



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE GRADUACION PREVIO A LA OBTENCION
DEL TITULO DE ODONTOLOGA

TEMA:

**Análisis de las Patologías Relacionadas a la Retención de los
Terceros Molares**

AUTOR

Sindy Lisette Machado Coello

TUTOR:

Dr. Remberto Rodríguez

Guayaquil, Octubre 2012

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad 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 Odontóloga/a.

El trabajo de graduación se refiere a: Análisis de las Patologías a la Retención de los Terceros Molares.

Presentado por:

Machado Coello Sindy Lissette

092635617-1

TUTOR



Dr. Remberto Rodríguez.

Tutor Académico



Dr. Remberto Rodríguez.

Tutor Mitológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, Octubre 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgo de este trabajo responden a propiedad intelectual de la Autora.

Sindy Lissette Machado Coello

C.I. 092635617-1

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme entendimiento, sabiduría y comprensión, Deseo, expresar mi agradecimiento al Dr. Remberto Rodríguez por brindarme su conocimiento y su colaboración por ayudarme en este trabajo, por respetar mis ideas.

Gracias a mi familia que me apoyo, que han compartido junto conmigo mis fracasos y triunfos brindándome su apoyo incondicional.

Muchas gracias a todos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor a mi familia, A mis padres les dedico este de graduación por su apoyo, por su amor y por enseñarme a luchar por mis sueños.

A mi hermana por estar conmigo en los momentos buenos y malos, a todos por creer en mí y apoyarme a terminar mi carrera.

A todos ellos mi agradecimiento.

INDICE

Contenido.	Pg.
Caratula	
Carta de Asentamiento de los Tutores	I
Autoria	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Índice de cuadro	34
Indice	V
Introduccion	1
CAPITULO I	
1. EL PROBLEMA	
1.1. Plantiamiento del problema	2
1.2. Preguntas de investigación	2
1.3. Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivos Específicos.	3
1.4. Justificación	3
1.5. Viabilidad.	3
CAPITULO II	
2. MARCO TEORICO	
Antecedentes	4
2.1. Fundamentos teóricos.	4
2.1.1 Consideraciones embrionarias del tercer molar	4
2.1.1.1. Desarrollo del tercer molar según la edad del paciente	5
2.1.1.2. Clasificación de la posición de los terceros molares Superiores retenidos	6
2.1.2 Clasificación de los terceros molares inferior según winter, pell y gregory.	8
2.1.2.1. Posición de los terceros molares inferiores en relación al eje del segundo molar.	8
2.1.3 Patología que se presentan en los terceros molares retenidos	10

2.1.4	Pericoronitis	12
2.1.4.1.	Pericoronitis Apical	12
2.1.4.2.	Pericoronitis Aguda Supurada	12
2.1.4.3.	Pericoronitis Crónica	12
2.1.5	Osteogenesis Imperfecta	13
2.1.6	Dentigenesis Imperfecta	14
2.1.7	Osteitis Hiperplasicas	14
2.1.8	Fibromatosis Gingival	14
2.1.9	Granuloma	15
2.1.9.1.	Granuloma Marginal	16
2.1.10	Quistes	16
2.1.11	Quistes Odontogenicos	17
2.1.11.1.	Quistes Maxilares	17
2.1.11.2.	Queratoquiste	17
2.1.11.3.	Quiste Dentigero	18
2.1.11.4.	Quiste de Erupción	19
2.1.12	Quistes no Odontogénicos	19
2.1.12.1.	Quiste Sutural	19
2.1.12.2.	Quiste Glóbulo Maxilar	19
2.1.12.3.	Quiste Radicular	20
2.1.12.4.	Quiste Residual	21
2.1.12.5.	Quiste Lateroradicular	21
2.1.13	Tumores Odontogénicos u odontoma	21
2.1.14	Ameloblastomas y Tumores Malignos	22
2.1.15	Principales Complicaciones de los Terceros Molares Retenido	22
2.1.15.1.	Complicaciones Infecciosas	22
2.1.15.2.	Complicaciones Mecánicas	23
2.1.15.3.	Complicaciones Neuromusculares	23
2.1.15.4.	Complicaciones Traumatológicas	23
2.1.15.5.	Complicaciones Tumoraes	23
2.1.15.6.	Complicaciones de la Pericoronitis	24

2.1.15.7. Complicaciones de la Mucosa	24
2.1.15.8. Complicaciones por Celulitis Buco Facial	24
2.1.15.9. Intraoperatoria	25
2.1.16 Tratamiento de las Complicaciones de los Terceros Molares	25
2.1.17 Tratamiento Post operatorio del Tercer Molar Inferior	25
2.1.17.1. Inflamación	26
2.1.17.2. Tratamiento de la Inflamacion	27
2.1.17.3. Medicion de la Inflamacion	27
2.1.18 Dolor	28
2.1.18.1. Tratamiento del Dolor	30
2.1.19 Alveolitis Seca	32
2.2. Elaboración de Hipótesis.	33
2.3. Identificación de las variables	33
2.4. Operacionalización de las variables	34
CAPITULO III	
3. METODOLOGÍA.	35
3.1. Lugar de la investigación	35
3.2. Periodo de la investigación	35
3.3. Recursos Empleados	35
3.3.1 Recursos Humanos	35
3.3.2 Recursos Materiales	35
3.4. Universo y muestra	35
3.5. Tipo de investigación	36
3.6. Diseño de la investigación	36
CAPITULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	
4.1. Conclusiones	37
4.2. Recomendaciones	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	39

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación nos indica que los terceros molares en su intento de erupcionar pueden producir traumatismo, inflamación y dolor en intensidad por la retención del mismo, considerando que los terceros molares son los dientes que con más frecuencia sufren fracasos en su erupción, de manera que hay autores que determinan que el 45% de los pacientes de una clínica dental presentan terceros molares retenidos con posibles patologías.

Tomando en consideración el análisis de las radiografías panorámicas para determinar si dicha pieza dentaria se observa en la cavidad bucal o si presenta alguna de las clasificaciones de las posiciones en la que se encuentran los terceros molares o si se presenta alguna complicación o patología.

Las anomalías más frecuentes se presentan dependiendo de la posición del tercer molar ya que el folículo del tercer molar comienza en la pared antero medial de la rama mandibular, generalmente a los 6 años de edad, entre los ocho años y medio y los nueve el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la corona formada y a los diez años de edad termina su calcificación en torno a los dieciséis años mientras que la calcificación de las raíces no concluye hasta los veinticinco años, en el cual se puede determinar la posición, complicaciones y patologías para determinar un mejor diagnóstico en el cual le ponemos énfasis en el plan de tratamiento para no presentar complicaciones en el postoperatorio para el paciente.

CAPITULO I.

1. EL PROBLEMA.

1.1. PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha observado que la erupción de los terceros molares se presentan a partir de los 17 a 25 años de edad siendo en ciertos casos una erupción normal y en otros casos se han presentado varias complicaciones por lo cual hay que reconocer las principales patologías de los terceros molares para un mejor plan de tratamiento. ¿Cuáles son las patologías que se presentan al quedar retenido el tercer molar?

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

¿Cuáles son las posiciones en la que erupcionan los terceros molares superiores?

¿Cuáles son las posiciones en que erupcionan los terceros molares inferiores?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que afectan a la erupción normal del tercer molar?

¿Cuáles son las principales patologías que se presentan en la retención de los terceros molares retenidos?

¿Cuáles son los síntomas que se presentan en el post operatorio de la extracción del tercer molar?

¿Qué tipos de quistes son más frecuentes en la no erupción del tercer molar?

¿Cuál es el tratamiento más indicado en la extracción del tercer molar?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar las diferentes patologías que se presentan al no erupcionar los terceros molares.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las patologías que afectan a los terceros molares al no erupcionar.

Conocer las complicaciones que ocasionan los terceros molares retenidos.

Causas locales y sistémicas de los terceros molares retenidos

1.4. JUSTIFICACION.

El presente trabajo le permite considerar que las patologías de los terceros molares tienen gran importancia en el diagnóstico y posible plan de tratamiento lo que lleva a poner énfasis en el problema para el paciente y obliga a conocer dicha patología.

Determinando el diagnóstico con una radiografía panorámica y una detallada ficha clínica dental para poder definir la posición de tercer molar y la ubicación de la patología.

1.5. VIABILIDAD.

El proyecto ha de ser viable debido a que se cuenta con los recursos necesarios entre los que tenemos: los recursos humanos, económicos, materiales, tiempo y de información, llevándose a cabo en la Facultad Piloto De Odontología de la Universidad de Guayaquil, logrando así a conseguir los fines programados.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO.

2. ANTECEDENTES.

A lo largo de los años la presencia de la retención de los terceros molares suele ser por la posición en relación al eje del segundo molar y por el poco espacio para erupcionar, el cual provoca traumatismo y patologías, permitiendo investigar cuales son la patologías que se presentan relacionadas a la retención de los terceros molares para un mejor plan de tratamiento.

Permitiendo realizar un diagnostico detallado de la ubicación del tercer molar através de una radiografía en el cual podemos observar la posición del tercer molar, si la raíz tiene contacto con el nervio dentario inferior y así poder terminar la ubicación, el tamaño de la patología que afecta la erupción del tercer molar y poder definir el postoperatorio de la exodoncia del tercer molar.

2.1. FUNDAMENTO TEORICO

2.1.1. CONSIDERACIONES EMBRIONARIAS DEL TERCER MOLAR

El germen del tercer molar, a diferencia del resto de la dentición que se desprende de la lamina dental, nace del germen del segundo molar como si se tratase de un diente de remplazo para el segundo molar tomando caminos diferentes.

La formación del folículo del tercer molar comienza en la pared antero medial de la rama mandibular, generalmente a los siete años de edad.

En el segundo y tercer año de edad. Entre los ocho años, nueve y hasta los doce años el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la capsula y la corona formada a los catorce años de edad, terminando su

calcificación a los diecisiete años, mientras que la calcificación de las raíces termina a los veinticinco años.

Delo dicho se desprende que los terceros molares inferiores se efectúa en una trayectoria curvilínea de concavidad postero superior para alcanzar su posición idónea en la boca.

La gran inclinación del eje del germen del tercer molar inferior respecto del eje de los demás dientes viene determinado por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina el cuerpo mandibular y se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama.

Este fenómeno aporta un aumento del espacio disponible y por lo tanto un enderezamiento o disminución en la inclinación del eje del cordal. Pero la disminución en la inclinación no solo interviene la ganancia de espacio por la debida dentición hacia mecial, tal y como demuestran los estudios de Tait y Richardson que revelan que la inclinación del eje del tercer molar es significativamente menos marcada en aquellos individuos que se han realizado la exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando un espacio en el sector posterior.

Sin embargo, esto no es siempre así, encontrándose un número determinado de casos donde el eje del tercer molar no solo se corrige sino que aumenta en inclinación.

Podríamos indicar que la retención de los terceros molares es la falta de espacio disponible, provocando alteraciones en el germen dentario, obstáculo mecánico, factores generales y algunas patologías.

2.1.1.1.Desarrollo del tercer molar según la edad del paciente.

El proceso de maduración dental se correlaciona con diferentes estadios de mineralización que pueden ser observados através de registros radiográficos y experimentan cambios mucho más uniformes y graduales que la erupción. Esta mas controlado por factores genéticos y menos

influenciados por factores externos de maduración, por lo que se han desarrollado diferentes métodos de estimación dental de la edad.

Todos los métodos de evaluación de la edad basados en la maduración dentaria siguen una misma sistemática. Primero se evalúa el estadio de desarrollo de cada uno de los dientes a partir de registros radiográficos, siendo el método de elección la radiografía panorámica.

Uno de los sistemas más universalmente utilizados para valorar el grado de desarrollo de la dentición permanente es el propuesto por DemirjianGoldstein y Tanner a partir del análisis de una muestra de un niño de origen Franco Canadiense. El método original valora el grado de calcificación de los siete dientes de la hemiarcada mandibular izquierda, incluyendo el tercer molar.

La estimación de la edad se complica una vez que se ha producido el cierre apical de las raíces del segundo molar permanente debido a la variabilidad que presenta el desarrollo del tercer molar el cual presenta con mayor frecuencia agenesias , esta suele ser más precoz en varones que en mujeres.

A pesar de ello la formación del folículo del tercer molar comienza a partir de los doce años, a los catorce años de edad completa la formación de la corona terminando la calcificación a los diecisiete años y completando la calcificación de las raíces a los veinticinco años. En todos los casos, dado que el desarrollo madurativo es diferente en ambos sexos.(Ver imagen en anexo 1).

2.1.1.2. Clasificación de la posición de los terceros molares superiores retenidos.

En la clasificación de los terceros molares se toma en cuenta el análisis radiográfico panorámico el que nos muestra tanto la pieza a extraer como toda la anatomía de la región a evaluar.

a) Clasificación de Winter:

b) Clasificación de Winter:

Clasificación de acuerdo con la posición del eje longitudinal del tercer molar, con respecto al eje longitudinal del segundo molar. Las diversas posiciones son:

Vertical: Ocurre en un 63% y es fácil de extraer. (ver imagen en Anexo 2)

Disto angular: Ocurre en un 25% y es fácil de extraer. (ver imagen en Anexo 3)

Meció Angular: Ocurre en un 12% y es más difícil de extraer, porque el hueso que cubre la pieza y que se necesita remover esta sobre la parte posterior de la pieza. Además, el acceso para extraer la pieza en esta posición es más difícil. (ver imagen en anexo 4)

Horizontal: Ocurre en menos del 1%. (ver imagen en anexo 5).

Vestíbulo Versión: Ocurre en menos de 1%. (ver imagen en anexo 6).

Linguo Versión: Ocurre en menos del 1%. (ver imagen en anexo 7)

Invertida: Ocurre en menos del 1%. (ver imagen en anexo 8).

Transversa: La pieza se encuentra en una posición horizontal con su eje longitudinal dirigido a bucal o lingual. Ocurre en menos del 1%. (ver imagen en anexo 9).

c) Relación del tercer molar con el seno maxilar:

Relación con el Seno: No hay hueso o solo hay una delgada capa de hueso entre el tercer molar y el seno maxilar, entonces se dice que hay una aproximación al seno. La extracción de esta pieza puede resultar en sinusitis o una comunicación oroantral. (ver imagen en anexo 10).

No hay relación con el seno: Cuando existe una distancia de 2mm o más de hueso entre el tercer molar superior y el seno

maxilar, por lo que se dice que no hay relación con el seno.(ver imagen en anexo 11).

2.1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIOR SEGÚN WINTER, PELL Y GREGORY.

Altura de la cara oclusal del tercer molar con respecto a la cara oclusal del segundo molar. Las diversas posiciones son:

Posición A: La cara oclusal del tercer molar se encuentra al mismo nivel que la cara oclusal del segundo molar. (ver imagen en anexo 12)

Posición B: La cara oclusal del tercer molar esta por arriba del plano oclusal, pero debajo de la línea cervical del segundo molar.(ver imagen en anexo 13)

Posición C: La cara oclusal del tercer molar esta por arriba de la línea cervical del segundo molar.(ver imagen en anexo 14).

2.1.2.1. Posición de los terceros molares inferiores en relación al eje del segundo molar.

- a) Clasificación de acuerdo con la posición del eje largo del tercer molar con respecto al eje largo del segundo molar inferior: esta incluye las mismas posiciones de la clasificación de Winter.

Vertical.

Meció Angular.

Horizontal.

Disto Angular.

Vestíbulo Versión.

Linguo Versión.

Trasversa.

Invertida.

b) Clasificación según Dr. Javier Sánchez Torres.

Esta clasificación depende de dos factores básicos, que son:

Factores Fundamentales:

Profundidad de la pieza.

Clase 1: Cuando la corona del tercer molar se encuentra por encima (en mandíbula) o abajo (en maxilar) de una línea imaginaria que pasa por el cuello anatómico del segundo molar. (Ver imagen en anexo 15).

Clase II: Cuando la corona del tercer molar se encuentra por debajo (en mandíbula) o por arriba (en maxilar) de la línea cervical del segundo molar. (Ver imagen en anexo 16).

Clase III: Posición invertida o como resultado de procesos patológicos. (Ver imagen en anexo 17).

Dirección del tercer molar :

Vertical: el tercer molar puede estar total o parcialmente cubierto de hueso, la característica sobresaliente es que su eje longitudinal es paralelo al eje longitudinal del segundo molar.

Meció Angular: el eje longitudinal del tercer molar dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje longitudinal de esta pieza un ángulo.

Horizontal: el eje longitudinal del tercer molar es perpendicular al eje longitudinal del segundo molar.

Disto Angular: el tercer molar tiene su eje longitudinal dirigido hacia la rama ascendente de la mandíbula y en superior hacia la tuberosidad del maxilar.

Buco Angular: El tercer molar no ocupa el mismo plano que el segundo el primer molar, si no que su eje longitudinal es perpendicular al plano en que están orientados estas piezas. La corona del tercer molar está dirigida hacia bucal.

Linguo angular: el eje longitudinal del tercer molar es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del tercer molar está dirigida hacia lingual.

Invertida: el tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior (en mandíbula) o superior (en maxilar) y sus raíces hacia la cavidad bucal.

Numero, Dirección Y Forma de las Raíces:

Raíces fusionadas en forma cónica.

Raíces curva y convergente.

Raíces divergente.

Unirradiculares.

Birradiculares.

Trirradiculares.

Factores Complementarios:

Relación con el conducto dentario inferior.

Relación con el segundo molar.

Relación con el seno maxilar.

2.1.3. PATOLOGÍA QUE SE PRESENTAN EN LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Las patologías que se presentan al no erupcionar el tercer molar pueden general alteraciones como:

Abscesos, sinusitis, reabsorción de las raíces de los dientes adyacentes, presencia de caries en el molar retenido o en el segundo molar,ulcera en la mucosa, en algunos casos ocasiona quistes, ameloblasto másy ulceraciones.

Debido a la localización de los terceros molares sobre todo los inferiores y a la irritación crónica, en la cual produce alteraciones nerviosas como: dolores faciales, trismo y parálisis facial.

Las principales patologías que se presentan en los terceros molares retenidos son:

Pericoronitis Apical

Pericoronitis Aguda Supurada

Pericoronitis Crónico

Ontogénesis Imperfecta

Dentinogenesis Imperfecta

Osteítis Hiperplasia

Fibromatosis Gingival

Granulomas

Granuloma Periférico

Granulomas Marginales

Quiste Maxilares son: Quiste Odontogénicos:

Queratoquistes

Quiste Dentigero

Quiste de Erupción

Quistes No Odontogénico:

Quiste Sutural

Quiste Glóbulo Maxilar

Quiste Radicular

Quiste Residual

Quiste latero radicular

Tumores Odontogénicos u Odontomas

Ameloblasto más y Tumores Malignos

2.1.4. PERICORONITIS

2.1.4.1. Pericoronitis Apical.

Es una enfermedad por infección del conducto radicular, el tratamiento para esta enfermedad consiste en eliminar la infección del conducto y excluir su infección.

Si no es eliminado el tejido infectado de la pulpa, antes o después saldrán las bacterias, resultando una inflamación e infección de los tejidos que rodean la raíz (hueso y ligamento periodontal), provocando una Pericoronitis apical.

2.1.4.2. Pericoronitis Aguda Supurada.

El paciente presenta un dolor más intenso que en la forma serosa irradiándose este hacia la amígdala y oído. Aparece disfagia, odinofagia y trismus poco intenso. La presión de la mucosa del triángulo deja escapar un exudado purulento, existiendo a veces halitosis.

En esta forma clínica hay afectación ganglionar submaxilar.

Su evolución puede ser de forma rápida pudiendo al tejido celular subcutáneo.

2.1.4.3. Pericoronitis Crónica.

Los síntomas son dolor retro molar interminante, acompañado de trismus o limitación a la apertura bucal ligera y pasajera, puede cursar con ausencia absoluta de síntomas o puede manifestar halitosis, faringitis de repetición.

El diente está cubierto de una mucosa eritematosa y edematosa sensible a la presión que a veces deja salir una o dos gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón.

Los pilares básicos para considerar en el tratamiento de estos accidentes infecciosos son el uso de antimicrobianos y de tratamiento quirúrgicos, con el fin de restablecer la salud del paciente y evitar la aparición de secuelas y complicaciones.

2.1.5. OSTEÓGENESIS IMPERFECTA.

Es una enfermedad congénita, lo que quiere decir que está presente al nacer.

Con frecuencia es causada por un defecto en un gen que produce el colágeno tipo 1, un pilar fundamental del hueso. Existen muchos defectos diferentes que pueden afectar este gen y la gravedad de esta enfermedad depende de los defectos específicos de dicho gen.

Esta enfermedad es autosómica dominante, lo que quiere decir que usted la padecerá si tiene una copia del gen, la mayoría de los casos de OI se heredan de uno de los padres, aunque algunos de los casos son el resultado de nuevas mutaciones genéticas.

Una persona con Osteogénesis Imperfecta tiene un 50% de posibilidades de transmitirle el gen y la enfermedad a sus hijos.

Síntomas: todas las personas con Osteogénesis Imperfecta (OI) tienen huesos débiles, lo cual los hace susceptibles a sufrir fracturas.

Tinte azul en la parte blanda de los ojos

Fractura ósea múltiples

Perdida temprana de la audición

2.1.6. DENTIGENESIS IMPERFECTA.

Es la distrofia hereditaria que afecta más frecuentemente a la estructura del diente durante la embriogénesis, y particularmente en las fases de diferenciación de tejidos y de formación de la matriz orgánica tanto como la dentición temporal como en la permanente.

Radiográficamente la OI se caracteriza por la presencia de dientes con coronas bulbosas, con una constricción en el cuello y raíces cortas y delgadas.

2.1.7. OSTEÍTIS HIPERPLÁSICAS.

La infección ósea crónica, particularmente se ve en jóvenes, puede provocar un cuadro tumoral localizado en el ángulo, recubierto por mucosa hiperplasia y flogosa, ligeramente dolorosa y acompañándose de movilidad del segundo molar, a veces, de una anestesia mentoniana.

La radiografía descubre un tercer molar incluido en el seno de una masa ósea desdibujada, irregular y mal limitada. La biopsia es una interpretación a veces delicada y solo la extracción del diente, conduciendo a la curación de las lesiones, permite establecer un diagnóstico de certeza. Su forma radiológica evoca un sarcoma.

2.1.8. FIBROMATOSIS GINGIVAL

Es un crecimiento lento y progresivo del tejido gingival, producido fundamentalmente a expensas de las fibras colágenas del tejido conectivo. Puede aparecer de modo esporádico e idiopático, en ocasiones aparece junto a otras alteraciones, tales como hipertricosis, periodontitis generalizada agresiva, epilepsia, retraso mental, trastornos neurosensorial, hipotiroidismo, condrodistrofia y déficit de la hormona de

crecimiento. Los casos familiares pueden ser aislados o formar parte de los síndromes más complejos.

En la mayoría de los casos las alteraciones comienzan antes de terminar el crecimiento del sujeto, se correlaciona con la erupción de los dientes temporales o los definitivos.

En los casos en que afecta a la encía, pueden alterar en la erupción de los dientes mediante su retraso o la producción de erupción en posición anómala.

Los cambios gingivales pueden ser locales o generalizados, afectando a uno o más cuadrantes, suelen quejarse más al maxilar superior.

Normalmente perjudica más a la región palatina, que aumentan de tamaño, produciendo una distorsión del contorno del paladar. En los casos más severos, llega a incluir la bóveda e incluso a juntarse en la línea media.

Uno de los lugares más afectados es la zona de la tuberosidad posterior del maxilar superior, desde donde el tejido crece hacia la zona posterior y la línea media, generalmente de un modo simétrico. El tejido suele tener un color normal y una consistencia firme.

2.1.9. GRANULOMA

Es una masa de reacción de granulación (tejido conjuntivo neo formado con inflamación crónica), localizado alrededor del ápice radicular.

El granuloma surge en respuesta al estímulo nocivo de baja intensidad, proveniente del canal radicular.

El granuloma está constituido morfológicamente de fibroblastos, macrófagos, capilares, fibras colágenas y sustancias fundamentales.

El granuloma puede tener excelente capacidad de regeneración y rápidamente se convierte en tejido periapical normal, cuando el irritante es removido, o sea, el canal radicular es tratado.

El granuloma periférico de células gigantes es una lesión de tejido blando no neoplasia ocasionada por una reabsorción hiperplásica a consecuencia de un traumatismo o inflamación. Es una lesión reactiva del tejido blando que se desarrolla exclusivamente en la cavidad bucal y con una ligera predilección en el sexo femenino.

2.1.9.1. Granuloma marginal.

Constituye fundamentalmente un hallazgo radiológico, manifestándose como una imagen radiolúcida en forma de semilunar que se sitúa normalmente entre el tercer molar y la rama ascendente mandibular, aunque puede situarse igualmente en otra posición alrededor de la corona del tercer molar.

Suelen cursar sin clínica alguna, pasando desapercibido, aunque a veces la mucosa se inflama, apareciendo síntomas de Pericoronitis, y en casos de erupción del antagonista, pueden aparecer úlceras de decúbito.

Al extraer el tercer molar, aparecen las lesiones en forma de tejido de granulación, adherida al cuello del diente que suele venir con el al extraerse, debiendo extirparse en caso contrario, no conlleva malignidad.

2.1.10. QUISTES.

Se define al quiste como una bolsa conjuntivo epitelial, tapizada de epitelio en la cara que mira a la luz del quiste y de tejido conjuntivo en la externa, con un contenido líquido o semilíquido en su interior. Sin embargo, según esta definición de Killey y Kay (1966), en ciertos quistes Odontogénico y fisurales, y por supuesto los quistes óseo o pseudoquistes que no poseen capsula epitelial. Por ello, estos mismos autores incluyen como quistes ciertas formaciones patológicas caracterizada por una cavidad o espacio hueco en el hueso o en las partes blandas, rellenas con sustancias líquidas, semilíquidas o gaseosa y que a menudo, pero no siempre, se encuentran encapsulados y cubiertos por epitelio. Kramer en 1974 definió a esta cavidad patológica con un

contenido líquido, semilíquido o gaseoso, que no ha sido originado por acumulación de pus y que suele estar, aunque no obligadamente, revestida por epitelio.

2.1.11. QUISTES ODONTOGÉNICOS

2.1.11.1. Quistes Maxilares

Un Quiste es una cavidad anormal con contenido líquido, célula, aire o una combinación, rodeada casi siempre por una pared de tejido conectivo o epitelio, pudiendo derivar del aparato Odontogénico o haber sido incluido durante el periodo embrionario.

Se lo define como quistes de los maxilares como lesiones no tumorales, y por tanto benignas, aunque en uno de los casos se produzca malignización sobre los mismos.

Se lo define como una cavidad patológica con un contenido líquido, semilíquido, gaseoso, no originado por el acumulo de pus, y que suele estar aunque no siempre, revestida de epitelio.

Así se engloban como quistes las lesiones de los maxilares, epiteliales o no y la de los tejidos blandos, descartando los abscesos por acumulo de pus.

Los quistes que afectan a los terceros molares son:

2.1.11.2. Queratoquistes.

El Queratoquistes es un tumor uní O multiocular de origen Odontogénico, revestido por un epitelio estratificado paraqueratinizado característico, con un comportamiento biológico agresivo similar al de una neoplasia benigna, puede aparecer teóricamente en cualquier localización de los maxilares, aunque 2/3 de los casos se dan en mandíbula, principalmente en la parte posterior del cuerpo y en la rama ascendente, desarrollando se en forma ocasional alrededor de la corona del tercer molar no erupcionado, del mismo modo que un verdadero quiste dentigero, de

forma que se ha postulado que el queratoquiste cuando aparece de esta forma ha sufrido una fusión con un quiste preexistente.

a) Tratamiento:

Con el fin de evitar recidivas se recomienda la total enucleación del queratoquiste realizando una meticulosa extirpación de la capsula.

Uno de los rasgos más característicos de estos quistes es la gran tendencia a recidivas tras el tratamiento quirúrgico.

La razón de esta alta tasas de recidiva no es bien conocida. Una de ella es la extirpación incompleta del quiste debido a la extrema delgadez y friabilidad de la capsula. Cuando estos quistes son grandes, son difíciles de extirpar íntegramente, ya que se extienden al hueso del sano, llegando incluso a perforar la cortical e invadir los tejidos blandos colindantes a los cuales se adhieren íntimamente, lo que dificulta aun mas su total enucleación.

El tipo de recurrencia es muy variable; por lo general se presenta pocos años después del tratamiento quirúrgico.

Se han descrito recidivas múltiples en el suelo de la boca y en el cuello después de una resección parcial de la mandíbula e incluso en el injerto óseo utilizado para reconstruir la lesión original.

2.1.11.3.Quiste Dentigero

El quiste Dentigero es aquel que se desarrolla a partir del órgano del esmalte, envuelve la porción coronaria de un diente no erupcionado. Los Quistes Dentigero son los segundos quistes Odontogénicos mas frecuentes después de los quistes radiculares, constituyendo aproximadamente el 24% de todos los quistes mandibulares, el quiste se forma de la separación del folículo de la corona de undiente noerupcionado, y aunque puede envolver algún diente, los terceros

molares inferiores son los más afectados, es más frecuentes en los hombres que en las mujeres.

Frecuentemente son hallazgos casuales, clínicamente el quiste dentigero es asintomático, pero puede provocar expansión de la cortical ósea y consecuentemente deformidad local en algunos casos.

Su tratamiento, pasa lógicamente por extirpar el quiste y extraer en el mismo acto el tercer molar. No se recomienda en estos casos efectuar técnicas de marsupialización del quiste.

2.1.11.4. Quiste de Erupción

La histogénesis se encuentra muy ligada a la del quiste Dentigero ya que consiste en una dilatación de un diente que no ha hecho erupción.

A diferencia de los quistes Dentigero, el diente no se encuentra completamente sumergido en el tejido óseo, encontrándose el polo superior del quiste en contacto con el corion gingival, produciéndose una fibrosis que impiden la ruptura de la encía y con ella la erupción del diente.

2.1.12. QUISTES NO ODONTOGÈNICOS

2.1.12.1. Quiste Sutural

En los quistes suturales se reúnen varios tipos de lesiones, que tienen en común su ubicación anatómica a nivel de la líneas de sutura del desarrollo embriológico de la cara.

Su diagnóstico es por lo tanto extremadamente topográfico, ya que estos tienen su origen en elementos residuales epiteliales atrapados al presionar los procesos embrionarios que dan lugar al componente óseo del macizo facial.

2.1.12.2.Quiste Glóbulo maxilar

El quiste Glóbulo Maxilar se ubica entre la raíz del incisivo y el canino; ambos son separados por el desarrollo del quiste.

Se presenta a los 30 años de edad.

Su origen se vincula a partir de restos epiteliales atrapados en la línea de fusión del proceso maxilar con el nasal medio durante la formación del paladar.

Radiográficamente se caracteriza por una imagen radiolúcida, bien definida y periforme que separa la raíz de dicho órganos dentarios.

Tratamiento: será la extirpación total del quiste a través de una incisión curva efectuada en el fondo del vestíbulo en la tumoración; se despega bien con una espátula la mucosa de la capsula quística y esta del fondo del lecho óseo; una vez revisada la cavidad, se debate el colgajo y se efectúa una sutura inmediata.

2.1.12.3.Quiste Radicular

Este es el quiste Odontogénico más común y se piensa que se forma a partir de los restos epiteliales de malassez.

Prácticamente todos los quistes radiculares se originan a partir de granuloma peri apicales preexistente.

El hallazgo radicular muestra un diente sin pulpa, no vital que tiene una radiolúcida periapical bien definida. Clínicamente los quistes grandes pueden envolver un cuadrante completo con algunos dientes ocasionalmente con movilidad y algunos sin vitalidad.

Puede encontrarse reabsorción radicular.

El quiste es asintomático cuando es estéril, y doloroso cuando es infectado.

Microscópicamente, el quiste se describe como una pared de tejido conectivo, que varía su grosor, una membrana de epitelio escamoso estratificado y un poco de células inflamatorias.

El tratamiento indicado es su exéresis a la vez que extraemos el diente.

2.1.12.4. Quiste residual

Es un quiste que aparece inadvertido tras la extracción del diente, persiste en el fondo alveolar.

Tratamiento:

Es quirúrgicamente la exéresis de quiste radicular.

2.1.12.5. Quiste lateroradicular

Son quistes inflamatorios que se forman a lo largo de la superficie radicular distal o bucal de los terceros molares mandibulares parcialmente impactados.

Se piensa que el resultado de inflamación de la encía que cubre un tercer molar parcialmente erupcionado, actualmente se aceptan que el origen es el ligamento periodonto.

Radiográficamente se presenta como un radio lucidez en la porción apical de la raíz y representa del 0.5% al 4% de todos los quistes Odontogénicos. Su tratamiento es enucleación.

2.1.13. TUMORES ODONTOGÈNICOS U ODONTOMA

La mayoría de los odontomas son asintomáticos y se diagnostican por el DTE o por el hallazgo radiográfico casual.

A pesar de ser un proceso poco común, los quistes Odontogénicos y neoplasia deben tenerse en cuenta cuando se produce un fallo eruptivo unilateral de un diente temporal; especialmente los casos de los caninos primarios ya que estos no suelen estar implicados en la impactación por causa traumática.

En el estudio realizado por Tomizawa en el 2005, el 87% de los odontomas provocaron un retraso en la erupción dental con o sin desplazamiento del diente afectado. Hay múltiples casos en los que tras realizar los exámenes clínicos no encontramos causa alguna para explicar el porqué del retraso; es esencial realizar un examen radiológico para descartar un tumor Odontogénico que se manifiesta como una imagen radiolúcida que rodea la corona de un diente, y que puede ir a veces asociada a la zona radiopaca o incluso a asimetría facial.

2.1.14. AMELOBLASTOMAS Y TUMORES MALIGNOS

En tercer molar puede estar implicado en la aparición de ameloblastoma y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes foliculares Queratoquistes.

El ameloblastoma más es el tumor Odontogénico más frecuente. Es una neoplasia benigna, pero localmente invasiva del epitelio Odontogénico.

Puede formarse en la membrana de un quiste Dentigero pero lo más frecuente es que aparezca inmediatamente del diente impactado.

La lesión inoculada es indistinguible de un quiste Odontogénico por lo que es obligatorio someter el tejido extirpado a examen histológico con fines diagnóstico y para destacar neoplasia.

Han sido descritos también casos en que los quistes Odontogénicos pueden progresar también a lesiones de mayor importancia, como el carcinoma de células escamosas.

2.1.15. PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

2.1.15.1. Complicaciones Infecciosas:

Cuando el molar está parcialmente retenido y solo se ve una pequeña parte en la boca, en la cual se forma una bolsa en la encía por la retención de alimentos y es muy complicada su higiene. Al no poder

limpiar adecuadamente la zona se produce una inflamación, provocando retención de alimentos hasta que se produce una infección llamada pericoronaritis, formándose un absceso extremadamente doloroso. Extendiéndose hasta la mejilla y los ganglios del cuello, el paciente no puede abrir bien la boca, presenta dificultad para tragar y un dolor muy fuerte, esta patología debe ser tratada con antibióticos específicos, limpieza, retiro de alimentos atrapados y drenaje del absceso, todo esto antes de la extracción de la pieza.

2.1.15.2. Complicaciones Mecánicas:

El molar presenta la fuerza de erupción de cualquier diente por más que este retenido, y así provoca desde lisiones en la encía, mejilla y lengua, hasta lisis del segundo molar que tiene por delante, provocándole caries y destrucción de su raíz.

2.1.15.3. Complicaciones Neuromusculares:

La presión ejercida sobre los segundos molares provocan dolor severo y descompensación en la fuerza de la masticación ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular que es la articulación de la mandibular con el cráneo, ocurre ocasionalmente alteraciones sistémicas y motoras por la compresión de nervios como el dentario inferior que recorre toda la mandíbula por debajo de las raíces de los dientes.

2.1.15.4. Complicaciones Traumatológicas:

El tercer molar inferior debilita considerablemente el ángulo mandibular, lo que hace que las fracturas por traumas sean frecuentes a ese nivel.

2.1.15.5. Complicaciones Tumorales:

La inclusión del tejido epitelial que rodea al molar es potencialmente oncológica, pudiendo provocar desde pequeños quistes, hasta ameloblasto más y tumores malignos de maxilar. Por esto es sumamente

importante al realizar su extracción, la eliminación de todo tejido que pueda quedar en el lecho realizado y a la mínima duda del tejido encontrado debemos realizar su estudio anatómico patológico.

2.1.15.6. Complicaciones de la Pericoronitis

La Pericoronitis del tercer molar puede provocar distintos tipos de complicaciones:

2.1.15.7. Complicaciones de Mucosa:

-Estomatitis odontiasica: En un primer estadio aparece una estomatitis eritematosa, que puede progresa hacia un estadioulcerativo, constituyendo una estomatitis ulcero-membranosa. Su localización preferente es alrededor del cordal incluido.

-Angina de Vincent. Los autores franceses hablan de Angina de Vincent cuando esta estomatitis se extiende hacia atrás, al velo del paladar y a las amígdalas, aparece una Amigdalitis ulcero-membranosa en el mismo lado del cordal que produce disfagia y adenitis reacciona importante.

Ulceración mucosa retro molar, por detrás y alrededor del tercer molar.

Ulceración amplia, tórpidas y poco dolorosas situadas en el capuchón y en la mucosa por detrás del cordal. Esta ulceración tiene un aspecto pseudo-neoplásico que hace preciso el diagnóstico diferencial con un carcinoma de células escamosas de la mucosa retro molar en la fase inicial. Existen adenopatías satélites en la región cervical.

2.1.15.8. Complicaciones por Celulitis Bucal Faciales:

Estas aparecen por la fistulización o extensión a través de los espacios celulares vecinos de la infección pericoronaria del tercer molar.

Si la colección purulenta avanza hacia afuera y adelante, producirá un absceso buccinatorio-maxilar. La inflamación camina por el tejido celular entre la cara externa de la mandíbula y el buccinador pudiendo formar un

absceso por delante del borde anterior de este musculo y detrás de los músculos del mentón y los labios, a nivel de los premolares inferiores. Veremos en este caso tumefacción yugal y del fondo del vestíbulo del segundo premolar y primer molar. Puede existir un dolor importante, trismo, signo de vincent producido por la irritación de la colección purulenta sobre las fibras nerviosas. Si la infección avanza hacia adentro debido a la presencia del musculo milohioideo. Este tipo de absceso puede presentar problemas de diagnóstico diferencial con un absceso de origen litiasico submaxilar.

2.1.15.9. Intraoperatoria:

Fractura dentaria u ósea; es el desplazamiento del cordal hacia el seno maxilar, espacio pterigomaxilar, suelo de la boca.

Hemorragia, dilaceración de tejidos blandos; enfisema subcutáneo; lesiones nerviosas (neuropatías, hipostesias o anestesias); luxación de la mandíbula: exposición de la superficie radicular del segundo molar, comunicación oronasal y orosinusal; alergia de anestésico u otro medicamento utilizado.

2.1.16. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES.

El uso de antibiótico en una cirugía del tercer molar retenido es controversia. La incidencia de infecciones post operatorias en estos procedimientos está entre el 1% y el 5%.

En todos los pacientes fue empleado la betametasona 4mg en etapa preoperatoria y post operatorio; también se emplea paracetamol 750 mg cada 6 horas por 48 horas. Ambos fármacos de administración oral.

Los sitios quirúrgicos fueron recogidos aleatoriamente para determinar la indicación de amoxicilina (500mg cada 8 horas por siete días), que comenzó. En el momento en que inicio el procedimiento quirúrgico, esto permite, identificar dos grupos de trabajo siendo el grupo 1 aquel sitio

quirúrgico donde no se utiliza ningún tipo de antibiótico y el grupo 2 aquel sitio quirúrgico donde se utiliza.

El esquema antibiótico citado; de esta forma, un paciente pertenece a ambos grupos en diferentes momentos.

Los paciente fueron controlados diariamente durante una semana, estudiándose la temperatura corporal tres veces al día: dentro de los criterios de seguimiento, si el paciente presentara sobre 37,8 c oral, dolor intenso o supuración, a sometido a una rigurosa evaluación clínica para identificar el protocolo de tratamiento.

El edema facial fue establecido a través de mediciones realizadas con hilo mediante identificación de puntos de referencia facial; tales puntos fueron; Angulo mandibular, tragus, comisura labial, ala de la nariz y canto palpebral lateral; el hilo instalado en un punto facial inicial y terminal determina la distancia.

2.1.17. TRATAMIENTO POST OPERATORIO DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Después de haber realizado la exodoncia del tercer molar inferior aparece en mayor o menor grado de inflamación, dolor y trismus.

2.1.17.1. Inflamación:

Cuando se lesiona un tejido, ya sea por bacteria, traumatismo, sustancias químicas, calor u otros fenómenos, este libera múltiples sustancias que producen cambios secundarios en los tejidos.

El complejo de cambios tisulares se denomina inflamación.

La actuación del cirujano sobre los tejidos blandos y duros a la hora de la extracción del tercer molar inferior supone un traumatismo, de manera que la inflamación resulta ser constante en el postoperatorio de una intervención.

Cuando a nivel periférico se establece una lesión tisular, se ponen en marcha una serie de mediadores de la inflamación, que serán los desencadenantes de los síntomas, entre los cuales, se encuentra el dolor.

Existen unos mediadores químicos celulares, es decir, que se liberan desde la célula dañada, y otros mediadores plasmáticos, procedentes del torrente sanguíneo.

Por lo general se produce un grado variable de inflamación de la zona submaseterina y submaxilar.

Esta inflamación va aumentando teniendo su punto máximo entre las 48-72 horas después de la intervención. Tras la cirugía del tercer molar inferior, si no existe ninguna complicación infecciosa, la inflamación disminuye, generalmente, a partir del tercer o cuarto día del postoperatorio.

2.1.17.2. Tratamiento de la Inflamación:

Para minimizar esta inflamación, es aconsejable que el paciente se aplique una bolsa de hielo, durante las 6-8 horas siguientes en la intervención, y a intervalos de 20 a 30 minutos.

Algunos autores aconsejan la aplicación de una mono dosis de corticoides intramusculares o inyectada en la zona operatoria inmediatamente después de finalizar la extracción.

Parece ser que esto controla mejor el edema, el trismo y el dolor postoperatorio, pero no existen estudios clínicos que lo demuestren.

En general, salvo en contraindicaciones o alergia, se prescribirá un analgésico antiinflamatorio no esteroide.

2.1.17.3. Medición de la Inflamación:

La inflamación es un cambio volumétrico tridimensional difícil de evaluar, alguno de los métodos que se han empleado para determinar la

inflamación después de extracción de un tercer molar inferior son los siguientes.

Método fotográfico; puede ser, quizás exacto, pero muy complicado y necesitan de una serie de aparatología auxiliar que encársele el sistema.

Fueron diseñados por Van Gool y Col en 1975 al demostrar la falta de precisión y consistencia de la medida subjetiva de la inflamación.

Calibradores, valoran la tumefacción de manera unidimensional.

Arco facial y cefalostato: de manejo complicado, como la utilización en el Cefalostato Harwors-Ewald modificado por Tollefsen.

El estereoscopio, desarrollado por Bjorny mejorando por poderse.

Medida sobre la piel facial; tomando distintos puntos de referencia facial.

Holland en 1979 estableció unos criterios por un medidor de inflamación posterior a la exodoncia del tercer molar inferior, así considero que, el primer lugar, la precisión debería estar asegurado, que las medidas deben realizarse en unidades de volumen y finalmente que debería ser un método práctico y ético en la situación clínica que no estuviera limitado por aparatos estáticos.

Así, comparo tres sistemas de medición de inflamación diferente: el arco facial, el ultrasonido y la estereofotografía. Esta última, presentaban inconvenientes de su transporte y la necesidad de ser estática, y el arco facial resulto ser superior a los ultrasonidos.

2.1.18. DOLOR.

La inflamación y el dolor son dos signos clínicos que se manifiestan de forma paralelo, íntimamente relacionados, y que obedecen a una misma fisiopatología.

Se trata de un dolor posquirúrgico de tipo agudo, consecuencia de ; la estimulación nociceptiva resulta de la agresión quirúrgica, la distensión

ligamentosa, los espasmos musculares, las lesiones nerviosas , en general, todas aquellas situaciones que tienen que ver con maniobra realizada durante el acto operatorio.

Se caracteriza por estar asociada a una tensión psíquica, tener una connotación psicológica importante y ser auto limitado.

Esta sensación va a tener una duración en el tiempo, no superado, por lo general, una semana y decayendo con el paso de los días hasta su desaparición.

Tres son los niveles de integración del dolor:

Pos quirúrgico: a nivel periférico, representado por la lesión tisular.

Nivel medular: representado por la recogida de la sensibilidad nociceptiva y su transmisión.

Nivel central: que constituye la percepción a nivel de cortés cerebrales de la sensación dolorosa.

El dolor posquirúrgico comienza inmediatamente tras cesar el efecto anestésico, y se estabiliza al alza durante el primer día.

En función del grado de inflamación, el segundo y tercer día pueden ser los de mayor dolor.

Cuando este aparece tras las primeras 24 horas, o aumenta en los días siguientes, podemos hablar de dolor posquirúrgico tardío, secundario siempre a algunas de las complicaciones habituales: infección, alveolitis, hemorragia o lesión natural.

Son varios los factores que inciden el dolor posquirúrgico, los más importantes son aquellos que ocasionan un mayor grado de lesión tisular, y por lo tanto, de inflamación.

El análisis de alguno de estos factores será objeto de nuestro estudio.

El post operatorio de la cirugía del tercer molar inferior, las sensaciones, algunas tienen punto de partida en la mucosa bucal, periostio y el hueso, y no solo son consecuencia del traumatismo producido durante el acto quirúrgico, si no que incluye la flora bacteriana residente en la herida post operatoria en el estado del dolor, pudiendo producir diversos grados de accidentes infecciosos.

Factores relacionados con el dolor postoperatorio:

Edad del paciente

Grado de dificultad de la cirugía

Tiempo total de la intervención

Inexperiencia del cirujano

Tiempo total de la osteotomía

Cuantía del despegamiento mucoperiostio

Grado de ansiedad del paciente

Tabaquismo

Administración no pautada del analgésico

2.1.18.1. Tratamiento del Dolor:

Hemos concretado que el dolor que se produce tras la cirugía oral se debe, fundamentalmente, a la lesión tisular y al proceso inflamatorio acompañante.

Una de las principales controversia en cirugía oral se sitúa en la necesidad o no, de realizar un tratamiento preventivo mediante fármaco tipo analgésico y antiinflamatorio.

De los resultados obtenidos por los autores se desprende que la administración de los fármacos analgésico antiinflamatorios sean similares.

Indicaciones Postoperatorias:

a) Receta.

Rp:

Indicaciones:

-Odontocilina capsula de 500mg #15

- Tomar 1 c/8 horas.

-Odontogestic tableta de 500mg # 15

- Tomar 1 c/8 horas

-Redoxon de 1g 1 tubo

- 1 c/ 12 horas, disolver una
Tp en ½ vaso con agua.

- Enjuague Bucal Bucotrixina 1

- Enjuagarse 5 veces al día.

b) Recomendaciones:

Mantener la gasa durante 10 minutos con presión

Aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas cada 20 minutos.

Dieta fresca y blanda

Reposo relativo

Evitar esfuerzo físico por lo menos 72 horas

Ejercicios graduales. Abrir y cerrar la boca

Buena higiene bucal

c) Hemorragia:

Durante la 24 primeras horas tras la exodoncia del tercer molar es normal, y así a de advertirle al paciente, que aparezca un ligerasangrado que rezuma del alveolo, controlable mediante la presión con una gasa.

Cualquier alteración de esta situación, tanto en cantidad de sangre como en tiempo durante el que persiste el sangrado, debe ser consultada por el paciente con el profesional.

El 99% de las hemorragias postextracción se debe exclusivamente a causa locales.

Lesiones traumáticas mucosa u ósea.

Persistencia de un resto radicular o de un granuloma apical.

Aparición de fenómenos infecciosos.

Anomalías en la formación escultora del colágeno.

2.1.19. ALVEOLITIS SECA

La alveolitis seca u osteítis alveolar, es la primera concisión inflamatoria en frecuencia que puede a parecer tras la exodoncia del tercer molar con una incidencia del 30%, con un intervalo del 14 al 68%.

Por edades, alcanza un pico en la tercera y la cuarta década de la vida, intervalo de edad que coinciden con el periodo cronológico en el que se efectúan, más frecuentemente, las extracciones de los terceros molares.

En su etiopatogenia se han barajado múltiples factores como la técnica quirúrgica, el tabaco, factores hormonales, el uso de distintos fármacos, factores nutricionales, mala higiene.

Sin embargo, las mayores evidencias apuntan hacia trastornos en la organización del coagulo en el lecho alveolar del diente extraído y al papel de la flora microbiana de la cavidad oral, especialmente al género treponema, como los responsables directo de la lisis prematuro del coagulo y por tanto de la alveolitis seca.

Se caracteriza por un cuadro clínico que se inicia entre el segundo y cuarto día tras la exodoncia, y que consiste en la aparición de dolor en la zona de la extracción, habitualmente intenso y que no seacompaña delos signos habituales de infección, como son la inflamación gingival y la supuración.

Suele presentarse una halitosis intensa.

A la exploración clínica, se aprecia un alveolo dentario sin coagulo o con restos necróticos y de alimentos, desprendiendo fuerte dolor y muy doloroso a palpación estabular o lingual.

2.2. ELABORACION DE LA HIPOTESIS.

Si se analizan las causas que provocan la retención de los terceros molares se determinan las patologías que se relaciona a la retención de los terceros molares.

2.3. IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES.

Variables independientes:

Análisis de las patologías que se presentan en los terceros molares.

Variables dependientes:

Determinar las patologías que se presentan en los terceros molares para un mejor plan de tratamiento.

2.4. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición Concepto	Definición Operacional	Indicadores	ITEM
<u>Independiente</u> Análisis de la retención de terceros molares.	El tercer molar es aquel que sufre una, interrupción de su proceso eruptivo provocando la no erupción del mismo.	Interrupción de su proceso eruptivo.	-Dolor -Apiñamiento -Inflamación -Trismus	¿Cuáles son las patologías que se presentan al quedar retenido el tercer molar.
<u>Dependiente</u> Patologías que se relaciona a la retención de los terceros molares	Las patologías son aquellas que producen alteraciones como tumores, quiste, ameloblastomas.	Quistes Tumores Ameloblastoma.	-Pérdida de piezas dentales. -No erupción de la pieza dentaria. -Edema. -Ulceración	Si se analizan las Causas que provocan la retención del tercer molar se determina las patologías que se relacionan a la retención del tercer molar.

CAPITULO III.

3. METODOLOGIA.

3.1. LUGAR DE INVESTIGACION.

La presente investigación se realiza en la clínica de internado de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

3.2. PERIODO DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación se realizo en periodo lectivo:

2011—2012

3.3. RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1. Recursos humanos.

Paciente: Miguel Vásquez

Dr. Miguel Álvarez

Tutor de tesis: Remberto Rodríguez

3.3.2. Recursos materiales.

Historia clínica, radiografía.

Instrumento odontológico: Radiografía, guantes, aguja larga, jeringa carpule, sindesmotomo, elevador recto, forcé fórceps 150, cureta, tijera recta, tijera hemostática, porta aguja, hilo de sutura 3.0 seda negro.

Materiales odontológicos: povidyn, anestésico tópico, anestésico inyectable con epinefrina al 2 %, suero fisiológico y gasa.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA.

El presente trabajo de investigación no cuenta con un universo y muestra debido a que la investigación se la realizo en base a una recolección de

datos narrativos bibliográficos, por eso decimos que es de tipo no-experimental de campo.

3.5. TIPO DE INVESTIGACION.

Analítica: Porque se analizan las diferentes patologías y complicaciones de los terceros molares retenido.

Bibliografía: Porque e analiza por medio de varios libros, revistas, fichas clínicas dentales y internet.

Descriptiva: Porque describe las patologías de la retención de los terceros molares.

Cualitativa: Es una investigación que se presentan por que estudian las cualidades como signos y síntomas de cada caso a investigar.

3.6. DISEÑO INVESTIGATIVO:

Porque no cuenta con un grupo de control ni es aleatoria. Si no solamente con un caso clínico o memoria.

CAPITULO IV.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. CONCLUSIONES.

La presencia de alteraciones durante el proceso normal de la erupción del tercer molar se suele ver afectada por causa de poco espacio en relación al eje del segundo molar.

Las variaciones de la erupción del tercer molar presentan las diferentes posiciones de los terceros molares tanto superiores como inferiores lo cual presentan retención del mismo. Provocando que se presente patologías y complicaciones.

La presencia de este tipo de anomalías patológicas se deberá realizar una historia clínica médica y dental incluyendo una radiografía panorámica para determinar las posiciones del tercer molar para un mejor procedimiento.

4.2. RECOMENDACIONES.

Es necesario llevar un control clínico y radiográfico de los pacientes que presentan este tipo de complicaciones antes y durante la erupción del tercer molar.

Para poder realizar una intervención quirúrgica se debe realizar una historia clínica dental bien detallado y una radiografía panorámica del paciente para lo cual nos ayuda a determinar el correcto diagnostico y así poder definir el tipo de patologías que suele presentarse al no haber erupcionado el tercer molar .Con el correcto diagnostico elaborado podemos obtener un plan de tratamiento más adecuado para el paciente y poder llevar un control post-operatorio sin presentar complicaciones y aseguramos un éxito en el tratamiento

BIBLIOGRAFIA

1. Carlos Navarrete Vital Cirugía Oral, 2 edición 2008, pág. 86-87.
2. Cirugía Maxilo Facial, edición febrero 1997. Guillermo Raspall pág.233-234.
3. Cosma Gay Escoda, Ma. Ángeles Sánchez Garcés, Leonardo Berini, 1 edición 1999. Pág. 399- 384
4. Guillermo Raspall, Cirugía Oral o Implantología, 2da edición pág.97-99.
5. M. Donado. "Cirugía Bucal Patología y Técnica" 2da edición Madrid España año 2001 pág. 189-192
6. Patología Oral Maxilo Facial Contemporanea 2da edición Jphillip Sapp Lewin, George P. Wsocki. Pág. 17 –29.
7. Bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord09199.htm
8. www.Scielo.icsiii.es/scielo.php?pid=s021312852007000100002...
9. www.Maxilofacial.med.ec/index.phd?option=com_content...
10. [www.Estoma13-14.wikipaces.com/tercer –molar-retenidos](http://www.Estoma13-14.wikipaces.com/tercer-molar-retenidos)
11. www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontología/2008.../a10v11n1.pdf
12. www.dentists-zaragoza.net/.../fibromatosis-gingival-fibromato...-españa
13. www.dentista-zaragoza.net/.../fibromatosis-gingival-fibromato...-españa
14. www.nlm.gov/medlineplu/ency/article/001573.htm
15. www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3504.pdf.
16. www.clinicadoctoracolik.com.ar/retencion.htm
17. www.buenastareas.com ›
18. www.slideshare.net/.../inclusion-y-retención-dentaria
19. www.monografia.com.salud
20. www.unne.edu.ar/web/cyt/com2004/3-medicina/m-004.
21. Webdental.wordpress.com/.../terceros-molares-o-muelas-del-juicio/
22. www.portalesmedico.com/.../cirugía-de-terceros-molares-incluido.

ANEXOS



Grafico # 1.

Desarrollo del tercer molar según la edad del paciente.

Fuente: Sebastián Jiménez

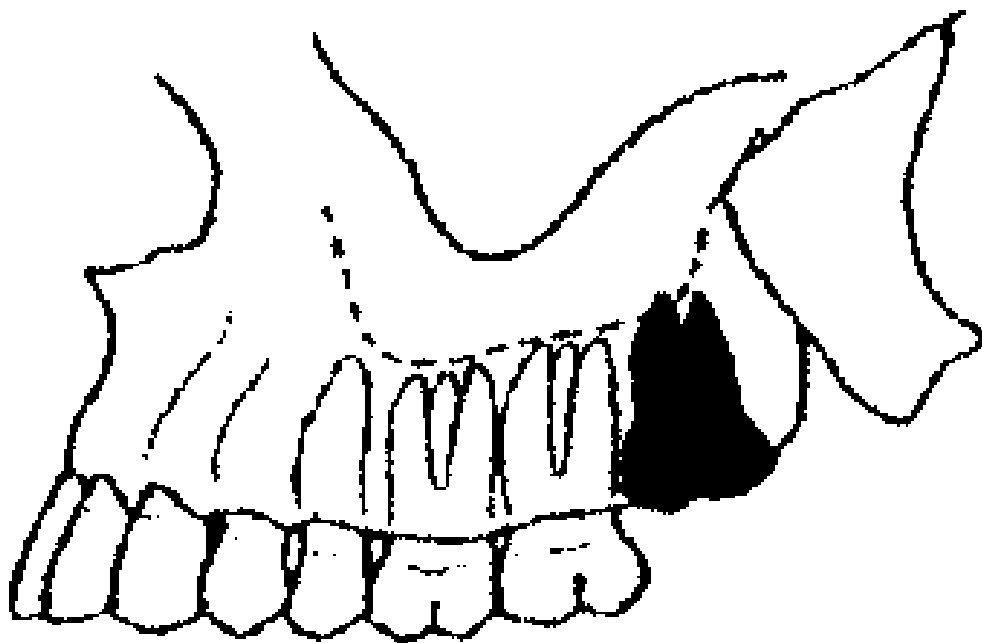


Grafico # 2

Tercer molar en posición vertical,

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

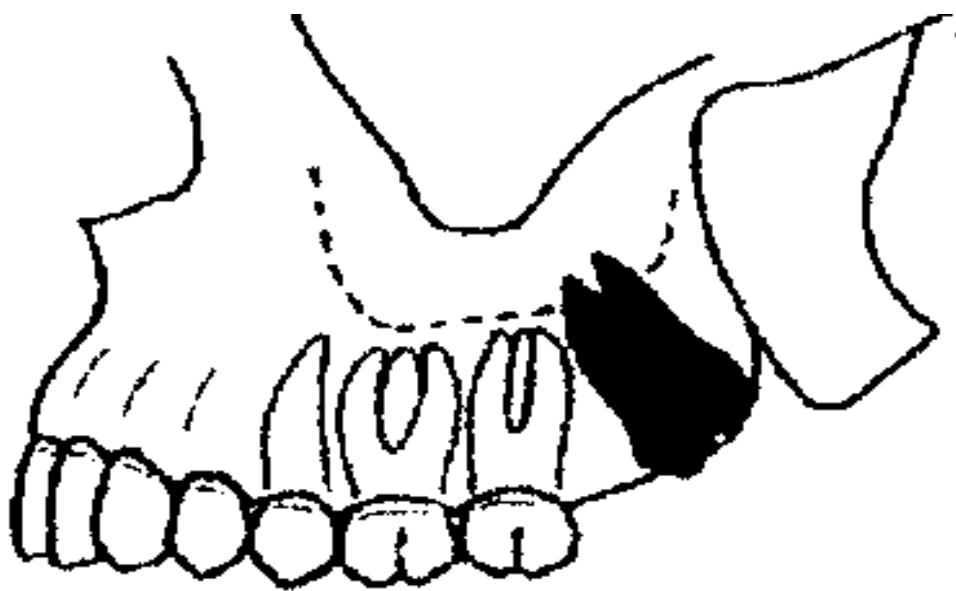


Grafico # 3

Tercer molar en posición disto angular,

Fuente: Idelama Herrera, Guatemala Asunción 2002,

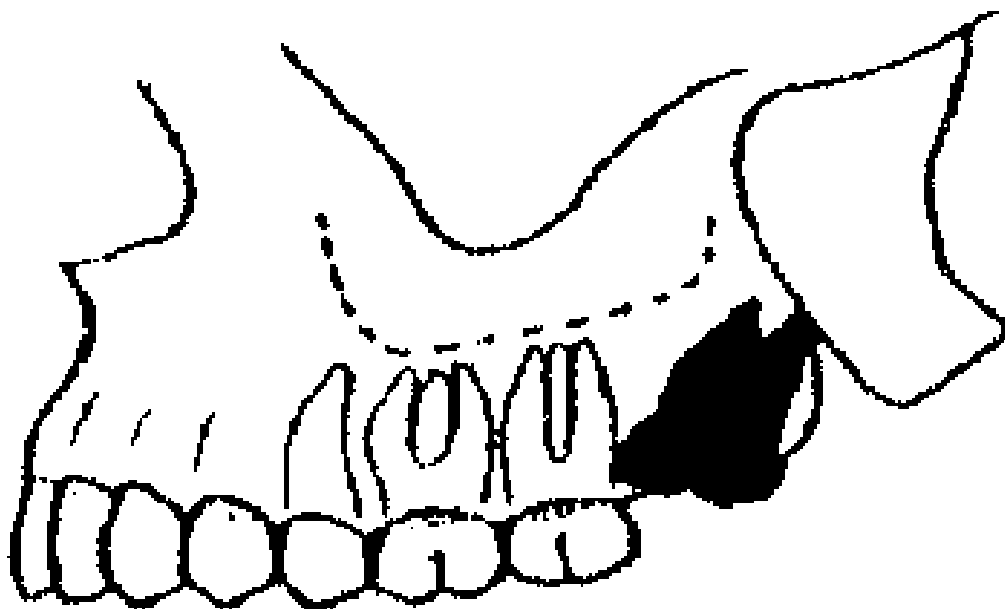


Grafico # 4

Tercer molar en posición meció angular,

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002,

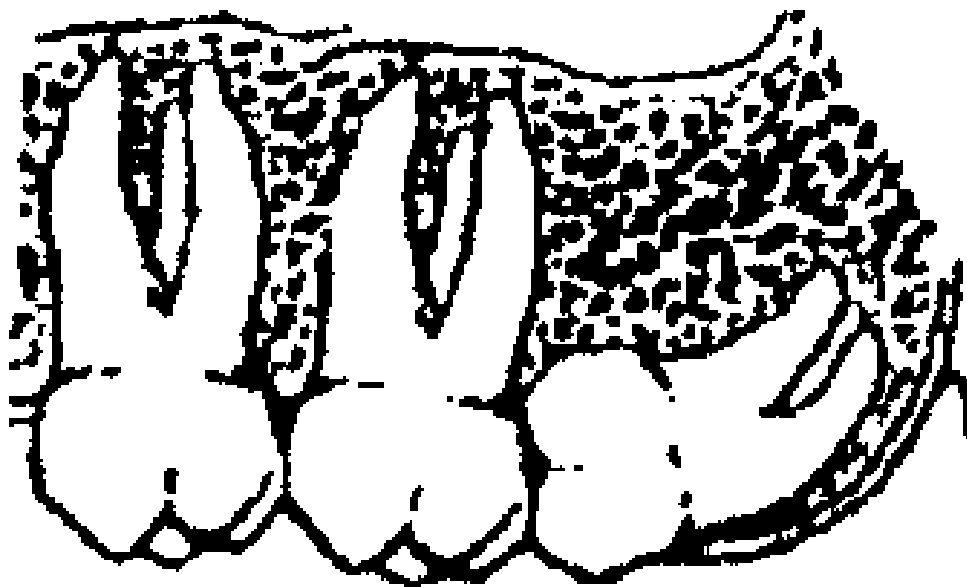


Grafico # 5

Tercer molar en posición horizontal.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

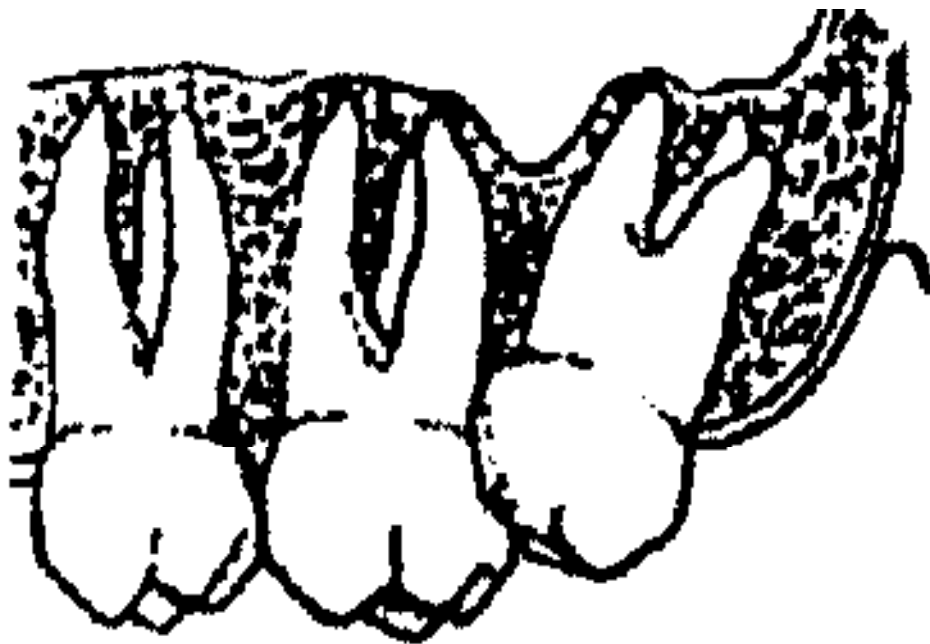
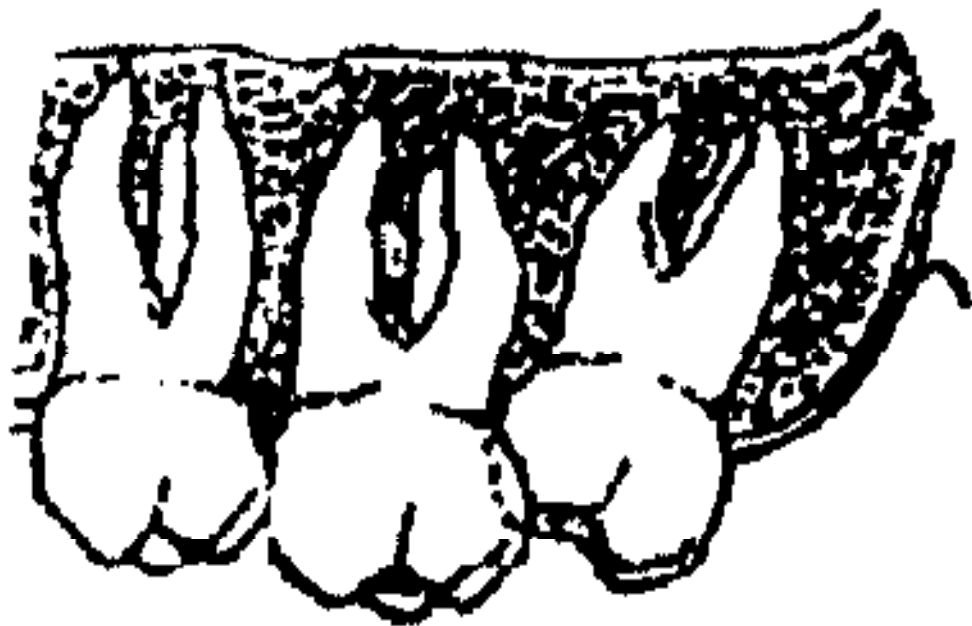


Grafico # 6

Tercer molar en posición vestibulo versión.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.



Grafico# 7

Tercer molar en posición linguo versión.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

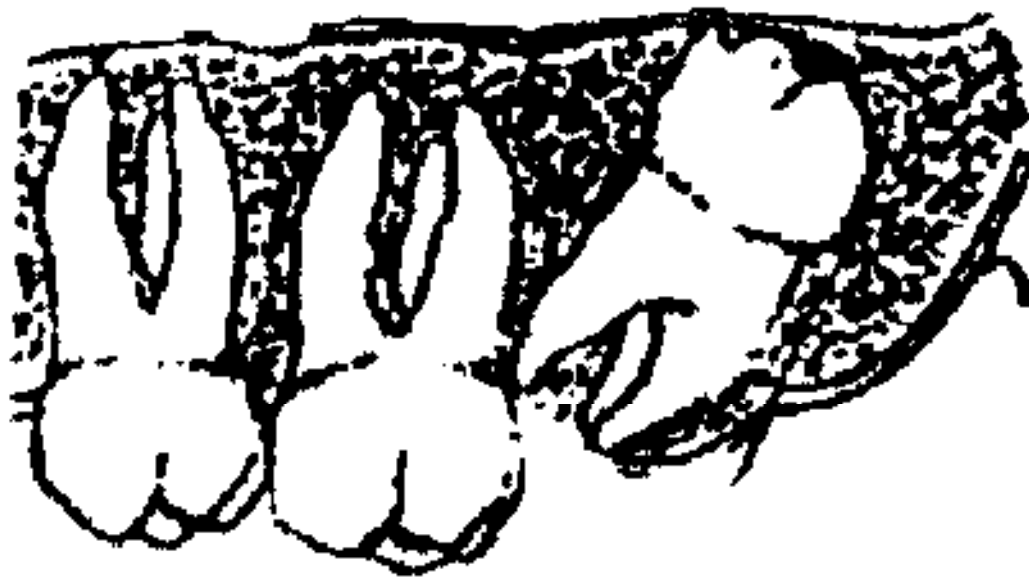


Grafico # 8

Tercer molar en posición invertida.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002

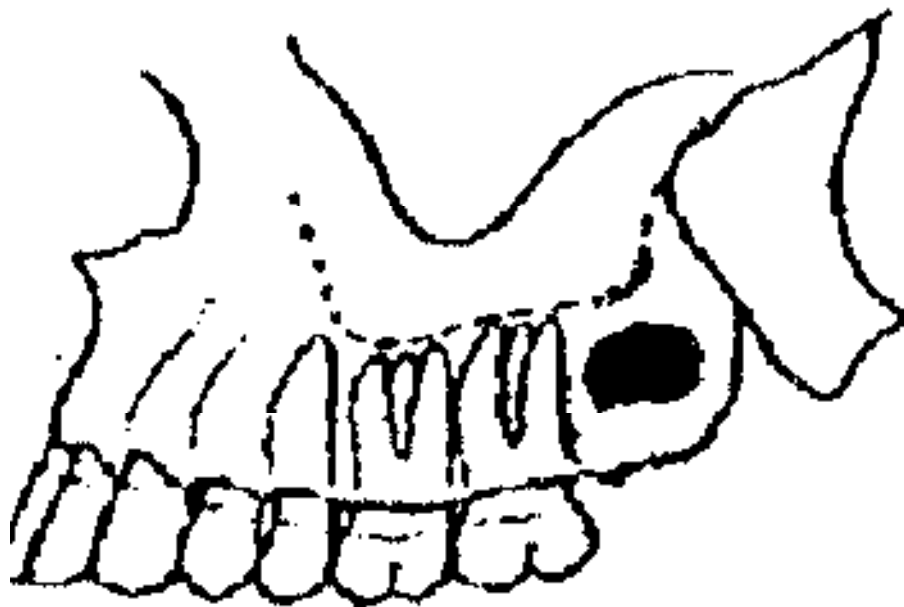


Grafico # 9

Tercer molar en posición transversa.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

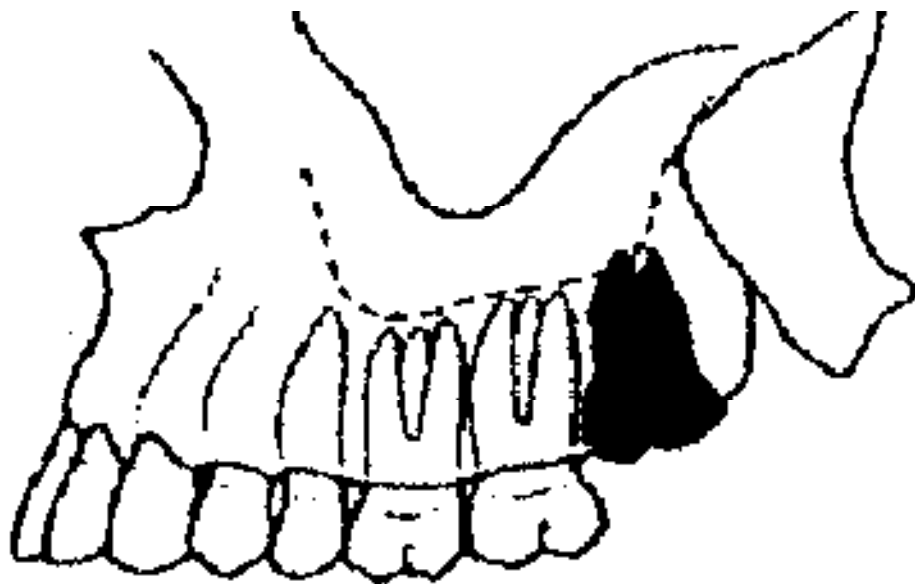


Grafico # 10

Tercer molar en posición relacionada con el seno maxilar.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

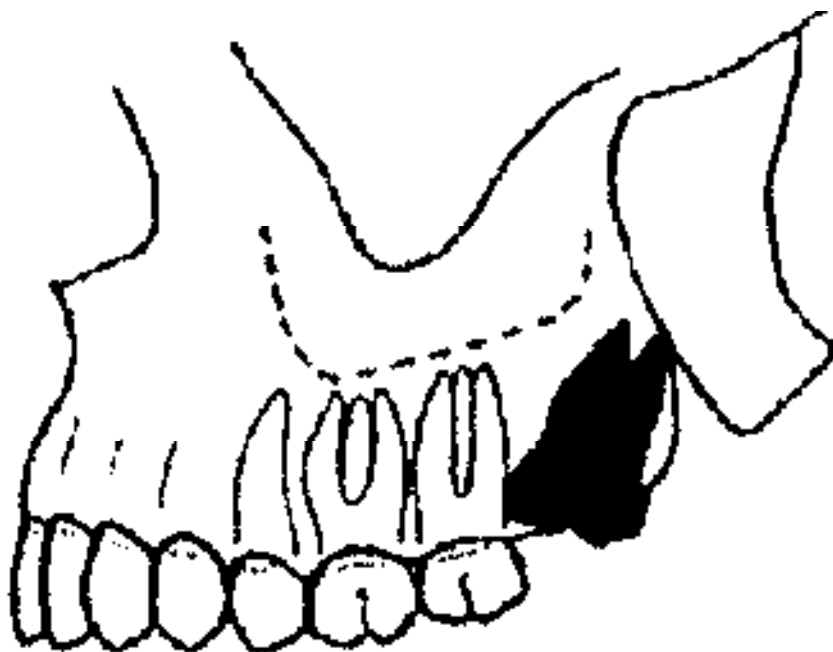


Grafico # 11

Tercer molar no tiene relación con el seno maxilar.

Fuente: Idelama Herrera, Guatemala Asunción 2002.

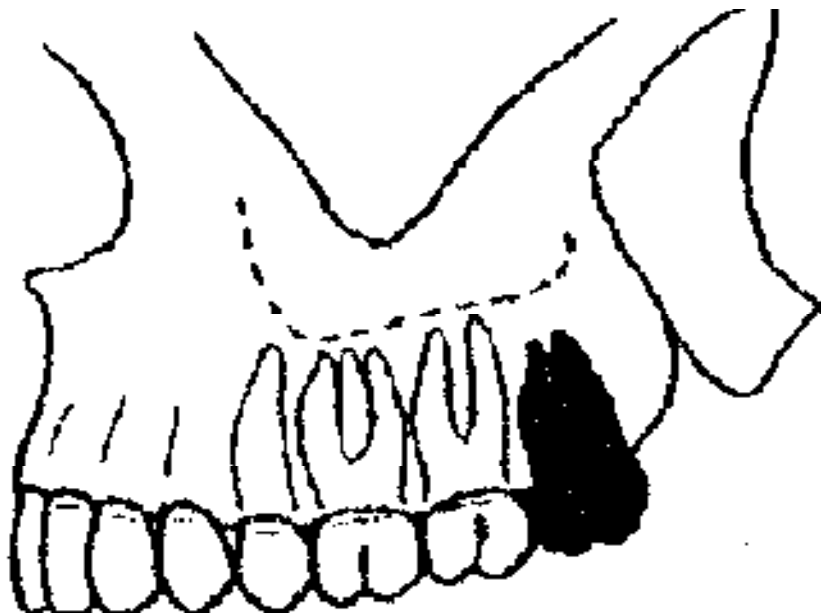


Grafico # 12

Tercer molar al mismo nivel de la cara oclusal del segundo molar.

Fuente: Idelama Herrera, Guatemala Asunción 2002.

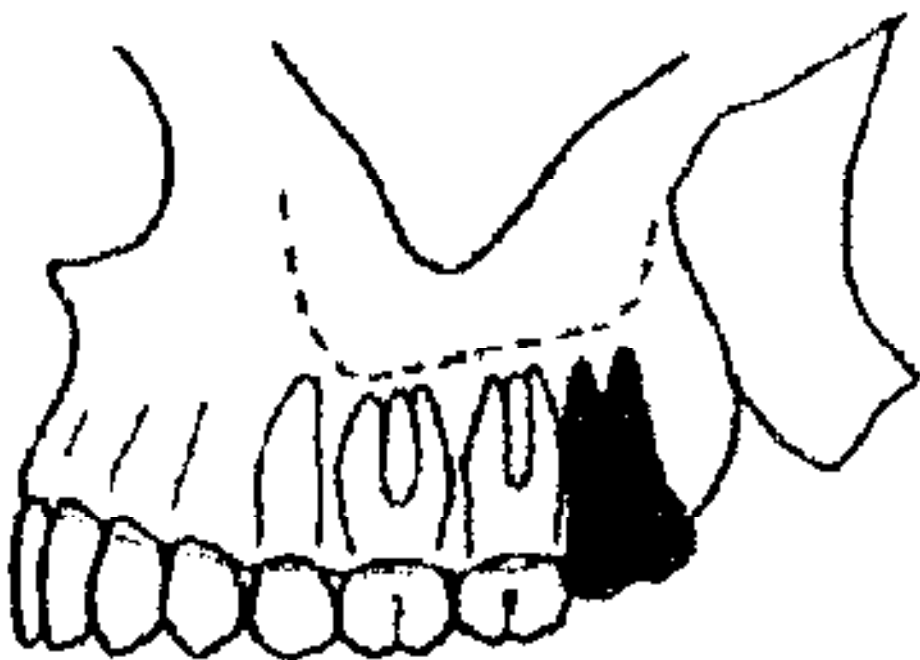


Grafico # 13

Cara oclusal del tercer molar esta por arriba del plano oclusal.

Fuente: Idelma Herrera. Guatemala Asunción 2002.

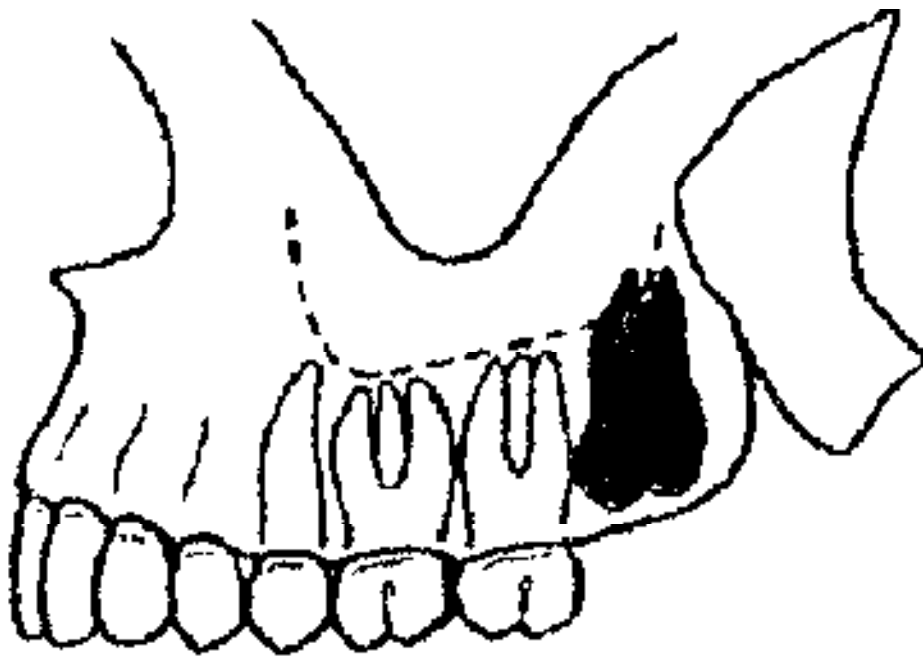


Grafico # 14

**Cara oclusal del tercer molar está arriba de la línea cervical del
segundo molar**

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002

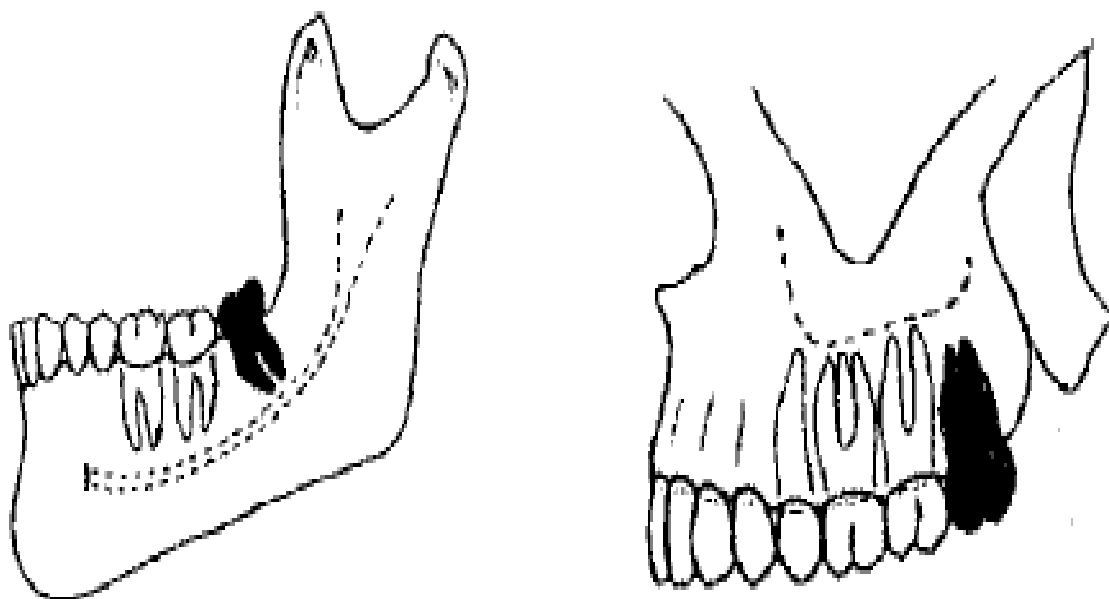


Grafico # 15

Corona del tercer molar se encuentra por encima o abajo del segundo molar.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002.

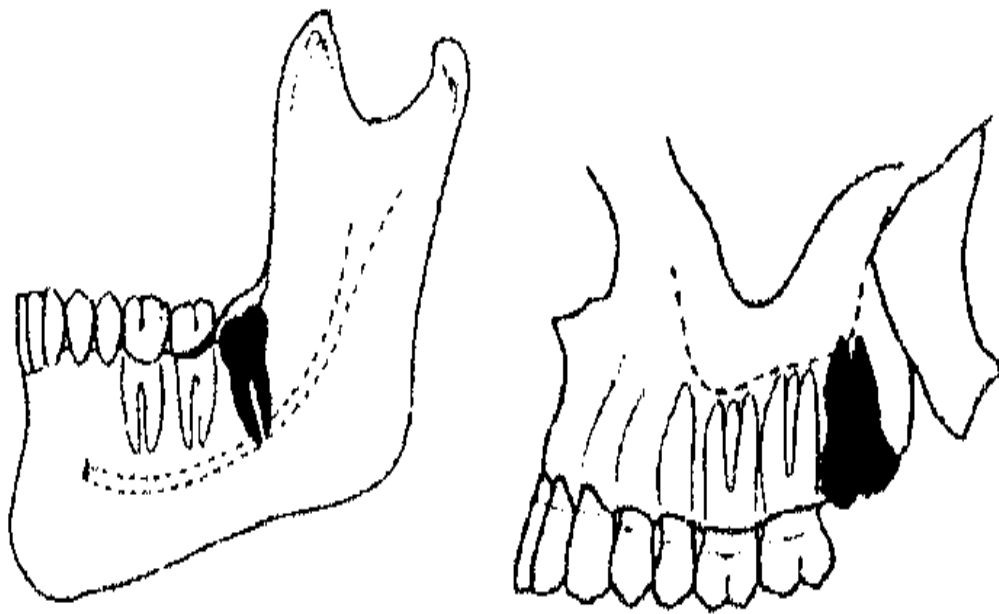


Grafico # 16

Cuando la corona del tercer molar se encuentra por debajo o por arriba de la mandíbula maxilar.

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002

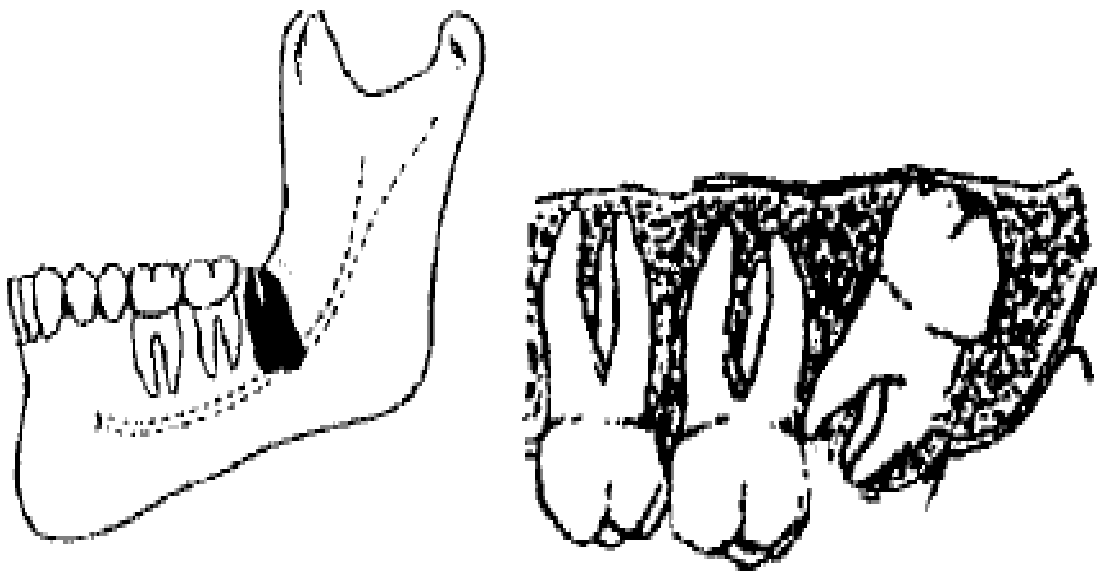


Grafico # 17

Posición invertida del tercer molar como resultado de un proceso patológico

Fuente: Idelma Herrera, Guatemala Asunción 2002

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES: **ESPECIE VALORADA MACHADO COELLO SINDY LISSETTE**
SERIE U-B N: **01/01/2012 00:02:03**
FACULTAD: 1002

Guayaquil, 2 de Marzo del 2012

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

De mis consideraciones:

Yo, **Sindy Lissette Machado Coello** con C.I. **0926356171**, estudiante del **Quinto año Paralelo 4**, de la carrera de Odontología, solicito a usted me designe Tutor Académico para poder realizar el TRABAJO DE GRADUACION, previo a la obtención del Título de Odontólogo, en la materia de Cirugía.

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

Atentamente,


Sindy Lissette Machado Coello
C.I. **0926356171**

Se le ha asignado al Dr.(a) **Romulo Rodriguez**, para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.


Dr. Washington Escudero
DECANO

C9-N° 0063972



15

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Calle 15 de Agosto
Guayaquil, Ecuador
20090001

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES: ESPECIE VALORADA MACHADO COELLO SINDY LISSETTE

SERIE U-B N:

FACULTAD: 1702

05/05/2012 09:52:51

Guayaquil, 17 de Mayo del 2012

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

De mi consideración:

Yo, Machado Coello Sindy Lissette con C.I. No 0926356171 Alumna de Quinto Año Paralelo No 4 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"ANALISIS DE LAS PATOLOGIAS RELACIONADAS A LA RETENCION DE LOS TERCEROS MOLARES."

Objetivo General:

Determinar las diferentes patologías que se presentan alno erupcionar el tercer molar

Justificación:

El presente trabajo le permite considerar que la patología de los terceros molares tienen gran importancia en el diagnóstico y posible plan de tratamiento lo que lleva poner énfasis en el problema para el paciente y obliga conocer dicha patología.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

Machado Coello Sindy Lissette
C.I. 0926356171

Dr. Remberto Rodríguez
TUTOR ACADEMICO

C9-N° 0064746

Mayo 29/2012