

RETENCION PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES, ERUPCION
ECTOPICA DE DIENTES PERMANENTES Y TERCEROS MOLARES
RETENIDOS

CASO CLINICO

CLAUDIA ISABEL CRUZ Cod. 901244

COSTANZA MARISOL MACIAS Cod. 982032

DAKTARY DIX VILLALOBOS Cod. 982007

LILIANA ESPINAL MAHECHA Cod. 982004

OSCAR ARENAS Cod. 981203

ODONTOLOGIA INTEGRADA

X SEMESTRE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA D.C. MARZO 17
2003

RETENCION PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES, ERUPCION
ECTOPICA DE DIENTES PERMANENTES Y TERCEROS MOLARES
RETENIDOS

CASO CLINICO

CLAUDIA ISABEL CRUZ Cod. 901244
COSTANZA MARISOL MACIAS Cod. 982032
DAKTARY DIX VILLALOBOS Cod. 982007
LILIANA ESPINAL MAHECHA Cod. 982004
OSCAR ARENAS Cod. 981203

PRESENTADO A:
DRA DIANA GUZMAN

ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA D.C. MARZO 2003

INTRODUCCION

Al realizar este trabajo pensamos en primer lugar en la importancia que tiene cada uno de nuestros pacientes sin importar lo simple o complejo de su tratamiento.

Con la oportunidad de presentar a nuestros docentes y compañeros este caso clínico, queremos reforzar los conocimientos ya vistos, siendo estos conceptos básicos de suma importancia en el ejercicio de nuestra profesión. Se tuvieron en cuenta en nuestro caso clínico diferentes áreas como son el concepto de cirugía, periodoncia, ortodoncia y oclusión, las cuales se irán desarrollando en los capítulos correspondientes.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I

Historia Clínica

CAPITULO II

Examen Clínico

Estudios de modelos

Examen Radiológico

CAPITULO III

Diagnósticos Definitivos

CAPITULO IV

Anexos

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

HISTORIA CLÍNICA

ATENCIÓN POR ESTUDIANTES

CÓDIGO INTERNO			HISTORIA CLÍNICA NUMERO	FECHA		
DD	MM	AA				

I - INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE VARGAS CASTRO FLOR				CÉDULA TARJETA ID OTRA ☒	NÚMERO 871211-504423		EXPEDIDA EN BOGOTÁ	
DIRECCIÓN RESIDENCIA CRA. 11 No. 1B-78			CIUDAD BOGOTÁ	TELÉFONO 2335939	DIRECCIÓN LABORAL _____		CIUDAD _____	TELÉFONO _____
EDAD 15	SEXO F	RAZA M	EST. CIVIL SOLTER	ESCOLARIDAD 11o.	OCUPACIÓN ESTUDIANTE	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: WALTER VARGAS		TELÉFONO 2465482
NOMBRE MÉDICO <i>No Recuerda</i>			TELÉFONO _____	TIENE HISTORIA CLÍNICA EN OTRA INSTITUCIÓN ☒		NOMBRE INSTITUCIÓN _____		TELÉFONO _____
ÚLTIMA VISITA MÉDICA (fecha y razón) 2 MESES, DOLOR RODILLA			ÚLTIMA VISITA ODONTOLÓGICA (fecha y razón) 8 DÍAS POR ORTODONCIA			PORQUÉ ESCOGIÓ AL COC PARA SU TRATAMIENTO? RECOMENDACION		
MOTIVO DE CONSULTA: " PARA ORTODONCIA "								

II - EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL: LA PACIENTE SE OBSERVA SANA, CONTEXTURA DELGADA, MEDIANA ESTATURA, BUEN COLOR.					
PESO 53Kg	R.H. 0+	ESTATURA: 1.55mts	TEMPERATURA: 37,5o C.	PRESIÓN ARTERIAL 120/70mmhg	FRECUENCIA CARDÍACA REGULAR
ACERCA DE ALERTA MÉDICA (Diligenciar en rojo)					

III - ANAMNESIS: (Presente anexos si es necesario) (Revisar por sistemas)

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: _____	
MAMA: MIGRAÑA TODA LA VIDA	
PAPA: RIÑONES	
ABUELA: PROBLEMAS EN EL CORAZON	
HISTORIA MÉDICA PERSONAL: <i>No Refiere ninguna enfermedad.</i>	
INTERCONSULTA MÉDICA	SI ☒ NO ☐ RAZÓN: _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:

LE HAN PRACTICADO ANESTESIA LOCAL	☒ SI	☐ NO	COMPLICACIONES:	NINGUNA				
LE HAN PRACTICADO ANESTESIA GENERAL	☐ SI	☒ NO	COMPLICACIONES:					
HEMORRAGIA POST EXODONCIA	☐ SI	☒ NO	COMPLICACIONES:					
ALERTA MÉDICA (Diligenciar en rojo):								
ATENCIÓN RECIBIDA:	Lugar: CENTRO MEDICO OLAYA		Prevención		Operatoria		Cirugía	
			Periodoncia		Implantología		Endodoncia	
Higiene Oral	Buena		Frecuencia de cepillado	3	Elementos Utilizados	Enjuague	Cepillo	X
	Regular	☒				Otro:	Dentifrico	X
	Mala						Seda Dental	X

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

ACTITUD ANTE TRATAMIENTOS REALIZADOS ANTERIORMENTE	NINGUNA				
ACTITUD ANTE ESTE TRATAMIENTO	POSITIVA				
ESTADO DE ÁNIMO	ALEGRE	TRANSFERENCIA	POSITIVA	CONTRANFERENCIA	POSITIVA
INTERCONSULTA PSICOLÓGICA	☐ SI	☒ NO	MOTIVO		

V A - HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. DOLOR MÚSCULOS MASTICADORES		☒	5. DESARMONÍAS OCLUSALES	☒		9. DOLOR / ARDOR T. BLANCOS		☒
2. DOLOR A.T.M.		☒	6. HÁBITOS		☒	10. SENSIBILIDAD DENTARIA	☒	
3. RUIDO A.T.M.		☒	7. XEROSTOMÍA		☒	11. SANGRADO GINGIVAL	☒	
4. ALTERACIÓN EN EL MOVIMIENTO		☒	8. ODONTALGIA		☒	12. HALITOSIS		☒

VB EXAMEN FÍSICO ORAL (Evaluación de Tejidos Blandos y duros)

	N	A		N	A		N	A		N	A
1. LABIOS	☒		4. GINGIVA		☒	7. PISO DE BOCA	☒		10. PALADAR BLANDO	☒	
2. CARRILLOS	☒		5. REBORDE ALVEOLAR	☒		8. FRENILLOS	☒		11. AMÍGDALAS / OROFARINGE	☒	
3. SURCO VESTIBULAR	☒		6. LENGUA	☒		9. PALADAR DURO	☒		12. GLÁNDULAS SALIVARES	☒	

DESCRIPCIÓN DE LESIONES (LOCALIZACIÓN, COLOR, FORMA, TAMAÑO, CONSISTENCIA, TEXTURA, SÍNTOMAS Y TIEMPO DE DEVOLUCIÓN)

OBSERVACIONES: NINGUNA

VC - EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR SÍNTOMAS CARDINALES

C.I.

H.C. 456035

EXAMEN MÚSCULOS MASTICADORES									
	MASETEROS			TEMPORALES			PTE RÍGIDOS	ZONA DE CUELLO	
	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO	CONTRA.	ESTIRAM	REPOSO	TEST DE CARGA	CONTRA.	ESTIRAM
DOLOR REPORTADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DOLOR A LA PALPACIÓN	-	-	-	-	-	-	-	-	-

EXAMEN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR						
RUIDO ARTICULAR				DOLOR ARTICULAR		
		MOVIMIENTO	TERCIO	DOLOR REPORTADO	----	
A.T.M. DERECHA		-	-	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	---	
A.T.M. IZQUIERDA		-	-	DOLOR A LA PALPACIÓN LATERAL	---	
TIPO DE RUIDO ENCONTRADO		-----		DOLOR A LA PALPACIÓN POSTERIOR	---	
RUIDO REPORTADO	----	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	----	SOLICITUD EXAMEN COMPLEMENTARIO	---	

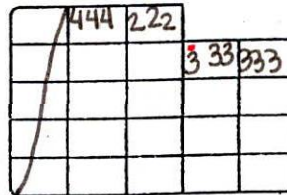
EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES									
APERTURA N: 40-60 mm	40 mm	PROTRUSIÓN N: 4 A 6 mm	5 mm	LATERIDAD IZQ. N: 4 A 6 MM	N.A. mm	LATERIDAD DER. N: 4 A 6 MM	4 mm		
EXISTE ALGÚN TIPO DE DESVIACIÓN		SI	NO	MOVIMIENTO	EN APERTURA DESVIA PERO VUELVE AL SITIO				
TIPO DE DESVIACIÓN	CONFLUENTE: SI				ANGULAR: —				

EXAMEN DENTARIO / ARMONÍA - DESARMONÍA OCLUSAL																	
CLASIFICACIÓN DE ANGLE		CLASE I			CLASE II		D I		DIVISIÓN I		CLASE III						
SIMETRÍA FACIAL		X		ASIMETRÍA FACIAL		--		RESALTE OVER BITE		2 mm		ENTRECRUZAMIENTO OVERJET		4 mm			
LÍNEA MEDIA DENTARIA		NORMAL		X		DESVIADA DERECHA		--		DESVIADA IZQUIERDA		--					
APIÑAMIENTOS 13 - 12/11 - 12 / 41 - 42								DIASTEMAS ----									
FACETAS DE DESGASTE: 63								AUSENCIAS DENTARIAS 18, 28, 38, 48									
1er CONTACTO DENTARIO		63/33		DIMENSIÓN VERTICAL POSTURAL		69		DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL		65		ESPACIO LIBRE 4mm					
LATERALIDAD DERECHA		14		INTERFERENCIAS IZQUIERDA		-		LATERALIDAD IZQUIERDA		-		INTERFERENCIAS DERECHAS		-			
OCCLUSIÓN CRUZADA ANTERIOR		DERECHA		-		OCCLUSIÓN CRUZADA POSTERIOR		DERECHA		-		PROTUSIÓN		INTERFERENCIAS POSTERIORES		-	
		IZQUIERDA		-				IZQUIERDA		-							
OCCLUSIÓN ABIERTA		ANTERIOR		-		POSTERIOR		-		BILATERAL		-		UNILATERAL		-	

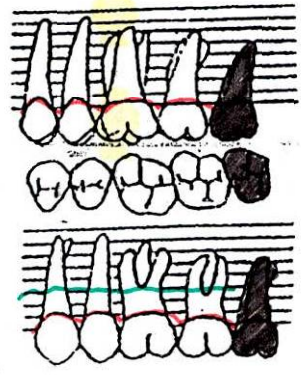
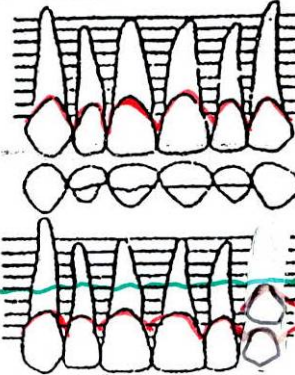
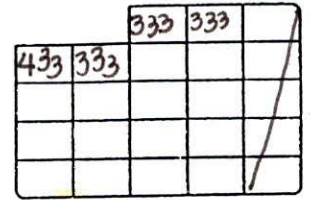
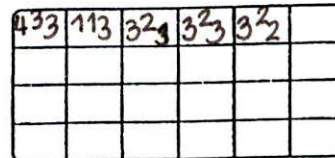
ENCÍA	N	A		N	A
1. Color		X	5. Grosor		X
2. Márgen		X	6. Contorno		X
3. Consistencia		X	7. Papilas		X
4. Textura		X	8. Encía Adherida	X	

	SI	NC
9. Cálculos		X
10. Sangrado	X	
11. Supuración/Exudado		X
12. Movilidad Dentaria		X
13. Frémito		X

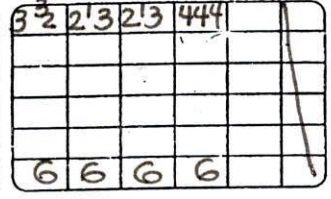
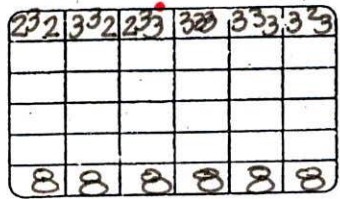
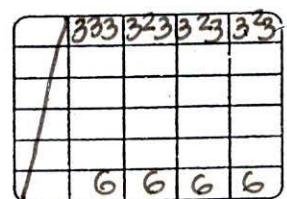
Furcaciones
Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión



PERIODONTOGRAMA

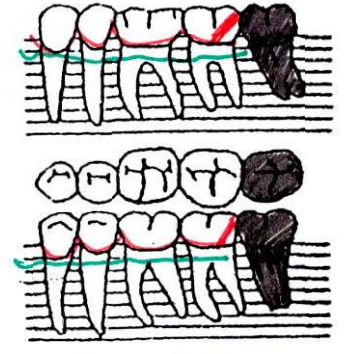
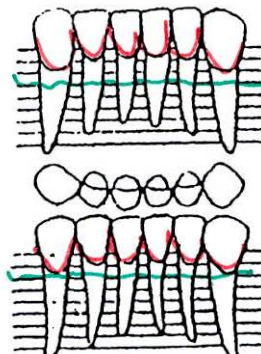
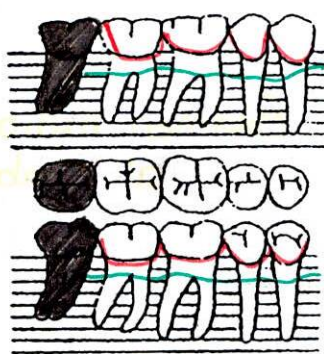
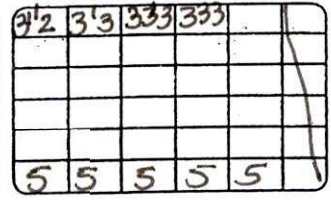
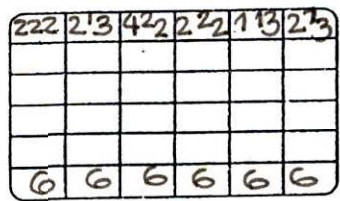
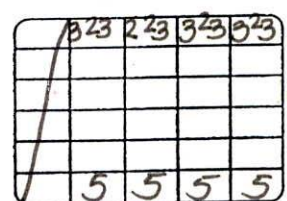


Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival

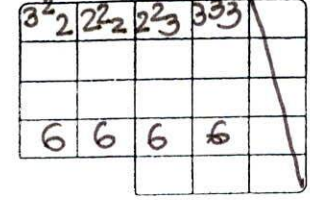
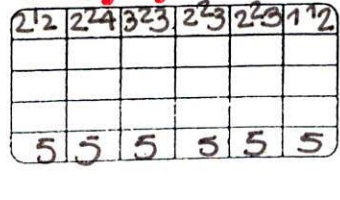
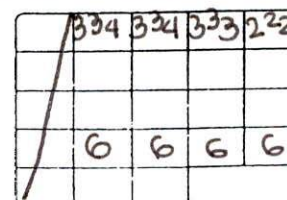


D

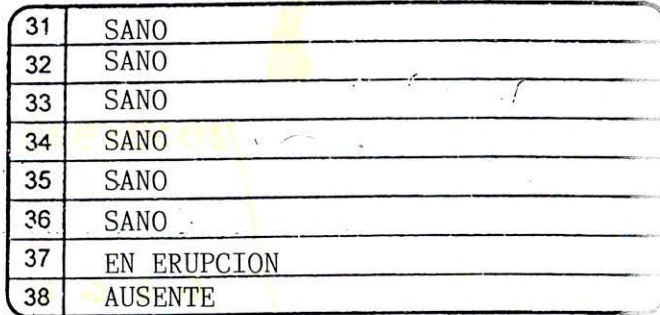
Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival



Sondaje inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel inserción
Recesión
Línea Mucogingival
Furcaciones



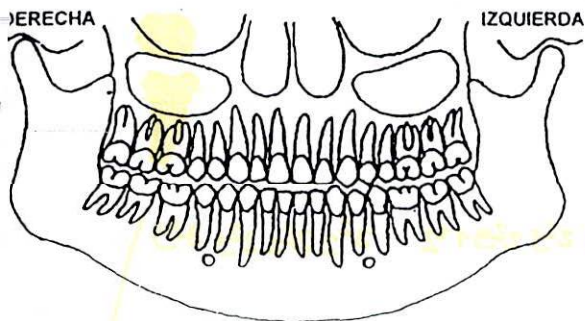
28	AUSENTE
27	SANO
26	CARIES PALATINA
25	SANO
24	SANO
23	CON ERUPCION 23 TEMPORAL RETENIDOS
22	SANO
21	SANO



VI - EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN RADIOGRÁFICO

PANORÁMICA	2	2	2	2	2	PERIAPICALES	X	2	CORONALES	2	2	OCLUSALES	2	OTRAS	2
------------	---	---	---	---	---	--------------	---	---	-----------	---	---	-----------	---	-------	---

[illegible]

C.I.

H.C.

VI B - EXÁMENES DE LABORATORIO

LABORATORIO CLÍNICO (EXÁMENES SOLICITADOS Y RESULTADOS)

LABORATORIO HISPATOLÓGICO

BIOPSIA

☐

CITOLOGÍA

☐

REGIÓN

DIAGNÓSTICO

VI C - EXAMEN DE MODELOS ARTICULADOS

AJUSTE DEL ARTICULADOR: GUÍA CONDILAR LATERAL DERECHA

IZQUIERDA

GUÍA CONDILAR VERTICAL DERECHA

IZQUIERDA

VISTO BUENO DEL DOCENTE

HALLAZGOS IMPORTANTES EN
EL ESTUDIO DE MODELOS

VII - DIAGNÓSTICO

	DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	ETIOLOGÍA	PRONÓSTICO
GENERALES	PACIENTE SANO	---	---
CRANEOMANDIBULARES	DESVIACION CONFLUENTE	over TET Aumentado	BUENO
ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEO	PACIENTE SANO	---	---
PERIODONTALES	Gingivitis asociada a PB	MALA HIGIENE APIÑAMIENTO	BUENO
DENTALES	Ateración en la erupción caries en 26 y 16 apiñamientos	Hipoplasia del esmalte	Bueno
ENDODÓNTICOS	ACTIVA NINGUNO	----	Bueno

VIII - PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL	TRATAMIENTO A REALIZAR
1. PERIODONCIA TERAPIA BASICA	TERAPIA BASICA
2. CIRUGÍA EXODONCIA DEL 63,18,28,38,48,14,24	EXODONCIA del 63,18,28,38,48,14,24,
3. ENDODONCIA NO REQUIERE	NO REQUIERE
4. OPERATORIA RESINA PALATINA	RESINA PALATINA 16,26
5. PROSTODONCIA NO REQUIERE	NO REQUIERE
6. MANTENIMIENTO TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE	TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE

IX - SECUENCIA PLAN DE TRATAMIENTO

[illegible]

SECUENCIA PLAN DE TRATAMIENTO (EVOLUCIÓN)

[illegible]

CAPITULO II

EXAMEN CLINICO

ESTUDIO DE MODELOS

EXAMEN RADIOLOGICO

ESTUDIO DE LOS MODELOS

Para realizar un estudio de los modelos necesitamos realizar una excelente impresión al paciente y vaciarla con escayola piedra. Los objetivos del estudio de los modelos son:

- 1) Relación entre las arcadas dentarias en oclusión.
- 2) Análisis individual de las arcadas.
- 3) Análisis de las malposiciones dentarias individuales.
- 4) Análisis de la discrepancia óseo-dentaria.

Relación entre las Arcadas Dentarias en Oclusión.

En sentido anteroposterior:

En el sector lateral: valoraremos si el paciente tiene una Clase I, Clase II o Clase III de Angle utilizaba como referencia en su clasificación de las maloclusiones el primer molar superior porque consideraba que permanecía invariable y el que cambiaba era el inferior. Entonces:

- Clase I (normal): la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plan vestibular del primer molar inferior permanente.

- Clase II: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está por delante del plano del vestibular del primer molar inferior permanente. Dentro de esta existen dos tipos y se distinguen la posición de los incisivos:
 - División 1: los incisivos están protegidos y está aumentado el resalte.
 - División 2: los incisivos centrales están retroinclinados y los laterales están en marcada inclinación vestibular.
- Clase III: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está por detrás del plano vestibular del primer molar inferior permanente.

En el sector anterior: valoraremos distintos factores:

Resalte: es la distancia en mm en línea recta que hay entre el borde incisal del incisivo que da hacia fuera (generalmente incisivos centrales) a la cara vestibular de los incisivos inferiores de varios tipos:

Normal: 1-2 mm

Leve: 3 mm

Moderado: 4-5 mm

Acentuado: a partir de 5 mm

Puede ocurrir que los dientes inferiores estén por delante de los superiores, entonces decimos que el resalte es negativo o que está invertido.

En sentido transversal:

En el sector lateral: pueden verse varias situaciones:

Mordida cruzada: hablamos de mordida cruzada cuando las cúspides de premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores. Puede ser unilateral o bilateral.

Mordida en tijera: hablamos de mordida en tijera cuando la arcada superior cubre completamente la arcada inferior. Se suele corresponder con un micrognatismo mandíbular.

En el sector anterior

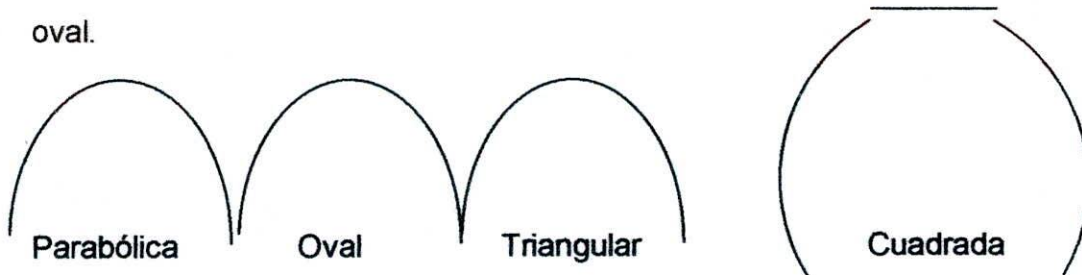
Evaluación de la línea media: puede estar centrada, si coinciden las líneas medias de los incisivos y desviada. En este último caso existen varios tipos:

- De carácter óseo: la desviación se produce sólo al abrir la boca.
- De carácter dentario: la desviación se mantiene tanto al abrir como al cerrar la boca.
- De carácter funcional: la desviación se produce sólo al cerrar la boca.

ANÁLISIS INDIVIDUAL DE LAS ARCADAS.

Valoraremos los siguientes factores:

- a) *Forma de la arcada*: existen cuatro tipos y la más habitual es la configuración oval.



- b) *Relación con el hueso basal*: puede ser de dos tipos: base apical buena o base apical excelente.

- c) *En sentido transversal valoraremos si existe*:

Comprensión: que puede ser unilateral (asimétrica) o bilateral (simétrica). La forma de comparar o medir la distancia desde los primeros molares superiores a la línea media del paladar y ver las medidas.

Dilatación.

- d) *En sentido anteroposterior observaremos si hay*:

Leve: 1-2 mm

Moderada: 3-4 mm

Acentuada: más de 4 mm

ANÁLISIS DE LAS MALPOSICIONES DENTARIAS INDIVIDUALES

Alteración del número.

- Dientes supernumerarios.
- Pérdida de dientes.
- Agenesias.

- Dientes incluidos.

Alteración en la erupción.

- Retraso en la erupción.
- Adelanto en la erupción.

Alteración en la forma.

- Bigeminación: una pieza dentaria intenta dividirse en dos.
- Diente cónico: diente con aspecto de grano de arroz.
- Pieza sin o con dos tubérculos de Carabelli.
- Premolar molarizado: el premolar presenta un aspecto alargado mesiodistalmente y comprimido en sentido vestibulolingual.

Alteraciones de tamaño.

- Macrodoncia.
- Microdoncia.

Alteraciones en sentido vertical.

- Diente extruido: aquel que sobrepasa el plano oclusal.
- Diente intruido: aquel que no llega al plano oclusal.
- Diente impactado: tampoco llegan al plano oclusal porque no pueden conseguir erupcionar.

Alteraciones en sentido vestibulo-lingual.

- Vestibulización.
- Lingualización.

Alteración en sentido antero-posterior.

- Mesialización.
- Distalización.

Rotaciones.

- Rotación: este término se refiere sólo a los primeros molares permanentes porque rotan siempre.
- Mesio-vestíbulo rotación.
- Mesio-linguo rotación.

A: de mesial de primer molar a mesial del canino.

B: del mesial del canino a mesial del incisivo central.

C: de mesial del incisivo central contralateral a mesial del canino.

D: de mesial del canino a mesial del primer molar.

Una vez medidos los cuatro sectores se suman todas las cifras y obtendremos el espacio real.

El tamaño dental es la suma del tamaño mesiodistal de cada pieza dentaria. En el caso de la dentición permanente erupcionada se mide desde uno de los puntos de contacto con el otro. Si algún diente, dentición mixta 2ª fase, le damos el valor del equivalente contralateral. Si faltan más piezas se calcula por medio de una fórmula:

- 1) Medimos tamaño mesiodistal de cualquier diente en el modelo (TM_1).
- 2) Medimos el tamaño del mismo diente en la radiografía (TR_1).
- 3) Medimos el tamaño del diente que falta en la radiografía (TR_2).
- 4) Hacemos una regla de tres:

$$TM_1$$
$$TR_1$$
$$X$$
$$TR_2$$

Donde X es el tamaño
del diente que falta.

En el caso de que falte un sector completo, dentición mixta 1ª fase, utilizaremos las tablas. Para ello necesitamos saber el tamaño dentario de los cuatro incisivos inferiores. Una vez hallemos este valor vamos a las tablas y obtendremos los demás valores.

Finalmente una vez hecha la diferencia se pueden dar tres casos:

- Si la discrepancia óseo-dentaria es negativa, nos faltará sitio para todos los dientes.
- Si la discrepancia óseo-dentaria es igual a 0, tenemos el sitio justo para colocar las piezas dentarias.
- Si la discrepancia óseo-dentaria es positiva, nos sobrá sitio para colocar todas las piezas.

Para aumentar el espacio en el caso de que la discrepancia sea negativa podemos:

- Protruír el sector anterior.
- Comprimir la arcada.
- Aumentar el tamaño mesiodistal de los dientes.
- Retruír el sector anterior.

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

Radiografía periapicales.

- Zonas de molares superiores izquierdos.
18 incluido (Posición Distoangular profunda)
17 Diente aparentemente sano.
16 Diente sano.

Presentan continuidad del ligamento periodontal.

Se observa la U del malar.

Piso del seno maxilar

Espacio del seno maxilar.

- Zona de premolares superiores izquierda.

15 sano se observa un ligero ensanchamiento.

14 sano ligamento periodontal.

- Zona de caninos laterales superiores izquierdos.

13 sano: espacio de las fosas nasales.

12 sano: sutura intermaxilar.

- Zona anteriores superiores.

Se observa la espina nasal anterior.

11 sano, se observa continuidad del ligamento anterior periodontal, espacio de las fosas nasales

21 sano, se observa continuidad del ligamento periodontal, sutura intermaxilar.

- Zona de caninos superiores derechos y lateral.

22 sano, estructuras anatómicas normales.

23 sano, superposición del temporal 63.

- Zona de premolares derechos.

24 sano con continuidad del ligamento periodontal.

25 sano con continuidad del ligamento periodontal.

- Zona de molares superiores derechos.

26 sano.

27 sano.

28 incluido, se observa la U del malar (posición distoangular profunda).

- Zona de molares inferiores izquierdos.

48 incluido, halo radio-opaco (posición mesioangular).

47 sano, con área radio lúcida en el ápice.

46 sano, con ligero ensanchamiento del ligamento periodontal.

- Zona de premolares inferiores izquierdos:

45 sano con ligero ensanchamiento del ligamento.

44 sano.

- Zona de caninos y laterales izquierdos.

43 diente aparentemente sano con ligero ensanchamiento inferiores del ligamento periodontal

42 diente aparentemente sano con ligero ensanchamiento inferiores del ligamento periodontal

- Zona de lateral y canino derecho.

32 presenta una zona radio lúcida en la parte distal de la raíz, se sospecha la presencia de cálculo.

33 diente sano.

- Zona de premolares inferiores derechos.

34 diente sano.

35 diente sano con ligero ensanchamiento del ligamento periodontal.

- Zona de molares inferiores derechos.

36 sano.

37 sano.

38 incluido (posición mesioangular).

ANÁLISIS DE LA RADIOGRAFIA PANORAMICA

- 1) REGIÓN NASOMAXILAR: Que comprende arco cigomático, seno maxilar, tabique nasal, cornetes nasales, paladar duro, espina nasal anterior.
- 2) REGIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDÍBULAR: Comprende: conducto mandíbular, fosa temporal, apófisis coronoides, región pterigoides, tuberosidad del maxilar, cóndilo, escotadura sigmoidea.
- 3) REGIÓN MANDÍBULAR: comprende: cuerpo y rama mandíbular, sínfisis, orificios mentonianos, espacio del conducto mandíbular, ángulo mandíbular.
- 4) DIENTES SUPERIORES: 18: Incluido.
Estado de nola 6. Posición distoangular.
23: Posición ectópica.
63: Se encuentra en reabsorción radicular.
28: Incluido estado de nola 6. Posición distoangular.

- 5) DIENTES INFERIORES:
- 38: Estado de nola 5.
Posición mesioangular (afectando el 37).
Incluido.
- Puede llegar a presentar reabsorción patológica del diente adyacente (37).
- 48: Estado de nola 5.
Posición mesioangular.
- Puede llegar a presentar reabsorción patológica del diente adyacente (47).

ANÁLISIS DE MODELOS

TIPO DE DENTICIÓN

Temporal ☐

Mixta ☐

Temprana ☐

Intermedia ☐

Tardía ☐

Permanente ☒

LINEA DE MEDIA

Coincide

Si ☒

No ☐

FORMA DE ARCO

Superior

Oval ☐

Cuadrado ☒

Triangular ☐

Desviación

	SUP	INF
Izq.	—	—
Der.	—	—

Inferior

Oval ☒

Cuadrado ☐

Triangular ☐

ANÁLISIS ANTEROPOSTERIOR

Clasificación

Molar (Angle)

	I	II	III
D		X	
L		X	
D		X	
L		X	

Canina

Plano Terminal Molar

Temporal

Recto ☒

Escalón mesial ☒

Escalón distal ☒

Sobremordida Horizontal

Normal ☒ Valor Ple 3 mm

Aumentada ☒

Borde – Borde ☒

Cruzada anterior ☒

ANÁLISIS TRANSVERSAL

MAYORAL

Sim asim BOGUE

14-24 35mm ____ de Rale a 14 ____ mm de Rale a 24 ____ mm ☐ ☐ 55-65 30mm ____ mm
15-25 41mm ____ de Rale a 15 ____ mm de Rale a 25 ____ mm ☐ ☐
16-26 47mm ____ de Rale a 16 ____ mm de Rale a 26 ____ mm ☐ ☐

MORDIDA BORDE-BORDE POSTERIOR No ☒ Si ☐ _____

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR No ☒ Si ☐ _____

MORDIDA EN TIJERA No ☒ Si ☐ _____

Micrognatisomo No

Macrognatismo No

ANÁLISIS VERTICAL Sobremordida Vertical ____% Normal ☐

Mordida Abierta No Mordida Profunda No

ANÁLISIS DE ESPACIO

Espacio Disponible ____ mm Espacio Requerido ____ mm Diferencia ____ mm Superior

Espacio Disponible ____ mm Espacio Requerido ____ mm Diferencia ____ mm Inferior

Arco incisivo 32mm ____ mm Macrodoncia Microdoncia ☐ Normal ☐

Relaciones:

11 dv, 13 dv, 21 dv, 25 mv, 41 mv, 42 mv, 46 dl.

Gresiones:

no Presenta

Versiones:

23 v

362

Curva de Spee: Leve _____ Moderada ☒ Severa _____

Diagnóstico de Modelos

Sagital o anteroposterior

Sector lateral: clase angle II Div 1, clase II canina

Sector anterior: Resalte 4mm moderado.

Vertical

Paciente Sano

Transversal

Paciente Sano

De espacios

Otros diagnósticos

Apinamiento moderado en superiores anteriores

Apinamiento leve en inferiores anteriores

ANÁLISIS FACIAL – FOTOMETRIA

El análisis de la estética facial se puede realizar en tres formas:

- 1) Clínico.
- 2) Fotográfico: con fotografías de perfil y de frente.
- 3) Radiográfico: con radiografía cefalométrica o de tejidos blandos.

El análisis de la estética facial se hace con el objetivo de lograr una armonía facial, al terminar un tratamiento ortodóntico, quirúrgico u ortodonto-quirúrgico.

FACTORES A TENER EN CUENTA PARA ANÁLISIS FACIAL

- 1) Edad: Infancia, adolescente, adulto, vejez.
- 2) Sexo M y F.
- 3) Tipo de cara y posición: Clasificación de Baver (1979).

- Cara cerebral.
- Cara respiratoria.
- Cara digestiva.
- Cara muscular.

Clasificación de Powel (1984).

- Cara redonda.
- Cara ovalada.

- Cara cuadrada.
- Cara en diamante.

Clasificación según su posición.

- Normal.
- Prominente.
- Hundida.

4) Tipo de cuerpo.

- Asténico.
- Energía.
- Pícnico.

5) Cabello.

6) Raza.

EVALUACIÓN DE LA ESTETICA FACIAL.

Para evaluar adecuadamente la estética facial se deben cumplir con una serie de requisitos:

- El paciente debe estar de pie.
- Posición relajada.
- Plano de Francfort paralelo al piso.
- En oclusión.
- Labios en reposo.
- Orejas destapadas.

ANÁLISIS FRONTAL.

- Puntos faciales para el análisis:
 - Glabella.
 - Nasión.
 - Subnasal.
 - Interlabial.
 - Stomión inferior.
 - Stomión superior.
- Planos de referencia:
 - 1) Bipupilar: se traza un plano que una las dos pupilas.
 - 2) Perpendicular a bipupilar.

Teniendo el paciente de frente se analizan:

- 1) Simetría: línea bipupilar y perpendicular por Nasión.
- 2) Equilibrio de tercios: superior, medio, inferior.
- 3) Ojos: se pueden clasificar por: tamaño, posición, forma, color.
 - Distancias interoculares:
 - Distancia interpupilar: 6,5cm o equivalente a la distancia entre nasión y subnasal.
 - Distancia intercantos: 3,5cm o igual a la medida de un ojo.
 - Distancia cantos externos: 10,5cm o equivalente a la medida de tres ojos.
- 4) Nariz:
 - Rotación: normal, desviada a la derecha o a la izquierda.

- Ancho de la base nasal: debe ser igual al espacio entre los cantos internos parpebrales.

5) Labio: - Límites.

- Longitud.

- Proporción: la proporción del labio superior-inferior debe ser 1:2.

- Ancho: las comisuras deben coincidir con una tangente al limbo medial del ojo.

6) Sonrisa: debe exponer entre 1mm del borde incisal superior y hasta 1mm por arriba de borde gingival.

- Sonrisa oculta.

- Sonrisa gingival.

- Sonrisa producida por crecimiento vertical exasivo del maxilar superior en la parte anterior.

7) Mentón: más ancho en hombres, más delgado en mujeres.

ANÁLISIS DE PERFIL:

Se analizan:

1) Equilibrio de tercios: superior, medio, inferior.

2) Perfil: ángulo de conveniencia facial: línea de glabella a subnasal y otra de frete.

3) Frente: prominente, plana, en declive.

4) Ángulo nasofrontal.

5) Nariz: longitud, proyección.

6) Ángulo nasolabial.

7) Labios: línea estética de ricketts: normal, proquelia, retroquelia.

8) Surco mentolabial: normal, aumentado, disminuido.

9) Mentón: normal, progenie, retrogenie.

RETENCIÓN PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES:

La permanencia de piezas temporales en boca y la falta de su exfoliación puede ser debida a varias causas:

- Agenesia de la pieza permanente
- Anquilosis de la pieza temporal
- Erupción ectópica de la pieza permanente por mal posición del germen.
- Traumatismo del temporal
- La agenesia de una pieza permanente comparte la falta de rizolisis fisiológica de la pieza temporal pudiendo mantenerse esta toda la vida.
- La pieza temporal puede o no presentar sintomalogía, cambiar de color debido a las necrosis pulpar, uniéndose al hueso alveolar.
- La pieza permanente es incapaz de producir la rizolisis y erupciona de forma ectópica



- La mal posición del germen dentario intraoseo y por consiguiente la formación de la pieza dentaria fuera de su lugar, puede dar una erupción ectópica de este y por ella la falta de exfoliación de la pieza temporal



- Cuando hay falta de espacio, debido en general a la falta de crecimiento de los maxiliares, la erupción de las piezas dentarias al no tener espacio sufren una desviación y hacen una erupción ectópica de manera que se conservan las piezas temporales.



- Antes de realizar alguna exodoncia del diente temporal hay que valorar radiográficamente para observar que no exista agenesia dentaria del permanente o una inclusión que haga imposible que la pieza erupcione.

POSICIÓN Y VÍA DE ERUPCIÓN ANORMAL DEL CANINO:

Este proceso se diagnostica con frecuencia durante o al final del primer periodo de transición, mediante el uso de radiografía panorámica.

Se desconoce el motivo del fracaso de la erupción. Se considera que uno de los factores fundamentales es la discrepancia entre el crecimiento de los maxilares y el tamaño de la dentición.

No todas las anomalías exigen tratamiento pero si una observación prolongada.

En general, las anomalías de la vía de erupción se deben a posiciones anormales, aparentemente la vía de erupción dental depende de factores ambientales locales, como la presencia, ausencia, localización o estado periodontal de los dientes temporales. Otros obstáculos, como los pequeños odontomas, los residuos radiculares, el tejido cicatrizal de traumatomas o extracciones previas y la posición de dientes vecinos también modifican la erupción.

La corteza osea vestibular y lingual dirige, en principio, los dientes en erupción. En el área vestibular inferior los premolares tienden a erupcionar por la cara lingual, mientras que el maxilar es más frecuente la erupción vestibular. En general, los dientes que erupcionan en el paladar lo hacen tardíamente.

Algunos dientes permanentes con posiciones anómalas salen espontáneamente cuando se eliminan los obstáculos de la vía de erupción; otros permanecen impactados y exigen un tratamiento quirúrgico y ortodóntico.

Existen también situaciones en las que el propio mecanismo de erupción, se altera, por lo que los dientes, con una posición anormal quedan retenidos en los maxilares. A veces, se afecta todo un cuadrante.

Esta anomalía puede observarse con algún tipo de síndrome como disostosis cleidocraneal.

En caninos este trastorno es frecuente, los caninos y superiores se afectan 10 veces más que los inferiores.

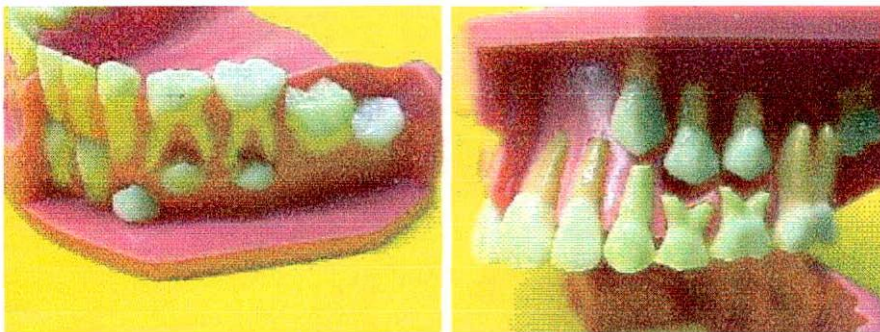
El tratamiento necesario es quirúrgico, ortodóntico o combinado.

La situación clínica intrabucal a nivel maxilar superior se caracteriza por:

1. Erupción tardía del canino permanente
2. Ausencia de palpación vestibular del canino directamente por fuera del orificio nasal.
3. Persistencia y ausencia de movilidad del canino temporal.
4. Tumefacción pura del paladar a la inspección y palpación.
5. Movilidad ocasional del incisivo lateral permanente.

Una recomendación clínica especial consiste en que la observación de la erupción de los caninos se debe iniciar por la palpación a una edad superior a los 10 años o una radiografía antes de los 11 años.

CRONOLOGÍA ERUPCIÓN DE TEMPORALES Y PERMANENTES



Superiores		Inferiores	
Pieza	Edad	Pieza	Edad
IC	7 ½ meses	IC	6 meses
IL	9 meses	IL	7 meses
1er M	14 meses	1er M	12 meses
C	18 meses	C	16 meses
2do M	24 meses	2do M	20 meses

CRONOLOGÍA ERUPCIÓN PERMANENTE

Superiores		Inferiores	
Pieza	Edad	Pieza	Edad
1er M	6 años	1er M	6 años
IC	7-8 años	IC	6-8 años
IL	8-9 años	IL	7-8 años
1er PM	10-11 años	C	9-10 años
2do PM	10-12 años	1er PM	10-12 años

CAPITULO III

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

DESORDEN CRANEOMANDÍBULAR:

APIÑAMIENTO: Tratar el apiñamiento en la dentición adulta joven es diferente a manejar el espacio en la dentición mixta. El manejo del espacio es controlar el desarrollo.

Apiñamiento Simple:

- **Definición:** Es la desarmonía que existe entre el tamaño de los dientes y espacio disponible para ellos.

Es un apiñamiento no complicado por rasgos funcionales esquemáticos, musculares y oclusales esta muy frecuentemente asociado con una relación molar clase I, aunque puede encontrarse en clase II.

Tratamiento: Su extracción: El plan de tratamiento consiste en elegir un aparato que logre los resultados que muestra el enfilado diagnóstico.

Los aparatos multiband de presión son los más usados en estos casos, mientras que las defensas labiales son auxiliares útiles, porque aumentan la longitud del arco y condicionan la musculatura labial.

Con extracción: El plan de tratamiento se ocupa primariamente a los dientes a extraer y de los movimientos dentarios necesarios para ubicar y cerrar cualquier espacio residual después de la alineación.

Apiñamiento Complejo:

Definición: Se trata del apiñamiento causado y complicado por desequilibrio esquelético, funcionamiento anormal de labios y lengua y/o disfunción oclusal, al igual que desarmonía entre los tamaños de los dientes y el espacio disponible.

Diagnóstico: El diagnóstico del apiñamiento complejo mismo es secundario al de la displasia esquelética. La reubicación dentaria requerida para camuflar la displasia esquelética, habitualmente agrava el apiñamiento complejo; por lo tanto, calcular primero los efectos del tratamiento de la displasia sobre el apiñamiento. El crecimiento esperado puede afectar adicionalmente el apiñamiento. El empleo de un objeto de tratamiento visuales muy útil para el diagnóstico y plan de tratamiento del apiñamiento complejo.

Tratamiento: El apiñamiento complejo no puede ser entendido por el estudio de los modelos solamente, por que es más que un problema de tamaño dentario – espacio disponible, y se puede empeorar por un tratamiento mal concebido. El no apreciar la importancia de la morfología esquelética en la etiología y tratamiento, es un error común.

Algunas maloclusiones típicas graves sugieren procedimientos particulares con extracción; por ejemplo, en la clase II tipo horizontal B, cuando el apiñamiento está todo en el arco inferior, puede ser ventajoso extraer los segundos molares superiores y dos premolares inferiores. En ninguna circunstancia deben ser extraídas los segundos molares, salvo que los terceros sean normales en tamaño y desarrollo.

Los segundos molares inferiores pueden ser considerados como extracción, solo cuando están muy mal ubicados y el desarrollo alveolar inadecuado niega su completa erupción.

Nunca ser indiferente respecto a la extracción de segundos molares inferiores. Aunque al principio puede parecer la elección más lógica para aliviar el apiñamiento, aún los terceros molares aparentemente bien ubicados pueden no erupcionar en posiciones satisfactorias después de las extracciones de los segundos. Por lo tanto, es necesario un subsiguiente periodo de tratamiento activo, con mucha frecuencia, la eliminación de los segundos molares inferiores ha sido una solución barata, rápida que deja al paciente con otro problema y otro tratamiento años después los terceros molares superiores son sorprendentemente cooperadores después de extracciones de los segundos, erupcionando a menudo en buena posición, pero los terceros molares inferiores responden de manera muy

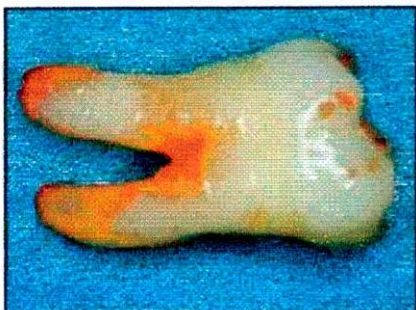
diferente y su conducta después de las extracciones de los segundos es actualmente, solo imperfectamente predecible.

Cualquiera sea la elección de extracción, debe ser seguida por movimientos dentarios controlados en forma precisa para cerrar los espacios, paralizar las raíces, adaptar los incisivos al perfil y definir una oclusión segura. Quien tome la decisión, es éticamente responsable de las secuelas.

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

¿Qué es un tercer molar?

Erupcionan en la mayoría de pacientes entre los 18 y 24 años. Algunos pacientes presentan un maxilar y mandíbula con suficiente espacio para que los terceros molares puedan erupcionar de forma fisiológica sin provocar algún problema pero hay otros pacientes que no presentan un espacio suficiente para que sus terceros molares erupcionen lo cual se denomina dientes "impactados" o "incluidos" (cubiertos total o parcialmente por encía).



¿Qué problemas puede provocar un tercer molar incluido?

Un tercer molar parcial o totalmente incluido puede provocar infecciones, un daño en los dientes vecinos como caries, quistes y muy rara vez tumores.

Clasificación de dientes superiores retenidos:

1. Retención mesioangular superior
2. Retención vertical superior
3. Retención distoangular superior

Clasificación dientes inferiores retenidos:

1. Retención mesioangular
2. Retención horizontal
3. Retención vertical
4. Retención Distoangular
5. Vestibuloversión
6. De nivel bajo
7. De nivel alto

Etiología:

- Causas sistémicas: Cuando hay un retraso en la erupción de varios dientes debe sospecharse de una causa sistémica.
- Causas prenatales: pueden ser genéticas o congénitas.

Genéticas: Los maxilares y la dentición pueden presentar una serie de trastornos hereditarios.

- Trastornos en el desarrollo del cráneo
- Trastornos en el desarrollo de los dientes (macrodoncia-supernumerarios).
- Trastornos en el desarrollo de los maxilares (micrognatia)

Congénitas: Debidas a patologías durante el embarazo (varicela, traumatismos)

- Causas postnatales: Son todas las causas que pueden influir en el recién nacido (Ej: anemia, malnutrición, TBC).

- Causas locales: son las más importantes.

- Irregularidad en la posición
- Aumento de la densidad del hueso circundante
- Inflamación crónica de largo tiempo de evolución de la mucosa oral de recubrimiento.
- Falta de espacio en la arcada
- Sobrerretención de la dentición temporal
- Pérdida prematura de la dentición temporal

INDICACIONES PARA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES

- Pericoronitis
- Patología dentaria del tercer molar
- Patología periodontal distal al segundo molar

- Reabsorción radicular de dientes adyacentes
- Patología folicular
- Manejo del dolor de causa inexplicable
- Consideraciones ortodónticas
- Prevención de fractura mandibular
- Previamente aun tratamiento protésico
- Previamente a radioterapia mandibular
- Factores sociales o económicos
- Pericoronitis: En el tercer molar semierupcionado, el espacio pericoronal es un receso en el que se acumulan restos alimenticios y proliferan bacterias, con el consiguiente desarrollo de un proceso inflamatorio, el cual puede ser el comienzo de un proceso infeccioso agudo de hueso o tejidos blandos vecinos.
- Caries de segundo o tercer molar: La retención de un molar parcialmente erupcionado a menudo provoca una zona de acumulo de alimentos que es difícil conservar, limpiar y que con el tiempo conlleva a la aparición de caries en la superficie oclusal del tercer molar y en la superficie distal del segundo molar.
- Patología periodontal distal al segundo molar: La presencia de terceros molares impactados y la dificultad del paciente para limpiar dicha área puede conducir a la aparición de patología periodontal en la región distal al segundo molar, lo cual puede justificar el 5% de las exodoncias de terceros molares.

- Rizolisis de piezas vecinas: Los terceros molares en erupción con disposición horizontal o mesioangular pueden producir resorción radicular del segundo molar.
- Patología folicular: El saco folicular de un tercer impactado puede presentar degeneración quística y formar un quiste dentígero. Puede también ser el origen de un tumor odontógeno siendo el más frecuente el ameloblasto.
- Consideraciones ortodónticas: Apiñamiento de incisivos inferiores.
- Consideraciones protésicas: conforme avanza la reabsorción de los huesos maxilares con la edentulismo, algunos dientes retenidos se hacen más superficiales y puede interferir en el ajuste de una prótesis total, causar dolor por caries o ulceración gingival e infección.
- Consideraciones en fracturas mandibulares: Un tercer molar inferior impactado ocupa un espacio que normalmente sería hueso, esto puede debilitar la mandíbula, haciendo que sea más susceptible a las fracturas.
- Tratamiento con radioterapia o quimioterapia: Antes de iniciar el tratamiento radioterápico en un paciente con una neoplasia de la cavidad oral, esta indicada la exodoncia en todo diente impactado siempre y cuando no este incluido en la lesión.
- Factores sociales y económicos: Es común evitar la cirugía oral en las edades extremas de la vida la mayoría de los terceros molares inferiores retenidos se extraen entre los 15 y 35 años de edad.

ESTUDIO PREOPERATORIO DEL TERCER MOLAR

El estudio preoperatorio de terceros molares es a la vez, un estudio clínico y radiográfico.

- Angulación
- Relación con la rama ascendente
- Profundidad de la impactación
- Ligamento periodontal
- Saco folicular
- Forma radicular
- Forma y tamaño de la corona
- Relación con el segundo molar
- Segundo molar
- Conducto alveolar inferior
- Textura ósea

Angulación: Si se compara el eje axial del tercer molar, la impactación podrá clasificarse como horizontal, mesioangular, vertical o distoangular.

Relación con la rama ascendente mandibular: Se valora el espacio existente entre la superficie distal de la corona del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente mandibular, comparándolo con el tamaño mesiodistal de la corona de la cordal. Cuanto menos sea este espacio mayor será la dificultad quirúrgica.

Profundidad de la impactación: Es un factor muy importante a valorar, se mide en relación con el plano oclusal de los demás dientes inferiores cuanto mayor sea la profundidad, mayor es la dificultad.

Ligamento periodontal: Si en el estudio radiológico se observa un ensanchamiento (pacientes jóvenes) la exodoncia es mas difícil si es inapreciable en la radiografía, la exodoncia será difícil.

Saco folicular: La presencia de un saco folicular amplio facilita la exodoncia.

Morfología radicular: Debe valorarse cada una de las raíces (número, tamaño forma y dirección y su conjunto (tamaño y forma). La presencia de raíces con líneas de retiro que se contraponen puede indicar la necesidad de dividir el diente. El momento ideal para exodoncia es cuando las raíces están formadas en 2/3 de su longitud.

Forma y tamaño de la corona: A pesar de que la forma de la corona del tercer molar retenido rara vez es motivo de dificultades durante la exodoncia, es más difícil extraer los dientes con coronas cuadradas grandes y cúspides prominentes.

Relación con el segundo molar: Es importante la proximidad al segundo molar, la existencia de hueso interpuesto, etc. si hay espacio entre terceros y segundos molares, la extracción será más fácil.

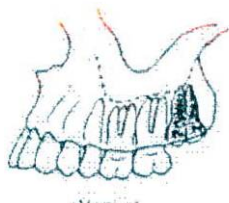
Canal alveolar inferior: Se debe saber diferenciar en el estudio radiológico la relación que mantiene el conducto dentario con las raíces de la cordal.

Textura Osea: La densidad ósea alrededor del diente orientará acerca de la mayor o menor dificultad de la exodoncia. Es más fácil determinar la densidad ósea a partir de la edad del paciente.

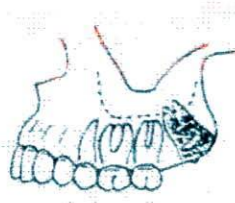
MOLARES SUPERIORES

- Mesioangular superior: Cuando el eje del molar retenido está dirigido hacia delante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

- Vertical: El eje mayor del 3er molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar, el diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.
- Disto angular: el eje del tercer molar esta dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.



Vertical



Distoangular



Mesioangular

Clasificación de los terceros molares maxilares

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN

La decisión para llevar a cabo una extracción debe basarse en la valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios potenciales las contraindicaciones básicas con las edades extremas, la salud del paciente y la lesión quirúrgica en dientes o estructuras vecinas.

Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular.

Clase I. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase II. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III. El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.

Profundidad relativa del tercer molar.

Posición A. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar.

TÉCNICA QUIRÚRGICA BÁSICA

1. Anestesia

Tercer molar superior. Anestesia troncular de los nervios alveolares superiores, entrando por vestíbulo a la altura del primer molar superior en dirección posterosuperior, y anestesia troncular del nervio palatino en el agujero palatino posterior.

Tercer molar inferior. Anestesia troncular del nervio dentario inferior y del nervio lingual, al nivel de la espina de Spix, y del nervio bucal largo en el fondo de vestíbulo lateral al segundo/tercer molar inferior.

2. Técnica quirúrgica

La técnica básica de exodoncia quirúrgica de terceros molares es común a todo los tipos de impactaciones, existiendo diferencias en el tipo de odontosección/ostectomía efectuada.

3. Colgajo mucoperióstico

Generalidades. El colgajo mucoperióstico debe ser de tamaño suficiente para garantizar un adecuado acceso y una visibilidad del campo quirúrgico, sin que su retracción forzada pueda originar desgarros mucosos. Puede tratarse de un colgajo envolvente o de un colgajo triangular con incisión de descarga hacia el fondo del vestíbulo. En este último caso, la incisión de descarga debe ser oblicua, de forma que la base del colgajo se amplia y no comprometa la vascularización de éste. La incisión a lo largo de todo su trazado debe hacerse con el bisturí incidiendo hasta hueso para conseguir un colgajo mucoperióstico de espesor completo. La prolongación anterior de la incisión garantiza, por una parte, acceso adecuado y, además, que el cierre sea sobre hueso sólido y no sobre el defecto óseo para evitar deshiccencias de la herida.

Tercer molar inferior. Se traza una incisión oblicua posteroanterior desde la cresta anterior de la rama ascendente mandíbular hasta la cara distal del segundo molar; en general puede hacerse la descarga vestibular a este nivel, en forma de incisión oblicua. En casos de gran proximidad entre el segundo y el tercer molar, la descarga debe practicarse por mesial del segundo molar. Si se prefiere un colgajo envolvente, entonces se continúa en la hendidura gingival anteriormente hasta la cara mesial del primer molar. Esta prolongación anterior de la incisión puede ser menor en función de la dificultad de la exodoncia y del hueso que será preciso eliminar.

Tercer molar superior. La incisión se extiende desde la superficie distal hasta el segundo molar anteriormente a nivel del surco gingival hasta distal del primer molar, con incisión de descarga a fondo de vestíbulo o sin ella. En la mayoría de los casos en que se utiliza una decisión de descarga es suficiente trazarla por mesial al segundo molar, mientras que en el caso de colgajo envolvente se prolonga hasta mesial al primer molar.

4. Eliminación ósea u ostectomía

Generalidades: La cantidad de hueso que debe eliminarse dependerá de la profundidad de la impactación, la angulación del diente y la disposición de las raíces. Debe eliminarse el hueso de las superficies oclusal, bucal y distal exponer la línea cervical. Es fundamental la eliminación del hueso vecino a la

cara mesial del tercer molar para facilitar la introducción del instrumental, y del hueso del triángulo retromolar para facilitar la vía de salida.

Tercer molar inferior. La secuencia de la ostectomía en la exodoncia quirúrgica de un tercer molar inferior será la siguiente: eliminación ósea en la superficie oclusal para exponer la corona, fresado de la cortical bucal hasta exponer la línea cervical, fresado de un surco por distal del diente para permitir la luxación posterior de éste, ligero fresado por mesial para proporcionar un punto de apoyo al elevador para dicha luxación.

Tercer molar superior. Debe eliminarse el hueso de la superficie bucal hasta la línea cervical para exponer la corona y, al nivel mesial, para proporcionar un punto de apoyo al elevador. No suele requerirse mayor osteotomía dada la naturaleza esponjosa, y por tanto elástica, del hueso en esta localización.

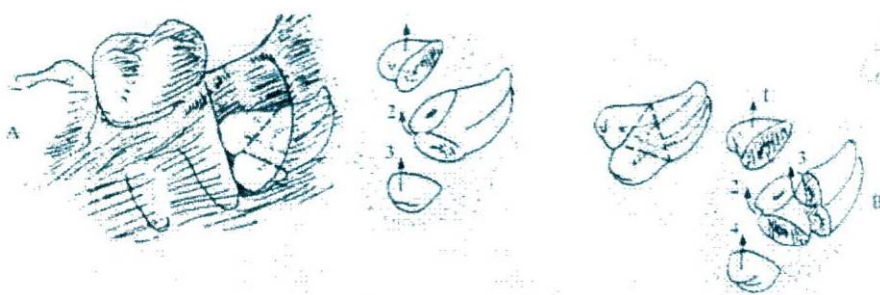
5. Odontosección

Generalidades. La dirección de sección del diente dependerá de la angulación del diente impactado como factor principal. En ningún caso durante la sección dentaria con la fresa debe llegarse hasta la superficie lingual del diente. Se hará una sección incompleta y se finalizará la odontosección insertando un elevador en la fisura y haciéndolo rotar hasta dividir el diente, para evitar así la lesión del nervio lingual.

a) Tercer molar inferior:

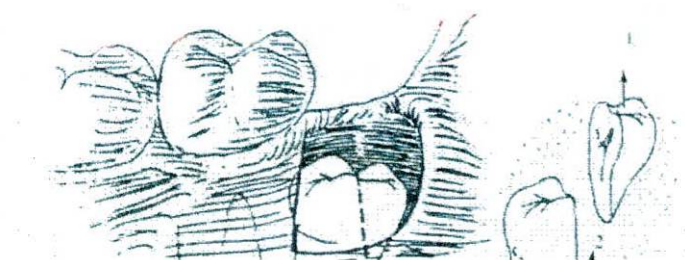
Mesioangular. En general, es un molar más fácil para exodoncia. Después de hacer la osteotomía, se secciona la corona haciendo un corte longitudinal en sentido coronoapical, que comienza en un punto intermedio de la superficie oclusal y se dirige hasta la furca en dientes con raíces divididas o hasta el punto más apical posible si las raíces están fusionadas. Se extrae primero el segmento distal y luego el resto del molar, insertando un elevador por mesial y luxando el diente hacia distal.

Horizontal. Es la siguiente extracción en cuanto a la dificultad que plantea. Se separa la corona de las raíces haciendo una sección en la línea cervical. Se extrae primero la corona y luego las raíces. En los casos de raíces divergentes se seccionan y se extraen por separado.



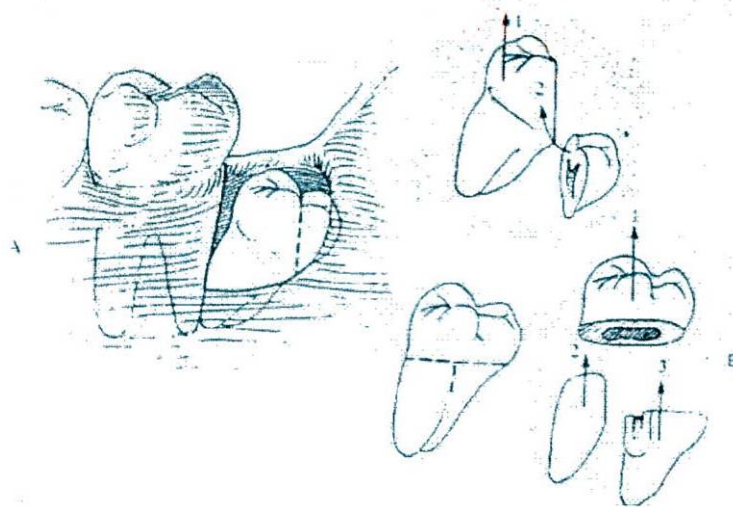
Técnica de Extirpación del tercer molar inferior horizontal

Vertical. A pesar de su aspecto inocente, son dientes de difícil extracción. El molar se secciona en dos segmentos, mesial y distal, que se extraen por separado. En el caso de raíces fusionadas se secciona el segmento distal de la corona, que se extrae y luego se luxa el resto distal, de modo similar a las impactaciones mesioangulares.



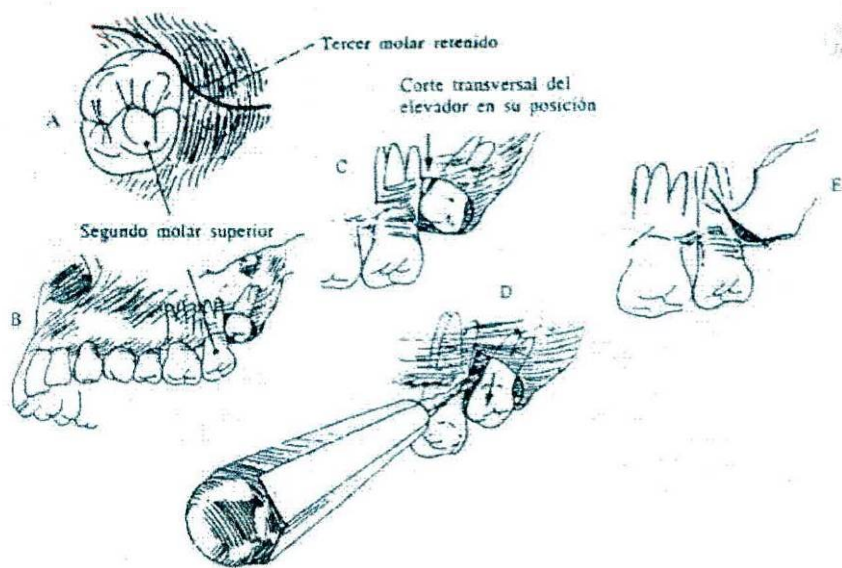
Técnica de extirpación de tercer molar inferior vertical

Distiangular. Es la impactación técnicamente más difícil de resolver. Tras una ostectomía amplia por distal, se practica una muesca en la superficie vestibular, en una posición apical al ecuador del diente. Se inserta un elevador en la ranura y se aplica un movimiento hacia distal. Si esta maniobra no permite una sección en la línea cervical y se extrae. Si las raíces están fusionadas se podrán elevar hacia el espacio previamente ocupado por la corona y retirar. Si son divergentes se seccionan y se extraen por separado.

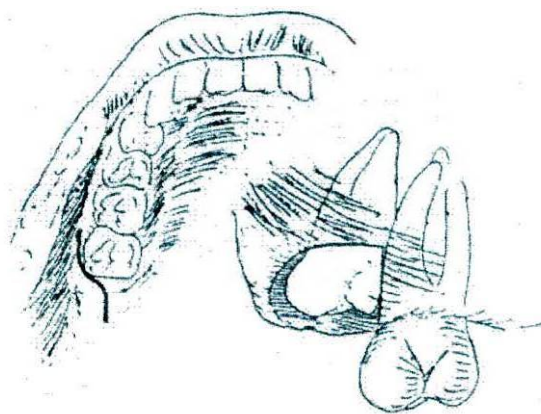


Técnica de extirpación de tercer molar inferior distoangular

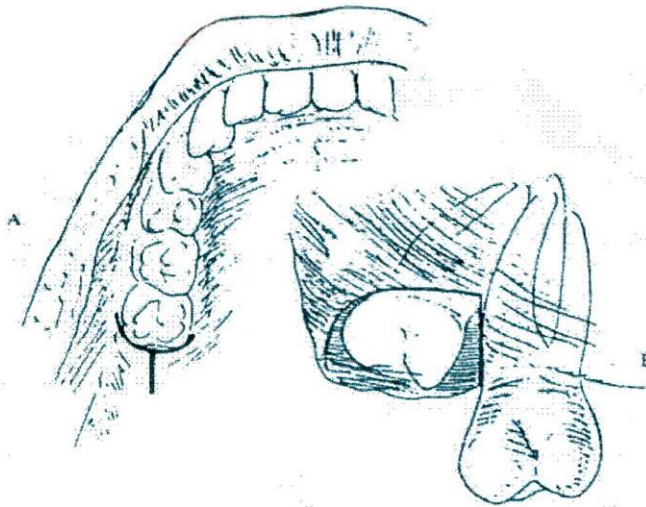
b. Tercer molar superior. El tercer molar superior rara veces requiere odontosección debido a la naturaleza esponjosa del hueso maxilar. En aquellos casos en los que por la posición del molar o la edad avanzada del paciente se prevea una mayor dificultad de extracción, es aconsejable efectuar una ostectomía más amplia. En cualquier caso, si finalmente se decide seccionar el diente, se aconseja que la línea de división no separe por completo la raíz de la corona, sino que se siga disponiendo de un punto de apoyo para su luxación.



Técnica de extirpación del tercer molar superior mesioangular



Técnica de extirpación del tercer molar superior vertical



Técnica de extirpación del tercer molar superior distoangular

6. Extracción del molar

Una vez efectuadas la ostectomía y odontosección, se retiran los distintos segmentos del diente mediante el uso de elevadores. Los movimientos de luxación para expansionar las corticales bucales y linguales son mínimos. No debe aplicarse excesiva fuerza con los elevadores por el riesgo de fracturar el tercer molar, el segundo molar, las corticales bucales o linguales o, incluso, la mandíbula.

7. Limpieza y sutura de la herida

Debe limpiarse el alveolo de todo resto de foliculo dentario y espículas óseas con un cuidadoso curetaje. Debe irrigarse con suero fisiológico, tanto el alveolo como debajo del colgajo mucoperióstico. Hay que regularizar los bordes óseos mediante fresado manual o con motor.

Se produce a la sutura para obtener un cierre primario de la herida. El primer punto se aplica inmediatamente por detrás del segundo molar, y los siguientes se colocan por detrás de éste; por delante se colocan a través de la papila por mesial al segundo molar y en la incisión de descarga. Suele usarse sutura de 3/0 o 4/0, no reabsorbible, como la seda, o bien reabsorbible, como el catgut.

COMPLICACIONES

La mejor forma de combatir las complicaciones es su prevención. No obstante, cuando a pesar de una planificación y un tratamiento correctos se producen complicaciones, es esencial llegar a un diagnóstico precoz, disponiendo de un arsenal terapéutico para su resolución.

El profesional debe conocer cuáles son sus limitaciones quirúrgicas. Un manejo satisfactorio del paciente justifica la consulta con el especialista para ahorrar al paciente una mala experiencia quirúrgica y una excesiva incidencia de complicaciones.

Complicaciones intraoperatorias.

Lesión de los tejidos blandos.

La laceración de los tejidos blandos ocurre fundamentalmente debido a: a) técnica poco cuidadosa, y b) uso de fuerza incontrolada.

Desgarro de la mucosa oral.

Es la primera lesión en frecuencia y suele deberse a un colgajo de insuficiente tamaño, que se estira por encima de su propia capacidad de estiramiento.

Prevención. Colgajos de tamaño adecuado, uso de pequeñas fuerzas de retracción sobre el colgajo.

Tratamiento. Reposición y suturas asociadas o no a eliminación de tejidos blandos con poca vitalidad.

Lesiones Punzantes

Uso de fuerza incontrolada en el empleo de elevadores, periostótomos, jeringas u otros instrumentos cortantes.

Prevención. Empleo de fuerza controlada recurriendo a la mano izquierda.

Tratamiento. Si se produce una hemorragia, se controlará mediante compresión. Se debe dejar que cicatrice por segunda intención. Estas lesiones no se deben suturar.

Abrasiones o quemaduras

Se deben al uso poco cuidadoso del material rotatorio y afecta principalmente el labio (comisuras) y la mucosa yugal. Ocasiona una lesión muy molesta que tarda 7-10 días en cicatrizar.

Prevención. Retracción de los tejidos blandos, digital o con separador metálico.

Tratamiento. Aplicación de vaselina o pomada antibiótica.

Lesión de las estructuras óseas

Fractura de la apófisis alveolar

Luxación-fractura de la cresta alveolar que rodea al diente exodonciado. Afecta a la lámina lingual mandibular si el tercer molar está en su vecindad y la cortical vestibular si la osteotomía de acceso ha sido insuficiente. Generalmente se debe al uso de excesiva fuerza y a una dirección inadecuada con los elevadores y/o escoplos.

Prevención. Estudio preoperatorio de las relaciones diente/hueso circundante; técnica quirúrgica delicada.

Tratamiento. Si el hueso está adherido al periostio, puede inmovilizarse mediante una sutura de la mucosa. Si está avulsionada, es aconsejable retirarla.

Fractura mandíbular

Complicación poco frecuente aunque conocida de la cirugía del tercer molar.

Predisposición. Atrofia mandíbular, osteoporosis, patología quística o tumoral, molar de largas raíces, anquilosis o técnica poco cuidadosa con uso de fuerza incontrolada.

Tratamiento. Se debe tratar de la forma habitual con reducción del foco, ferulización bimaxilar, osteosíntesis semirrígida o rígida y bloqueo intermaxilar, según los protocolos de cada centro.

Mecanismo. Raíces largas, tuberosidad muy neumatizada por seno maxilar, impactación mesioangular, fuerza excesiva.

Complicaciones. Hemorragia de la arteria palatina, comunicación oroantral, compromiso retentividad/estabilidad de la prótesis dentaria maxilar.

Tratamiento. Semejante al de otras fracturas alveolares.

Lesiones de otras Estructuras Vecinas

Lesiones nerviosas

La lesión nerviosa se produce exclusivamente tras la exodoncia de terceros molares inferiores. Aparece con una frecuencia variable entre el 0,65%, afectando en orden de frecuencia los nervios alveolar, lingual y bucal.

Etiología:

Relaciones anatómicas del molar con el nervio dentario inferior. Puede sospecharse si existe superposición de imágenes de ambos y si el molar ha perdido su cortical.

Banda de radiopacidad disminuida en las raíces del tercer molar, coincidiendo con el canal.

Interrupción de la continuada de la línea radiopaca de la cortical del canal mandibular al cruzar la raíz.

Apice radicular bífido y de radiopacidad disminuida

Estrechamiento de la banda radiolúcida del canal mandibular al cruzar las raíces del tercer molar.

Desviación del canal mandíbular al cruzar las raíces del tercer molar.

Fractura de la cortical lingual mandíbular

Sección accidental en odontosección

Incisión retromolar excesivamente lingualizada

Uso poco cuidadoso del separador lingual

Mala técnica quirúrgica: Especialmente en las lesiones del nervio lingual.

Infiltración de anestesia. Lesión de vasos perineurales con hemorragia alrededor de los fascículos nerviosos, que producen hematoma y fibrosis.

Predisposición. A causa de: a) impactación ósea total; b) impactación horizontal; c) empleo de instrumental rotatorio; d) ápices que sobrepasan el canal dentario; e) visualización del haz neurovascular; f) hemorragia durante la intervención y g) edad avanzada.

Clínica. Anestesia, parestesias o hiperpatía en labio, mentón o lengua según el nervio afectado.

Actitud terapéutica. Se produce la recuperación espontánea en el 96% de las lesiones del nervio dentario y en el 87% de las que afectan el nervio lingual. Esta recuperación ocurre antes de los 9 meses y es improbable después de los 2 años.

Tratamiento:

Tratamiento no quirúrgico. Esta modalidad terapéutica tiene tres metas básicas: soporte para favorecer la recuperación espontánea tras la lesión, como coadyuvante en microcirugía y como tratamiento único en casos quirúrgicamente intratables:

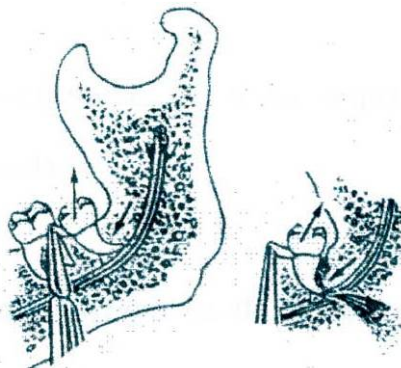
1. Fisioterapia: crioterapia, neuroestimulación eléctrica transcutánea, diatermia, etc.
2. Farmacoterapia: corticoides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), anestésicos locales, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.
3. Psicoterapia.

Tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico de una rama periférica del nervio trigémino este indicado en casos de pérdida de sensibilidad o aparición de sensaciones desagradables que no se resuelven tras un período razonable de tiempo y que no son aceptables para el paciente. Entre los procedimientos disponibles figuran:

1. Descompresión externa: eliminación de hueso, tejido fibroso, fragmentos radiculares, cuerpos extraños que provocan la compresión externa del nervio.
2. Neurólisis interna. Apertura del perineuro, identificación de fascículos nerviosos y eliminación del tejido cicatrizal circundante.
3. Extirpación de una neuroma
4. Neurrafia: sutura de los cabos nerviosos sin tensión. Puede ser un cierre directo o bien con interposición de un injerto nervioso (nervio sural o nervio auricular mayor).
5. Anastomosis nerviosas.

Lesiones vasculares: hemorragia

Patogenia. La hemorragia importante se debe generalmente al compromiso de la arteria alveolar inferior por un tercer molar que penetra en el conducto mandibular o a un conducto mandibular que pasa entre las raíces del cordal.



Lesión vascular durante la Exodoncia del tercer molar

Lesión vascular durante la exodoncia del tercer molar

Tratamiento. Proceder a la hemostasia:

1. Si se ha finalizado el exodoncia, taponar el alveolo con material hemostático reabsorbible o con cera de hueso y sutura de la encía.
2. Si no se ha finalizado la exodoncia, taponar con gasa durante 5-10 minutos y proseguir con la exodoncia cuando la hemostasia sea suficiente.

Complicaciones sinusales.

La exodoncia de los molares maxilares puede resultar en una comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar. Sus dos posibles secuelas son la sinusitis maxilar y la fístula oroantral crónica. El diente que con mayor frecuencia es desplazado hacia el antro es el tercer molar, seguido por el segundo premolar superior.

Predisposición. A causa de : a) raíces largas y divergentes y b) seno maxilar grande y neumatizado.

Prevención. Estudio radiográfico de la relación entre el seno maxilar y las raíces del molar. Si se sospecha una estrecha relación se practicará una exodoncia quirúrgica con odontosección evitando la aplicación de excesiva fuerza y el uso intempestivo de elevadores.

Síntomas. Consiste en: a) salida de líquidos de la boca hacia la nariz; b) epistaxis unilateral; c) alteración en la resonancia vocal ; d) incapacidad de soplar; e) exudado nasal mucopurulento y f) síntomas de sinusitis aguda/crónica.

Diagnóstico. Debe incluir: a) examen de las raíces del molar comprobando su integridad y la existencia de fragmentos óseos o tejido blando adherido; b) test de espiración nasal forzada (nose –blowing test): la compresión de las narinas seguida de la aplicación de presión con la boca abierta causa la salida de aire por la fístula, y c) radiografía periapical y oclusal, ortopantomagrafía, radiografía de senos.

Tratamiento:

Comunicación pequeña (<2 mm). Instrucciones al paciente.

Comunicación moderada (2-7 mm). Prevenir el desalojamiento del coágulo alveolar con sutura en 8 o en U. Está justificado el empleo de profilaxis antibiótica y un descongestionante nasal.

Comunicación grande (> 7 mm). Cierre quirúrgico con colgajo, generalmente de mucosa bucal, asociado a reducción de la altura de la cresta alveolar. También se debe prescribir medicación antibiótica y dar las instrucciones habituales.

Luxación mandibular

Mecanismo. Puede ocurrir al aplicar una fuerza excesiva durante la exodoncia de dientes mandibulares en pacientes con predisposición, por excesiva laxitud ligamentosa u otros motivos.

Clínica. Mordida abierta con protrusión mandibular.

Prevención. Esta complicación se evita sosteniendo debidamente con la mano la mandíbula y usando un rodillo de goma que el paciente muerde para contribuir a estabilizar la mandíbula durante la extracción.

Tratamiento. Reducción de la luxación mediante la maniobra de Nelaton.

Complicaciones en estructuras dentarias.

Lesión de dientes vecinos.

1. Fractura de una restauración o de un diente cariado al intentar luxar el diente con un elevador. Está justificado advertir al paciente de dicha eventualidad.
2. Luxación del segundo molar vecino al hacer palanca con el elevador sobre un tercer molar mesializado. Si se produce una necrosis pulpar, debe endodonciarse el diente para evitar la infección periapical resultante.
3. Lesión del segundo molar por acción directa de la fresa.
4. Lesión de los dientes de la arcada opuesta como resultado del uso de fuerza incontrolada.

5. Extracción del diente equivocado.

Lesión del tercer molar.

Fractura radicular. Es una complicación bastante frecuente. Los dientes con raíces largas, finas, curvadas y divergentes tienen un alto riesgo de fracturarse. Casi siempre es el resultado de una escasa osteotomía.

Desplazamiento a espacios vecinos.

Una de las posibles complicaciones de la exodoncia de terceros molares es el desplazamiento de éstos o de algún fragmento radicular a espacios vecinos.

Tercer molar superior

El tercer molar superior puede desplazarse al seno maxilar o, más posteriormente, a espacio infratemporal al hacer una elevación en dirección incorrecta, en particular si la pared antral es fina o la tuberosidad es frágil.

Seno maxilar. Es el desplazamiento a espacios vecinos más frecuente. Debe valorarse el tamaño del fragmento desplazado, la existencia de antecedente de pulpitis o infección periapical y la existencia o no de sinusitis crónica previa.

Tratamiento. Si el fragmento radicular desplazado es pequeño (2-3 mm) y no existe antecedente de infección odontógena ni sinusal, es improbable que origine problema alguno, por lo que debe dejarse en el seno maxilar. Intentar la

extracción puede producir más morbilidad que la abstención. Debe informarse al paciente.

Tercer molar inferior

El tercer molar inferior o alguno de sus ápices puede desplazarse al canal mandíbular o a los espacios cervicales.

Canal mandíbular. Si el canal mandíbular está en contacto con los ápices de un molar mandíbular, puede desplazarse un pequeño fragmento radicular dentro de dicho canal al intentar extraerlo ejerciendo una fuerza apical excesiva.

Espacio sublingual/submandíbular. El hueso cortical lingual se adelgaza en los sectores más posteriores de la boca. La aplicación de presión apical durante la extracción de un resto radicular puede favorecer su desplazamiento hacia estos espacios cervicales.

Tratamiento. Aplicación de presión digital inmediata sobre el tejido sublingual de la vecindad y recuperación de la raíz con elevadores adecuados. Si no se tiene éxito, se debe localizar con TC y recuperarlo con un procedimiento de colgajo.

Espacio pterigomaxilar. Desplazamiento posterior entre la rama ascendente mandíbular y el músculo pterigoideo interno.

Espacio parafaríngeo. Desplazamiento posterior entre el músculo pterigoideo interno y la pared lateral de la orofaringe.

Aspiración. Deglución.

La aspiración de un cuerpo extraño es una complicación a tener en cuenta en cirugía oral, especialmente en pacientes en posición supina y en aquellos sedados con reflejo nauseoso abolido o disminuido. Sin embargo, un objeto que caiga en la hipofaringe será con mayor frecuencia deglutido que aspirado.

En todos los casos debe efectuarse una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de aspiración asintomática.

Tratamiento:

1. Compresión abdominal sobre la apófisis xifoides, dirigido en sentido anteroposterior y ligeramente ascendente.

Complicaciones postoperatorias

Dolor

El dolor consecutivo a la extracción de dientes retenidos es más intenso en las primeras 4-8 horas. En condiciones normales, el dolor moderado a intenso no ha de durar más de 24-48 horas y no debe haber más que un ligero dolor o malestar después del tercer día. Si el dolor persiste más tiempo o se acentúa, hay que indicar al paciente que acuda para control. El dolor que dura más de

24 horas desde la extracción o que empieza a los 3 ó 5 días casi siempre se debe a una infección.

Edema

Es frecuente que en el postoperatorio ocurra tumefacción que culmina a las 24 ó 48 horas y empieza a ceder a partir del tercer día, aunque puede tardar una semana en desaparecer por completo. Es inevitable y suele ser proporcional al grado de traumatismo quirúrgico. La tumefacción que persiste después de la extracción, o que se inicia varios días después de la operación suele ser de causa infecciosa; se la puede distinguir del edema postoperatorio por la mayor temperatura cutánea, el mayor enrojecimiento y la presencia usual de fiebre.

Hemorragia secundaria

Concepto. Se entiende por hemorragia secundaria la que ocurre a los 3-5 días de la intervención. Suele deberse a la infección de la herida que ocasiona la disolución del coágulo o la erosión de vasos en el tejido de granulación. También puede estar causada por la disrupción mecánica del coágulo.

Tratamiento:

1. Estabilización del estado cardiocirculatorio del paciente.
2. Anestesia local adecuada (usando una solución anestésica con baja concentración de vasoconstrictor, porque aunque inicialmente se detenga el

sangrado, puede hacer que la hemorragia se repita cuando se produzca la vasodilatación secundaria).

3. Identificar si el origen de la hemorragia es gingival, óseo o ambos. Revisar la herida en busca de cuerpos extraños.

Osteítis alveolar

Concepto. La osteítis alveolar o “alveolo seco” es la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío. Es una de las complicaciones más comunes y desagradables de la cirugía de los terceros molares retenidos, dada la intensidad e irradiación del dolor.

Patogenia. Puede ocurrir independientemente de la técnica, la asepsia y la experiencia del cirujano. Se debe a la pérdida del coágulo sanguíneo de la cavidad alveolar, quedando las paredes de hueso desnudas y secundariamente infectadas. Entre los factores predisponentes destacan: traumatismo quirúrgico excesivo, isquemia, cuerpos extraños, tabaquismo o anticonceptivos.

Clínica. Los síntomas suelen comenzar al 3º . 5º día de la extracción y, si no se tratan, duran 7-14 días. Se observa un alveolo vacío, sin tejido de granulación. No suele existir supuración ni linfadenopatías, pero sí fetidez y un intenso dolor.

Prevención:

1. Empleo de colutorios antisépticos antes y después de la cirugía: soluciones yodadas, soluciones fenólicas, clorhexidina al 0,12%.
2. Aplicación tópica de antibióticos: tetraciclinas.

Infecciones:

Cuando la tumefacción postoperatoria no presenta indicios de remisión, aumenta o se inicia a los 3-5 días de la intervención, la causa suele ser infecciosa. La posición del tercer molar en una encrucijada anatómica de diferentes espacios aponeuróticos posibilita la diseminación de la infección, que pueda amenazar la vida al comprometer la vía aérea del paciente.

Etiología:

1. Patología oral previa, periodontal o periapical, o estado séptico general de la boca.
2. Técnica quirúrgica inadecuada.
3. Higiene oral deficiente en el postoperatorio

Clínica. Signos generales de infección asociados a manifestaciones locales variables según la localización del absceso: buccinador, pterigoideo interno, submaxilar, submentoniano, parafaríngeo, etc.

Tratamiento. Debridamiento quirúrgico asociado a antibióticoterapia.

Trismus

Es la limitación de la apertura bucal normal. Es un hecho frecuente en el postoperatorio. La causa más común es el espasmo muscular debido a la inflamación producida por el traumatismo operatorio. También el dolor postoperatorio puede acrecentar el espasmo y, por tanto, la limitación de la apertura bucal por vía refleja.

Otras causas de trismus son: infección, técnica de anestesia local incorrecta y lesión de la articulación temporomandibular.

Patología de la articulación temporomandibular

Durante la extracción de dientes mandibulares se puede ejercer una tensión considerable en la cápsula y los ligamentos de la articulación temporomandibular, que provoque dolor y limitación de los movimientos mandibulares en el postoperatorio.

Reacciones farmacológicas

Se producen en el postoperatorio inmediato como resultado de la administración de ciertas sustancias farmacológicas que, en determinados pacientes, actúan como estímulos antigénicos provocando una reacción alérgica de hipersensibilidad tipo I, en los pacientes sensibilizados. La manifestaciones menos severas de una reacción de hipersensibilidad tipo I son las lesiones dermatológicas (eritema, urticaria y angioedema). Aunque no

peligrosas por sí mismas, deben alertar de la posible aparición de manifestaciones más graves. Estas son el resultado del compromiso de las vías aéreas y del shock anafiláctico, ambas urgencias vitales.

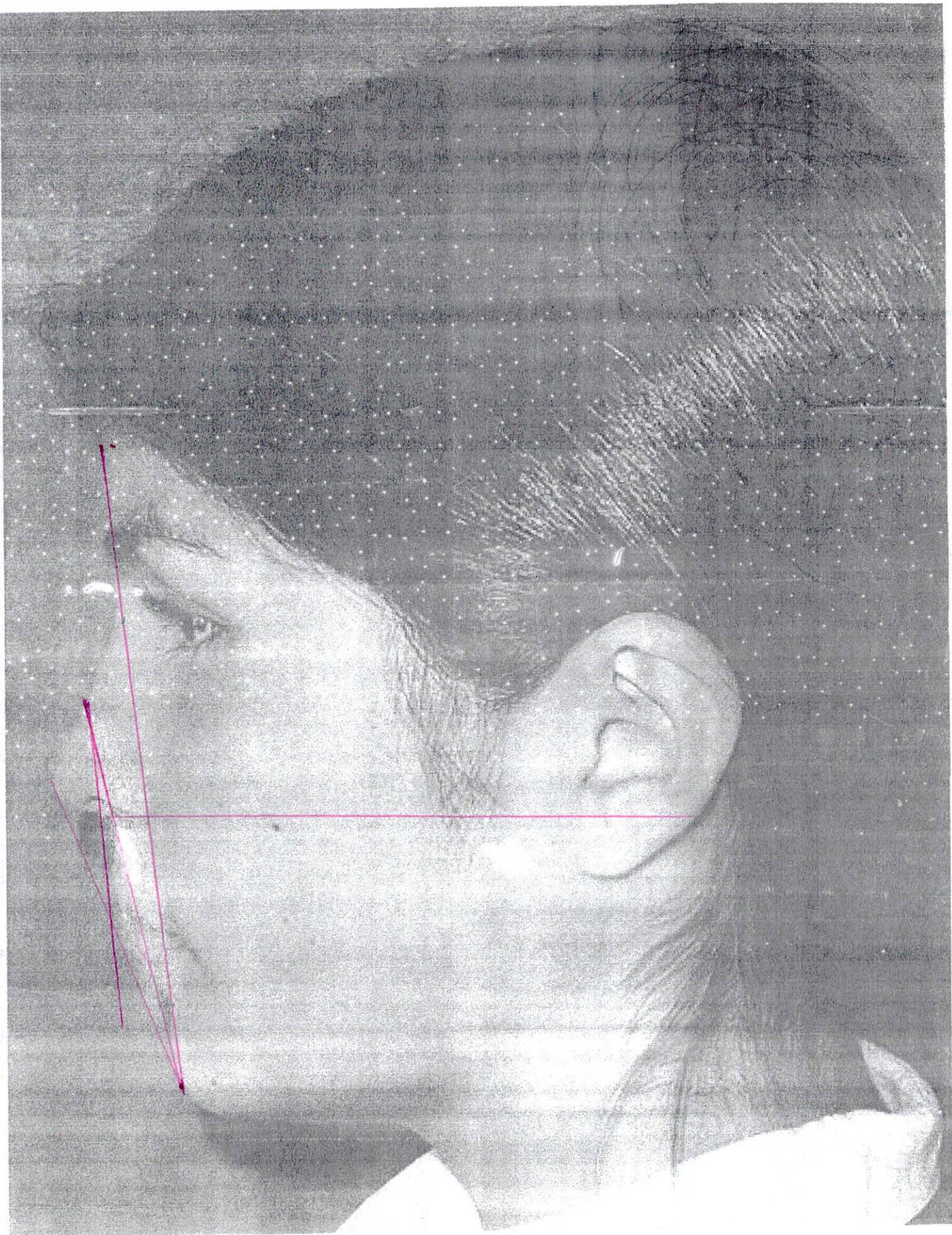
CAPITULO IV

ANEXOS











CONCLUSIONES

Al realizar este caso clínico con las diferentes interconsultas de ortodoncia, cirugía se pudieron dar diferentes diagnósticos oportunos para poder dar un plan de tratamiento ideal al paciente mejorando aquellos aspectos como son la estética y correcta posición dentaria evitando posteriores consecuencias como son el apiñamiento, focos infecciosos y mal oclusiones dentarias.

BIBLIOGRAFIA

RIES, GUILLERMO. Texto de Cirugía Bucal. Editorial el Ateneo. Octava Edición 1980.

KRUGER, GUSTAV. Texto "Cirugía Buco-maxilo Facial", Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1982.

MOYERS, ROBERT. "Manual de Ortodoncia", Editorial Medica Panamericana. Cuarta Edición. Buenos Aires 1998.

BRAHAN, RAYMOND Y Col. Texto Odontología Pediátrica". Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires 1987.

DUTERLOO, HERMANS. Atlas de la Dentición Infantil, Diagnostico Ortodontico y Radiología panorámica. Editorial la Borja. Barcelona 1992.

A\\ortodoncia,www_dentinator_net_html

A\\Odontocat EspecialidadesOdontopediatria.htm

A\\Odontocat. Cronología de la erupción.htm