UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO/A

TEMA:

Cirugía De Tercer Molar Inferior Incluido En Posición Horizontal

AUTOR: JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

TUTOR/A:

DR.NERVO MEDRANO NUÑES.

GUAYAQUIL,ENERO,2017

ECUADOR

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

los abajo firmantes certifican que el trabajo de grado previo a la obtención del título de odontólogo. es original y cumple con las exigencias académicas de la facultad de odontología, por consiguiente se aprueba

Dr. MIGUEL ÁLVAREZ AVILÉS, MSC.
DECANO

Dr. JULIO ROSERO MENDOZA, MSC.
GESTOR DE TITULACIÓN

APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es CIRUGÍA DE TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO EN POSICIÓN HORIZONTAL:, presentado por la Sr. JOSÉ LUIS GERMAN JIMENEZ, del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, 6, de ENERO .del 2017.

…….

DR.NERVO MEDRANO NUÑEZ.

CC:0906122593

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, JOSÉ LUIS GERMAN JIMENEZ, con cédula de identidad N°0926712399, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil,6 , de ENERO .del 2016.

…….

JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

CC: 0926712399

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a la memoria de mi abuela Leonor Jiménez, y a mi madre Nora Jiménez quien sigue dándome todo su apoyo incondicional.

A mis hijos quienes son el pilar más fuerte para poder superarme y me dan día a día los ánimos y valentía para salir adelante ante cualquier adversidad, a los docentes y compañeros quienes en todo momento de la carrea estudiantil me dieron su ayuda

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a DIOS por brindarme la oportunidad de seguir esta carrera y acompañarme durante todo el camino, agradezco a mi tutor el Dr. Nervo Medrano Núñez por brindarme su ayuda y guiarme pasó a paso en este proyecto de caso clínico, agradezco también por facilitarme los medios específicos para llevar a cabo todo lo propuesto durante el desarrollo d este caso clínico.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr. Miguel Álvarez Avilés, MSC
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo ANALISIS DE CASO, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil,7 , de Enero del 2017.

…….

JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ
CC:0926712399

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

Yo JHONATHAN LENIN JIMENEZ RAMIREZ (PACIENTE) , con cédula de identidad N°……., autorizo a los estudiantes para que tomen fotografías, cintas de video, películas y grabaciones de sonido de mi persona o para que me realicen una entrevista y puedan ser copiadas, publicadas ya sea en forma impresa sólo con fines académicos.

Firma……

Fecha……..

Dr. Julio rosero Mendoza Esp. MSC
GESTOR DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RESUMEN

Objetivo: Realizar la cirugía de los terceros molares en posición horizontal mediante un caso clínico. **Problema:** Los terceros molares son los órganos dentales que presentan más variantes anatómicas que cualquier otro diente. Se puede observar variaciones a nivel de su morfología coronal y radicular, en tamaño y en número. Su morfología oclusal es muy variable puede llegar a tener más de cinco cúspides, (Alberto, 2009) En cuanto a morfología y erupción los terceros molares son las piezas más irregulares dentro de la dentición permanente. la extracción de la pieza dentaria y es una de las frecuentes dentro de la cirugía oral y Maxilo-facial. **Materiales y métodos:** Instrumental quirúrgico para terceros molares retenidos, Odontosección osteotomía, levantamiento de colgajo. Sutura. **Resultados:** control preoperatorio y posoperatorio**. Conclusiones**: en base al objetivo propuesto en la realización del caso clínico.La extracción quirúrgica de los terceros molares es quizás el procedimiento más frecuente dentro de la práctica odontológica. Siendo en nuestra actualidad un procedimiento muy técnico y avanzado llevando a cabo todos los protocolos de la cirugía y el buen cuidado post operatorio. Se aplicó las técnicas de odontosección, osteotomía previo al a aplicación de la anestesias con lidocaína ya que el paciente no presentaba ningún antecedente en su salud. Un antecedente muy importante de mencionar es que el paciente una vez dado el alta se le desarrollo hemorragia teniéndose que controlar con una ampolla de dicinone, actitud tomada por el paciente ya que él es profesional de la salud.

PALABRAS CLAVES: Cirugía—Tercer Molar-Posición Horizontal

ABSTRACT

Objective: To perform the surgery of the third molars in a horizontal position by means of a clinical case. Problem: The third molars are the dental organs that present more anatomical variants than any other tooth. Variations can be observed at the level of their coronal and ridiculer morphology, in size and number. Its occlusal morphology is very variable and may have more than five cusps, (Alberto, 2009). In terms of morphology and eruption, the third molars are the most irregular parts within the permanent dentition. Extraction of the tooth and is one of the frequent in oral and Maxillofacial surgery. Materials and methods: Surgical instruments for third molars retained, Odontoseccion osteotomy, flap lifting. Suture. Results: preoperative and postoperative control. Conclusions: based on the objective proposed in the clinical case. The surgical extraction of the third molars is perhaps the most frequent procedure in dental practice. Being in our present time a very technical procedure and advanced carrying out all the protocols of the surgery and the good care post-operative. The techniques of odontosection, osteotomy prior to the application of anesthesia with lidocaine were applied since the patient did not present any antecedent in his health. A very important precedent to mention is that once the patient has discharged, he develops hemorrhage having to control with a ampoule of dicinone, an attitude taken by the patient since he is a health professional.

KEYWORDS: Surgery-Third Molar-Horizontal Position

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL XI
1 INTRODUCCION 1
1.1 DIFERENCIA ENTRE LA RETENCIÓN, IMPACTACIÓN E INCLUSIÓN 2
1.2 ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES 3
1.3 DESARROLLO EMBRIONARIO DE UN TERCER MOLAR 5
1.4 CARACTERÍSTICAS SOBRE LA MORFOLOGÍA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES 5
1.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS SEGÚN WINTER 6
1.6 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SEGÚN PELL Y GREGORI 7
1.7 SEGÚN LA PROFUNDIDAD QUE SE HAYA RETENIDO EL MOLAR EN EL HUESO.- 7
1.8 PATOLOGÍAS Q SE PRESENTAN POR UN TERCER MOLAR RETENIDO 8
1.9 PATOLOGIA INFECCIOSA DE LA MUCOSA: 8
1.9.6 Gingivoestomatitis 9
1.10 CELULITIS FACIAL 9
1.11 Osteítis .- 10
1.12 Sinusitis .- 11
1.13 PATOLOGÍAS MECÁNICAS 11
1.14 Fracturas.- 12
1.15 Desplazamiento dentarios.- 12
1.16 PATOLOGÍA PERIODONTAL DE LAS PIEZAS VECINAS.- 13
1.17 PATOLOGÍAS TUMORALES 13
1.18 PATOLOGIAS NERVIOSAS 15
1.19 INDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TERCER MOLAR 15
1.20 FACTORES FAVORECEDORES Y COMPLICANTES EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TERCER MOLAR INFERIOR 16
1.21 POST OPERATORIO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO. 17
1.22 INFLAMACION.- 17
1.23 Tratamiento de la inflamación.- 17
1.24 Dolor. 17

1.25 TRATAMIENTO.- 18
1.26 TRISMUS.-....18
1.27 TRATAMIENTO DEL TRISMUS.- 19
2 OBJETIVO....20
3 PROCESO DEL CASO....20
3.1 HISTORIA CLÍNICA: 079753....20
3.2 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE....20
3.3 MOTIVO DE LA CONSULTA 20
3.4 ANAMNESIS....21
4 Foto# 1: odontograma....21
IMÁGENES DE RX PANORÁMICA; RX PERIAPICAL; FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES....22
FOTO#2: IMAGEN RADIOGRAFICA PANORAMICA 22
FOTO#3: IMAGEN FRONTAL....23
FOTO#4:IMAGEN LATERAL DERECHA....24
FOTO#5: IMAGEN LATERAL IZQUIERDA 25
FOTOS INTRAORALES OCLUSALES 26
FOTO#6: (ARCADA SUPERIOR)....26
FOTO#7: ARCADA INFERIOR....27
FOTO#8: IMAGEN FRONTAL AMBAS ARCADAS EN OCLUSION 28
5 DIAGNOSTICO....29
6 PRONOSTICO 29
7 PLANES DE TRATAMIENTO 29
8 TRATAMIENTO 30
FOTOGRAFIA # 9: ORDEN DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO 30
FOTOGRAFIA# 10: PRESENTACION DEL INSTRUMENTAL A USAR....31
FOTOGRAFIA# 11: PRESENTACION DEL INSTRUMENTAL A USAR....32
FOTOGRAFIA # 12:PRESENTACION SOLUCION ANTISEPTICA 32
Fotografía #13: ASEPSIA EXTRA –ORAL 34
FOTOGRAFIA #14:COLOCACION DEL CAMPO OPERATORIO....35
FOTOGRAFÍA # 15: EXPLORACION CLINICA 36
FOTOGRAFIA # 16 ASEPSIA INTRAORAL 37
FOTOGRAFIA # 17 APLICACIÓN DE ANESTESIA....38

FOTOGRAFIA # 18 TECNICA DE ANESTESIA 39
FOTOGRAFIA# 19 : INCISIÓN 40
FOTOGRAFIA # 20: LEVANTAMIENTO DE COLGAJO.....41
FOTOGRAFIA # 21:OSTEOTOMÍA.....42
FOTOGRAFIA # 22:AVULSIÓN DENTARIA.....43
FOTOGRAFIA # 23: PRESENTACION DE LA PIEZA EXTRAIDA 44
FOTOGRAFIA # 24: LAVADO DE LA HERIDA 45
FOTOGRAFIA# 25: LIMPIEZA DE LA HERIDA 46
FOTOGRAFIA # 26: ALVEOLO LIBRE DE CUERPO EXTRAÑO POST EXTRACCION.....47
FOTOGRAFIA # 27: TECNICA DE SUTURA.....48
FOTOGRAFIA # 28: CORTE CORRECTO DE HILOS 49
FOTOGRAFIA # 29: CORRECTA TECNICA DE SUTURA 50
FOTOGRAFIA # 30: IMAGEN POST QUIRURGICA, 7 DIAS 50
9 DISCUCIÓN 51
10 CONCLUSIONES 52
11 RECOMENDACIONES 53
12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....54
13 ANEXOS 55

1 INTRODUCCION

Los terceros molares o cordal incluido son piezas dentarias que generalmente empiezan a erupcionar entre la edad de 18 a 25 años de edad por lo cual con mayor frecuencia se encuentran incluidos o impactados al no encontrar el espacio requerido para su correcta erupción. (Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

Los terceros molares son los órganos dentales que presentan más variantes anatómicas que cualquier otro diente. Se puede observar variaciones a nivel de su morfología coronal y radicular, en tamaño y en número. Su morfología oclusal es muy variable puede llegar a tener más de cinco cúspides, con una corona incluso más grande que la de la segunda molar inferior. (Alberto, 2009)

La dificultad en la erupción de los terceros molares especialmente de los inferiores está relacionada a su formación tardía y su evolución filogenética que ha sufrido la mandíbula que ha dado como resultado la falta de espacio para que las piezas erupciones normalmente.(R.HUPP, 2009)

Sin embargo, los terceros molares pueden lograr erupcionar adecuadamente y sin complicaciones, consiguiendo en algunos casos servir como pilares para una prótesis.

Estas piezas dentarias deben ser extraídas, sólo si comprometen la fisiología y no cumplen las funciones mecánicas debido a una mala erupción provocando diferentes patologías.

Es muy importante saber cuál es la posición tipo y clase de un tercer molar incluido ya que esto va ayudar al especialista para elegir la técnica quirúrgica más adecuada para así facilitar al operador la extirpación de los mismos.

Hasta el momento podemos decir q la extracción profiláctica del germen del tercer molar se efectúa de forma empírica .(Bruce RA, 2011)

Esta extracción profiláctica ha sido indicada como una terapéutica beneficiosa para el paciente hasta los 25 años ya que evitara la aparición de complicaciones quísticas o infecciosa(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

Es recomendable q los terceros molares sean extraídos en personas q desempeñan deportes de alto riesgo como el karate, kick boxin etc., el motivo de realizar la extracción en estas personas es porque se corre un alto peligro de fractura del Angulo de la mandíbula.

Las exodoncias de los terceros molares inferiores se pueden mostrar como un trabajo simple y sencillo o a su vez sumamente complejo y difícil, uno de los primeros factores para q se torne compleja dicha extracción es la accesibilidad al órgano dental, siendo obstaculizado por los segundos molares u otra estructuras q imposibilitan la correcta cirugía, siempre es recomendable antes de hacer el tratamiento quirúrgico realizar un análisis tanto como de laboratorios como de rayos x para poder tener en claro por dónde realizar el abordaje quirúrgico.(chiapasco, 2010)

1.1 DIFERENCIA ENTRE LA RETENCIÓN, IMPACTACIÓN E INCLUSIÓN

1.1.1 LA RETENCIÓN.-

Se da cuando un diente no completa su erupción dentro del rango de tiempo normal esperado con respecto a la edad del paciente. Clínicamente, el diente no ha perforado la mucosa y, por consiguiente, no ha adoptado una posición adecuada en el arco dentario.

Este concepto, involucra tanto los dientes en proceso de erupción como los dientes impactados. Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones con respecto a las retenciones: Todo diente pasa por una etapa de retención fisiológica, luego pasan a un periodo de retraso de la erupción variable según el caso, se debe esperar el término del tiempo estimado para la erupción, de lo contrario se corrobora la retención y, finalmente, si la retención produce alguna manifestación clínica, se clasifica como retención patológica.(Raspall, 2006)

1.1.2 LA IMPACTACIÓN.-

Es cuando no se completa la erupción de la pieza dentro del rango de tiempo normal esperado con respecto a la edad del paciente; sin embargo en este caso existe una interferencia o bloqueo en el trayecto normal de erupción de dicho

diente, debido a la presencia de un obstáculo mecánico como por ejemplo otros dientes, hueso excesivamente grueso, fibrosis o exceso de tejido blando.(Raspall, 2006)

1.1.3 LA INCLUSIÓN.-

Se da cuando no se da la erupción dentro del rango de tiempo normal esperado con respecto a la edad del paciente, también se da por una interferencia o bloqueo del trayecto normal de erupción del diente en este caso la presencia de un obstáculo mecánico; sin embargo este diente queda dentro del hueso y aún se encuentra rodeado por su saco peri coronario.

En algunos casos la presencia de este órgano dental no tiene ningún tipo de patologia, pudiendo ser asintomáticos y participar en la oclusión como las demás piezas dentarias.(Raspall, 2006)

1.2 ETIOLOGIA DE LOS TERCEROS MOLARES

La etiología de los cordales es un tema muy variado ya q existen diferentes factores que pueden ser embrionarios, genéticos, anatómicos debido a la reducción de los maxilares y locales .(NAVARRO, 2004)

1.2.1 FACTOR EMBRIOLÓGICO.-

los terceros molares se desarrollan de un mismo cordón epitelial, pero con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como q si estuviéramos tratando de una pieza de reemplazo, la calcificación de este diente empieza a la edad de los ocho o diez años terminando de calcificar su corona a los 15 - 16 años; terminando con la calcificación total de sus raíces a los 25 años de edad realizándose este desarrollo en un espacio muy reducido, provocando q el hueso en su crecimiento empuje a las raíces del tercer molar hacia atrás explicando de esta manera la oblicuidad del tercer molar en relación a la cara distal del segundo molar.(l.Davis, 1988)

El germen del tercer molar crece al final de la lamina dentaria, modificándose la región del ángulo mandibular durante la formación del molar, durante este proceso de alargamiento óseo las partes del diente q aun no están calcificadas se van arrastrando hacia atrás.

La evolución del tercer molar inferior se presenta en un espacio muy reducido entre el segundo molar y la rama ascendente y entre las corticales Oseas siendo la cortical externa más espesa y compacta obligando así a dirigirse más bien a la cortical interna de esta manera el tercer molar se ve obligado a implantarse hacia lingual.(I.Davis, 1988)

1.2.2 FACTORES ANATOMICOS .-

El poco espacio retro molar es uno de los factores más comunes para que se dé la retención de un tercer molar inferior. el espacio retro molar a ido disminuyendo con el lapso del tiempo, en la mandíbula del hombre neolítico había un espacio considerable entre la cara posterior del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

con el pasar de los tiempos este espacio a ido desapareciendo y es este uno de los motivos para q el tercer molar quede retenido o incluido dentro de la rama ascendente del tercer molar debido a este factor anatómico se ve el cordal obligado a desarrollarse en una posición ectópica.

El desarrollo de este diente se realiza en un espacio bastante reducido:

Hacia delante .- el segundo molar interrumpe el enderezamiento del tercer molar y puede lesionarse a diferente altura

Hacia abajo.- el cordal inferior puede llegar a tener una estrecha relación con el paquete vasculonervioso dentario inferior, atravesando en algunos casos por medio de sus raíces.

Haciaatrás.- el cordal inferior se va a encontrar con el borde anterior de la rama ascendente, dificultando una buena erupción dentro de la arcada

Hacia arriba .- cubierto por la mucosa sin cumplir la función habitual como lo hace la fibromucosa en el resto de los órganos dentales

Hacia afuera.- vamos a encontrar la cortical ósea externa sin paquetes nerviosos(Alberto, 2009)

Hacia dentro.- encontramos la cortical ósea interna, q separa al cordal inferior del nervio lingual y de la región sublingual.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.2.3 FACTORES GENÉTICOS.-

Se presentan con mucha frecuencia debido a trastornos hereditarios:

- trastornos en el desarrollo de los maxilares: como el retrognatismo mandíbula pequeña
- trastornos en el desarrollo del cráneo maxilares y dientes: como la disostosis cráneo facial.(Bruce RA, 2011)

1.2.4 FACTORES LOCALES.-

Siendo estas las causas o factores más frecuentes en cuanto a retención de los terceros molares.

- poco espacio en los maxilares, presentando arcadas pequeñas lo que nos lleva a posibles retenciones dentales
- tejido mucoso engrosado imposibilitando la erupción normal del cordal
- aumento en la densidad del hueso(Bruce RA, 2011)

1.3 DESARROLLO EMBRIONARIO DE UN TERCER MOLAR

Embriológicamente da a l finalizar el cuarto mes de vida intrauterina en esta etapa empiezan aparecer los gérmenes de los terceros molares, se considera que el tercer molar seria un diente de reemplazo del segundo molar por que el germen del tercer molar aparece a partir del germen del segundo molar.(Arteagoitia I, s.f)

Entre las edades de ocho a diez años podemos decir que empieza la calcificación de los terceros molares culminando con la corona entre los 15 y 16 años de edad terminando la calcificación de las raíces entre los 25 y 28 años de edad (DM, 1971; 82:624.)

1.4 CARACTERÍSTICAS SOBRE LA MORFOLOGÍA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Su anatomía es muy variable en cuanto a morfología, numero de raíces, numero de conductos y numero de cúspides.

esta pieza dental puede presentar de una a cuatro raíces, puede presentar raíces fusionadas cortas y curvas y mal formadas

presenta una longitud total de 18.5 mm, erupciona entre los 17 y 25 años puede presentar hasta seis conductos el tercer molar inferior.(l.Davis, 1988)

1.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS SEGÚN WINTER

1.5.1 RETENCIÓN MESIO-ANGULAR:

Esta es la retención que se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes y es una de las que menor riesgo tiene podemos encontrar este tipo de retención con un 43 % de los dientes retenidos (R.HUPP, 2009)

1.5.2 RETENCIÓN HORIZONTAL:

Cuando el eje mayor del tercer molar es perpendicular al segundo molar el diente retenido se considera horizontal la cual más difícil de extraer por lo cual es necesario optar por la cirugía con odonto-sección incluida la técnica de osteotomía, donde se realizara un abordaje por vestibular evitando de esta forma la innecesaria afección a estructuras vecinas.(R.HUPP, 2009)

1.5.3 RETENCIÓN VERTICAL:

El eje mayor del diente se encuentra paralelo al eje mayor del segundo molar, esta retención es a segunda más frecuente y es la tercera en complejidad de la extracción(R.HUPP, 2009)

1.5.4 RETENCIÓN DISTO-ANGULAR:

Es aquella con angulación más difícil para la extracción, en la angulación disto-angular el eje mayor del tercer molar está angulado hacia distal o atrás, alejándose del segundo molar, esta retención es denominada como la de mayor dificultad por que el diente tiene una trayectoria de salida que discurre por la rama ascendente y su extracción requiere una intervención quirúrgica importante.
(R.HUPP, 2009)

1.5.5 RETENCIÓN INVERTIDA.-

cuando la corona del diente ocupa la posición de la raíz(R.HUPP, 2009)

1.6 CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SEGÚN PELL Y GREGORI

Según la clasificación de estos autores el tercer molar retenido inferior va a tener una relación con el borde anterior de la rama ascendente y el segundo molar y la profundidad en el hueso, determinando dicha clasificación de la siguiente manera I, II, III de esta manera el odontólogo o cirujano podrá determinar dicha clasificación y podrá determinar la cantidad de huso que recubre a la pieza y dar un criterio de riesgo o de facilidad para la intervención de un tercer molar retenido.
relación con la rama ascendente.

Clase I.-vamos a encontrar el diámetro mesiodistal de la corona completamente por delante del borde anterior de la rama ascendente.

clase II.- En la clase II la pieza retenida se localiza hacia atrás encontrándose cubierta casi hasta la mitad por la rama.

Clase III.- Dentro de la clase tres la pieza retenida se encontrara totalmente cubierta por la rama ascendente.(R.HUPP, 2009)

1.7 SEGÚN LA PROFUNDIDAD QUE SE HAYA RETENIDO EL MOLAR EN EL HUESO.-

Posición A.- la cara oclusal del tercer molar puede estar bien a nivel , o por arriba de la superficie oclusal de el segundo molar

Posición B.- La cara oclusal va a estar por debajo de la cara oclusal del segundo molar pero si va a estar por encima de su línea cervical.

Posición C.-Aquí vamos a presenciar el nivel de la cara oclusal del tercer molar a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

(R.HUPP, 2009)

1.8 PATOLOGÍAS Q SE PRESENTAN POR UN TERCER MOLAR RETENIDO

Las patologías q vamos a encontrar por la retención de terceros molares son de especie infecciosa, tumoral, mecánica, y nerviosa, estas patologías que se presentan con mucha frecuencia en personas que tienen un tercer molar incluido tratan de ser explicadas por diferentes teorías(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9 PATOLOGIA INFECCIOSA DE LA MUCOSA:

1.9.1 pericoronaritis.-

Es un proceso infeccioso agudo q vamos a encontrar en personas jóvenes en una edad promedia de vida entre la segunda y tercera década

esta patologia se va a caracterizar por que la inflamación va a estar cubriendo la parte de la corona del diente que esta por erupcionar siendo esta una de las patologías más frecuentes en piezas retenidas presentando hasta un 82% de los procesos mucosos la pericoronaritis puede presentarse en las siguientes formas aguda congestiva, aguda supurada , y crónica(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9.2 pericoronaritis aguda congestiva.-

según los signos y los síntomas q vamos a encontrar en esta patologia son dolor retro molar siendo más acentuado durante la acción masticatoria llegando ser irradiado hasta la faringe, podemos observar en la cara distal del segundo molar una zona edematosa dolorosa a la palpación y frecuentemente con sangrado. el tratamiento seria eliminar la causa que bloquea el saco peri coronario siempre manteniendo una buena irrigación con clorexidina o peróxido de hidrogeno(Gay-Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9.3 Pericoronaritis aguda supurada.-

En esta etapa los dolores se van a tornar mas fuertes los dolores se pueden irradiar a otras zonas, esto puede llevar a una confusión con el diagnostico teniendo en cuenta el diagnostico diferencial con la faringitis, en la mayor parte de los casos se presenta en compañía de adenopatías dolorosas tratamiento

antibacteriano.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9.4 Pericoronaritis crónica.-

Los síntomas son más pronunciados el paciente va a presentar halitosis, faringitis repetitiva, el tratamiento en este caso sería la intervención quirúrgica del tercer molar.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9.5 Etiología de la pericoronaritis.-

Esta infección se presenta por el incremento bacteriano activo en un medio ideal, como lo es el espacio de tejido blando que va a cubrir al tercer molar debajo de esta mucosa hay humedad retención de alimentos oscuridad lo que va a favorecer el incremento bacteriano , trauma de los tejidos blandos cuando el tercer molar superior intenta entrar en oclusión con el inferior(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.9.6 Gingivoestomatitis.-

Esta infección va a relacionarse con trastornos neurotroficos provocados por la erupción del tercer molar la Gingivoestomatitis está dominada por otros autores como estomatitis odontiasica, esta enfermedad suele declararse como gingivitis eritematosa, y se caracteriza por papilas interdentales sangrantes
(NAVARRO, 2004)

1.10 CELULITIS FACIAL

1.10.1 Etiología de la celulitis facial.-

Se da por la penetración de microorganismos de alta patogenicidad a través de los tejidos blandos, siendo esta infección comúnmente bacteriana, en algunos casos también se considera a los hongos.

la cavidad bucal es un medio favorable para el incremento bacteriano, se han hecho estudios que indican que por lo menos hay 264 tipos de bacterias morfológicas y químicamente diferente q colonizan la cavidad bucal pero no son consideradas patógenas, (DONADO, 2005)

1.10.2 Celulitis.-

Es la infección bacterianamás frecuente e incluso más grave en la estomatología del tejido celular en las zonas de erupción del tercer molar. las celulitis comunes de los terceros molares inferiores son(DONADO, 2005)

1.10.3 Celulitis migratoria de Chompret y Hirondel.

Signo clínico el absceso formado en la zona del tercer molar va a migrar a la zona de los premolares de ahí se debe su nombre de migratoria.(GARCIA, 2005)

1.10.4 Celulitismaseternia.-

Esta infección es más dolorosa en algunas veces está acompañada de trismos y se encuentra limitada en las celdas maseternia de ahí su nombre (GARCIA, 2005)

1.10.5 Celulitis peri amigdalina y latero faríngea.-

Va a estar caracterizada por la inflamación en algunos casos incluyendo el paladar provocando dolor trismos y disfagia (GARCIA, 2005)

1.10.6 Tratamiento.-

Todos estos procesos requieren tratamiento etiológico y sintomático a nivel del dolor, nutrición. Dependiendo de la gravedad del proceso la vía de administración antibiótica será bien oral o intravenosa. Las colecciones de espacios posteriores y profundos pueden ser motivo de ingreso hospitalario para tratamiento intensivo.

Los antibióticos más utilizados empíricamente son la amoxicilina clavulánico y el metronidazol en forma de mono o poli terapia. Cuando se produce la colección hay que proceder al drenaje quirúrgico. Dependiendo del estado general del paciente, o de la profundidad de la colección se puede requerir anestesia general.(GARCIA, 2005)

1.11 Osteítis .-

Esta patologia se encuentra relacionada con la patologia inflamatoria crónica de la mucosa, que recubre al hueso, los signos y síntomas clínicos desde un principio son muy llamativos presentando un dolor intenso, trismos y movilidad dental y dolor a la percusión acompañado de una afectación general en el paciente si el cuadro es crónico la sintomatología puede ser remitente.(Raspall, 2006)

1.12 Sinusitis .-

Los terceros molares retenidos suelen provocar reacciones infecciosas y inflamatorias dentro del seno maxilar y pueden ser agudas o crónicas.

el tratamiento para este tipo de infección, es con antibioterapia y luego se procede a realizar las exodoncias de los terceros molares.(Raspall, 2006)

1.13 PATOLOGÍAS MECÁNICAS

El espacio reducido para la erupción de los terceros molares es un papel importante en la patogenia. Todo obstáculo que impide una erupción normal puede desencadenar en factores infecciosos provocando diferentes tipos de patologías.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.13.1 ulceración yugal o lingual.-

Esta patologia se presenta cuando el cordal se encuentra en una posición en linguoversión , vestibuloversión traumatizando la mucosa yugal o lingual, este trauma es pequeño pero es repetitivo lo que nos puede llevar a una leucoplasia en incluso transformarse en carcinoma de células escamosas es una patologia muy rara pero no es aconsejable que se presente dicha irritación en las mucosa

1.13.2 caries dental.-

Un tercer molar retenido parcialmente en la mayoría de casos provoca una zona de retención o de atrapa miento de alimentos tornándose dificultosa para realizar una buena limpieza en dicha zona, provocando con el pasar del tiempo sabor y olor desagradable acompañado de esto tenemos a la caries dental que se va a presentar en la cara oclusal del tercer molar y en la cara distal del segundo molar.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

Cuando un tercer molar incluida esta en menor o mayor grado en contacto a la cavidad bucal, es más propenso a la caries debido al acumulo de alimentos.

no se debe realizar tratamientos restaurativos en los segundos molares sin ser extraídas quirúrgicamente los terceros molares (Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.13.3 reabsorciones radiculares.-

De la misma manera que se origina la caries en el segundo molar se va a presentar la reabsorción radicular al chocar la cara oclusal del tercer molar contra la raíz del segundo molar provocando de esta forma la destrucción radicular de la pieza vecina.(Raspall, 2006)

1.14 Fracturas.-

Debido a la retención o inclusión de las piezas dentales se presenta debilitamiento de la mandíbula lo que conlleva a la fractura en relación a la pieza incluida.

Esto sería una complicación poco frecuente teniendo mayor predisposición pacientes con osteoporosis, patologías quísticas , molares con anquilosis.

La causa se da por una fuerza incontrolada o poco cuidadosa.

Tratamiento.- reducción del foco, ferulización bimaxilar, osteosíntesis semirrígida o rígida y bloqueo intermaxilar. (DONADO, 2005)

1.15 Desplazamiento dentarios.-

son producidos por el empuje que ejercen los terceros molares sobre los dientes vecinos especialmente en el grupo incisivo y canino siendo este el motivo de apiñamiento dental anterior, si la arcada dentaria presenta toda las piezas erupcionadas los terceros molares van a ejercer una presión bilateral perjudicando la correcta alineación de los incisivos y caninos .

hay diferentes tipos de movimientos :

- rotación de los incisivos
- a cabalgamiento de los incisivos
- retrusión de los incisivos
- mal posición de todo el grupo incisal

Así pues, un grupo importante de autores está de acuerdo en este concepto y defiende que los cordales generan una fuerza anterior que es causa de apiñamiento. Abogan por la extracción profiláctica de los terceros molares para evitar el apiñamiento.(DONADO, 2005)

1.16 PATOLOGÍA PERIODONTAL DE LAS PIEZAS VECINAS.-

Se encuentran predispuestos con mayor frecuencia los órganos dentales vecinos, a los órganos retenidos o semiincluidos a presentar enfermedad periodontal, debido a que el espacio peri coronal representa un ambiente ideal para el crecimiento de la flora bacteriana anaerobia siendo esta la causante de la enfermedad periodontal (periodontitis).(Raspall, 2006)

Siendo frecuente este tipo de patologías en un tercer molar inferior retenido o semiretenido provocando lesiones en la cara distal del segundo molar inferior.

La enfermedad periodontal puede tornarse desde una gingivitis leve a una periodontitis intensa localizada(DONADO, 2005)

1.17 PATOLOGÍAS TUMORALES

En el mayor de los casos estas infecciones se producen por la por la cronicidad de infección del saco peri coronario, a la infección apical, a la periodontitis y a la aparición de quistes del folículo dentario, todo esto debido a que el tercer molar no erupción correctamente. vamos a dividir de la siguiente manera los casos tumorales que se pueden presentar en un paciente con un tercer molar incluido.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.17.1 GRANULOMA.-

El proceso infeccioso crónico nos pude llevar a formar tejido de granulación encontrándose en las caras posteriores de los terceros molares aunque en algunas excepciones puede encontrarse en la cara vestibular , mesial y lingual. En el estudio radiográfico podemos observar un engrosamiento del saco peri coronario que traduce la presencia de este espaciamiento o membrana, más o menos gruesa, de tejido de granulación que debe ser eliminada con la intervención quirúrgica del tercer molar. con frecuencia podemos encontrar tejido de granulación en la zona apical del tercer molar cuando este e s afectado por caries extensas (NAVARRO, 2004)

1.17.2 QUISTES PARA DENTALES.-

En esta patologia pueden aparecer granulomas marginales es las zonas anterior o posterior que son considerados como quistes latero coronarios, quistes

inflamatorios colaterales ,estos se procesos infecciosos son de origen periodontal (restos epiteliales de mallases).

En el estudio radiográfico veremos una rarefacción ósea bien delimitada cubriendo el borde anterior de la rama ascendente, dando el aspecto de croissant alrededor de la cara distal del tercer molar. esta imagen radiotransparente pude ubicarse por la cara mesial del tercer molar cuando este se encuentra en mesioversión, este tipo de lesiones anteriores puede destruir el hueso alveolar interdentario situado por detrás del segundo molar

Estos tipos de patologías son indicaciones para la extracción del tercer molar ya que vienen acompañados de dolor, dificultad al abrir y cerrar la boca, trismo y traumatismo de la mucosa al ocluir el tercer molar superior etc.(NAVARRO, 2004)

1.17.3 QUISTES RADICULARES.-

El ápice dental está predispuesto a que la infección se propague y debido a esto se produzca formación de granulomas perirradiculares, siendo el estimulo de los restos epiteliales peri apicales lo que puede acarrear la aparición de un quiste que rodee la raíz dental.

(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.17.4 QUISTES FOLICULARES O DENTIGEROS.-

Los quistes foliculares aparecen con mayor frecuencia en la inclusión o retención de los terceros molares inferiores .pudiendo aparecer quistes a expensas del folículo dentario; el tamaño y dimensión que puede desarrollar este tipo de quiste es realmente considerable llegando en casos al ángulo de la mandíbula y a la rama ascendente, intruir o distalizar el cordal.

(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

los quistes foliculares pueden infectarse y provocar procesos supurativos de gravedad, incluso legar a producir la osteítis y osteomielitis.

estas lesiones suelen presentarse asintomáticas y a medida q va pasando el tiempo van creciendo. por lo general se descubren con un examen radiológico rutinario, pero en diversos casos pueden causar tumefacción intrabucal o facial, dolor, etc. el tratamiento indicado es la extirpación del quiste del cordal y la

extracción del cordal incluido.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.17.5 QUERATOQUISTES.-

En algunos casos el tejido dentario que debería formar al tercer molar, forma un quiste primordial; siendo observado en el estudio radiográfico una imagen quística radiotransparente en vez de ver la presencia del cordal los quistes formados por el primordio son denominados queratoquistes(NAVARRO, 2004)

1.17.6 AMELOBLASTOMA Y TUMORES MALIGNOS.-

Un tercer molar incluido suele estar asociado en la aparición de los ameloblastomas y tumores malignos, en la mayor parte de los casos que se realizan exeresis de terceros molares incorrectas por presentar quistes foliculares, quistes peri coronarios, y los quistes primordiales o queratoquistes, estos pueden recidivar como ameloblastomas; esto implica que siempre que se realice una cirugía de un cordal y obtengamos tejido sospechoso hay que enviar a realizar un estudio patológico. elameloblastoma por lo general nos brinda una imagen uní o multilocular en la placa radiográfica. y puede aparecer metástasis del tumor con predilección ósea.(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.18 PATOLOGIAS NERVIOSAS

Los terceros molares van a estar en una estrecha relación con plexos vasculares y nerviosos, llevando a provocar ciertos procesos nerviosos en la etapa de desarrollo de erupción del el tercer molar.

llegando a presentar alteraciones sensitivas como: algias.

alteraciones motoras como: parálisis faciales(Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004)

1.19 INDICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TERCER MOLAR

A menudo los terceros molares retenidos no erupcionán dentro de la posición correcta o adecuada en el hemiarco correspondiente a este, ocasionando diferentes tipos de ubicación de dicha pieza, llevando al cirujano bucal o

maxilofacial a un plan de tratamiento donde es necesaria la intervención quirúrgica.(GARCIA, 2005)

• cuando encontramos un diente incluido y debemos instalar una prótesis fija o removible
• cuando el diente incluido a desarrollado alguna patologia infecciosa, quística o tumorales
• cuando la pieza incluida se encuentra afectando la morfología de los dientes vecinos provocando rizólisis, necrosis pulpar y otras
• por causas profilácticas, poca higienización en la zona de los terceros y segundos molares
• por imposibilidad de oclusión con el diente antagonista, (inoclusión)
• cuando el tercer molar se encuentra parcialmente retenido, se forma acumulo de bacterias y de restos de alimentos lo que provocara una pericoronaritis

(CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL A. LOPEZ DAVIS R. MARTIN - GRANIZO)

1.20 FACTORES FAVORECEDORES Y COMPLICANTES EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TERCER MOLAR INFERIOR

Factores favorecedores	Factores complicantés
• mesioinclinación con respecto al segundo molar	• distoinclinación
• clase I de pell y Gregory	• clase III de pell y Gregory
• clase A de pell y Gregory	• clase c de pell y Gregory
• distancia de seguridad del canal mandibular	• relación de estrecha cercanía entre tercer molar y canal mandibular
• todos los factores comunes a las extracciones de los incluidos	• todos los factores complicantés comunes a las extracciones de los incluidos

(CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL A. LOPEZ DAVIS R. MARTIN - GRANIZO)

1.21 POST OPERATORIO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TERCER MOLAR COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO.

lo más común tras la exodoncias de un tercer molar mandibular es que se aparezcan: trismos, dolor, inflamación.(Guarinos J, 1994)

1.22 INFLAMACION.-

Cuando se produce una lesión en un tejido, provocado por sustancias químicas, traumas, o bacterias, el tejido liberara múltiples sustancia provocando ciertos cambios secundarios en el, denominándose inflamación.

el trabajo que realiza el cirujano en el momento de la intervención para la exceresis del tercer molar seria inflamación por trauma, resultando constante durante el post operatorio la inflamación.

la inflamación va a reducir desde el tercer al cuarto día post la intervención quirúrgica, dado el caso si no se presenta algún tipo de infección

si la inflamación permanece posterior a la extracción o esta empieza varios días después podría tratarse de una causa infecciosa (Guarinos J, 1994)

1.23 Tratamiento de la inflamación.-

es recomendable que el paciente aplique bolsas de hielo durante las seis a ocho primeras horas siguientes a la intervención, en un promedio de tiempo de 20 a 30 minutos, prescribir en la receta un tratamiento analgésico y antiinflamatorio con aines es lo más recomendable.

Aunque algunos autores aconsejan la aplicación de cortico esteroides en caso de no presentar alergias o contraindicaciones.(Guarinos J, 1994)

1.24 Dolor.

es el signo q surge tras toda intervención quirúrgica siendo casi normal. La intervención de un tercer molar inferior retenido conlleva a un despegamiento quirúrgico, y la separación meticulosa del colgajo y la limpieza de la herida limitara el dolor en el postoperatorio. (Thompson, 2012)

la inflamación y el dolor son dos signos clínicos que están íntimamente relacionados, ya que se va a tratar de un dolor postquirúrgico, debido al trauma provocado en la intervención quirúrgica

El dolor también se encuentra relacionado a una tensión psíquica

los niveles del dolor postquirúrgico son tres: nivel periférico; nivel medular; nivel central

tras terminar el efecto anestésico el dolor se hará presente, pero según el grado de inflamación debido al acto quirúrgico el dolor será mayor en el segundo y tercer día, si el dolor llegara a aparecer tras las 24 horas primeras o después podríamos hablar de dolor postquirúrgico tardío (Guarinos J, 1994)

factores que van relacionados con el dolor postoperatorio

- edad del paciente
- nivel de dificultad de la cirugía
- tiempo que demora la intervención
- inexperiencia del cirujano
- exagerada colocación del anestésico
- tiempo de osteotomía.

1.25 TRATAMIENTO.-

se es aconsejable que el paciente se medique con analgésicos antes que termine el efecto del anestésico de esta manera evitara la presencia de un dolor intenso. El tratamiento habitual consiste en la administración de paracetamol junto con un aines de mayor eficacia como el ketoprofeno (Guarinos J, 1994)

1.26 TRISMUS.-

incapacidad o limitación para poder realizar la apertura bucal normal, un hecho frecuente después de una cirugía de tercer molar

el dolor muscular producido por la inflamación en el postquirúrgico es uno de los motivos principales de esta limitación, pero puede darse por una prolongación de la infección en los espacios anatómicos como a los músculos masticatorios, puede deberse a la propia anestesia o incluso a una lesión en el ATM debido a alguna maniobra incorrecta durante el acto quirúrgico (Guarinos J, 1994)

1.27 TRATAMIENTO DEL TRISMUS.-

la aplicación de calor local puede reducir la inflamación y tratamiento con analgésicos si existe dolor, el paciente debe de intentar realizar movimientos de apertura lo más rápido posible

si el trismus es realmente severo, hay que tener en mente que se podría tratar de un cuadro inflamatorio con edema, o a su vez un proceso infeccioso incluso podría llegar a comprometer la vida del paciente, siendo en este caso lo más recomendable remitir al paciente a un centro hospitalario

(Thompson, 2012)

2 OBJETIVO

Realizar la cirugía de los terceros molares en posición horizontal mediante un caso clínico.

3 PROCESO DEL CASO

3.1 HISTORIA CLÍNICA: 079753

3.2 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres: JONATHAN LENIN

Apellidos: JIMENEZ RAMIREZ

Sexo: MASCULINO

Edad: 27 años

Fecha de nacimiento:

Cedula de identidad: 0931177562

Teléfonos: 0939609348

Dirección: SAUCES 5 MZ 12

Nombre de la madre: VALENTINA IZUIERDO

Nombre del padre: EFRAIN IZQUIERDO

Profesión: estudiante

3.3 MOTIVO DE LA CONSULTA

En prima instancia debemos de preguntar al paciente por que acude a nuestra consulta cual es el motivo de su visita, debiendo de responder directamente el paciente al profesional en caso de que él sea mayor de edad caso contrario si es un menor de edad deberá responder el familiar responsable que se encuentre con él.

siento dolores de cabeza fuertes y dolores en la mandíbula al comer a veces se me dificulta abrir la boca y quiero hacerme la extracción de la muela del juicio.

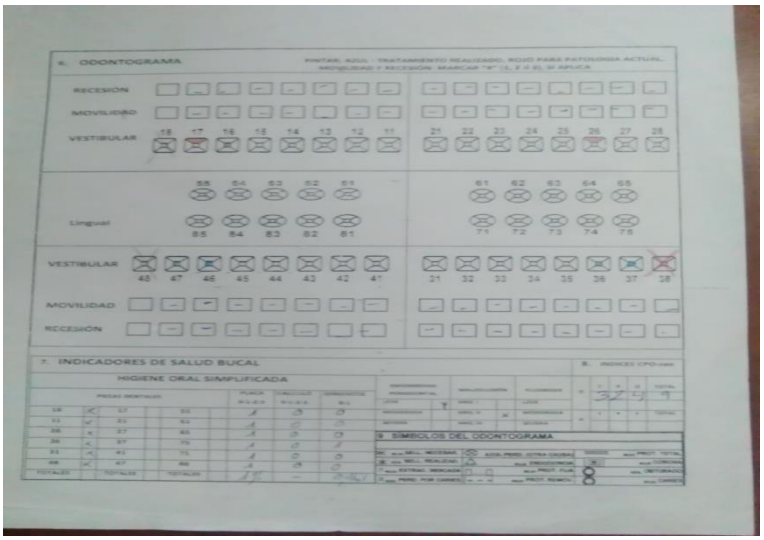
3.4 ANAMNESIS

siguiendo todo el protocolo de la anamnesis, hemos descartado cualquier tipo de antecedente personal y familiar, manteniendo el paciente un estado de salud optima lo que nos da seguridad para poder realizar la intervención quirúrgica .

Antecedentes patológicos personales (APP): no refiere

Antecedentes patológicos familiares (APF): no refiere

4 Foto# 1: odontograma



Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

La paciente se le encontró caries en la pieza # 26 en la cara palatina y 37 en la cara oclusal. Encontramos perdidas de las piezas 14 y 24. Y obturadas la pieza # 36 por oclusal , no presenta recesión.

IMÁGENES DE RX PANORÁMICA; RX PERIAPICAL; FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES

FOTO#2: IMAGEN RADIOGRAFICA PANORAMICA

FUENTE: PROPIO DE LA INVESTIGACION

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

La pieza # 48: Corona normal, cámara rectangular, 2 conductos normales, 1 ápice, peri ápice normal, espacio periodontal normal, cortical alveolar normal, trabeculado óseo normal, la corona y el ápice se encuentran cerca del nervio dentario inferior por lo cual hay que realizar un trabajo con mucha cautela para no lesionar el nervio.

FOTO#3: IMAGEN FRONTAL

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

FOTO#4:IMAGEN LATERAL DERECHA

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

FOTO#5: IMAGEN LATERAL IZQUIERDA

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR:JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

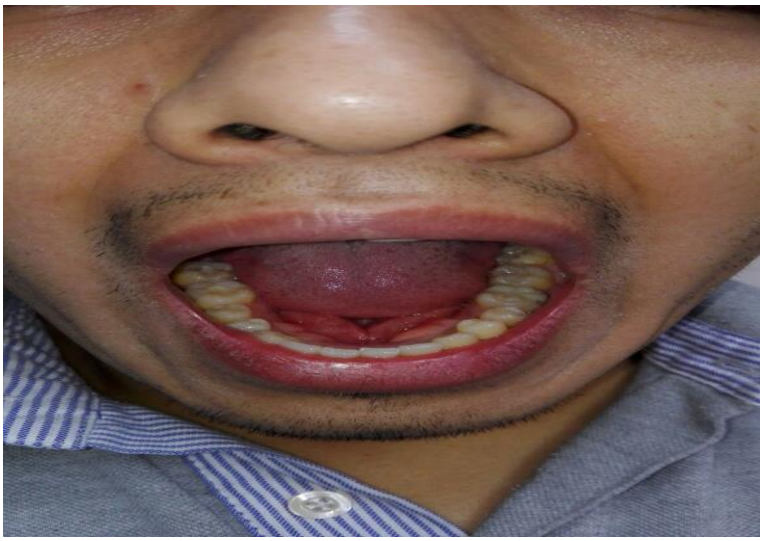
FOTOS INTRAORALES OCLUSALES

FOTO#6: (ARCADA SUPERIOR)

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

FOTO#7: ARCADA INFERIOR



FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE LUIS GERMAN JIMENEZ

FOTO#8: IMAGEN FRONTAL AMBAS ARCADAS EN OCLUSION

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

5 DIAGNOSTICO

Tercer molar incluido totalmente en posición horizontal.

el paciente Jonathan Jiménez de 27 años refiere hacerse la extracción quirúrgica de la pieza # 48 por presentar dolor al momento de masticar frecuentes cefaleas

Al diagnostico clínico observamos la presencia de:

a) inflamación del tejido blando en la zona de la pieza 48

6 PRONOSTICO

Pronostico remitido hacia la intervención quirúrgica es favorable

7 PLANES DE TRATAMIENTO

1.- intervención quirúrgica de la pieza # 48

2.-radiografias de control periódicas, cada 6 meses y seguimiento evolutivo del desarrollo para el tratamiento

8 TRATAMIENTO

FOTOGRAFIA # 9: ORDEN DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

una vez escogido el correcto plan de tratamiento vamos a preparar la mesa de mayo donde van a ir ubicados todos los instrumentos quirúrgicos que utilizaremos en la intervención es muy importante cubrir la mesa con un campo estéril antes de colocar el instrumental.

FOTOGRAFIA# 10: PRESENTACION DEL INSTRUMENTAL A USAR

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

FOTOGRAFIA# 11: PRESENTACION DEL INSTRUMENTAL A USAR

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

En la segunda mesa presentamos

- Juego de elevadores
- Fórceps inferior
- Jeringa carpule, separador de Minnesota
- Pinza para suturar y para agarre del tejido
- Periostotomo , sindesmoto , lima para hueso , cureta de Lucas , espejo dental, mango para bisturí numero 3

FOTOGRAFIA # 12:PRESENTACION SOLUCION ANTISEPTICA

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

Fotografía #13: ASEPSIA EXTRA –ORAL

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

con una gasa sumergida en yodo solución procedemos a realizar la asepsia extra oral, por toda el exterior de la boca del paciente.

FOTOGRAFIA #14:COLOCACION DEL CAMPO OPERATORIO

FUENTE PROPIO DE LA INVESTIGACION:

AUTOR: JOSE GERMAN JIMENEZ

Procedemos a colocarle el campo fantasma al paciente lo ajustamos y aseguramos a la anatomía del paciente con las pinzas correspondientes backhaus o de campo.

FOTOGRAFÍA # 15: EXPLORACION CLINICA

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERAMAN JIMENEZ

una vez realizada la asepsia y colocado el campo procedemos a realizar la inspección clínica intra oral para delimitar y visualizar el área de trabajo, realizado esto precedamos con la asepsia intra oral.

FOTOGRAFIA # 16 ASEPSIA INTRAORAL

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

Procedemos a realizar asepsia intra oral, con gasa embebida en yodo solución, al interior de la boca del paciente

FOTOGRAFIA # 17 APLICACIÓN DE ANESTESIA

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

Cargamos la jeringa de carpule con el anestésico a usar lidocaína con epinefrina al 2 %, utilizamos técnica troncular que es un procedimiento realizado para bloquear la sensibilidad del nervio dentario inferior y el lingual, luego realizamos técnica infiltrativa para bloquear el nervio bucal largo por vestibular.

FOTOGRAFIA # 18 TECNICA DE ANESTESIA

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSÉ GERMAN JIMENEZ

Trasladamos la jeringa carpule al lado opuesto a la altura de los premolares y molares, se inyecta 0.5 ml de anestésico, y anestesiamos el dentario inferior y el nervio lingual.

FOTOGRAFIA# 19 : INCISIÓN

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

se procede a realizar una incisión angular hasta el lado distal del segundo molar

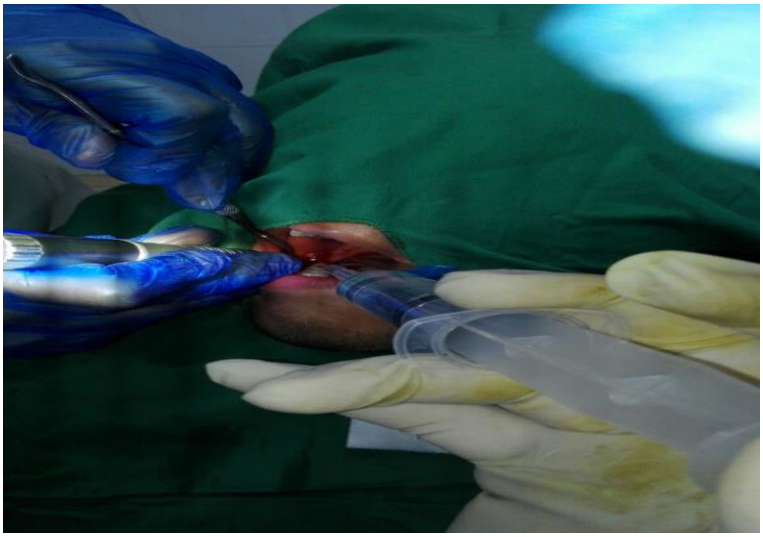
FOTOGRAFIA # 20: LEVANTAMIENTO DE COLGAJO

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

luego procedemos a realizar el levantamiento del colgajo con el periostotomo

FOTOGRAFIA # 21:OSTEOTOMÍA

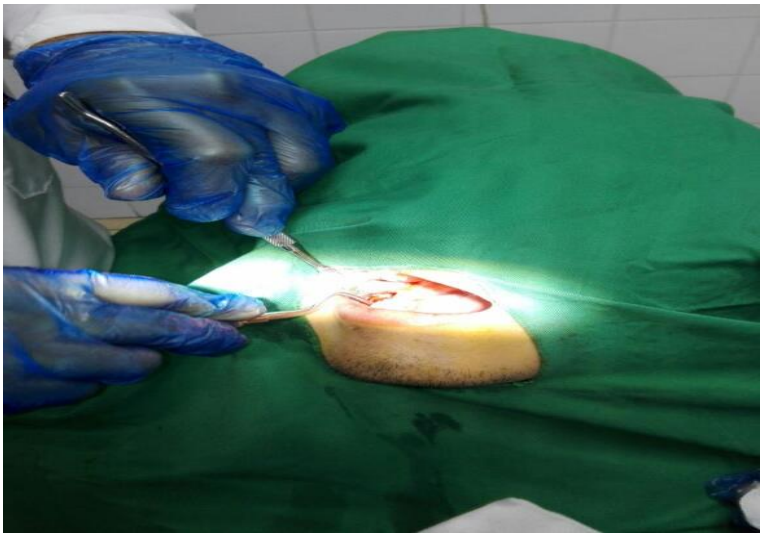


Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

para realizar la osteotomía necesitamos la ayuda de un micro motor neumático a baja velocidad utilizando fresas 701, 702, 703 siempre debemos tener una buena irrigación para no necrosar el hueso.

FOTOGRAFIA # 22:AVULSIÓN DENTARIA



Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

una vez realizada la osteotomía y la odontosección se procede a retirar por parte la pieza utilizando los elevadores de caña fina, media y gruesa.

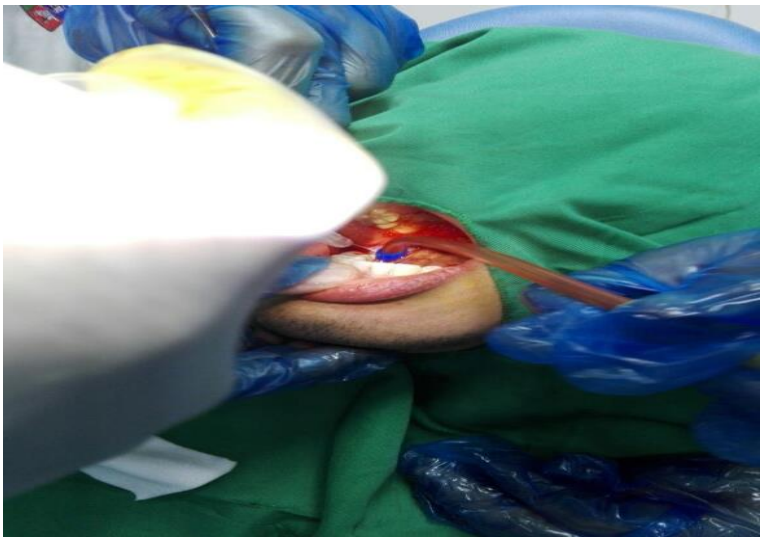
tenemos que realizar palanca de primer grado es decir a través del elevador que se encuentra en un punto de apoyo transmitimos la fuerza para vencer la resistencia

FOTOGRAFIA # 23: PRESENTACION DE LA PIEZA EXTRAIDA

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

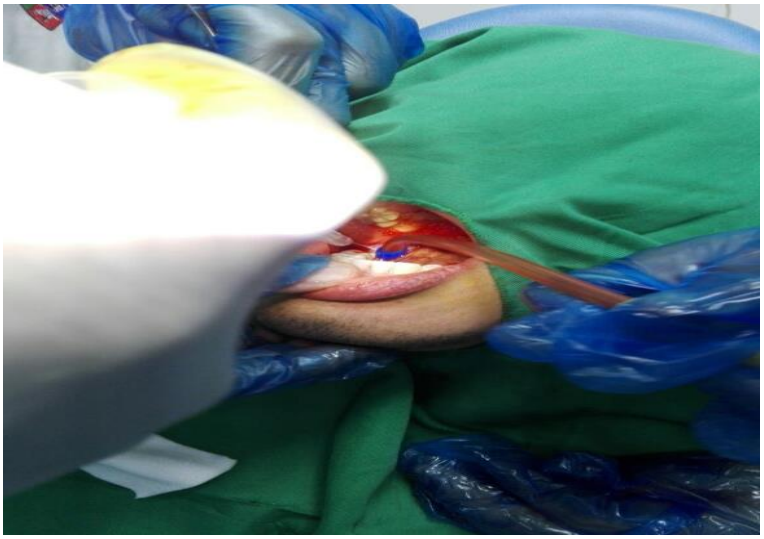
FOTOGRAFIA # 24: LAVADO DE LA HERIDA



Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

FOTOGRAFIA# 25: LIMPIEZA DE LA HERIDA



Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

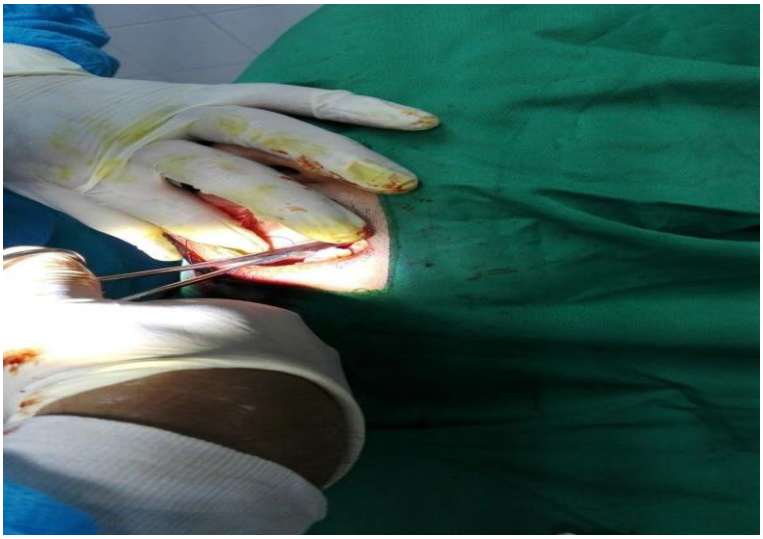
FOTOGRAFIA # 26: ALVEOLO LIBRE DE CUERPO EXTRAÑO POST EXTRACCION

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

Revisamos el alveolo de cualquier cuerpo extraño que se encuentre en él, una vez que realizamos la exodoncias, vemos aquí que el alveolo se encuentra limpio. y hay un aceptado sangrado formador del coagulo lo cual es bueno porque va a llevar a una correcta cicatrización .y por lo concerniente llevara a cabo el éxito de la cirugía.

FOTOGRAFIA # 27: TECNICA DE SUTURA



Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

FOTOGRAFIA # 28: CORTE CORRECTO DE HILOS

Fuente: propio de la investigación

Autor: JOSE GERMAN JIMENEZ

FOTOGRAFIA # 29: CORRECTA TECNICA DE SUTURA

Fuente: propio de la investigación

Autor:JOSÉ LUIS GERMAN JIMÉNEZ

FOTOGRAFIA # 30: IMAGEN POST QUIRURGICA, 7 DIAS

Fuente: propio de la investigación

Después de una semana de la intervención citamos al paciente para hacer una inspección y verificar una correcta cicatrización, el paciente a referido que no existe alguna molestia.

9 DISCUCIÓN

La extracción quirúrgica de los terceros molares es quizás el procedimiento más frecuente dentro de la práctica odontológica. Siendo en nuestra actualidad un procedimiento muy técnico y avanzado llevando a cabo todos los protocolos de la cirugía y el cuidado pre y post operatorio.(Bruce RA, 2011)Expresa que es muy importante saber cuál es la posición tipo y clase de un tercer molar incluido ya que esto va ayudar al especialista para elegir la técnica quirúrgica más adecuada para así facilitar al operador la extirpación de los mismos.

También (Gay- Escoda C, Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar, 2004) Manifiesta que esta extracción es beneficiosas para el paciente evitando así otras patologías como la complicación de quistes.

En cambio (R.HUPP, 2009) hace una relación del eje del tercer molar en posición perpendicular al segundo molar el diente retenido y considera que la posición horizontal es la más difícil de extraer por lo cual es necesario optar por la cirugía con odonto-sección

incluida la técnica de osteotomía, donde se realizara un abordaje por vestibular evitando de esta forma la innecesaria afección a estructuras vecinas.

10 CONCLUSIONES

La presente conclusión la realizamos en base al objetivo propuesto en la realización del caso clínico.La extracción quirúrgica de los terceros molares es quizás el procedimiento más frecuente dentro de la practica odontológica. Siendo en nuestra actualidad un procedimiento muy técnico y avanzado llevando a cabo todos los protocolos de la cirugía y el buen cuidado post operatorio.

Se aplicó las técnicas de odontoseccion, osteotomía previo al a aplicación de la anestesias con lidocaína ya que el paciente no presentaba ningún antecedente en su salud.

Un antecedente muy importante de mencionar es que el paciente una vez dado el alta se le desarrollo hemorragia teniéndose que controlar con una ampolla de dicinone, actitud tomada por el paciente ya que el es profesional de la salud.

11 RECOMENDACIONES

El profesional a realizar el acto quirúrgico debe estar altamente capacitado para salir con éxito durante la intervención de las piezas incluidas ya q estas comprometen diferentes sectores anatómicos que podrían alterar el sistema estomatognático. Una recomendación muy importante es la evaluación y preparación del paciente a intervenir tanto pre quirúrgicamente (anamnesis, examen clínico, rx, medicación preoperatoria, plan de tratamiento) y post quirúrgicamente (medicación, cuidados, recomendaciones y seguimiento). Todo esto nos lleva al éxito de nuestra intervención.

durante la etapa de recuperación el post quirúrgico, es importante llevar una dieta de alimentos blandos y líquidos , no es recomendable ingerir alimentos calientes por que podría provocar la disolución del coagulo y llevar a una alveolitis seca o algún otro tipo de infección, debido a que el alveolo quedaría desprotegido.

es muy importante seguir paso a paso las indicaciones que le da el cirujano y asistir a las visitas post operatorias para el seguimiento adecuado.

es muy importante lavar suavemente el are de la cirugía como le indico su odontólogo o cirujano oral o maxilo facial para evitar futuras infecciones

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alberto, M. T. (2009). *CIRUJIA ORAL Y MAXILOFACIAL.* Manual Moderno.

Arteagoitia I, ,. A. (s.f). *Extracción quirúrgica versus retención para el tratamiento de las muelas de juicio*. Obtenido de https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/1561/mod_resource/content/1/Material_de_estudio/Tema1._Erupcion_y_patologia_asociada/Tema_1.-_Erupcion_del_tercer_molar._Patologia_asociada.pdf

Bruce RA, F. G. (2011). *Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery.* J Am Dent Assoc.

DM, L. (1971; 82:624.). . *Evaluation of the third molar problem.*J Am Dental Assoc .

DONADO, M. R. (2005). *CIRUGIA BUCAL PATOLOGIA Y TECNICA.* Barcelona España: editorial Spain,.

GARCIA, S. L. (2005). *Cirugía Bucal.* Barcelona España,: editorial Masson, S.A,.

Gay- Escoda C, P.-P.-V.-A. (2004). *Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar.* Madrid: Madrid: Ergon.

Guarinos J, P. (1994). *Tratamiento del dolor y la inflamación en cirugía oral.*

*histologia y embriologia bucal 1era edicion*1988

NAVARRO, V. C. (2004). *RATADO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL.* MADRID ESPAÑA: Ediciones S. L ARÁN.

*Patologia, Clinica y tratamiento del tercer molar*2004Madrid: Ergon.

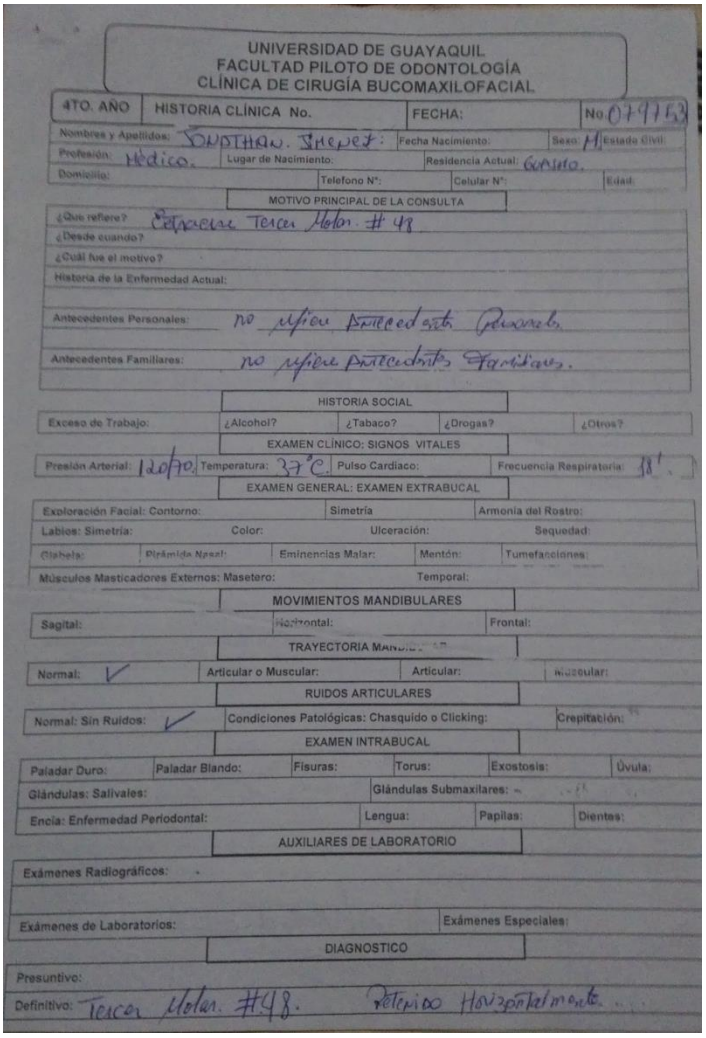
R.HUPP, J. (2009). *Cirugia Oral Y Maxilofacial Contemporanea.* espana: 5 ta edicion.

Raspall, G. (2006). *cirugia oral e implantologia 2da edición.* Buenos aires - Madrid: Ed .Medica Panamericana.

*tacticas y tecnicas en cirugia oral*2010bogota

Thompson, S. B. (2012). *cirugia oral para pre- grado y el odontologo general.* Amolca.

13 ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

4TO. AÑO | HISTORIA CLÍNICA No. | FECHA: | No 079153

Nombres y Apellidos: JONATHAN. JIMENEZ | Fecha Nacimiento: | Sexo: M | Estado Civil:
Profesión: Médico. | Lugar de Nacimiento: | Residencia Actual: Guasta.
Domicilio: | Telefono N°: | Celular N°: | Edad:

MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA

¿Que refiere? Extraccion Tercer Molar. # 48
¿Desde cuando?
¿Cuál fue el motivo?
Historia de la Enfermedad Actual:

Antecedentes Personales: no refiere antecedentes Personales.

Antecedentes Familiares: no refiere antecedentes Familiares.

HISTORIA SOCIAL

Exceso de Trabajo: | ¿Alcohol? | ¿Tabaco? | ¿Drogas? | ¿Otros?

EXAMEN CLÍNICO: SIGNOS VITALES

Presión Arterial: 120/70 | Temperatura: 37°C. | Pulso Cardiaco: | Frecuencia Respiratoria: 18'.

EXAMEN GENERAL: EXAMEN EXTRABUCAL

Exploración Facial: Contorno: | Simetría | Armonía del Rostro:
Labios: Simetría: | Color: | Ulceración: | Sequedad:
Ciabela: | Pirámide Nasal: | Eminencias Malar: | Mentón: | Tumefacciones:
Músculos Masticadores Externos: Masetero: | Temporal:

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Sagital: | Horizontal: | Frontal:

TRAYECTORIA MANDIB...

Normal: ✓ | Articular o Muscular: | Articular: | Muscular:

RUIDOS ARTICULARES

Normal: Sin Ruidos: ✓ | Condiciones Patológicas: Chasquido o Clicking: | Crepitación:

EXAMEN INTRABUCAL

Paladar Duro: | Paladar Blando: | Fisuras: | Torus: | Exostosis: | Úvula:
Glándulas: Salivales: | Glándulas Submaxilares:
Encia: Enfermedad Periodontal: | Lengua: | Papilas: | Dientes:

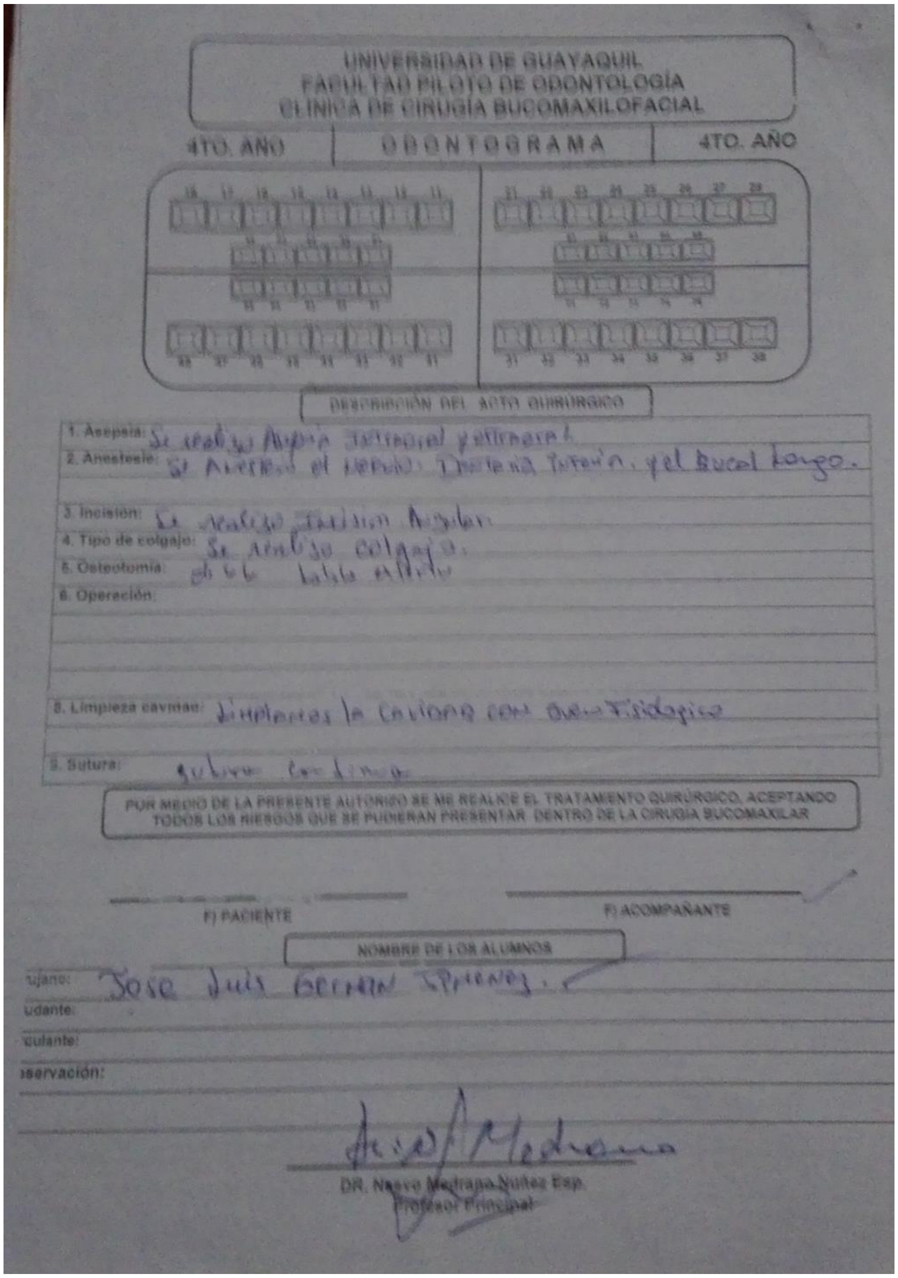
AUXILIARES DE LABORATORIO

Exámenes Radiográficos:

Exámenes de Laboratorios: | Exámenes Especiales:

DIAGNOSTICO

Presuntivo:
Definitivo: Tercer Molar. #48. Retenido Horizontalmente.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL

4TO. AÑO | ODONTOGRAMA | 4TO. AÑO

DESCRIPCIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO

1. Asepsia: Se realizo Asepsia Intraoral y extraoral
2. Anestesia: Se Anestesio el nervio Dentario Inferior, y el bucal largo.
3. Incisión: Se realizo Incision [illegible]
4. Tipo de colgajo: Se realizo colgajo.
5. Osteotomia: [illegible]
6. Operación:
8. Limpieza cavidad: Limpiamos la cavidad con suero Fisiologico
9. Sutura: [illegible]

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ACEPTANDO TODOS LOS RIESGOS QUE SE PUDIERAN PRESENTAR DENTRO DE LA CIRUGIA BUCOMAXILAR

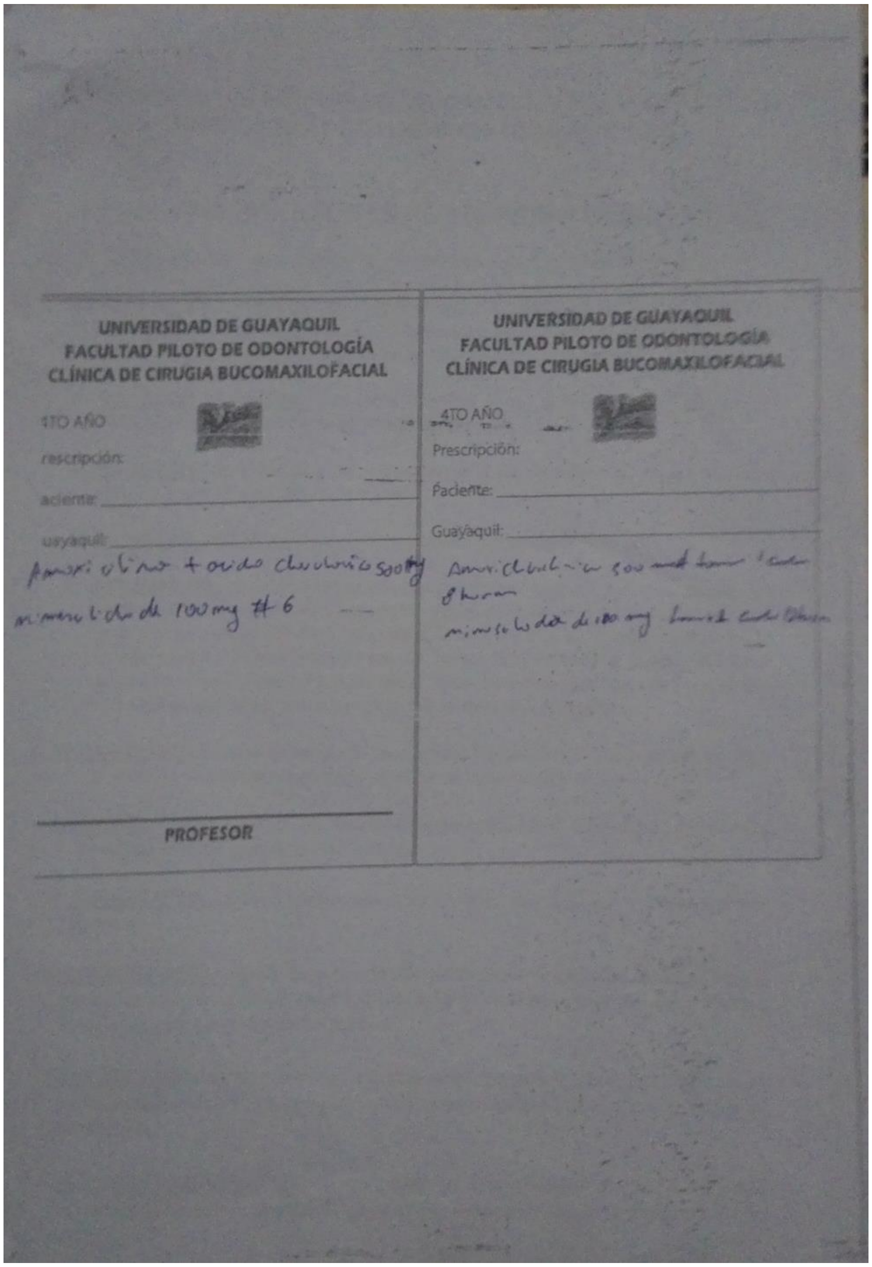
F) PACIENTE

F) ACOMPAÑANTE

NOMBRE DE LOS ALUMNOS

[illegible]ujano: Jose Luis Beltran Jimenez.
[illegible]udante:
[illegible]culante:
[illegible]servación:

DR. Nasvo Medrano Nuñez Esp.
Profesor Principal



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

4TO AÑO

rescripción:

aciente:

uayaquil:

PROFESOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL

4TO AÑO

Prescripción:

Paciente:

Guayaquil:

CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

4TO AÑO **INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS** 4TO AÑO

1) **GASA.**- Muerda la gasa durante 30 minutos. Esto evitará el sangrado.

2) **ANJUAGUES.**- Hierba un litro de agua con sal. En medio vaso de agua salada agregue dos tapitas de agua oxigenada de 10 volúmenes. Luego de cada comida lávese la herida para mantener limpia las suturas y vitar la infección de la zona operada.

3) **NO TOCAR LA HERIDA.**- No toque la herida ni con la lengua, dedos, palillos, etc. Porque podría irritarse, infectarse y hasta sangrar.

4) **NO FUMAR.**- No fumar para evitar que las partículas de tabaco se introduzcan en la herida y actuarían como cuerpo extraño.

5) **NO INGERIR ALCOHOL.**- El alcohol estimulará el sangrado.

6) **INFLAMACIÓN.**- La inflamación es una reacción normal luego de la cirugía pasadas las primeras 48 horas empezarán a disminuir. Aplique pequeños trocitos de hielo en una toalla o bolsa plástica por fuera de la boca, lo hará durante 20 minutos y descansa 15 minutos. Hágalo durante las primeras 24 horas. Esto reducirá el edema evitará el sangrado y aliviará el dolor. Pasadas las 24 horas, aplíquese una bolsa de agua tibia lo que traerá sangre adicional a la herida lo que ayudará a su recuperación.

7) **SANGRADO.**- En caso de sangrado debe morder fuertemente una gasa estéril. Si luego de media horas persiste el sangrado, debe llamar inmediatamente el doctor.

8) **DOLOR.**- Pasado el efecto del anestésico empezará a sentir dolor. Para evitarlo debe tomar los remedios prescriptos por el doctor.

9) **ALIMENTACIÓN.**- Deberá ingerir una dieta blanda con poca sal y tomar bastante líquido.

10) **BORDES ÓSEOS.**- Podría darse el caso de presentarse molestias en los bordes de la herida, se trata de pequeños fragmentos de hueso y no restos de dientes. Debe acudir a la consulta para que el doctor los retire.

11) **SUTURA.**- Las suturas deben ser retiradas entre los seis u ocho días. Este es un procedimiento indoloro. La saliva permite que las suturas se aflojen lo que facilita su eliminación.

12) **RECOMENDACIONES.**- Debe cumplir todas las recomendaciones que le han sido indicadas. En caso de presentar complicaciones, debe comunicar inmediatamente con el doctor.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE CIRUGÍA BUCO-MAXILOFACIAL

Declaración de la / el Paciente

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

ACEPTACIÓN

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

ESTUDIANTE RESPONSABLE

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

Fecha, Guayaquil,.....de.....del.....

.....	.....	
Firma del Paciente.	**Firma del estudiante.**	**Firma del Docente.**
C.I #.....	**C.I #.....**	**Responsable**

Exámenes de sangre

CLINICA "NUSECA"

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO

Dirección: la 8va 1521 entre venezuela y portete tlf: 0997252897- 0983163277

Paciente : Jonathan Jimenez

DOCTOR: ALFONSO MONTERO FECHA: 13 DE MARZO 2017

EXAMEN DE SANGRE

BIOMETRIA HEMATICA

HEMATIES	**:**	**4"740.000mm3**	**N.Segmentados:**	**60 %**
HEMOGLOBINA	**:**	**14.5 g%**	**N. Cayados**	**: %**
HEMATOCRITO	**:**	**44 %**	**N.Juveniles**	**: %**
LEUCOCITOS	**:**	**11.000mm3**	**Linfocitos**	**: 36 %**
PLAQUETAS	**:**	**310.000mm3**	**Monocitos**	**: %**
			Eosinofilos	**: 4%**
			Basofilos	**: %**
			Mielocitos	**: %**

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

Tiempos de sangría : 1mn 30 seg v.r (1-3 min)

Tiempo de coagulación : 4mn 20 seg v.r (2-6 min)

PERFIL BIOQUIMICO

Glucosa: : 71 mg/dl v.r (60-110)