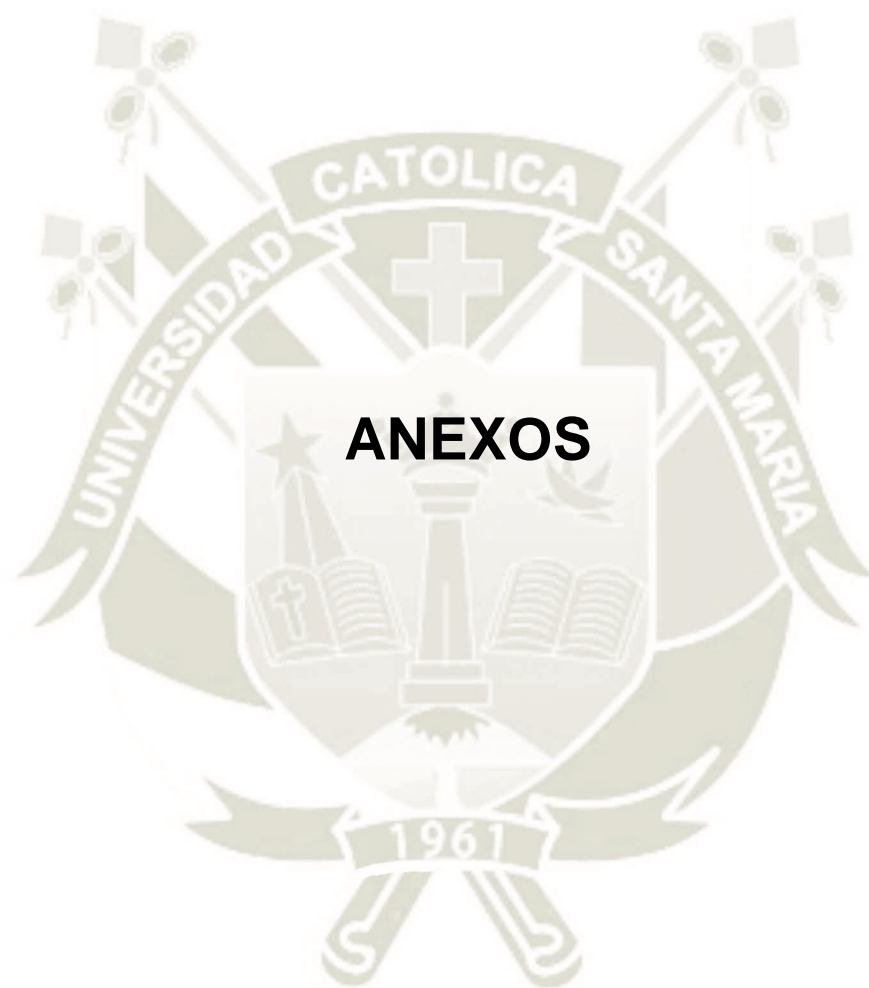
RASPALL, G. (2006). *Cirugía Oral e Implantología.* Buenos Aires: Panamericana. 2° edición.

Santamaria G, B. L. (2018). *Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.* Obtenido de [https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/1603/mod\\_resource/content/1/CARPETA\\_2/Temario\\_completo/1.4\\_Indicaciones\\_y\\_contraindicaciones.pdf](https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/1603/mod_resource/content/1/CARPETA_2/Temario_completo/1.4_Indicaciones_y_contraindicaciones.pdf).

SEPA. (2005). *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEointegración. Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de Implantes.* España: Panamericana.

VALDEZ, A. (2016). *FACTORES QUE HACEN QUE UN PACIENTE OPTÉ POR UNA EXODONCIA FRENTE A UN TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL CENTRO DE SALUD SIETE CUARTONES – CUSCO.* Cusco: VOL. 13 N° 1.





**Anexo 1.**

**FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL QUE SE UTILIZÓ PARA EL  
REGISTRO DE DATOS**

<b>Ficha de Observación Documental</b>	
<b>Número de Historia Clínica</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Sexo:</b>	
<b>Diagnóstico :</b>	
<b>Pieza Dental Extraída :</b>	

**ESTA FICHA DE OBSERVACIÓN SOLO SE APLICARÁ A LOS PACIENTES JOVENES ENTRE 18-29 AÑOS QUE SE HAYAN SOMETIDO A UNA O MAS EXTRACCIONES DENTALES EN EL AÑO 2017.**

Anexo 2.

SOLICITUD ENVIADA AL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE  
CAYMA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA  
(EN LA CIENCIA Y EN LA FE ESTA NUESTRA FORTALEZA)

Arequipa, 05 de junio del 2018

Oficio N° 014 -FO-2018

SEÑORA DOCTORA  
MILAGROS VALENCIA NOVOA  
GERENTE DE LA MICRORED  
FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA  
PRESENTE:

De mi consideración:

Tengo en agrado de dirigirme a usted, para hacerle llegar mi cordial saludo y a su vez presentarle al Sr CRUZ SANOMAMANI EDIKSON RODRIGO, Bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Odontología -UCSM quien ha formulado su plan de tesis referido a "ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE LAS EXTRACCIONES DENTALES EN PACIENTES JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DE CAYMA AREQUIPA 2018".

Motivo por el que solicitamos a usted tenga a bien autorizar el ingreso de nuestro alumno a fin de que pueda realizar la recolección de datos, para el desarrollo de su trabajo de investigación.

Por la atención que le merezca el presente y por las facilidades que otorgue a nuestro egresado, desde ya le manifiesto mi agradecimiento y hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial deferencia personal,

Atentamente,

MLRL/Dec.  
Mrg.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Dr. MARTÍN LARRY ROSADO LINARES  
Decano de la Facultad de Odontología

GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYMA  
MICRORED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI

18 JUN 2018

Doc. \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
Folios: 07 Hora: 12:59 Firma: \_\_\_\_\_

### Anexo 3.

### MATRIZ DE DATOS

ID	Edad	Edad COD	Género	Diagnóstico	Lateralidad	Arcada	Pieza extraída	Diente extraído
1	29	26-29	Masculino	Fractura dental	Derecha	Incisivo lateral	Dientes anteriores	42
2	19	18-21	Masculino	Fractura dental	Derecha	Incisivo central	Dientes anteriores	41
3	18	18-21	Masculino	Fractura dental	Izquierda	Incisivo central	Dientes anteriores	21
4	23	22-25	Masculino	Fractura dental	Izquierda	Incisivo central	Dientes anteriores	21
5	25	22-25	Masculino	Fractura dental	Derecha	Incisivo lateral	Dientes anteriores	42
6	26	26-29	Masculino	Fractura dental	Izquierda	Incisivo central	Dientes anteriores	21
7	26	26-29	Masculino	Fractura dental	Derecha	Incisivo central	Dientes anteriores	11
8	20	18-21	Femenino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
9	28	26-29	Femenino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
10	24	22-25	Femenino	Resto radicular	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
11	27	26-29	Femenino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
12	26	26-29	Femenino	Resto radicular	Derecha	Segundo premolar	Dientes posteriores	15
13	22	22-25	Masculino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	27
14	23	22-25	Femenino	Resto radicular	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	26
15	19	18-21	Femenino	Resto radicular	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
16	21	18-21	Femenino	Resto radicular	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
17	22	22-25	Femenino	Resto radicular	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
18	21	18-21	Masculino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
19	21	18-21	Masculino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
20	21	18-21	Masculino	Resto radicular	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
21	22	22-25	Masculino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Tercer molar	Dientes posteriores	48

22	27	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	17
23	22	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	16
24	28	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer premolar	Dientes posteriores	34
25	27	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Tercer molar	Dientes posteriores	28
26	25	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo premolar	Dientes posteriores	45
27	26	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
28	24	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
29	28	26-29	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
30	25	22-25	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Incisivo central	Dientes anteriores	21
31	22	22-25	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
32	25	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo premolar	Dientes posteriores	15
33	24	22-25	Femenino	Diente impactado	Derecha	Tercer molar	Dientes posteriores	48
34	25	22-25	Masculino	Diente impactado	Derecha	Tercer molar	Dientes posteriores	48
35	26	26-29	Femenino	Diente impactado	Derecha	Tercer molar	Dientes posteriores	48
36	29	26-29	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
37	29	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	26
38	21	18-21	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46

39	19	18-21	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	37
40	22	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
41	19	18-21	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer premolar	Dientes posteriores	24
42	19	18-21	Masculino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
43	25	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
44	25	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	17
45	25	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
46	23	22-25	Masculino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Tercer molar	Dientes posteriores	38
47	29	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Tercer molar	Dientes posteriores	48
48	27	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	17
49	22	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
50	27	26-29	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	26
51	21	18-21	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Tercer molar	Dientes posteriores	28
52	23	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
53	27	26-29	Masculino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
54	24	22-25	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	16

55	21	18-21	Femenino	Necrosis de la pulpa	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
56	22	22-25	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Primer premolar	Dientes posteriores	24
57	21	18-21	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	26
58	27	26-29	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Tercer molar	Dientes posteriores	38
59	18	18-21	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	36
60	21	18-21	Femenino	Pulpitis	Derecha	Primer premolar	Dientes posteriores	44
61	20	18-21	Masculino	Pulpitis	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	27
62	29	26-29	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Segundo molar	Dientes posteriores	27
63	21	18-21	Femenino	Pulpitis	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
64	19	18-21	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Incisivo central	Dientes anteriores	21
65	23	22-25	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Segundo premolar	Dientes posteriores	25
66	21	18-21	Masculino	Pulpitis	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
67	28	26-29	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Segundo premolar	Dientes posteriores	25
68	24	22-25	Femenino	Pulpitis	Derecha	Segundo premolar	Dientes posteriores	15
69	24	22-25	Femenino	Pulpitis	Izquierda	Primer molar	Dientes posteriores	26
70	29	26-29	Femenino	Pulpitis	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
71	25	22-25	Masculino	Resto radicular	Derecha	Segundo molar	Dientes posteriores	47
72	25	22-25	Masculino	Resto radicular	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46
73	29	26-29	Femenino	Resto radicular	Derecha	Primer premolar	Dientes posteriores	14
74	22	22-25	Femenino	Resto radicular	Derecha	Primer molar	Dientes posteriores	46

Anexo 4.

RESPUESTA DEL CENTRO DE SALUD PARA LA INVESTIGACIÓN



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"  
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"  
"AÑO DE LA IGUALDAD Y LA NO VIOLENCIA CONTRA LA MUJER"



Arequipa, 28 de Setiembre del 2018.

**OFICIO N° 0199 - 2018-GRG/GRS/GR-RSAC-D-MRS.FCO.BOL-CLAS-P.**

Dr.:  
Martin Larry Rosado Linares.  
Decano de la Facultad de Odontología.  
Universidad Católica de Santa María.  
Presente. -

**ASUNTO: Autorización para formular su Plan de Tesis en el Centro de Salud Francisco Bolognesi.**

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento la **Autorización** para que el Sr. Cruz Sanomamani Edikson Rodrigo formule su Plan de Tesis referido al "Estudio Retrospectivo de la Etiología de las Extracciones Dentales en Pacientes Jóvenes del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma Arequipa 2018" en el Centro de Salud Francisco Bolognesi.

Sin otro particular aprovecho del presente para reiterarle mis muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI - CAYMA  
*Leanneth Valencia Novoa*  
Migros Leanneth Valencia Novoa  
C.M.P. - 43045  
Módulo 101 de la Micro Red Fco. Bolognesi - Cayma

Con Copia CC  
MJVN/amhc

: Archivo

[mrfranciscobolognesi@saludarequipa.gob.pe](mailto:mrfranciscobolognesi@saludarequipa.gob.pe)

AREQUIPA SOMOS TODOS

Calle 20 de Abril 204 Francisco Bolognesi  
Cayma  
Teléfono: 459180

## Anexo 5.

### FOTOS

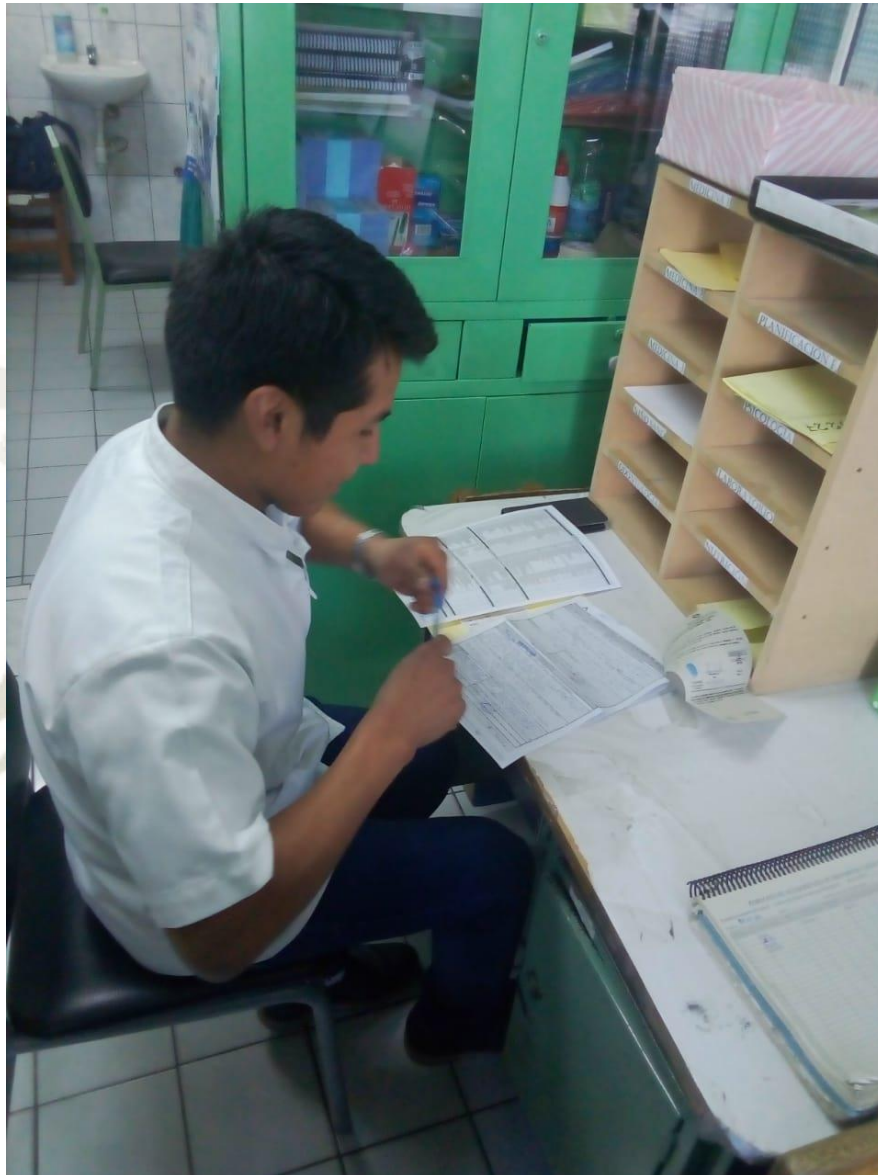


FOTO N 1. Recolección de datos de las Historias clínicas



FOTO N 2. Selección de Historias Clínicas para su revisión