



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO**

TEMA:

Análisis de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer
molar superior

AUTOR:

José Andrés Salem Loor

TUTOR:

Dr. Remberto Rodríguez

Guayaquil, junio 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 Título de tercer nivel de Odontólogo

El trabajo de graduación se refiere al análisis de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior

Presentado por:

José Andrés Salem Loor

1312927716

Apellidos y nombres

cédula de ciudadanía

TUTORES:

Dr. Remberto Rodríguez

Tutor Académico

Dr. Remberto Rodríguez

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero D.

Decano

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del autor

José Andrés Salem Loor

1312927716

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me eh propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la Facultad de Odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional

Y por ultimo un especial agradecimiento a mi tutor de tesis Doctor Remberto Rodríguez, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

José Andrés

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo a mis padres Sra. Carmen Loor y el Sr. José Salem Mendoza quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superarse día a día así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a mis hermanas y demás miembros de mi familia los cuales han estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento

José Andrés

INDICE GENERAL

| Contenidos | pág. |
|--|------|
| Caratula | |
| Certificacion de tutores | I |
| Autoria..... | II |
| Agradecimiento | III |
| Dedicatoria..... | IV |
| Indice general | V |
| introducción..... | 1 |
| CAPITULO I | |
| EL PROBLEMA | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 2 |
| 1.2. Preguntas de investigacion | 2 |
| 1.3. Objetivos..... | 3 |
| 1.3.1. Objetivo general | 3 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 3 |
| 1.4. Justificacion de la investigacion | 3 |
| 1.5. Viabilidad | 4 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEORICO | |
| Antecedentes | 5 |
| 2.1. Fundamentos teoricos | 7 |
| 2.1.1. Etiologia | 7 |
| 2.1.1.1. Condiciones embriológicas..... | 7 |

| | | |
|----------|---|----|
| 2.1.1.2. | Condiciones anatómicas..... | 8 |
| 2.1.2. | Clasificación | 8 |
| 2.1.3. | Patogenia | 10 |
| 2.1.3.1. | Pericoronaritis aguda supurada..... | 11 |
| 2.1.3.2. | Ulceración mecánica de la mucosa yugal (cordal vestibulizado), del pilar anterior del velo del paladar o de la región amigdalina..... | 12 |
| 2.1.3.3. | Las complicaciones infecciosas son excepcionales, al igual que las óseas, a excepción de la posibilidad de infección del seno maxilar por la estrecha relación que existe entre ambas estructuras. | 12 |
| 2.1.3.4. | Complicaciones ganglionares son raras, suelen afectarse los ganglios genianos y submaxilares..... | 15 |
| 2.1.3.5. | Complicaciones nerviosas | 15 |
| 2.1.3.6. | Trastornos trófico-cutáneos mucosos | 16 |
| 2.1.3.7. | Síndrome de sluder | 17 |
| 2.1.3.8. | Complicaciones diversas | 18 |
| 2.1.4. | Estudio radiológico | 19 |
| 2.1.4.1. | Estudio de las raíces y corona..... | 20 |
| 2.1.4.2. | Segundo molar | 20 |
| 2.1.4.3. | Seno maxilar..... | 20 |
| 2.1.5. | Indicaciones de la exodoncia del tercer molar superior..... | 21 |
| 2.1.5.1. | Exodoncia preventiva o profiláctica..... | 21 |
| 2.1.5.2. | Exodoncia por infección..... | 24 |
| 2.1.5.3. | Extracción por motivo de ortodoncia..... | 24 |
| 2.1.5.4. | Por motivos prostodóncicos y restaurativos..... | 26 |
| 2.1.5.5. | Por motivos periodontales | 26 |
| 2.1.5.6. | Presencia de otra patología asociada..... | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.5.7. Otras indicaciones | 27 |
| 2.1.6. Contraindicaciones de la extraccion del tercer molar superior 28 | |
| 2.2. Elaboracion de la hipótesis | 30 |
| 2.3. Variables..... | 30 |
| 2.4. Operacionalizacion de las variables..... | 31 |
| CAPITULO III | |
| METODOLOGÍA | |
| 3.1 lugar de la investigacion | 32 |
| 3.2 periodo de la investigacion | 32 |
| 3.3 recursos empleados..... | 32 |
| 3.4 universo y muestra..... | 33 |
| conclusiones y recomendaciones | 34 |
| CAPITULO IV | |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 4.1 conclusiones | 34 |
| 4.2. Recomendaciones | 37 |
| Bibliografia | 38 |
| Anexos | 40 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata de demostrar que para la extracción del tercer molar superior existen indicaciones y contraindicaciones, las cuales son de gran importancia tener en conocimiento para evitar los diferentes tipos de complicaciones que se pueden presentar, al momento del acto quirúrgico de la extracción del tercer molar superior. Teniendo en cuenta que la extracción del tercer molar superior está indicada en pacientes que presentan ausencia de espacio en la arcada dentaria sin que dicha pieza pueda hacer su erupción normal y fisiológica, pacientes que presenten algún tipo de patología relacionada al tercer molar, pacientes con presencia de quistes o tumores odontogénicos relacionados al tercer molar, o debido a indicaciones de un tratamiento de ortodoncia.

A su vez está contraindicada en pacientes que presentan compromiso médico importante, pacientes que hayan tenido el tercer molar incluido por años que no le haya originado ningún tipo de complicación y cuando existe el riesgo de causar lesiones a estructuras adyacentes, siempre evaluando el beneficio o el perjuicio que le podemos ocasionar al paciente. Por medio de una investigación bibliográfica, historia clínica, diagnóstico, tratamiento y la evolución del tratamiento en un paciente se demostrara, la importancia de tener el conocimiento acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior para evitar complicaciones que se pueden presentar durante la intervención quirúrgica.

Así mismo cuando se obtengan los datos definitivos de esta investigación serán un aporte científico a la ciencia odontológica ya que al tener el conocimiento acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior se evitarían los diferentes tipos de complicaciones que se puedan presentar al momento del acto quirúrgico o posterior a este.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el tratamiento de cirugía muchas veces se presentan complicaciones en la intervención quirúrgica las cuales pueden ser causadas por diferentes factores pero el más frecuente es debido a la falta de conocimiento acerca de a qué tipo de pacientes está indicada y a cuáles no dicha intervención.

Es por esto que se establece como problema de investigación:

¿Cómo determinar que el conocimiento acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior es esencial antes de efectuar la intervención quirúrgica?

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuándo está indicada la extracción del tercer molar superior?

¿En qué casos está contraindicada la extracción del tercer molar superior?

¿Qué tipo de complicaciones se pueden presentar durante o después de la intervención quirúrgica?

¿Cuándo deberá realizarse la extracción del tercer molar superior por motivos periodontales?

¿Por qué a un paciente que tiene compromiso médico no se le puede efectuar la extracción del tercer molar superior?

¿En qué momento debemos evaluar las indicaciones y contraindicaciones del acto quirúrgico en un paciente?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Detallar las indicaciones y contraindicaciones que se presentan en la extracción del tercer molar superior.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las condiciones anatómicas del tercer molar superior.
- Establecer en qué tipo de pacientes está indicada y contraindicada la extracción del tercer molar superior.
- Presentar las diferentes urgencias y emergencias que se presentan al momento de la extracción del tercer molar y posterior a este.
- Demostrar mediante un caso clínico las indicaciones y contraindicaciones en relación a la extracción del tercer molar superior.
- Presentar los resultados de la investigación en una tesis derivado de los hallazgos en clínica.
- Revisar otras investigaciones similares acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Por medio de esta investigación se pretende conocer las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior evitando las posibles complicaciones que se pueden presentar durante la intervención quirúrgica.

Es muy importante tener noción acerca de cuándo está indicada la extracción del tercer molar superior en un paciente puesto que la mayoría de veces cuando se presentan complicaciones durante la cirugía o

posterior a ella es debido a la falta de conocimiento sobre ello, por lo tanto esto se deberá conocer para evitar dichas complicaciones o actuar de manera adecuada a lo que se presenten.

Además esta investigación será un aporte científico a la ciencia odontológica ya que se obtendrá el conocimiento antes de la intervención sobre a qué tipo de pacientes se le puede realizar la extracción del tercer molar superior y a cuáles no y se evitarían posibles complicaciones que pueden llegar a afectar la salud del paciente incluso de manera crítica.

1.5. VIABILIDAD

Esta investigación posee recursos científicos, análisis de casos y una exploración clínica que le dan viabilidad a este trabajo y por lo tanto logra los objetivos establecidos.

Estos recursos científicos son actualizados y comprobados por profesionales, por lo cual se han realizado análisis de todas las diferentes opiniones e investigaciones para lograr de esta manera un solo trabajo de investigación que engloba lo más importante.

Se complementa esta investigación con análisis de casos, los cuales fueron efectuados en el área de clínicas de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Finalmente este trabajo ha sido revisado por un tutor el cual tiene la autoridad y el conocimiento científico para efectuar dicha revisión.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

En 1979 el Instituto Nacional de Investigación Dental, una división del US Instituto Nacional de la Salud, patrocinó la Conferencia de Desarrollo de conceso sobre la extracción de los terceros molares. Desde 1980, varios estudios han buscado identificar las decisiones de tratamiento para la cirugía del tercer molar a la luz de la conferencia del conceso. En los 90 la racionalización de la cirugía pública incluyó cirugía oral. En 1993 la Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales organizó un taller sobre el manejo de pacientes con terceros molares, del que resultó un protocolo de indicaciones, En 1997, la Facultad de Cirugía Dental del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, publicó una guía dental para el manejo de los terceros molares impactados.

Las últimas tendencias buscan una racionalización de esta intervención, siendo múltiples los estudios que tratan de asentar una uniformidad con respecto al diagnóstico y terapéutica de los terceros molares.

Recientemente, Adeyemo en 2006, realizó una revisión de la literatura, donde recomienda la reducción de la exodoncia profiláctica estandarizada.

Así, sugiere que todos los pacientes con terceros molares impactados deberían ser evaluados individualmente con un plan de tratamiento individual no sujeto a un protocolo estandarizado. Finalmente concluye que la extracción de estos terceros molares deberían tener indicaciones medicas, quirúrgicas, o patológicas bien definidas.

El extraer o no un tercer molar, es probablemente una de las decisiones de tratamiento a las que se enfrenta la profesión dental con más

frecuencia. Mientras que diagnosticar la extracción de terceros molares asociados con patología es a menudo sencillo, la decisión de extraer terceros molares asintomáticos es mucho más conflictiva así Lysell y Rohlin (1988), en un estudio basado en un cuestionario, identificaron que el 27% de los terceros molares eran extraídos por razones profilácticas.

Más recientemente Bickley, Shepherd, y Mancini (1993), en un estudio realizado en Cardiff, concluyeron que el 23% de los dientes programados para extracción no tenían indicación válida para cirugía. Además dos tercios de los terceros molares sin problema habían sido recomendados para exodoncia. Un estudio posterior demostró que solo el 59% de los terceros molares programados para cirugía tenían indicaciones validas.

En 1995 en el Eastman Dental Hospital se realizo un estudio que demostraba que más de la mitad de los pacientes que se sometían a la exodoncia de los terceros molares no tenían indicaciones adecuadas para dicho tratamiento. Junto a este estudio otros dos trabajos en 1996 y 1999 cifran entre el 18 y 50% las exodoncias de terceros molares sin justificación aparente. También era una práctica recomendada la de extraer todos los terceros molares en caso de que uno de ellos produjese patología.

El argumento de esto es evitar el índice de morbilidad aumentada que puede acompañar futuras anestесias si los dientes retenidos desarrollan condiciones patológicas de extracción. Actualmente, la literatura sugiere que la extracción profiláctica de los terceros molares continua siendo universalmente practicada en Europa y Estados Unidos.

2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS

2.1.1. ETIOLOGIA

La erupción del tercer molar en la población se produce al inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela de juicio, molar de la cordura o cordal.

El comienzo de su calcificación es a la edad de 7 a 9 años, la calcificación completa de su corona es entre los 12 y 16 años y la clasificación completa de su raíz es entre los 18 y 25 años.

La edad media de erupción de los cordales en varones es de 19,9 años y 20,4 en mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años.

El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria.

Los terceros molares son piezas que presentan el mayor número y frecuencia de variaciones morfológicas en la dentición humana.

2.1.1.1. Condiciones embriológicas

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si un diente de reemplazo se tratara.

La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado.

La muela del juicio normal evoluciona siempre de abajo a arriba y de atrás hacia delante. Así pues, la evolución normal se hace según una línea de curva de concavidad posterior.

El tercer molar superior, situado muy alto en la tuberosidad del maxilar superior, al crecer provoca su migración hacia el reborde alveolar, entre el segundo molar y la sutura pterigomaxilar. Con mucha frecuencia su eje se desvía hacia afuera, hacia el vestíbulo, o más raramente de manera oblicua hacia delante, contra el segundo molar. Por esto y por la elevada prevalencia de la hipoplasia maxilar y de las arcadas dentarias de dimensiones reducidas, quedan frecuentemente impactados. Puede considerarse que solo aproximadamente el 20% de los cordales llega a tener una posición normal en la arcada dentaria.

2.1.1.2. Condiciones anatómicas

El tercer molar superior se sitúa entre el segundo molar superior y la sutura pterigomaxilar, y queda en relación con el seno maxilar por arriba y la región pterigomaxilar por detrás.

Su anatomía varía mucho, puede tener entre una y cuatro raíces y entre uno y seis conductos y puede tener conductos en forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar.

La anatomía radicular del tercer molar es por completo impredecible.

2.1.2. CLASIFICACION

Relación del tercer molar superior respecto la tuberosidad del maxilar y el segundo molar.

Clase 1: Existe suficiente espacio anteroposterior para la erupción, es decir entre la tuberosidad del maxilar y la cara distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase2: El espacio entre la tuberosidad del maxilar superior y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3: Tercer molar totalmente incluido en el hueso, por lo tanto este tercer molar no va a tener un espacio en boca para poder erupcionar.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A.- El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B.- El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar.

Winter¹ clasifica los Terceros Molares con relación a su posición con respecto al eje longitudinal del segundo molar.

Vertical

Meso angulado

Disto angulado

Horizontal

¹ Winter Clasificación en el año 1926

En vestíbulo versión

En linguo versión

Invertido

Características del espacio retromolar

Angulo del eje longitudinal del diente

Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.

2.1.3. PATOGENIA

Las complicaciones y accidentes debido a la erupción del tercer molar superior son más raros y más benignos en relación con los del tercer molar inferior.

Aunque en ocasiones los terceros molares pueden permanecer asintomáticos toda la vida, lo más frecuente es que estos dientes participen en distintos procesos patológicos.

El tercer molar superior suele estar en una posición anormal, casi siempre vestibulizado, pero sin ningún obstáculo que lo impacte. Así mismo, la región alveolar superior no está en relación directa con los espacios celulares laxos ni con los planos de inserciones musculares, datos estos de gran interés en los accidentes infecciosos del tercer molar.

La etiología y patogenia son las mismas, aunque en el tercer molar superior debemos reconocer que estos son fundamentalmente al erupcionar, por ello acontecen a menudo a una edad más avanzada.

Cuando se presenta patología grave, se coincide acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar, pero la

manera de proceder de los cordales asintomáticos o que causan problemas leves requiere una consideración cuidadosa.

Para decidir si está indicada la extracción en estos casos, es necesario conocer la patología potencial relacionada con estos dientes, además de las secuelas que pueden acarrear tales problemas.

Destacamos los más frecuentes:

2.1.3.1. Pericoronaritis aguda supurada

Se caracteriza por existir la clínica inflamatoria típica: Dolor, Tumor, Rubor y Calor.

Destacaremos la clínica más característica:

Dolor intermitente, palpitante e intenso que aumenta con la masticación y que puede producir insomnio. Existe irradiación hacia distintas zonas faciales en especial hacia el oído.

Trismo, que normalmente es poco intenso y es un efecto antiálgico.

Disfagia y dificultad a la masticación que suele ser el testimonio de la propagación de la inflamación hacia el velo del paladar o a la zona amigdalina, que están enrojecidas y edematosas.

Supuración en la zona del tercer molar. Al comprimir el capuchón mucoso se expulsa el pus. La encía está tumefacta y dolorosa y puede existir ulceración o descamación en la zona del opérculo, que puede mostrar signos de indentación del diente superior e incluso mordeduras de la zona yugal. Puede presentarse halitosis.

La encía ha cambiado su color normal y se presenta rojiza o roja violácea y cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

Aparición de adenopatías cervicales en especial en las zonas submaxilar y goniana

Fiebre, pulso y frecuencia respiratoria aumentada, astenia y anorexia.

Los Gérmenes más frecuentemente aislados son Peptostreptococcus, Fusobacterium y Bacteroides.

2.1.3.2. Ulceración mecánica de la mucosa yugal (cordal vestibulizado), del pilar anterior del velo del paladar o de la región amigdalina

Cuando el tercer molar se encuentra en Linguoversión o en Vestíbuloversión, puede traumatizar la mucosa yugal o lingual y producir una ulceración banal, pero este microtrauma repetido puede inducir una leucoplasia, que incluso puede llegar a transformarse en un carcinoma de células escamosas. Este hecho es muy raro pero no es aconsejable esta irritación constante, además de que, normalmente, esta ulceración es motivo de preocupación por parte del paciente y puede ocasionar sintomatología: dolor, quemazón, etc.

2.1.3.3. Las complicaciones infecciosas son excepcionales, al igual que las óseas, a excepción de la posibilidad de infección del seno maxilar por la estrecha relación que existe entre ambas estructuras.

El Seno Maxilar es una cavidad neumática excavada en el espesor de la apófisis piramidal del maxilar superior, su esbozo embrionario aparecen en el tercer y cuarto mes de la vida intrauterina, el crecimiento del seno es en sentido vertical y está condicionando a la erupción dentaria, en sentido anteroposterior depende del desarrollo de la tuberosidad del maxilar superior.

La evolución del seno tiene relación con la cronología de la erupción dentaria, el seno maxilar se puede comparar a una pirámide cuadrangular cuya base corresponde a la pared externa de la fosa nasal y el vértice se extiende al hueso malar, la pared anterior corresponde a la fosa canina, la pared posterior está formada por la tuberosidad del maxilar, la pared

superior forma parte del piso de la órbita, pared inferior está en íntima relación con los ápices de los molares y premolares, llamada pared alveolar, la base el cornete inferior lo divide en dos porciones una anteroinferior y posterosuperior, el vértice se dirige hacia el malar; la capacidad del antro en el adulto es de 10 a 15 ml.

Existe una estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores.

Esta tapizado con una mucosa delgada que está adherida al periostio. El epitelio pseudoestratificado cilíndrico ciliado con células caliciformes. El espesor de las paredes del seno no es constante, particularmente el piso y el techo. Las paredes pueden variar en espesor de 2 a 5 mm el techo y de 2 a 3 mm en piso.

Estas condiciones anatómicas de contigüidad explican la gran facilidad con que la patología del tercer molar superior puede provocar problemas sinusales, tales como:

- A. Infección sinusal de origen odontogénico.
- B. Comunicación bucosinusal.
- C. Introducción de restos radiculares del cordal o de todo el diente en el seno maxilar.

A. Infección sinusal de origen odontogénico

La sinusitis maxilar es una infección aguda o crónica del seno maxilar que con frecuencia se debe a la infección directa de una pieza dentaria aunque también se origina de otros procesos infecciosos, traumáticos, infecciones superpuestas o la perforación del piso y de la mucosa antral en el momento de la extracción.

B. Comunicación bucosinusal

Existe una estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores, ya que están tapizados con una mucosa delgada que se halla adherida al periostio (membrana sinusal). El espesor de las paredes del seno no es constante; las paredes pueden variar en espesor de 2 a 5 mm (el techo) y de 2 a 3 mm (el piso).

Una comunicación bucosinusal es una condición patológica que se caracteriza por existir una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, como consecuencia de falta de tejidos blandos (mucosa bucal, sinusal) y tejidos duros (hueso maxilar).

Esta puede producirse durante intervenciones practicadas en esta región que traen complicaciones con el antro de High-More, ya sea por causas accidentales o traumáticas. Las accidentales son aquellas donde las raíces de los dientes (más frecuentemente las de los premolares y molares superiores) están anatómicamente en la vecindad y/o incluidos en el seno, y al efectuar la extracción dentaria puede quedarnos una comunicación bucosinusal.

La existencia de infecciones de repetición favorece las perforaciones, ya que existe una zona de inflamación crónica que destruye la zona ósea entre ambas estructuras.

Las perforaciones traumáticas son aquellas que nosotros podemos realizar debido a maniobras bruscas e intempestivas con el instrumental de exodoncia, especialmente con elevadores, cuando se quiere luxar una raíz y hacer el legrado del fondo del alvéolo con curetas o cucharillas, para eliminar un posible tejido patológico. Si la comunicación no es muy grande, en ocasiones ni se llega a

observar, ya que el coágulo sanguíneo puede obturar la pequeña perforación.

Causas iatrogénicas son la exodoncia quirúrgica incorrecta de dientes incluidos, especialmente terceros molares y segundos premolares, introducción de un diente o raíz dentro del seno maxilar y la colocación de implantes dentales, sobre todo si se aplican técnicas especiales por existir atrofia alveolar.

2.1.3.4. Complicaciones ganglionares son raras, suelen afectarse los ganglios genianos y submaxilares

Los abundantes vasos linfáticos que circulan por el capuchón mucoso y los tejidos circundantes y que drenan a los ganglios submentonianos, submaxilares y yugulo-carotideos, hacen que la repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis sea un hecho frecuente y común.

Debe remarcar que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de afectación ganglionar de mayor o menor importancia.

2.1.3.5. Complicaciones nerviosas

A. Neuralgias bucofaciales.-

La aparición de dolor en la región del tercer molar o referido a otras zonas de cabeza y cuello suelen ser consecuencias de la existencia de pericoronaritis, reabsorción radicular, patología periapical, etc.

Sin embargo, algunos pacientes presentan dolor aunque el examen clínico y radiológico no se evidencia otra anomalía que la presencia de un cordal incluido que no tiene comunicación con la cavidad bucal.

Podemos encontrarnos con todo tipo de dolores bucofaciales:

B. Algas de tipo neurálgico.-

Pueden aparecer dolores que simulan una neuralgia facial esencial, con un dolor permanente de fondo con episodios paroxísticos nocturnos. Estos se irradian a distintas zonas cervicofaciales: sínfisis, zona laterocervical, zona preauricular, etc.

En estos casos el cuadro adquiere características similares a una neuralgia del trigémino, con episodios cortos de dolor violento, desencadenados.

Con referencias a las ALGIAS BUCOFACIALES:

Deben tenerse presente distintas consideraciones:

- La extracción del diente puede eliminar el dolor provisionalmente, aunque al no ser esta la causa, las algias reaparecerán.
- La exodoncia puede transformar un síndrome de algias intermitentes en un cuadro de dolor continuo.
- El dolor puede abandonar la rama inferior del nervio trigémino pero fijarse en otra de sus ramas.
- Algunas neuralgias etiquetadas como esenciales, pueden, en algunos casos, desaparecer tras la extracción de un tercer molar.

2.1.3.6. Trastornos trófico-cutáneos mucosos

Afectan a la región occipital.

Se han descrito diferentes tipos de estos trastornos:

Congestión de la encía

Hipertermia cutáneo-mucosa

Eritemas cutáneos

Acné rosácea

Herpes en la región del nervio mentoniano.

Alopecia.- en el cuero cabelludo pueden aparecer placas amplias de alopecia, por ejemplo; en las regiones parietal y occipital y en relación con el tercer molar inferior, o caída de pelo en múltiples pequeñas placas, que desaparecen en ambos casos tras la exodoncia.

2.1.3.7. Síndrome de Sluder²

Este síndrome afecta de modo particular al tercer molar superior. Se caracteriza por:

El dolor es unilateral, constante y taladrante; puede referirse al ojo, nariz, dientes maxilares, oído, cigoma, paladar, faringe e incluso hasta el hombro y brazo. Pueden presentarse sialorrea, lagrimeo, estornudos, fotofobia y salivación. No existe una zona de disparo.

La distribución y la duración del dolor son variables, La causa es afección del ganglio esfenopalatino debido a una irritación común como la sinusitis. Se piensa que el dolor resultante es de distribución neurovascular y por lo tanto, de origen y tipo visceral.

Las áreas afectadas corresponden a aquellas irrigadas por los vasos sanguíneos que reciben fibras motoras autonómicas y sensoriales viscerales a través del ganglio esfenopalatino.

El tratamiento consiste en cocainización, inyección de alcohol o resección del ganglio esfenopalatino.

² Cosme Gay Escoda- Tratado de Cirugía bucal

2.1.3.8. Complicaciones diversas

A. Caries

Cuando un cordal incluido esta en mayor o menor grado en contacto con la cavidad bucal, tiene una susceptibilidad a la caries muy acusada porque se acumulan restos de comida y porque es difícil mantener limpia esta zona.

Esta retención de desechos y de placa se acompaña de un sabor y olor desagradable (halitosis) y tarde o temprano se forma una caries en la cara oclusal del tercer molar, en la superficie distal del segundo molar o en ambos dientes.

En la mayoría de los casos, la restauración de esta caries que afecta al cordal no es solo práctica, sino que a menudo es técnicamente imposible, por lo que se indica la exodoncia, sin esperar a que la caries afecte a la pulpa, produzca un absceso o se desarrolle una infección periapical. La presencia de caries en un tercer molar es un factor a considerar; a menudo complica la extracción ya que la resistencia de la corona es importante para el procedimiento quirúrgico.

Los mismos factores que afectan al tercer molar retenido también aumentan la frecuencia de caries del segundo molar adyacente, como ya hemos comentado antes, en especial de su cara distal. No debe realizarse ningún tratamiento restaurador definitivo del segundo molar sin antes extraer el cordal, aunque si podremos efectuar tratamiento de conductos, si aquél presentaba patología pulpar.

B. Patología periodontal

La impactación constante de alimentos entre un tercer molar parcialmente erupcionado y en mesoversión y el segundo molar puede ocasionar

inflamación y pérdida ósea. Se cree que en estos casos se potencia la flora periodontopatogena.

Esta bolsa periodontal debilita el apoyo óseo del segundo molar, que puede volverse móvil.

La prevención de este problema indica la extracción profiláctica de los cordales incluidos ante el primer signo de patología periodontal; con ello se reduce la cantidad de hueso perdido en la cara distal del segundo molar. Al realizar esta extracción debe procurarse no traumatizar los tejidos periodontales con el fin de que estas bolsas periodontales no aumenten después de la extracción quirúrgica.

La extracción de un diente en presencia de cualquier inflamación gingival aguda, producirá, por lo menos, un alveolo infectado y, a lo más, una osteomielitis maxilar aguda. Por ello resulta evidente que debe tratarse de forma eficaz la etapa aguda de cualquier infección periodontal antes de llevar a cabo alguna exodoncia.

2.1.4. ESTUDIO RADIOLÓGICO

Es imprescindible realizar siempre un estudio radiológico preciso que muestre todo el tercer molar incluido y las estructuras que le rodean.

Para ello debe efectuarse una ortopantomografía, que nos dará una visión general, y las radiografías periapicales estándar que sean precisas para valorar los detalles locales.

Con estas radiografías se hace un estudio detallado de la corona y de las raíces del tercer molar superior, de sus relaciones con el segundo molar y con el seno maxilar. Con el estudio clínico y radiográfico será posible establecer la complejidad de la extracción del tercer molar, dato muy importante para el odontólogo.

Con una correcta interpretación radiográfica diagnosticamos la mayoría de factores locales que intervienen en la mayor o menor dificultad de la extracción del tercer molar superior.

Destacamos los siguientes:

2.1.4.1. Estudio de las raíces y corona

Su anatomía varía mucho, puede tener entre una y cuatro raíces y entre uno y seis conductos y puede tener conductos en forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar.

La corona puede presentar distintas variedades de forma, tamaño y estado que es preciso conocer. La corona del tercer molar puede ser tri, tetra, multicuspídea, y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. Puede, por otra parte, presentar caries, obturaciones, fracturas, reabsorciones, etc.

2.1.4.2. Segundo molar

Es muy importante estudiar la posición y disposición radicular del segundo molar pues estas características pueden dificultar la extracción del tercer molar incluido.

Tanto en el tercer molar superior como en el inferior, es de gran importancia establecer bien la relación de este diente incluido con el molar precedente, puesto que, si esto no se tiene en consideración, podemos producir iatrogenia en el molar de los 12 años.

2.1.4.3. Seno maxilar

En el tercer molar superior es importante valorar sus relaciones con el segundo molar y en especial con el seno maxilar. El suelo del seno

maxilar es el proceso alveolar, y su punto más declive está situado en el adulto a nivel de los ápices del primer y segundo molar. No obstante el tercer molar, mantiene con él, en todas sus fases de desarrollo, una relación muy estrecha; puede incluso afirmarse que algunos cordales están separados del seno maxilar por una fina capa de hueso. Esta capa ósea es habitualmente convexa y curvilínea, adoptando una forma más o menos ondulante entre las raíces dentarias. La pneumatización del seno maxilar puede aumentar en la edad adulta cuando se pierden los molares superiores de forma prematura. Estas condiciones anatómicas de contigüidad explican la gran facilidad con que la patología del tercer molar superior puede provocar problemas sinusales, tales como:

Infección sinusal de origen odontogénico.

Comunicación bucosinusal.

Introducción de restos radiculares del cordal o de todo el diente en el seno maxilar.

Todo ello hace que el estudio radiológico preoperatorio se deben valorar bien estos datos con el fin de evitar complicaciones intra o postoperatorias o secuelas por iatrogenia.

2.1.5. INDICACIONES DE LA EXODONCIA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

2.1.5.1. Exodoncia preventiva o profiláctica

Dada la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación del tercer molar, está plenamente justificada su eliminación profiláctica antes de que esta patología asociada se presente, excepto en aquellas circunstancias en que esto sea poco aconsejable o imposible. Leonard califica a los cordales incluidos como " bombas de efecto retardado", ya que si no se eliminan profilácticamente, pueden causar dolor, infecciones, etc. Llegando incluso a afectar la vida del paciente.

El momento idóneo para hacer la exodoncia preventiva es cuando ya se ha formado la mitad o las dos terceras partes de la raíz, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años. Pedersen² lo define ilustradamente como el periodo dorado del tercer molar. Parant² cree que la edad óptima se sitúa antes de los 20 años de edad, es decir antes que se haya producido la mineralización de los ápices.

La extracción del segundo molar intacto, en buena posición y con una buena oclusión con los antagonistas, con el fin de facilitar la evolución y posible erupción de un tercer molar incluido, no es una solución razonable y debe ser proscrita. Cuando el segundo molar está destruido y no es posible aplicar una terapéutica conservadora, o está en mal posición, podrá ser extraído y si esto coincide con la época o edad de crecimiento y desarrollo del tercer molar, este podrá entonces migrar hacia delante dependiendo de su situación inicial hasta adoptar una posición en la arcada dentaria más o menos fisiológica. El cordal superior suele alcanzar una buena situación en la arcada dentaria cuando se ha extraído precozmente el segundo molar.

De cualquier forma hasta los 25 años estará indicada la extracción preventiva, pues el hueso está menos mineralizado (elasticidad y resiliencia) y el ligamento periodontal aun no están plenamente formados. A partir de esta edad, además como demostraron Kugelberg y Cols², el riesgo de pérdida ósea periodontal del segundo molar adyacente es menor.

A. ¿Cuándo se justifica la extracción profiláctica del tercer molar incluido?

En las revisiones a largo plazo (20-40 años) de pacientes con cordales incluidos, se han comprobado una alta incidencia de complicaciones que pueden llegar hasta un 20% en el caso de la aparición de quistes

² Cosme Gay Escoda- Tratado de Cirugía bucal

² Cosme Gay Escoda- Tratado de Cirugía bucal

foliculares. En determinadas posiciones del tercer molar (mesioversión), la posibilidad de que produzca lesiones periodontales con pérdida del hueso distal del segundo molar es mayor del 95%. Recogiendo todas las posibles complicaciones además de las ya comentadas parece claro que hay motivos más que suficientes para considerar el tercer molar incluido como una fuente de problemas que justifican su exodoncia profiláctica.

No obstante autores como Stanley y Cols², no recomiendan la extracción preventiva porque refieren que un solo 12% de los dientes incluidos presentan patología asociada. Pero este estudio no refiere las complicaciones que producen los dientes incluidos con un seguimiento de 20 a 40 años.

A pesar de los motivos económicos que normalmente se presentan en contra de la exodoncia profiláctica de los cordales incluidos, la mayoría de autores cree que está plenamente justificada antes de los 25 años. No sería por otra parte razonable la exodoncia preventiva en un adulto mayor de 50 años por los criterios expuestos anteriormente.

Algunos protocolos como el de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)³ no aconsejan la extracción quirúrgica de los cordales incluidos asintomáticos en los siguientes casos:

- En pacientes cuyos cordales incluidos pueden llegar a erupcionar correctamente y tener un papel funcional importante.
- En pacientes con patología sistémica grave, en los que la extracción supondría un riesgo vital inaceptable o cuando los riesgos exceden los beneficios.
- En los pacientes con terceros molares en inclusión intraóseo sin historia ni evidencia de patología sistémica o local relacionada con ellos.

³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Health Service in Scotland.

- En pacientes con un riesgo de complicaciones pre y postoperatorias inaceptablemente alto, o en los casos de mandíbula atrófica en los que puede producirse una fractura.
- En los casos en los que se planifica la extracción del tercer molar contralateral asintomático.

2.1.5.2. Exodoncia por infección

Tanto por la presencia de una pericoronaritis, flemones, adenoflemones como por otros cuadros clínicos de infección odontogénica. Antes de efectuar la exodoncia, se tratará el problema infeccioso con antibióticos. Así pues, se prefiere practicar la intervención quirúrgica "en frío". Sin embargo, hay autores que piensan que si se puede actuar en fase aguda sin peligro alguno, aunque bajo protección antibiótica y haciendo la intervención bajo anestesia general.

La extracción "en caliente" de un tercer molar erupcionado con patología periodontal severa puede ser peligrosa, ya que es muy susceptible de complicarse con abscesos y flemones graves.

Una estomatitis de tipo ulceroso relacionada con la evolución del tercer molar contraindica temporalmente la extracción. Cuando desaparecen las lesiones mucosas ulcerosas, será el momento de efectuar la exodoncia.

2.1.5.3. Extracción por motivo de ortodoncia

La extracción del tercer molar por motivo de ortodoncia se la efectúa:

En discrepancias óseodentarias, como ayuda en el mantenimiento o retención de los resultados obtenidos con tratamientos ortodóncicos u ortopédicos, o bien cuando el ortodoncista necesita distalar los sectores posteriores de la arcada dentaria.

De acuerdo con Llamas⁴ , el ortodoncista puede recomendar la extracción de los terceros molares incluidos en los siguientes casos:

En apiñamientos dentarios poco importantes que no precisan de la extracción de otros dientes, especialmente si los cordales están en mal posición o tiene problemas eruptivos.

Cuando se precisa distalar los molares, ya que necesitamos ganar espacio por distal de los segundos molares.

Para permitir enderezar un segundo molar.

Cuando corregimos una maloclusión de clase III con extracciones de los primeros o segundos premolares inferiores. Esta acción creara una relación molar de mesioclusion. El tercer molar superior quedara sin antagonista lo que facilitaría su extrusión y la posterior aparición de complicaciones.

En los pacientes con agenesia de algún tercer molar, lo que es relativamente frecuente, debe valorarse la necesidad de extraer el cordal antagonista.

En aquellos pacientes que serán sometidos a determinadas técnicas de cirugía ortognatica en las que la línea de osteotomía coincida con la ubicación de los terceros molares. En la osteotomía de Obwegeser-dalpont⁵ deben extraerse los cordales inferiores con unos meses de antelación para que no interfieran con la técnica quirúrgica.

A. Contraindicaciones de la extracción por motivo de ortodoncia:

Por otra parte debemos evitar extraer un tercer molar en los siguientes casos:

- Cuando el tratamiento ortodontico ha creado una relación molar de clase III. En estos casos el segundo molar inferior queda sin apenas contacto con

⁴ Dr. José María Llamas Carreras- Manual de Ortodoncia, Madrid 2003

⁵ Obwegeser HL. The indications for surgical correction of mandibular deformity by the sagittal splitting technique. Br J Oral Surg 1963.

el segundo molar superior, por lo que el tercer molar inferior adoptara una correcta relación oclusal con este.

- En los tratamientos ortodónticos que exigen la extracción de primeros o segundos molares permanentes, es importante, que los terceros molares adopten una correcta oclusión. Este tipo de extracción terapéutica puede indicarse en casos de mordida abierta vertical, con el fin de conseguir una rotación mandibular anterior favorable.

- En tratamientos ortodónticos en que la destrucción por caries de los primeros o segundos molares justifique su extracción, los cordales deben conservarse para colocarlos adecuadamente (trasplante del germen del cordal a la posición del primer molar, tratamiento ortodontico para situar los molares restantes en una posición funcional, etc)

- En pacientes adultos, con espacios edentulos en el sector posterior, hay que valorar la posibilidad de utilizar los terceros molares, movilizándolos por motivos ortodónticos, para emplearlos como pilares de una prótesis, y para mantener una correcta dimensión vertical.

2.1.5.4. Por motivos prostodónticos y restaurativos

Cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación o colocar una prótesis.

Cuando los cordales están debajo de una prótesis removible, acabarán dando problemas para la reabsorción ósea que provoca la prótesis porque se cree que está presión actúa como un mecanismo propioceptivo estimulando su erupción.

2.1.5.5. Por motivos periodontales

Cuando el control de una periodontitis no puede ser el correcto en la cara distal del segundo molar, bien sea porque el paciente no puede realizar una buena higiene de esta zona o porque el cordal tiene bolsas profundas.

Si no se extrae el cordal la presencia de bolsas profundas con pérdida de inserción favorece la persistencia de una flora anaerobia con placa subgingival que produce episodios infecciosos repetidos con una pérdida progresiva del soporte óseo distal del segundo molar.

2.1.5.6. Presencia de otra patología asociada

En relación con los terceros molares superiores son frecuentes las ulceraciones de la mucosa yugal por estar el diente incluido hacia vestibular.

A largo plazo pueden aparecer lesiones leucoplásicas, posible fase inicial de un carcinoma de células escamosas (espinocelular).

2.1.5.7. Otras indicaciones

Cuando el paciente tiene que ser irradiado por presentar una patología neoplásica de la región cervicobucofacial. Evitaremos así la necesidad de extracción postirradiación por la aparición de patología dentaria. Se recomienda hacer la exodoncia al menos 2 semanas antes de empezar la radioterapia.

Cuando ha existido uno o más episodios de infección (pericoronaritis, celulitis, abscesos, etc.), o bien una patología pulpar o periodontal intratable.

Caries del tercer molar que no pueda ser restaurada adecuadamente.

Caries del segundo molar adyacente que no puede ser tratada correctamente sin extraer el tercer molar.

Si existe patología periodontal en la cara distal del segundo molar debido a la posición del cordal.

Cuando existe un quiste folicular o cualquier otra patología relacionada con el cordal incluido.

En los casos de reabsorción externa del tercer molar o del segundo molar producido por el cordal.

Las indicaciones relativas para la extracción de los cordales incluidos de acuerdo con los criterios de la SIGN³ son:

Para efectuar un autotrasplante del alveolo del primer molar perdido.

Cordal en la zona de resección de un tumor.

Cordales no erupcionados en un maxilar atrófico.

Extracción profiláctica de un cordal parcialmente erupcionado o incluido pero que es probable que erupcione, en pacientes con patología sistémica grave (cardiopatía valvular), o que vayan a recibir radioterapia.

Si existe un dolor atípico procedente de un tercer molar no erupcionado.

En los cordales parcialmente erupcionados o no erupcionados, cerca de la superficie alveolar, antes de la colocación de una prótesis (fija o removible) o de un implante.

2.1.6. CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

- a) Nunca estará indicada la extracción de un tercer molar cuando se tiene la posibilidad de que erupcione correctamente y sea funcional.
- b) Cuando hay el riesgo de lesionar estructuras vecinas (paquete vásculonervioso dentario inferior, nervio lingual) es muy elevado.
- c) Cuando el estado físico o psíquico del paciente supone un alto riesgo quirúrgico.
- d) En pacientes con edad avanzada.
- e) En presencia de un tercer molar totalmente asintomático.

³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Health Service in Scotland.

- f) Si hay riesgos locales o generales destacables intra o postoperatorios.

- g) El tercer molar incluido podrá ser conservado si se prevé que, con posterioridad y dada la ausencia de piezas dentarias en un paciente, puede ser utilizado como pilar de un puente (prótesis fija) o como soporte de una prótesis removible.

2.2. ELABORACION DE LA HIPÓTESIS

Si se analizan las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior, se establecerían como un conocimiento esencial antes de realizar dicho tratamiento quirúrgico.

2.3. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Análisis de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior.

VARIABLE DEPENDIENTE

Se establecería como un conocimiento esencial antes de realizar dicho tratamiento quirúrgico.

2.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES | | | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------|--------------|-------|--|--|
| VARIABLES | VARIABLES INTERMEDIAS | | INDICADORES | | | METODOLOGIA |
| | | TRATAMIENTO QUIRURGICO | | | | |
| Análisis de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior. | Incidencia de la impactación del 3MS | siempre | Casi siempre | Nunca | | Científico Análisis de casos Exploración clínica |
| | Problemas Periodontales del 3MS | siempre | Casi siempre | nunca | | |
| Se establecerían como un conocimiento esencial antes de realizar dicho tratamiento quirúrgico. | Presencia de procesos patológicos | alto | medio | bajo | | |
| | Presencia de espacio para su erupción | siempre | casi siempre | nunca | | |

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION

El trabajo científico fue realizado en el Área de biblioteca que posee la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION

El trabajo de investigación fue efectuado desde el mes de Enero en el cual se empezó a recopilar la información de este trabajo y su culminación fue en el mes de Mayo.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Las personas que han participado en el trabajo de investigación son las siguientes:

Dr. Remberto Rodríguez, doctor en cirugía bucal, tutor del trabajo de investigación.

José Andrés Salem Loor: alumno Tratante.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Para este trabajo de investigación se empleo:

Libros

Revistas Odontológicas

Análisis de otras investigaciones

Hojas del trabajo de investigación

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Esta investigación es de tipo descriptiva y por lo tanto no cuenta con un análisis del universo ni de muestra.

3.5 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación que se llevó a cabo, es de carácter bibliográfico, debido a que se obtuvo la información a través de libros, revistas, internet, y por medio de esto se obtiene el marco teórico el cual respalda la investigación.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Esta investigación es de tipo Cuasi Experimental ya que se analizan las variables propuestas en la Hipótesis y son resueltas a lo largo del trabajo de investigación.

Para la recolección de la información se utilizara como método la entrevista. Observación y la historia clínica.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El tercer molar superior nace de un cordón epitelial cuyo mamelón se desprende del segundo molar.

La calcificación de este diente comienza desde los 8 años hasta los 10, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado.

El tercer molar superior se sitúa entre el segundo molar superior y la sutura pterigomaxilar, y queda en relación con el seno maxilar por arriba y la región pterigomaxilar por detrás.

Su anatomía varía mucho, puede tener entre una y cuatro raíces y entre uno y seis conductos y puede tener conductos en forma de C. Puede estar significativamente inclinado en sentido distal y/o vestibular lo que crea un problema aún mayor para el acceso comparado con el segundo molar.

La anatomía radicular del tercer molar es por completo impredecible.

El tercer molar superior al erupcionar producirá complicaciones y accidentes los cuales serán más raros y benignos que los que produce el tercer molar inferior, aunque en ocasiones pueden permanecer asintomáticos toda la vida, aunque lo más frecuente es que este diente participe en distintos procesos patológicos.

Entre estos accidentes y complicaciones que puede producir el tercer molar superior se destacan:

Periodontitis aguda supurada en la cual hay dolor, tumor, calor y rubor.

Ulceración de la mucosa yugal, del pilar anterior del velo del paladar o de la región amigdalina.

Infección sinusal de origen odontogénico.

Comunicación bucosinusal.

Introducción de restos radiculares del cordal o de todo el diente en el seno maxilar.

Complicaciones ganglionares en los ganglios genianos y submaxilares.

Complicaciones nerviosas tales como: neuralgias bucofaciales, algias de tipo neurálgico.

Trastornos trófico- cutáneos mucosos, además del síndrome de Sluder.

Al igual que se pueden presentar caries y enfermedad periodontal a nivel del tercer molar superior como en el segundo debido a la dificultad que se puede presentar en la higiene dental al estar en mala posición dicha pieza dentaria.

Antes de efectuar la extracción del tercer molar superior se deberá realizar un análisis radiográfico que muestre todo el tercer molar y las estructuras que le rodean, Con estas radiografía se hace un estudio detallado de la corona y de las raíces del tercer molar superior, de sus relaciones con el segundo molar y con el seno maxilar. Con el estudio clínico y radiográfico será posible establecer la complejidad de la extracción del tercer molar, dato muy importante para el odontólogo.

Luego se tendrá que tomar en cuenta en qué casos estará indicada la extracción del tercer molar superior entre las cuales se encuentran:

Exodoncia preventiva o profiláctica cuando hay un alto índice de producirse una patología en dicha pieza.

Por un proceso infeccioso que presenta el tercer molar como abscesos y flemones graves.

Por motivos ortodóncicos, cuando se observe un apiñamiento dental antes de la erupción del tercer molar y dicha pieza este en malposición.

Cuando se precisa distalar los molares, ya que necesitamos ganar espacio por distal de los segundos molares.

Para permitir enderezar un segundo molar.

Cuando corregimos una maloclusión de clase III con extracciones de los primeros o segundos premolares inferiores.

En los pacientes con agenesia de algún tercer molar, lo que es relativamente frecuente, debe valorarse la necesidad de extraer el cordal antagonista.

Por motivos prostodóncicos y restaurativos, cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación o colocar una prótesis.

Por motivos periodontales, cuando el control de una periodontitis no puede ser el correcto en la cara distal del segundo molar, bien sea porque el paciente no puede realizar una buena higiene de esta zona o porque el cordal tiene bolsas profundas.

Mientras que esta contraindicada la extracción del tercer molar superior cuando se tiene la posibilidad de que erupcione correctamente y sea funcional, cuando hay el riesgo de lesionar estructuras vecinas (paquete vásculonervioso dentario inferior, nervio lingual) es muy elevado, cuando el estado físico o psíquico del paciente supone un alto riesgo quirúrgico, en pacientes con edad avanzada, tercer molar totalmente asintomático, Si hay riesgos locales o generales destacables intra o postoperatorios y El tercer molar incluido podrá ser conservado si se prevé que, con

posterioridad y dada la ausencia de piezas dentarias en un paciente, puede ser utilizado como pilar de un puente (prótesis fija) o como soporte de una prótesis removible y El tercer molar incluido podrá ser conservado si se prevé que, con posterioridad y dada la ausencia de piezas dentarias en un paciente, puede ser utilizado como pilar de un puente (prótesis fija) o como soporte de una prótesis removible.

Finalmente se toma como conclusión que la extracción del tercer molar superior antes de ser efectuado se deberá realizar un diagnóstico clínico y radiográfico y tomar en cuenta cuando estará indicada y cuando no dicha extracción quirúrgica para evitar posibles complicaciones que se presenten durante o después del acto quirúrgico.

4.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda antes de efectuar la extracción del tercer molar superior, realizar un análisis minucioso tanto clínica como radiográficamente para conocer si es necesario extraer el diente o no.

Para de esta manera evitar una posible complicación quirúrgica durante o después del tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cosme Gay Escoda- Leonardo Berini Aytes, 1a Edición 2011- Tratado de cirugía bucal. Madrid- España; Editorial Ergon S.A. Pág. 355-359, 373- 380,388.
- 2.- María de los Ángeles Hernández Rojas, año 2003- Los Molares Permanentes. Costa Rica; Editorial de la Universidad de Costa Rica. Pág 24,25.
- 3.- Carlos Navarro Vila, año 2008- Cirugía Oral. Madrid- España; Editorial ARÁN. Pág 20.
- 4.- Dra. Doris Ballesteros Castañeda, Año: 2007- Cirugía Oral 1, Bogotá- Colombia; Universidad Nacional de Colombia. Pág: Lección 2.
- 5.- Zamudio, María E. - Cardozo, Augusto - Gastaldo, Susana G, año 2005- Tercer molar superior incluido en el seno maxilar izquierdo, Argentina- Corrientes Capital; Universidad Nacional del Nordeste. Pág: 1.
- 6.- Yaíma Ulloa Morales, 28 de abril de 2008- Comunicación Bucosinusal, La Habana- Cuba: Facultad "Raúl González Sánchez", Revista Pág: 1.
- 7.- Especialidades Dolor Orofacial, 20 de agosto de 2001, <http://www.odontocat.com/sluder.htm>
- 8.- Gay C, Berini L., año: 1999; Cirugía Bucal.1ºed. Madrid: Ediciones Ergon S.A.
- 9.- Mercier P, Precious D., año 1992, Riesgos y Beneficios en la extracción de los terceros molares impactado, una revisión de la literatura. J Oral Maxilofacial Surgery; 21:17-27.

10.- Lucia Lago Mendez. Año 2008. Exodoncia del tercer molar; factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. Santiago de Chile: Editorial Universidad de Compostela. Pg.21, 22.

ANEXOS



15

Dólar Americano CON
QUINCE Centavos

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES: **ESPECIE VALORADA SALEM LOOR JOSE ANDRES**

SERIE U-B N:

FACULTAD: 1002 14/03/2012 08:57:34

Guayaquil, 15 de marzo del 2012

Doctor

Washington Escudero Doltz

DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **SALEM LOOR JOSE ANDRES C.I 1312927716**, estudiante del **Quinto año Paralelo 1**, de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el **TRABAJO FINAL DE GRADUACION**, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de **CIRUGIA**.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**SALEM LOOR JOSE ANDRES
C.I 1312927716**

Se le ha asignado al Dr. (a) Semberto Rodupuri para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

**Dr. Washington Escudero
DECANO**

*B. Mayor
aw*

C9-N° 0067999



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

\$ 1.20
UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
e4w!>)>^>

NOMBRES ESPECIALIZADA SALEM LOOR JOSE ANDRES
SERIE U-B N:
FACULTAD: 1002 23/05/2012 09:32:39

Guayaquil, 29 de Mayo del 2012

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

De mi consideración:

Yo, **Salem Loor José Andrés** con C.I. No **1312927716** Alumno de Quinto Año Paralelo No 1 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

“INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.”

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las indicaciones y contraindicaciones que se presentan en la extracción del tercer molar superior.

JUSTIFICACIÓN:

Por medio de esta investigación se pretende conocer las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar superior evitando las posibles complicaciones que se pueden presentar durante la intervención quirúrgica.

Es muy importante tener noción acerca de cuándo está indicada la extracción del tercer molar superior en un paciente puesto que la mayoría de veces cuando se presentan complicaciones durante la cirugía o posterior a ella es debido a la falta de conocimiento sobre ello, por lo tanto esto se deberá conocer para evitar dichas complicaciones o actuar de manera adecuada a lo que se presenten.

Además esta investigación será un aporte científico a la ciencia odontológica ya que se obtendrá el conocimiento antes de la intervención sobre a qué tipo de pacientes se le puede realizar la extracción del tercer molar superior y a cuáles no y se evitarían posibles complicaciones que pueden llegar a afectar la salud del paciente incluso de manera crítica.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

José Andrés Salem Loor

Salem Loor José Andrés
C.I. 1312927716

Mayo 31/2012

Dr. Remberto Rodríguez

Dr. Remberto Rodríguez
TUTOR ACADEMICO

v