



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

**Complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares
retenidos**

AUTOR:

Mario Alberto Guarderas Barba.

Tutor:

Dr. Alex Polit Luna.

Guayaquil, junio 2012

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

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

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a: “Complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares retenidos”

Presentado por:

Mario Alberto Guarderas Barba

070439031-9

Tutores

Dr. Alex Polit Luna

Tutor Académico

Dr. Alex Polit Luna.

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero

Decano

Guayaquil, junio 2012

AUTORIA

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

Mario Alberto Guarderas Barba

070439031-9

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme cada día mi formación académica.

A mis padres y hermana por ser mi pilar fundamental que me ha ayudado toda mi vida.

A la Facultad de Odontología y a sus catedráticos por haber compartido conmigo sus conocimientos, en especial al Dr. Víctor Mieles, Dr. Rosendo Marcalupo, Dr. Diego Loza, Dra. Nelly Vásquez.

A mi tutor el Dr. Alex Polit Luna.

A mis compañeros de promoción con los que compartí grandes momentos durante nuestra formación como odontólogos

DEDICATORIA

A Dios por siempre ayudarme y protegerme durante toda mi vida.

A mi Familia porque ellos me han apoyado siempre de manera incondicional.

A mis profesores ya ellos contribuyeron con mi formación profesional.

A mi facultad por aceptarme como estudiante y formarme como un odontólogo de nuestra patria.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE TUTORES	I
AUTORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
ÍNDICE GENERAL	V
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO 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 DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.5 VIABILIDAD	5
CAPITULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES.....	6
2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	8
2.1.1 DEFINICIÓN DE DIENTE RETENIDO	8
2.1.1.1 Etiología de la retención de los terceros molares.....	9
2.1.1.2 Diagnóstico de los terceros molares retenidos	10
2.1.1.3 Estudio de los terceros molares retenidos según Pell and Gregory .	11
2.1.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO	13

2.1.2.1 Indicaciones	13
2.1.2.2 Contraindicaciones	15
2.1.3 FARMACOLOGÍA APLICADA A LAS COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICA EN LOS TERCEROS MOLARES	15
2.1.3.1 Antibioticoterapia.....	16
2.1.3.2 Analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES).....	18
2.1.3.3 Indicaciones y contraindicaciones de los AINES	21
2.1.4 CUIDADOS POST QUIRÚRGICOS DEL PACIENTE.....	22
2.1.5 COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.....	23
2.1.5.1 Complicaciones inmediatas.....	23
2.1.5.2 Complicaciones mediatas.....	31
2.2 ELABORACIÓN DE HIPOTESIS	38
2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	38
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	39
CAPITULO III	40
METODOLOGÍA.....	40
3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.3 RECURSOS EMPLEADOS	40
3.3.1 RECURSOS HUMANOS	40
3.3.2 RECURSOS MATERIALES.....	40
3.4 UNIVERSO Y MUESTRA	40
3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	41
CAPITULO IV	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
4.1 CONCLUSIONES	42

4.2 RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

La cirugía de terceros molares retenidos es un procedimiento muy común en la cirugía oral, como así también las complicaciones postquirúrgicas que interrumpen el proceso de recuperación del paciente entre las principales, tenemos el dolor que se produce por procesos inflamatorios, hemorragias, luxaciones en el segundo molar, fracturas de la mandíbula, luxación del menisco articular, alveolitis, adenopatías, como también podemos llegar a la parestesia del nervio dentario inferior. El objetivo del trabajo es determinar las complicaciones post quirúrgicas que presentan los terceros molares retenidos e indicar un tratamiento eficaz para de esta manera se pongan en práctica y así disminuir este problema post quirúrgico e indicarles su tratamiento. La falta de manejo clínico de los alumnos y profesionales, provocan que las complicaciones post quirúrgicas se incrementen y cuando éstas se presentan no puedan darle un tratamiento que ayude a mejorar la condición del paciente, la farmacología es una de las bases importantes en el tratamiento, una administración adecuada de antibióticos y AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) que ayudan a la recuperación del paciente de manera satisfactoria.

Para esta investigación se empleo el método bibliográfico, experimental, el uso de páginas web que contribuyeron a la elaboración del mismo. Se espera que esta guía práctica ayude mucho a los estudiantes de la Facultad de Odontología y lo empleen para reconocer las diferentes complicaciones post quirúrgicas, sus riesgos que produce en el paciente, su tratamiento que se emplea cuando se presentan y así tomar las medidas preventivas que ayuden a evitar que se produzcan.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento de los alumnos de la Facultad de Odontología sobre las complicaciones post quirúrgicas que se presentan en los pacientes después de una extracción de un tercer molar retenido, y el tratamiento farmacológico que se le da a cada uno de ellas. Es de suma importancia tener una idea clara de que antibiótico se puede tomar en consideración y de la misma manera que analgésico antiinflamatorio no esteroideo AINE se puede indicar y contraindicar en ciertos pacientes.

¿Cuáles son las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes que se presentan en el tratamiento de los terceros molares retenidos en la clínica de cirugía durante el 2011?

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Por qué se producen las complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares retenidos?

¿Cómo debemos tratar las complicaciones post quirúrgicas en un paciente?

¿Cómo influye la edad en las recuperación de complicaciones post quirúrgicas?

¿Por qué es importante la farmacoterapia en el tratamiento de las complicaciones post quirúrgicas?

¿Cuales son los antibióticos de elección en las complicaciones post quirúrgicas?

¿Cuándo está contraindicado el uso de AINES en los pacientes?

¿Cuáles son los cuidados post quirúrgicos que debe seguir el paciente?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan a las 24 horas y después de las 24 horas del acto quirúrgico?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes en los terceros molares retenidos en la clínica de cirugía durante el año 2011.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar el riesgo quirúrgico que se producen en pacientes que padecen enfermedades sistémicas.

Indicar el tratamiento más eficaz para las complicaciones post quirúrgico.

Indicar las complicaciones post quirúrgicas que aparecen a las 24 horas y después de las 24 horas.

Establecer la importancia de la farmacoterapia en el tratamiento de las complicaciones postquirúrgicas.

Valorar la influencia de la edad en la recuperación de las complicaciones post quirúrgicas.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el desarrollo de mis actividades clínicas en el Área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, como parte de mi formación académica pude observar que existen pacientes que presentan complicaciones post quirúrgicas después de la intervención quirúrgica de los terceros molares retenidos, por lo que considero importante realizar las recomendaciones fundamentadas en nuestro estudio, que sirvan para prevenir y tratar las complicaciones más frecuentes.

Los terceros molares son los dientes que con más frecuencia se hallan incluidos, constituyendo un apartado importante de la clínica odontológica, no sólo por su incidencia y variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan y que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los

cirujanos orales y maxilofaciales¹. La exodoncia del tercer molar retenido presenta en el postoperatorio una serie de complicaciones. Habitualmente los trabajos se centran en las más graves, como la lesión del nervio dentario inferior, aunque ésta constituye una de las más infrecuentes. Sin embargo, existen otras complicaciones postoperatorias, también relevantes, que pueden disminuir bastante la calidad de vida del paciente en el postoperatorio, así, tras la exodoncia de los terceros molares inferiores se produce siempre, en mayor o menor medida, la aparición de dolor, inflamación y trismos, secundaria al daño tisular y a los mecanismos de reparación del propio organismo.

Por tanto, es importante, el estudio encaminado al conocimiento de los factores implicados en la producción y mantenimiento de las secuelas del tercer molar incluido.

Para aliviar estos fenómenos postoperatorios se han propuesto distintos protocolos farmacológicos con diferentes pautas de administración de antibióticos, analgésicos y/o antiinflamatorios combinados, o no, con la aplicación de frío local. A pesar de ello, en la actualidad, no se ha establecido todavía una terapia totalmente eficaz para la disminución de la sintomatología y prevención de complicaciones tras la cirugía del tercer molar incluido. Por todo lo anterior, creemos que de forma pre y postoperatoria es conveniente recopilar una serie de datos que permitan analizar cada caso concreto y, poder así, predecir con mayor exactitud la intensidad de estas manifestaciones y llegar a establecer la mejor pauta farmacológica.

Por esta razón considero este trabajo servirá de guía a los estudiantes Facultad de Odontología para que se puedan tomar las medidas necesarias a tiempo y disminuir el riesgo quirúrgico de los terceros molares retenidos.

¹ Lago Méndez Lucia, 2008 España Universidad Santiago de Compostela
http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2360/1/9788497509503_content.pdf

1.5 VIABILIDAD

Este trabajo de graduación cuenta con el apoyo de la Facultad Piloto de Odontología en especial del Área de Cirugía y su cuerpo docente que lo conforman, gracias a ellos se ha podido investigar e identificar las diferentes complicaciones que se producen en la extracción de los terceros molares retenidos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El presente trabajo se realizo a través de investigaciones que se hicieron en internet sobre publicaciones y artículos de revistas que tengan relación con el tema del proyecto, en la mayoría existe una similitud en el contenido, pero se distingue a estas por que explica de una manera fácil y directa como se reconocen las diferentes complicaciones post quirúrgicas que se presentan en los pacientes y su tratamiento farmacológico que es aplicable a la clínica, por tal motivo hace esta trabajo especial.

El tercer molar comienza a calcificarse entre los 7 u 8 años de edad, terminando su formación a los 20 años; es decir, que tiene un gran periodo de erupción activa. El termino de "muela del juicio" se le atribuye históricamente a Hieronimus Cardus , quien hablo de “dens sensus at sapientia et intellectus” en clara referencia a la edad que debe erupcionar². Los dientes que quedan incluidos con más frecuencia son los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores. La mayoría de estadísticas sobre frecuencia de las inclusiones dentarias es similar a la de Berten-Cieszynki (citado por Ríes Centeno).

Sinkovits y Policar estimaron que el 1,65% de los pacientes entre 15 y 19 años presenta dientes incluidos, sin contar los terceros molares³.

La extracción quirúrgica de los terceros molares, hoy en día es un procedimiento frecuente en el campo de la cirugía bucal, comenzando por un correcto análisis radiográfico e historia clínica como pasos primordiales para a lo largo de la historia, esta intervención ha ido evolucionando.

² Carlos Navarro Vila, 2004- Cirugía Oral – España, Aran Ediciones S.A

³ Cosme Gay Escoda - Leonardo Berine Aytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon

En 1979 el Instituto Nacional de Investigación Dental, una división del US Instituto Nacional de la Salud (NIH), patrocinó la “Conferencia de desarrollo de consenso” sobre la extracción de terceros molares. Desde 1980, varios estudios han buscado identificar las decisiones de tratamiento para la cirugía del tercer molar a la luz de la conferencia de consenso. En los 90 la racionalización de la salud pública incluyó cirugía oral.

En 1993 la Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales organizó un taller sobre el manejo de pacientes con terceros molares, del que resultó un protocolo de indicaciones.

En 1995 en el Eastman Dental Hospital se realizó un estudio que indicaba que más de la mitad de los pacientes que se sometían a exodoncia de terceros molares inferiores no tenían indicaciones adecuadas para dicho tratamiento. Junto a este estudio otros dos trabajos de 1996 y 1999 cifran entre el 18 y el 50% las exodoncias de terceros molares sin justificación aparente. También era una práctica recomendada la de extraer todos los terceros molares en caso de que uno de ellos produjese patología. El argumento para esto, es evitar el riesgo de morbilidad aumentada que puede acompañar futuras anestесias si los dientes retenidos desarrollaban indicaciones patológicas de extracción.

En 1997, la Facultad de Cirugía Dental del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, publicó una guía dental para el manejo de los terceros molares impactados. Las últimas tendencias buscan una racionalización de esta intervención, siendo múltiples los estudios que tratan de asentar una uniformidad con respecto al diagnóstico y terapéutica de la exodoncia de los terceros molares.

Recientemente, Adeyemo en 2006, realizó una revisión de la literatura, donde recomienda la reducción de la exodoncia profiláctica estandarizada. Así, sugiere que todos los pacientes con terceros molares impactados deberían ser evaluados individualmente con un plan de

tratamiento individual, no sujeto a un protocolo estandarizado. Finalmente, concluye que la extracción de estos terceros molares debería tener unas indicaciones médicas, quirúrgicas o patológicas bien definidas. El extraer o no un tercer molar mandibular, es probablemente una de las decisiones de tratamiento a las que se enfrenta la profesión dental con más frecuencia.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 DEFINICIÓN DE DIENTE RETENIDO

Se denomina diente retenido aquella pieza dentaria que habiendo alcanzado el periodo normal de erupción no ha conseguido hacerlo por algún motivo⁴. Los terceros molares, cordales o “muelas del juicio” mandibulares son elementos variables en la dentición humana, aunque en menor grado que las terceras molares maxilares. Pueden ser multicuspídeas, altamente irregulares en su morfología y a nivel radicular suelen presentar dos raíces fusionadas que dan un aspecto cónico. La erupción de estas piezas dentarias en la población caucásica suele ser al inicio de la edad adulta, entre los 18 y 25 años. Según Fanning, la edad promedio de erupción de estas piezas es de 19,9 años para varones y de 20,4 años para mujeres, siendo aceptable un retraso de aproximadamente 2 años. Esta tercera molar mandibular suele presentarse frecuentemente como un diente malformado, en mal posición o congénitamente ausente, siendo la formación tardía de las terceras molares y la evolución filogenética que ha sufrido la mandíbula,

Los principales causales para la falta de espacio disponible y la dificultad para su erupción normal⁵.

⁴Cirugía piezas retenidas [diapositiva].2009.Cirujano dentista CBMF at UIGV – ULADECH .11

⁵Grace Caroline Esquivel Velásquez, 2009 .Perú. Disponible en : http://200.62.146.31/sisbib/2009/esquivel_vg/pdf/esquivel_vg.pdf

2.1.1.1 Etiología de la retención de los terceros molares

Las causas de retención dentaria pueden ser: causas locales, causas sistémicas, causas natales, causas prenatales y causa genético-evolutiva.

Dentro de las causas locales, las más frecuentes son: gran densidad del hueso circundante, posición irregular de un diente vecino que puede comprimir el germen de incluido, persistencia prolongada de dientes temporales, insuficiente desarrollo de los huesos maxilares, e inflamación crónica del hueso que rodea el diente con aumento de la cortical ósea⁶.

Como causas sistémicas por lo general es debido a un trastorno subyacente del crecimiento y debemos sospecharlo cuando la falta de erupción afecta a numerosos dientes.

Las causas prenatales se clasifican en: congénitas y genéticas. Las congénitas se presentan debido a la patología durante el embarazo como pueden ser afecciones, trastornos del metabolismo, traumatismo. Las genéticas se da como consecuencia de trastornos hereditarios o familiares que se pueden dar en el desarrollo de los maxilares (micrognatia, fisuras labio palatinas) y los trastornos en el desarrollo del cráneo, maxilares y dientes (acondroplasia, disostosis craneofacial).

Causas post natales están todas aquellas patologías múltiples que afectan al desarrollo del recién nacido como son infecciones trastornos de metabolismo, mal nutrición.

La causa genético evolutiva esta es una teoría que se basa en la evolución continua siendo un tema muy debatido y discutido. Sostiene que el paso del hombre a la posición bípeda y el aumento de la capacidad craneal produjeron cambios en la mandíbula, que pasó a ocupar una posición más anterior y caudal dando lugar a una reducción del tamaño del arco mandibular.

⁶ . María Esperanza Sánchez Sánchez, 1992.España (Universidad Complutense de Madrid) Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0069301.pdf>

Filogenéticamente los maxilares se van atrofiando progresivamente mientras los dientes sufren un proceso más lento de reducción .Esta situación apoya la teoría filogenética⁷.

2.1.1.2 Diagnóstico de los terceros molares retenidos

Anamnesis

La historia clínica es un pilar fundamental para conseguir un diagnóstico correcto del problema a tratar. Debemos conocer los antecedentes personales, familiares y a, continuación hacer una anamnesis minuciosa por aparatos.

Exploración física

Debemos realizar una exploración general de la cavidad oral inspeccionando el tamaño de la boca, apertura oral , la función del ATM, la higiene oral y un estudio de ambas arcadas fijándonos en el tipo de oclusión, apiñamiento , caries, lesiones periodontales.

Es importante verificar si se palpa el tercer molar o si la encía lo recubre esta eritematosa, congestiva o perforada.

De igual forma debemos estudiar los dientes adyacentes y los antagonistas buscando caries y movilidad de los mismos.

Exploración radiológica

Las técnicas imagenológicas en odontología son la radiografía periapical, la oclusal, panorámica.

La radiografía oclusal nos sirve para determinar la posición vestibular y/o palatina, lo mismo que la radiografía periapical con la técnica de Clark.

Hounsfield (1972) es considerado el padre de la tomografía computarizada, existe un antes y después en imágenes diagnósticas, ya que la radiología convencional tenía limitaciones, como la presentación de

⁷ Carlos Navarro Vila, 2004- Cirugía Oral – España, Aran Ediciones S.A

dos dimensiones de los objetos cuando este presenta tres dimensiones espaciales, la tomografía ha sido la técnica de imagen que demuestra con exactitud la ubicación de un molar dentro del maxilar y su relación con otras estructuras anatómicas importantes⁸.

La tomografía computada en general adquiere un volumen 3D de forma axial con el desarrollo de los equipos de tomografía cone beam se está realizando una adquisición volumétrica 3d de forma cónica, permitiendo entre otras ventajas disminuir la irradiación y mejorando la resolución espacial y temporal específicamente en estudios de radiología oral y maxilofacial.

los nuevos equipos de radiografía oral presentan la novedad que son digitales y presentan un margen de distorsión más bajo, menor radiación, almacenamiento, reutilización, la imagen se puede imprimir en papel radiográfico o películas radiográficas, desventajas alto costo, resolución inferior. Cabe resaltar que la más usada es la ortopantomografía como examen diagnóstico inicial y en casos que se necesite un examen exacto, es la tomografía computarizada el examen diagnóstico indicado.

2.1.1.3 Estudio de los terceros molares retenidos según Pell and Gregory

En 1933, Pell y Gregory presentan una clasificación teniendo en cuenta su posición del maxilar, teniendo como referencia la posición del tercer molar con la rama ascendente mandibular y la profundidad relativa del tercer molar y la posición de el tercer molar en relación al eje axial del segundo molar inferior, estas 2 referencias son utilizadas hoy día como la norma de referencia en la evaluación de candidatos a cirugía de terceros molares retenidos⁹.

⁸ Susarla SM, BA, Dodson TB. Preoperative Computed Tomography Imaging in the Management of Impacted Mandibular Third Molars. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:83-88.

⁹ Raspall G, Cirugía de las retenciones dentarias. En Cirugía oral Editorial G. Raspall Médica Panamericana. 1994. Madrid. Capítulo 5 pág.155-158

Pell y Gregory, considera los siguientes parámetros, para clasificar los terceros molares inferiores retenidos:

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular:

- Clase uno.- El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.
- Clase dos.- El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.
- Clase tres.- El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

Profundidad relativa del tercer molar:

- Posición A.-La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar
- Posición B.-La parte más alta del tercer molar está entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.
- Posición C.-La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

2.1.2 INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO

2.1.2.1 Indicaciones

Con frecuencia, los terceros molares retenidos no evolucionan a la posición adecuada en la arcada, provocando, en ocasiones, anomalías de localización y dirección que pueden obligar al cirujano bucal a plantearse una actitud intervencionista realizando la exodoncia quirúrgica. En la mayoría de los casos la cirugía de los terceros molares es por profilaxis, en caso de ortodoncia cuando hay apiñamiento de piezas dentarias, y también por casos infecciosos.

Pericoronitis.- El espacio pericoronal es un receso donde se acumulan restos alimentarios y proliferan bacterias con el consiguiente desarrollo de un proceso inflamatorio que se puede ser agudo o crónico. El desarrollo de pericoronaritis, especialmente si hay episodios de repetición y no existe la posibilidad de completar la erupción, es una frecuente indicación para la exodoncia del tercer molar.

Caries del segundo molar y daño a dientes adyacentes.- La formación de caries en la cara distal del segundo molar suelen estar en relación con la posición mesiangular del cordal.

Dolor.- El dolor asociado a los terceros molares mandibulares impactados suelen deberse a pericoronitis, caries o presión sobre dientes adyacentes. Quistes foliculares y tumores asociados a los dientes incluidos como son los ameloblastomas, odontomas.

Edad.- La edad ideal para decidir la conservación o exodoncia de los terceros molares suelen ser entre los 18 a 21 años. A esta edad ya podremos definir con bastante exactitud si los molares van a estar erupcionados, impactados o semierupcionados. Si el tercer molar está erupcionado, su exodoncia está indicada en casos de caries, ausencia del antagonista y gingivitis. Si el molar está parcialmente erupcionado

generalmente optamos por la exodoncia para evitar futuras complicaciones.

Motivos prostodónticos y restaurativos.- Cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación o colocar una prótesis. Cuando los cordales están debajo de una prótesis removible, acabarán dando problemas por la reabsorción ósea que provoca la prótesis y porque se cree que esta presión actúa como mecanismo propioceptivo estimulando su erupción.

Indicaciones ortodoncias.- Por lo general, se ha postulado la erupción de los terceros molares como causa de apiñamiento dental anterior por ello un gran número de pacientes son enviados al cirujano para su extracción previa al inicio del tratamiento ortodoncico.

Indicaciones periodoncicas.- Este apartado cobra especial importancia en los molares semierupcionados .La formación de un surco periodontal de 15mm de profundidad da lugar a un acumulo de micro flora anaerobia en los tejidos conectivos circundantes al diente semierupcionado y puede originar un proceso infeccioso agudo. Si esto progresa, puede desarrollarse un proceso inflamatorio crónico próximo al segundo molar que da lugar a una pérdida progresiva del soporte periodontal del segundo molar a edades muy tempranas¹⁰.

Entre otras causas es indicado para disminuir el riesgo de padecer fracturas del ángulo mandibular podría estar indicada la extracción quirúrgica de los cordales inferiores en individuos jóvenes (20-25 años) que practiquen deportes de contacto. Algunos autores han comprobado una mayor incidencia de fracturas del ángulo mandibular en aquellos individuos que tienen terceros molares incluidos.

¹⁰ Carlos Navarro Vila, 2004- Cirugía Oral – España, Aran Ediciones S.A

2.1.2.2 Contraindicaciones

Nunca estará indicada la extracción de un cordal cuando se tiene la posibilidad de que éste erupcione correctamente y sea funcional.

La contraindicación local más destacable será cuando el riesgo de lesionar estructuras vecinas (el paquete vásculo-nervioso dentario inferior, el nervio lingual o el seno maxilar) es muy elevado.

Decisión del propio paciente cuando rechaza la exodoncia. Una contraindicación temporal es cuando existe un proceso infeccioso activo asociado con el tercer molar¹¹.

Como contraindicación general podemos nombrar el estado físico o psíquico del paciente cuando supone un alto riesgo quirúrgico. Así, en pacientes cuyo estado de salud general es muy precario, este tipo de intervención quirúrgica no sería conveniente; igualmente en pacientes cuya edad es muy avanzada y en presencia de un tercer molar totalmente asintomático, posiblemente este procedimiento resultaría no aconsejable o incluso innecesario.

Es importante descartar la extracción de los cordales asintomáticos si hay riesgos locales o generales destacables intra o postoperatorios. El tercer molar incluido podrá ser conservado si se prevé que, con posterioridad y dada la mutilación dentaria existente en el paciente, puede ser utilizado como pilar de puente (prótesis fija) o como soporte de una prótesis removible.

2.1.3 FARMACOLOGÍA APLICADA A LAS COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICA EN LOS TERCEROS MOLARES

El empleo terapéutico de fármacos en las complicaciones, juega un papel fundamental para la recuperación del paciente, es evidente que si no emplea los medicamentos de una manera correcta siguiendo sus indicaciones y contraindicaciones no se podrán tener resultados positivos.

¹¹ Cosme Gay Escoda - Leonardo Berine Aytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon

La farmacoterapia, en las complicaciones se basan en la antibioticoterapia, los analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los antihemorrágicos, además de esto se deben conocer las condiciones del paciente ya que cada organismo no es igual y se pueden responder de diferentes maneras al administrar dosis que podrían causar intoxicaciones.

2.1.3.1 Antibioticoterapia

Antes de indicar los antibióticos, debemos saber cuál es la flora saprofita de la cavidad oral, que se clasifica en relación a las estructuras dentales, gingivales o periodontales, y al estado de salud que existe en estos espacios. Así, en relación a las coronas de dientes libres de gingivitis, habrá menos posibilidad de crecimiento bacteriano anormal o exagerado. Sabemos que la flora es predominantemente mixta (aerobia + y anaerobia-).

Es necesario saber que habrá menos posibilidades de infección post quirúrgica cuando se trata de dientes retenidos que no se han contaminado con bacterias, no sucede lo mismo cuando el caso tiene restos radiculares o inflamación crónica.

Los antibióticos pueden ser bactericidas y bacteriostáticos:

Los bactericidas actúan sobre la membrana de las bacterias, por lo que las destruyen, efecto que se logra cuando se mantiene una concentración máxima en sangre, que depende de la frecuencia y cantidad. Son bactericidas gentamicina, cefalexina, amoxicilina.

Los bacteriostáticos, actúan sobre el protoplasma y en la multiplicación celular, limitando el crecimiento de bacterias. Son bacteriostáticos la clindamicina, azitromicina.

Cuando se unen dos antibióticos bactericidas se logra el sinergismo, y cuando se unen un bactericida y un bacteriostático no hay mayor repercusión.

Ahora bien, en la mayoría de los casos cuando existen complicaciones post quirúrgicas, los antibióticos son muy importantes para contrarrestar la multiplicación bacteriana y el de mayor elección es la amoxicilina, su presentación es en capsulas y se administra por vía oral en una dosis de 500mg que se reparte en 3 dosis diarias, esto nos quiere decir que se administra cada 8 horas. En casos más graves cuando existen mayor infección el antibiótico de elección es Sinergia que está compuesto de 500mg amoxicilina mas 300 mg de acido clavulánico su presentación es capsulas por vía oral, se administra cada 8 horas durante cinco a diez días¹².

Para la prescripción del antibiótico adecuado debe tenerse en cuenta una serie de factores capaces de influir en los resultados:

- Reacciones de hipersensibilidad.- Mediante la anamnesis adecuada hay que evitar la administración de antibióticos que puedan desencadenar reacciones alérgicas en los pacientes. Ante cualquier duda siempre será preferible no utilizar las vidas parenterales.
- Edad del paciente.- Tanto los niños pequeños como los adultos mayores de 60 años tienen mayor absorción en la administración mediante la vía oral de algunos antibióticos, pero sobre todo de la penicilina, por lo que el riesgo de efectos tóxicos es potencialmente mayor.
- Embarazo.- Todos los antibióticos atraviesan la barrera placentaria, por lo que su uso implica la posibilidad de efectos adversos en el feto. A pesar de ello, hay una serie de antibióticos que se pueden administrar con cierta seguridad en las mujeres embarazadas con infecciones odontocetas, como son las penicilinas, cefalosporinas, la eritromicina y la espiramicina.

¹² Alex Polit Luna, 2009 -Cirugía Maxilofacial- Guayaquil (Ecuador). Disponible en: <http://www.cirugiamaxilofacial.blogspot.com/>

- Afecciones metabólicas.-En los pacientes diabéticos en tratamientos con hipoglucemiantes orales (tolbutamina y clorpropamida) pueden potenciarse esta acción cuando se prescriben antibióticos de tipo sulfamidas y el cloranfenicol. Otros antibióticos como la rifampicina interfieren en el metabolismo hepático, con lo disminuyen los efectos farmacológicos de sustancias como barbitúricos, anticoagulantes orales y anticonceptivos orales.
- Afecciones del hígado y el riñón.- Cuando estén afectados estos órganos, se debe tener presente la vía de eliminación de los antibióticos para disminuir la posibilidad de efectos tóxicos generales nefro y hepatotóxicos específicos.

2.1.3.2 Analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINEs)

El dolor es una sensación desagradable mal definida, en general suscitada por un estímulo nocivo, externo o interno. Es una señal de alarma de la naturaleza protectora, pero causa malestar y sufrimiento, y puede llegar a ser insoportable. El dolor dental suele ser agudo y es el síntoma más importante de consulta con el odontólogo.

Los analgésicos son fármacos que calman el dolor actuando sobre el sistema nervioso central o sobre los mecanismos periféricos sin producir una alteración significativa de la conciencia. Los analgésicos alivian el síntoma dolor, sin afectar la causa del mismo. Se usan cuando un estímulo nocivo no puede eliminarse o como coadyudante de un foco etiológico, por ejemplo un tratamiento para un absceso apical.

Los analgésicos-antipiréticos y los AINE son los que se emplea con mayor frecuencia controlar el dolor dental porque el daño tisular causado por abscesos dentarios, las caries, las extracciones dentales y otros trastornos odontológicos es la causa primaria de este tipo de dolor.

Los AINE y los analgésicos – antipiréticos son una clase de fármacos con actividad analgésica, antipirética y antiinflamatoria en diferentes medidas.

Actúan principalmente sobre los mecanismos periféricos del dolor, pero también elevan el umbral doloroso en el sistema nervioso central.

Clasificación

Inhibidores no selectivos de la COX (AINE convencionales)

- Salicilatos: ácido acetilsalicílico o aspirina (ASS).
- Derivados del ácido propiónico: ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno.
- Derivados del ácido arilacético: diclofenaco
- Derivados del oxicam (ácido eólico): piroxicam, tenoxicam
- Derivados del grupo pirrolo-pirrol: Ketorolaco
- Derivados indolacéticos: indometacina
- Derivados de la pirazolona: fenilbutazona, oxifenilbutazona.

Inhibidores preferenciales de la COX-2

- Nimesulide, meloxicam, nabumetona.
- Inhibidores selectivos de la COX-2.
- Celecoxib, rofecoxib, valdecoxib, etoricoxib.

Analgesicos-antipireticos con escasa acción antiinflamatoria

- Paracetamol, nefopam

Los AINE son la piedra angular para el manejo del dolor dental agudo. La evidencia de la eficacia para el control de la mayoría de los principales tipos de dolor en odontología es rotunda. La causa y naturaleza del dolor (leve moderado o grave; agudo o crónico; relación del dolor: inflamación) junto con las consideraciones sobre los factores de riesgo en los pacientes dirigen la elección del analgésico. También debe considerarse la experiencia pasada del paciente, la aceptación y las preferencias

individuales. Aunque los AINE tienen un espectro común de efectos adversos. Además, los pacientes difieren en su respuesta analgésica a los distintos AINE.

En este contexto, la amplia disponibilidad de AINE es bienvenida. Algunos consejos son:

- En el dolor leve ha moderado con muy poca inflamación: paracetamol o bajas dosis de ibuprofeno.
- En el dolor post extracción o agudo similar pero de corta duración: ketorolaco, un derivado del ácido propiónico, diclofenaco.
- Paciente con intolerancia gástrica a los AINE o con cierta predisposición: inhibidores de las COX-2 o paracetamol
- Pacientes con antecedentes con asma o reacciones anafilácticas al ASS o a otros AINE: nimesulida
- Pacientes pediátricos: solo el paracetamol, ibuprofeno, y el naproxeno
- En el embarazo: el paracetamol es el más seguro.
- Hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, epilepsia o pacientes que reciben medicación regular a largo plazo: debe considerarse la posible interacción con los AINE y consultar con el médico tratante.

Ahora los fármacos más empleados y los de elección frente a las complicaciones son: Diclofenaco 50 mg cada 8 horas, el Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas, el piroxicam 20 mg cada 24 horas, y el meloxicam de 15 mg cada 24 horas.

2.1.3.3 Indicaciones y contraindicaciones de los AINES

Indicaciones

- Como analgésico para el dolor de cabeza, dolor dental. La mayoría de los trastornos odontológicos dolorosos responden muy bien a estas dosis de ASS repetido cada 6 a 8 horas.
- Como antipirético es efectivo en la fiebre de cualquier origen; la dosis es la misma que para la analgesia. Sin embarco se prefiere paracetamol porque es más seguro.
- Para la fiebre reumática aguda después de un infarto de miocardio y de un ictus.

Contraindicaciones

- El ASS (aspirina) está contraindicado en los pacientes sensibles al fármaco y en los casos de ulcera péptica o tendencia al sangrado y en los niños que presenten influenza o varicela.
- En la hepatopatía crónica: se han informado casos de necrosis hepática.
- Debe evitarse en la diabetes, en los pacientes que tienen una reserva cardíaca baja o insuficiencia cardíaca manifiesta, y en la artritis reumatoidea infantil.
- El ASS debe interrumpirse una semana antes de la cirugía electiva o extracción dental. En caso que no se posible, debe asegurarse un control adecuado de la hemostasia mediante un taponamiento del alveolo y empleo de agentes hemostáticos locales según necesidad.

- Si se administra durante el embarazo puede ser responsable de bajar peso al nacer, producir ductus arterioso si se toma ASS cerca del término¹³.

2.1.4 CUIDADOS POST QUIRÚRGICOS DEL PACIENTE

Cuando al paciente se le ha indicado antibióticos, analgésicos antiinflamatorios no esteroides, y antihemorrágicos de manera correcta, también debemos tener cuidados especiales con el paciente para que no se presenten complicaciones que puedan retazar el proceso de recuperación del paciente.

En primer lugar, los tejidos lesionados deben permanecer inmóviles para que se produzca la cicatrización; esta condición difícilmente se logra en la cavidad bucal y en las regiones que se abarcan la cirugía de los maxilares ya que el paciente debe ingerir alimentos y líquidos, por la mínima y la fonación inevitable.

Durante los tres siguientes días, el régimen debe ser a base de dieta blanda, suave y exenta de condimentos fuerte. La ingestión de bebidas alcohólicas de alto porcentaje, como también el exceso de tabaco, puede perjudicar la cicatrización e inclusive provocar hemorragia secundaria. La primera dieta después de intervenciones extensas debe consistir en sopas preparadas sin leche ni harina y platos licuados o semisólidos, acompañados de te suave, jugos o refrescos.

Otro punto importante, es la higiene bucal posoperatoria. Los primeros días de la intervención, el paciente solo efectuara colutorios con desinfectantes suaves después de cada ingestión. Los dientes se cepillaran solo si existe la garantía de no lesionar la herida quirúrgica, en caso contrario se recomienda esperar en el transcurso de la primera semana.

¹³ K.D. Tripathi, 2008 – Farmacología en Odontología , fundamentos – Madrid España, Editorial Medica Panamericana S.A

Después de ciertas intervenciones bucales, en las cuales haya un trauma quirúrgico de cierta importancia, hay que contar con la aparición de un edema post operatorio; para combatirlo se indican la colocación de una bolsa de hielo sobre la región de la cara correspondiente a la zona intervenida por 24 a 48 horas. El uso de calor no está indicado sino después de 3 a 4 días post operatorios y es beneficioso para disolver hematomas y edema residual.

Los puntos de sutura pueden ser retirados a los ocho días. Sutura de sostén después de exodoncias pueden ser retirados a 4 o 5 días¹⁴.

2.1.5 COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

2.1.5.1 Complicaciones inmediatas

Hemorragia.- La causa más frecuente de hemorragia es la lesión de la arteria alveolar inferior. Esto puede ocurrir si el diente penetra en el canal dentario o si este pasa entre las raíces dentarias. Por lo general, suele remitir comprimiendo la cavidad con una gasa durante 5-10 minutos. Si no fuera así, debemos taponar la cavidad con material reabsorbible y suturar el colgajo por encima. Se debe evitar de lo posible la cauterización, para no dañar el nervio dentario.

La hemorragia según el momento de aparición, puede ser primaria o inmediata y secundaria o mediata.

La hemorragia primaria o inmediata es la que aparece en el mismo momento o después del acto quirúrgico .la terapéutica debe ser la siguiente:

- Limpiar la cavidad y anestésiar

¹⁴ Olaf Sandner,2007-Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial – Editorial AMOLCA (Actualizaciones medico odontológicas Latinoamérica) España

- Retirar los coágulos con pinzas o curetas
- Observar el sitio de donde proviene el sangrado, si es de tejido mucoso , óseo , venoso o arterial .Se le trata con sutura ,bruñendo el hueso, por comprensión con pinzas, con hemostáticos o mediante ligadura.
- Realizar una sutura en 8 o en U
- Colocar un apósito para que el paciente haga comprensión
- Mantener en observación al paciente hasta comprobar la solución del problema

La hemorragia secundaria o mediata es la aparece varios días después de efectuado el acto quirúrgico. Se origina por infección o por vasodilatación provocada por los fármacos o porque cesa el efecto de los anestésicos. La terapéutica es igual para la hemorragia primaria. Si la hemorragia persiste se procede de la siguiente manera¹⁵:

- Colocar una vía para restablecer el estado cardiocirculatorio del paciente
- Limpiar la cavidad, retirar los coágulos y aplicar un anestésico con baja concentración de vasoconstricción.
- Examinar la herida para buscar cuerpos extraños

De persistir la hemorragia se realiza una interconsulta con médico especializado. Se deberá mejorar el estado general del paciente, revisar los signos vitales, administrar medicamentos para la pérdida de sangre, hacer transfusión sanguínea. En todo momento se debe evitar que el paciente entre shock.

¹⁵ Nelson Kleber Lalama González 2004, -Libro de Cirugía Bucal- INTERPRIN, Guayaquil.

Hematoma.-Consiste en la entrada, la difusión el depósito de sangre en los tejidos vecinos al lugar de la operación.

La mucosa que cubre la región operatoria esta turgente y dolorosa, con un aspecto semejante a la inflamación.

La equimosis que se presenta en los enfermos de edad avanzada es normal. Entre las causas que se pueden considerar que intervienen en la formación de los hematomas se encuentran el no haber tomado las medidas locales necesarias para evitarlos o la existencia de algún trastorno de la hemostasia.

Si el hematoma no es muy intenso o está muy extendido, sin tendencia a la localización, y existe una acumulación franca de sangre, puede evacuarse con aspiración o incluso ser necesaria su evacuación quirúrgica y la ligadura del vaso sangrante.

La administración de antibióticos puede ser necesaria cuando exista el riesgo de infección del hematoma. Hay autores que recomiendan la aplicación de compresas heladas de forma intermitente en las primeras 24 horas, seguidas por compresas calientes también de forman intermitente¹⁶.

Luxación del segundo molar.- Normalmente esta complicación se produce al apoyarnos sobre la cara distal del segundo molar para hacer palanca a la hora de extraer el cordal .De igual forma ,en piezas reconstruidas pueden lesionarse las restauraciones de los segundos molares al hacer una fuerza excesiva o por utilizar un material inapropiado.

Fractura mandibular.- Es una complicación muy poco frecuente, que por lo general se produce en las extracciones de los terceros molares inferiores, especialmente si están en inclusión intraósea profunda a nivel del ángulo mandibular y en segundo lugar a nivel de los premolares

¹⁶ . Donado M. 2001-Cirugía Bucal Patología y Técnica- Barcelona (España) Ediciones MASSON

inferiores donde el grosor de la mandíbula puede estar reducido por una gran reabsorción ósea. También puede ser posible cuando se aplica una fuerza de forma inadecuada o con una potencia excesiva, y cuando se actúa sobre dientes con patología asociada como hipercementosis.

Un maxilar fracturado causa dolor y, por lo general, altera la forma en que los dientes encajan entre sí. A menudo, no se puede abrir mucho la boca o ésta se desplaza hacia un lado cuando se abre o cierra. La mayoría de las fracturas maxilares se producen en el maxilar inferior (mandíbula). Las fracturas de la mandíbula superior (maxilar) pueden causar visión doble (porque los músculos del ojo se insertan cerca del maxilar), insensibilidad de la piel bajo el ojo (a causa de lesiones de los nervios) o una irregularidad en el hueso de la mejilla que se puede percibir pasando el dedo a lo largo de ésta.

Cualquier traumatismo con suficiente fuerza como para fracturar la mandíbula, puede también lesionar la columna vertebral cervical. Por ello, antes de tratar un maxilar fracturado, se hacen radiografías del cuello para descartar una lesión de las vértebras. Un golpe con suficiente potencia para fracturar la mandíbula, puede también causar una conmoción o una hemorragia craneal. En caso de posible fractura maxilar, se debe mantener en su lugar la mandíbula con los dientes juntos e inmóviles, pudiéndose sostener la mandíbula con una mano o preferentemente con una venda envuelta varias veces por debajo de ésta y por encima de la cabeza. Quienquiera que haga el vendaje debe proceder con cuidado, evitando cortar la respiración del afectado. Es necesaria la asistencia médica lo antes posible porque las fracturas pueden causar una hemorragia interna y obstruir las vías respiratorias.

Una vez en el hospital es posible fijar las partes de la mandíbula entre sí, dejando las fijaciones durante 6 semanas para permitir que sane el hueso. Durante este tiempo, el paciente puede alimentarse sólo con líquidos succionados con una pajita. Muchas fracturas maxilares pueden repararse quirúrgicamente con una placa (una pieza de metal que se atornilla en el

hueso a cada lado de la fractura). Las mandíbulas se inmovilizan durante unos días, luego se pueden comer alimentos blandos durante varias semanas. Algunas fracturas de maxilar no se inmovilizan en los niños; el tratamiento inicial permite movimientos limitados, reanudándose la actividad normal al cabo de pocas semanas. Los antibióticos se administran habitualmente en caso de una fractura compuesta, es decir, una que se extienda a través de un diente o su alvéolo y se abra hacia un área contaminada como la boca¹⁷.

El tratamiento es importante actuar de forma adecuada para prevenir esta posibilidad. No obstante, de producirse esta complicación, deberá referirse el paciente inmediatamente a un centro especializado (Servicio de Cirugía Bucal o de Cirugía Maxilofacial) y realizarse:

- Extracción del diente incluido contenido en el foco de fractura.
- Reducción de la fractura e inmovilización del foco mediante osteosíntesis con mini placas de titanio y opcionalmente bloqueo intermaxilar.
- Regularización de los bordes de la herida y sutura de los tejidos blandos.
- Tratamiento antibiótico y sintomático.

Luxación de la mandíbula.-La luxación puede definirse como una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación, no autoreducible. Así pues, la dislocación completa o luxación de la articulación temporo mandibular se refiere al desplazamiento, que no puede autoreducirse, del cóndilo mandibular respecto a la fosa glenoidea. La luxación puede ser unilateral o bilateral. En estos casos se presenta de forma aguda por apertura amplia y prolongada de la boca durante los tratamientos odontológicos, pero en otros casos puede presentarse de

¹⁷ Merck Sharp & Dohme ,2005 – Manual Merck de información médica para el hogar-España. Capítulo 97 .Disponible en:
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_08_097.html

forma recidivante o crónica. En las extracciones de dientes inferiores que puedan ser largas o dificultosas, puede prevenirse la luxación de la articulación temporo mandibular, manteniendo la mandíbula sostenida con la mano izquierda. El uso incorrecto de los abre bocas o el mantenerlos mucho tiempo colocado en la boca puede provocar este cuadro de luxación de la articulación temporo mandibular, que como en la mayoría de los casos suele ser en dirección anterior, y afecta preferentemente a sujetos con una predisposición especial.

Si se produce la luxación, el cóndilo mandibular se desplaza más allá de la eminencia articular anterior y a menudo se impacta en la fosa infra temporal por delante de aquélla y no puede entrar otra vez en la fosa glenoidea hasta que se reduzca la luxación.

La luxación anterior bilateral origina la protrusión de la mandíbula con apertura de la boca. El mentón se dirige hacia abajo y hacia delante. Los pacientes experimentan dolor y dificultad o imposibilidad para comer, deglutir y hablar. A menudo presentan pánico y sialorrea. Si la luxación es unilateral, la mandíbula se desvía hacia el lado no afecto.

La luxación temporo mandibular aguda puede ser tratada por reducción manual (maniobra de Nelaton o maniobra de Dupuis). Ello se facilita con la administración simultánea de relajantes musculares, infiltración peri articular anestésica o sedantes. Sin embargo, a veces la reducción manual no es posible y sólo puede llevarse a cabo con el paciente ingresado en la clínica y bajo los efectos de una sedación profunda o una anestesia general con relajación muscular completa.

En los casos de luxación bilateral bloqueada se efectúa la maniobra, de Nelaton: colocamos al paciente sentado en un asiento bajo y con la cabeza bien apoyada; el odontólogo se sitúa delante del paciente y con los dedos pulgares introducidos en el interior de la boca sobre la región molar de la mandíbula, hacemos fuerza hacia abajo; los otros dedos, cogen extra bucalmente las ramas horizontales de la mandíbula y las

desplazan hacia abajo y atrás. En un primer movimiento se intentan realizar el descenso de la sínfisis; este movimiento de descenso forzado exagera la apertura bucal y permite suavizar parcialmente la contractura mandibular. En un segundo movimiento se hace la retropulsión y descenso de la rama ascendente mandibular (movimiento de rotación hacia atrás), con lo que se logra la reubicación de la cabeza del cóndilo mandibular en la fosa glenoidea.

En los casos de luxación unilateral se efectúa la maniobra de Dupuis: el paciente debe sentarse en un taburete con la cabeza apoyada sobre el tórax del odontólogo, que se sitúa detrás de él. La mano del lado de la luxación se coloca como en la maniobra de Nelaton y con la otra se coge la región sínfisaria. La reducción se consigue de la forma siguiente: la mano que sujeta la sínfisis debe hacer presión sobre el grupo incisivo inferior provocando una apertura bucal forzada, mientras que la otra mano, colocada en la región molar del lado luxado, hace una fuerte presión de arriba-abajo para vencer la contractura de los músculos elevadores y favorecer el descenso mandibular. El cóndilo mandibular se libra de la eminencia articular anterior y se repone en su lugar, en la fosa glenoidea.

Debemos advertir al paciente que durante los próximos días no abra en exceso la boca, ni bostece, ya que se podría repetir la luxación.

Fractura de las apófisis alveolar.- Todo fragmento de hueso alveolar fracturado debe ser retirado del campo quirúrgico para evitar posibles infecciones e irregularidades óseas.

La lesión de la cortical interna suele acontecer durante la extracción del cordal inferior. Deberemos proceder con el mismo criterio antes descrito, aunque en esta zona tenemos el inconveniente de la presencia del nervio lingual, con la posibilidad de poderlo lesionar, ya sea de forma traumática o por una infección u osteítis secundaria que inducirá una fibrosis importante.

Fractura de la tuberosidad maxilar.-Durante la extracción de un segundo o tercer molar superior, se puede producir la fractura de la tuberosidad del maxilar superior. La mala aplicación de los elevadores o de algún tipo de fórceps como los Physick son sus causas principales. Esta complicación puede ser resultado de la invasión antral de la tuberosidad, hecho común cuando está presente un molar superior aislado, en particular si tiene raíces divergentes,hipercementosis o presenta sobre erupción. Otra causa predisponente poco común es la geminación patológica que ocurre entre el segundo molar superior y el tercero erupcionado o semierupcionado.

Cuando se produce la fractura, que frecuentemente se acompaña de una hemorragia importante, debemos parar la extracción con el fórceps o elevadores y preparar un colgajo mucoperióstico vestibular amplio; se liberará la tuberosidad fracturada y el diente de los tejidos blandos, con disección roma. Posteriormente extraeremos ambas y realizaremos la sutura de los tejidos blandos, con puntos de colchonero, que retiraremos pasados de 10 a 15 días.

Si la tuberosidad está sólo luxada y bien adherida al periostio, tras extraer el cordal superior, puede optarse por dejarla en su sitio, regularizarla y limpiar adecuadamente la herida operatoria.

En casos especiales, puede posponerse la exodoncia para que cure la fractura y efectuar posteriormente la extracción quirúrgica del tercer molar superior. Así deberíamos inmovilizar el fragmento óseo hasta que ocurra la unión y sea posible la extracción dentaria mediante disección.

Este procedimiento funciona bien en el tratamiento de otros tipos de fractura alveolar, pero no se recomienda en la fractura de la tuberosidad maxilar que complica la exodoncia, ya que raras veces se logra la unión firme y ésta se desprende al intentar de nuevo la extracción. Así pues al ser la técnica muy laboriosa y como los resultados no son mejores que si eliminamos la tuberosidad fracturada, puede procederse a su exéresis.

Posteriormente se formará hueso nuevo en esta zona, que será una base sólida para una prótesis. Si durante la exodoncia la tuberosidad maxilar queda adherida al diente, se deberá ir con mucho cuidado de no desgarrar la mucosa y el revestimiento antral ya que en caso contrario se podría producir una comunicación bucosinusal.

Para evitar la fractura de la tuberosidad deben utilizarse adecuadamente los elevadores o botadores, los periostótomos, etc., logrando así una correcta expansión alveolar. Asimismo la utilización de un colgajo y la osteotomía controlada de la tuberosidad en los casos en que puedan preverse dificultades, evitarán la fractura y posible pérdida de hueso maxilar. Cuando debamos efectuar exodoncias múltiples, se recomienda extraer el primer y el tercer molar superiores y después el segundo molar, ya que si extraemos antes los otros dientes debilitamos la zona de la tuberosidad maxilar aumentando así la posibilidad de su fractura.

Si el estudio radiográfico previo a la intervención quirúrgica muestra la presencia de un seno maxilar grande (casi siempre afecta ambos lados), debe prevenirse la posible fractura de la tuberosidad y disponer de los medios suficientes para manejarla de forma eficaz si llega a acontecer.

Si se produce una comunicación bucosinusal y el seno maxilar está sano, es suficiente con alisar los bordes óseos y suturar la encía. Si el seno maxilar está infectado, se debe hacer una antrostomía nasal y es posible que deba realizarse posteriormente una intervención de Caldwell-Luc, y al mismo tiempo un colgajo vestibular o/y palatino para el cierre mucoso de la comunicación¹⁸.

2.1.5.2 Complicaciones mediatas

Parestesia del nervio dentario inferior.-El nervio alveolar o dentario inferior está contenido en el conducto mandibular o dentario inferior, que es oval, con una media de ancho de $2,9 \pm 0,7$ mm por $2,5 \pm 0,6$ mm de

¹⁸ Cosme Gay Escoda - Leonardo Berine Aytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon

altura. Suele tratarse de un conducto único pero en un 0,95% de casos existen conductos bífidos.

Es susceptible de ser lesionado a nivel del tercer molar inferior, con el cual a menudo tiene relaciones anatómicas muy estrechas. La relación es variable dependiendo de distintos factores: posición del cordal, longitud de las raíces, altura y espesor del cuerpo mandibular. También puede aparecer este tipo de complicaciones tras extracciones de primeros y segundos molares inferiores.

La lesión del nervio dentario inferior produce la anestesia del hemilabio inferior, de la piel del mentón, de la mucosa gingival y de los dientes del lado afectado. La anestesia del hemilabio inferior es conocida en la literatura francesa como Signo de Vincent.

Otra parestesia es la del nervio lingual en las extracciones de los terceros molares inferiores retenidos, cuando se realiza el acceso lingual. Creemos que esta vía es inadecuada, aunque hay autores que lo recomiendan. Las consecuencias son la anestesia del territorio lingual correspondiente, con el peligro constante de mordeduras. Se debe intentar la sutura de ambos cabos seleccionados. La mejor prevención consiste en utilizar un acceso externo en la exodoncia de los molares¹⁹.

Alveolitis.- Uno de los mayores y más frecuentes problemas pos extracción son las alveolitis, aunque las estadísticas al respecto son poco concordantes. Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es el dolor tan agudo e intenso que produce.

La alveolitis suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar, tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos

¹⁹ Donado M. 2001-Cirugía Bucal Patología y Técnica- Barcelona (España) Ediciones MASSON

que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo.

La alveolitis seca esta patología fue descrita inicialmente por Crawford en 1986. La patogenia y etiología de este cuadro sigue siendo un tema controvertido. Múltiples causas y teorías se han postulado para describir esta entidad. Uno de los trabajos más importantes sobre la teoría fibrinolítica lo realizó Birm para concluir que el traumatismo quirúrgico y la infección inducen la inflamación del alveolo. Esta reacción inflamatoria provoca la liberación del activador tisular del plasminogeno y la transformación de este en plasmina con la consiguiente liberación de quininas para explicar la sintomatología de la alveolitis seca. No obstante, hoy en día se cree que es una entidad multifactorial²⁰.

El tratamiento de la alveolitis seca va a ir encaminado por una parte a la curación del proceso y por otra al alivio del intenso dolor que produce el cuadro. El hueso desnudo de las paredes del alvéolo se necrosa y será sustituido por hueso normal mediante el propio ciclo regenerativo del hueso que, de seguir un proceso normal, tendrá una duración de 2 a 3 semanas.

El tratamiento local consiste en acelerar al máximo la regeneración del hueso normal y para ello deberemos realizar:

- Limpieza de la cavidad con irrigaciones de suero fisiológico estéril (templado), con lo cual intentaremos arrastrar todas las partículas de restos de coágulo, comida, etc., que existan en el interior. El lavado debe ser generoso con abundante suero fisiológico estéril pero sin hacer una presión excesiva en el momento de lanzarlo al interior del alvéolo. Si es necesario, se debe efectuar la limpieza bajo anestesia local.

Hay autores que también recomiendan la utilización de perborato de sodio o de peróxido de hidrógeno diluido, aunque nosotros creemos que con la

²⁰ Carlos Navarro Vila, 2004- Cirugía Oral – España, Aran Ediciones S.A

utilización solamente de suero fisiológico estéril ya se obtienen buenos resultados.

- Procuraremos, de forma muy cuidadosa, retirar los restos que puedan quedar en el interior del alvéolo, aunque siempre sin efectuar un curetaje violento de la cavidad alveolar. Nunca deberemos hacer un curetaje agresivo del alvéolo seco ya que esto sólo predispondría a una mayor diseminación de la infección y no obtendríamos ninguna mejora en el resultado.
- Existen multitud de fórmulas y pastas para el tratamiento local de la alveolitis. Todas ellas lo que intentan es ayudar a la disminución del dolor producido al estar el hueso denudado y además pretenden acelerar el proceso de granulación para que se forme un nuevo tejido óseo.

La mayoría de pastas llevan Eugenol y Glicerina, asociados a antibióticos, lidocaína o corticosteroides. Pueden emplearse también preparados magistrales como el Bálsamo del Perú.

La utilización de estas fórmulas se puede hacer mediante una tira de gasa orillada estéril, humedecida con esa sustancia (bálsamo del Perú) que se colocará en el interior del alvéolo y que se irá intercambiando, a ser posible cada día.

También se puede utilizar una gasa yodo formada al 5% e impregnada, sin exceso, con eugenol. Estas gasas deberán cambiarse hasta que exista tejido de granulación en las paredes de la cavidad alveolar; para ello visitaremos al paciente cada 2 ó 3 días hasta que ceda el dolor. A continuación deberá irrigarse el alvéolo después de cada comida mediante una jeringa, durante aproximadamente 3 semanas y con sustancias antisépticas como la clorhexidina.

Existen pastas comercializadas como el Alvogyl® para este tipo de procesos y que serán utilizadas de la misma forma que las anteriores.

Este preparado contiene yodoformo como antiséptico y butoformo como anestésico.

El tratamiento sistémico consiste en:

- La utilización de analgésicos va a depender de la severidad del dolor, aunque debemos recordar que se suele tratar de un dolor intenso, lo que puede incluso aconsejar el uso de barbitúricos o de neurolépticos.
- Los antibióticos suelen prescribirse para evitar la posible infección del alvéolo, pero no son necesarios en sí para la curación de la alveolitis seca.
- Antihistamínicos.
- Las inyecciones peri temporales y peri faciales de novocaína (procaína) dan unos resultados inconstantes y normalmente poco duraderos, por lo que actualmente ya no se recomiendan

Trismo mandibular

El trismo es la incapacidad de la apertura normal de la boca. Es una situación que se nos presenta con relativa frecuencia en las exodoncias quirúrgicas, especialmente en el maxilar inferior, pero no es tan habitual al efectuar extracciones convencionales.

Esta incapacidad a la apertura de la boca está inducida por un espasmo muscular que se produce en relación con la inflamación producida por la intervención quirúrgica .

También puede ser causa del trismo el dolor postoperatorio que por vía refleja limita la función de la musculatura de la mandíbula (reflejo antiálgico).

La administración de forma inadecuada de la anestesia, en especial de la troncular del nervio dentario inferior con la que puede lesionarse el músculo pterigoideo interno, con una mala técnica o inyección de

substancias anestésicas inadecuadas en cantidad y calidad, la infección y las lesiones de la articulación temporomandibular, pueden también causar trismo .

El tratamiento consistirá en la aplicación de calor local para reducir la inflamación y analgésicos si existe dolor. Se intentarán realizar movimientos de apertura lo más rápidamente posible, ya que así poco a poco, el paciente podrá ir abriendo más la boca. Uno de los métodos más usados es la pinza de "tender ropa" de madera, que el paciente se pone en el interior de la boca y va intentando que ésta se vaya abriendo cada día un poco más. También se puede hacer con ayuda de los dedos pulgar e índice, colocando el pulgar apoyado sobre la arcada superior y el índice sobre los dientes inferiores. Podemos también fabricar distintos aparatos protésicos con esta finalidad y que forman parte de la prótesis maxilofacial. Cuando el trismo es muy importante y resistente aplicamos otros medios fisioterapéuticos como el TENS, los ultrasonidos, el láser blando, etc. En los casos en que exista una causa infecciosa se darán antibióticos²¹ .

Abscesos y Celulitis facial.-Suelen deberse a la reactivación de focos crónicos dentarios que no han sido cureteados tras la exodoncia, o a la infección por cuerpos extraños como esquirlas óseas, placa de tártaro, resto de obturaciones, etc. Se observan en los pacientes con las defensas debilitadas que no han seguido un tratamiento antibiótico adecuado o en extracciones poco regladas y muy laboriosas. No es raro encontrar este tipo de complicaciones de una manera tardía, pasadas las 4 0 5 semanas, en la extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos. Cuando hay acumulación de pus, es preciso evacuarlo con el drenaje oportuno.

²¹ Cosme Gay Escoda - Leonardo Berine Aytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon

Hay que distinguir estos procesos supurados, habitualmente con enrojecimientos cutáneos y fiebre, de lo que es un edema inflamatorio traumático postexodoncia.

Bacteriemia post quirúrgica.- El elevado porcentaje de bacteriemias pos extracción referidas en la literatura coloca la exodoncia en el primer plano de la producción de la Endocarditis bacteriana.

La bacteriemia puede ser inofensiva en el sujeto con el corazón sano. No sucede lo mismo cuando el paciente tiene una cardiopatía congénita o adquirida, o si existe una intervención quirúrgica cardíaca anterior.

La bacteriemia pos extracción está bien demostrada con un porcentaje de hemocultivos positivos, que varía del 20 al 90% de los casos, con una proporción elevada de bacterias anaerobias.

La anestesia general parece aumentar el porcentaje de bacteriemias, quizás por la acción vasodilatadora de las sustancias anestésicas. Por el contrario, los pacientes intervenidos bajo anestesia loco-rregional con o sin vasoconstrictor, tienen una incidencia menor de bacterias en la sangre.

Otra medida que es efectiva para disminuir el riesgo de bacteriemias es realizar una profilaxis (tartrectomía) previa a la extracción dentaria con lo cual estamos disminuyendo los contaminantes locales.

Para finalizar esta revisión general de las complicaciones de la exodoncia, debemos destacar que esta maniobra, en principio de poca importancia, puede acarrear graves problemas que, aunque raros, pueden presentarse, especialmente si no se actúa de forma correcta y no se aplican escrupulosamente las reglas profilácticas que limitan al máximo sus riesgos.

Estas medidas profilácticas varían según los autores, pero todos concuerdan

En la importancia de estos 4 puntos:

- Valorar adecuadamente las indicaciones y contraindicaciones de la exodoncia.

- Estudio diagnóstico completo del estado local, regional y general del paciente.
- Aplicar una técnica quirúrgica cuidadosa y minuciosa.
- Efectuar los cuidados postoperatorios correctos e indicados en cada caso.

2.2 ELABORACIÓN DE HIPOTESIS

Si se realiza un diagnóstico y tratamiento pre quirúrgico adecuado disminuiría la aparición de complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares retenidos.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Independiente: Realización de diagnóstico y tratamiento pre quirúrgico.

Dependiente: Disminuir la aparición de complicaciones post quirúrgicas.

Interviniente: Complicaciones post quirúrgicas.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPRACIONAL	INDICADOR	ITEMS
Realización de diagnóstico y tratamiento pre quirúrgico	Las complicaciones post quirúrgicas son el efecto de una mal proceso de recuperación del paciente por diferentes circunstancias como un mal diagnóstico	Daños en el paciente que pueden ir desde un simple shock hasta la muerte del mismo	Actúan en el sistema inmunológico y nervioso del paciente	¿Cuáles son las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes que se presentan en el tratamiento de los terceros molares retenidos?
Disminuir la aparición de complicaciones post quirúrgicas.	Las complicaciones más frecuentes son : Hemorragia, hematoma, alveolitis luxaciones , fracturas a la mandíbula o tuberosidad bacteriemia postquirúrgica	Se producen por no seguir los protocolos farmacológicos ni de cuidados generales por parte del paciente y ciertos casos por efectos iatrogénicos.	Seguir las indicaciones post quirúrgicas para de esta manera evitar daños en los aparatos y sistemas en el paciente	Si se realiza un diagnostico y tratamiento pre quirúrgico adecuado disminuiría la aparición de complicaciones post quirúrgicas en el tratamiento de los terceros molares retenidos

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se la realizo en la clínica de Internado de la Facultad de Odontología.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Periodo 2011.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Tutor: Dr. Alex Polit L.

Alumno: Mario Guarderas Barba.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

En esta investigación se utilizaron como recursos materiales libros, artículos de revistas, y páginas web de internet.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Esta investigación es de tipo descriptiva, bibliográfica por ende no cuenta con un grupo de experimentación ni universo ni muestra.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo bibliográfica porque la información presentada en este trabajo de investigación se la obtuvo de diversos libros, artículos de revistas y páginas web de internet.

Es de tipo cualitativa ya que nos permitió nombrar describir cada uno de las complicaciones y su tratamiento, nos permitió ir construyendo su marco teórico.

Es descriptiva por que a través de ella se pudo ir describiendo las diferentes patologías que se presentan en la post extracción del tercer molar.

Es documental porque este trabajo va ser impreso y utilizado como medio de guía para estudiantes y profesionales.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño de carácter no experimental de tipo descriptivo, porque no cuenta con grupo de control.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Al terminar este trabajo considero que las complicaciones post-quirúrgicas en los terceros molares es un tema indudable importante en el campo de la cirugía bucal y debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las zonas que lindera, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico.

La extracción quirúrgica del terceros molares retenidos se basa en dos elementos, el molar y el hueso, una de las causas de extracciones de terceros molares son los procesos patológicos y mal posiciones, que al ser tratados sin una planificación adecuada, como al no tomar consideraciones sistémicas o patológicas del paciente podemos llegar a producir complicaciones que pueden ser de bajo riesgo o alto riesgo que pueden causar problemas letales al paciente.

Así también existen diferentes técnicas para la extracción de molares retenidos, esto se debe a que cada profesional adopta la técnica más conveniente a su criterio y la que en definitiva mas ha practicado, es decir, no existe una receta con pasos a seguir, sino que basándose en los conocimientos básicos de cirugía bucal, partiendo de un buen diagnostico, manejándose con criterio clínico, conociendo perfectamente el campo operatorio donde se va a trabajar y previniendo todas las posibles complicaciones, cualquier técnica va a resultar exitosa.

4.2 RECOMENDACIONES

La recomendación fundamental para tratamiento de las complicaciones que se producen en los molares, es tener una base fundamental de la etiología, conocer las condiciones sistémicas del paciente, realizar

estudios radiográficos y principalmente tener un conocimiento que se basa en la farmacología, punto importante en el tratamiento que se basa en antibióticos y AINES, los cuales ayuda de manera significativa a la recuperación del paciente.

Es importante que todo cirujano tome las precauciones del caso como son: una cirugía aséptica, ser lo menos traumático durante el acto quirúrgico, indicarle las recomendaciones farmacológicas y dietéticas al paciente, de esta manera el cirujano evitara que el paciente regrese a la consulta con una complicación.

BIBLIOGRAFIA

1. BARBERIE G, FLORES J, ESCRIBANO M, DISCEPOLI N, 2006 - Actualización en radiología dental- Radiología convencional Vs digital; 22-2: 131-139.4
2. BRAVO Montesdeoca Marco Antonio -Cirugía piezas retenidas [diapositiva].2009.Cirujano dentista CBMF at UIGV – ULADECH .116 diapositivas, color.
3. DONADO M. 2001-Cirugía Bucal Patología y Técnica- Barcelona (España) Ediciones MASSON pág. 195, 196, 284,418.
4. ESQUIVEL Velásquez Grace Carolaine ,2009 - Efectividad del diclofenaco y ketoprofeno como profilaxis analgésica en cirugía de terceras molares retenidas- Tesis titulo de Cirujano dentista - Perú (Universidad de San Marcos, Facultad de Odontología).Disponible en: http://200.62.146.31/sisbib/2009/esquivel_vg/pdf/esquivel_vg.pdf
5. FREITAS R. Marín JL -Cirugía dos dentes inclusos-,2006-Cirurgia Bucomaxilofacial- São Paulo: Editorial Santos. Capítulo 10. Pág. 154-157
6. GAY Escoda Cosme - Leonardo Berine Aytés, 2004 -Tratado de Cirugía Bucal Tomo1-España, Ediciones Ergon pág. 323, 324, 325, 326 ,334 ,338 ,339 , 388, 389,399.
7. K.D. TRIPATHI, 2008 – Farmacología en Odontología, fundamentos – Madrid España, Editorial Medica Panamericana S.A. pág.335, 341, 342,351.
8. LALAMA González Nelson Kleber, 2004 -Libro de Cirugía Bucal- INTERPRIN, Guayaquil. Pág. 74, 75, 76.

9. LANDI L, MANICONE P, PICCINELLI S ,RAIA A, RAIA R. A Novel Surgical Approach to Impacted Mandibular Third Molars to Reduce the Risk of Paresthesia: A Case Series. J Oral Maxillofacial Surg. 2010; 68:969-974.
10. MENDEZ Lagos Lucia, 2008- Exodoncia del tercer molar: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio, España (Universidad Santiago de Compostela). Disponible en: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2360/1/9788497509503_content.pdf
11. MERCK SHARP & DOHME ,2005 – Manual Merck de información médica para el hogar- España. Capítulo 97 .Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_08/seccion_08_097.html.
12. NAVARRO Vila Carlos, 2004- Cirugía Oral – España, Aran Ediciones S.A pág. 20 a 27.
13. POLIT Luna Alex ,2009 -Cirugía Maxilofacial- Guayaquil. Disponible en: <http://www.cirugiamaxilofacial.blogspot.com/>
14. SANCHEZ Sánchez María Esperanza, 1992- Análisis del dolor, tumefacción y trismo después de la exodoncia del tercer molar inferior retenido, en relación con la edad, el sexo de los pacientes, y con la dificultad de la técnica quirúrgica-Tesis Doctoral, España (Universidad Complutense de Madrid).Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0069301.pdf>
15. SANDNER Olaf ,2007-Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial – Editorial AMOLCA (Actualizaciones medico odontológicas Latinoamérica) España .Capítulo 2 pág. 66,67
16. SENCIMEN M, VAROL A, AYDIN GÜLSES A, ALTUG A. Extraction of a deeply impacted lower third molar by sagittal split osteotomy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 108:e36-e38.

17. SUSARLA SM, BA, DODSON TB. Preoperative Computed Tomography Imaging in the Management of Impacted Mandibular Third Molars. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:83-88.
18. RASPALL G, Cirugía de las retenciones dentarias. En Cirugía oral Editorial G. Raspall Médica Panamericana. 1994. Madrid. Capítulo 5 pág.155-158.
19. UNIVERSIDAD Nacional de Colombia Revista de la Facultad de Medicina de la Cirugía Oral, 2003, Bogotá. Disponible en: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1-2-1.html>

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NÚMEROS: **ESPECIE VALORADA** GUARDERAS BARBA MARIO ALBERTO
SERIE U-B N: 08/01/2012 09:35:09
FACULTAD: 1002

Guayaquil, 6 de Enero del 2012

Doctor.

Washington Escudero D.

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

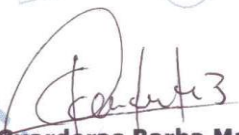
En su despacho.-

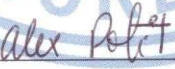
De mis consideraciones.

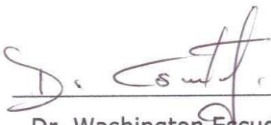
Yo, **Guarderas Barba Mario Alberto**, con número de C.I. **0704390319**, alumno del **QUINTO AÑO PARALELO # 2**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontólogo, en la materia de **CIRUGIA**.

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

Muy atentamente,


Guarderas Barba Mario Alberto
C.I. **0704390319**

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


Dr. Washington Escudero D.
DECANO

C9-N° 000048650



1.20
UN dólar Americano CON
VEINTE Centavos
27w???!!k²⁸

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

NOMBRES ESPECIALIZADA GUARDERAS BARBA MARIO ALBERTO
SERIE U-B N:
FACULTAD: 1002 16/05/2012 09:00:43

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

De mis consideraciones:

Yo Guarderas Barba Mario Alberto con CI 0704390319 Alumno del quinto año paralelo 2 Periodo Lectivo 2011-2012 Presento para su consideración el tema de trabajo de Graduación:

"COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS."

OBJETIVO GENERAL: Determinar las complicaciones post quirúrgicas mas frecuentes en los terceros molares retenidos.

JUSTIFICACION: En el desarrollo de mis actividades clínicas en el Área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, como parte de mi formación académica pude observar que existen pacientes que presentan complicaciones post quirúrgicas después de la intervención quirúrgica de los terceros molares retenidos, por lo que considero importante realizar las recomendaciones fundamentadas en nuestro estudio, que sirvan para prevenir y tratar las complicaciones mas frecuentes.

Por esta razón considero importante mi trabajo ya que guiara en un futuro a los estudiantes de mi Facultad de Odontología para que se puedan tomar las medidas necesarias a tiempo y disminuir el riesgo quirúrgico de los terceros molares retenidos.

*Recibido
mayo 17/2012
12:53
hene.*

C9-0092131 Guarderas Barba Mario Alberto
CI: 0704390319

Dr. Alex Pólit Luna
Tutor Académico