

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

CIRUGÍA DE UNA TERCERA MOLAR UBICADA EN EL SENO  
MAXILAR, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Para optar el Título profesional de Cirujano Dentista

**Autor: BACHILLER**

**FLORES HINOSTROZA ROXANA EUNICE**

Área de Investigación: Salud y Gestión de la salud.

Líneas de Investigación de la Escuela profesional de odontología: Investigación clínica y patología. Lugar de investigación: clínica Odontológica de la universidad Peruana los Andes.

Huancayo – Perú

2019

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a Dios,  
A mis Padres y a la ciencia.

## **AGRADECIMIENTO**

**A los docentes de esta casa de estudio que es la Universidad Peruana  
“Los Andes” por su apoyo incondicional del presente trabajo.**

# INDICE

<u>RESUMEN</u> .....	5
<u>II.- INTRODUCCIÓN</u> .....	5
<u>MARCO TEÓRICO</u> .....	6
<u>COMPLICACIONES INFECCIOSAS:</u> .....	8
<u>PERIODONTITIS:</u> .....	8
<u>PERICORONARITIS:</u> .....	8
<u>CELULITIS:</u> .....	9
<u>APIÑAMIENTO:</u> .....	9
<u>REABSORCIÓN RADICULAR:</u> .....	10
<u>COMPLICACIONES NEUROMUSCULARES:</u> .....	10
<u>ODONTALGIA:</u> .....	10
<u>DOLOR EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR:</u> .....	10
<u>COMPLICACIONES TUMORALES:</u> .....	11
<u>QUISTES:</u> .....	11
<u>OBJETIVO</u> .....	12
<u>JUSTIFICACIÓN</u> .....	12
<u>CONTENIDO</u> .....	12
<u>PRESENTACIÓN DEL CASO</u> .....	12
<u>Historia Médica</u> .....	12
<u>III. PLAN DE TRATAMIENTO</u> .....	13
<u>IV.RESULTADOS</u> .....	13
<u>V. CONCLUSIONES</u> .....	13
<u>VI. RECOMENDACIONES</u> .....	14
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	¡Error! Marcador no definido.
<u>ANEXOS</u> .....	¡Error! Marcador no definido.

## RESUMEN

El seno maxilar es una estructura que tiene íntima relación con la cavidad oral por su cercanía con las molares superiores las cuales pueden dictar la conducta de crecimiento del seno maxilar, además de esto, en la práctica odontológica encontramos algunas complicaciones por el crecimiento según la posición, mesioangulada, distoangulada, impactada, retenida y por tratamientos iatrogénicos se pueden impactar la integridad del seno maxilar.

El objetivo del presente caso clínico es dar a conocer el tratamiento quirúrgico adecuado para una tercera molar superior retenido que compromete el seno maxilar a través de su diagnóstico, ayudara con exámenes auxiliares hacer un plan de tratamiento adecuado el cual por su mediana complejidad se tomara los aspectos anatómicos para evitar complicaciones posteriores.<sup>1</sup>

Con el tiempo, las terceras molares erupcionadas o no, pueden causar complicaciones Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y Tumorales (formación de quistes, tumores)<sup>2,3</sup>.

Conclusión Los casos de molares superiores retenidos en la población mundial son de un 33% aproximado con relación a los molares inferiores retenidos, esto quiere decir que su frecuencia es poca pero se debe tener cuidado cuando compromete otras estructuras anatómicas a la hora de la realización de las cirugías. Las posiciones que se encuentran en su hallazgo de estas terceras molares superiores retenidas son en una frecuencia mesio anguladas, disto anguladas, verticales y horizontales

**Palabras claves:** Seno maxilar, angulación y complicaciones de las molares superiores.

## II.- INTRODUCCIÓN

Las terceras molares retenidas tienen diferentes posiciones; mesioangulada, distoangulada, vertical y horizontal. Algunos autores plantean que la evidencia científica de trabajos realizados indica una mayor incidencia de terceras molares en posición mesioangular, lo cual contribuye a la presencia de lesiones como caries, pérdida de hueso alveolar y de tejido del diente adyacente<sup>1</sup>.

Muchas veces los pacientes no se dan cuenta que presentan terceras molares retenidas, hasta que el dolor aparece debido a una infección o a la presión de un diente adyacente. Con el tiempo, las terceras molares erupcionadas o no, pueden causar complicaciones Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y TumORAles (formación de quistes, tumores)<sup>2,3</sup>.

El conocimiento epidemiológico a través de las estadísticas ayuda a que los clínicos tengan evidencia de lo que ocurre con mayor prevalencia y así orientar sus diagnósticos y tratamientos. Además, el estudio permite fortalecer los protocolos de atención para los pacientes, al evidenciar la frecuencia de las distintas complicaciones

## MARCO TEÓRICO

Las terceras molares impactadas son un problema importante de la patología odontológica, por su frecuencia, variedad y por las complicaciones que frecuentemente desencadenan. La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus, quien habló de "dens sensus et sapientia et intellectus" en clara referencia a la edad que suele erupcionar. La edad media de erupción de las terceras molares en los varones es de 19,9 años y de 20,4 años en las mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente dos años<sup>4</sup>.

El diente "no erupcionado" es aquel que aún no ha perforado la mucosa oral, y por tanto, no ha llegado a su posición normal en el arco dentario. Incluye los dientes impactados y los dientes en

proceso de erupción. El diente “impactado” es aquel que no ha erupcionado total o parcialmente en la cavidad bucal en el tiempo esperado, bloqueado por un obstáculo mecánico (hueso, dientes, tejidos blandos...). El diente “incluido” es aquel que se encuentra retenido en el maxilar, rodeado de lecho óseo. Cordal ectópico es aquel que está incluido y alejado del segundo molar (rama ascendente, cóndilo, suelo de la órbita)<sup>5</sup>.

**Escoda** cita que los terceros molares son los dientes que con mayor frecuencia se hallan incluidos, y que Archer marca este orden de frecuencia: - Tercer molar superior. - Tercer molar inferior. También cita que Berten y Cieszynki encuentran que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido (35%) coincidiendo con estudios más recientes como el de Shah y cois<sup>4</sup>.

Varios autores están de acuerdo en considerar la gran frecuencia de piezas dentales retenidas, en lo que no coinciden es en los datos estadísticos en relación con cada diente. Ries Centeno mencionaba las estadísticas de Blum (1923), donde existe un predominio del canino superior

(51%), seguido del tercer molar superior (33%) y en la mandíbula predomina el tercer molar (86%). En la referencia que hace el mismo autor en las estadísticas de BertenCieszynski, los datos son los siguientes: Tercer molar inferior, Canino superior y Tercer molar superior<sup>6</sup>.

En un estudio realizado sobre 1,460 radiografías panorámicas del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central del Aire, donde la mayoría eran reclutas, se encontró un total de 440 piezas dentales retenidas (30.1%) de las cuales 367 eran terceros molares (83%). En las consultas externas del Hospital 12 de Octubre, durante un año, las terceras molares retenidas presentaron el 46%<sup>6</sup>.

En relación a la angulación, los dientes impactados pueden presentarse de la siguiente manera: mesioangulado, distoangulado, vertical u horizontal. El diente mesioangulado es el más común; la impactación vertical es la segunda, la impactación horizontal es la menos frecuente, el diente con impactación distoangular se encuentra distalmente al segundo molar<sup>6</sup>.

La retención de terceras molares puede causar complicaciones de diversos tipos:

- Infecciosas.

- Mecánicas.
- Neuromusculares.
- Traumatológicas.
- Tumorales<sup>3</sup>.

## **COMPLICACIONES INFECCIOSAS:**

### **PERIODONTITIS:**

La presencia de dientes incluidos próximos a dientes erupcionados comúnmente lleva a la formación de un nicho bacteriano propicio para la formación de enfermedad periodontal. Esto ocurre pues la región se constituye en un área de difícil limpieza, ocasionando acumulación de alimento y de bacterias, propiciando así la inflamación de la encía y formación de una bolsa periodontal<sup>6</sup>.

En un estudio realizado a 216 pacientes derivados del Hospital Central de Odontología para cirugía de terceras molares se encontró que el 79% presentaron enfermedad periodontal; la pericoronaritis aguda congestiva y crónica fue involucrada dentro de la gingivitis inducida por placa bacteriana asociada con otros factores locales que predisponen a la enfermedad gingival, como los factores anatómicos dentales (retención) y el trauma oclusal, y la pericoronaritis aguda supurativa fue involucrada dentro de los abscesos pericoronales. Los datos encontrados fueron: Gingivitis inducida por placa bacteriana 75%, periodontitis crónica localizada 49%, gingivitis ulceronecrotizante 5%, absceso periodontal 6% y absceso pericoronar 25%<sup>7</sup>.



## PERICORONARITIS:

El desarrollo de esta condición ocurre debido a la acumulación de alimentos y bacterias, principalmente anaeróbicas, entre el tejido blando y la corona dentaria. Esta asociación forma un proceso infeccioso local donde el diente no es el agente etiológico sino uno de los factores locales que facilitan el proceso<sup>6</sup>. Además puede producir infección de la encía alrededor del tercer molar incluido o parcialmente erupcionado, el cual es muy frecuente. En la boca existen muchas bacterias que pueden penetrar por detrás del segundo molar e iniciar una infección en la encía del tercer molar. Causando inflamación y dolor en esa área<sup>2</sup>.

El estudio realizado por el cirujano maxilofacial Rodríguez Calzadilla, profesor de la Universidad de la Habana Cuba, acerca de la pericoronaritis, refiere que ésta es más frecuente en la segunda y tercera década de la vida, y entre los signos y síntomas más frecuentemente asociados a terceros molares retenidos con pericoronaritis, observó en primer lugar el dolor. El efectuado por Litonjua y cols., en pacientes con terceros molares retenidos, 13% tuvieron pericoronitis y de éstas, 11%, infecciones faciales secundarias. En otro estudio, se evaluaron a 100 pacientes con terceros molares retenidos, 67% presentaron pericoronaritis; de los terceros molares estudiados, 15% fueron superiores y 85% inferiores. Se encontró que los 67 pacientes con pericoronaritis, 90% tuvieron dolor como alteración más frecuente<sup>8</sup>.

## CELULITIS:

La propagación de la infección pericoronaria al tejido celular de las regiones cervicofaciales es responsable de un gran número de abscesos y flemones; desde el cordal inferior se puede producir una invasión del espacio celular situado entre las fibras del músculo masetero, formándose un absceso, o flemón maseterino. Clínicamente se caracteriza por una tumefacción en la región maseterina, un intenso trismo y dolor en la rama mandibular que irradia el oído<sup>4</sup>.

El tercer molar superior puede originar el denominado absceso de Terracol supra-amigdalino por invasión del proceso inflamatorio hacia la región amigdalina con desplazamiento de la úvula hacia el lado contrario y aumento del velo a la altura del cordal. Se origina tanto desde un cordal superior como inferior<sup>4</sup>.

## **APIÑAMIENTO:**

Los desplazamientos dentarios son producidos por la presión y empuje que ejercen los terceros molares sobre los otros dientes y en especial en el grupo incisivo-canino, y que son motivo de apiñamiento dentario anterior (llamado apiñamiento terciario por Van der Linden). Cuando todos los dientes están erupcionados en el arco dentario, la presión de los cordales es bilateral y perturba la correcta alineación del grupo incisivo-canino. Así pues, un grupo importante de autores está de acuerdo en este concepto y defiende que los cordales generan una fuerza anterior que es causa de apiñamiento<sup>5</sup>.

Björk A., Jensen E. y Palling M. (1956), realizaron un estudio en individuos entre 12 y 20 años de edad, a los que agruparon en pacientes con agenesia de terceros molares impactados, erupcionados y extraídos. Relacionaron la situación de estos terceros molares con el espacio existente y el desarrollo del maxilar inferior, describiendo tres factores de variación en dicho desarrollo; la longitud de la mandíbula, la dirección del crecimiento condilar y la tendencia direccional de la erupción de los dientes. Llegaron a la conclusión que en la retención del tercer molar, el espacio retromolar del segundo molar está considerablemente reducido y que el desarrollo esquelético de la mandíbula tiene relación con la retención del tercer molar inferior<sup>9</sup>.

## **REABSORCIÓN RADICULAR:**

Esta es una complicación rara cuando se relaciona a dientes incluidos. La misma puede ocurrir debido a que el diente retenido promueve una presión en la superficie radicular del elemento adyacente. Comúnmente se consigue el diagnóstico a través de radiografías de rutina, o en casos más avanzados, debido a la movilidad del diente erupcionado<sup>8</sup>.

Puede producir infección crónica en el hueso, provocando la destrucción de éste a nivel del tercer molar, pudiéndose propagar hacia los molares adyacentes, corriendo el riesgo de perderlos también<sup>2</sup>.

## **COMPLICACIONES NEUROMUSCULARES:**

## **ODONTALGIA:**

Cuando las terceras molares se encuentran impactadas y estimulando las raíces de los dientes adyacentes puede producir dolor, también cuando existe pericoronaritis o caries dental<sup>3</sup>.

En un estudio realizado a 216 pacientes derivados del Hospital Central de Odontología para cirugía de terceras molares se encontró que el 23% presentó dolor<sup>9</sup>.

## **DOLOR EN ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR:**

En la Articulación Temporomandibular (ATM), después de un tiempo variable, el desequilibrio de la articulación dentaria que provoca la evolución de estos terceros molares puede repercutir sobre la articulación, ocasionando fenómenos artrósicos o de disfunción en el sentido de algias o chasquido e incluso dolores irradiados. En toda persona joven que consulte por molestias en la articulación que se traducen por dolores y chasquidos al abrir y cerrar la boca, hay que considerar la posibilidad de que se encuentre un tercer molar en erupción<sup>7</sup>.

Pueden provocar problemas en la Articulación Temporomandibular (ATM), ya que al quedar los dientes en mala posición afectan la mordida y repercute en la articulación de la mandíbula provocando dolor<sup>10</sup>.

## **COMPLICACIONES TUMORALES:**

### **QUISTES:**

La presencia de dientes incluidos en el interior del hueso alveolar representa un gran riesgo para el desarrollo de quistes y tumores odontogénicos<sup>8</sup>.

La formación de quistes de origen dental, da como resultado una cavidad anormal en el hueso, que requiera de una intervención quirúrgica para quitarlo<sup>2</sup>.

La falta de erupción de las terceras molares también puede evidenciarse en la formación de quistes que afectan directamente el hueso del maxilar y que en un futuro pueden requerir cirugías mayores.

Cuando las terceras molares están retenidas en una posición anómala y quedan incluidas dentro del hueso, el paciente puede pensar que nunca le salieron, sin embargo el tejido que ayudó a formar estas estructuras dentarias puede terminar reteniendo líquido y ocasionando un quiste o tumor benigno<sup>10</sup>.

Aunque en ocasiones los terceros molares impactados pueden permanecer asintomáticos toda la vida, lo más frecuente es que estos dientes participen en distintos procesos patológicos. Los problemas originados por el tercer molar 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)<sup>5</sup>.

Deberá observarse la relación del diente impactado con los dientes adyacentes y las estructuras nobles como haces vasculo nerviosos, senos maxilares, fosas nasales y la región basilar de la mandíbula. La radiografía panorámica generalmente es la primera radiografía solicitada.

## **OBJETIVO**

Determinar el tratamiento a seguir en una exodoncia de tercera molar superior retenido comprometiendo el seno maxilar.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo pretende dar a conocer el tratamiento quirúrgico adecuado para una tercera molar superior retenido que compromete el seno maxilar a través de su diagnóstico, ayudara con exámenes auxiliares hacer un plan de tratamiento adecuado el cual por su mediana complejidad se tomara los aspectos anatómicos para evitar complicaciones posteriores.

## **CONTENIDO**

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad que acude a la clínica de odontológica de la escuela académica de Odontología de la Universidad de “Los Andes” (UPLA) Huancayo – Perú, refiere que en el hospital le detectaron que tenía una tercera molar retenida el cual le refirieron a dicha universidad.

# Historia Médica

1. Antecedentes familiares: no refiere
2. Antecedentes personales: no refiere.
3. Historia Dental

## 1. Examen clínico:

El paciente presenta al examen clínico un abultamiento en la zona vestibular en dirección a la tercera molar superior izquierdo 2.8 con dolor moderado.

Pronostico bueno.

## 2. Diagnóstico y Pronóstico:

Pieza 28 retenido en forma horizontal sin impactación y con rozamiento al seno maxilar superior izquierdo.

## III. PLAN DE TRATAMIENTO

- Se realizó un tratamiento profiláctico con pasta profiláctica y escobilla de Robinson.
- Asepsia y antisepsia.
- Incisión
- Colgajo
- Excercesis
- Osteotomía □ Retiro de la pieza 28 □ Limpieza y sutura.

## IV. RESULTADOS

Los resultados fueron buenos, a la semana se hizo el retiro de los puntos de sutura con buena cicatrización y buena movilidad muscular el paciente refiere que terminó su tratamiento farmacológico y se encuentra en buen estado de salud.

## V. CONCLUSIONES

- Los casos de molares superiores retenidos en la población mundial son de un 33% aproximado con relación a los molares inferiores retenidos, esto quiere decir que su

frecuencia es poca, pero se debe tener cuidado cuando compromete otras estructuras anatómicas a la hora de la realización de las cirugías.

- Las posiciones que se encuentran en su hallazgo de estas terceras molares superiores retenidas son en una frecuencia mesioanguladas, disto anguladas, verticales y horizontales.
- Tenemos que tener en cuenta que una mala praxis en estos tipos de tratamientos acarrea complicaciones como: periodontitis, pericoronaritis, celulitis entre otras, por eso es bueno hacer un seguimiento durante el tratamiento.
- La frecuencia de complicaciones causadas por terceras molares según sexo se dio con más frecuencia en el sexo masculino.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Un buen método de diagnóstico de primera elección para descartar diferentes patologías en dientes retenidos es la radiografía panorámica y partir de ahí para los posteriores exámenes complementarios.
2. Las terceras molares retenidas deben ser diagnosticadas a tiempo para disminuir las complicaciones que causan.
3. Este trabajo de investigación y caso clínico sirva como guía a nuestros estudiantes y colegas y así orientar su diagnóstico y plan de tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández L., Raimundo E. Prevalencia de terceros molares retenidos en estudiantes yemenitas de IBB, República de Yemen. (en línea) Yemen 2007 (Agosto 2011).

Disponible en:

<http://www.revistaciencia.com/publicaciones/EKEuypKZZZTVUvIogE.php>

2. Campos E. Su Salud Bucal. Tercer Molar (en línea) México 2007 (mayo 2011). Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/271320.su-salud-bucaltercermolar-molares-del-juici.html>

3. Nieto S. Odontología y Maxilofacial (en línea) Bogotá, Colombia (junio 2011). Disponible en: <http://www.plasticacolombia.com/sonrisa/cirugia-de-cordales.php>

4. Escoda C., Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Editorial Ergón. Cap. 12 p.355 y 369.

5. Navarro C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo I Madrid, España 2004. Ediciones S. L ARÁN. Cap. 1 p. 19,20

6. Medeiros P. Cirugía de Dientes Incluidos. Extracción del Tercer Molar. Sao Paulo, Brasil. Editorial Santos. Cap. 4 p. 25, 26,28 y 30. Cap. 5 p.33. Cap. 6 p 45.

7. Juárez R., Monzón J., López J., Conga E. Comunicaciones científicas y tecnológicas. Enfermedad periodontal asociada a la retención de terceras molares. Argentina (en línea) 2004 (Junio 2011). Disponible en:

<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-004.pdf>

8. Rodríguez M., Zavala C., Peñalosa R. Periodontitis asociada con terceros molares retenidos. Prevalencia y otros síntomas asociados (en línea) México 2008 (junio 2011). Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V00N1P9>.

9. Collante C. Relación del Ángulo Goníaco con Terceras Molares Inferiores y el Apiñamiento Dentario Antero-inferior (en línea) 2001 (junio 2011). Disponible en:

<http://odn.unne.edu.ar/angulogoniaco.pdf>

10. Nieto S. Odontología y Maxilofacial (en línea) Bogotá, Colombia (junio 2011).

Disponible en: <http://www.plasticacolombia.com/sonrisa/cirugia-de-cordales.php> **ANEXOS:**

**Fig. 1**

**RADIOGRAFÍA PANORÁMICA**



**Fig. 2**

**ANESTESIA TÉCNICA INFILTRATIVA**



**Fig.3**



## INCISIÓN Y COLGAJO



**Fig.4**  
**OSTEOTOMÍA**



**OSTEOTOMÍA**



**Fig.5**  
**AVULSIÓN**



**Fig.6**

**RETIRO DE LA PIEZA DENTAL**



**Fig 7**  
**SUTURA**

