



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

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

TEMA:

**Accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer
molar inferior.**

AUTOR:

Alicia Stefanía Aldaz Moscol.

TUTOR:

Dr. Remberto Rodríguez Cuadros.

Guayaquil, Junio 2012.

CERTIFICACIÓN DE TUTORES.

En calidad de tutor del trabajo de investigación:

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

CERTIFICAMOS

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

El trabajo de graduación se refiere a: “ACCIDENTES INFECCIOSOS QUE SE PRODUCEN POR LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR”.

Presentado por:

Aldaz Moscol Alicia Stefanía

1206312678

Tutores

Dr. Remberto Rodríguez.

TUTOR ACADÈMICO

Dr. Miguel Álvarez Avilés.

TUTOR METODOLÒGICO

Dr. Washington Escudero Doltz.

DECANO

Guayaquil, Junio 2012.

AUTORÍA.

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

Alicia Stefanía Aldaz Moscol.

AGRADECIMIENTO.

Son numerosas las personas a las que debo agradecer por ayudarme en el logro de mi carrera, es demasiado poco el decir gracias, pero en el fondo de mi ser eternamente les estaré agradecida y siempre presto a tenderles una mano cuando así lo requieran. Sin embargo, resaltaré solo algunas de estas personas sin las cuales no hubiese hecho realidad este sueño tan anhelado como es la culminación de mi carrera universitaria.

Primeramente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por su constante amor inexplicable para mi superación personal, han vivido a mi lado cada sentimiento que expresa mi corazón y sin importarles nuestras diferencias, ni mis fallas me han apoyado y eso nunca lo olvidaré, porque no todos tenemos la dicha de tener unos padres tan responsables como ustedes y por eso no me cansaré de expresarles hoy mañana y siempre pase lo que pase, que los amo con todo mi corazón.

Merecido agradecimiento a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeron en mi formación tanto científica como práctica para hacer de mí una verdadera profesional al servicio de la sociedad.

Por último un especial agradecimiento a mis tutores de tesis Dr. Remberto Rodríguez y Dr. Miguel Álvarez quienes me brindaron la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la realización de este trabajo.

Mil gracias.

DEDICATORIA.

En primer lugar a Dios todopoderoso, por ser mi creador, el motor de mi vida, porque todo lo que soy, lo que tengo, lo que puedo y lo que recibo es regalo que él me ha dado.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su inmenso amor.

Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer por su amistad, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y el corazón, sin importar en donde estén o si alguna vez llegan a leer esta dedicatoria, quiero darles las gracias por todo lo que me han brindado y sus bendiciones.

ÍNDICE GENERAL.

Contenidos	pág.
Carta de Aceptación de los tutores.	I
Autoría	II
Agradecimiento.	III
Dedicatoria.	IV
Índice General.	V
Introducción.	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA.	2
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	3
1.3 Objetivos.	3
1.3.1 Objetivo General.	3
1.3.2 Objetivos Específicos.	3
1.4 Justificación.	4
1.5 Viabilidad.	5
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.	6
Antecedentes.	6
2.1 Fundamentos teóricos.	6
2.1.1 Tercer molar o muela del juicio o cordal	6
2.1.2 Condiciones embriológicas y anatómicas de los terceros molares inferiores.	7
2.1.2.1 Condiciones embriológicas.	7
2.1.2.2 Condiciones anatómicas.	8
2.1.2 Patogenia.	9
2.1.3.1 Patogenia de origen infeccioso.	9
2.1.3.2 Patogenia de origen mecánico.	10
2.1.3.3 Patogenia de origen neurológico.	10
2.1.4 Accidentes clínico-patológicos producidos	

por la erupción del tercer molar inferior.	11
2.1.4.1 Clasificación de los accidentes Clínico-Patológicos producidos por la erupción del tercer molar inferior.	11
2.1.5 Accidentes infecciosos.	12
2.1.5.1 Pericoronaritis	12
2.1.5.2 Otros accidentes infecciosos.	18
2.1.6 Diagnóstico.	26
2.1.6.1 Historia clínica.	26
2.1.6.2 Examen clínico.	26
2.1.6.3 Examen radiográfico.	27
2.1.6.4 Pronóstico.	27
2.1.7 Tratamiento.	27
2.1.7.1 Manejo terapéutico de los accidentes infecciosos.	27
2.1.7.2 Tratamiento quirúrgico.	29
2.2 Elaboración de Hipótesis.	32
2.3 Identificación de las variables.	32
2.4 Operacionalización de las variables.	32
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.	33
3.1 Lugar de la investigación.	33
3.2 Periodo de la investigación.	33
3.3 Recursos Empleados.	33
3.3.1 Recursos Humanos.	33
3.3.2 Recursos Materiales.	33
3.4 Universo y muestra.	33
3.5 Tipo de investigación.	33
3.6 Diseño de la investigación.	34
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENACIONES.	35
4.1 Conclusiones.	35
4.2 Recomendaciones.	35

Bibliografía.	37
Anexos	40

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar que la mayoría de los terceros molares inferiores durante el proceso de erupción tienen una potencialidad patológica traumática en el paciente.

Dentro de la aparición y ubicación de los terceros molares en la arcada dentaria, el más famoso es el tercer molar inferior, por los diferentes obstáculos y complicaciones eruptivas ya que la falta de espacio y la mala posición de los terceros molares inferiores, dan lugar a la presencia de accidentes infecciosos muy variados en su etiopatogenia, aspectos clínicos, radiográficos e histológicos.

Se destaca la importancia del estudio de la patología infecciosa que acompaña a la erupción del tercer molar inferior porque constituye uno de los procesos más limitadores para el paciente y de clínica más florida y variada, consiguiendo pasar desde una infección local a graves complicaciones ya que compromete y afecta las estructuras cervicofaciales, debido a la ubicación de los terceros molares inferiores y la gran proximidad que tiene con estructuras respiratorias y deglutorias, que son zonas ricamente vascularizadas e inervadas.

Los métodos utilizados en la presente investigación son: el Analítico ya que distingue las partes de un todo y procede a la revisión ordenada de cada uno de sus elementos por separado, Inductivo ya que vamos a obtener conclusiones generales a partir de premisas particulares y Deductivo porque se va a partir de datos generales que han sido aceptados como valederos para deducir por medio de un razonamiento lógico varias suposiciones.

El resultado que se espera de este trabajo de investigación es ampliar los conocimientos de los odontólogos, para lograr la obtención de un buen diagnóstico y aliviar la sintomatología del paciente.

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tercer molar es el diente que con mayor frecuencia no finaliza su proceso normal de erupción, provocando innumerables complicaciones desde el punto de vista clínico como la pericoronaritis, la periodontitis, las caries, la reabsorción de las raíces de los segundos molares inferiores, la formación de quistes dentígenos, el desbalance oclusal, los disturbios en la articulación temporomandibular (ATM), sólo por mencionar alguna de las secuelas que produce.

Por otro lado, la alta prevalencia de retención de los terceros molares inferiores, reportada en la literatura especializada, expone una gran polémica sobre este tema, de ahí el interés de despejar esta incógnita, pues hace de éste, un problema de considerable importancia en la Odontología.

Es importante destacar que dependiendo de las condiciones o características genéticas de los individuos se observa un alto índice de accidentes infecciosos en el saco pericoronario debido a la erupción de los terceros molares inferiores.

Para la identificación adecuada de los accidentes infecciosos, es apropiada la implementación cronológica de una guía de estudio, puesto que estos causan molestias al paciente, de tal manera que altera su salud dental, propagándose inmediatamente al cuerpo humano en general. Estos accidentes se presentan tanto en hombres como en mujeres creando en ellos trastornos que van desde una infección local a graves complicaciones por lo que el paciente requiere primeramente de un buen diagnóstico para recibir un tratamiento acertado y oportuno.

En el contexto anterior, el problema se plantea de la siguiente manera:

¿De qué manera la erupción del tercer molar inferior incide en la producción de accidentes infecciosos que afectan la salud oral y corporal de los pacientes?

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Qué factores conllevan a la presencia de los accidentes infecciosos por la erupción del tercer molar inferior?

¿Cuáles son los accidentes infecciosos más comunes que se originan por la erupción del tercer molar inferior?

¿Qué importancia tiene el conocimiento de los accidentes infecciosos que se produce por la erupción del tercer molar inferior?

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de cada uno de los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior?

¿Cómo repercuten los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior en la salud general del paciente?

¿Por qué se alteran los tejidos blandos del espacio retromolar en la erupción del tercer molar inferior?

¿Por qué los odontólogos deben profundizar el conocimiento en los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la influencia de la erupción del tercer molar inferior en los accidentes infecciosos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Considerar otras investigaciones que se hayan realizado sobre los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior.

Explicar que muchas de las patologías tratadas en el consultorio odontológico son problemas derivados de los accidentes infecciosos producidos por la erupción de los terceros molares inferiores.

Analizar las diferentes sintomatologías de cada uno de los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Los terceros molares inferiores son las piezas dentarias que con mayor frecuencia producen procesos infecciosos, constituyendo un apartado importante de la clínica odontológica no solo por su incidencia y variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan y que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales.

En la presente época de importantes cambios sociales, tecnológicos y culturales este estudio y todas sus manifestaciones son elementos de análisis cada vez más imprescindibles en el campo odontológico, ya que los odontólogos deben profundizar el conocimiento en los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior.

En la actualidad el desarrollo tecnológico ha permitido introducir equipos modernos de alta tecnología, como son los computarizados con láser que sirven para el tratamiento quirúrgico de la pericoronaritis y las demás agentes infecciosos que se producen lográndose un tratamiento menos traumático para el paciente.

El uso de dióxido carbono láser permite por ejemplo la operación de los tejidos blandos en la cavidad bucal, con un mínimo daño. El criterio del parámetro óptimo de la exposición de láser depende del estado del proceso inflamatorio, esta técnica acelera el tratamiento de la pericoronaritis, disminuyendo por consiguiente el uso de medicamentos.

Por tanto es importante el estudio encaminado a determinar el grado de afección de los accidentes infecciosos provocados por la erupción del tercer molar inferior en el desarrollo de complicaciones patológicas.

Esta investigación se justifica, en la medida que permitirá conocer no solo los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior y las complicaciones que ocasiona en la salud del paciente, sino que el mismo servirá como fuente de consulta en la cátedra de Cirugía Bucal para las futuras generaciones de estudiantes de la Facultad Piloto de Odontología.

1.5 VIABILIDAD.

Esta investigación es viable ya que se cuenta con la infraestructura, herramientas técnicas de las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología, así como el recurso humano en beneficio de la comunidad en general.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

El presente trabajo tiene como finalidad ser una fuente de consulta para los alumnos de esta facultad de Odontología. El proceso investigativo permitió identificar que en la biblioteca de nuestra Alma máter y en la web no existen tesis o trabajos de investigación bajo el nombre de accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior, motivo por el que este trabajo de investigación es de carácter original.

Sin embargo los accidentes por erupción de los terceros molares eran ya conocidos en la antigüedad. Hemard, en su libro que tituló *La verdadera anatomía de los dientes* en el año 1580, relataba las particularidades de la erupción de los terceros molares en la edad de la prudencia y la discreción. Posteriormente, a la erupción de la pieza dentaria se hizo responsable de inflamaciones mucosas y óseas; en el siglo XIX se insistió sobre uno de los caracteres que le daban importancia clínica: la falta de espacio; otros autores consideraban ya el hecho de la infección. Por último, el concepto de la infección pericoronaria, ya en el siglo XX, de los trastornos de origen reflejo, completan esta entidad nosológica.

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.1.1 TERCER MOLAR O MUELA DEL JUICIO O CORDAL.

El tercer molar conocido también con el nombre de muela del juicio o cordal, suele aparecer aproximadamente entre los 18 y 25 años de edad, incluso no hacerlo nunca, recibe el nombre de muela del juicio ya que aparece en la arcada dentaria en la edad de la prudencia y la discreción.

En el desarrollo de una pieza dentaria se encuentran diversas etapas hasta que esta se ubica en posición normal dentro de la arcada, la primera etapa comienza con el período de crecimiento, el cual a su vez

consta con las etapas de: iniciación, proliferación, histodiferenciación, morfodiferenciación y aposición, luego estos tejidos dan como resultado la mineralización constituyendo así la etapa de calcificación y enseguida sobreviene la etapa de erupción y atrición.

2.1.2 CONDICIONES EMBRIOLÓGICAS Y ANATÓMICAS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES.

2.1.2.1 Condiciones embriológicas.

Embriológicamente, los gérmenes de los terceros molares inferiores aparecen en los extremos distales de la lámina dentaria al final del cuarto mes de vida intrauterina. Éstos aparecen a partir de los gérmenes de los segundos molares, de manera que podemos considerar al tercer molar como un diente de reemplazo del segundo molar.

La calcificación de este diente comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina la calcificación hasta los 15-16 años; la calcificación completa de sus raíces no sucede hasta los 25 años de edad, y va a realizarse en un espacio muy limitado. El hueso, en su crecimiento, tiene tendencia a tirar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. Todo esto explica la oblicuidad del eje de erupción que le hace tropezar contra la cara distal del segundo molar. **(Gay y Berini, 1999)**

En un estudio longitudinal realizado por Venta y Cols en personas de 20 años, la mitad de los dientes erupcionados parcialmente a esta edad, estaban totalmente erupcionados a los 26 años, lo que indica el largo período de erupción.

Existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; así el tercer molar cada vez presenta una erupción más retrasada e incluso puede estar ausente en aproximadamente el 10% de la población. **(Donado, 2001)** Otros autores encuentran esta agenesia en un rango del 5 al 30% en función de la raza del paciente.

2.1.2.2 Condiciones anatómicas.

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de la evolución filogenética produciendo la inclusión del tercer molar inferior.

El germen del tercer molar inferior nace al final de la lámina dentaria. Esta región del ángulo mandibular llamada “zona fértil mandibular”, en donde el crecimiento se realiza en sentido posterior, obligando al tercer molar inferior a efectuar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y hacia arriba para alcanzar su lugar normal en la arcada. **(Algobera, 1996)**

La evolución de este diente se efectúa en un espacio muy limitado:

Hacia delante: El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar y puede lesionarse a diferente altura.

Hacia abajo: Está en relación más o menos íntima con el paquete vasculonervioso dentario inferior, que puede atravesar a veces entre sus raíces, siendo la proximidad la causa de distintos trastornos reflejos del trigémino y el simpático periarterial a causa de las múltiples anastomosis del V par craneal.

Hacia atrás: Se encuentra con el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, que impide una buena posición del diente en la arcada.

Hacia arriba: Cubierto por mucosa laxa, movable y extensible, que no desempeña su papel habitual en la erupción dentaria como lo hace la fibromucosa existente en el resto de los dientes, no existen esa dehiscencia normal cuando el diente llega a su erupción en la arcada y esa mucosa laxa y extensible no se retrae, se deja distender y forma por detrás del segundo molar una especie de saco, donde los agentes infecciosos bucales pueden multiplicarse y provocar una infección localizada.

Hacia fuera: Se encuentra la cortical externa, lámina ósea espesa y compacta sin estructuras vasculonerviosas; Hacia dentro: Se relaciona

con la cortical interna, lámina ósea delgada, a veces perforada por las raíces que separa al diente de la región sublingual y el nervio lingual.

El tercer molar está situado en una zona estratégica-encrucijada o “carrefour” que hace comunicar entre ellos los espacios celulares vecinos. Por fuera: las regiones maseterina, geniana y vestibular. Por detrás: espacio temporal, región pterigo-maxilar, pilar anterior del velo del paladar, el espacio periamigdalino y el velo del paladar. La comunicación de todos estos espacios es importante para comprender alguna de las complicaciones infecciosas que analizaremos más adelante.

El tercer molar inferior encuentra una serie de obstáculos en su intento de erupción y da lugar a anomalías de situación y posición. Solo el 20% de los terceros molares inferiores encuentran espacio y se alinean normalmente en la arcada.

2.1.3 PATOGENIA.

La patogenia que acompaña la erupción del tercer molar inferior tiene un origen triple: el primer origen es de tipo infeccioso a partir de la cavidad bucal, el segundo es de tipo mecánico en relación con la falta de espacio y el tercer origen es de orden reflejo neurológico. A continuación describiremos cada uno de ellos.

2.1.3.1 Patogenia de Origen Infeccioso.

La infección es la gran conductora de los accidentes de evolución de los molares del juicio, a este respecto se han invocado algunas teorías como es el caso de un proceso irritativo que proviene de los obstáculos mecánicos, que en cierto modo atrae los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existe en la cavidad bucal; también se puede deber a modificaciones vasomotoras inducidas por la evolución del germen con la infección consiguiente del rodete fibromucoso.

Se acepta actualmente que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario; el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio

bucal, bien directamente por penetración del saco pericoronario o bien por intermedio del alvéolo del segundo molar. Entre el diente retenido y el diente contiguo se crea un espacio casi cerrado, protegido de un saco o capuchón mucoso que no tiene tendencia a retraerse y donde van a multiplicarse los microorganismos.

2.1.3.2 Patogenia de Origen Mecánico.

Debemos considerar con mucha frecuencia en la patogenia de estos accidentes. Una causa evidente del accidente evolutivo del tercer molar inferior es el insuficiente espacio lo que le hace responsable de retenciones, evoluciones en posición normal y presiones sobre el segundo molar y por ende desplazamientos dentarios, trastornos de la articulación. La independencia genética de los dientes y de los maxilares y el azar de repartición de los caracteres hereditarios son el origen de la armonía o desarmonía dentomaxilar.

Cuando el tercer molar inferior retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente, el diente antagonista que se encuentra brotado o erupcionado, durante la masticación traumatiza con sus cúspides esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.

2.1.3.3 Patogenia de Origen Neurológico.

Su presencia es indiscutible debido a la riqueza de vascularización e inervación de las regiones donde evoluciona el molar del juicio, el gran poder reflexógeno del trigémino y el gran número de sus anastomosis periféricas y centrales son responsables de tratamiento reflejo de todo orden, la red nerviosa vegetativa que acompaña a los elementos nerviosos y vasculares es el punto de partida de trastornos vasomotores locales y regionales.

2.1.4 ACCIDENTES CLÍNICO-PATOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes originados por el tercer molar inferior son variados y de intensidad distinta; alcanzan todos los niveles y producen todos los cuadros clínicos desde un proceso local de escasa importancia (caries en la cara distal del segundo molar) hasta estados más graves como la producción de una grave infección del suelo de la boca, la formación de un quiste dentígero o la aparición de una lesión neoplásica en los tejidos foliculares circundantes (carcinoma intraóseo).

Cuando se presenta patología grave, se coincide acerca de las indicaciones y contraindicaciones de la extracción del tercer molar, pero la manera de proceder en los cordales asintomáticos o que causan problemas leves requiere una consideración cuidadosa. Para decidir si está indicada la extracción en estos casos, es necesario conocer la patología potencial relacionada con estos dientes, además de las secuelas que pueden acarrear tales problemas.

Los accidentes en relación con el cordal suelen aparecer preferentemente entre los 17 y 28 años, aunque pueden verse a todas las edades (desde los 15 a 90 años). Parece existir un ligero predominio en la mujer y los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan estos problemas. En individuos de raza negra no acostumbra a existir "falta de espacio" y en general no suelen aparecer tantos accidentes de erupción del tercer molar, al contrario de la raza blanca. **(Gay y Berini, 1999)**

Son las características anatómicas o embriológicas las que determinan la retención o grado de erupción del tercer molar inferior.

2.1.4.1 Clasificación de los accidentes Clínico-Patológicos producidos por la erupción del tercer molar inferior.

Los terceros molares inferiores en su proceso de erupción pueden desarrollar diferentes accidentes clínico-patológicos o complicaciones que se clasifican en: a) accidentes infecciosos, b) accidentes tumorales, c)

accidentes mecánicos y c) accidentes nerviosos. De los cuales solo vamos a estudiar los accidentes infecciosos.

2.1.5 ACCIDENTES INFECCIOSOS.

Los accidentes infecciosos que acompañan a la erupción del tercer molar inferior constituyen uno de los procesos más limitadores para el paciente y de clínica más florida y variada, pudiendo pasar de una infección local como la pericoronaritis a complicaciones regionales como los distintos tipos de abscesos cervicofaciales e incluso pueden llegar a ser sistémicas.

Estos accidentes infecciosos son los más importantes y están centrados por la pericoronaritis, existiendo también otros tipos de accidentes infecciosos considerados por algunos autores como complicaciones o estadio posterior de la pericoronaritis y son de tipos mucosos, ganglionares, celulares, óseos y a distancia.

2.1.5.1 Pericoronaritis.

La pericoronaritis es el más frecuente de todos los accidentes mucosos, es un proceso infeccioso agudo que se observa en pacientes jóvenes entre la segunda y tercer década de la vida por erupción de cualquier pieza dentaria, fundamentalmente en los terceros molares inferiores la infección se localiza en los tejidos mucosos que rodean la corona del diente parcialmente erupcionado. Su importancia radica por una parte en que es el punto de partida de casi todos los accidentes infecciosos.

Se cree que entre los estados que predisponen a la pericoronaritis están las infecciones de vías respiratorias altas, el estrés emocional y el embarazo (en el segundo trimestre).

La etiología más aceptada en la actualidad sobre la pericoronaritis es la invasión de microorganismos al saco pericoronario que rodea la corona del diente retenido, lugar que tiene condiciones favorables para el crecimiento bacteriano.

Debajo de la mucosa peridentaria existe un espacio que contiene humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad; con este excepcional ambiente el crecimiento bacteriano florece.

También se puede producir por irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior, por las cúspides del tercer molar superior, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión de microorganismos, la erupción del tercer molar superior en su intento de entrar en articulación, traumatiza los tejidos blandos del tercer molar inferior durante los movimientos mandibulares.

Estos hechos crean una situación óptima para la formación y el desarrollo de un proceso infecto-inflamatorio de naturaleza recurrente, protagonizado por microorganismos de naturaleza polimicrobiana con especial participación de géneros anaerobios estrictos.

Los microorganismos que se encuentran frecuentemente en el proceso infeccioso son los estafilococos grampositivos, al envejecer algunas de estas células se convierten en gramnegativos, se caracterizan por ser esporulados, anaerobios y saprofitos, bacilos fusiformes y espirilos.

La flora microbiana localizada alrededor del tercer molar inferior que parcialmente erupcionó es significativamente diferente de la flora encontrada en cualquier otra parte de la cavidad oral, posee gran número de especies invasivas (bacteroides) es frecuente encontrar altas concentraciones de microorganismos resistentes a la penicilina en esta área.

Investigaciones recientes realizadas sobre la flora microbiana encontrada en una pericoronaritis de los terceros molares inferiores se observaron microorganismos como espiroquetas, bacterias fusiformes, bacterias anaerobias incluidos Actinomyces y especies Prevotella, sobresaliendo microflora facultativa anaerobia, como son: Streptococcus milleris, Estomatococos musilaginosus y Rothia dentocariosa.

Son pocos los estudios realizados en relación con la microbiología de la Pericoronitis; algunos de estos se han limitado a analizar el contenido purulento de los exudados, asociado a infecciones agudas, mientras que

otros se han enfocado a la investigación de las condiciones de cronicidad del proceso infeccioso. Si bien es cierto que en casi todos los casos hay una flora mixta, los estudios iniciales hacían referencia al aislamiento frecuente de estreptococos (principalmente los del grupo viridans) y estafilococos.

Hoy en día se sabe que la Pericoronitis es una infección polimicrobiana, donde los microorganismos implicados son predominantemente anaerobios obligados, entre los que destacan: *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus micros* y *Fusobacterium spp*, en tanto que *Porphyromonas gingivalis*, aún cuando se sabe que es de las bacterias predominantes en las formas avanzadas de enfermedad periodontal, no se aísla usualmente a partir del saco pericoronario, lo cual ha sido interpretado como que la Pericoronitis no es una forma modificada de enfermedad periodontal. También se ha señalado el aislamiento ocasional de *Streptococcus mitis* en pacientes con esta afección.

La sintomatología de este accidente infeccioso abarca un amplio número de signos y síntomas clínicos. La pericoronitis reviste tres formas diferentes: pericoronaritis aguda congestiva o serosa, pericoronaritis aguda supurada y pericoronaritis crónica.

- **Pericoronitis Aguda Congestiva o Serosa.**

Se manifiesta por dolores intensos, espontáneos en la región retromolar que son más acentuados con la masticación y variaciones de la temperatura, dolor que irradia a la faringe o a la rama ascendente del maxilar inferior. En el examen intrabucal, observaremos en el espacio retromolar una mucosa enrojecida, edematosa, brillante, que muchas veces lleva la impresión de la cúspide del molar antagonista y que recubre una parte de la corona del tercer molar inferior, al hacer presión en la mucosa pericoronaria se produce dolor y salida de serosidad turbia, seropurulenta o de sangre.

Su evolución es variable; espontáneamente o bajo el efecto de un tratamiento se atenúa, los dolores desaparecen primero y después, más

lentamente lo hacen los otros signos inflamatorios locales. Las recidivas y acalmias pueden sucederse hasta que la corona sea completamente liberada, pero en todo momento las lesiones pueden pasar al estadio de la pericoronaritis aguda supurada. **(Donado, 2001)**

- **Pericoronaritis aguda supurada.**

Lo más característico del cuadro agudo es el dolor intenso, espontáneo, localizado en la zona afectada, sin embargo hay cuadros severos en los que el dolor es irradiado a otras zonas en especial si se trata del tercer molar inferior, como en esa zona alcanzan algunas fibras de los músculos pterigoideo interno o del pilar anterior del paladar, se presenta trismus o pseudotrismus. El dolor se exagera con las variaciones de temperatura y con el roce de los alimentos. Como es un cuadro bacteriano es frecuente encontrar compromiso del estado general.

Las manifestaciones clínica inflamatoria típica: dolor, tumor, rubor y calor, se describen a continuación.

Dolor intermitente, pulsátil e intenso que aumenta con la masticación y que puede llegar a producir insomnio, el dolor se irradia a distintas zonas faciales en especial el oído, amígdalas que hace desviar el diagnóstico.

Trismo o limitación de la apertura de la boca, que suele ser poco intenso, también hay edema en la zona lo que puede producir asimetría facial.

Disfagia y dificultad a la masticación que suele ser el testimonio de la inflamación hacia el velo del paladar o a la zona amigdalina, estos tejidos se los observa enrojecidas y edematosas.

Supuración en la zona del tercer molar. Al comprimir el capuchón mucoso se expulsa pus. Se observa que la encía está tumefacta y dolorosa, puede presentar ulceración o descamación en la zona del opérculo, halitosis (fetidez bucal) además la encía a cambiado su color normal observándose rojiza o color violáceo, cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre. Debido a la vasodilatación local aumenta la temperatura de la región.

Aparición de adenopatías cervicales en la zona submaxilar y goniana.

Este tipo de pericoronaritis puede estar acompañada también por el aumento de la temperatura corporal, aumento de la frecuencia respiratoria, astenia y anorexia.

La evolución es similar a la de la forma congestiva o serosa, puede aún regresar, aunque es más raro; las recidivas se separan por períodos de acalmia (disminución del dolor) variables, y el paso a la forma crónica es frecuente; aunque la pericoronaritis aguda tiene el peligro sobre todo de ser el punto de partida de una complicación infecciosa más grave: celular, mucosa, ganglionar u ósea.

El diagnóstico de la pericoronaritis aguda es eminentemente clínico y debe detectarse si es pericoronaritis sola o con pulpalgias, periodontalgias o complicaciones de gangrenas pulpares de piezas vecinas.

- **Pericoronaritis crónica.**

El cuadro crónico es un estado latente, prácticamente asintomático que puede sufrir reagudizaciones periódicas, su sintomatología es similar a la de la pericoronaritis aguda pero muchísimo más apagada, y como no es extremadamente dolorosa, el cuadro puede ser soportable para los pacientes y se mantiene incluso por varios años antes de que decidan consultar al profesional en algunas de sus reagudizaciones.

Este tipo de infección se presenta por la persistencia del absceso submucoso, por no existir en él un drenaje. La sintomatología de la pericoronitis crónica se presenta de manera debilitada, atenuados, aunque existe una molestia local, no un verdadero dolor, con irradiación hacia la zona auricular y con algunos periodos en la cual el paciente tiene limitada la apertura bucal.

Hay ocasiones que esta infección puede cursar con ausencia absoluta de síntomas o puede manifestarse con presencia de halitosis marcada, faringitis repetidas, gingivitis tórpida, adenopatías crónica o abscesos periamigdalinos unilaterales.

La exploración que se realiza en el tercer molar inferior nos muestra una mucosa eritematosa que es sensible a la presión que a veces deja salir

una o dos gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón. Signo muy típico de pericoronitis crónica es la faringitis unilateral intermitente y recidivante.

En este tipo de infección juega un papel muy importante la persistencia en la impactación de restos alimenticios y el traumatismo dentario que se produce durante la masticación o al cerrar la boca. En estas condiciones tenemos un nicho ecológico favorable para el desarrollo de ciertos microorganismos de la cavidad bucal, especialmente Streptococos, Estafilococos, etc. Si la corona del molar no está libre del capuchón, la pericoronitis tiene todas las posibilidades de reproducirse o de evolucionar de modo crónico.

Una vez realizado el diagnóstico de pericoronitis crónica es necesario establecer un pronóstico de evolución del diente, hay que valorar las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y de los riesgos de complicación.

De esta manera se tendrá en cuenta la posición sobre la arcada, el estado de molares y premolares homolaterales, desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y el estado de la mucosa que recubre el molar del juicio y antecedentes de pericoronaritis y de otros accidentes evolutivos, forma parte también las condiciones de higiene bucodentaria y el valor de las defensas locales y generales del paciente.

La exploración radiográfica es la que determina la situación y posición de la pieza dentaria, la forma de su corona y sus raíces así también las relaciones anatómicas, todo esto condicionará el tipo de tratamiento.

Esta pericoronitis crónica puede acarrear distintos problemas de los que destacamos los siguientes: Gingivitis crónica, Alteraciones periodontales del segundo molar, Halitosis, Alteraciones digestivas, Astenia, Hiperplasia amigdalina con faringitis crónica, Amigdalitis.

- **Manifestaciones clínicas comunes de la pericoronaritis.**

La pericoronitis tiene manifestaciones clínicas comunes, independiente de su forma clínica de presentación, las mismas serán descritas a continuación:

Se observa en la infancia, la niñez y en los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuente en zona de terceros molares inferiores.

Dolor punzante.

Tejido pericoronario enrojecido y edematoso.

La inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes.

Amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo.

Puede observarse presencia de pus.

Dificultad a la masticación.

Presencia de trismo o limitación a la apertura bucal.

Halitosis.

Disfagia.

Toma del estado general (escalofrío, hipertermia o fiebre).

Linfadenopatía cervical con mayor frecuencia en la cadena submandibular, ganglios dolorosos y endurecidos.

Los aspectos histológicos de la pericoronitis no presentan diferencia de aquellos que ocurren en cualquier proceso inflamatorio, ya sea agudo, crónico, o crónico-reagudizado. El infiltrado inflamatorio que puede observarse está de acuerdo al tipo de inflamación que presenta el paciente, si es aguda con predominio de neutrófilos, si es crónica con abundantes células mononucleares, linfocitos, plasmocitos y macrófagos. Muchas veces se observa también el epitelio reducido del órgano del esmalte, que debido a la inflamación puede presentar cambios como hiperplasia o estar ulcerados.

2.1.5.2 Otros tipos de accidentes infecciosos.

Aparte de la pericoronaritis tenemos otros tipos de accidentes infecciosos como son los mucosos, ganglionares, celulares, óseos y a

distancia. Cabe indicar que estos accidentes son considerados como complicaciones de la pericoronaritis.

- **Accidentes infecciosos mucosos.**

Dentro de los accidentes infecciosos mucosos tenemos el caso típico de las lesiones extensas de estomatitis neurotróficas, llamadas también estomatitis odontiasica y las lesiones localizadas.

La estomatitis neurotrófica por regla general complica una pericoronaritis del tercer molar inferior por lo que esta infección se instala bruscamente en el maxilar inferior con síntomas funcionales importantes: dolores bucales que irradian a la faringe y al oído, disfagia, salivación y fetidez del aliento, los signos generales son moderados.

Este tipo de accidente infeccioso se caracteriza porque en su inicio presenta unas papilas interdentarias al rojo vivo que sangran al menor contacto y que pueden evolucionar hacia la ulceración apareciendo papilas decapitadas y cubiertas de un exudado gris amarillento de tipo fibroso. Suelen ocupar una hemiarcada especialmente la inferior homóloga del diente del juicio hasta el incisivo central e incluso pueden desbordar hasta alcanzar el canino opuesto porque las terminaciones finales del nervio dentario se entremezclan en la línea media y llegan hasta los incisivos contralaterales.

Habitualmente estas lesiones predominan del lado vestibular, pero el grado máximo de las lesiones se observan en el tercer molar y se van amenorando conforme avanza hacia la línea media. Es muy frecuente que exista una adenopatía submaxilar que consiste en el aumento del tamaño de los ganglios linfáticos de la zona submaxilar.

Las lesiones que se observan en la mucosa tienen un carácter mucho más linfófilo que las lesiones óseas de los maxilares, por eso es más usual que dichas lesiones mucosas determinen mucha más frecuencia adenopatías que las lesiones óseas. A veces existe una hiperestesia o dolor del labio inferior, incluso siente dolor a la presión en el agujero mentoniano.

Cuando la estomatitis no recibe tratamiento oportuno se puede extender hasta el maxilar superior e incluso puede llegar a generalizarse, logrando llegar hacia atrás puede hasta el pilar anterior del velo del paladar y a la amígdala.

En un área deficiente la estomatitis neurotrófica puede ser tórpida, llegando a extenderse a toda la mucosa bucal, para luego transformarse en una estomatitis ulcerosa generalizada.

Lo bueno es que esta estomatitis neurotrófica obedece rápidamente al tratamiento, aunque hay ocasiones en que tiende a recidivar hasta que el diente ha terminado de evolucionar o hasta que se elimine estos accidentes mediante la extracción.

También tenemos las lesiones mucosas localizadas, que no es más que una ulceración retromolar. A consecuencia de esta ulceración crónica de la mucosa se puede producir lesiones leucoqueratósicas que muchas veces son el punto de partida de un cáncer in situ.

Debemos considerar como lesiones locales a la faringitis unilateral de repetición, su carácter unilateral recidivante y la asociación a una pericoronaritis crónica permite realizar un diagnóstico etiológico, estas lesiones suelen ser eritematosas o pultáceas y es frecuente llegar a la angina ulceronecrótica de Plaut-Vincent. También se observa una gingivitis mediana eritematosa que se localiza frente a las zonas frontales incisales que puede acompañar a la evolución de los terceros molares de la misma arcada.

La evolución del tercer molar origina trastornos reflejos vasomotores que van a repercutir en la inervación y vascularización de la mucosa, alterando sus reacciones naturales de defensa permitiendo la agresión de los gérmenes bucales ya responsables de las infecciones pericoronarias. Así se puede explicar la topografía de esta hemiestomatitis localizado en el territorio vasculonervioso dentario inferior.

Los trastornos más atenuados no tendrían otra traducción más que a nivel de las terminaciones vasculares en la región incisiva. Los mismos trastornos reflejos podrán provocar de esa manera un edema retromolar;

la mucosa congestiva se ulcera sobre el diente con motivo del movimiento de masticación y deglución fisiológicas, es decir el sujeto mastica sus propios tejidos.

- **Los accidentes infecciosos ganglionares.**

Se producen a causa de los abundantes vasos linfáticos, que circulan por el capuchón mucoso y los tejidos circundantes y que drenan a los ganglios submentonianos, submaxilares y yugulo-carotídeo, hacen que la repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis sea un hecho frecuente y común.

Hay que recalcar que todas las infecciones del saco pericoronario van acompañadas de afectación ganglionar, de mayor o menor importancia.

De acuerdo a la sintomatología de las lesiones ganglionares se puede clasificar en adenitis simple congestiva o reactiva, supurada y adenoflemón.

Adenitis simple o reactiva es un cuadro banal que acompaña toda pericoronaritis, así tenemos que los ganglios linfáticos satélites aparecen dolorosos, aumentados de volumen y son palpables con facilidad. Una vez solucionada el problema etiológico, la adenitis regresa espontáneamente, aunque en casos especiales ésta puede evolucionar hacia un adenoflemón.

Adenitis supurada, este tipo de infección ganglionar puede evolucionar de forma independiente por los siguientes motivos: pericoronaritis crónica supurada, por una ulceración y traumatismo del capuchón mucoso por los tratamientos inadecuados de las pericoronaritis como la exéresis del capuchón mucoso o la aplicación del termocauterío, por infección local, regional o general sobreañadida.

En la adenitis supurada el inicio es brusco, aparece un ganglio aumentado de volumen muy doloroso al tacto y que ha perdido sus contornos netos y su movilidad. Los signos generales son importantes y constantes como son hipertermia, taquicardia, palidez y astenia.

La extracción del tercer molar puede precipitar la evolución hacia la supuración, por ello se recomienda siempre que sea posible esperar un segundo tiempo, después de haber realizado el tratamiento antibiótico.

El adenoflemón consiste en la siembra del tejido celular periganglionar y se presenta en forma de adenoflemón subángulo mandibular que es una tumefacción importante laterofacial y retromaxilar que enmascara el ángulo mandibular con un surco que lo separa del borde maxilar diferenciándolo de otras celulitis.

La tumefacción es dura, extremadamente dolorosa, no modificable y se acompaña de trismo y tortícolis. El suelo de la boca esta indemne, las amígdalas y el pilar posterior del velo están rechazados hacia la línea media, los signos funcionales y generales son intensos, la piel se infiltra y se enrojece. El diagnóstico diferencial puede ser difícil y normalmente se establece con una celulitis inframilohioidea. El tratamiento puede ser comprometido, en especial al realizar una incisión y desbridamiento cervical. La extracción del tercer molar inferior se indica en un segundo tiempo.

- **Accidentes infecciosos celulares.**

Estos accidentes infecciosos aparecen por la fistulación o extensión a través de los espacios celulares vecinos de la infección periconaria del tercer molar inferior. Si la colección purulenta se dirige hacia fuera y adelante, producirá un absceso buccinatorio-maxilar.

La infección camina por el tejido celular entre la cortical externa de la mandíbula y el músculo buccinador, pudiendo formar un absceso por delante del borde anterior de este músculo y por detrás de los músculos del mentón y los labios, a nivel de premolares inferiores. Puede existir un dolor importante, trismo, parestesia del nervio dentario inferior evidenciada por el paciente a nivel del labio y del mentón que es producido por la irritación de la colección purulenta sobre las fibras nerviosas. Por lo que debemos descartar su posible implicación y por el

contrario el examen clínico y radiográfico mostrará la presencia de un tercer molar incluido.

Si la infección avanza hacia dentro debido a la presencia del músculo milohioideo, hay la posibilidad de que se produzca un absceso supra o inframilohioideo. Si es supramilohioideo aparecerá un absceso del suelo de la boca y al realizar el examen intrabucal se verá una tumefacción que, partiendo del cordal se extiende hacia delante, levantando la lengua y con una mucosa de aspecto rojizo con edema sublingual.

Existen algias espontáneas muy importantes y una o varias adenopatías submaxilares dolorosas. Ante este cuadro infeccioso que puede desembocar en una apertura espontánea en la cavidad bucal o evolucionar hacia una Angina de Ludwig, debe implantarse el tratamiento adecuado lo más pronto posible. Este tipo de absceso puede presentar problemas de diagnóstico diferencial con un absceso de origen litiásico submaxilar.

Si el pus avanza por detrás del borde anterior del músculo milohioideo, aparecerá un flemón inframilohioideo que en pocos días va a producir un absceso suprahioideo con afectación cutánea.

El absceso maseterino podrá aparecer cuando la infección se desliza hacia atrás y afuera, hacia el ángulo mandibular. Puede aparecer un absceso alrededor del masetero o en el interior mismo de su masa muscular, este absceso evoluciona con extrema lentitud con la presencia de dolor importante en ángulo mandibular, con irradiación a la zona auricular, con trismo intenso y tumefacción de toda la zona maseterina, puede aparecer complicaciones graves por estas localizaciones como son las osteítis con componentes de periostitis de la cortical externa, osteomielitis y miositis del masetero.

La afectación hacia atrás, hacia arriba y adentro producirá el compromiso del tejido celular comprendido entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa de los pilares y de la amígdala. Se forman así abscesos difusos y periamigdalinos del pilar anterior del velo del paladar.

Estos abscesos se caracterizan por una tumefacción considerable del paladar, dolor, trismo y disfagia.

Finalmente originan la afectación de la úvula que normalmente drenan espontáneamente a nivel del pilar anterior. En algunos casos puede producirse un flemón laterofaríngeo con participación del espacio preestíleo, excepcionalmente el pus puede llegar a la fosa temporal y producir tumefacción de dicha zona.

De todas las celulitis la más frecuente es la celulitis o absceso migratorio de Chomprét HirondeU ubicado en la región geniana inferior. La supuración va desde el cordal inferior hacia delante a través del cuadrilátero de menor resistencia de Chomprét por encima o por debajo del músculo buccinador y se presenta como tumefacción externa a la altura de la región geniana, sin desbordar el borde inferior de la mandíbula.

- **Accidentes infecciosos óseos.**

Este tipo de patologías son menos frecuentes y en la actualidad son muy raras, se observan con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad, se producen por una evolución lenta, tórpida y difícil de la pericoronaritis crónica.

Muchos investigadores en 35 años de práctica han encontrado muy pocos casos de esta complicación ósea, los pocos casos que encontraron fueron en general extraordinariamente ruidosos: graves osteomielitis. Otros autores sostienen que el tercer molar actuaría como un bulbo óseo fisiológicamente congestionado y en tal caso la infección sigue la vía hemática. En tal virtud, son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteítis, osteoflemones y osteomielitis.

En pacientes portadores de terceros molares retenidos que, infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteítis y osteomielitis. En tales casos el proceso óseo fue una complicación inmediata de la infección del saco folicular. Una característica que sobresale en este

proceso es el hecho de tratarse de terceros molares aislados en personas totalmente desdentadas en el sitio del accidente óseo.

Hay otro tipo de accidente óseo que se encuentra con relativa frecuencia, es el conocido proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercer molar en erupción. El foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y dar cuadro séptico de osteoflemones e infecciones generales.

La infección del saco pericoronario que se ubica hacia el lado distal del tercer molar erupcionado ya sea parcial o totalmente, es también susceptible de dar procesos óseos locales y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia.

Al considerar la sintomatología de estos accidentes óseos infecciosos hay que indicar que, a lado de las formas clásicas de osteítis maxilares la terapéutica moderna ha hecho aparecer nuevas formas clínicas modificadas.

Sin embargo la osteítis cortical aguda difusa es el más común, en ella además de los signos de la celulitis bucofacial presenta los signos de la afección ósea: dolor que origina insomnio, trismo intenso e irreducible, dolor a la palpación del borde posterior y del ángulo de la mandíbula, además presenta movilidad en la muela del juicio, responde con dolor a la percusión. El proceso de su evolución es lento presenta supuración intrabucal, además le acompaña la fiebre y astenia. Rara vez ésta infección da lugar a la osteomielitis, la cual es una complicación grave que requiere un tratamiento radical.

- **Accidentes infecciosos a distancia.**

Estos accidentes se presentan por vía vascular en el sentido de la infección focal o por vía aerodigestiva en el proceso de evolución de un molar del juicio.

Los gérmenes se desplazan entre los planos anatómicos y propagarse por vía sanguínea provocando una septicemia. La infección puede ser generalizada presentando un cuadro clínico como son: fiebre oscilante de

poca importancia pero constante, astenia y aumento de la velocidad de sedimentación globular. Esta infección puede situarse a mayor o menor distancia y desarrollar distintos cuadros: localización ocular (uveítis), mediastínica (mediastinitis), renal (nefritis) y cardíaca (endocarditis).

La septicemia bucal es un accidente infeccioso a distancia por vía aerodigestiva en la que la infección pericoronaria es el origen de complicaciones sépticas en las vías digestivas odontopulmonares. La prueba de su origen se lo puede hacer después de un tratamiento etiológico radical, es decir la extracción del molar del juicio.

2.1.6 DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa en una correcta historia clínica y en el meticoloso examen clínico y radiológico.

2.1.6.1 Historia clínica.

En lo que se refiere a la consignación de datos en la historia clínica es preciso comenzar el estudio del paciente con una adecuada anamnesis, en la que vamos a investigar todos los antecedentes que puedan ser de interés, sin descuidar los signos y síntomas de la enfermedad actual.

2.1.6.2 Examen clínico.

En el examen clínico buscaremos signos y síntomas sistémicos; la temperatura, tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria, etc. Investigaremos la presencia de tumefacción extrabucal, adenopatías cervicales, trismo, disfagia. También examinaremos la región del tercer molar, buscando la presencia de tumefacción, dolor, supuración, ulceración y con ayuda de una sonda exploraremos la posible existencia de una fístula y en su caso la presencia de un tercer molar en su profundidad. Revisaremos ambos lados del piso bucal, anotando si hay dolor, induración, caries, patología periodontal, etc.

Debe investigarse si el tercer molar o el segundo molar superior traumatizan el capuchón mucoso que recubre el cordal inferior; este traumatismo provoca la persistencia de la inflamación.

2.1.6.3 Examen radiográfico.

El estudio radiológico es de gran importancia puesto que nos permite juzgar la situación y posición del tercer molar inferior, su forma de corona y raíces así como las relaciones anatómicas. Podemos solicitar una radiografía periapical, oclusal, lateral oblicua de mandíbula y panorámica.

2.1.6.4 Pronóstico.

Realizado el diagnóstico, es preciso establecer el pronóstico de evolución del diente, valorar las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y los riesgos de complicaciones así tendremos en cuenta la posición sobre la arcada, el estado de los molares y premolares homolaterales, los desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y estado de la mucosa que cubre el tercer molar y accidentes de pericoronaritis u otros accidentes evolutivos, las condiciones de higiene bucodentaria y el valor de las defensas locales y generales del sujeto.

2.1.7 TRATAMIENTO.

Los pilares básicos a considerar en el tratamiento de las infecciones producidas por la erupción del tercer molar inferior se concretan en: uso de antimicrobianos y el tratamiento quirúrgico.

2.1.7.1 Manejo terapéutico de los accidentes infecciosos.

Puede entenderse desde estos dos puntos de vista:

- **Medidas sintomatológicas.**

La forma aguda congestiva es la única susceptible de un tratamiento conservador puramente sintomático. Se emplea como fármaco de

elección ibuprofeno en dosis de 600 mg cada ocho horas, durante cinco días mínimo, dejando la posibilidad de recurrir a la analgesia de rescate con fármacos del tipo paracetamol o dipiridamol, si el efecto del AINE fuese insuficiente. **(Gutiérrez, 2004)**

- **Medidas antimicrobianas.**

Existe una seria controversia con respecto al uso de antibioterapia en el tratamiento de los accidentes infecciosos. Su uso está justificado científicamente en dos circunstancias:

Aquellos casos de profilaxis preoperatoria donde se prevea que la intervención va a suponer un alto riesgo de infección postquirúrgica, ya sea por las características propias inherentes al paciente (edad, enfermedades sistémicas concomitantes, inmunosupresión, etc.) como por las características del tercer molar en sí (inclusiones profundas donde se presume que se van a realizar amplias ostectomías, terceros molares con varios episodios anteriores de pericoronaritis, etc.).

Por otra parte, la exodoncia compleja de los terceros molares inferiores, supone una cirugía contaminada por ser la boca un medio séptico donde conviven más de 500 especies bacterianas. En estos casos interesa, desde el punto de vista de optimización del efecto de antibiótico, que éste alcance niveles séricos máximos durante el momento de la intervención en los casos de alto riesgo mencionados anteriormente. Será el profesional quien deba conocer exactamente las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los antibióticos que maneje de forma rutinaria, con objeto de ajustar las dosis del mismo para que se consiga este efecto. Una vez superado el momento de la intervención, no está justificada la utilización de antibióticos, puesto que no se consigue ningún efecto atenuador.

Como control de la infección en pericoronaritis supuradas en fase aguda, cuando por alguna circunstancia no se pueda proceder a la exodoncia del molar responsable bajo cobertura antibiótica previa (amoxicilina-clavulánico 2g 1 hora antes), hecho no sólo deseable sino ideal, y sea

necesario posponer la intervención hasta el control de dicha fase. En este caso estaría indicado el empleo de amoxicilina–ácido clavulánico a dosis de 2000 mg/125 mg cada doce horas durante siete días. **(Gutiérrez, 2004)**

1.1.7.2 Tratamiento quirúrgico.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico tenemos tres alternativas: la incisión y drenaje, eliminación del capuchón y exéresis del tercer molar inferior.

- **Incisión y drenaje.**

Consiste en realizar una incisión (el cual lo hacemos mediante la ayuda de una hoja de bisturí n.15 o n. 11) y drenaje siempre bajo anestesia local.

- **Eliminación quirúrgica del capuchón.**

Una vez que han cesado los fenómenos inflamatorios de pericoronaritis se puede realizar la eliminación del saco, capuchón u opérculo que cubre el tercer molar inferior. En otras condiciones no debe ser agredido el mencionado capuchón.

El saco que cubre al molar en erupción será eliminado, cuando las condiciones anatómicas así lo indiquen, se refieren a dos puntos esenciales: a) forma y límites del capuchón; b) posición del tercer molar.

Forma y límite del capuchón, la eliminación quirúrgica (que puede ser a través del bisturí, electrocirugía o diatermia) debe ser prolijamente estudiada y considerada.

Con respecto a las indicaciones, basadas en la forma y límite del capuchón, deben considerarse las siguientes: solo han de researse los capuchones que cubren, a manera de lengüeta el molar en erupción. Los sacos pericoronarios que están formados por una prolongación del pilar anterior no deben ser reseados.

Se sobre entiende que la eliminación del capuchón se hará en frío, fuera de los periodos agudos de infección. La apertura del saco pericoronario o de la encía, en periodo agudo, acarrea siempre trastornos de gravedad.

Posición del tercer molar inferior en erupción, los únicos casos que indican la eliminación quirúrgica del capuchón son aquellos que están en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar.

La resección del capuchón mediante el método quirúrgico utiliza anestesia regional. Operación:

Primer tiempo: se introduce una espátula de Freer por debajo del capuchón entre este y la corona del molar, recorriendo con el instrumento toda la extensión de la cara triturante del molar.

Segundo tiempo: tenemos incisiones que se lo hace con bisturí de hoja corta, se practican dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara oclusal del molar retenido. Las incisiones deben ser profundas hasta encontrar el tejido óseo o esmalte dentario. Se vuelve a colocar la espátula de Freer y se desprende el colgajo de todas sus adherencias; se lo coge con una pinza hacia delante y con la tijera curva o un bisturí se lo corta a nivel de la cara distal del tercer molar y se cauteriza para controlar el sangrado.

El otro método para eliminación del capuchón es mediante el uso del bisturí eléctrico, con este instrumento la eliminación del capuchón tiene ventajas apreciables ya que no hay sangrado y disminuye la posibilidad de infección.

- **Exéresis de la pieza dentaria.**

Se la realiza cuando su posición es paranormal y una vez que se ha subsanado el cuadro agudo.

Cuando la infección presenta un cuadro agudo el tratamiento será bajo anestésico general logrando vencer el trismus. Si las circunstancias son desfavorables a la extracción del tercer molar se procederá, por los métodos citados y analgésicos para lograr vencer la sintomatología

dolorosa e inflamatoria y procurar el descanso del paciente, hasta que sea posible realizar sin peligro la eliminación quirúrgica del molar.

La extracción de un diente con una infección activa predispone a las osteítis y osteomielitis agudas, en particular si el enfermo tiene gingivitis ulcerativa aguda o periodontitis aguda. A pesar de todo ello, en casos excepcionales y ante un cuadro grave en que no se pueda posponer la exodoncia o el tratamiento farmacológico no esté dando buen resultado, se deberá efectuar la extracción quirúrgica, claro está, siempre bajo tratamiento antibiótico.

La extracción de un tercer molar inferior con infección pericoronaria seguida por una incidencia importante de alveolitis o "alvéolo seco", por lo que recomendamos retrasar la extracción por lo menos dos semanas después de que haya desaparecido todo signo clínico de inflamación. En estos casos es posible disminuir de forma notable la frecuencia de complicaciones al extraer el cordal con una cobertura antibiótica adecuada, una hora antes de la intervención quirúrgica, y prosiguiendo el tratamiento de 4 a 7 días después.

Ocasionalmente, es deseable conservar el tercer molar inferior aun cuando persistan episodios infecciosos recurrentes por influencia traumática del tercer molar superior erupcionado. En estos casos, es deseable extraer el tercer molar superior si su presencia es una fuente continua de traumatismo. **(Kruger, 1982)**

En la actualidad se han introducido equipos modernos de alta tecnología como son los computarizados de láser que sirven para el tratamiento quirúrgico de la pericoronaritis, es un tratamiento menos traumático. El uso de dióxido carbono láser permite la operación de los tejidos blandos en la cavidad bucal, con un mínimo daño. El criterio del parámetro óptimo de la exposición de láser depende del estado del proceso inflamatorio, esta técnica acelera el tratamiento de la pericoronaritis, disminuyendo por consiguiente el uso de medicamentos.

Con cualquiera de las técnicas utilizadas en el tratamiento quirúrgico el pronóstico es favorable para la salud del paciente ya que evita la aparición de secuelas y complicaciones.

2.2 ELABORACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

Si se analizan los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior, se determinaría su relación con la afección de la salud oral y corporal de los pacientes.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Independiente:

Erupción del tercer molar inferior.

Dependiente:

Accidentes infecciosos.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS
Independiente Erupción del tercer molar inferior.	Es la muela que aparece en la parte posterior de la mandíbula, pero no todas las personas los tienen.	Mejora la masticación. Remplazo dentario.	Apiñamiento dentario. Mal oclusión. Molestias locales y generales en el paciente
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS
Dependiente Accidentes infecciosos.	Son alteraciones que sufren los tejidos blandos y óseos que rodean la muela que está asomando en el ambiente bucal.	Pericoronaritis, Accidentes infecciosos mucosos. óseos, ganglionares y celulares.	Evitar afectar la salud oral y corporal del paciente.

CAPITULO III METODOLOGÍA.

3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación se desarrollará, en la Clínica de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Periodo Lectivo 2011.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 Talento Humano.

Autor: Alicia Stefanía Aldaz Moscol.

Tutor: Dr. Remberto Rodríguez Cuadros.

3.3.2 Recursos materiales.

Libros de Cirugía Bucal.

Motores de Búsqueda:

- Google académico.

Suministros de oficina.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

Este trabajo es de tipo descriptivo por lo cual no se desarrolla una muestra, ni existe población, no se realiza experimento alguno, sino un estudio de los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior.

3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La metodología utilizada en el trabajo de investigación fue bibliográfica documental porque nos permitió analizar diversos autores, basados en documentos como libros, revistas y publicaciones en el internet,

relacionados con los accidentes infecciosos producidos por la erupción del tercer molar.

Así mismo se utilizó la investigación cualitativa ya que se caracteriza por utilizar información que nos permite llegar a comprender con profundidad los datos producidos del trabajo investigativo.

Este tipo de investigación es descriptiva porque permitió descifrar la información obtenida de las diversas fuentes, en la que se llegó a obtener conclusiones significativas basadas en comparaciones, contraste o relaciones de diferentes especies.

3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Es un diseño no experimental, ya que no existe grupo de control y el descriptivo porque se miden los diferentes conceptos recopilados acerca de la información.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Luego de haber realizado el estudio de esta investigación se concluye que:

Los terceros molares inferiores son los dientes que con mayor frecuencia sufren complicaciones en su erupción, sea ya por causas embriológicas, mecánicas o generales.

Los accidentes infecciosos que se producen por la erupción del tercer molar inferior radica en la potencialidad patológica del espacio pericoronario de la pieza dentaria. Está bien determinado que entre el molar en erupción y el molar contiguo se crea un espacio casi cerrado, protegido por un saco o capuchón mucoso que no tiene tendencia a retraerse y es aquí donde se multiplican los microorganismos que originan la infección.

Los tratamientos deben ser oportunos para evitar presencia de infecciones con complicaciones sistémicas.

La irritación que se produce en el capuchón mucoso en el tercer molar inferior retenido, tiene origen mecánico por el traumatismo que sufre el capuchón en el acto de la masticación con la cúspide de su antagonista.

4.2 RECOMENDACIONES.

Se recomienda al odontólogo:

Realizar el diagnóstico clínico, radiológico y microbiológico para aplicar un tratamiento efectivo y correcto que restablezca la salud del paciente y evitar complicaciones y secuelas.

Cuando la causa de la infección del capuchón es la cúspide de su antagonista se recomienda tallar esta cúspide para terminar con la irritación de la mucosa.

Todos los profesionales de la odontología que se interesan en el tratamiento de las infecciones que se producen por la erupción del tercer

molar inferior, deben proporcionar un servicio de calidad y calidez a los pacientes que busquen sus servicios profesionales.

Los odontólogos y los estudiantes de esta noble profesión deben explicar claramente a sus pacientes sobre los posibles problemas infecciosos que lleva consigo la erupción de un tercer molar inferior.

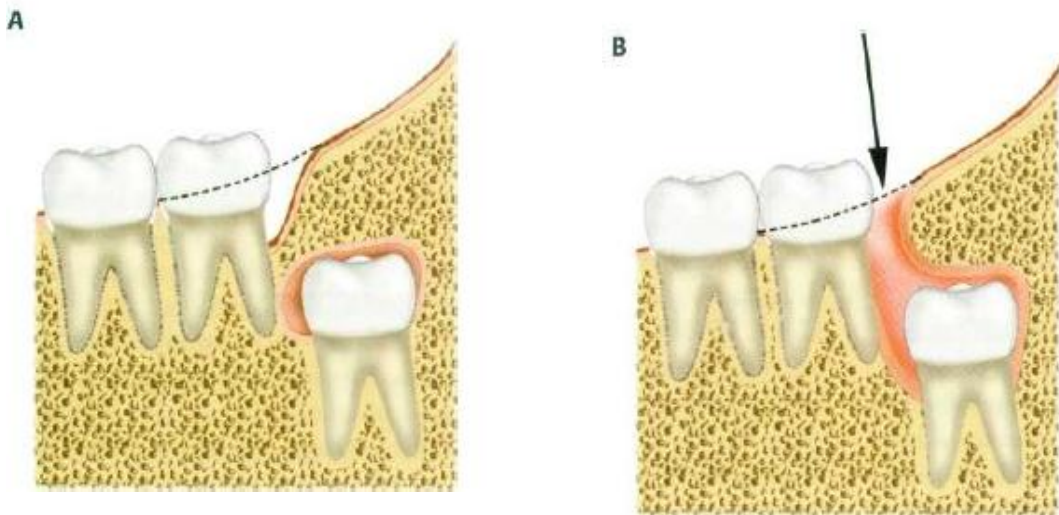
BIBLIOGRAFÍA.

1. Algobera M.A.1996. Valoración clínico-microbiológica de la terapéutica antibiótica en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido. Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. (en línea) Disponible en:<http://www.ucm.es/BUCM/tesis/19911996/D/0/D0057801.pdf>
Consulta: 14 de abril 2012.
2. Donado Rodríguez M. 2001.“Patología y técnica” 2da Edición. Editorial Masson S.A. p.315-324.
3. Gay Escoda Cosme, Leonardo Berini Aytés. 1999. “Cirugía Bucal”. 1ra. Edición. Madrid – España. Ediciones Ergon S.A. p. 369-400.
4. Gómez G, Sáez S. 2008. Revista de Operatoria Dental y Endodoncia. “Pericoronaritis por Erupción. A propósito de un caso”. (en línea) Disponible en:
http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=28
Consultado: 13 de Abril 2012.
5. Gutiérrez Pérez JL. 2004. Medicina Oral Patología Oral Cirugía Bucal. “Infecciones del Cordal”. (en línea) 9 Suministro: S120-5. Disponible en:
http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v9Suppli/medoralv9suppli_p122.pdf.
Consulta: 16 de Abril 2012.
6. Kruger Gustav O. 1982. “Cirugía Buco-Maxilofacial” 5ta Edición, Buenos Aires – Argentina; Editorial Medica Panamericana S.A. p. 177-180.
7. Lalama G. Kléber. 2002. “Libro de Cirugía Bucal”. Guayaquil-Ecuador. Sin Editorial. p. 276-282.

8. Marino Antonio. 2007. Maxilofacial.com. "Terceros Molares". Disponible en: <http://www.maxilofacial.cl/terceros%20molares.html>. Consulta: 11 de Abril 2012.
9. Martínez Benjamín R. 2009. Unidades de Auto-aprendizaje. Universidad Mayor Facultad Piloto de Odontología. "Patología Oral. Pericoronaritis- Complicaciones de la Erupción Dentaria" (en línea) Disponible en: <http://patoral.umayor.cl/>. Consulta: 14 de Abril 2012.
10. Medeiros Paulo José. 2006. "Cirugía de dientes incluidos. Extracción del Tercer Molar". Venezuela. Editorial Actualidades Médico Odontológica Latinoamérica C.A. p. 26-28.
11. Morán López Elena, Cruz Paulín Yulién. 2001. Revista Cubana Estomatológica. Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. "Pericoronaritis: Criterios actuales. Revisión bibliográfica". (en línea) Volumen 38 n.3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300007&lng=es Consultado: 14 de Abril 2012.
12. Raspall Guillermo. 1994. "Cirugía Oral". Madrid-España. Editorial Médica Panamericana. p.147.
13. Ríes Centeno Guillermo A. 1968. "Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica" 7ma. Edición. Buenos Aires – Argentina. Editorial El Ateneo. p. 344-354.
14. Sandner Montilla Olaf. 2007. "Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Introducción Básica a la Enseñanza". Venezuela. Editorial Actualidades Médico Odontológica Latinoamérica C.A. p. 301-304.

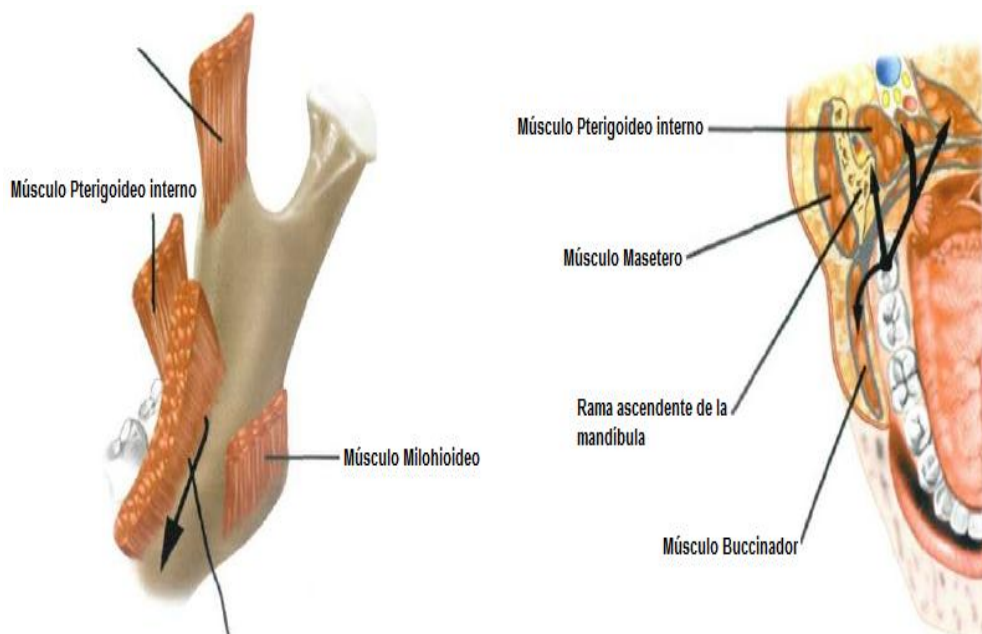
15. Pardi C. Germán. 2005. Acta Odontológica Venezolana. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. "Aspectos Microbiológicos de la Pericoronitis". (en línea) Volumen 43 N.1. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/1/aspectos_microbiologicos_pericoronitis.asp
Consulta: 16 de Abril 2012.

ANEXOS



Anexo #1. Relación del tercer molar inferior con la cavidad bucal. (A) No existe comunicación entre el saco pericoronario y la boca. (B) Hay comunicación entre el cordal y la cavidad bucal.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>



Anexo # 2. Vías de propagación de la infección a partir del tercer molar inferior.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>



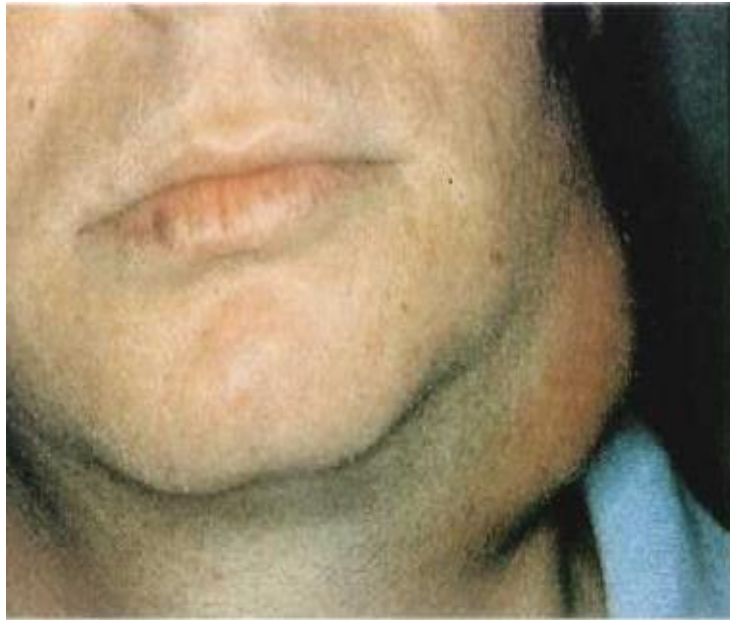
Anexo #3. Pericoronaritis aguda en tercer molar inferior.

Fuente: <http://patoral.umayor.cl/>



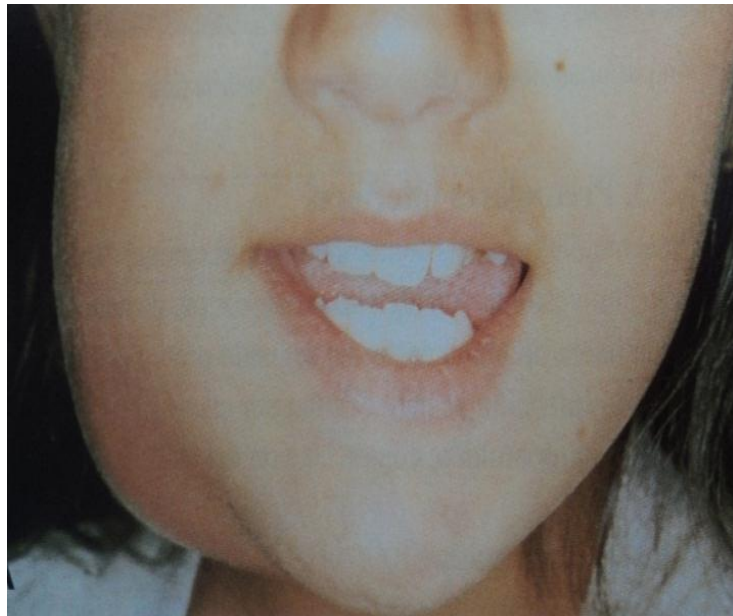
Anexo# 4. Adenitis reactiva.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>



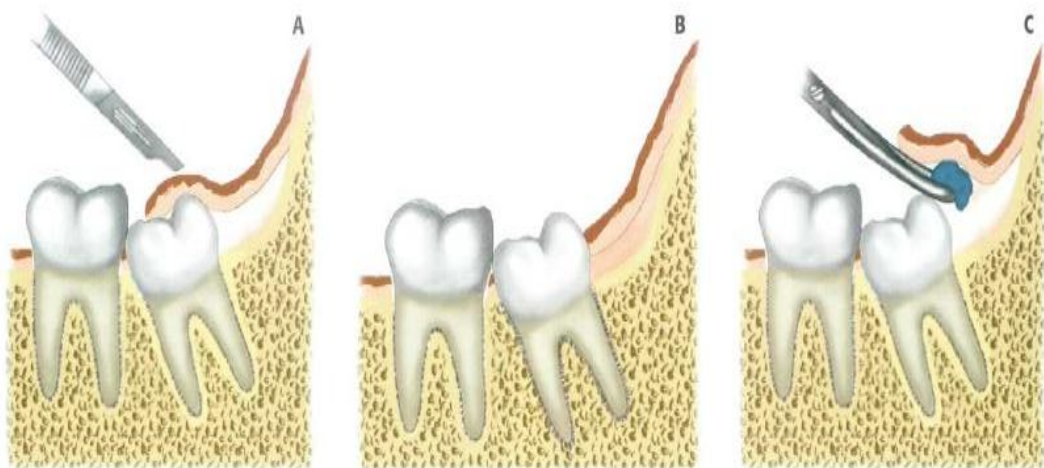
Anexo #5. Adenoflemón.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>



Anexo #6. Absceso maseterino.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>



Anexo # 7. Exéresis del capuchón mucoso. (B) aspecto postoperatorio después de la exéresis del capuchón mucoso. (C) Cauterización del capuchón mucoso.

Fuente: <http://es.scribd.com/doc/4606107/tratado-de-cirugia-bucal>