



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA**

TEMA:

Intervención Quirúrgica de Terceros Molares Superiores Retenidos Submucosos

AUTORA:

Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

TUTOR:

Dr. Juan José Macío Pincay

Guayaquil, Mayo 2017



APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Intervención Quirúrgica de Terceros Molares Superiores Retenidos Submucosos**, presentado por la Srta. **Denisse Stephania Albornoz Jaramillo**, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, Mayo del 2017.

Dr. Juan José Macio Pincay

CC:0908946627



DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **Denisse Stephania Albornoz Jaramillo**, con cédula de identidad N° 0927524207, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, Mayo del 2017.

.....
Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

CC: 0927524207



CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de grado previo a la obtención del Título de Odontólogo/a es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad De Odontología, por consiguiente, se aprueba.

Guayaquil, mayo del 2017.

Dr. Miguel Álvarez Avilés Msc.
Decano

Dr. Julio Rosero, Msc.
Gestor de Titulación

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este trabajo de investigación a mis padres Dani y Danilo, que son el pilar fundamental en mi vida y quienes me han apoyado incondicionalmente en la carrera profesional.

A mi hermana Daniela, por su gran apoyo a lo largo de la carrera, por motivarme a seguir adelante para poder culminar esta etapa.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres y hermana por ser incondicionales, confiar en mí y darme el apoyo necesario para culminar mis estudios.

A mi profesor y tutor Dr. Juan José Macio Pincay que me ha brindado su ayuda, consejos y conocimientos durante este año para aprender y ser mejor en la vida profesional.

A mis amigos, que juntos nos hemos dado el apoyo y fuerzas para seguir adelante y rendirnos hasta llegar a la meta.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Miguel Álvarez Avilés, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **Intervención Quirúrgica de Terceros Molares Superiores Retenidos Submucosos**, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, Mayo del 2017.

.....

Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

CC: 0927524207

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	III
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO.....	8
3. DESARROLLO DEL CASO	9
3.1 HISTORIA CLÍNICA	9
3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	9
3.1.2 MOTIVO DE LA CONSULTA	9
3.1.3 ANAMNESIS.....	9
3.2 ODONTOGRAMA	11
3.3 IMÁGENES RX, MODELOS, FOTOS INTRAORALES Y EXTRAORALES.	12
3.4 DIAGNÓSTICO.....	19
4. PRONOSTICO	20
5. PLANES DE TRATAMIENTO	21
5.1 TRATAMIENTO	21
6. DISCUSIÓN	28
7. CONCLUSIONES.....	29
8. RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Foto 1 Odontograma	11
Foto 2 Radiografía	12
Foto 3 Vista Frontal.....	13
Foto 4 Vista Lateral Izquierda	14
Foto 5 Vista Lateral Derecha.....	15
Foto 6 Oclusión Frontal	16
Foto 7 Oclusión Lateral Derecha.....	17
Foto 8 Oclusión Lateral Izquierda.....	17
Foto 9 Arcada Superior	18
Foto 10 Arcada Inferior	18
Foto 11 Instrumental Quirúrgico	22
Foto 12 Asepsia Extraoral	22
Foto 13 Asepsia Intraoral	23
Foto 14 Técnica de Anestesia Nervio Alveolar Superior.....	23
Foto 15 Técnica de Anestesia Nervio Palatino Mayor	24
Foto 16 Incisión.....	24
Foto 17 Levantamiento de Colgajo.....	25
Foto 18 Luxación	25
Foto 19 Extracción	26
Foto 20 Alveolo vacío.....	26
Foto 21 Sutura de la Cavidad.....	27
Foto 22 Pieza Extraída.....	27

RESUMEN

OBJETIVO: Describir y Aplicar la Intervención Quirúrgica del Tercer Molar Superior Retenido Submucoso. Estas piezas dentarias en un alto porcentaje de pacientes y situaciones no erupcionan normalmente, es decir que se encuentran total o parcialmente retenidos en el maxilar. La causa principal de la retención del tercer molar es por falta de espacio en las arcadas dentarias, dentro de la boca.

METODOS: se realizó un estudio observacional descriptivo conformado por un caso clínico en la Facultad Piloto de Odontología “clínica de Cirugía Bucal” se identificó al paciente, se realizó la anamnesis, se estableció el motivo de la consulta, se realizó el odontograma correspondiente, se realizaron imágenes radiográficas, modelos de estudio, fotos extraorales e intraorales, pronóstico, planes de tratamiento lo cual tuvo como base la revisión de autores.

RESULTADOS: se realizó con colgajo mucoperiostico para ejecutar la exodoncia quirúrgica previo a la aplicación de Anestesia del Nervio Palatino Mayor, Realizamos la luxación de la pieza con elevador recto de hoja fina una vez extraída se sutura la cavidad con un pronóstico favorable para la paciente y operador. **CONCLUSIONES:** Existen diferentes clasificaciones para describir la ubicación tridimensional de un tercer molar, pero las más útiles sin lugar a dudas son las que propone Winter desde 1926, y la de Pell y Gregory en 1933. Estas clasificaciones se basan en la orientación del eje longitudinal del tercer molar respecto a la segunda, y en el espacio existente y la profundidad a la que se encuentra la pieza respectivamente. (Triviño, Cirugía Oral y maxilofacial, 2009)

PALABRAS CLAVE. Intervención Quirúrgica-terceros molares Superiores – Retenidos Submucosos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe and to apply the Surgical Intervention of the Third Molar Retained Submucous Superior. These teeth in a high percentage of patients and situations do not erupt normally, meaning that they are totally or partially retained in the maxilla. The main cause of retention of the third molar is due to lack of space in the dental arches, inside the mouth. **METHODS:** a descriptive observational study was carried out, conformed by a clinical case in the Pilot Faculty of Dentistry "Clinic of Oral Surgery", the patient was identified, anamnesis was performed, the reason for the consultation was established, the corresponding odontogram Radiographic images, study models, extraoral and intraoral pictures, prognosis, treatment plans based on the authors' review. **RESULTS:** We performed a mucoperiosteal flap to perform the surgical extraction before the application of anesthesia of the Palatine Major Nerve. We performed the dislocation of the piece with a straight thin-blade lift. Once the cavity was removed, the cavity was sutured with a favorable prognosis for the patient. operator. **CONCLUSIONS:** There are different classifications to describe the three-dimensional location of a third molar, but the most useful are undoubtedly those proposed by Winter since 1926, and that of Pell and Gregory in 1933. These classifications are based on the orientation of the longitudinal axis Of the third molar with respect to the second, and in the existing space and the depth to which the piece is respectively. (Triviño, 2009)

KEYWORDS: Surgical intervention, Upper Third Retained Submucous Molar

1. INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son piezas dentarias que pertenecen a la segunda dentición y se presentan en un número de cuatro, dos en el maxilar superior y dos en el maxilar inferior, uno derecho y otro izquierdo por cada arcada dentaria. (EcuRed, 2017).

Estas piezas dentarias son las últimas en erupcionar. Por otro lado, la agenesia de los terceros molares se presenta aproximadamente entre un 5 – 30% de los casos. (Vieira, 2013). Estas piezas dentaria son el grupo que presentan más variaciones morfológicas, tanto coronal como radiculares. Erupcionan entre los dieciocho a los veinticinco años normalmente. Además son las piezas dentarias que con mayor frecuencia quedan incluidas y semiincluidas. (Rojas, 2003).

Estas piezas dentarias son los dientes que con mayor frecuencia no finalizan su proceso normal de erupción, provocando diferentes complicaciones. (Horta, 2014) Se encuentran retenidos y suelen provocar dolor u otros problemas. (Vieira, 2013) La incidencia de retención de los terceros molares es aproximadamente del 20-30% con cierta preponderancia en las mujeres. (Chiapasco, 2004).

La principal causa de retención de los terceros molares es la falta de espacio. (Vieira, 2013). En determinadas ocasiones, están correctamente erupcionados y el molar superior e inferior se contactan correctamente, por lo que en estos casos no deben ser extraídos. (Vieira, 2013). El tipo de corona más frecuente es el de tres cúspides, dos vestibulares y una palatina. Sus raíces son mucho más cortas, casi siempre fusionadas, generalmente presentan inclinación. (Rojas, 2003)

El maxilar superior es un hueso par, que presta a las piezas dentarias superiores sus correspondientes puntos de implantación. Además existe en éste hueso una profunda cavidad que ocupa casi toda su masa, conocida como seno maxilar. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). Encontramos presente en la parte anterior de éste hueso el conducto palatino anterior, por el cuál pasan el nervio esfenopalatino interno y una rama arterial de la esfenopalatina. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). A nivel de la fosa canina hacia abajo se

encuentra el conducto dentario anterior, que como indica su nombre, alberga el nervio dentario anterior. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). Por la parte posterior se encuentran los agujeros dentarios posteriores que atraviesan los nervios dentarios posteriores y los ramos de la arteria alveolar. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). Por debajo del borde orbitario pasa el conducto suborbitario y por debajo de éste conducto el nervio y los vasos suborbitarios. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012).

En la parte posterior se encuentra el conducto palatino posterior por el cual desciende el nervio palatino anterior. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). El nervio maxilar superior se origina en el borde convexo del ganglio de Gasser. Desde este punto se dirige de atrás a adelante y un poco de dentro hacia afuera hacia el agujero o conducto redondo mayor. Sale del cráneo por este conducto y llega a la fosa pterigomaxilar. Atraviesa la fosa y se dirige hacia el extremo posterior del canal suborbitario.

Se introduce en este, luego en el conducto que le sigue y por último desemboca en por el agujero suborbitario para terminar en las partes blandas de las mejillas. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). **Los** Ramos colaterales del Nervio Orbitario: Pasa hacia la órbita por la hendidura esfenoideal y recorre la cara externa de esta. Se divide en dos ramos:

Ramo Lágrimopalpebral: Inerva el párpado superior y glándula lagrimal. (John, 2014). Ramo Temporomalar: Inerva regiones malar y temporal. (John, 2014). Nervio Esfenopalatino: Envía ramos al ganglio de Meckel. Ramos terminales cerca del agujero esfenopalatino: Nervios Nasaes Superiores: Se distribuyen en la mucosa de las fosas nasales e inervan la trompa de Eustaquio. (John, 2014)

Nervio Nasopalatino: Pasa por el agujero esfenopalatino y llega al conducto palatino anterior, lo atraviesa y llega a parte anterior de la bóveda palatina. (John, 2014). Nervios Palatinos: Son en número de tres: anterior, medio y posterior. Nervio Palatino Anterior: A través del conducto palatino posterior llega a la bóveda palatina y se bifurca en dos ramas: Anterior, que Inerva la región anterior del paladar y encías y, Posterior que Inerva el velo del paladar. (John, 2014)

Nervio Palatino Medio: Inerva el velo del paladar. (John, 2014). Nervio Palatino Posterior: Transcurre por el conducto palatino accesorio e Inerva el velo del paladar. (John, 2014). Nervios Orbitarios: Transcurren por la hendidura esfenomaxilar. Recorren la pared interna de la órbita y llegan a las celdillas etmoidales a través del agujero etmoidal posterior. (John, 2014).

Nervios Dentarios Posteriores: En número de dos o tres, los nervios dentarios posteriores se separan del nervio maxilar superior cuando éste ingresa en el canal suborbitario. Ingresan en los conductos dentarios posteriores e inervan los últimos molares. Salen cuatro filetes terminales: Filetes dentarios, que penetran en las raíces de los molares grandes y pequeños; Filetes alveolares, destinados al periostio de los alvéolos y la mucosa de las encías; Filetes mucosos, que vienen a ramificarse en la mucosa del seno maxilar; Filetes óseos, para el propio maxilar. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012). Nervio Dentario Anterior: Nace en el conducto suborbitario, se dirige oblicuamente hacia los incisivos del maxilar superior. (Latarjet L. T., Tratado de Anatomía Humana, 2012)

Ramos Terminales: Nervio Suborbitario: Emerge del agujero suborbitario. (John, 2014). Ramos Ascendentes: Inervan el párpado inferior. (John, 2014). Ramos Descendentes: Inervan el labio superior. (John, 2014). Ramos Internos: Inervan el ala de la nariz, mucosa de las fosas nasales. (John, 2014). Este diente presenta variaciones en su porción radicular. Generalmente es tri o tetrarradicular. Sin embargo, no es raro encontrar un número mayor de raíces. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012)

Con gran frecuencia se presentan dislaceradas, desviadas de su eje y con las formas más caprichosas. Todas estas condiciones dan al tercer molar una extraordinaria fragilidad en su porción radicular. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). Las relaciones de los ápices del tercer molar con el seno dependen de la amplitud de éste órgano. Generalmente son bastante íntimas. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). En cuanto al alveolo del tercer molar superior su forma es irregular, el número de los conos alveolares es variable. La cara distal está en directa relación con la tuberosidad del maxilar. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012)

Radiográficamente en la región del tercer molar superior debemos considerar en la anatomía de este diente, la tuberosidad del maxilar y la relación del tercer molar con los dientes vecinos y con el seno maxilar. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012)

Existen diferentes clasificaciones para describir la ubicación tridimensional de un tercer molar, pero las más útiles sin lugar a dudas son las que propone Winter desde 1926, y la de Pell y Gregory en 1933. Éstas clasificaciones se basan en la orientación del eje longitudinal de la tercera molar respecto a la segunda, y en el espacio existente y la profundidad a la que se encuentra el tercer molar respectivamente. (Triviño, 2013)

En la Clasificación de Winter se toma en cuenta la orientación del eje longitudinal (en sentido coronorradicular del tercer molar respecto al segundo molar, con lo que se propone cinco posiciones: Vertical, Mesioangular, Distoangular, Horizontal e invertida

Clasificación de Pell y Gregory.-En ésta clasificación se toman en cuenta tanto el espacio que existe en el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar, como la profundidad del tercer molar en sentido apicocoronal respecto al segundo molar. (Triviño, 2013). En relación con el espacio disponible entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar, se divide en: Clase I: Hay suficiente espacio para el tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar. (Triviño, 2013). Clase II: Hay espacio suficiente sólo para una porción tercer molar en sentido mesiodistal entre el borde anterior de la rama ascendente mandibular y la cara distal del segundo molar. (Triviño, 2013)

Se define retención como la detención total o parcial de la erupción de un diente dentro del intervalo de tiempo esperado en relación con la edad del paciente. El diente no ha perforado la mucosa y no ha adquirido su posición normal en la arcada dentaria. (Raspall, Cirugía Oral e Implantología, 2007). Autores expresan que un diente está retenido cuando, en el momento normal de su erupción en la cavidad oral, todavía no es visible. (Sailer, 2012)

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. La retención del tercer molar puede ser intraósea o submucosa, en este último término pueden estar total o parcialmente retenidos. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012)

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior son las siguientes: Posición vertical: El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). Posición mesioangular: El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En ésta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). Posición distoangular: El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012)

Posición horizontal: El molar está dirigido hacia el carrillo. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). Posición paranormal: El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no entran en la clasificación. (Centeno, Cirugía Bucal, 2012). Además del diagnóstico clínico, son necesarios los datos de la radiografía para observar la posición y relaciones con estructuras adyacentes. (Sailer, 2012). En las partes blandas del lado de la mejilla, se encuentran la bolsa de bichat y más cranealmente, la arteria alveolar posterior.

Por palatino hay que mencionar la arteria palatina junto al agujero palatino. En la mayoría de los casos existe una estrecha relación con el seno maxilar y las fosas nasales. (Sailer, 2012). Para el abordaje hay que escoger el trazado de la incisión de forma que se pueda efectuar un cierre seguro de la zona de la osteotomía. Al levantar el mucoperiostio hacia vestibular, hay que tratar con especial cuidado la bolsa de Bichat. (Sailer, 2012). Entre los tipos de abordaje para la extracción de terceros molares superior hay que tener en cuenta los tipos de exodoncia para realizar:

Tipo 1 y 2: La corona se descubre por la cara vestibular. Se coloca el elevador por la cara palatina y se luxa la corona hacia oclusal. El elevador debe asir la corona por debajo desde palatino; de lo contrario, existe el riesgo de luxación hacia el seno maxilar o partes blandas vestibulares. (Sailer, 2012). Tipo 3: Se luxa la

corona expuesta por vestibular con un elevador desde palatino hacia distovestibular. El efecto de la presión del elevador no puede ir solo hacia distal porque existe el riesgo de fractura de la tuberosidad. (Sailer, 2012)

Tipo 4 y 5: En la mayoría de casos, el conducto con el segundo molar es muy íntimo, Se recomienda necesariamente la sección de la corona y la raíz. La posición determina si se puede luxar primero la corona o se debe extraer primero la raíz. (Sailer, 2012). Tipo 6: Cuando existe un íntimo contacto con el segundo molar, es conveniente la odontosección o, de lo contrario, luxación con el elevador de Winter desde palatino. (Sailer, 2012)

La mayoría de procesos patológicos ocurren en dientes semierupcionados, existiendo una menor incidencia de problemas asociados con dientes totalmente incluídos. La exodoncia está claramente indicada en terceros molares incluídos sintomáticos. La indicación de exodoncia es menos clara en dientes incluídos asintomáticos. (Raspall, Cirugía Oral e Implantología, 2007)

En el tercer molar semierupcionado, el espacio pericoronar es un receso en el que se acumulan restos alimenticios y proliferan bacterias con el consiguiente desarrollo de un proceso inflamatorio. (Raspall, Cirugía oral, 2007). La retención provoca una zona de atrapamiento de alimentos de difícil higiene y conlleva la aparición de caries en la superficie oclusal del tercer molar. (Raspall, Cirugía Oral e Implantología, 2007)

Entre las complicaciones tenemos: Es la infección de los tejidos blando que rodean la corona de un diente parcialmente impactado causada por los propios gérmenes de la flora oral. La extensión de la infección puede convertir un proceso inicialmente localizado en un cuadro de osteítis y celulitis de tejidos blandos. Además, puede originar abscesos alveolares agudos o crónicos, osteítis crónica supurada, necrosis y osteomielitis, flemones y abscesos faciales o cervicales. (Raspall, Cirugía Oral e Implantología, 2007)

Los dientes erupcionados adyacentes a piezas impactadas presentan una mayor predisposición a sufrir patología periodontal. A partir de una gingivitis leve. (Raspall, Cirugía Oral e Implantología, 2007). Una vez terminada la exodoncia del tercer molar superior se requiere el tratamiento de la cavidad para su

recuperación postoperatoria normal. Un control cuidadoso con una sonda roma, además de la prueba de valsálva, debemos descartar la comunicación con el seno maxilar. (Sailer, 2012)

Alisado de los rebordes óseos puntiagudos, extracción de los restos del folículo con una cucharilla curva y desprendimiento de la base ósea con pinza mosquito. (Sailer, 2012). Reposición del colgajo y fijación con puntos de sutura simple sobre la tuberosidad y por vestibular. (Sailer, 2012). Las infecciones postoperatorias son escasas. Se puede renunciar a un tratamiento con cierre secundario riguroso de la herida. Primer control una semana después para retirar los puntos de sutura. (Sailer, 2012)

Una vez que ha terminado el procedimiento quirúrgico ha terminado, es de suma importancia que el paciente conozca los cuidados en casa para procurar una buena recuperación. (Triviño, 2013). Colocar una gasa sobre la herida cuando el paciente ocluya, humedecer con solución fisiológica o agua estéril. Dicha gasa debe mantenerse durante 30 a 60 minutos para permitir una adecuada formación de coágulo. (Triviño, 2013). No escupir. Si bien en otras áreas de la odontología esto no causa problemas importantes, en la cirugía sí, ya que cuando el paciente escupe puede ver que su saliva está pigmentada por la sangre (sin tener éxito) de eliminar dichos restos de sangre.

Esta conducta es responsable de una gran cantidad de hemorragias postoperatorias, ya que el paciente estimula así el sangrado. (Triviño, 2013). Ésta costumbre hace que el paciente tienda a hacerlo posterior a tratamientos quirúrgicos, lo cual en algunos casos puede desprender el coágulo con el consiguiente retardo en la cicatrización o posible hemorragia. (Triviño, 2013)

El consumo de bebidas con popote o cualquier método de succión después de un procedimiento quirúrgico en la cavidad oral no es recomendable, ya que ocasiona una presión negativa que puede remover el coágulo y causar sangrado. (Triviño, 2013). Los daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco son ampliamente conocidos y difundidos por los medios de comunicación. El cirujano debe indicar la suspensión temporal de dicho hábito. (Triviño, 2013)

2. OBJETIVO

Determinar y Aplicar, Intervención quirúrgica en terceros molares Superiores Retenidos Submucosos.

3. DESARROLLO DEL CASO

3.1 Historia Clínica

3.1.1 Identificación Del Paciente

Apellidos: Montalvo Yépez

Nombres: Evelyn Meilynne

N° de Historia Clínica: 95612

Fecha de Nacimiento: 11 de Abril 1992

Edad: 24

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Dirección: Santorini Bloque 8 villa 48

Ocupación: Estudiante

3.1.2 Motivo De La Consulta

“Me duele la cabeza por el tercer molar”

3.1.3 Anamnesis

Antecedentes Personales y Familiares

- Enfermedad del aparato respiratorio NO
- Enfermedades del corazón NO
- Enfermedades el aparato digestivo NO
- Enfermedades del aparato genitourinario NO
- Diabetes NO
- Hemorragias NO
- Enfermedades alérgicas NO

- Hepatitis NO
- Enfermedades del sistema nervioso NO
- Enfermedades psiquiátricas NO
- Accidente en el curso de la anestesia NO
- ¿Está embarazada? NO
- ¿Fuma? NO
- ¿Toma alcohol? NO
- ¿Alergia a medicamento? NO

Signos Vitales

Pulso	71''
Presión arterial	120/80
Respiración	22''
Temperatura	37°

Exámen Intraoral

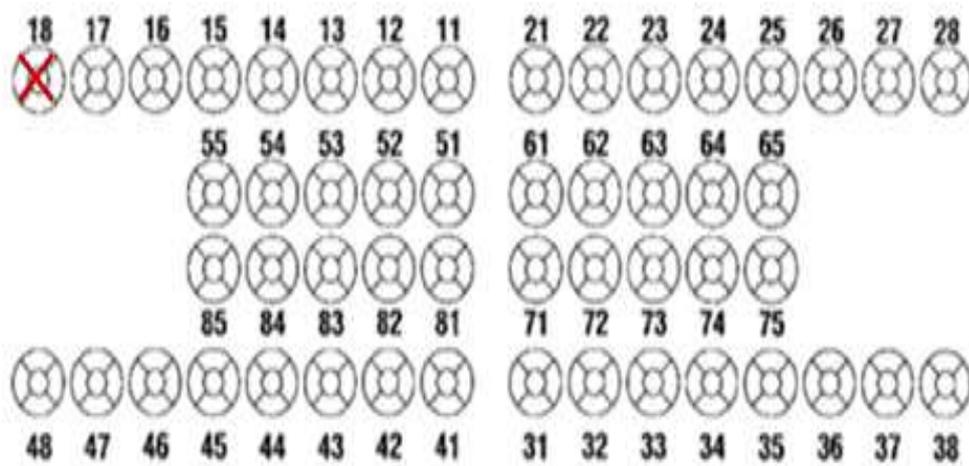
Mucosa labial	NORMAL
Oclusión	NORMAL
Mucosa Carrillo	NORMAL
Piso de la Boca	NORMAL
Paladar duro y Blando	NORMAL
Oro Faringe	NORMAL

Exámen Extraoral

Labios	NORMAL
Piel	NORMAL
ATM	NORMAL
Cuello	NORMAL

3.2 Odontograma

Foto 1 Odontograma



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

3.3 Imágenes Rx, Modelos, Fotos Intraorales Y Extraorales

Foto 2 Radiografía



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 3 Vista Frontal



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 4 Vista Lateral Izquierda



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 5 Vista Lateral Derecha



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 6 Oclusión Frontal



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 7 Oclusión Lateral Derecha



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 8 Oclusión Lateral Izquierda



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 9 Arcada Superior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 10 Arcada Inferior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

3.4 Diagnóstico

Paciente femenino de 24 años de edad, acude a la consulta porque presenta dolor provocado por el tercer molar superior derecho, no refiere antecedentes patológicos personales. Sistema respiratorio normal, Sistema cardiovascular normal, Sistema digestivo normal, Sistema nervioso normal. Temperatura 37°, Frecuencia respiratoria 22", Frecuencia cardiaca 71", Presión arterial 120/80. No presenta asimetría facial, tono muscular normal, ausencia de ganglios inflamados y ATM normal.

4. PRONOSTICO

El pronóstico de la paciente es favorable para la extracción del tercer molar superior pues no presenta ningún problema de salud.

5. PLANES DE TRATAMIENTO

Exodoncia del tercer molar simple

Exodoncia del tercer molar con colgajo mucoperiostico

Exodoncia del tercer molar con colgajo y osteotomía

5.1 Tratamiento

El tratamiento que realizamos es la exodoncia del tercer molar superior con colgajo mucoperiostico.

Foto 11 Instrumental Quirúrgico



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 12 Asepsia Extraoral



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 13 Asepsia Intraoral



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 14 Técnica de Anestesia Nervio Alveolar Superior



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 15 Técnica de Anestesia Nervio Palatino Mayor



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 16 Incisión

Incisión triangular y hoja de bisturí #12 para extracción de la pieza



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 17 Levantamiento de Colgajo

Levantamiento de colgajo con sindesmotomo y periostotomo.



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 18 Luxación

Realizamos la luxación de la pieza con elevador recto de hoja fina.



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 19 Extracción



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 20 Alveolo vacío



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 21 Sutura de la Cavidad

Sutura simple de la cavidad con hilo de seda 3.0



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

Foto 22 Pieza Extraída



Fuente: Propia de la Investigación

Autor: Denisse Stephania Albornoz Jaramillo

6. Discusión

Rodríguez Calzadilla, en un estudio realizado sobre la frecuencia de alteraciones bucales tratadas quirúrgicamente en el que se incluyeron 1006 pacientes, encontró que (18,5%) de las afecciones bucales se correspondían con terceros molares retenidos en todos los grupos de edad, y que la mayoría de los casos presentaban Pericoronaritis. Además, afirma que una de las causas más frecuentes de remisión de terceros molares retenidos para tratamiento quirúrgico es la Pericoronaritis, la cual se caracteriza por intenso dolor y edema de los tejidos.

Bauza y Col, en un estudio sobre dientes retenidos, observó que los dientes que con mayor frecuencia se encontraban retenidos eran los terceros molares, los inferiores (58,7%) y los superiores (25%), respectivamente siendo la Pericoronaritis y las algias faciales la más frecuente de las complicaciones preoperatorias.

López Domínguez y col, en un estudio sobre los aspectos más relevantes de los terceros molares retenidos, demostró que el mayor número de los 76 pacientes remitidos por terceros molares retenidos estuvo comprendido en el rango de edades de 18 a 24 años con 41 casos (53,9%). Al analizar el motivo de remisión al servicio de Cirugía se observó que 50 individuos (65,7%) del estudio acudieron por Pericoronaritis.

En el presente caso clínico, a comparación de los estudios realizados por los diferentes autores, podemos afirmar que la retención submucosa del tercer molar superior es caracterizada por la Pericoronaritis y el dolor, por lo cual se realizó la remoción de los terceros molares retenidos para evitar los dolores y problemas a futuro.

7. Conclusiones

En base al objetivo propuesto en el desarrollo del caso clínico expuesto se determinar y aplicar, Intervención quirúrgica en terceros molares Superiores Retenidos Submucosos.

Vale resaltar que los terceros molares son las piezas dentarias que se extraen con más frecuencia para prevenir problemas a futuro.

Es importante tener en cuenta la morfología de los terceros molares para poder realizar un tratamiento exitoso.

Debemos conocer los posibles riesgos y complicaciones que se pueden presentar durante la intervención quirúrgica de los terceros molares superiores.

8. Recomendaciones

Realizar la extracción de terceros molares para evitar problemas a futuro.

Tomar en cuenta el estado de salud del paciente y la interpretación radiográfica para una correcta técnica quirúrgica.

Realizar la extracción de terceros molares superiores lo menos traumática posible.

Se recomienda colocar hielo o apósitos helados en la región afectada durante las primeras 48 horas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centeno, G. A. (1968). Cirugía Bucal. Buenos Aires: El Ateneo.

Centeno, G. A. (2012). Cirugía Bucal. Buenos Aires: El Ateneo.

Chiapasco, M. (2004). Cirugía Oral. Masson.

EcuRed, C. p. (Miércoles 22 de Febrero de 2017). EcuRed - Conocimiento para todos. Obtenido de EcuRed - Conocimiento para todos: https://www.ecured.cu/Terceros_molares_retenidos

Horta, D. M. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revista Médica Electrónica.

Isabel, H. A. (2012). Tercer Molar Retenido - Impactado e Incluido. Revista de Actualización Clínica Investiga.

John, O. (Domingo 9 de Febrero de 2014). Anatomía. Obtenido de Nervio Maxilar Superior: <http://anatomia-interesante.blogspot.com/2014/02/nervio-maxilar-superior-origen-trayecto.html>

LaTarde. (29 de Mayo de 2013). Diario La Tarde. Obtenido de Late: <http://www.latarde.com.ec/2013/05/29/que-es-el-tercer-molar-retenido/>

Latarjet, L. T. (1902). Tratado de Anatomía Humana. Barcelona: Salvat Editores.

Latarjet, L. T. (2012). Tratado de Anatomía Humana. Barcelona: Salvat Editores.

Latarjet, T. Y. (1978). Tratado de Anatomía Humana Tomo Segundo. Paris: Salvat Editores.

Martinez, C. A. (18 de Septiembre de 2014). SEDENA Secretaria de Defensa Nacional Mexico. Obtenido de SEDENA: http://www.sedena.gob.mx/pdf/sanidad/terceros_molares.pdf

Pascua, D. M. (13 de Mayo de 2009). WebDental.cl. Obtenido de WebDental.cl Un nuevo concepto en Odontología Online:

<https://webdental.wordpress.com/2009/05/13/terceros-molares-o-muelas-del-juicio/>

Raspall, G. (2007). Cirugía oral. Buenos aires: Panamericana.

Raspall, G. (2007). Cirugía Oral e Implantología. Buenos Aires: Panamericana.

Rojas, M. d. (2003). Los molares permanentes. Universidad de Costa Rica.

Sailer, H. F. (2012). Atlas de Cirugía Oral. Masson.

Triviño, J. A. (2013). Cirugía Oral y maxilofacial. Manuel Moderno.

Vieira, D. D. (7 de Septiembre de 2013). Propdental. Obtenido de Muelas del Juicio: <http://www.propdental.es/blog/odontologia/muelas-del-juicio/>

ANEXOS

Ficha Clínica de Cirugía



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
DOCENTE: Dr. Juan José Macío Pincay MSc.
Quinto Año paralelos 1 y 2



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
DOCENTE
Dr. Juan Macío Pincay MSc.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
DOCENTE: Dr. Juan José Macío Pincay MSc.
Quinto Año paralelos 1 y 2

1. DATOS DEL PACIENTE: FICHA CLÍNICA DE CIRUGÍA: # FICHA DE ADMISIÓN: #

Fecha: 20-Ene-2017

Apellidos: Montalvo López Nombres: Esther Maylena

Nacido en: Ecuador el día: 11 de Abril

Residente en: Ecuador provincia de: Sucumbes C/P: 093150072

Calle: Santonio B8 Villa UF

Tel. particular: _____ Tel. trabajo: _____

Familiar cercano: Nombre: Madre Melny Hepp Tel: _____

2. MOTIVO DE LA CONSULTA: "no quiere la cabeza por los males"

3. MOLESTIA PRINCIPAL: Dolor de cabeza

4. ANTECEDENTES PERSONALES

	si	no	Especificar
1. Enfermedades del aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Enfermedades del aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Enfermedades del aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Enfermedades alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- rinitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Enfermedades psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Accidente en el curso de la anestesia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. ¿Qué fármacos está tomando?.....		
13. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Toma alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. ¿Alergia a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. HISTORIA SOCIAL: Ninguna

6. HÁBITOS: Ninguno

7. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Diabetes	Si () No (X)	4. Cáncer	Si () No (X)
2. Hipertensión arterial	Si () No (X)	5. Sida	Si () No (X)
3. Procesos Hemorrágicos	Si () No (X)	6. Otros

8. EXAMEN CLÍNICO

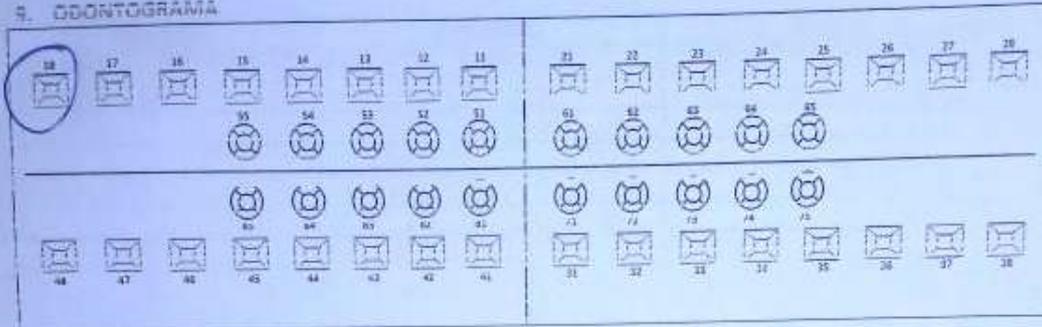
1. Signos vitales:

Pulso: 30 / min Respiración: 21 / min

Presión arterial: 120 / 80 Temperatura: 37 °C

2. Examen Intraoral:
 Mucosa Labial: Normal Mucosa Carrillo: Normal Paladar duro y blando: Normal
 Oclusión: Normal Piso de la boca: Normal Oro faringe: Normal
3. Examen Extraoral:
 Labios: Normal Piel: Normal ATM: Normal Cuello: Normal

9. ODONTOGRAMA



CODIGO DE ODONTOGRAMA

Restos Radiculares:	R	Caries	C
Ausencia:	A	Extracción	X
Retenido:	<input checked="" type="checkbox"/>	Semirretenido	E
Prótesis Total:	—	Prótesis Parcial	---

Orus:

10. INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA: Tercer Molar Superior Retenido Subviciado
pieza # 18

11. EXAMEN COMPLEMENTARIO: Adjunto.

12. DIAGNÓSTICO: Tercer Molar Superior Retenido Subviciado
pieza # 18

13. PLAN DE TRATAMIENTO: Alveoloplastia de pieza # 18

14. EVOLUCIÓN:

15. OBSERVACIÓN:

16. CONSENTIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- El paciente/padres del paciente (si es menor de edad): Evelyn Maura
- Consiente/consienten a la intervención de cirugía de: Tercer Molar Superior
- Tras haber sido informado de que, además de los normales riesgos operatorios, se podrán presentar los siguientes riesgos específicos o alteraciones funcionales y estéticas:

d. Firma del paciente o de los padres del paciente: Evelyn Maura

e. C.I. PACIENTE: 0931150012

INTEGRANTES DE GRUPO (ALUMNOS) #: 1

	NOMBRES	APELLIDOS	FIRMA
1	DANISE STEPHANS	ALBORNOZ JOHANNES	DANISE ALBORNOZ
2			
3			
4			
5			
6			

FECHA DE INTERVENCION:

Guayaquil, 20 de ENERO del 20 17

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
DOCENTE
Dr. Juan Macio Pincay MSc.
FIRMA DEL PROFESOR:

CALIFICACION: 10

Dr. Juan José Macio Pincay MSc.
DR. JUAN JOSÉ MACIO PINCAY MSc.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGIA BUCO-MAXILOFACIAL**

Declaración de la / el Paciente

- ❖ Declaro cierto todos los datos relativos a mi historia clínica, no habiendo omitido ningún aspecto de interés o que me hubiera sido cuestionado.
- ❖ Declaro que he sido informado/a satisfactoriamente de la naturaleza y propósito de la intervención arriba citada. Se me ha explicado verbal y gráficamente los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. También se me ha informado del tipo de Anestesia y de los riesgos comúnmente conocidos que conlleva.
- ❖ Declaro que he sido informado que la intervención que será realizada por los estudiantes con la supervisión del profesor.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

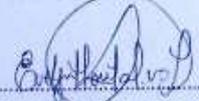
- ❖ Doy mi consentimiento para que el estudiante Daniela Albornoz de S.P.A. y su equipo realice la operación descrita. Si durante la intervención surgiera alguna situación inesperada que requiera cualquier procedimiento distinto o añadido ahora previsto y que me han sido explicados, y autorizo al equipo que realice aquello que crea conveniente o necesario.
- ❖ Doy consentimiento para que se administre la anestesia señalada anteriormente, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas durante el transcurso de la misma.
- ❖ Doy mi consentimiento para ser fotografiado/a y filmado/a, antes, durante y después de la intervención, para que posteriormente puedan ser utilizadas dichas imágenes en publicaciones de carácter único y exclusivamente científico y/o divulgativo.

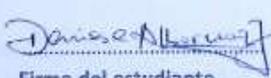
ACEPTACIÓN

- ❖ Acepto y me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones recibidas tanto antes como después de la intervención, así como acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado.
- ❖ Acepto y reconozco que no se pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto al resultado de la operación aún sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior reintervención para mejorar el resultado final.
- ❖ Acepto firmar este consentimiento informado e historia clínica y doy fe de que el estudiante Daniela Albornoz de S.P.A. y/o su equipo de ayudantes me han informado de la intervención a la que deseo ser sometido/a.

ESTUDIANTE RESPONSABLE

- ❖ He informado verbal y gráficamente a la/el paciente del propósito y naturaleza de la operación descrita anteriormente, de sus alternativas, de los posibles riesgos, de sus limitaciones y de los resultados que pueden esperarse.
- Fecha, Guayaquil, 20 de enero del 2017


Firma del Paciente.
C.I. # 0931150072


Firma del estudiante.
C.I. # 0977524207


Firma del Docente.
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
D O C E N T E
Dr. Juan Macío Píncay M.S.

Receta

 UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
Dr. Juan Macío Pincay MSc.

PACIENTE: Evelyn Montalvo y
FECHA: 20-09-2017

Rp.

- 1.- Voltaren sup 75 cpi. #3
- 2.- Voltaren SA 75 cpi. # 12
- 3.- Quindicia cpi 500 cpi
9
- 4.-
- 5.- Penaxonal Val 1 pi. # 1.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
DOCENTE
Dr. Juan Macío Pincay MSc.

 UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
Dr. Juan Macío Pincay MSc.

PACIENTE: Evelyn Montalvo y
FECHA: 20-09-2017

Prescripción:

- 1.- 1 cpi. I.O. c/12h.
- 2.- 1 Val c/8h.
- 3.- 1 cpi c/8h.
- 4.-
- 5.- 1 Val c/12h.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL
DOCENTE
Dr. Juan Macío Pincay MSc.

Exámenes complementarios de Laboratorio



LABORATORIO CLÍNICO

Dra. GLORIA GUERRERO TORRES
Química Laboratorista

Saucha VI Mo. 250728 V.7 Telf: 2967942 - 0982708730

Paciente:	Srta. Evelyn Montalvo Yépez
Fecha:	11/Enero/2017
Solicita Dr. (a):	Juan José Macío Pincay

SANGRE - HEMOGRAMA

Hemáties	4'500.000	/mm ³
Leucocitos	6.200	/mm ³
Hemoglobina	13	grs. %
Hematocrito	44	%

FORMULA DE CSHILING

N. Juveniles	0 %
N. Cayados	0 %
N. Segmentados	60 %
Linfocitos	25 %
Eosinófilos	5 %
Monocitos	2 %
Basófilos	0 %

VALORES REFERENCIALES

Vol. Corpuscular medio	80	ft	(76 - 96)
Hb. Corpuscular media	31	pg	(26 - 32)
Con. Media Hb corpuscular	33	g/dl	(32 - 36)
Trombocitos	250.000	/mm ³	(150.000 - 400.000)

Lab. Clínico
Dra. Gloria Guerrero
No. 87. Inscripción 1693



LABORATORIO CLÍNICO

Dra. GLORIA GUERRERO TORRES
Química Laboratorista

Saucha VI Mo. 250728 V.7 Telf: 2967942 - 0982708730

Paciente:	Srta. Evelyn Montalvo Yépez
Fecha:	11/Enero/2017
Solicita Dr. (a):	Juan José Macío Pincay

BIOQUÍMICA/ENZIMAS

Examen	Resultado	Unidad	Valor Normal
GLUCOSA	75	mg/dl	(70 - 110)

PRUEBA INMUNO INFECCIOSA

EXAMEN:	AC. ANTI HIV 1-2
MUESTRA:	SUERO SANGUÍNEO
MÉTODO:	MICRO-ELISA
RESULTADO:	NO REACTIVO

Lab. Clínico
Dra. Gloria Guerrero
No. 87. Inscripción 1693

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMAR FOTOS, VIDEOS,
FILMACIONES O ENTREVISTA.**

Yo **Evelyn Meilynne Montalvo Yépez**, con cédula de identidad N° **0931150072**, autorizo a los estudiantes para que tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona o para que me realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa sólo con fines académicos.

Guayaquil, Mayo del 2017

.....
Evelyn Meilynne Montalvo Yépez

CC: 0931150072