

## PERICORONARITIS DE TERCER MOLAR RETENIDO.

Alejandro Aldana Cáceres<sup>1</sup>

### RESUMEN

*El caso que se presenta a continuación corresponde a una paciente de 16 años que acude al C:S: La esperanza acompañada de sus dos progenitores por una tumefacción en el hemimaxilar izquierdo tanto superior como inferior. Antes de llegar al servicio de Odontología la paciente visita diferentes profesionales de medicina y odontología, teniendo por ende diferentes apreciaciones diagnósticas e indicaciones.*

### I. INTRODUCCIÓN

El término pericoronaritis se refiere a la inflamación de la encía en relación a la corona de un diente no erupcionado por completo. Con mayor frecuencia ocurre en el área del tercer molar inferior. Puede ser aguda, sub aguda o crónica.

Para producirse la infección, que tiene repercusiones locales, regionales y a distancia, es preciso que, por una parte aumente la virulencia microbiana y disminuyan las defensas del organismo, y por otra parte, se establezca una puerta de entrada, la que está determinada por factores mecánicos, traumatismos sobre el "capuchón" del tercer molar originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o la acción conjunta de unas y otras.

Capdepont explica la ageneia de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1. La cavidad virtual existente alrededor del diente retenido (cavidad del saco pericoronario), cavidad del saco folicular, de Capdemont) puede, por numerosas influencias patológicas hacerse real ( transformarse en quistes dentígeros ) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2. Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerba su virulencia.

Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular, escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica, que hace posible la retención microbiana, nos parece ser la condición primordial en la causa de los accidentes" Capdemont).

Cuando su comienzo es brusco, a nivel del capuchón que recubre el molar retenido total o parcial, se instala sin anuncio previo un proceso inflamatorio con sus signos característicos de : dolor, tumor, rubor y calor.

El dolor es casi siempre precoz. Puede quedar localizado en la región del capuchón o irradiarse en la línea del dentario inferior, o tomar distintas vías. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del trago.

Tumor: La encía que recubre el molar está edematizada.

Rubor: La encía cambia de color y se presenta rojiza o roja violáceo.

Calor: La vasodilatación ocasiona un cambio de temperatura de la región.

El cuadro es acompañado por fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados. El trismus acompaña el proceso; la masticación está dificultada.

Cuando el comienzo es incidioso, se caracteriza por la aparición de dolores generalmente leves, ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados; entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hacia un nuevo fenómeno inflamatorio.

El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de saco vecinos al diente retenido pueden ser sitios propicios en la exacerbación de la virulencia microbiana y la creación de condiciones favorables para que se instale la simbiosis fusoespirilar.

Pueden ser el punto de inicio de una gingivitis o una gingivostomatitis o se puede producir ulceración debajo del capuchón mucoso.

Puede extenderse hacia atrás dentro del área bucofaringea y a la mitad de la base de la lengua lo que dificulta tragar al paciente. Los nódulos linfáticos submaxilares, cervicales posteriores, cervicales profundos y retrofaringeos resultan afectados según la gravedad y extensión de la lesión.

Son poco frecuentes la formación de abscesos paramigdalinos, la celulitis y la angina de Ludwig, no obstante, son secuelas posibles.

### HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo femenino, de 16 años de edad, acude a consulta del Servicio de Odontología ,por asimetría facial izquierda, producto de una tumoración, con aproximadamente 10 días de evolución.

Revisando los antecedentes de tratamiento en su historia clínica, la paciente es atendida por el servicio de medicina el 29 de agosto siendo su diagnóstico de PAROTIDITIS IZQUIERDA 7y le indican como tratamiento farmacológico Isopromacina, Paracetamol y diclofenaco inyectable. Se cita para control para el 31.

El primero de septiembre acude al servicio de Pediatría en donde el pediatra de turno le diagnostica PAROTIDITIS

(1) Cirujano Dentista, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N. "Jorge Basadre Grohmann" de Tacna.

COMPLICADA y le solicita exámenes auxiliares: Hgma, Hb, VSG y le indica como tratamiento farmacológico Paracetamol. La cita para su control.

El 8 de septiembre con el servicio de odontología. La paciente presenta dolor intenso que le provoca limitación funcional, apertura bucal limitada consecuencia del trismus presente.

Al examen regional, clínicamente la paciente presenta una tumoración que compromete la región parotidea izquierda y se extiende hasta la zona retroauricular y el ángulo goniano. Presenta dolor moderado a la palpación. No presenta infestación ganglionar.

Al examen intraoral, en el maxilar superior presenta obstrucciones de las piezas 14 y 15, y erupción parcial de la pieza 16, hay inflamación gingival leve.

En el maxilar inferior presenta obturaciones simples en las piezas 18 y 19 y clínicamente no se aprecia a la pieza 17. La gingiva presenta un agrandamiento moderado sin alteración de la coloración.

Se le indica medicación antibiótica y antiinflamatoria por tres días y se le solicita exámenes radiográficos.

Se da como diagnóstico presuntivo PERICORONARITIS DE LA PZA 17. Se cita a la paciente.

Al examen de la Rx panorámica se observa una zona radiolúcida compatible con una lesión quística en el maxilar superior izquierdo. Diagnosticándosele presuntivamente como QUISTE ANEURISMÁTICO. Fenómeno de Stafne. Al examen del maxilar inferior no se aprecian lesiones aparentes. La asimetría facial persiste, La sintomatología remite. Se le indican nuevas tomas Rx. Periapicales y oclusales.

Al examen clínico nuevo, se aprecia un trayecto fistuloso a nivel de la pieza 19. Se toma una Rx periapical con sondaje de cono de gutapercha y al examen de la misma se descubre como inicio del trayecto fistuloso la pieza 17 arribándose finalmente al diagnóstico de PERICORONARITIS DE LA PIEZA 17. Se le indica Exodoncia de la pieza 17. En lo referente al maxilar superior se indica controles Rx periódicos.

**II. COMENTARIO**

Cabe mencionar que antes de realizar el sondaje para la toma radiográfica la paciente tuvo un tratamiento de conductos en proceso de la pieza 19 al ser considerada ésta como la pieza causante de la lesión por el odontólogo de turno. Cabe mencionar también que la paciente ha realizado consultas con diferentes profesionales tanto del Minsa como de consulta privada por ende los criterios de diagnóstico y tratamiento también relativamente difieren.

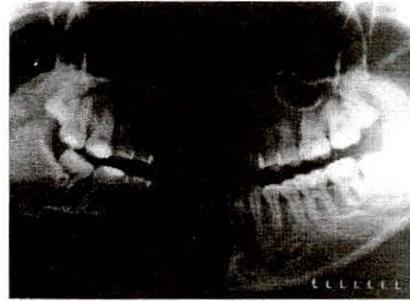
A la anamnesis, los padres refieren que en consulta privada se le había indicado una intervención en el maxilar superior al considerar que la imagen radiográfica patológica que éste presentaba era la causa de la asimetría facial.

**III. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

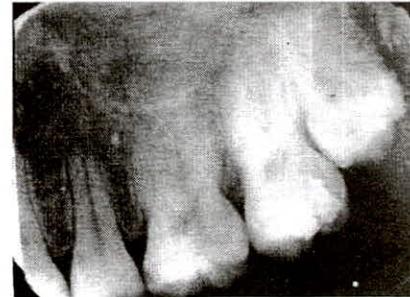
1. Rries Centeno Guillermo. cirugía bucal. Buenos Aires 1991.
2. Lopez Arranz. cirugía oral España 1991.
3. De Freitas Aguinaldo radiología odontológica Brasil 2002
4. Mac karty frank. Emergencias odontológicas. Argentina 1991.
5. Laskin Daniel Cirugía oral y maxilofacial. Saint Luis 1980.
6. Horch h. Cirugía Odontoestomatologica España 1992.

**CASO CLINICO**

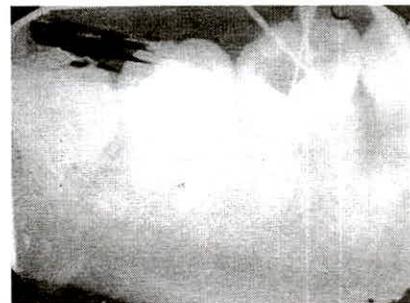
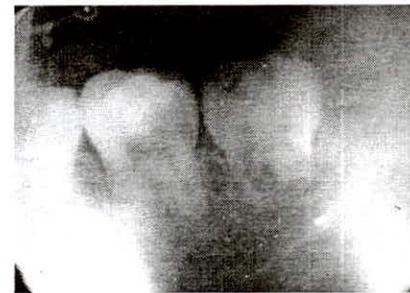
**PERICORONARITIS DE TERCER MOLAR RETENIDO.**



*Rx que muestra una zona radiolúcida bien delimitada compatible con el fenómeno de Stafne a nivel de las piezas 14 y 15.*



*Rx periapical que muestra la misma imagen*



*Rx periapical que muestra una patosis periapical aparente a nivel de la pieza 17*



*Fistula a nivel de la pieza 18 la misma que presenta una obturación y en la que se realiza tratamiento de conductos al considerarla como causante de la fistula.*

*Sondaje con cono de gutapercha que confirma como origen del trayecto fistuloso a la pieza 17 confirmando el diagnóstico.*