UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

TRABAJO DE GRADUACIÒN

Previo a la obtención del título de

ODONTOLOGA

TEMA:

Tratamiento quirúrgico del tercer molar inferior izquierdo

AUTORA:

Diana Haydee Oviedo Ibarra

TUTOR:

Dr. Rosendo Marcalupo

Guayaquil, Abril 2011

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de graduación:

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a:

“Extracción Quirúrgica de los tercer molar inferior izquierdo”

Presentado por:

Oviedo Ibarra Diana Haydee 0911116598

Apellidos y Nombres **Cedula de Ciudadanía**

Tutores

---------- ----------

Dr. Rosendo Marcalupo
ACADÉMICO

Dra. Elisa Llanos R. MS. c.
METODOLÓGICA

Dr. Washington Escudero D.
DECANO

Guayaquil, abril 2011

AUTORIA

Las opiniones, criterios conceptos y análisis vertidos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Diana Haydee Oviedo Ibarra

AGRADECIMIENTO

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco al Dr. Rosendo Marcalupo por haber confiado en mi persona, por la paciencia por la dirección de este trabajo, por los consejos, el apoyo,por sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la Tesis y sus atinadas correcciones.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y mi cariño.

A ti DIOS que me diste la oportunidad de regalarme una familia maravillosa. Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

Los quiero con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes, por ser la más chica de sus hijas aquí está lo que ustedes me brindaron, solamente les estoy devolviendo lo que ustedes me dieron en un principio. A mi esposo, mis hijas Dayana y Gabriela, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre los amo mucho.

INDICE GENERAL

Contenidos **pág.**

Caratula

Certificación de tutores

Autoría

Agradecimiento

Dedicatoria

Introducción……..1

Objetivos

Objetivo General……..2

Objetivos Específicos……..3

Capítulo 1 FUNDAMENTACION TEORICA

1.1. Que es tratamiento……..4
1.2. Tipo de tratamiento……..4
1.3. Forma de aplicación del tratamiento……5
1.3.1. Terapia individua……5
1.3.2. Terapia grupal……5
1.3.3. Tratamiento alternativo ……..5
1.3.4. Tratamiento especifico……5
1.3.5. Tratamiento paliativo……5
1.3.6. Tratamiento radical……5
1.3.7. Tratamiento Sintomático……5
1.4. Problemas en los tratamientos……6
1.5. Clasificación de los tratamientos……6
1.5.1. Tratamiento Terapéutico……6
1.5.2. Tratamiento Quirúrgico……7

Capítulo 2 RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO

2.1 Generalidades anatómicas y embriológicas……..……..8

2.2 Región anatómica del tercer molar inferior……..……10

2.3 Tratamiento quirúrgico en terceros molares……..……11

2.4. Complicaciones en la extracción del tercer molar inferior retenido……11

2.5. Incidencia……..……...12

2.6. Complicaciones quirúrgicas infecciosas de la mucosa……...13

2.6.1. Pericoronaritis aguda supural……...13

2.6.2. Pericoronaritis crónica…….....13

2.6.3 Gingivoestomatitis neutrofila……....13

2.7. Complicaciones infecciosas ganglionares……....14

2.7.1. Adenitis reactiva o simple…….....14

2.7.2. Adenitis supurada…….....14

2.8. Complicaciones infecciosas óseas…….....14

2.8.1. Celulitis vestibular abuccinatorio-maxilar…….....15

2.9. Complicaciones infecciosas del tejido celular subcutáneo……....16

2.10. Complicaciones mecánicas…….....16

2.11. Complicaciones nerviosas vasomotoras y refleja….....16

Capítulo 3 CASO QUIRURGICO

3.1. Fase preoperatoria……..……..17

3.1.1 Historia clínica……..……17

3.2. Fase operatoria……..……..17

3.2.1. Técnica quirúrgica para el tercer molar inferior izquierdo……..…21

Recomendación……..…….. 22

Conclusión……..……..23

Recomendación……..……24

Bibliografía……..……25

Anexos……..……....26

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores es uno de los actos quirúrgicos que con mayor frecuencia realizan los cirujanos buco maxilofaciales en nuestro medio, siendo el proceso post-operatorio una limitante para los pacientes sometidos a dicha cirugía, hoy en día es un procedimiento frecuente en el campo de la cirugía oral. Es una práctica no exenta de complicaciones, mecánicas, nerviosas, inflamatorias e infecciosas. Las razones de esta investigación es determinar cuál es la forma correcta para realizar la intervención quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos, y el propósito personal es lograr que el profesional odontólogo y los estudiantes de odontología de nuestro país conozcan las diferentes técnicas en cirugías de terceros molares inferiores.

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo en la Universidad Estatal de Guayaquil, en las clínicas de Emergencia de la Facultad Piloto de Odontología, teniendo como característica la realización de las horas y casos de Internado.

ES importante destacar que la extracción quirúrgica de los terceros molares produce casi siempre un cuadro inflamatorio agudo que genera una intensa sensación de di confort. La agresión a los tejidos blandos orales y periorales, el despegamiento del colgajo y el traumatismo óseo, son los responsables de la inflamación que, en condiciones normales, se intensifica presentando un pico a las 72 horas.

El presente trabajo de graduación se caracteriza por el tipo de investigación descriptiva que busca las causas y efectos del objeto a investigar: tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores.

OBJETIVO GENERAL

Explicar los diferentes tratamientos quirúrgicos para la extracción de Terceros Molares Inferiores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Especificar las diferentes posiciones poseen los terceros molares inferiores retenidos.

Analizar las futuras complicaciones de la cirugía de los terceros molares inferiores y establecer sus correctivos pertinentes.

Determinar las recomendaciones necesarias post-quirúrgicas que sean las indicadas para el paciente.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPITULO I

1.1 QUE ES ELTRATAMIENTO

Se considera tratamiento al conjunto de medios aplicados a la cura de una enfermedad, En la medicina, tratamiento o terapia proviene del griego θεραπεία/therapeia que significa tratamiento médico, además es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo.

Terapéutica: es la rama de las ciencias de la salud que se ocupa del tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación.

1.2 TIPOS DE TRATAMIENTOS

- Acupuntura
- Apiterapia o tratamiento con abejas y productos de la colmena
- Cirugía o tratamiento quirúrgico
- Dieta
- Farmacoterapia o tratamiento con medicamentos
- FILOTERAPIA: Se clasifica en fototerapia, hidroterapia, ortopedia, psicoterapia, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación o tratamiento rehabilitador, reposo domiciliario, sueroterapia, terapia ocupacional, terapia recreativa, prótesis: dentales, lentes, etc.

1.3 FORMAS DE APLICAR TRATAMIENTOS

Existen un sin número de tratamiento porque siempre se buscara la manera de curar una enfermedad más rápido y eficaz además de encontrar la cura a muchas de ellas que aun no la tienen.

1.3.1 TERAPIA INDIVIDUAL

Es la que se aplicada a un sólo paciente.

1.3.2 TERAPIA GRUPAL

Es la que se aplica a varios pacientes a la vez.

1.3.3 TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Es el prescrito por una persona, generalmente sin formación médica homologada, y sin demostración científica de su eficacia.

1.3.4 TRATAMEINTO ESPECÍFICO

Es el tratamiento dirigido contra la causa que provoca la enfermedad. Puede ser curativo o paliativo.

1.3.5TRATAMIENTO PALIATIVO

Es el que intenta aliviar u ofrecer el máximo bienestar al paciente porque no se puede alcanzar un tratamiento curativo.

1.3.6 TRATAMIENTO RADICAL

Es el que intenta erradicar la enfermedad.

1.3.7 TRATAMIENTO SINTOMATICO

Es el que calma o alivia los síntomas en aquellas enfermedades o que se desconocen o que no tienen un tratamiento eficaz.

1.4 PROBLEMAS EN LOS TRATAMIENTO

Los problemas más comunes en los diferentes tratamientos siempre serán:

- Cascada terapéutica
- Contraindicación
- Efecto adverso
- Efecto secundario
- Latrogenia
- Interacción
- Polimedicación
- Reacción adversa a medicamento
- Bioética
- Efecto adverso
- Efecto cascada
- Efecto nocebo
- Efecto placebo
- Ley de beneficios inversos
- Ley de cuidados inversos
- Negligencia médica
- Prescripción (medicina)
- Receta médica
- Resultado sanitario.

1.5 CLASIFICACION DE LOS TRATAMIENTOS

Los más importantes en el área de la odontología son el terapéutico y el quirúrgico.

1.5.1 TRATAMIENTO TERAPEUTICO

En un buen tratamiento terapéutico, estas defensas se estudian y analizan en

relación con la experiencia vital del individuo, y sobre ellas se trabaja cuidadosamente hasta llegar al corazón del sujeto. Se trata entonces de desmontar las defensas en forma progresiva.

1.5.2 TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se denomina cirugía o tratamiento quirúrgico y proviene del griego que significa "mano" y "trabajo", de donde χειρουργεία jeirourgéia "trabajo manual" a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

CAPITULO 2

2.1 GENERALIDADES ANATOMICAS Y EMBRIOLOGICAS

Órgano Terminal de la serie dentaria, el tercer molar tiene características Morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de formas, tamaño, disposición y anomalías.

Por lo general el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser Bífida es aplastada en sentido mesiodistal., y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial.
Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular.

Por un lado, el germen del tercer molar, a diferencia del resto de la dentición que se desprende directamente de la lámina dental, nace del germen del segundo molar como si se tratase de un diente de reemplazo del mismo. Posteriormente toman 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.

Esta ha sido la ubicación previa del primer molar antes del nacimiento, y del segundo molar entre el segundo y tercer año de edad. Entre los ocho años y medio y los nueve el folículo puede alcanzar el tamaño maduro, estando la cápsula y la corona formada 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.

De lo dicho se desprende que los terceros molares se originan de la misma zona anatómica que sus precursores los primeros y segundos molares. Estas áreas están sometidas a una intensa remodelación ósea que permite aumentar la cresta ósea tanto en el sentido anteroposterior como vertical a este nivel,

originando fuerzas morfogenéticas que junto a la dirección oblicua del germen determinan el trayecto eruptivo, obligando, en el caso del tercer molar inferior, a efectuar una trayectoria curvilínea de concavidad posterosuperior 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 determinada por la inclinación del borde anterior de la rama ascendente donde se origina. Pero en esta zona, durante el crecimiento del cuerpo mandibular, se va a producir una reabsorción del borde anterior de la rama junto a una aposición en el borde posterior de ésta.

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 se produce a expensas de la ganancia en la longitud del arco en el sector posterior, sino que también interviene la ganancia de espacio por la deriva de la dentición hacia mesial, 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 han sido sometidos a exodoncia temprana de segundos molares deciduos, provocando una deriva a mesial de la dentición y por lo tanto una ganancia de 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 no se corrige sino que aumenta de inclinación.

Podríamos concluir que el papel protagonista en las retenciones de los terceros molares es la falta de espacio disponible, independientemente de que en algún caso puedan ocurrir alteraciones del germen dentario, obstáculos mecánicos y factores generales.

2.2 REGION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

La región tercer molar constituido por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo y revisten, presenta una forma cúbica y por lo tanto seis caras; un anterior, correspondiente a la cara distal del segundo molar; una superior, prolongación del plano oclusal o triturante del primero y segundo molares; una externa o bucal, correspondiente a la cara externa del maxilar con sus elementos anatómicos; una interna, dada por la cara homónima del maxilar, y una inferior, paralela al plano oclusal y trazada por debajo del punto más inferior del molar retenido.

Todo el alvéolo del tercer molar está proyectando hacia la cara lingual del hueso, formando lo que se ha denominado “balcón del tercer molar”. Una vertical, tirada desde el borde superior del hueso lingual, cae aproximadamente 1 cm. Por dentro del borde inferior del hueso.

Para la radiografía común, lo expresado al estudiar el hueso bucal se aplica al lingual, muy poco visible e identificable, por las mismas razones. Sólo las radiografías oclusalespueden brindar alguna información sobre el estado y forma del hueso lingual. Por otra parte, el ángulo ósea distooclusal debe ser bien estudiado, porque allí reside la dificultad para la extracción.

El septúm y el interseptúm. Ambas entidades anatómicas han sido denominadas así por Winter. El septúm es la porción ósea situada entre las raíces del tercer molar inferior retenido. Constituida por hueso esponjoso de características similares a las del hueso mesial, su forma es sumamente variable y está en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces.

De todas maneras, su forma y disposición deben estudiarse previamente a la extracción, pues siendo un sólido anclaje del molar es menester considerar si será posible fracturarlo o se deberá abandonar todo intento en tal sentido y proceder en cambio a dividir y separar las raíces del molar (odontosección).

2.3 TRATAMIENTO QUIRURGICO EN TERCEROS MOLARES

Los dientes retenidos son aquellos que por diferentes razones no erupcionaron. De todos, los que más comúnmente requieren su extracción quirúrgica son los terceros molares.

Los terceros molares o muelas del juicio están impactados o imposibilitados para erupcionar cuando no tienen espacio suficiente para salir. Son los últimos dientes en aparecer en la boca, generalmente lo hacen entre los 17 y 21 años.

En ocasiones son muy grandes para un lugar reducido o están orientadas en mala dirección, por lo que al intentar erupcionar, pueden mover otros dientes u ocasionar graves problemas, como sería el dañar al segundo molar.

Las muelas del juicio pueden erupcionar parcialmente, sólo se verá una pequeña porción de la corona dental y esto puede provocar enfermedad periodontal, facilitando el acúmulo de bacterias y alimentos debajo de la encía que parcialmente los recubre u ocasionando infecciones a repetición (*pericoronaritis*).

Si por el contrario quedan atrapados debajo de la encía y dentro del hueso, pueden desarrollar cavidades o erosiones óseas, formándose quistes o tumores que pueden llegar a destruir el hueso, e incluso los dientes adyacentes.

Las muelas del juicio pueden ser consideradas perjudiciales y por lo tanto estará indicada su extracción, si ocasionan los siguientes síntomas y signos:

2.4 COMPLICACION EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

Diente que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar, en relación con la edad necesaria para la

erupción. Se denominan dientes no erupcionados, incluidos, retenidos, impactados o atrapados

Diente incluido: Diente que ha perdido la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada, es decir manteniendo la integridad del saco pericoronario.

Diente impactado: Diente no erupcionado en la época esperada, debido a impedimentos mecánicos.

Retención Ectópica: Diente retenido que se halla en posición anormal pero cerca de su lugar habitual.

Retención Heterótopica: Diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.

2.5 INCIDENCIA

Los dientes que se encuentran más frecuentemente incluidos son los terceros molares inferiores y superiores, luego le siguen los segundos premolares inferiores, los caninos superiores, los incisivos centrales superiores, etc.

Se habla de una incidencia de 0.9 - 2% hasta un 7 % en individuos mayores de once años. Por lo tanto los caninos ectópicos representan los terceros dientes más frecuentemente incluidos y retenidos.

Estos se localizan en el 60% de los casos en el paladar, en el 30% hacia vestibular y en el 10% en posición intermedia. Ocurre más comúnmente en mujeres (1. 17%) que en hombres (0.51%) (3, 8,9)

2.6 COMPLICACIONES QUIRURGICOS INFECCIOSAS DE LA MUCOSA

Estos accidentes están dados en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos mecanismos y por distintas vías.

2.6.1 PERICORONARITIS AGUDA SUPURADA

El paciente presenta un dolor más intenso que en la forma serosa irradiándose éste hacia la amígdala y oído. Aparece disfagia, odinofagia y trismus poco intenso. La presión de la mucosa del trígono deja escapar un exudado purulento, existiendo a veces halitosis. En esta forma clínica hay afectación ganglionar submaxilar. A la exploración, la encía aparece eritematosa pero recubierta de resto saburral, alimentos o incluso exudado purulento. Su evolución puede ser hacia la curación o bien cursar de forma rápida pudiendo afectar al tejido celular subcutáneo (flemones), al hueso (osteítis) o a ganglios satélites (adenoflemones).

2.6.2 PERICORONARIRIS CRONICA

Puede cursar subclínicamente o bien con poca sintomatología, presentando una molestia ligera pero constante, trismus leve, halitosis y ligeras molestias en zonas vecinas tales como faringitis a repetición, amigdalitis o gingivitis crónica.
La exploración nos muestra una mucosa eritematosa y exudado seropurulento, con restos de alimentos o huellas de traumatismo dentario. La historia clínica del paciente nos puede indicar episodios de pericoronaritis agudas previos y mal sabor de boca.

2.6.3 GINGIVOESTOMATITIS NEUTROFICA

Es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal derivado de la erupción del molar, estando su patogenia vinculada a trastornos neurotróficos provocados

por la erupción del molar. El paciente refiere dolor local que se irradia a la faringe y oído, además de Disfagia y halitosis, llegándose incluso a afectarse el estado general. A la exploración podemos hallar una adenopatía submaxilar. Su tratamiento implica higiene bucal exhaustiva, tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, procediendo a la exodoncia del tercer molar implicado cuando remita la fase aguda.

2.7 COMPLICACIONES INFECCIOSAS GANGLIONARES

2.7.1 ADENITIS REACTIVA O SIMPLE

Se caracteriza por la presencia de ganglios palpables no adheridos a planos profundos y ligeramente dolorosos. Puede remitir o evolucionar a una adenitis supurada.

2.7.2 ADENITIS SUPURADA

Se caracteriza por un aumento brusco del tamaño del ganglio que se torna muy doloroso, perdiendo su movilidad al adherirse a los tejidos limítrofes. El paciente presenta fiebre y afectación del estado general.

Puede haber una participación de los tejidos vecinos dando lugar a un absceso que se denomina **adenoflemón,** con repercusión grave del estado del paciente. Existirá una tumefacción cervical, trismus y tumefacción laterofaríngea. Este cuadro hoy día con los tratamientos antibióticos es raro.

2.8 COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Las complicaciones de origen infeccioso del tejido subcutáneo puede ser celulitis maseterina.

2.8.1 CELULITIS VESTIBULAR O BUCCINATORIO- MAXILAR

La infección más frecuente es la que se produce en el espacio vestibular o **buccinatorio**, al caminar la infección entre el periostio del hueso alveolar por dentro, y el músculo buccinador por fuera.

La evolución típica de esta celulitis es su migración desde la zona más anterior, formándose un absceso por delante del músculo buccinador a nivel primer molar o incluso de premolares inferiores, denominándose absceso migratorio de Chompret y L´Hirondell.

Clínicamente debuta con tumefacción yugal y a nivel del fondo de vestíbulo del segundo y primer molar, y segundo premolar, pudiendo evolucionar hacia una tumefacción geniana que no desborda el borde inferior de la mandíbula. La piel que cubre la inflamación se presenta eritematosa, tensa, edematosa y caliente, que fluctúa a la palpación notando una zona de tumefacción más blanda y depresible, que indica el posible lugar de fistulización. Podemos encontrar dolor, trismus e incluso el signo de vincent o parestesia del nervio dentario inferior por compresión del pus sobre el mismo, apareciendo la misma sensación que presenta el paciente cuando se le anestesia mediante una troncular, dicho nervio.

Celulitis maseterina: La infección del espacio maseterino clínicamente se caracteriza por la presencia de trismus importante y fuerte dolor en el borde posterior de la mandíbula y ángulo mandibular, al quedar atrapada la infección entre el músculo y la rama ascendente mandibular en su cara externa. No suele cursar con tumoración, pero puede evolucionar hacia formas complejas como su extensión a la fosa temporal, infratemporal o espacio pterigoideo, o complicarse con la miositis y fibrosis del masetero que cursa con trismus importante, o la periostitis de la cortical externa de la rama.

2.9 COMPLICACIONES INFECCIOSAS OSEAS

Normalmente, cuando ocurren, suelen ser como consecuencias de una Pericoronaritis crónica de larga evolución. Sin embargo, sí, es más frecuente que aparezcan como complicación del trauma quirúrgico que supone la exodoncia.

2.10 COMPLICACIONES MECANICAS

Caries y lisis del segundo molar, el principal problema mecánico que provocan los terceros molares ocurre a nivel de los segundos molares; normalmente ocurre en aquellos molares que se presentan en mesoversión, estando enclavadas sus cúspides mesiales contra la porción distal del segundo.

La presión que ejerce el molar en su intento de erupción, provocará una lisis, que según la profundidad de la inclusión, asentará en la corona, en el cuello o en las raíces del segundo molar (rizólisis). En los casos de molares incluidos en mesioversión u horizontales, en los que la corona comunica con la cavidad bucal permitiendo la retención de restos de alimentos, aparecen caries importantes en la cara distal del segundo molar, a distintos niveles de profundidad, lo que dificulta su reconstrucción mediante obturaciones convencionales y obliga con frecuencia a practicar la endodoncia del molar.

2.11 COMPLICACIONES NERVIOSAS VASOMOTORA Y REFLEJA

La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre su nervio o sobre troncos mayores, es posible que origine algias de intensidad, tipo y duración variables. Este tipo de patologías es poco frecuente.

CAPITULO 3

CASO QUIRURGICO

3.1 FASE PREOPERATORIA

Consiste en realizar una completa y correcta: Anamnesis, exploración clínica, estudios radiológicos y complementarios para un correcto diagnostico hasta la preparación del paciente dependiendo de las circunstancias que motivan la intervención quirúrgica.

3.1.2 HISTORIA CLINICA (Ver anexos)

Se investigan todos los antecedentes que puedan ser de interés, sin descuidar todos los signos y síntomas del proceso o enfermedad actual. con la anamnesis: Donde en este caso no se encontró ningún problema sistémico, cardiaco o hereditario al interrogarla se comprobó que esta apta para realizarse la exodoncia.

3.2 FASE OPERATORIA

Los pasos a efectuar siempre serán los mismos para la intervención del tercer molar inferior retenido considerando que el instrumental debe estar correctamente esterilizado.

Los pasos para el acto quirúrgicos a siguen en Cirugía Bucal son:

- Asepsia
- Anestesia troncular
- Incisión lineal
- Levantamiento de colgajo
- Extracción propiamente dicha
- Tratamiento y curetaje del alveolo, Sutura

ASEPSIA: La asepsia es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección , se la realiza con yodo povidine que es una solución antiséptica, bactericida, fungicida, esporicida, víricida, compuesta por yodo povidona, solución U.S.P al 10% y 1% de yodo disponible, es de uso externo y se impregnar en una gasa completamente estéril el yodo povidine, se procede a agarrar con una pinza mosquito, para luego pasarla por

toda el área afectada, primero en el área externa alrededor de la cavidad bucal correspondiente al rostro y luego se realiza el mismo procedimiento dentro de la cavidad bucal, pasar la gasa por piso, paladar, lengua, con el fin de eliminar gérmenes.

ANESTESIA: Se procedió a realizar la técnica de anestesia troncular para el bloqueo de tres nervios primordiales: El nervio dentario inferior, nervio bucal largo y el lingual. Para bloquearlo, se utilizó 1 tubo carpule de Lidocaína HC 12% + Epinefrina 1:500.000, 36mg + ug/ de uno inyectable que contiene 1,8mL.

Técnicas de anestesia para el nervio dentario inferior: La punción es en el vértice del triangulo pterigomandibular, se palpa la fosa retromolar con el dedo índice y se coloca la uña sobre la línea milohiodea (oblicua interna) con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto. Se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice. Para producir la pérdida de la sensibilidad de la encía de la mucosa vestibular y lingual y de los dientes premolares y molares.

Técnica de anestesia para el nervio Bucal y el Lingual: La punción es en el pliegue muco bucal inmediatamente por detrás del molar que se desea anestesiar con la aguja hacia atrás y ligeramente hacia abajo, hasta que se halle por detrás de las raíces del diente.

Se debe estar por delante y a la derecha del paciente para realizar continuamente los pasos para la anestesia del nervio bucal y lingual, se realiza un moviendo suave de la jeringuilla para retroceder a la posición que se comenzó para la anestesia del nervio bucal sin extraer la aguja del interior de la mucosa. La jeringuilla colocada en la arcada del lado contrario sé continuo introduciendo, hasta que la aguja permanezca afuera, 1 cm. de su diámetro, con respecto al adaptador.

3.2.1 TECNICAS QUIRURGICAS PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO

Consiste en los pasos de una exodoncia desde la incisión hasta la sutura:

- Incisión y despegamiento del colgajo
- Ostectomia
- Operación propiamente dicha o extracción
- Limpieza quirúrgica de la cavidad
- Sutura

INCISION Y DESPEGAMIENTO DEL COLGAJO: Se puede utilizar periostotomo, bisturí o elevadores y consiste en la separación de las fibras periodontales que unen la encía al diente. Se utilizo el sindesmotomo y elevador recto de Winter.

Ya que sirve para producir la sindesmotomia, iniciar o hacer la luxación, extraer resto radiculares.

OSTECTOMÍA: El objeto de ellas es resecar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia. Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la ostectomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante.

OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA: La extracción del molar inferior izquierdo, se realiza después de eliminados los factores de la resistencia. Se aplica sobre la cara medial del tercer molar un elevador, que siguiendo los principios mecánicos de la palanca de primero y segundo género con punto de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio bucal, eleva el molar, dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba.

El curetaje se realiza con una cureta quirúrgica para eliminar cualquier esquirla ósea que pueda quedar en el alveolo de esta manera se estimula la formación de un buen coagulo de sangre que será el reparador de la extracción para regenerar los tejidos.

Limpieza quirúrgica de la cavidad: Lavajes con solución fisiológica y la reposición del colgajo con una gasa embebida en solución fisiológica, se realizar una compresión con los dedos sobre la encía de la pieza extraída con el fin de manualmente tratar de unir los labios de la herida y la sutura con hilo reabsorbible o no, realizando puntos simples o continuos, según el caso.

SUTURA: Se la efectúa para unir los tejidos separados por la incisión y hacerlos reposar sobre hueso sano para favorecer una correcta cicatrización y una buena hemostasia.

Se aplicó la técnica discontinua con seda negra 3.0 con aguja curva, que consiste en efectuar puntos independientes uno de otro fijados con un nudo a cada uno de ellos y a una distancia media de 0.5 a 1 centímetro entre ellos.

Tipo de sutura utilizada: Se utilizo el procedimiento de puntos individuales que consiste en realizar puntos independientes con la aguja enhebraba y manejada por la porta aguja se perfora la fibra mucosa del lado palatino.

La aguja recorre el trayecto hasta llegar el lado vestibular frente a la perforación del lado palatino se reactiva la aguja y el hilo recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso se afrontan los labios y se anudan. En el caso de la pieza 38 se procedió a coger 3 puntos de sutura individuales.

Es el nudo más frecuentemente para realizar el nudo se enrolla el extremo largo de la sutura (unido a la aguja) alrededor de la porta agujas con dos vueltas (doble lazada sobre porta, con hilo proximal). Con la punta de la porta se sujeta el cabo suelto, y se estiran los extremos para tensar el nudo. Se repite la operación en el sentido contrario, para fijar el nudo. Se estira ambos cabos para cortar el hilo y dejar dos extremos cortos.

POST OPERATORIO: Son todas las indicaciones que se le dan al paciente después del acto quirúrgico respecto a sus cuidados como son receta e indicaciones de cómo debe tomarlas.

RECETA

- Amoxicilina de 500mg # 9. 1 cada 8 horas
- Nalgan de 1g.# 9 1 cada 12 horas
- Vitamina Cebion tableta 500 mg masticables # 20 masticar. 2 tab diarias

RECOMENDACIONES

- .Evitar esfuerzos físicos por lo menos 72 horas.

- Dieta fresca y blanda.
- Buena higiene bucal, El antibiótico terapia debe administrarse dependiendo de la infección.

RECOMENDACIONES

Después del tratamiento quirúrgico, el Dentista comprueba con atención, que la muela esté completa, íntegra. Que no se haya fracturado una de las raíces, o una porción de la raíz, o un pequeño ápice radicular, y que se haya quedado dentro. Debe ser eliminado.

Una vez terminada la cirugía el paciente tendrá que retirarse con un apósito de gasa en la herida, manteniéndolo mordido por 30 minutos, ya que la presión ayudaría a la formación del coagulo.

No se deberá tocar la herida ni con los dedos, lengua, palillos, ni con objetos infecciosos, no realizar ningún tipo de enjuagues, por el plazo de 24 a 36 horas, Porque podría causar infección llevando consigo a hemorragias

No ingerir organismos extraños que produzcan taponamiento y a la vez dolor e inflamación.

En caso de hemorragia deberá morder fuertemente un apósito estéril de gasa, puede que el sangrado se produzca porque el paciente no mordió correctamente el apósito de gasa que se le coloco luego de la cirugía.

Aplicar compresas de agua fría externamente sobre la zona quirúrgica durante 20 minutos y tomar un debido reposo.

CONCLUSIONES

Existen diferentes técnicas para el tratamiento quirúrgico de los molares ya sean erupcionados o retenidos , esto se debe a que cada profesional adopta la técnica más conveniente a su criterio y la que en definitiva más 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 diagnóstico, 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.

Se puede asegurar que la exodoncia, acto quirúrgico, es la base de la Cirugía Bucal, bien sea como extracción simple o quirúrgica de dientes retenidos, o bien se trate de un diente con anomalía de posición o situación más o menos ectópica. La exodoncia no debe suponer un riesgo en cuanto a su realización y posoperatorio correspondiente. Las complicaciones habituales de hemorragia, infección y dolor que acompañaban en el pasado a todo acto quirúrgico, han sido superadas, logrando que la exodoncia sea una técnica aparentemente fácil, sin el más mínimo dolor y con pocas complicaciones posoperatorias.

La cirugía oral es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa de la prevención, estudio, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología de la cavidad bucal y del territorio craneofacial, así como de las estructuras cervicales relacionadas directa o indirectamente con las mismas. Recordemos que para realizar una buena cirugía de tercer molar es realmente indispensable tener el diagnóstico preoperatorio correctamente realizado para así descartar algún tipo de complicación.

RECOMENDACIONES

Es conveniente recopilar una serie de datos que permita analizar concreto y, poder así predecir con mayor exactitud la intensidad de las manifestaciones que se puedan presentar y llegar a establecer la mejor pauta farmacológica.

También es importante informar al paciente, para propiciar un cambio de actitud que mejore la calidad de su postoperatorio.

De esta forma, cualquier estudio encaminado al conocimiento de los factores implicados en la producción y mantenimiento de las secuelas del tercer molar semiretenido estaría justificado como un intento de proporcionar el menor malestar posible al paciente en el post operatorio.

BIBLIOGRAFIA

Escoda Cosme Gay: Cirugía Maxilofacial Editorial S.A - 131 pág. 2008

Figun Mario Eduardo: Anatomia Odontologica Funcional y Aplicada, Editorial El Ateneo; Buenos Aires-Argentina

Gibilisco Joseph A.: Diagnostico Radiológico en Odontología, Editorial El Ateneo; Buenos Aires-Argentina

Regezi Joseph A- James J. Sciubba; Patología Bucal. Interamericana; McGraw-Will. México D.F 1991.

Ríes Centeno Guillermo A; El Tercer Molar Superior Retenido; Editorial El Ateneo; Buenos Aires-Argentina-1960.

Internet

http://webdental.wordpress.com/2009/05/13/terceros-molares-o-muelas-del-juicio/: visitada el día 24 de marzo del 2011.

ANEXOS

ANEXO 1
HISTORIA CLÍNICA

CASO DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO

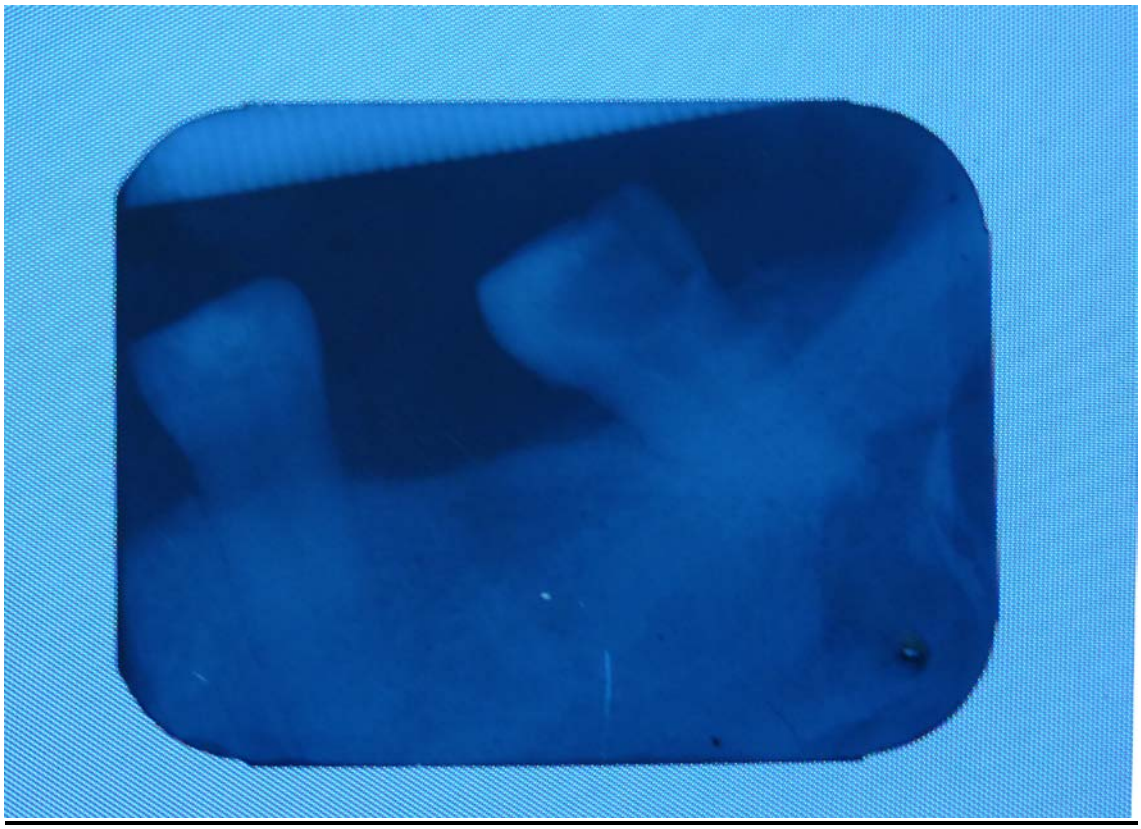
ANEXO 2

Operador y Paciente

Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,

Oviedo D, 2011

ANEXO 3

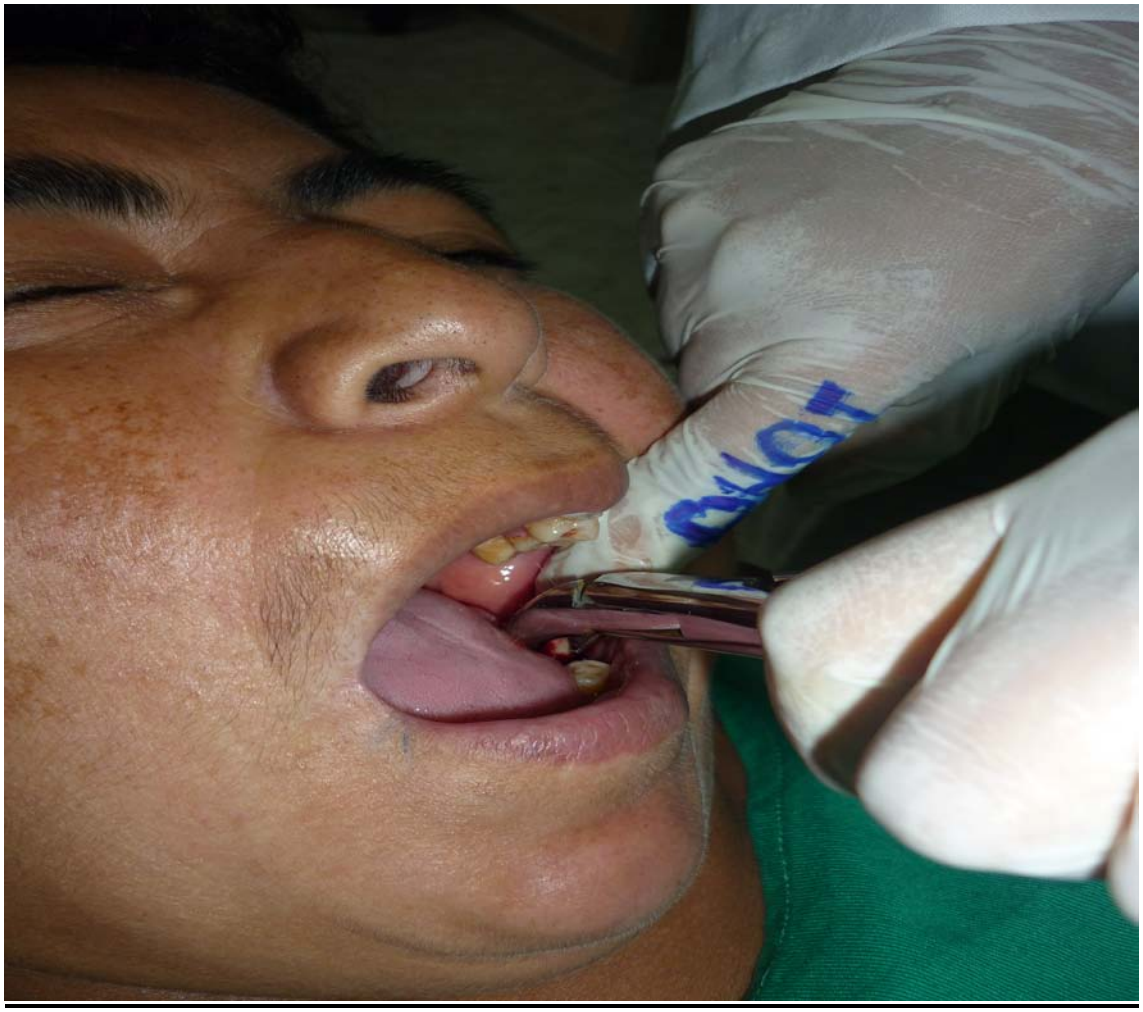


Película Peri apical pieza tercer molar inferior izquierdo se observa corona con sombra radiolucida a nivel ocluso distal compatible con proceso carioso con aparente comunicación pulpar; raíces fusionadas; espacio periodontal normal ápice y periápice presenta sombra radio lúcida compatible con proceso de osteolisís. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

ANEXO 4

Examen clínico del tercer molar inferior izquierdo, presenta caries a nivel distal, mucosa alveolar inflamada Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011.

ANEXO 5



Técnica Quirúrgica: Prehension, Luxación Tracción. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011.

ANEXO 6

Sutura de la cavidad con punto separado con seda 3-0; Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, De Oviedo D, 2011

ANEXO 7

Tercer molar inferior izquierdo pieza extraída. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D, 2011

OTROS CASOS CLÍNICOS REALIZADOS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

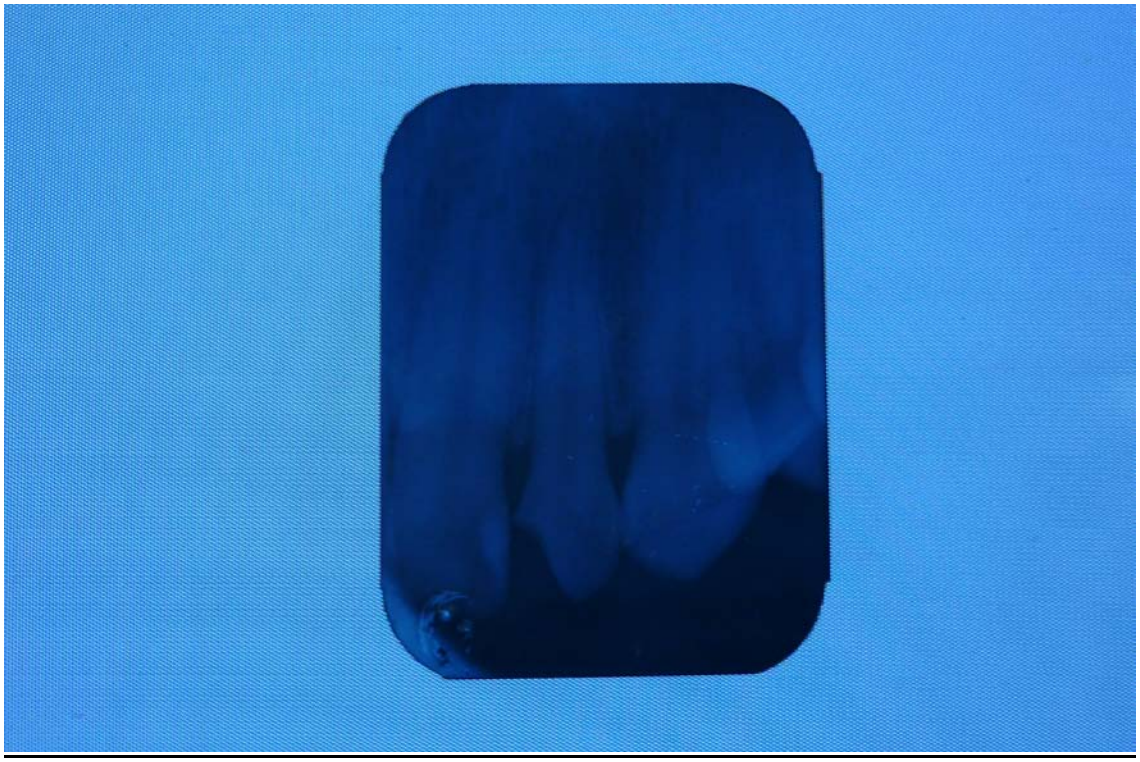
CASO DE OPERATORIA

RESTAURACION DE CUARTA CLASE DEL INSICIVO LATERAL SUPERIOR IZQUIERDO.

Foto 1

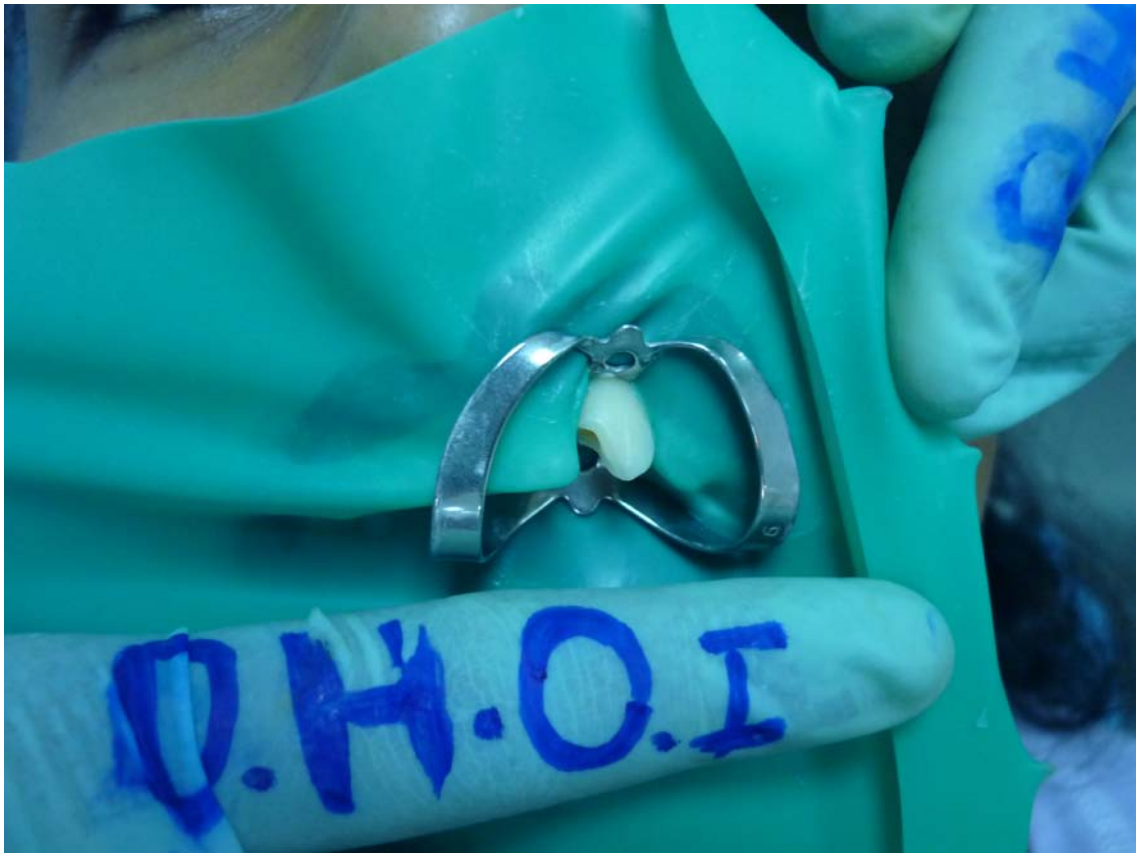
Operador y Paciente. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 2



Película Peri apical del incisivo superior izquierdo; con sombra radiolúcida con proceso carioso a nivel mesial sin aparente comunicación pulpar; una raíz recta y cónica y un conducto recto y amplio; espacio periodontal normal; apice y periapice normal. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 3

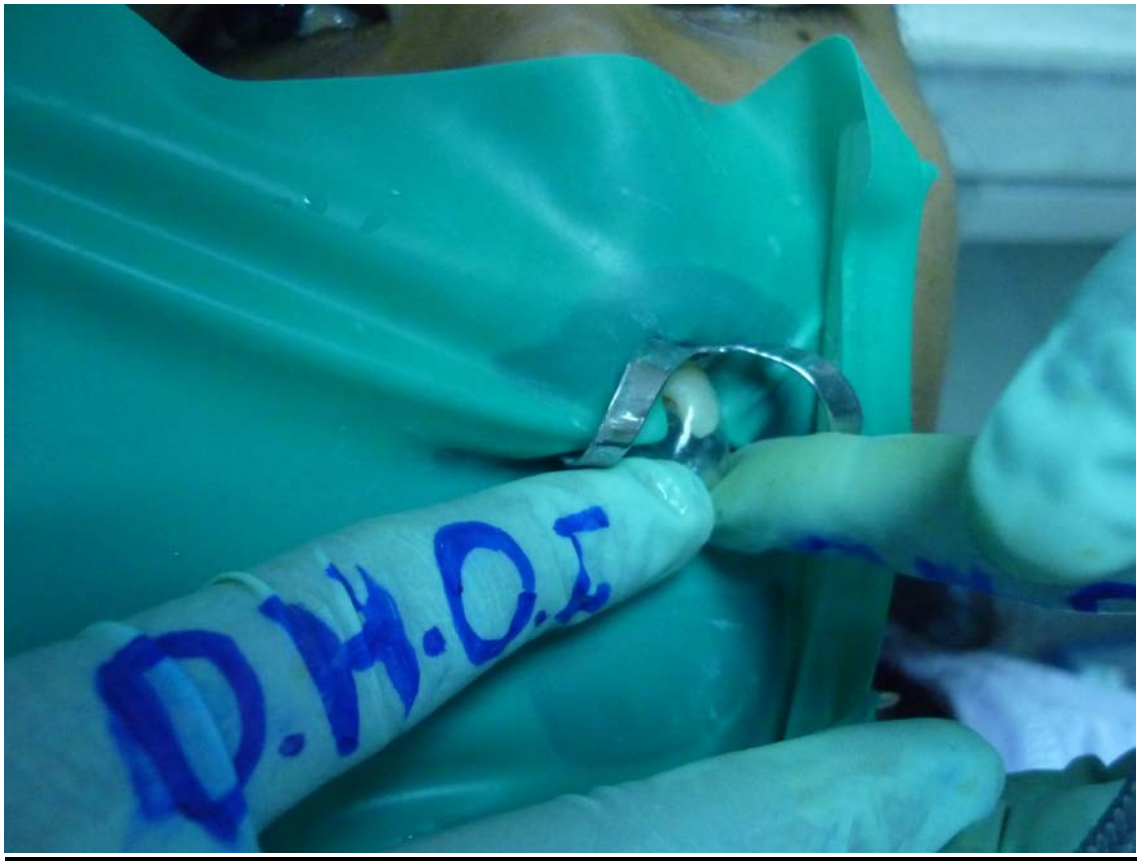


Examen clínico del incisivo superior izquierdo presenta proceso carioso en su cara mesial Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 4

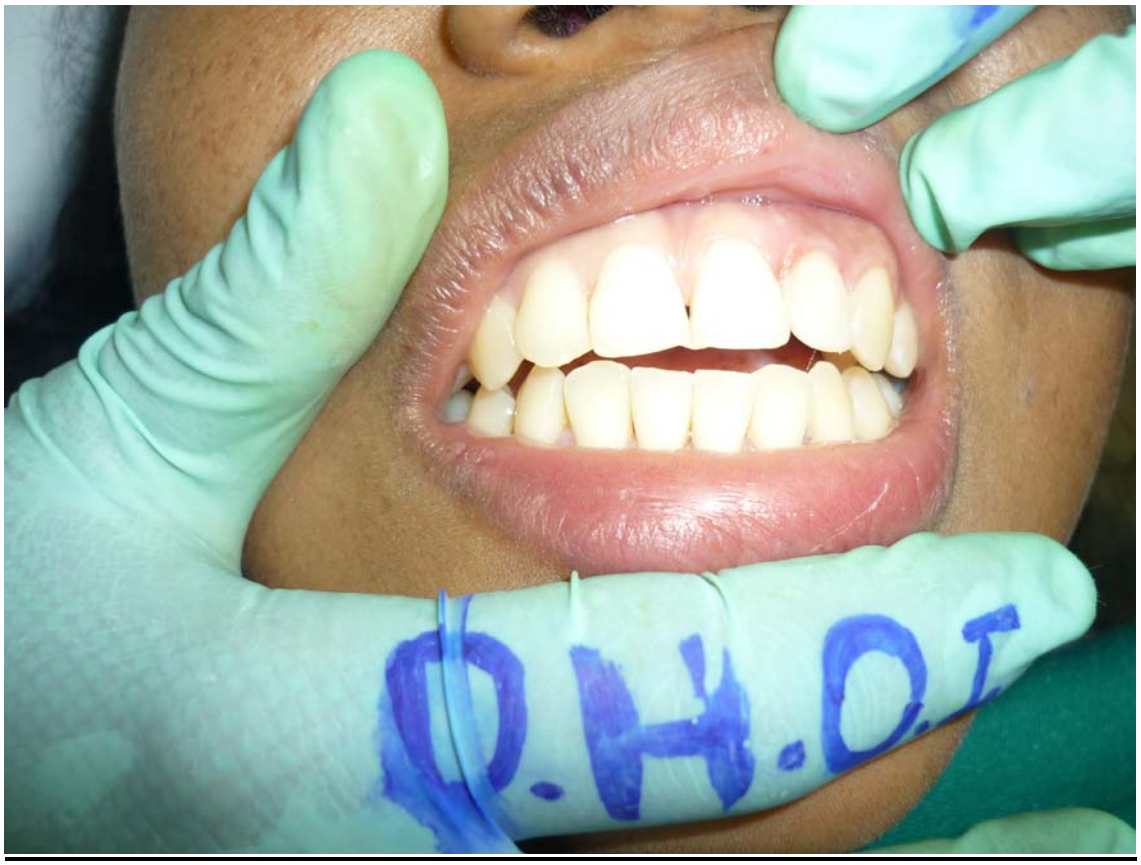
Cavidad conformada y aislamiento absoluto del incisivo superior izquierdo; Clínica de Internado Facultad de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 5



Cavidad conformada y con resinfort y aislamiento absoluto del incisivo lateral superior izquierdo. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 6



Incisivo lateral superior izquierdo restaurado, Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

CASO DE PREVENCIÓN

SELLAMIENTO DE FOSAS Y FISURAS EN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES

Foto 1

Operador y Paciente. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 2

Presentación de molares superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

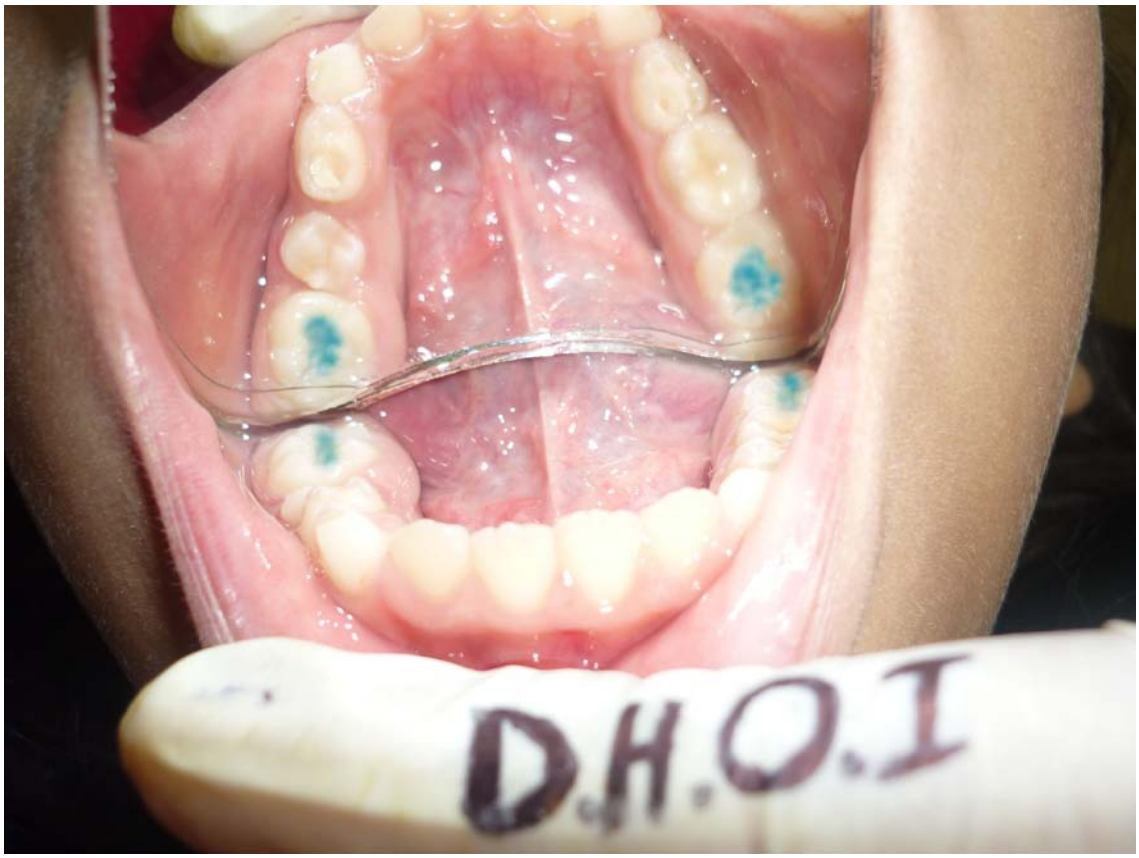
Foto 3

Presentación de molares inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 4

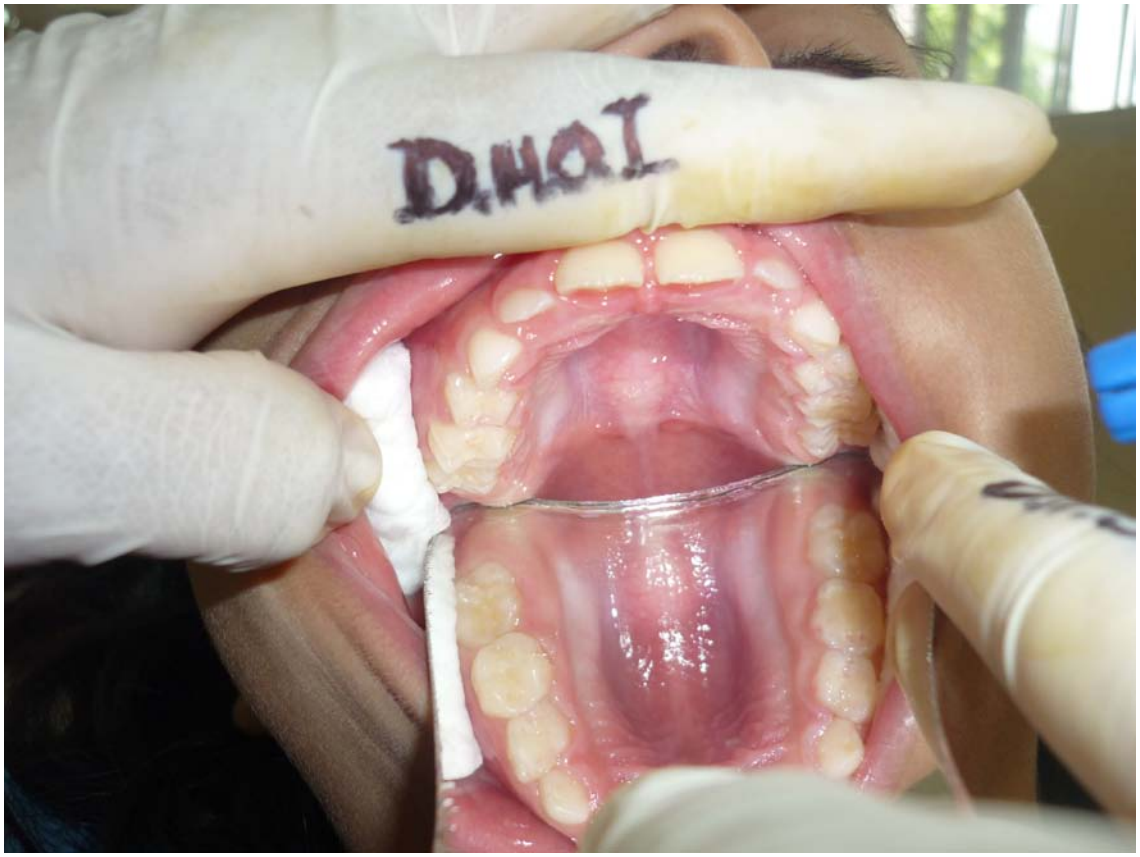
Primeros molares superiores permanentes con acido grabador. Clínica de Internado Facultad Piloto de odontología, Oviedo D., 2011

Foto 5



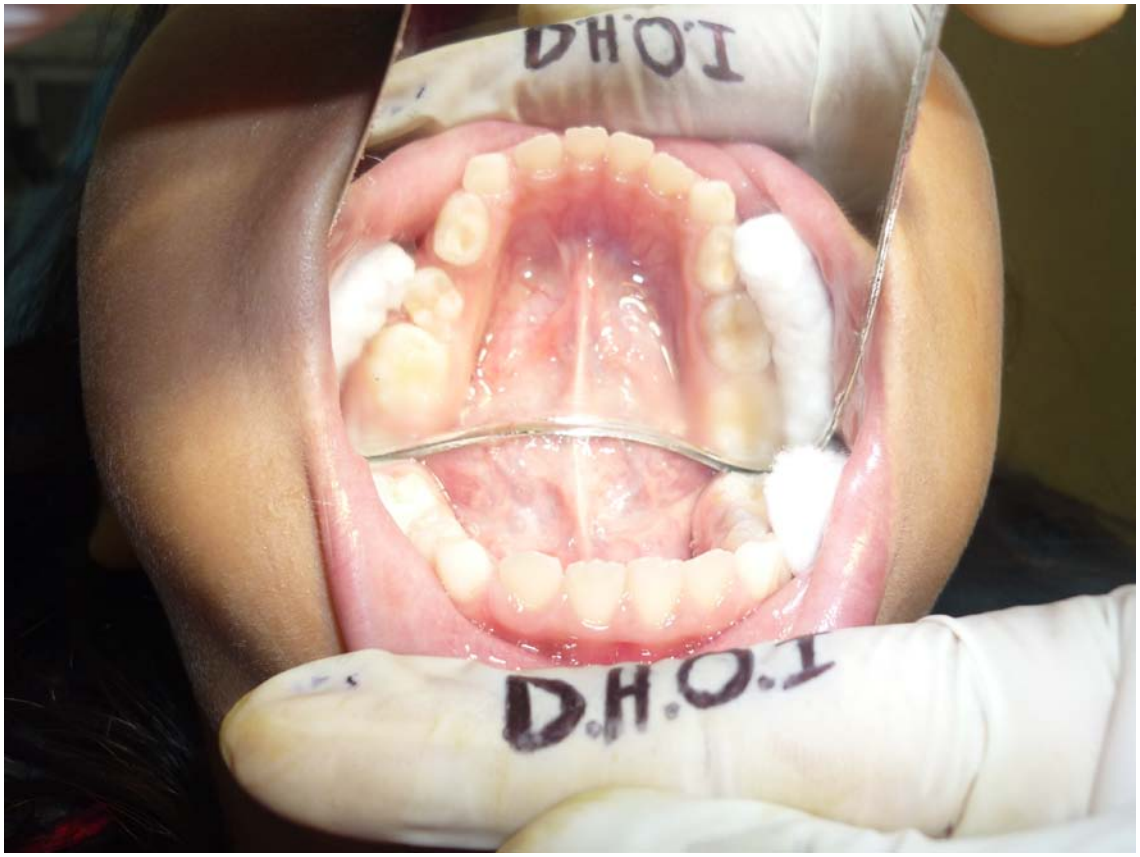
Primeros molares inferiores permanentes con acido grabador. Clínica de Internado Facultad Piloto de odontología, Oviedo D., 2011

Foto 6



Los primeros molares superiores permanentes con alveoloplastia. Clínica Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 7



Los primeros molares inferiores permanentes con alveoloplastia. Clínica Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 8

Los primeros molares superiores permanentes con sellantes. Clínica Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 9

Los primeros molares inferiores permanentes con sellantes. Clínica Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

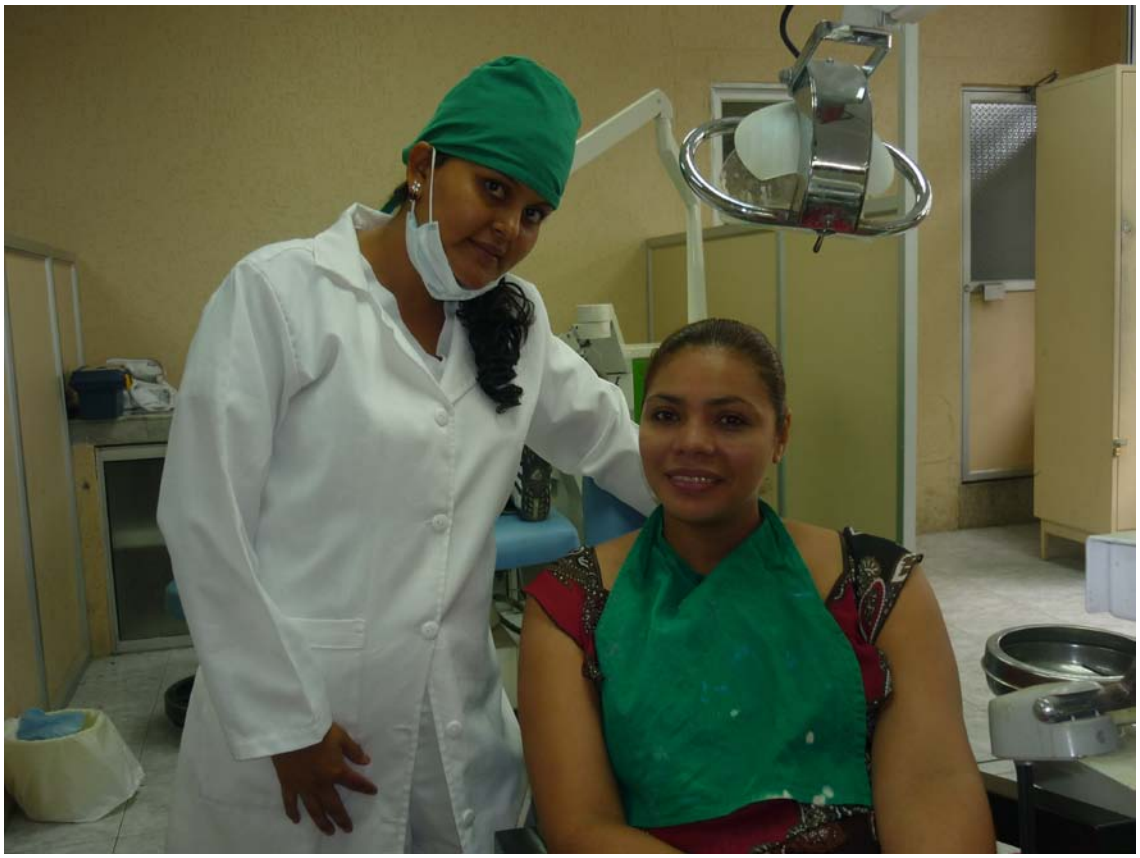
Foto 8

Fluorización. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

CASO DE PERIODONCIA

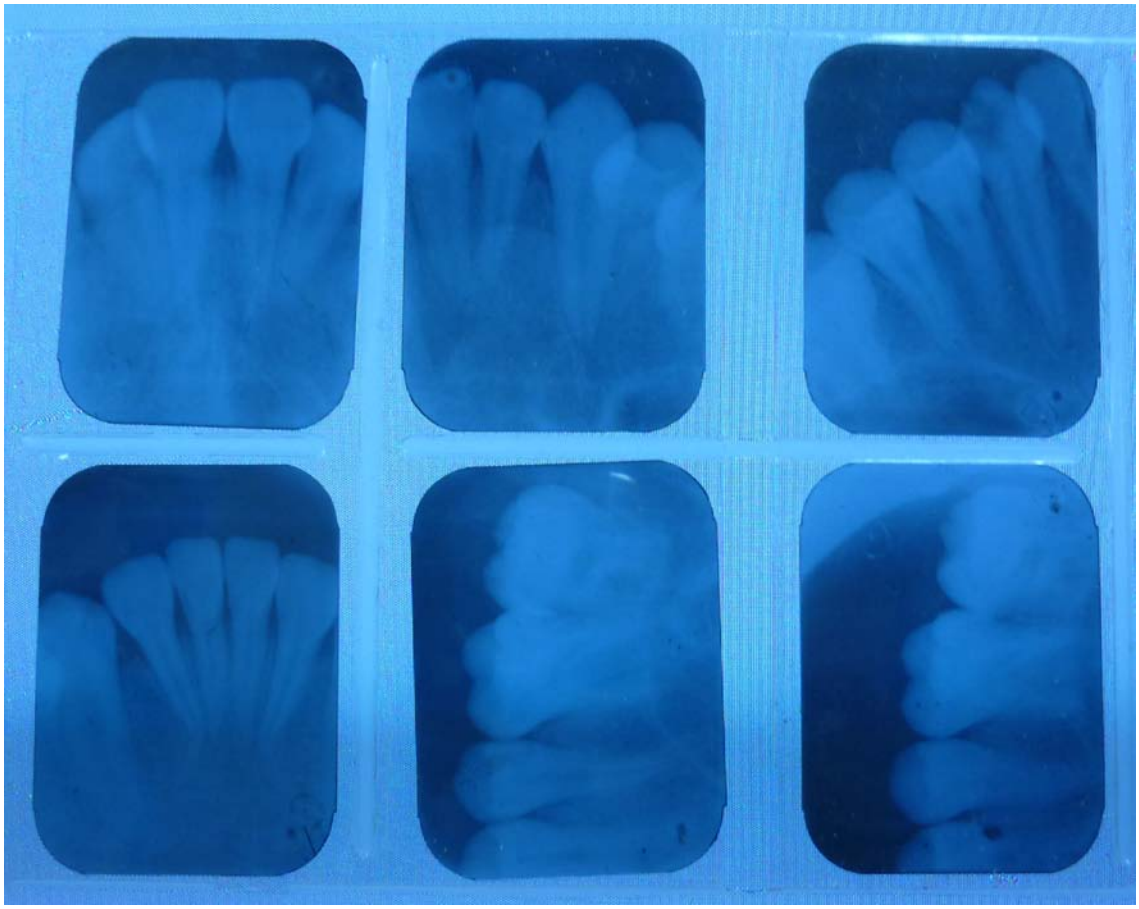
PERIODONTITIS CRONICA GENERALIZADA

Foto 1



Operador y Paciente. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011.

Foto 2

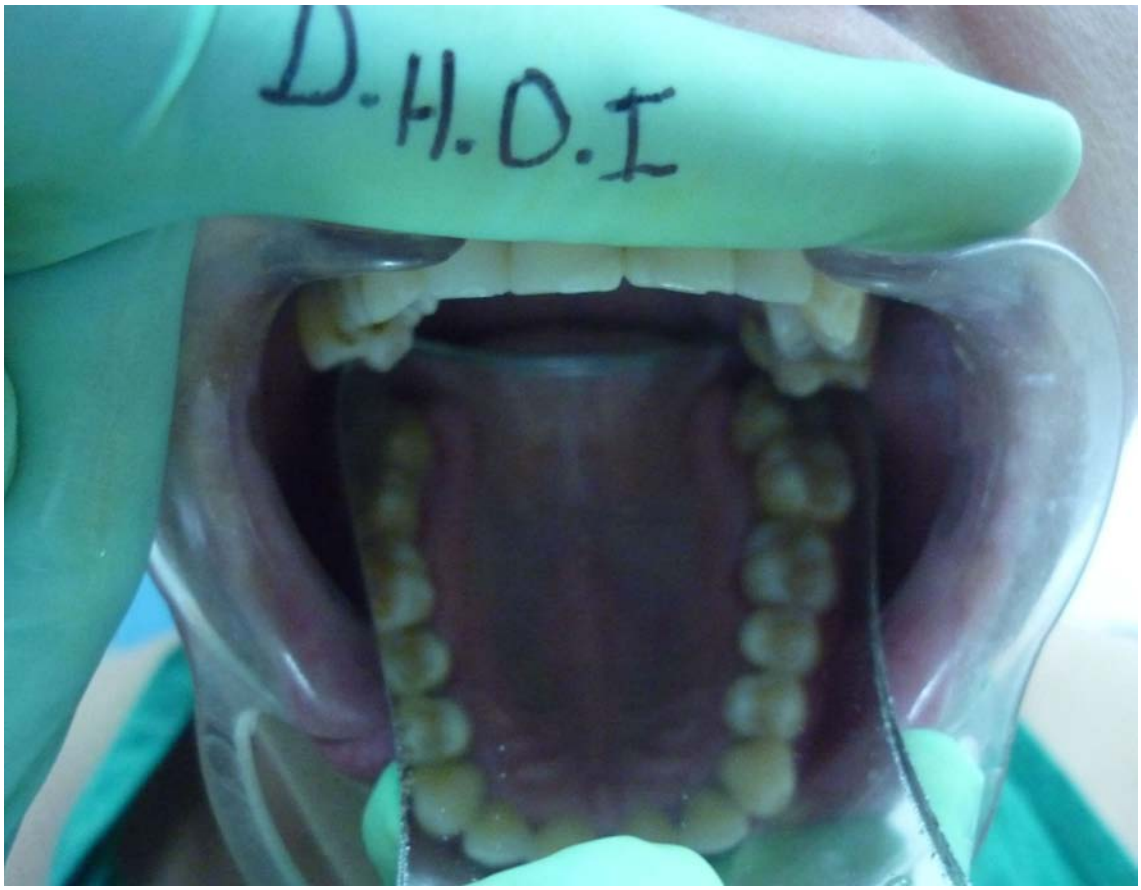


Radiografías de diagnostico de la arcada superior e inferior de la cavidad bucal. Clínica De Internado Facultad Piloto De Odontología Oviedo D., 2011.

Foto 3

Vista de la arcada superior e inferior por vestibular. Clínica de Internado Facultad de Odontología, Oviedo D, 2011

Foto 4

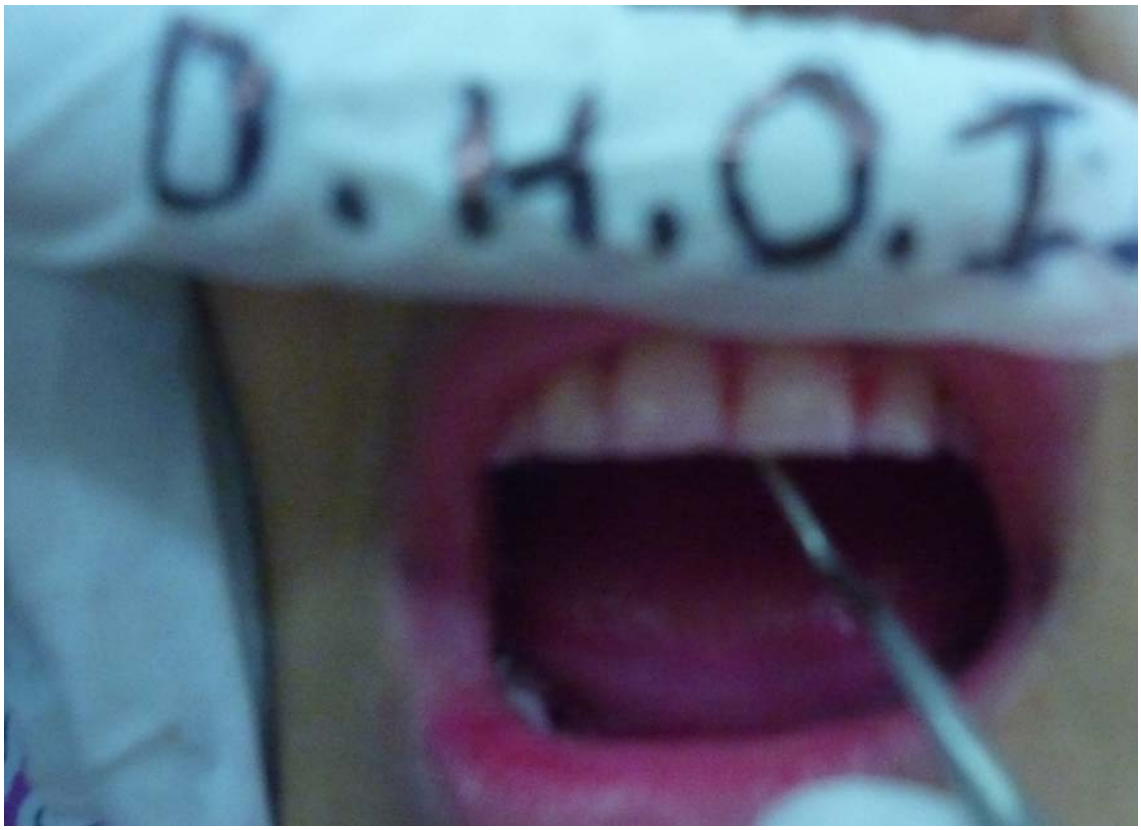


Arcada superior previo al tratamiento. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 5

Arcada inferior previa al tratamiento. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 6



Destartraje de arcada superior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 7

Destartraje de arcada inferior. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 8

Vista por vestibular de la arcada superior e inferior después de terminado el tratamiento. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 9

Arcada superior después de terminado el tratamiento. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 10

Arcada inferior después de terminado el tratamiento. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

Foto 11

Fluorización con la cubeta ara la arcada superior e inferior de la cavidad bucal Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D, 2011

CASO DE ENDODONCIA DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR DERECHO PERMANENTE

Foto 1

Operador y Paciente

Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología,

Oviedo D., 2011

Foto 2

Película Peri apical de incisivo central superior derecho; Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

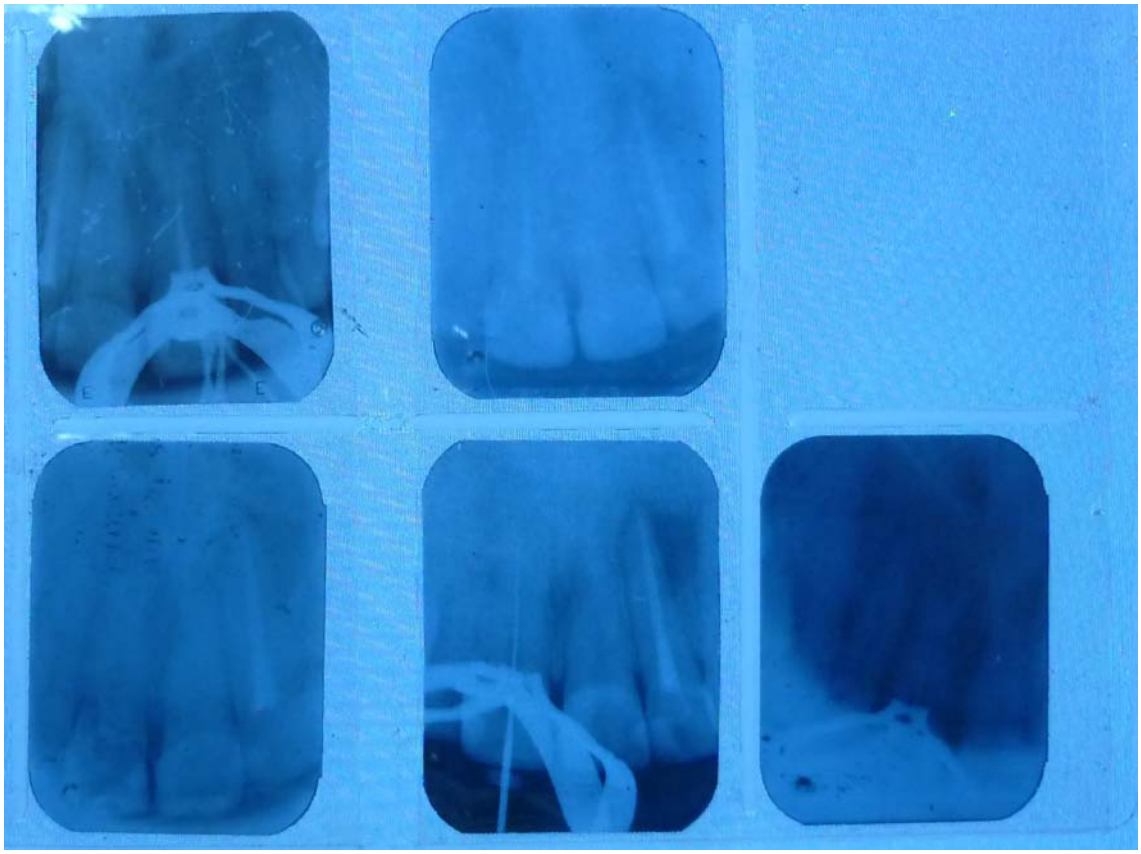
Foto 3

Apertura con Aislamiento. Clínica de Internado Facultad piloto de odontología, Oviedo D., 2011

Foto 4

Pieza con Aislamiento y Conos. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología Oviedo D., 2011

Foto 5



Radiografías ya terminadas. Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011

Foto 6

Caso Terminado. Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología, Oviedo D., 2011