



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

Técnica quirúrgica para la extracción del cordal maxilar retenido

AUTORA:

Eliana Carolina Solórzano Rubio

TUTOR:

Dr. Kléber Lalama González

Guayaquil, junio 2012

CERTIFICACIÓN DE LOS TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

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

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a:

EL TEMA

“Técnica quirúrgica para la extracción del cordal maxilar retenido.”

Presentado por:

Solórzano Rubio Eliana Carolina

0927640557

Dr. Kléber Lalama G.

Dr. Kléber Lalama G.

Tutor Académico

Tutor Metodológico

Dr. Washington Escudero Doltz

Decano

Guayaquil, junio 2012

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual de la autora.

Eliana Carolina Solórzano Rubio

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta éste momento, a mis padres principalmente que gracias a su apoyo, dedicación y esfuerzo, estoy a punto de cumplir una de mis metas.

A mi familia que de una u otra manera me estuvieron apoyando para seguir adelante.

A los doctores que con sus conocimientos aportados me ayudaron y me enseñaron adquirirlos correctamente durante éstos años de estudio.

Y al tutor de tesis por brindarme la oportunidad de adquirir los conocimientos necesarios para llevar a cabo la correcta realización de la misma.

En fin a todos ya que gracias a ustedes cumpliré una de mis primeras etapas dentro de mi vida profesional.

Muchas gracias.

DEDICATORIA

Dedico todo este esfuerzo y trabajo a mis padres Jaime Solórzano G. y Ma. Elena Rubio S. quienes me han apoyado desde un principio durante todos estos años de estudio que fueron y son un pilar fundamental en mi vida

A ellos quienes supieron guiarme para llegar a ser una gran profesional.

Por eso y mucho más esto es para ustedes. Que Dios los colme de bendiciones y los tenga siempre a mi lado.

INDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Carta de Aceptación de los tutores	II
AUTORIA	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice General	
Introducción	1
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Preguntas de investigación.	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General.	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad	5
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEORICO	6
Antecedentes	6
2.1 Fundamentos teóricos	8
2.1.1 Dientes Retenidos	8
2.1.2 Dientes Incluidos	8
2.1.3 Dientes Impactados	9
2.1.4 Tercer Molar Superior Retenido	9
2.1.5 Formas de Retención	9
2.1.5.1 Retención Intraósea	9
2.1.5.2 Retención Subgingival	9
2.1.6 Etiología del Cordal Maxilar Retenido	9
2.1.7 Teoría Filogénica	10
2.1.8 Causas Sistémicas	10
2.1.9 Causas Prenatales	10

2.1.9.1 Causas Genéticas	10
2.1.9.2 Causas Congénitas	11
2.1.10 Causas Postnatales	11
2.1.11 Causas Locales	11
2.1.11.1 Razones Embriológicas	11
2.1.11.2 Obstáculos Mecánicos	11
2.1.12 Clasificación de los Cordales Maxilares Retenidos	11
2.1.13 Estudio Radiográfico del Cordal Maxilar Retenido	11
2.1.13.1 Posición del Tercer Molar	12
2.1.13.2 Posición del Segundo Molar	12
2.1.13.3 El hueso que cubre la cara triturante	12
2.1.13.4 El Tabique Mesial	13
2.1.13.5 El Hueso Distal	13
2.1.13.6 La corona del Tercer Molar	13
2.1.13.7 Las raíces del Tercer Molar	13
2.1.13.8 Vecindad con el Seno Maxilar	13
2.1.13.9 Vecindad con la Apófisis Pterigoides	14
2.1.13.10 Acceso a la cara mesial	14
2.1.14 Indicaciones Quirúrgicas del Cordal Maxilar	14
2.1.14.1 Daños en las piezas dentales vecinas	15
2.1.14.2 Infección y abscesos	15
2.1.14.3 Formación de quistes y tumores	15
2.1.14.4 Dolor agudo y dolor crónico maxilofacial	15
2.1.15 Contraindicaciones Quirúrgicas del Cordal Maxilar	15
2.1.16 Seno Maxilar	15
2.1.17 Extracción Quirúrgica del Cordal Maxilar Retenido	17
2.1.17.1 Preoperatorio	17
2.1.17.2 Intervención Quirúrgica	17
2.1.17.3 Complicaciones Quirúrgicas	17
2.1.18 Operación	18
2.1.18.1 Tiempos Operatorios	19
2.1.19 Posoperatorio	24

2.1.20 Instrucciones Postoperatorias	24
2.1.21 Complicaciones Postoperatorias	25
2.1.21.1 Hematoma	25
2.1.21.2 Edema	25
2.1.21.3 Hemorragia Primaria o Inmediata	25
2.1.21.4 Hemorragia Secundaria	25
2.1.21.5 Trismo	25
2.2 Elaboración de Hipótesis	26
2.3 Identificación de las variables	26
2.4 Operacionalización de las variables	27
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	28
3.1 Lugar de la investigación	28
3.2 Periodo de la investigación	28
3.3 Recursos Empleados	28
3.3.1 Recursos Humanos	28
3.3.2 Recursos Materiales	28
3.4 Universo y muestra	28
3.5 Tipo de investigación	28
3.6 Diseño de la investigación	29
CAPÍTULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES	30
4.1 Conclusiones	30
4.2 Recomendaciones	31
Bibliografía	32
Anexos	33

INTRODUCCIÓN

La intervención de los cordales incluidos o muelas del juicio es una de las intervenciones más frecuentes que se practican. Las muelas del juicio son los terceros molares, que por lo general no tiene suficiente espacio en la boca para experimentar una erupción correcta.

Esta erupción anómala puede causar diferentes problemas: cuando los cordales erupcionan parcialmente, la comunicación parcial con los gérmenes de la boca permitirá que las bacterias crezcan y causen infecciones recurrentes. También cuando erupcionan en posición de buconversión. La consecuencia será hinchazón, dolor, y dificultad de ingestión de alimentos y mal estado general.

La presión de las muelas del juicio que entran en erupción puede mover dientes y provocar un apiñamiento de los dientes que naturalmente estaban alineados o hacer recidivar un tratamiento ortodóncico.

El problema más grave, aunque también menos frecuente, es la formación de tumores o los quistes que se forman alrededor de los cordales, dando por resultado la destrucción del hueso y de los dientes vecinos.

Una pregunta que se realiza generalmente es cuando se debe realizar la cirugía de los cordales maxilares retenidos. Los estudios han demostrado la conveniencia de la exodoncia temprana de los cordales para evitar complicaciones y evitar riesgos de dañar estructuras vecinas como nervios y dientes vecinos.

La exploración oral y la radiografía nos permiten valorar la posición de las muelas, y la conveniencia de realizar la exodoncia antes de que aparezcan estos problemas. Por lo tanto es necesaria realizar una valoración a edad temprana, 14 años para observar la posición de los cordales maxilares y verificar si estos están en posición que permita s

erupción, caso contrario está indicado el tratamiento de la germenectomía. La exodoncia quirúrgica de los cordales es una intervención que habitualmente se realiza con anestesia local cuyo postoperatorio viene determinado por la posición de los cordales y el tipo de intervención.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La extracción quirúrgica de los cordales superiores retenidos representa ciertos riesgos operatorios, la más común es la comunicación buco sinusal la misma que se produce por la ruptura de la continuidad del piso del seno maxilar. Producida la comunicación se instaura una contaminación microbiana que se origina en la cavidad bucal hacia el seno maxilar.

La comunicación bucosinusal se produce por la cercanía de los ápices de los cordales con el piso sinusal o por la protrusión de las raíces hacia el interior del seno.

También puede aparecer esta complicación en los casos de las extracciones de los cordales superiores, cuando se efectúa una técnica quirúrgica agresiva, un legrado alveolar post extracción desmesurado o cuando el paciente, durante el postoperatorio inmediato, hace maniobras en las que aumenta la presión intrasinusal.

La comunicación bucosinusal es producida en la mayoría de los casos por la perforación del piso del seno como consecuencia de una mala maniobra quirúrgica, también por el uso de los fórceps que hace que el diente cordal perfora el seno maxilar.

Otra complicación postoperatoria es la alveolitis la misma que es consecuencia del trauma quirúrgico en el momento de hacer osteotomía o durante las maniobras quirúrgicas.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Radiográficamente se puede diagnosticar una posible comunicación bucosinusal?

¿Cuándo se debe realizar osteotomía para extraer el cordal maxilar retenido?

¿Cuál es la técnica quirúrgica de elección para la extracción de los cordales maxilares retenidos?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar la técnica quirúrgica más idónea en la extracción de los cordales maxilares retenidos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Establecer radiográficamente la relación del cordal maxilar retenido con el seno maxilar.

Aplicar correctamente la técnica quirúrgica más pertinente.

Valorar las posibles complicaciones quirúrgicas.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia del presente trabajo monográfico está sustentado en identificar la técnica quirúrgica más idónea en la cirugía de los cordales maxilares retenidos, cuyo objetivo se basa en evitar las iatrogenias que se podrían originar en una deficiente práctica quirúrgica, sirviendo éste trabajo de apoyo y referencia a las generaciones venideras de los alumnos de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Esta recopilación bibliográfica tiene como base fundamental aportar al conocimiento de los profesionales odontólogos y a los estudiantes,

dejando una fuente de información que les servirá en el ejercicio práctico lo que engrandecerá su perfil profesional que repercutirá en la sociedad especialmente en la de bajos recursos económicos.

1.5 VIABILIDAD

El presente trabajo monográfico es viable ya que nuestra Facultad Piloto de Odontología cuenta con el espacio físico, clínicas con equipamiento moderno y lo principal con profesionales capacitados que garantizan a los estudiantes del pregrado los conocimientos necesarios para el ejercicio de sus casuísticas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Para extraer el tercer molar maxilar retenido requiere que el operador tenga conocimientos de anatomía, y fisiología ya que esta pieza dentaria está localizado en la tuberosidad del maxilar y sus raíces pueden estar en estrecha relación con el piso del seno maxilar. Esta pieza dentaria se relaciona con estructuras anatómicas importantes como son el seno maxilar, el nervio alveolar superior, la fosa Infratemporal y la fosa Pterigopalatina.

Las complicaciones son accidentes, fenómenos adversos que sobrevienen durante un acto operatorio o después de él. En la exodoncia de los terceros molares retenidos, pueden ocurrir las mismas complicaciones que en cualquier exodoncia, pero el hecho de que se trate de un acto quirúrgico con características propias y que tenga lugar en una zona de encrucijada anatómica, hace que las complicaciones sean especialmente frecuentes y adquieran características propias.

Las estrechas relaciones entre el suelo del seno maxilar y las fosas nasales con los ápices de los dientes del maxilar superior, explican por qué estas cavidades pueden verse afectadas a menudo por procesos infecciosos odontogénicos y dañadas por mecanismos tan sencillos como una exodoncia convencional.

De hecho, la comunicación bucosinusal es una condición patológica que produce una solución de continuidad entre la boca y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y astral) y duros (diente y hueso maxilar). La génesis de esa modalidad de comunicación es variada y puede ser iatrogénica, traumática o asociada a

otras entidades clínicas; 7 sin embargo, la existencia de una infección concomitante, especialmente en un seno maxilar infectado, variará las manifestaciones clínicas y el tratamiento en cada caso, pero se afirma que la mayoría de las técnicas quirúrgicas suelen fracasar por no haberse eliminado previamente el proceso séptico.

Lalama Kléber (2004):

Durante la operación el campo visual es difícil, por lo que se aconseja concentración y apelar al sentido del tacto en el momento de aplicar los elevadores. Cuando el paciente abre la boca, la apófisis coronoides se desplaza hacia adelante, resta espacio para maniobrar quirúrgicamente incluso impide anestesiar. Para ganar espacio y visibilidad se le indica al paciente que cierre un poco la boca y que realice un movimiento de lateralidad de la mandíbula hacia el lado de trabajo. Con éste movimiento logramos mayor espacio entre la rama ascendente y la tuberosidad.

Cosme Gay Escoda (1999):

Solo cuando el cordal sea muy profundo será necesario efectuar la osteotomía con la fresa aplicando la misma técnica que en la mandíbula.

Raspall Guillermo (1994):

No debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales.

Lalama Kléber (2004):

Siempre recomienda que terminada la cirugía realizar la prueba de Valsalva para verificar que no se ha producido una comunicación con el seno maxilar.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1.1 DIENTES RETENIDOS.-

Lalama (2004)

En su obra titulada “Libro de Cirugía Bucal” manifiesta “Se denominan dientes retenidos, incluidos, impactados, no erupcionados o atrapados aquellas piezas dentarias que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Es decir que no han perforado el hueso ni la mucosa y no han adquirido su posición normal en la arcada dentaria” (p. 253)

Lalama expresa que los dientes retenidos son aquellos que quedan encerrados dentro de los maxilares ya que no perforan el hueso ni la mucosa.

Cualquiera de los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios, pueden quedar retenidos en los maxilares. La retención de los temporarios es un hecho excepcional.

2.1.2 DIENTES INCLUIDOS.-

Son aquellos dientes que se encuentran retenidos dentro del hueso de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario. La denominada inclusión secundaria puede ser posible por una acción mecánica de los diente vecinos, que vuelven a introducir al diente temporario dentro del hueso de donde provenía.

Lalama (2004) En su obra titulada “Libro de Cirugía Bucal” manifiesta “Esta terminología se la utiliza para los dientes que no han erupcionado total o parcialmente en la arcada dentaria. El saco puede estar en comunicación o no con la boca, pero existe una interferencia en el trayecto normal de erupción”. (p. 253/254).

2.1.3 DIENTES IMPACTADOS.-

Todo diente impactado, es considerado como diente retenido. También los dientes no erupcionados o impactados son considerados técnicamente como dientes retenidos, incluyendo a los mesiodens, dientes supernumerarios y a los dientes asociados con patologías, por ejemplo un quiste dentífero o un odontoma complejo.

2.1.4 TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Su retención es menor con relación al cordal mandibular, pero causa similares problemas. Más el cordal maxilar presenta un accidente propio que se produce cuando el molar erupciona en bucoversión, donde su cara triturante produce una úlcera en la mucosa del carrillo, lo que le produce al paciente dolores intensos, los tejidos blandos se inflaman, se presenta una celulitis acompañada de trismus y ganglios infartados, lo que repercute en el estado general del paciente.

2.1.5 FORMAS DE RETENCIÓN.-

Las piezas dentarias retenidas pueden presentar dos formas de retenciones; a saber:

2.1.5.1 Retención Intraósea: en éste tipo de retención el diente retenido está cubierto totalmente de hueso.

2.1.5.2 Retención subgingival: en éste tipo de retención el diente retenido está cubierto solo por mucosa.

2.1.6 ETIOLOGÍA DEL CORDAL MAXILAR RETENIDO.- El cordal maxilar puede quedar retenido por la presencia de una hiperplasia fibrosa o por tratamiento de ortodoncia que produce distalamiento de los dientes causando falta de espacio en la arcada.

2.1.7 TEORÍA FILOGÉNICA.-

Lalama (2004)

La gradual disminución de la dimensión de los maxilares a lo largo de la evolución, se relaciona con los hábitos cambiantes de la alimentación de la civilización actual. Lo que ha conducido a la eliminación de los maxilares grandes y fuertes por unos maxilares actuales más pequeños como para acomodar los terceros molares mandibulares. (p. 255)

Lalama dice que a lo largo de la evolución los maxilares fuertes de antes han ido cambiando hasta ser en la actualidad maxilares que no dan cabida a la colocación normal de los dientes en la arcada dentaria debido a los cambios en la alimentación.

También existen otras causas a saber:

2.1.8 CAUSAS SISTÉMICAS.-

Cuando existe retraso en la erupción de los dientes, podría sospecharse de un trastorno general del crecimiento.

2.1.9 CAUSAS PRENATALES.- Estas pueden ser:

2.1.9.1 Genéticas.- Los maxilares y la dentición pueden presentar trastornos hereditarios o familiares que podrían ser causas para la incidencia de los dientes no erupcionados:

a) Trastorno en el desarrollo del cráneo:

Disostosis Cleidocraneal.

b) Trastorno en el desarrollo de los maxilares:

Micrognatia.

c) Trastorno en el desarrollo de los dientes:

Macrodoncia.

2.1.9.2 Congénitas.- Debido a patologías adquiridas durante el embarazo: varicela, traumatismo o trastornos metabólicos.

2.1.10 CAUSAS POSTNATALES.- Todas las causas que puedan interferir en el recién nacido: anemia, malnutrición, tuberculosis, etc.

2.1.11 CAUSAS LOCALES:

2.1.11.1 RAZONES EMBRIOLÓGICAS.- El germen dentario puede estar en el sitio normal de erupción o alejado del mismo pero en una posición anómala..

2.1.11.2 OBSTÁCULOS MECÁNICOS.- Tenemos los siguientes:

- a) *Falta de espacio.-* Germen dentario desarrollado contra una pared inextensible: cara distal del segundo molar o rama ascendente de la mandíbula.
- b) *Hueso de gran condensación.-* Hueso con aumento de densidad.
- c) *Impedimentos.-* Extracciones prematuras o el diente impacta sobre un diente vecino.

2.1.12 CLASIFICACIÓN DE LOS CORDALES MAXILARES RETENIDOS.-

El tercer molar maxilar también adquiere distintas posiciones, a saber:

Posición vertical

Posición horizontal

Posición mesioangular.

Posición distoangular

Posición paranormal.

2.1.13 ESTUDIO RADIOGRÁFICO DEL CORDAL MAXILAR RETENIDO.- Es imprescindible realizar siempre un estudio radiológico preciso que muestre todo el tercer molar incluido y las estructuras que le rodean. Con el estudio clínico y radiológico será posible establecer la complejidad de la extracción del cordal, dato muy importante para el cirujano bucal.

Con una correcta interpretación de las radiografías podemos diagnosticar la mayoría de los factores locales que intervienen en la mayor o menor dificultad de la extracción del cordal a saber:

2.1.13.1 Posición del tercer molar.- El punto uno estudia la posición del tercer molar y nos permite clasificarlo. Cuando el cordal presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el cordal se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio en las desviaciones hacia bucal o lingual, el cordal aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

2.1.13.2 Posición del segundo molar.- El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona y la posición y forma de las raíces.

2.1.13.3 El hueso que cubre la cara triturante.- El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del cordal retenido deben ser prolijamente estudiados en la radiografía. La existencia o ausencia del saco pericoronario deben ser consideradas, todas éstas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria

2.1.13.4 El tabique mestal:

Ries Centeno (1968)

“El tabique mestal (su forma y dimensiones), está dado por la posición del cordal. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, éste espacio es nulo o mínimo. En la posición distoangular éste espacio tiene una forma triangular, a base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el cordal retenido. (p. 410).

Ries Centeno dice que el tabique mesial está dado por la posición de la corona. En las retenciones distoangulares este espacio tiene forma triangular y es donde debe aplicarse el elevador para extraer el molar.

2.1.13.5 El hueso distal.- También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas ocasiones la cara triturante del cordal puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

2.1.13.6 La corona del tercer molar.- (tamaño, forma y estado de la corona).- La corona puede ser as pequeña o más grande que la normal. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries de grado variable.

2.1.13.7 Las raíces del tercer molar.- Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones, pueden no estar aún calcificadas.

2.1.13.8 Vecindad con el seno maxilar.- En el cordal maxilar es importante valorar sus relaciones con el segundo molar y en especial con el seno maxilar. El suelo del seno maxilar es el proceso alveolar, y su punto más declive está situado en el adulto a nivel de los ápices del primer y segundo molar.

No obstante, el cordal maxilar mantiene con él, en todas sus fases de desarrollo, una relación muy estrecha, puede incluso afirmarse que algunos cordales están separados del seno maxilar por una fina capa de hueso. La neumatización del seno maxilar puede aumentar en la edad adulta cuando se pierden los molares superiores de forma prematura.

Estas condiciones anatómicas de contigüidad explican la gran facilidad con que la patología del cordal maxilar puede provocar problemas

sinusales de origen odontogénico, comunicación bucosinusal que es una condición que se caracteriza por la pérdida de la solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar. También se puede producir la introducción de restos radiculares del cordal o de todo el diente en el seno maxilar.

Todo ello hace que en el estudio radiológico preoperatorio se deban valorar bien estos datos con el fin de evitar complicaciones intra o postoperatorias.

2.1.13.9 Vecindad con la apófisis pterigoides.- El cordal puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

2.1.13.10 Acceso a la cara mesial.- Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al cordal. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a ésta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

2.1.14 INDICACIONES QUIRÚRGICAS DEL CORDAL MAXILAR.- Estas son las causas para realizar la extracción del cordal maxilar retenido:

2.1.14.1 Daño en las piezas dentales vecinas.- (caries, y/o reabsorción radicular).

2.1.14.2 Infección y abscesos.- Situación que puede llegar a ser tan severa y compleja que lleve al paciente a tener que internarse en un centro hospitalario.

2.1.14.3 Formación de quistes y tumores.- Los cuales por su gran crecimiento y agresividad conducirían al paciente a realizarse grandes operaciones.

2.1.14.4 Dolor agudo y dolor crónico maxilofacial.- El eventual “apiñamiento” o cambio de posición de los dientes anteriores, así como la presión sobre ellos ha sido asociado a los terceros molares.

2.1.15 CONTRAINDICACIONES QUIRÚRGICAS DEL CORDAL MAXILAR.-

¿Cuándo no debemos operar el cordal maxilar retenido?

Cuando el tercer molar se puede utilizar para reponer un molar perdido o por perderse.

Cuando retirar el tercer molar significa un riesgo evidente de dañar irreversiblemente estructuras anatómicas vecinas, por ejemplo: otros dientes o el seno maxilar.

Cuando el tercer molar ha erupcionado en una posición adecuada y presenta buena salud de la encía que lo rodea.

Cuando se tiene un tercer molar totalmente incluido dentro del hueso, sin contacto con el medio ambiente bucal, en ausencia de patología clínica o radiográfica asociada

Compromisos médicos importantes.

Edades extremas, cuando no hay problemas.

Hay que evaluar el beneficio versus el perjuicio.

2.1.16 SENO MAXILAR

El Seno Maxilar es una cavidad neumática excavada en el espesor de la apófisis piramidal del maxilar superior, su esbozo embrionario aparecen en el tercer y cuarto mes de la vida intrauterina, el crecimiento del seno es en sentido vertical y está condicionado a la erupción dentaria, en sentido anteroposterior depende del desarrollo de la tuberosidad del maxilar superior. La evolución del seno tiene relación con la cronología de la erupción dentaria, el seno maxilar se puede comparar a una pirámide cuadrangular cuya base corresponde a la pared externa de la fosa nasal y

el vértice se extiende al hueso malar, la pared anterior corresponde a la fosa canina, la pared posterior está formada por la tuberosidad del maxilar, la pared superior forma parte del piso de la órbita, pared inferior está en íntima relación con los ápices de los molares y premolares, llamada pared alveolar, la base el cornete inferior lo divide en dos porciones una antero inferior y posterosuperior, el vértice se dirige hacia el malar; la capacidad del antro en el adulto es de 10 a 15 ml.

Existe una estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores.

Esta tapizado con una mucosa delgada que esta adherida al periostio. El epitelio pseudo estratificado cilíndrico ciliado con células caliciformes. El espesor de las paredes del seno no es constante, particularmente el piso y el techo. Las paredes pueden variar en espesor de 2 a 5 mm el techo y de 2 a 3 mm en piso.

Se usa el término de diente incluído, para toda pieza dentaria que presente anomalía en su posición, situación que le impide erupcionar normalmente.

Una comunicación bucosinusal es una condición patológica que se caracteriza por no existir una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar, como consecuencia de falta de tejidos blandos (mucosa bucal, sinusal) y tejidos duros (hueso maxilar).

La sinusitis maxilar es una infección aguda o crónica del seno maxilar que con frecuencia se debe a la infección directa de una pieza dentaria aunque también se origina de otros procesos infecciosos, traumáticos, infecciones superpuestas o la perforación del piso y de la mucosa antral en el momento de la extracción.

El tercer molar es una pieza dentaria que comienza su calcificación a los 9 años, erupciona entre los 18 y 25 años y termina su calcificación entre los 20 y 27 años, tiene una longitud promedio de 18 mm. Es una pieza

dentaria muy irregular en su forma e implantación; siendo su calcificación tardía debe erupcionar en un maxilar que está sobre los límites de su mayor crecimiento.

2.1.17 EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL CORDAL MAXILAR RETENIDO

2.1.17.1 Preoperatorio-

El preoperatorio es el manejo integral y de preparación al que es sometido un paciente y que es previo a una cirugía. Abarca desde la realización de la anamnesis, de la exploración clínica, de los estudios radiológicos y complementarios que sean imprescindibles para efectuar un correcto diagnóstico todo lo cual dará lugar o no a una indicación quirúrgica hasta la preparación del paciente de las circunstancias que motivan la indicación de la intervención quirúrgica y de sus posibles repercusiones inmediatas y/o diferidas, su preparación psicológica, o la prescripción de una pre medicación determinada y adecuada al caso particular de que se trata.

2.1.17.2 Intervención quirúrgica

La intervención quirúrgica de los cordales maxilares retenidos es una maniobra más sencilla que la extracción de los cordales mandibulares. Una razón es que el hueso que rodea al diente es menos denso y con un instrumento fino se puede realizar la osteotomía.

2.1.17.3 Complicaciones quirúrgicas.-

Durante las maniobras quirúrgicas para la enucleación del cordal maxilar retenido se pueden presentar las siguientes complicaciones:

La almohadilla adiposa vestibular resta visibilidad.

Desplazamiento del molar hacia el interior del seno maxilar.

Fractura de la tuberosidad del maxilar.

2.1.18 OPERACIÓN.-

La cirugía bucal consta de varios tiempos operatorios y por naturaleza del lugar donde se interviene adquieren características especiales.

Para Lalama (2004)

El campo visual es difícil, por lo que se aconseja concentración y apelar al sentido del tacto en el momento de aplicar los elevadores. Cuando el paciente abre la boca, la apófisis coronoides se desplaza hacia adelante, resta espacio para maniobrar quirúrgicamente incluso impide anestésiar. Para ganar espacio y visibilidad se le indica al paciente que cierre un poco la boca y que realice un movimiento de lateralidad de la mandíbula hacia el lado de trabajo. Con éste movimiento logramos mayor espacio entre la rama ascendente y la tuberosidad. (p. 398).

Lalama indica que en el momento que el paciente abre la boca, la apófisis coronoides se desplaza hacia adelante lo que resta visibilidad, resta espacio, no se puede anestésiar. (Fig. 1. Anexos)

Para ganar espacio y visibilidad se debe indicar al paciente que abra ligeramente la boca y desvíe la mandíbula hacia el lado a operar, con esta técnica la apófisis coronoides no se desplaza y podemos trabajar quirúrgicamente. (Fig. 2. Anexos)

Estos tiempos operatorios son: Anestesia o bloqueo local; Incisión: Colgajo, Osteotomía; Intervención Quirúrgica propiamente dicha, Tratamiento de la cavidad y Sutura.

2.1.18.1 TIEMPOS OPERATORIOS:

a) *Anestesia*.- Anestesia del nervio Maxilar superior.-

Desde su origen, el nervio maxilar superior se dirige hacia delante, atraviesa el agujero redondo mayor y penetra en el trasfondo de la fosa Pterigomaxilar. En esta cavidad sigue el nervio una dirección oblicua hacia delante, hacia abajo y hacia fuera; sale así del trasfondo para

penetrar en la fosa Pterigomaxilar propiamente dicha, y alcanza la extremidad posterior del canal infraorbitario.

Cambia entonces el nervio maxilar de dirección por segunda vez y se introduce en el canal infraorbitario, y después en el conducto infraorbitario para desembocar en la fosa canina por el agujero infraorbitario. Parten del nervio maxilar posterior ramos colaterales denominados dentarios posteriores.

Estos ramos en número de dos o tres, se separan del nervio maxilar un poco antes de su entrada en la cavidad orbitaria. Descienden por la tuberosidad del maxilar, se introducen en los conductos dentarios posteriores y forman, anastomosándose por encima de los molares y premolares, un plexo dentario que proporciona los ramos a las raíces de todos los molares y premolares, al hueso maxilar y a la mucosa del seno maxilar.

b) Técnica - La anestesia del nervio maxilar superior se puede realizar por la vía extraoral (vía supramalar o supracigomática, vía inframalar o infracigomática y vía infracigomática o transigomoidea) o intraoral.

Vía intraoral.- para llegar al nervio maxilar superior, se sugieren dos caminos:

A Través De La Hendidura Pterigomaxilar.- El paciente debe tener su boca entre abierta, para permitir relajar y arrastrar fuertemente la comisura bucal del lado a operarse. Se punciona el fondo del surco vestibular al nivel de la raíz distal del segundo molar, al atravesar la mucosa, se realiza un movimiento ligero hacia arriba de la jeringuilla colocando la aguja en ángulo de 45° con relación al eje longitudinal de la pieza dentaria de referencia, se dirige la aguja hacia arriba, ligeramente atrás y hacia dentro en dirección a la fosa Pterigopalatino.

Sitio de depósito.- El sitio de depósito es en las inmediaciones de los orificios de entrada al hueso de los nervios alveolares posteriores situados en la tuberosidad del maxilar superior. (Fig. 3. Anexos)

Estructuras anestesiadas.- La anestesia conseguida afecta los tres molares superiores -a excepción de la raíz mesial del primer molar-, en muchas ocasiones -la mitad como mínimo- también se comprueba la anestesia de esta raíz así como la de los dos premolares, y esto se explica por la inexistencia del nervio alveolar superior medio. Igualmente proporciona anestesia a parte de la mucosa lateroposterior del seno maxilar. La anestesia lograda es pulpar y periodontal, interesando también mucosa, periostio vestibular y cortical externa. No logra prácticamente ninguna anestesia de partes blandas no habrá pues sensación de entumecimiento.

A Través Del Conducto Palatino Posterior El conducto palatino posterior comunica la cavidad bucal, desde la bóveda palatina, con la fosa Pterigomaxilar, donde debemos encontrar el nervio maxilar superior. Se reconoce la ubicación del conducto palatino al notar una depresión a nivel del ápice palatino del tercer molar por visión directa o palpación, en ausencia del tercer molar, detrás de la cara distal del segundo molar.

Se punciona la mucosa insertando la aguja desde el lado opuesto en dirección a la fosa Pterigopalatino, donde se deposita la solución anestésica. La introducción de la aguja en el agujero palatino mayor debe realizarse cuidadosamente para evitar fracturas, no hacer presión a su paso por la estructura anatómica ya que en ocasiones el conducto puede estar obstruido por hueso

c) *Incisión.-* La incisión se realiza con una hoja de bisturí # 12. Se inicia de atrás hacia adelante, próxima a la cara palatina, hasta la cara distal del segundo molar donde se ejecuta una incisión de descarga bucal.

d) *Levantamiento del colgajo.-* Se separa el colgajo Mucoperióstico, éste debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y

visibilidad del campo quirúrgico, sin que su retracción forzada pueda originar desgarros mucosos.

e) *Osteotomía.*- Frecuentemente el cordal maxilar es submucoso, o bien hay una capa de hueso muy fina que puede ser eliminada con la espátula para cera, los elevadores o con la pinza gubia.

Solo cuando el cordal maxilar se encuentre muy profundo o esté situado muy alto a nivel de los ápices de los molares vecinos, será necesario efectuar la osteotomía con fresas.

La resección ósea, que suele ser muy económica, afectará primordialmente al hueso oclusal y vestibular, facilitando así el acceso al cordal, y posibilitando la colocación de los elevadores para proceder a su luxación.

La osteotomía se realiza con el paciente con la boca semiabierta ya que esto facilita la visión del campo operatorio.

f) *Extracción.*- Se penetra la punta del elevador recto o curvo en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza mediante un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo como cuña. En ésta primera parte de su movimiento para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar el cordal maxilar.

Aplicación del elevador.- El elevador recto se aplica con su cara plana, sobre la cara anterior del diente

Punto de apoyo.- En general, el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir éste último.

Movimiento del elevador.- Aplicado el elevador, separado el labio y carrillo con un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. Para abandonar su alveolo, el molar debe de movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas:

el cordal debe ser dirigido hacia abajo, afuera y atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con fórceps. Cuando usamos los elevadores debemos de tener cuidado de proteger al paciente y de no aplicar exceso de fuerza, porque se puede producir complicaciones como la fractura de la tuberosidad, Fractura del cordal maxilar o segundo molar o una apertura antral introduciéndose el molar al seno maxilar. La técnica para extraerlo del seno se realiza mediante una intervención quirúrgica de Cadwell-Luc.

g) Complicaciones Quirúrgicas: Son las Siguietes:

Fractura de la tuberosidad.- Se produce al realizar las maniobras de luxación. Esto puede provocar más tarde la imposibilidad de adaptar correctamente una prótesis y la grave secuela de la aparición de una comunicación bucosinusal. Si el fragmento óseo de la tuberosidad no es viable se procederá a su exéresis. En caso contrario, si el fragmento es amplio, y está unido al periostio y a la mucosa, se repondrá en su situación y se inmovilizará. En todos estos casos suele producirse una hemorragia profusa que debe ser tratada inmediatamente haciendo la hemostasia adecuada.

Fractura del cordal maxilar o segundo molar.- Durante la extracción del cordal maxilar puede producirse la fractura de una de sus raíces o de cualquiera de sus partes, de una restauración del diente vecino, así como del mismo diente vecino (raíz distovestibular), del proceso alveolar (cortical interna o externa). Y si existe soldadura del segundo molar, en éste caso la exodoncia no es factible y hay que extraer ambos dientes.

Desplazamiento del cordal maxilar.- Los desplazamientos de algún fragmento o de todo el tercer molar se producen a menudo al intentar extraerlos con los elevadores. El cordal maxilar puede ser desplazado

hacia el interior del seno maxilar, hacia la fosa Infratemporal, hacia el espacio Pterigomaxilar o bien hacia vestibular a la región geniana.

h) Tratamiento de la cavidad.- Debe limpiarse el alvéolo de todo resto de folículo dental y espículas óseas con un cuidadoso curetaje, se debe retirar el saco pericoronario con una pinza gubia o con una cureta. Luego se irrigará con suero fisiológico, tanto el alvéolo, como debajo del colgajo mucoperióstico.

i) Sutura.- Realizada la limpieza de la cavidad, se adapta el colgajo en su posición original y se procede a la sutura correspondiente. La sutura debe descansar sobre hueso sano. Se puede practicar dos o tres puntos de sutura individual.

2.1.19 POSTOPERATORIO.-

El post operatorio comprende los diferentes procedimientos terapéuticos que se realizan luego de una intervención quirúrgica con la finalidad de que el paciente se recupere del trauma quirúrgico. Este se inicia luego de terminada la cirugía, es decir en la misma sala quirúrgica, esto se conoce como postoperatorio inmediato que comprende las primeras 24 horas, el tiempo de recuperación y de acción terapéutica se conoce como postoperatorio tardío. El postoperatorio termina con el alta clínica.

Durante el postoperatorio el enfermo recibirá cuidados especiales, se deberán adoptar medidas farmacológicas, alimenticias y de higiene que ayudarán a la pronta recuperación de la salud del paciente porque se beneficiará la reparación tisular.

Las medidas que el profesional proporcionará al paciente es la prescripción terapéutica que comprenderá antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, una dieta balanceada, medida de higiene que comprende el cepillado habitual, compresas de hielo las primeras 24 horas y luego del hielo se puede poner compresas de agua caliente por varias horas.

El tratamiento local post operatorio se lo realiza terminada la intervención quirúrgica, se limpia la sangre que el paciente pueda tener en la cara, se lo hace con una gasa embebida en suero fisiológico. Dentro de la boca se eliminan los coágulos de sangre y la saliva, se limpian los tejidos blandos y duros.

2.1.20 INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Son las que el paciente deberá cumplir. Es aconsejable hacerlo por escrito para evitar complicaciones, especialmente cuando el paciente es ambulatorio.

Mantener mordida la gasa por 30 minutos

No realizar enjuagues bucales.

No tocar la herida.

No fumar.

No ingerir alcohol.

Inflamación.- si la hay colocarse hielo y calor

Sangrado.- si lo hay morder fuertemente un apósito estéril de gasa.

Dolor.- Se le recetará analgésicos.

Bordes óseos.- pueden presentarse los cuales deben ser retirados por el doctor.

Suturas.- se retirarán a los 5 o 7 días.

Dieta blanda y líquida.

2.1.21 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

2.1.21.1 Hematoma.- Es la colección sanguínea que disecciona los planos faciales o el periostio, y que se traduce clínicamente por la aparición de tumefacción, equimosis, y la palpación de una masa de consistencia dura.

2.1.21.2 Edema.- Se puede presentar por el trauma quirúrgico luego de la cirugía, es un edema localizado. En el postoperatorio se puede presentar cierta tumefacción que tiende a aparecer a las 24 o 48 horas, luego empieza a desaparecer. El edema posoperatorio se diferencia del edema infeccioso, porque éste presenta mayor temperatura cutánea, mayor enrojecimiento y presencia de fiebre.

2.1.21.3 Hemorragia primaria o inmediata.- Es la que aparece en el mismo momento o después de varias horas de efectuado el acto quirúrgico.

2.1.21.4 Hemorragia secundaria.- Es la que aparece varios días después de efectuado el acto quirúrgico. Se origina por infección o vasodilatación provocada por los fármacos o porque cesa el efecto de los anestésicos.

2.1.21.5 Trismo.- La mayoría de los pacientes presenta en el postoperatorio una incapacidad o limitación para abrir la boca hasta los límites normales. Sus causas son:

a) *La contracción muscular protectora.-* Se origina debido a la inflamación relacionada con el traumatismo quirúrgico y el dolor post operatorio por vía refleja acentúa aún más dicha contracción.

b) *Alveolitis seca.-* Que es causada por la fibrinólisis del coágulo, se presenta con un fuerte dolor a los 3 o 4 días después de la extracción. Parece que en su etiología multifactorial está involucrada la actividad bacteriana del *Treponema Dentícola*, y los factores desencadenantes son la mala higiene bucal, la pericoronaritis previa, el uso del tabaco o

anticonceptivos orales y la falta de irrigación durante el procedimiento operatorio.

2.2. ELABORACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Si se aplica la técnica quirúrgica correctamente en la extracción de los cordales maxilares retenidos, disminuirían las comunicaciones bucosinusales.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.-

Variable Independiente

Si se aplica la técnica quirúrgica correctamente en la extracción de los cordales maxilares retenidos.

Variable Dependiente.

Disminuirían las comunicaciones bucosinusales.

2.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	VARIABLES INTERMEDIAS	INDICADORES	METODOLOGÍA
Si se aplica la técnica quirúrgica correctamente en la extracción de los cordales maxilares retenidos.	Compilación teórica quirúrgica	1. Introducción 2. Recopilación 3. Estructuración 4. Conceptualización	1. Científico 2. Recopilación 3. Estructuración 4. Conceptualización 5. Bibliográfico
	Procedimiento metodológico	1. Investigación 2. Proceso Metodológico 1. Desarrollo teórico-práctico	
	Concienciar a los involucrados en la práctica quirúrgica	1. Conceptos 2. Fundamentación 3. Conocimientos 4. Teorías 5. Aprendizaje	
Disminuirían las comunicaciones bucosinusales.	Definir los requisitos para prevenir este tipo de accidentes quirúrgicos	1. Práctica quirúrgica 2. Aumento de casos clínicos 3. Selección eficiente del caso a operar	1. Método andragógico 2. Mejorar la transmisión del conocimiento 3. Mejor andragogía práctica
	El contenido científico teórico elaborado siguiendo el plan curricular de la asignatura de Cirugía Bucal de 4to. año	1. Principios 2. Técnicas 3. Procedimientos 4. Etiologías 5. Generalidades 6. Plan de tratamiento 7. Resultados 8. Conclusiones	
	Evaluación, selección y clasificación de los casos prácticos	1. Casuística clínica	

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Universidad de Guayaquil - Facultad Piloto de Odontología

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Año 2011

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Docente

Estudiante

Paciente

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Espejo bucal, Carpule, aguja, mango de bisturí, hoja de bisturí, espátula para cera, micromotor, fresas, elevadores, fórceps, cureta, lima para hueso, jeringuilla, gasa, hilo de sutura.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Este trabajo monográfico es de tipo descriptivo y por ésta razón no cuenta con análisis de universo y muestra, sin embargo se toma un caso de cirugía como parte de las memorias realizadas en la clínica de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

3.5 - TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo bibliográfico ya que se consultaron varios libros y páginas científicas acreditadas que permitieron buscar la información y así poder elaborar el marco teórico para determinar cual es el conocimiento existente en el tema a investigar.

3.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es de tipo cuasi experimental ya que se analizaron las variables propuestas de la hipótesis y se colaboró con la técnica más idónea en la extracción de los cordales maxilares retenidos.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El cordal maxilar retenido es un tema de indudable importancia en la cirugía bucal y debe ser estudiado integralmente, a nivel anatómico, en relación con las zonas que lo rodea, a nivel clínico, quirúrgico y radiográfico.

Radiográficamente se puede mediante una película periapical o panorámica sospechar de una posible comunicación bucosinusal. Para estar más seguro del diagnóstico se debe recurrir a una tomo grafía computarizada.

Se debe realizar osteotomía cuando el cordal maxilar se encuentra en una posición alta por lo tanto el colgajo debe ser lo suficiente como para permitir una osteotomía sin desgarrar los tejidos blandos.

Existen diferentes técnicas para la extracción de los cordales ya sean retenidos o erupcionados , 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.

Al culminar este trabajo de graduación, se ha llegado a la conclusión de lo interesante e importante que es la organización y planificación del tratamiento para la extracción de los cordales maxilares retenidos.

4.2 RECOMENDACIONES.

Se debe siempre solicitar un examen radiográfico que nos de seguridad en el diagnóstico que de ser positivo el operador debe comunicar al paciente sobre la posibilidad de una comunicación bucosinusal, explicarle su significado, sus indicaciones y contraindicaciones y sobre todo el profesional deberá estar preparado para poder solucionar el problema, caso contrario deberá remitir al paciente a un especialista.

Se recomienda realizar una buena historia clínica ya que nos conducirá a elegir un buen plan de tratamiento en la extracción de los cordales maxilares. Aplicar correctamente la técnica quirúrgica para evitar complicaciones al momento de realizar la extracción, de igual manera se recomienda estar bien capacitado para poder realizarla.

Realizar una técnica de anestesia adecuada utilizando un anestésico de última generación para tener una mayor garantía del tiempo de trabajo y evitar dolores en el momento de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosme Gay Escoda, Cristina De la Rosa Gay, Leonardo Berini Aytés, 1999- Cirugía Bucal- Barcelona- España- 1era Edición, pág. 389-396-456-472
2. Hermann F. Sailer Gion F Pajarola, 1999- Atlas de Cirugía Oral- Barcelona –Madrid- Editorial MASSON, pág. 106-114
3. Kruger Gustavo O, 1983- Tratado de Cirugía Bucal- México D.F- Editorial Interamericana, pág. 90-93
4. Lalama Kléber. 2004 –Cirugía Bucal- Guayaquil- Ecuador 1era edición.; pág. 253- 261 395-400
5. Olaf Sandner M, 2007- Tratado de Cirugía Bucal y Maxilofacial- Venezuela- Editorial AMOLCA, pág. 112-114
6. Oribe Jorge A, y Colaboradores, 1984- Cirugía Maxilofacial- Buenos Aires. Argentina- Editorial López Libreros, pág 125
7. Raspall Guillermo, 1994- Cirugía Bucal- Madrid España- Editorial Médica Panamericana, pág. 95-121
8. Ríes Centeno,1968- Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica- Buenos Aires- Argentina- Editorial El Ateneo, pág. 408-416
9. www.unne.edu.ar/web/cyt/com2005/3-medicina/M-059.pdf
10. www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm
11. ww.slideshare.net/rakaiser/postoperatorio-quirurgico
12. Odn.unne.edu.ar/tema6.pdf
13. www.scribd.com/anestesiatroncular-AI-Nerv1
14. Odontología.mx.tripod.com/anestesiadental.html
15. Anestesia bucal html.rincondelvago.com/anestesia-bucal.htm

ANEXOS



Figura 1.

.Paciente con la boca abierta. Al desplazarse la apófisis coronoides resta visibilidad.

Fuente: :www.dr-tonel.blogspot.com



Figura 2.

Paciente con la boca ligeramente abierta y con movimiento de lateralidad con lo que se logra mayor visibilidad.

Fuente : www.fo.odonto.unam.mx



Figura 3.

Sitio de depósito del anestésico en las inmediaciones de los orificios de entrada al hueso de los nervios alveolares posteriores

Fuente www.scribd.com/.../Anestesia-Troncular-Al-Nerv



Figura 4.

Anestesia Supraperiostica

Fuente . www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



Figura 5.

Levantamiento del Colgajo.

Fuente www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



Figura 6.

Osteotomía.

Fuente www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



Figura 7.

Fuente www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



Figura 8.

Limpieza de la Cavidad

Fuente: www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



Figura 9.

Sutura de la Cavidad.

Fuente: www.infocompu.com/adolfo_arthur/tercer%20molar_s.htm



\$ 1,15

UN dólar Americano CON
QUINCE Centavos

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N: 12 - 10025

NOMBRES: 0927640557

SOLORZANO RUBIO ELIANA CAROLINA

FACULTAD: 1002

09/02/2012 09:06:15
Guayaquil, 10 de Febrero del 2012

Doctor,

Washington Escudero D.

Decano de la Facultad Piloto de Odontología

En su despacho.-

De mis consideraciones.

Yo, **Solorzano Rubio Eliana Carolina** con numero de C.I. **0927640557**, alumna del **QUINTO AÑO PARALELO # 1**; de la carrera de Odontología, solicito a usted, me asigne tutor para poder realizar **EL TRABAJO GRADUACION**, previo a la obtención del título de Odontologo, en la materia de **CIRUGIA**.

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

Muy atentamente,


Solorzano Rubio Eliana Carolina
C.I. 0927640557

*Jan 10-12
P.D.C.*

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


Dr. Washington Escudero D.
DECANO

C9-Nº 0059012



\$ 1,15

UNI dólar Americano CON
QUINCE Centavos

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA

SERIE U-B N° 12 - 10624

NÚMERO: 0927640557

SOLÓRZANO RUBIO ELIANA CAROLINA

FACULTAD: 1002

09/02/2012 09:08:15

Guayaquil, 9 de Mayo del 2012

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

De mi consideración:

Yo, Solórzano Rubio Eliana Carolina con C.I. N° 0927640557 Alumna de Quinto Año Paralelo N° 1 periodo lectivo 2011 – 2012, presento para su consideración el tema del trabajo de graduación.

"TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCIÓN DEL CORDAL MAXILAR RETENIDO."

Objetivo General:

Identificar la técnica quirúrgica más idónea en la extracción de los cordales maxilares retenidos.

Justificación: La importancia del presente trabajo monográfico está sustentado en identificar la técnica quirúrgica más idónea en la cirugía de los cordales maxilares retenidos, cuyo objetivo se basa en evitar las iatrogenias que se podrían originar en una deficiente practica quirúrgica, sirviendo este trabajo de apoyo y referencia a las generaciones venideras de los alumnos de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Agradezco de antemano la atención a la presente solicitud.

Solórzano Rubio Eliana Carolina
C.I. 0927640557

*Recibido
May 09/2012
12:02
Jones*

Dr. Kleber Lalama
TUTOR ACADÉMICO

C9-N° 0059011