UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE ODONTOLOGO

TEMA

Tratamiento Quirúrgico del Tercer Molar Superior

AUTOR

María Fernanda Chang Cevallos

TUTOR

Dr. Tito Vargas Villagomez.

Guayaquil, junio del 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Titulo de Tercer Nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a Tratamiento Quirúrgico del Tercer Molar Superior

Presentado por:

María Fernanda Chang Cevallos 1205164781

TUTORES

Dr. Tito Vargas Villagomez
Académico

Dr. Miguel Álvarez Avilés.
Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz.
Decano

Guayaquil, Junio del 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del odontólogo María Fernanda Chang Cevallos lo que le permite optar por el Título superior de AUTORA.

María Fernanda Chang Cevallos
1205164781

AGRADECIMIENTO

A dios que me dio la vida y a mis padres quienes supieron guiarme en la vida tan difícil, para lograr lo que hoy es ser un Odontóloga, que incondicionalmente me brindaron su apoyo y supieron educarme de una manera correcta para así ser una mujer de bien y a mis hermanos que siempre me brindaron su ayuda cuando más lo necesitaba, y a mis amigos que con sus consejos nunca me fallaron a la hora de sacrificarse por hacerme un favor.

A los doctores de la Facultad que año a año supieron guiarme en esta dura y larga tarea de ser estudiante.

DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la vida, a unos maravillosos padres que supieron guiarme en la vida, para lograr lo que eh logrado hasta ahora, ya que sin ellos no fuera la persona honesta y de buenos principios que soy, y a mis hermanos por siempre ayudarme cuando más los necesitaba y poder lograr y vivir lo que hoy es ser odontóloga.

INDICE GENERAL

Contenidos **pág.**

Caratula
Certificación de tutores.....I
AUTORIA II
Agradecimiento III
Dedicatoria IV
Índice General.....V-VII
Introducción.....1

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....2-3
1.2 Preguntas de investigación 3
1.3 Objetivos 3
1.3.1 Objetivo General. 3
1.3.2 Objetivos Específicos.....3-4
1.4 Justificación.....4
1.5 Viabilidad.....4

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes 5
2.1 Fundamentos teóricos.....5-11
2.1.1 Etiología 11
2.1.2 Indicaciones 11
2.1.3 Contraindicaciones 11-12
2.1.4 Síntomas 12
2.1.5 Clasificación del tercer molar 12-13
2.1.5.1 Clase I. 13
2.1.5.2 Clase II 13
2.1.5.3 Clase III 13

2.1.6 Profundidad relativa del tercer molar.....13
2.1.7 Posición del tercer molar.....13-14
2.1.8 Extracción Quirúrgica del tercer molar 14-15
2.1.9 Fase pre operatoria.....15
2.1.9.1Accidentes y complicaciones.....15
2.1.9.2 Accidentes ligados a la anestesia local.....15
2.1.9.3 Accidentes anestésicos locales inmediatos 16
2.1.10 Fase Operatoria 16
2.1.10.1 Asepsia 16
2.1.10.2 Anestesia 16
2.1.10.3 Incisión. 16-17
2.1.10.4 Levantamiento de colgajo 17
2.1.10.5 Osteotomia.....17
2.1.10.6 Extracción propiamente dicha 17
2.1.10.7 Limpieza de la cavidad.....17-18
2.1.10.8 Sutura.....18
2.1.11 Fase post operatoria 18
2.1.12 Complicaciones post operatoria 18
2.1.12.1 Hemorragia.....18
2.1.12.2 Hematoma o seroma.....19
2.1.12.3 Infecciones 19
2.1.12.4 Dehiscencia de suturas 19
2.1.12.5 Granuloma de suturas.....19
2.1.12.6 Necrosis 19
2.1.12.7 Cicatriz hipertrófica.....20
2.1.12.8 Queloide.....20
2.1.12.9 Hiperpigmentación de la piel 20
2.2 Hipótesis 21
2.3 Identificación de variables.....21
2.4 Operacionalizacion de las variables.....22

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1Lugar de la investigación.....23
3.2 Periodo de la investigación 23
3.3 Recursos Empleados 23
3.3.1 Recursos Humanos.....23
3.3.2 Recursos Materiales 23
3.4 Universo y muestra 23
3.5 Tipo de investigación.....24
3.6 Diseño de la investigación.....24

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.....25
4.2 Recomendaciones.....26
Bibliografía. 27-28
Anexos. 29-34

INTRODUCCION

Uno de los procedimientos más frecuentes en la Cirugía Dental es el tratamiento quirúrgico de los terceros molares, las prácticas de higiene y auto cuidado dental han contribuido de alguna forma a reducir la pérdida de estructuras dentarias a causa de caries dental y las periodontopatía. Sin embargo se mantiene alto el número de exodoncia indicadas por otras causas, entre ellas está la falta de espacio en la estructura de los maxilares para la erupción dental.

Dentro de la serie dental los órganos dentarios más frecuentemente afectados por este tipo de alteración son los terceros molares. También se mencionan que son esos mismos dientes los que acusan mayor grado de complejidad para realizar el procedimiento del tratamiento quirúrgico, y los que causan mayor grado de morbilidad pos-quirúrgica en el paciente, con un número mayor de complicaciones y severidad.

La realización de una técnica quirúrgica determinada requiere un profundo conocimiento de la anatomía y fisiología regional, además del desarrollo de habilidades y destrezas que da la práctica, la supervisión y la dedicación. En el caso específico del procedimiento quirúrgico para la exodoncia del tercer molar superior izquierdo, el acceso, las maniobras instrumentales y especialmente la visualización del campo operatorio se dificultan para el cirujano en la mayoría de los casos. Más aún para el ayudante y los observadores.

El tercer molar superior está localizado en la tuberosidad del maxilar y sus raíces pueden encontrarse muy próximas al seno maxilar. Se relaciona con estructuras anatómicas importantes como el nervio alveolar superior, la fosa infra temporal y la fosa pterigopalatin

CAPITULO 1
1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos corresponde analizar los antecedentes históricos acerca de la Cirugía Bucal y Maxilofacial, esta debe ser analizada en su desarrollo, acompañada de los factores histórico-culturales y sociales de cada época. El enfoque histórico de la reconstrucción del pasado se basa en tratados, folletos, artículos y otros documentos, así como de la arqueología y el arte. En principio parece que lo único que interesa en una ciencia es su estado actual y que el pasado es mera curiosidad, sin valor positivo. Nada tan lejos de la verdad, pues los conocimientos sólo adquieren un valor exacto dentro de la dimensión histórica.

La historia como ciencia es un abordaje racional; lo cual quiere decir que debe ser la explicación de los hechos para establecer las relaciones entre sus causas y efectos, o sea, las leyes genoestructurales que los determinan. El principio básico de este estudio lo constituye el análisis histórico de las interacciones de la sociedad y los aspectos de la salud con el propósito de poner de manifiesto sus avances y retrocesos como reflejo de la lucha ideológica entre las clases, las formas y medios utilizados para llevar a cabo la práctica médica y determinar los elementos del progreso entre el conocimiento científico y las tendencias místico-religiosas que se oponían a su desarrollo.

La cirugía es una rama de la medicina y estomatología como ciencias de la salud que trata de las enfermedades y accidentes con intervenciones manuales, en general cruentas y realizadas con un instrumental determinado. Los estudios arqueológicos y antropológicos indican que fue quirúrgica la primera ciencia médica del hombre, practicada de modo espontáneo al extraer cuerpos extraños de heridas de caza o de guerra y al taponar las hemorragias por medio de vegetales apretados.

El propósito de este trabajo es hacer un recuento general de la historia de la Cirugía Bucal y Máxilofacial. A través de las diferentes épocas y civilizaciones.

Para exponer los hechos históricos se ha empleado el método sincrónico, que divide el tiempo en edades, períodos y épocas atendiendo a la importancia de los cambios socioculturales que cada uno de los hechos ha ejercido sobre los otros.

1.2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

¿Cuál es la historia de la cirugía bucal?

¿Cuál es la importancia de la extracción del tercer molar superior izquierdo?

¿Cuáles son las indicaciones al realizar la extracción del tercer molar?

¿Cuáles son las contraindicaciones?

¿Cuáles son los síntomas?

¿Cuáles son los Accidentes ligados a la anestesia local?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir, como se realiza la intervención quirúrgica del tercer molar superior izquierdo para así poder evitar futuras complicaciones antes durante y después de la cirugía.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar, por medio de la anamnesis de la historia clínica los datos correspondientes del paciente así como también, los signos y síntomas junto con los exámenes complementarios y radiográficos.

Definir, la anatomía y la fisiología de los terceros molares que nos permitan saber las complicaciones que puedan suceder mediante el tratamiento quirúrgico.

Aplicar, los fundamentos teóricos que hemos adquirido en la etapa de formación académica y habilidades aprendidas en la Facultad de Odontología para el bienestar de la comunidad.

1.4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Esta tesina se justifica en los siguientes puntos:

Es la base para cualquier tratamiento ortodontico.

Dientes en situaciones o posiciones incorrectas, con acusadas extrusiones por falta de antagonismo, deben ser eliminados para conseguir una buena oclusión, la estabilidad necesaria o una mejor estética.

Dientes retenidos: pueden ser incluidos o enclavados. Los más frecuentes son los terceros molares inferiores, los superiores, los caninos superiores, premolares inferiores e incisivos superiores. Estos dientes en su inclusión o en los intentos de erupción producen una serie de accidentes de tipo infeccioso, mecánico, reflejo y tumoral que aconsejan su extracción.

El 40 al 50% de acciones clínicas se aplica en acciones quirúrgicas.

1.5. VIABILIDAD

El presente estudio es viable ya que es avaluada por las autoridades de la universidad de Guayaquil, con la colaboración de los usuarios que se atienden en él la clínica de cirugía maxilofacial, y se elaborara en este mismo servicio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

EDAD ANTIGUA

Corresponde del año 4000 a.n.e., con la invención de la escritura, hasta el año 476 d.n.e. con la caída del Imperio Romano. La característica social de la época es la esclavitud. En los documentos y materiales arqueológicos relativos a las primeras civilizaciones históricas la cirugía aparece notablemente desarrollada.

En la antigua Mesopotamia las Tablas Asirias de la colección Kuyunjik del 800 a.n.e. mencionan que un “dentista” aconsejó a su rey la extracción de los dientes de su hijo, por ser estos la causa de la enfermedad que padecía. Este concepto de infección focal se anticipa casi tres mil años al expresado por Hunter en 1910. En la estela de Hammurabi aparecen grabados los honorarios de los cirujanos babilonios y precisados las penas por los eventuales errores de la intervención. Los médicos mesopotámicos antiguos inventaron el catéter (upu). Se cree que existían médicos que curaban gratuitamente a las personas pobres; el cirujano se consideraba de categoría inferior a la del médico y dependiente de este.

En papiros egipcios como el de Ebers, el más conocido, que data del 3700-1500 a.n.e. aparecen referencias específicas a distintas enfermedades dentales con indicaciones terapéuticas para las infecciones consecutivas a la caries y la necrosis pulpar; también trata la abertura de los tumores con el cuchillo o la aplicación del cauterio enrojecido al fuego; menciona la extracción pero no la obturación, por otra parte los egipcios fueron hábiles en la inmovilización de fracturas, en la circuncisión, operaciones de catarata y en adoptar el calor para detener las hemorragias.

Durante la célebre III dinastía sobresale la figura legendaria de Imhotep, ingeniero, constructor, sabio y el más antiguo médico conocido, tan notable que llegó a ser consagrado como “el dios de la medicina”. Se ha

señalado que de los médicos especialistas que se conocen más antiguos es Hesi-Re, jefe de los dentistas y médico del Palacio Real en la época de Zoser (2780-2720 a.n.e.), se le ha considerado como el primer dentista conocido en la historia, según grabados de su tumba.

EDAD MEDIA

Comprende el período del año 476 (Caída del Imperio Romano) al 1640 con la Revolución Inglesa. En la Edad Media la cirugía fue ejercida en principio sólo por los religiosos y cuando se les prohibió su ejercicio por orden expresa de la Iglesia (siglo XII), continuó siendo cultivada por la escuela de Salermo y por la boloñesa de Guglielmo de Saliceto (1210-1277)

En el mundo medieval, el pueblo árabe hereda los conocimientos de la antigüedad, los conserva y los enriquece y después los transmite a la empobrecida civilización de Occidente. Aparecen las primeras universidades, en el imperio Bizantino (Constantinopla), se inaugura una escuela de medicina, la primera de la enseñanza superior en Europa, la de Salermo en Italia y la de Córdova en España. Avicena (980-1032), “Príncipe de los Médicos”, en su “Canon” aporta importantes conocimientos de cirugía buco dentaría e introdujo el uso del cauterio o hierro candente en vez del bisturí al igual que Abulcases que lo reflejó en su tratado de cirugía “Al Tasrif" sobre cauterización e incisiones, corte y extracciones y sobre las fracturas de los dientes. Indicó el tratamiento de las fístulas dentarias. Mostró una gran cantidad de instrumentos para uso dental; presentó la operación del labio fisurado y señaló su éxito en los casos congénitos. Practicaba la extracción dentaria con fórceps y elevador. Sus adelantos quedaron estancados por las características sociales de la época con el inicio de las Cruzadas y la creación de La Inquisición que causó gran número de víctimas, crímenes e injusticias, siendo perseguidos y castigados muchos investigadores y científicos acusados de herejes por sus ideas.

Mezné “el joven” en el siglo XI recomendaba no realizar la extracción de los dientes en su período más doloroso; fue un gran técnico en el

tratamiento de las fracturas maxilares y las fístulas con botones de fuego hasta el hueso. En 1300, Guy de Chuliac en su obra Magna Cirugía hace numerosas referencias a la extracción dentaria.

A fines de la época se inicia un período de decadencia, las prácticas quirúrgicas, que eran propias de hombres cultos a los que se reconocía el título de doctor, pasaron a manos de empíricos que se limitaban generalmente, a realizar pocas intervenciones basándose solo en la habilidad técnica y sin ningún conocimiento teórico. Desde entonces, entre otras cosas, los barberos empezaron a practicar las sangrías y extracciones dentarias, uso reservado hasta hace dos siglos.

EDAD MODERNA

Comprende desde 1640 con la Revolución Inglesa al 1871 con La Comuna de París. En la edad moderna el conocimiento y la experiencia acumulada sobre la teoría y la práctica estomatológica comienza a divulgarse en diversas publicaciones gracias a la invención de la imprenta en el siglo XV. Se establece una clara delimitación entre el cirujano practicante y cirujano dentista, a pesar de que la situación de la Estomatología era aún confusa.

Simón Hullihen (1860), médico-dentista en Estados Unidos es considerado históricamente como el fundador de la cirugía bucal y Máxilofacial; sus múltiples publicaciones dan testimonio de su amplio saber en este campo abarcando la extracción dentaria, fractura de los maxilares y esbozos de cirugía ortognática. Con posterioridad han existido numerosos autores que han aportado sus conocimientos, lo que ha permitido un rápido avance de la cirugía bucal. La introducción de la anestesia local cambia sustancialmente la práctica y técnica de la exodoncia. No obstante, con anterioridad Horace Wells dentista norteamericano, presenciando una sesión que Colton realizaba en Hartford (1844), deduce los efectos anestésicos del óxido nitroso, y se sometió después el mismo a una extracción dentaria. Posteriormente se estudian y popularizan las propiedades anestésicas del protóxido, éter, cloroformo, etc.; y en 1884 Koller comienza la aplicación de los

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

EDAD CONTEMPORANEA

Corresponde a 1871 con la Comuna de París al 1917 con la Revolución Rusa. El avance del capitalismo coincide con los adelantos en el campo de la salud. Comienza a utilizarse la cocaína como anestésico en la etapa de 1879 a1894.

En 1895 se comienza el uso de los Rx utilizándose radiografías intraorales. Desde los inicios del siglo XX se pueden apreciar con creciente intensidad diversas manifestaciones de la ideología burguesa, europea y estadounidense, encaminadas a resolver las nuevas demandas de la sociedad, lo que determinaron nuevos enfoques en la práctica y la educación médica manteniendo su carácter clasista.

Se introduce el uso de la procaína como anestésico local.

TIEMPOS ACTUALES

A partir de 1917 con la Revolución Rusa hasta el momento actual.

En esta etapa la odontología se desarrolla vertiginosamente, la generalización del uso de los Rx en la profesión a partir de 1920 hace que la Endodoncia tenga un valor científico y se demuestra el valor de la conservación de los dientes. Luego de la 2da. Guerra Mundial se

consolida la Cirugía Maxilofacial como especialidad, el avance de la tecnología con la cirugía ortognática, los implantes endóseos, microcirugía, distracción osteogénica, biomateriales, cirugía oncológica y pediátrica de cabeza y cuello y el alto nivel científico y una proyección biopsicosocial de la práctica de la profesión caracterizan esta etapa.
Este diente, último de los molares superiores o maxilares, está colocado en octavo lugar a partir de la línea media. Hace erupción de los 17 años en adelante. La formación y mineralización del ápice termina a los 25 años o más.

El retardo en aparecer en el medio bucal da motivo al comentario de que puede considerarse perteneciente a una tercera dentición. Se le llama popularmente "muela del juicio" porque se supone que a esa edad la persona ya debe tener madurez mental o juicio.

El desarrollo del folículo se verifica en edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes, por estarlo haciendo los huesos del esqueleto. Es la edad del crecimiento general del organismo que se efectúa entre los8 y los 16 años. En gran mayoría de casos la mineralización tiene múltiples fallas, las cuales son visibles en la superficie del esmalte, que lo exponen a ser fácilmente agredido por afecciones cariosas. Muchas veces los lóbulos de crecimiento no logran hacer unión correcta, y esto acarrea deformaciones y fallas superficiales.

Aspecto oclusal tricuspídea de un tercer molar superior derecho.

Radiografía de una defectuosa colocación del tercer molar superior que no logró hacer erupción.

La colocación que corresponde a este diente en el arco, es muy distal. La orientación de su eje en el movimiento natural de erupción es de apical a oclusal y fuertemente hacia vestibular y distal, por lo que su definitiva posición se encuentra con frecuencia un tanto fuera del plano de oclusión de los otros molares superiores.

Según sea la exagerada mal posición con relación al eje longitudinal, así será la que alcanza definitivamente este diente en el arco. Se encuentran casos en los que está colocado casi en la tuberosidad del maxilar o en pleno vestíbulo de la boca, cosa que es una de tantas anomalías que se suman a las que ya tiene su morfología.

Además, se debe agregar que cuando hace erupción, el arco dentario está fisiológicamente completo y en adecuado funcionamiento, por lo que casi siempre acarrea algunos padecimientos y trastornos acompañados de dolor.

En el diagrama de cuadrantes se le designa con el número 8 por arriba de la línea horizontal y a los lados de la perpendicular: 8|8. En el odontograma nuevo se designa con 18 al derecho y 28 al izquierdo el diente más inconstante en forma y número. Clásicamente se puede considerar su morfología muy semejante a los molares superiores, primero y segundo, pero con dimensiones comparativamente variables tanto en la corona como en la raíz; pueden ser de mayor o menor volumen en todo sentido.

En el 50 o 55% de los casos se encuentra la corona de forma tricuspídea y también, muchas veces, los tres cuerpos radiculares se presentan unidos, pero con marcas de separación. Propiamente no puede hacerse una descripción cabal. Su inconstante conformación, con tubérculos muy desarrollados y sin una determinada constante, da como resultado que el conjunto tome fisonomías caprichos así sea difícil una descripción clásica anatómica. Se le encuentra también de volumen muy pequeño y reducido a una forma odontoide, con la formación de su corona unilobular. Muchas veces unirradicular, aunque se considera clásicamente la raíz de este diente trifurcada semejante en todo a la de los otros dos molares superiores. Existen anomalías o, mejor dicho, fisonomías en que se presentan hasta seis delgados apéndices radiculares con direcciones completamente inconcebibles.

2.1.1. ETIOLOGIA

Nunca debe menospreciarse el valor o importancia de un diente, ya que su pérdida es siempre lamentable, por motivos ya sean estéticos o funcionales. Los dientes son un componente importante del cuerpo humano, pero esto no obsta para que, en casos concretos y con indicaciones precisas, sea pertinente extraer estas piezas del medio bucal.

En todo caso debe recordarse y hacer conciencia de que la exodoncia comporta la mutilación de la boca, por lo que debe indicarse sólo por motivos muy justificados.

2.1.2. INDICACIONES

Están indicadas cuando tengan:

Daño en las piezas dentales vecinas.

Infección y abscesos.

Formación de quistes y tumores.

Dolor agudo y dolor crónico maxilo-facial

Mayor susceptibilidad para fracturarse la mandíbula, ante un golpe o trauma.

El cambio de posición de los dientes anteriores.

2.1.3. CONTRAINDICACIONES

Cuando el tercer molar se puede utilizar para reponer un molar perdido o por perderse.

Cuando retirar el tercer molar significa un riesgo evidente de dañar irreversiblemente estructuras anatómicas vecinas.

Con respecto al riesgo de lesionar el nervio alveolar inferior, es pertinente comentar que es posible evitar este daño utilizando la técnica quirúrgica de retirar parcialmente el tercer molar, conservando la parte de la pieza que está en contacto con el nervio.

Cuando el tercer molar ha erupcionado en una posición adecuada y presenta buena salud de la encía que lo rodea.

Cuando se tiene un tercer molar totalmente incluido dentro del hueso, sin contacto con el medio ambiente bucal, en ausencia de patología clínica o radiográfica asociada.

2.1.4. SINTOMAS

El dolor o la ternura de las encías o la mandíbula ósea.

Hinchazón alrededor de su mandíbula.

Sabor desagradable al morder en o cerca de la zona

Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello (ocasionalmente).

Infección en la boca.

Dolor al tragar.

Desarrollo de tumores.

Dificultad de abrir la boca.

2.1.5. CLASIFICACIÓN DEL TERCER MOLAR

La clasificación del tercer molar según diferentes autores son los siguientes:

“Los Terceros Molares con relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar se clasifican en:

Vertical
Meso angulado
Disto angulado
Horizontal
En vestíbulo versión
En linguo versión invertido

Existe otras clasificaciones que consideran los siguientes para clasificar los terceros molares inferiores retenidos:

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

2.1.5.1. Clase I: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

2.1.5.2. Clase II: El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

2.1.5.3. Clase III: El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

2.1.6. PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR:

Posición A: la parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B: la parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

Posición C: la parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

2.1.7. POSICION DEL TERCER MOLAR EN RELACION AL EJE AXIAL DEL SEGUNDO MOLAR

Puede ser:

Mesioangular

Distoangular

Vertical

Horizontal

Bucoangular

Linguangular

Invertido

2.1.8. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR IZQUIERDO.

Este diente, último de los molares superiores o maxilares, está colocado en octavo lugar a partir de la línea media. Hace erupción de los 17 años en adelante. La formación y mineralización del ápice termina a los 25 años o más. El retardo en aparecer en el medio bucal da motivo al comentario de que puede considerarse perteneciente a una tercera dentición. Se le llama popularmente "muela del juicio" porque se supone que a esa edad la persona ya debe tener madurez mental o juicio. El desarrollo del folículo se verifica en edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes, por estarlo haciendo los huesos del esqueleto. Es la edad del crecimiento general del organismo que se efectúa entre los8 y los 16 años.

La colocación que corresponde a este diente en el arco, es muy distal. La orientación de su eje en el movimiento natural de erupción es de apical a oclusal y fuertemente hacia vestibular y distal, por lo que su definitiva posición se encuentra con frecuencia un tanto fuera del plano de oclusión de los otros molares superiores. Según sea la exagerada mal posición con relación al eje longitudinal, así será la que alcanza definitivamente este diente en el arco. Se encuentran casos en los que está colocado casi en la tuberosidad del maxilar o en pleno vestíbulo de la boca, cosa que es una de tantas anomalías que se suman a las que ya tiene su morfología.

El tercer molar superior suele estar submucoso, aunque cada vez más se ven cordales superiores totalmente incluidos. Este molar puede adoptar distintas posiciones: vertical, en mesioversión, en disto versión, horizontal o en cualquier otra localización heterotópica.

2.1.9. FASE PREOPERATORIA

Antes de hacer una extracción dentaria, al igual que cualquier maniobra quirúrgica, deberemos efectuar:

La realización de la anamnesis, de la exploración clínica, de los estudios radiológico y complementarios que sean imprescindibles para efectuar un correcto diagnóstico el cual dará lugar o no a una indicación quirúrgica hasta la preparación del paciente para la ejecución del acto quirúrgico.

2.1.9.1. Accidentes y complicaciones

Una complicación puede definirse como un "evento desagradable" que ocurre durante o después de una intervención quirúrgica. Si este suceso no logra ser advertido, no es tratado o su tratamiento es incorrecto provocará serias consecuencias o secuelas al paciente. Las complicaciones durante la extracción del tercer molar son más frecuentes, y se deben por la complejidad de la técnica de extracción de un diente retenido, y por las relaciones anatómicas propias del cordal a abordar. Las complicaciones se dividen en intraoperatorias y postoperatorias inmediatas y tardías.

2.1.9.2. Accidentes ligados a la anestesia local

Aunque no forman parte propiamente dicha de las complicaciones de la exodoncia, debido a que no interviene directamente en el uso de mecanismos quirúrgicos, se cree que es de gran interés su conocimiento puesto que pueden complicar la extracción dentaria o cualquier otro procedimiento quirúrgico. Normalmente utilizamos técnicas de anestesia locorregional, por lo que nos centraremos en los accidentes locales de esta modalidad anestésica.

2.1.9.3. Accidentes anestésicos locales inmediatos

Deficiencia parcial o fracaso total del efecto anestésico. La posibilidad de esta complicación está en función de la cantidad y calidad del agente anestésico utilizado, la situación (próxima o lejana) del tronco nervioso a anestesiar, las características del tejido a infiltrar y la existencia de enfermedades sistémicas.

Una falta de conocimiento de la anatomía de la región o una técnica inadecuada suelen ser el origen del fracaso del efecto anestésico en la mayoría de las ocasiones. Cuando existe infección o inflamación del tejido a infiltrar, hay que recordar que la eliminación del fármaco es muy rápida, ya que la hiperemia y la variación del pH del tejido alteran la acción farmacológica del anestésico local. En este caso, es aconsejable diferir el tratamiento odontológico, dando tiempo a que actúen los antibióticos y antiinflamatorios, o bien cambiar la técnica anestésica por otra que pueda aplicarse lejos de la zona conflictiva

2.1.10. FASE OPERATORIA

En cirugía bucal se desarrollan los siguientes pasos:

2.1.10.1. Asepsia.- La cavidad bucal nunca está completamente estéril. Sin embargo controlé la mayor parte de la contaminación antes de la intervención quirúrgica efectuando: La aplicación povidin en la zona operatoria tanto interna como externa (cavidad bucal y zona cutánea facial) con el empleo de un porta agujas sujetando una gasa estéril.

2.1.10.2. Anestesia.- Se utilizó la técnica lo corregional (infiltrativa) utilizamos una aguja corta, solución anestésica con vasoconstrictor (Epínefrina) al 2% y se anestesiaron los siguientes nervios: nervio palatino anterior y el nervio alveolar superior posterior.

2.1.10.3. Incisión.- Es la técnica con la cual separamos los tejidos. Se incidió por distal del segundo molar en la línea media hacia palatino, a través de la cresta ósea de la tuberosidad maxilar hasta el repliegue mucoso pterigomaxilar, siguiendo por el surco vestibular del segundo

molar. Se realizó una incisión de descarga vestibular vertical hacia arriba y hacia delante por mesial y distal del mismo. Para esta acción utilicé mango bisturí n° 3 con hoja n° 15.

2.1.10.4. Levantamiento del colgajo.- Se procedió, seguidamente, al levantamiento del colgajo mucoperióstico despegando la mucosa de delante hacia atrás, con el periostótomo.

2.1.10.5. Osteotomía.- El tercer molar superior es submucoso, hay una capa de hueso muy fina, que pudo ser eliminada con el periostótomo. Sólo cuando el cordal es muy profundo es necesario efectuar la osteotomía con la fresa. La resección ósea, afectó solo al hueso oclusal y un poco por vestibular, facilitándome así el acceso al cordal, permitiendo la colocación de los elevadores para proceder a su luxación. En este caso no fue necesario el uso de este paso operatorio.

2.1.10.6. Extracción propiamente dicha.- Se realizó con el elevador recto de Winter aplicando la ley física de las palancas. Se colocó el elevador al tacto con la pieza retenida por la zona mesial, aplicando una fuerza hacia distal, vestibular y abajo, con lo que se produjo la luxación y posterior avulsión del molar incluido. Luego se ejerció algo de presión controlada pero teniendo precaución de no luxar la pieza vecina. Vigilé que el molar no sea desplazado hacia el seno maxilar o a los tejidos que están por detrás de la tuberosidad del maxilar, Dado que en este caso la inclusión era vertical, la corona del tercer molar se encontraba situada cerca del cuello anatómico del segundo molar, lo que dificultó el acceso entre los dientes o la realización de la osteotomía necesaria para hacer palanca con el elevador. Una vez que finalicé la luxación completé la exodoncia con el fórceps superior.

2.1.10.7. Limpieza de la cavidad.- Aunque los procesos inflamatorios en el cordal superior son menos frecuentes (y en la imagen radiográfica no aparecía ninguna rarefacción), me cercioré con una cureta de limpiar la cavidad acompañado de suero fisiológico y solución antiséptica como el povidin.

2.1.10.8. Sutura.- La sutura es la unión de los tejidos que fueron separados por la incisión. Para suturar utilicé como instrumental un porta agujas y un hilo de sutura 3.0 la técnica de punto separado lo realicé por detrás de la cara distal del segundo molar y encima de la zona de la cresta alveolar de la tuberosidad, se recomienda pasar primero la aguja por la zona mucosa palatina para posteriormente coger el labio vestibular de la incisión. De esta forma se facilitó la sutura, a pesar de contradecir las reglas quirúrgicas.

2.1.11. FASE POSTOPERATORIA

Receta.- Se le prescribió a la paciente la siguiente medicación:

Amoxicilina cápsulas de 500 mg #15 (1 cada 8 horas)
Nimesulide tabletas de 500 mg #12 (1 cada 8 horas) Ingerir después de las comidas.
Vitamina C tableta 1gr efervescente #1 Tubo (1 tableta al día, disuelta previamente en ½ vaso con agua)

Recomendaciones al paciente.- No tener esfuerzos físicos, tener una buena higiene bucal utilizando un cepillo dental de cerdas suaves junto con enjuagues bucales y hacerlo después de cada comida, colocar bolsas de hielo, no consumir bebidas alcohólicas y evitar el cigarrillo.

2.1.12. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

En general, si se ha realizado correctamente la técnica y se aplican las medidas de prevención, estas complicaciones suelen ser mínimas.

2.1.12.1. Hemorragia

Prevención: ejecutar adecuadamente las técnicas de hemostasia durante la cirugía. Evitar el consumo de ácido acetilsalicílico 15 días antes y después de la cirugía.

Tratamiento: compresión de la herida seguida de vendaje compresivo. Aplicación local y repetida de frío en sesiones de 15 minutos.

2.1.12.2. Hematoma o seroma

Prevención: realizar una correcta hemostasia.

No dejar espacios muertos: suturar por planos y aplicar un vendaje compresivo tras la cirugía.

Tratamiento: si son pequeños, suelen reabsorberse por sí solos. En el caso de hematomas o seromas mayores, se puede evacuar a través de la incisión o retirando alguno de los puntos de sutura.

2.1.12.3. Infecciones

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, haciendo el mínimo daño tisular y observando estrictamente la asepsia. Realizar correctamente los cuidados postoperatorios de la herida.

Tratamiento: se realizará una limpieza y desinfección diaria, retirando los puntos necesarios y permitiendo un cierre por segunda intención. Tratamiento con antibióticos orales. En caso de no respuesta, Valorar la realización de cultivos del material purulento.

2.1.12.4. Dehiscencia de suturas

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, utilizando el material adecuado y suturando por planos.

Deben hacerse suturas sin tensión en los bordes, bien con puntos subcutáneos o colchoneros, bien realizando una disección subcutánea de los bordes.

Tratamiento: debe hacerse un cierre por segunda intención.

2.1.12.5. Granuloma de sutura

Prevención: debe realizarse correctamente la técnica de sutura, reduciendo la cantidad de material extraño, suturando con material lo más fino posible, dejando pocos nudos y cabos cortos.

2.1.12.6. Necrosis

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, realizando un adecuado tratamiento de los bordes, evitando pinzamientos, punciones o traumatismos.

Debe evitarse la excesiva tensión en la herida tras la sutura.

2.1.12.7. Cicatriz hipertrófica

Son cicatrices mayores de lo habitual, de superficie protuberante, rojizas y en ocasiones hipersensibles, pero que se mantienen dentro de los límites originales de la herida.

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica, utilizando el material correcto. Puede ser útil la realización de sutura intradérmica.

Los pacientes con antecedentes similares deberían ser remitidos al cirujano plástico para las siguientes intervenciones. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona.

Tratamiento: en general no suele responder bien a tratamiento. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona o la infiltración intralesional de corticoides. Debe ser valorado por el cirujano plástico.

2.1.12.8. Queloide

Son tumores de fibras colágenas que se disponen formando remolinos y nódulos en el seno de la cicatriz, pero que desbordan los límites de la herida, tanto en volumen como en superficie en forma de digitaciones que parten de su periferia hacia áreas circundantes.

Prevención: cuidar la técnica quirúrgica utilizando el material correcto. Puede ser útil la realización de la sutura intradérmica. Los pacientes con antecedentes similares deberían ser remitidos al cirujano plástico para las siguientes intervenciones. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona.

Tratamiento: en general no suelen responder bien a tratamiento. Puede ser útil la aplicación de parches de silicona o la infiltración intralesional de corticoides. Debe ser valorado por el cirujano plástico.

2.1.12.9. Hiperpigmentación de la piel

Prevención: proteger del sol las cicatrices foto expuestas, al menos durante 6 meses.

Tratamiento: despigmentación química.

2.2. HIPOTESIS

La demanda de los tratamientos quirúrgicos odontológicos realizados en la clínica de cirugía de maxilofacial de la Universidad de Guayaquil es producida por patologías en los terceros molares superiores.

2.3. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Dependientes

Tratamientos quirúrgicos odontológicos realizados en la clínica de cirugía de maxilofacial

Independiente

Patologías en los terceros molares

2.4.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

En la Operacionalizacion de las variables se establecerán indicadores de edad, sexo, raza, patologías presentes en terceros molares, procedimientos realizados, procedimiento realizados, periodos de recuperación.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE INDEPENDIENTE	**DEFINICION CONCEPTUALIZACION**	**INDICADOR**	**ITEM**
Patologías en los terceros molares	Enfermedades presentes en los dientes (terceros molares) oclusiones, caries, malformaciones, etc.	**Patologías**	**Inflamaciones** **Malformaciones** **Caries** **Etc.**
VARIABLE DEPENDIENTE	**DEFINICION CONCEPTUALIZACION**	**INDICADOR**	**ITEM**
Tratamientos quirúrgicos odontológicos realizados en la clínica de cirugía de maxilofacial	**Toda actividad que se ejecute que requiera de manipulación para la extracción, reparación o tratamiento de tipo invasivo**	**Tratamientos**	**Extracción** **Cirugía**

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El origen de la investigación fue tomada de diversas fuentes de información como textos de cirugía bucal, y páginas web.

3.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El reciente estudio se realizo en el periodo 2011.

3.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Interno de odontología:	1
Usuarios:	5
Tutor:	1

3.3.2. RECURSOS MATERIALES

Material odontológico
Materiales de oficina
Insumos de odontología

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo seleccionado son los pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la universidad de Guayaquil.

Realizándose estudios de 5 casos clínicos de los cuales se seleccionó uno con problemas en el tercer molar.

3.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo porque se ejecutara durante la investigación, y se realizara una descripción del tratamiento quirúrgico del tercer molar superior.

El sujeto de estudio está definido como: El paciente que asiste al servicio de Cirugía Maxilo Facial de la Universidad de Guayaquil, en la misma que fue realizada una cirugía de terceros molares, sin presencia de alteraciones sistémicas.

La fuente de información es de carácter primario porque los datos son recopilados directamente del sujeto de estudio y aplicando el método de observación a la cirugía realizada por el cirujano que atiende al sujeto de estudio se completaron los datos pertinentes.

3.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación a realizarse se encuadra en la particularidad de la investigación descriptiva y práctica de la clínica.

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Nos permitió identificar gran importancia que tiene realizar la anamnesis de la historia clínica, realizar exámenes complementarios y radiográficos para lograr un diagnostico con mayor éxito durante el acto quirúrgico.

Definimos, la clasificación, los detalles anatómicos y fisiológicos que permitieron conocer de qué manera actuar frente a ciertas complicaciones que pudieron haberse presentado durante, mediante y después de la cirugía.

La aplicación de los conocimientos teóricos que hemos adquirido en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, durante nuestra etapa de formación académica, con el fin de prepararnos como buenos profesionales para poder servirle a la comunidad que nos rodea con honestidad y responsabilidad.

4.2. RECOMENDACIONES

El profesional Odontólogo si decide realizar una exodoncia del tercer molar debe tener en cuenta la parte más fundamental la cual es la anamnesis de la historia clínica y de la mano lleva la realización de los exámenes complementarios y radiográficos para así, poder darnos cuenta si el paciente tiene algún problema hereditario o sistémico como por ejemplo si el paciente es hipertenso, sufre de hemorragias, si es diabético o ha tenido hepatitis, VIH para poder tomar la medidas necesarias de acuerdo a la situación de cada paciente. Como también la elección correcta de la técnica y el material de anestesia.

En toda acción odontológica de debe realizar la anamnesis, la historia clínica, exámenes complementarios y radiográficos para lograr un diagnostico pronostico y tratamiento a largo plazo.

Es importante recordar que el profesional debe buscar siempre el bienestar y el mejor tratamiento al tomar las decisiones terapéuticas, y no hacerlo al paso de la intervención ya que de ser así, se pueden producir las complicaciones que en la presente investigación han sido desarrolladas.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERTOS JM., González M., 2002- Razones para la extirpación de terceros molares no erupcionado, México, ed. 3era. Pág. 89.

2. ACEVEDO A. Y FERNÁNDEZ C.(2002). Efecto de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 2% en la Incidencia de Caries Dental en una Población Escolarizada. España: Ergon, S.A. pág. 45-89

3. CASANOVA, A Y ET AL. Factores asociados a la pérdida del primer molar permanente en escolares, México. Ed. Lemus, 2da edición pág. 256.

4. Cirugía Bucal. Patología clínica y terapéutica. Ríes Centeno G. A. 9na Edición Mundi 1987 Bs. As.
5. Cirugía Bucal y maxilofacial. Laskin D. M. Ed. Médica Panamericana. Bs. As., año 1987
6. El tercer molar incluido. Manuel M. Romero Ruiz, José Luís Gutiérrez

7. GONZÁLEZ, J Y ET AL.2009 - Estudio epidemiológico sobre la perdida prematura del primer molar permanente en niños con edades comprendidas entre 6 y 10 año, Argentina, pág. 45-46

8. MENA G. A. Y RIVERA L.(2002). Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). Argentina, pág. 62-68

9. Pérez. Facultad de Odontología de Sevilla. Universidad de Sevilla. España. Ed. Integraf S.L., año 2001.

10. PINEDA E., DE ALVARADO E. Y DE CANALES F. (1994). Metodología de la Investigación. Manual Para el Desarrollo de Personal de Salud. (2ª ed.). E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud.
11. Razones para la extirpación de terceros molares no erupcionados. Albertos JM., González M., Santamaría J. ROE 1996.

12. VARELA M. (2000). Problemas Bucodentales en Pediatría. (1ªed.) España: Ergon, S.A. pág. 45-89

ANEXOS

ANEXO N°1

Se realizo la foto con el paciente-operador previo a la presentación del caso de la cirugía.

FUENTE: Clínica De Internado Facultad De Odontología, año 2011.
ELABORADO: INTERNO DE ODONTOLOGIA

ANEXO N°2

Toma de una radiografía periapical en la cual se observa que el tercer molar superior izquierdo.

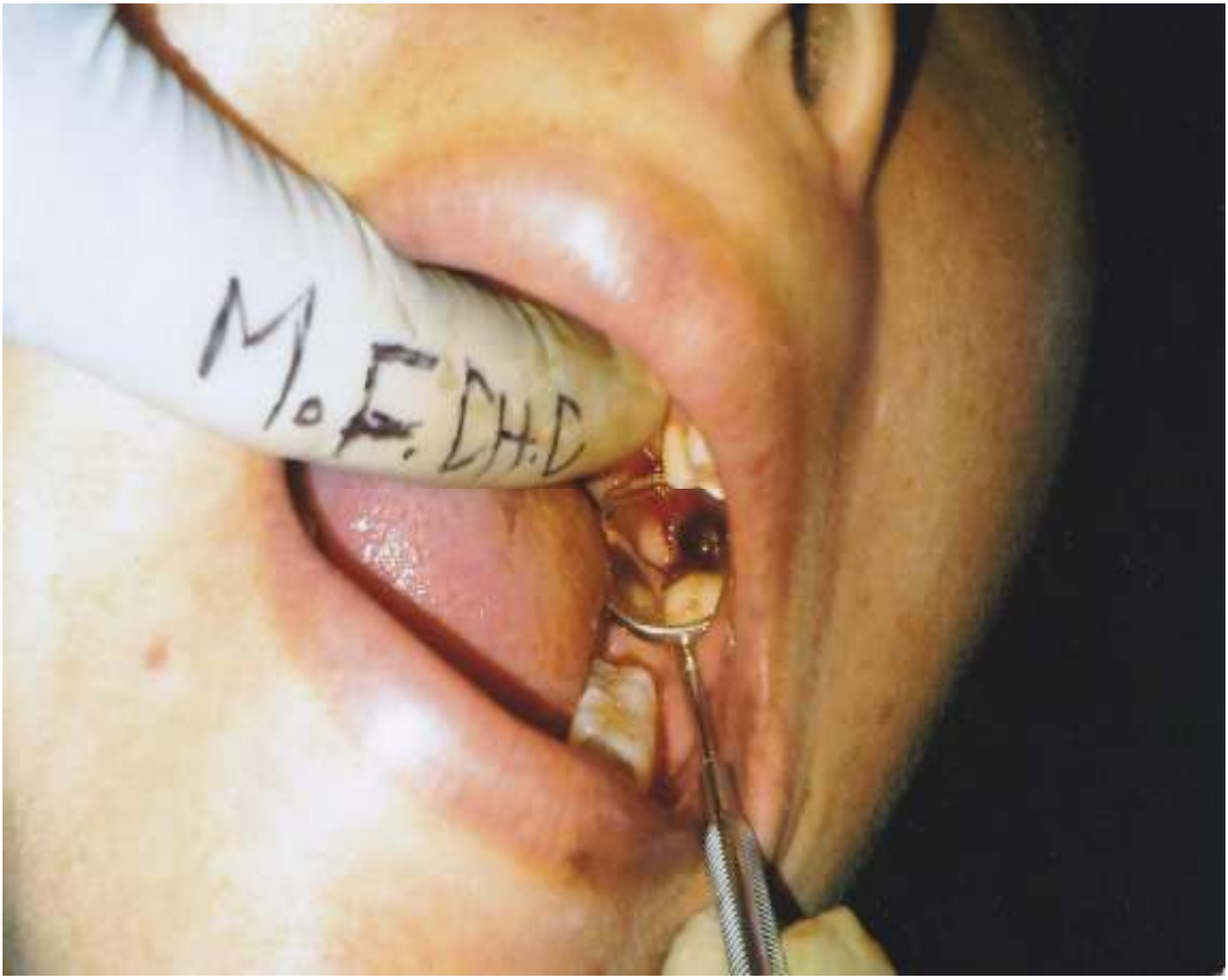
FUENTE: Clínica De Internado Facultad De Odontología, año 2011.

ELABORADO: INTERNO DE ODONTOLOGIA

ANEXO N°3

Se va a realizar la extracción de la pieza realizando las técnicas de odontosección, luxación y avulsión del tercer molar superior izquierdo

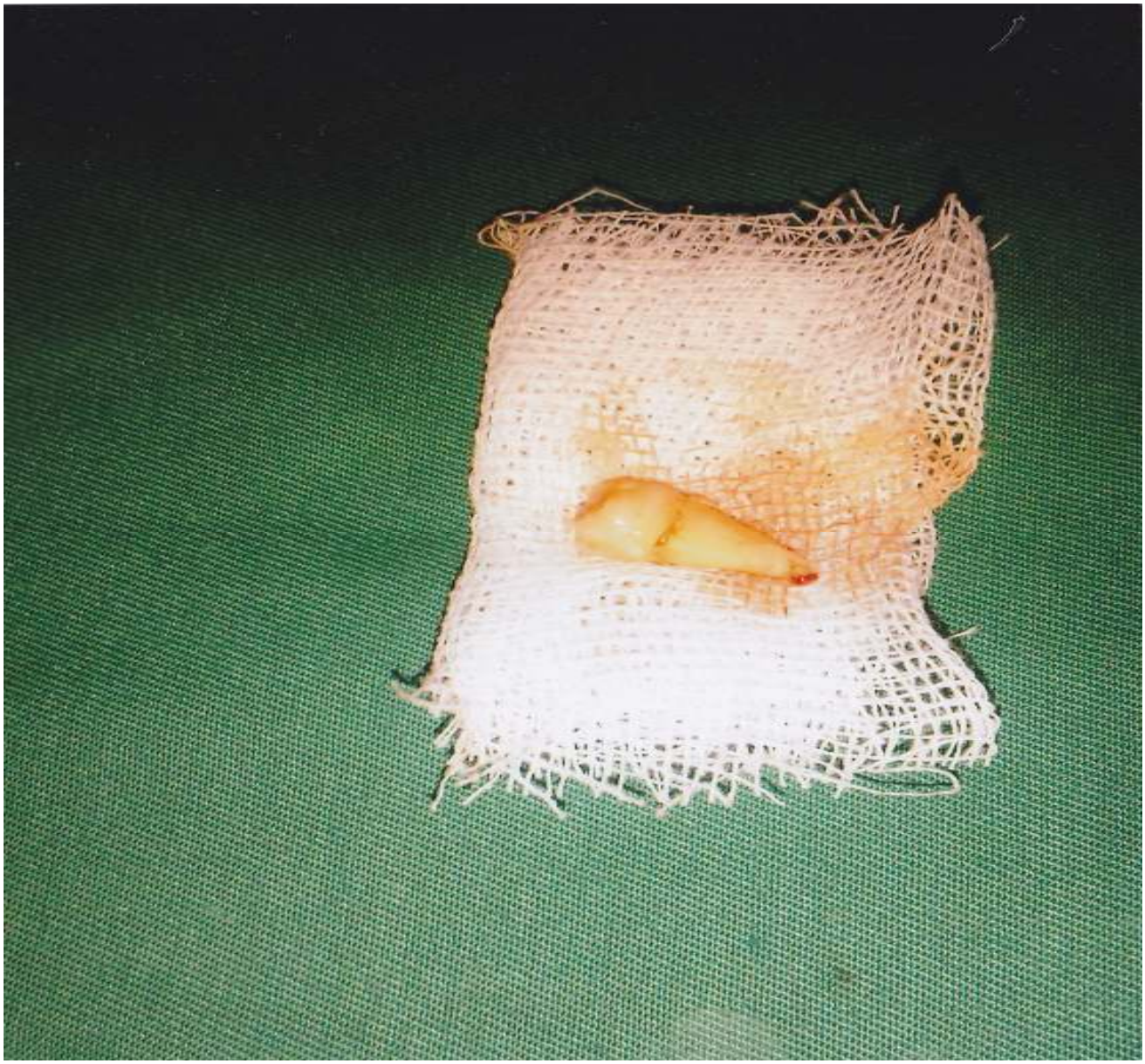
FUENTE: Clínica De Internado Facultad De Odontología, año 2011.
ELABORADO: INTERNO DE ODONTOLOGIA



ANEXO N°4

Después de la extracción se realiza la sutura para que la herida se cierre y cicatrices

FUENTE: H Clínica De Internado Facultad De Odontología, año 2011.
ELABORADO: INTERNO DE ODONTOLOGIA



ANEXO N°5

Muestra del tercer molar superior izquierdo extraída por completo en la cirugía realizada

FUENTE: Clínica De Internado Facultad De Odontología, año 2011.
ELABORADO: INTERNO DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N: 9 - 7389

$ 1.20

UN dólar Americano CON VEINTE Centavos

NOMBRES: 1205164781 CHANG CEVALLOS MARIA FERNANDA

FACULTAD: 1002 26/06/2012 08:40:26

Guayaquil, 29 de junio del 2012

Doctor.
Washington Escudero D.
Decano de la Facultad Piloto de Odontología
En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Ma. Fernanda Chang Cevallos** con cedula de identidad # **1205164781,** alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 2** de la carrera de Odontología, solicito a usted, se me digne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACIÓN,** previo a la obtención del título de Odontóloga, en la materia de **CIRUGIA.**

Por la atención que sirva dar a la presente quedo de usted muy agradecido.

Muy Atentamente

Ma. Fernanda Chang Cevallos
C.I. 1205164781

Se le ha designado al Dr. (a) _____para que colabore en su trabajo de graduación.

_____
Dr. Washington Escudero D.
DECANO

C 9 - Nº 0007369

Punto de Venta 001-005

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N: 9 - 7388

$ 1.20
UN dólar Americano CON VEINTE Centavos

NOMBRES: 1205164781 CHANG CEVALLOS MARIA FERNANDA
FACULTAD: 1002
26/06/2012 08:40:26

Guayaquil, 29 de Junio del 2012

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Chang Cevallos Ma. Fernanda** con C.I. No **1205164781** alumno de Quinto Año Paralelo No 2 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL TERCER MOLAR"

Objetivo General:
Describir, como se realiza la intervención quirúrgica del tercer molar superior izquierdo para así poder evitar futuras complicaciones antes durante y después de la cirugía.

JUSTIFICACIÓN:
Es la base para cualquier tratamiento ortodontico. Dientes en situaciones o posiciones incorrectas, con acusadas extrusiones por falta de antagonismo, deben ser eliminados para conseguir una buena oclusión, la estabilidad necesaria o una mejor estética.

Dientes retenidos: pueden ser incluidos o enclavados. Los más frecuentes son los terceros molares inferiores, los superiores, los caninos superiores, premolares inferiores e incisivos superiores. Estos dientes en su inclusión o en los intentos de erupción producen una serie de accidentes de tipo infeccioso, mecánico, reflejo y tumoral que aconsejan su extracción.

El 40 al 50% de acciones clínicas se aplica en acciones quirúrgicas.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

María. Fernanda chang cevallos
C.I. 1205164781

Dr. Tito Vargas Villagomez
TUTOR ACADEMICO

C 9 - Nº 0007388

Punto de Venta 001-005