

EVALUACIÓN DEL GRADO DE DIFICULTAD QUIRÚRGICA PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS: REPORTE DE UN CASO

EVALUATION OF DIFFICULTY FOR SURGICAL EXTRACTION OF IMPACTED THIRD MOLAR. A CASE REPORT

Ulises Peñaloza De La Torre⁽¹⁾, Leticia Pari Ramos⁽²⁾, Paola Peñaloza De La Torre⁽³⁾

(1) Cirujano Dentista. Docente ESOD – FACS/UNJBG. Maestría en Odontología con mención en Patología - UCSM.

(2) Cirujano Dentista. Docente Escuela de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud – UNJBG. Maestría en Odontostomatología - UCSM.

(3) Cirujano Dentista del Ministerio de Salud. Maestrante en Odontostomatología -UCSM

RESUMEN

Las complicaciones intra y post- quirúrgicas de cirugías de tercer molar impactados son bien frecuentes, pero en la mayoría de casos estas se pueden prevenir con una buena planificación de todo el proceso quirúrgico; identificando los reparos anatómicos, teniendo los instrumentos adecuados y conociendo las técnicas quirúrgicas adecuadas, precisamente el presente el presente reporte de un caso trata de aportar en este último punto, evaluando en forma objetiva la ubicación espacial del tercer molar y su relación con las estructuras anatómicas vecinas. Este caso con índice de complejidad moderado demostró que con una buena planificación se logró un postquirúrgico más placentero para el paciente.

Palabras Claves: Terceros molares, Grado de complejidad, post-quirúrgico

ABSTRACT

The intraoperative and post-surgical impacted third molar surgeries are rather frequent, but in most cases these can be prevented with proper planning of the surgical process, identifying anatomical landmarks, having the right tools and knowing the techniques proper surgical precisely present this case report is to contribute to the latter point, objectively evaluating the spatial location of the third molar and its relation to neighboring anatomical structures. This case with moderate complexity index showed that with good planning was achieved postsurgical more pleasant for the patient.

Keywords: Third molars, Complexity, Post-surgical.

INTRODUCCIÓN

Como es sabido, que para que un tratamiento tenga éxito es necesario un buen plan de tratamiento y con mayor razón si vamos a realizar una intervención quirúrgica, es por tal motivo que siempre se buscó saber previo a la intervención cual es el grado de dificultad y que riesgos se corre cuando llegue el acto operatorio.

Varios autores han propuesto diferentes parámetros para evaluar el grado de dificultad para la exodoncia de terceros molares impactados, incluidos o retenidos; uno de ellos es Winter que toma como referencia la relación entre ejes longitudinales de las segundos y terceros molares; Pell y Gregory que evalúa la profundidad y el espacio disponible para que evulsione el tercer molar; Parant que valora el grado de injuria que se necesaria para hacer al realizar la exodoncia y así muchos factores anatómicos, posición en sentido transversal, numero, forma y dirección de las raíces, tamaño de la corona hasta el motivo de la exodoncia es importante evaluar, ya que estos en sumatoria, aumentan o disminuyen el índice de dificultad para la exodoncia de terceros molares en mal posición.

Todo lo anterior es necesario para preparar cuidadosamente un plan quirúrgico que resuelva los problemas de acceso y visibilidad, de modo que podamos hacer la extracción del tercer molar con el mínimo traumatismo de los tejidos blandos y duros (hueso y dientes vecinos) y en un tiempo lo más corto posible, lo que al final resultará en beneficio de un mejor postquirúrgico.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 19 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, asistió a la clínica por presentar molestias a nivel de la pieza dentaria N° 38;

refiere haber tenido signos y síntomas compatibles con pericoronaritis crónica.

Examen clínico:

Apertura bucal 42 mm, una apertura bucal adecuada es necesaria para un mejor acceso al campo operatorio, aperturas menor o igual a 30 mm complican en demasía la cirugía.

Al examen clínico de observa la cara distal de la pieza dentaria 38 integra en su estructura, con caries clase I en esmalte (Fig. 1)

Que la estructura de estos dientes estén integras nos es augura no sufrir complicaciones al extraer el tercer molar y nos permite tener a la expectativa, en cualquier momento de la cirugía, la necesidad de usar como punto de apoyo al segundo molar.

Diente Impactado: Se denomina impactación a la detención de la erupción de un diente producida o bien por una barrera física (otro diente, hueso o tejidos blandos) en el trayecto de erupción detectable clínica o radiográficamente, o bien por una posición anormal del diente.

Historia patología periodontal: Con antecedentes de Pericoronaritis asociada a impactación de alimentos, por lo que no es recomendable hacer el tratamiento quirúrgico en la fase aguda de la enfermedad ya que puede favorecer la aparición de la osteítis alveolar.

Según la clasificación de Parant Clase III: Porque la exodoncia se realizará con ostectomía y odontosección en el cuello dentario (eje menor).

Análisis radiográfico:

- Raíces del 3er molar:
- 2 fusionadas: Facilita la exodoncia al tener menos superficie de soporte
- Longitud radicular corta (6mm): Favorece la salida de la porción coronaria.
- Relativamente Curva: Las curvaturas radiculares alteran el eje de salida habitual durante la exodoncia aportando a que la misma sea más compleja, pero el presente caso la fusión radicular la elimina.
- Completamente formadas: asegura la extracción de todo tejido dentario, ya que si el diente se encontrara en plena rizogénesis fragmentos de restos de Malassez pudieran quedar dentro del alveolo durante la exodoncia, siendo esta una potencial formadora de un Quiste Odontogénico.
- Septum radicular: Ausente por la presencia de raíces fusionadas, facilita la extracción por la disminución de superficie de soporte periodontal.
- Contacto del 2do molar y tercer molar:
- En contacto a nivel cervical: Esta ubicación del contacto aporta una mayor complejidad ya que se encuentra en una superficie cóncava, como es la zona cervical del diente, trabando la salida de la corona del tercer molar.
- Cara mesial del 3er molar:
- Inaccesible: Cuanto menos visible este esta cara mayor grado de complejidad presentara la exodoncia y mayor será la ostectomía a realizar; ya que esta cara es un punto de apoyo adecuado para la utilización de las palancas de primer y segundo género.
- Corona del 2do molar:
- Conservada: Nos permite asegurar durante la exodoncia su integridad.
- Estructuras anatómicas vecinas:
- Raíces radiográficamente superpuestas y con estrecha relación con el conducto del nervio dentario inferior: Esta cercanía puede alterar la normal evolución postquirúrgica, ya que durante el intraoperatorio se puede llegar a lesionar el nervio dentario inferior, produciendo una parestesia transitoria o permanente dependiendo de la agresión.

Análisis radiográfico:

1. Evaluación según Winter



Fig. 1

Según Winter: Impactación Mesioangular (Figura 1)

Es la evaluación de la angulación entre el eje longitudinal del cordal y el del segundo molar.

Esta posición es la que menos dificultades presenta comparada con las posiciones: horizontal, transverso, vertical o distoangular.

2. Evaluación según Pell y Gregory

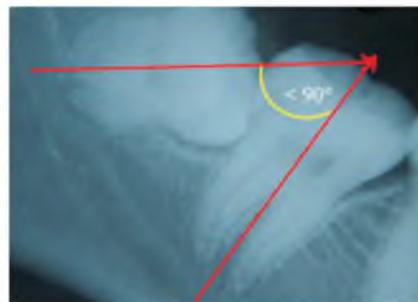


Fig. 2 Rx periapical técnica ortoradial

Clasificación de Pell y Gregory:

- Relación del cordal con la rama y 2do molar: Clase II
El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar
- Profundidad: B
El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar

3. Evaluación mediante la Técnica radiográfica de Donovan

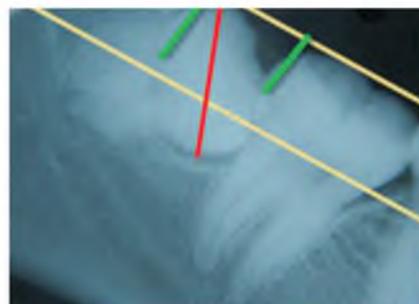


Fig. 3 Rx periapical técnica ortoradial

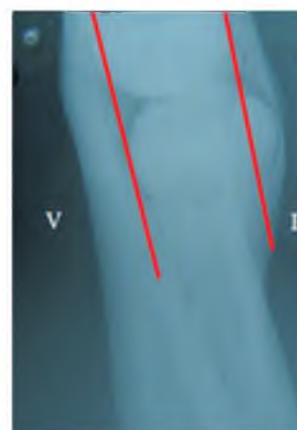


Fig. 4 Rx Oclusal técnica de Donovan

Tercer molar con desviación lingual: La corona del tercer molar incluido sobrepasa la línea que forman de las cúspides linguales del segundo molar colateral. Esta ubicación nos incita a tomar mayores precauciones al realizar la técnica quirúrgica, tratando siempre de no empujar el diente hacia lingual, ya que podemos lesionar el nervio lingual y producir su parestesia. (Figura 4)

4. Análisis de la posición y profundidad-Líneas de George Winter:(Figura 5)

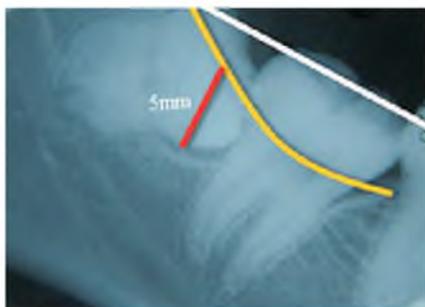


Fig. 5 Rx periapical técnica ortoradial

La experiencia clínica demuestra que cada vez que la longitud de la línea "roja" aumenta 1 mm, la extracción se hace tres veces más difícil, incluso ignorando otros factores. Para Hooley y Whitacre, cuando esta línea mide 5 ó 6 más milímetros, el cordal debe ser extraído por un odontólogo especialista en Cirugía Bucal.

5. Evaluación mediante la radiografía Panorámica



Fig. 6 Radiografía Panorámica
Nos permite observar posibles anomalías las estructuras anatómicas vecinas y su relación con la pieza a tratar, en forma general

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Paciente de sexo masculino de 19 años de edad, presenta pieza dentaria 3.8 impactada, en posición mesioangular y desviación lingual. Riesgo quirúrgico ASA I, con grado de dificultad para la intervención quirúrgica moderada.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Tiempo utilizado para la intervención 50 minutos
- Tipo de herida: Herida limpia-contaminada:

I. CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS

1. A las 24 horas:

Paciente refiere no presentar dolor espontáneo ni otras complicaciones relacionadas al acto quirúrgico.

Examen extraoral:

- Signos: Ligera asimetría facial de la hemicara

izquierda por inflamación de la zona maseterina, presenta trismus.

Examen Intraoral:

- Característica de la encía: Zona retromolar enrojecida, leve inflamación.
- Percusión: pieza 3.7 corona íntegra y sin dolor a la percusión.
- A la palpación zona vestibular: Ligero dolor a la palpación. zona palatina: ligero dolor.



2. A los 3 y 7 días

No hay presencia de asimetría facial, cambios de coloración, ni de trismus.



DISCUSIÓN

Después de la exodoncia de un tercer molar impactado ocurre siempre una respuesta psicológica y física del paciente, cuando hay sangrado, inflamación trismus y dolor como incomodidad; por lo tanto es necesario tomar todas las medidas preventorias para disminuir estas molestias; una de ellas es evaluar el índice de dificultad de la intervención quirúrgica, antiguamente no habían parámetros para evaluarla; pero actualmente contamos con varios índices de autores como Winter, Pell y Gregory, Parant entre otros que han aportado, para predecir de alguna manera el grado de complejidad de la intervención quirúrgica que tiene relación directa con la evolución postoperatoria del paciente. Es por tal motivo que mostramos el caso clínico que una vez evaluado en la anamnesis, conociendo sus antecedentes y haciendo una rigurosa evaluación clínica es que se procede a planificar la intervención quirúrgica con índice de complejidad moderada; que al momento de realizarla no tuvimos ninguna complicación intraoperatoria, y la evolución postoperatoria fue muy favorable ya que solo se presentó inflamación y trismus las primeras 48 horas, desapareciendo luego todo síntoma y signo posquirúrgico. La experiencia en el presente caso nos hace sugerir que una buena planificación de la exodoncia de terceros molares incluidos puede beneficiar el postoperatorio de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

1. DONADO RODRÍGUEZ, Manuel. Cirugía Bucal, patología y técnica. Segunda Edición. Ediciones Masson. Barcelona. 1998.
2. GRAY ESCODA, Cosme. Cirugía Bucal. Primera edición. Editorial Océano. Barcelona. 2004.
3. LÓPEZ ARRAZ, J.S. y GARCÍA PERLA, A. Cirugía Oral. Primera edición. Editorial Interamericana. Madrid. 1991.
4. MEDEIROS PAULO, José. Cirugía de dientes incluidos, extracción de tercer molar. Primera Edición. Ediciones Amolca. Sao Paulo. 2006.
5. NOVAES JUNIOR, Arthur Belém. Cirugía Periodontal con finalidad protésica. Primera edición. Editora Artes Médicas. Sao Paulo. 2001.
6. RÍES CENTENO, Guillermo. Cirugía Bucal con patología Clínica y Terapéutica. Editorial el Ateneo. Buenos Aires. 1973.

CORRESPONDENCIA

ulisespe@hotmail.com

<p>Recibido: 12/08/2013 Aceptado: 13/09/2013</p>
--