

**CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS Y EXPANSION RAPIDA DE MAXILAR**

**CLAUDIA LILIANA ACEVEDO
FERNANDO HOYOS BONILLA
JOSE PLINIO CARVAJAL
CARLOS ANDRES PINZON
LEONITH SÁNCHEZ HERRERA**

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C. SEPTIEMBRE DE 2002**

**CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS Y EXPANSION RAPIDA DE MAXILAR**

PRESENTADO POR:

CLAUDIA LILIANA ACEVEDO	COD: 991304
FERNANDO HOYOS BONILLA	COD: 981227
JOSE PLINIO CARVAJAL	COD: 991307
CARLOS ANDRES PINZON	COD: 981225
LEONITH SÁNCHEZ HERRERA	COD: 981249

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C. SEPTIEMBRE DE 2002**

INTRODUCCIÓN

Con la presentación de este caso clínico buscamos integrar las diferentes áreas de la odontología para estudiar todos los diagnósticos que presenta la paciente y así, gracias a las interconsultas y los conocimientos teóricos y científicos de los estudiantes, planear las diferentes y posibles opciones de tratamiento, para de esta forma poder sustentar el procedimiento ideal a realizar.

Este tipo de trabajos son muy importantes ya que permiten a los estudiantes enriquecer nuestros conocimientos y poner en practica todos los conocimientos adquiridos durante la carrera.

OBJETIVOS

- ❖ Identificar los diagnósticos que presenta el paciente cuando acude a la consulta odontológica.
- ❖ Realizar un examen clínico completo para poder complementar la investigación
- ❖ Actualizar los procedimientos quirúrgicos para pensar en aplicarlos en los pacientes.
- ❖ Dar a conocer diferentes tratamientos reales que integren todas las especialidades de la odontología.

CONCLUSIONES

- ❖ Para lograr un tratamiento ideal es necesario realizar una correcta anamnesis y un excelente diligenciamiento de historia clínica.
- ❖ Manejar los pacientes integralmente realizando las interconsultas que sean requeridas.
- ❖ Realizar una adecuada documentación y actualización de los procedimientos quirúrgicos al momento de atender al paciente.
- ❖ El trauma y complicaciones en la cirugía de terceros molares incluidos está directamente relacionada con la experiencia y habilidad del cirujano.
- ❖ Al realizar las cirugías en condiciones de asepsia y antisepsia óptimas sin trauma exagerado y sin compromiso sistémico del paciente, no es necesaria la prescripción de antibióticos (Monaco y Col. 1998).
- ❖ La expansión rápida del maxilar se logra mediante la fuerza lateral aplicada a los molares posteriores creando separación de la sutura media palatina.

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE : ANGELA LILIANA PINZON
EDAD : 17 AÑOS
SEXO : FEMENINO
RAZA : BLANCA
ESTADO CIVIL : ESTUDIANTE GRADO 11
ULTIMA VISITA MEDICO : HACE 1 AÑO POR ALERGIA
ULTIMA VISITA ODONTO: HACE 6 MESES POR ODONTOLOGÍA
MOTIVO DE CONSULTA : SACARME LAS CORDALES

EXAMEN FISICIO

PESO : 56 KG
RH : O (+)
ESTATURA : 1.56 MTS.
TEMPERATURA : 36°. C
PRESION ARTERIAL : 125/70 mm/H9
FRECUENCIA CARDIADA: 75 PULSACIONES X MINUTO

ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR:

❖ (-)

HISTORIA MEDICA PERSONAL

❖ (-)

REVISIÓN POR SISTEMA

- ❖ Nervios: (-)
- ❖ Cardiovascular: (-)
- ❖ Respiratorio: (-)
- ❖ Endocrino: (-)
- ❖ Diente no erupcionado: es aquel que no ha perforado la mucosa para adquirir su posición normal en la arcada.
- ❖ Diente impactado: es aquel que se encuentra un obstáculo mecánico para su erupción.
- ❖ Diente incluido: es aquel que ha perdido su fuerza de erupción.
- ❖ Mal posición ectópica: Posición anormal del diente, pero cercano al lugar habitual
- ❖ Heterotopia: Posición anormal y alejado del sitio habitual.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

- ❖ Anestesia local: Sí, no presenta complicaciones
- ❖ Anestesia General: No
- ❖ Hemorragia Post exodoncia: No.

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

- ❖ Dolor músculos masticadores: (-)
- ❖ Dolor ATM : (-)
- ❖ Ruido ATM : (-)

- ❖ Alteraciones movimiento : (-)
- ❖ Desarmonías oclusales : (+)
- ❖ Hábitos : (-)
- ❖ Xerostomía : (-)
- ❖ Odontalgia : (-)
- ❖ Dolor tejidos blandos : (-)
- ❖ Sensibilidad dentaria : (-)
- ❖ Sangrado Gingival : (+)
- ❖ Halitosis : (-)

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

- ❖ Examen músculos masticadores:
 - (-)
- ❖ Examen articulación temporomandibular
 - (-)

EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES

- ❖ Apertura: 50 mm
- ❖ Protrución: 5 mm
- ❖ Lateralidad Izquierda: 4 mm
- ❖ Lateralidad Derecha: 4 mm

EXAMEN FACIAL

- ❖ Simetría facial
- ❖ Perfil: Recto
- ❖ Posición labial: Normal

- ❖ Proyección nasal: Aumentada
- ❖ Surco mentolabial: Normal

EXAMEN INTRAORAL

- ❖ Clasificación de Ange I
 - Derecha Clase II
 - Izquierda Clase II
- ❖ Overjet: Aumentada
- ❖ Overbite: Normal
- ❖ Clasificación Canina
 - Derecha clase III
 - Izquierda clase III
- ❖ Línea media dentaria
 - Superior desviada a la derecha
 - Inferior desviada a la izquierda
- ❖ Apiñamiento: Severo superior – leve inferior
- ❖ Mordida cruzada posterior derecha: 16/17
- ❖ Mordida cruzada posterior izquierda: 47/47
- ❖ Mordida cruzada anterior: 12/42

EXAMEN FISICO ORAL

- ❖ Labios: Normales
- ❖ Carillo: Normales
- ❖ Surco vestibular: Normal
- ❖ Gingival: Anormal
- ❖ Reborde alveolar: Normal
- ❖ Lengua: Normal

- ❖ Piso de boca: Normal
- ❖ Frenillo: Normal
- ❖ Paladar duro: Anormal
- ❖ Paladar blando: Normal
- ❖ Amígdalas / orofaringe. Normal
- ❖ Glándulas salivares: Normal

EXAMEN PERIODONTAL

Encía

- ❖ Color: Rojo intenso a nivel de 15 y 25
- ❖ Consistencia: Blanda
- ❖ Grosor: Aumentado
- ❖ Papilas: Achatadas
- ❖ Encía Adherida: Normal

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

- ❖ Generales: Paciente sano
- ❖ Cráneo mandibulares: Desorden craneomandibular de disnagcia transversal del maxilar superior
- ❖ Periodontales: Gingivitis inducida por placa bacteriana localizada a nivel de 15 y 25.

Dentales

- ❖ Caries activa: 14, 37, 47
- ❖ Caries recurrente: 17, 15, 27, 36, 48
- ❖ Impactación vertical 18
- ❖ Impactación vertical 28
- ❖ Impactación mesoangular B III 38

- ❖ Impactación mesoangular B III 48

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

- **PERIODONCIA:** terapia básica
Cirugía oral y Maxilofacial: Cirugía Método
Abierto de 18, 28, 38, 48
 - **ORTODONCIA:** Hyrax Ortodoncia Correctiva
Alineación, nivelación, reevaluación (posible)
Extracción de premolares para lograr clase I y corregir
Línea media
- ❖ Operatoria: Resina 86(V), 37(V), 36(V), 47(V).
 - ❖ Amalgamas: 17(O), 15(OD), 14(OD), 27(O), 37(O), 36(O), 46(O)

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

- ❖ Periodoncia: terapia básica
Cirugía oral y Maxilofacial: Cirugía método abierto
De 18, 28, 38, 48
- ❖ Operatoria:
 - * Resinas 36(V), 37(V), 46(V), 47(V)
 - * Amalgamas: 17(O), 15(OD), 14(OD), 27(O), 37(O), 36(O), 46(O)

INDICACIONES EXODONCIA TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

- ❖ Pericoronitis
- ❖ Transformación quística
- ❖ Traba erupción dientes vecinos
- ❖ Diente en línea de fractura
- ❖ Caries no restaurable
- ❖ Neuralgias asociadas
- ❖ Indicaciones prostodónticas
- ❖ Indicaciones ortodónticas
- ❖ Apiñamiento

CLASIFICACION DE LAS ANGULACIONES EN DIENTES IMPACTADOS SEGÚN WINTER

- ❖ Impactación horizontal en mandíbula. Corte óseo profundo y vertical, hasta exponer el cuello del diente, sección por el cuello extrayendo primero la corona y luego la raíz.
- ❖ Impactación vertical en mandíbula. Osteotomía hacia distal y oclusal de la impactación, se hace odontosección por el surco vestibular hasta debajo del cuello anatómico del diente, extracción distal y mesial.
- ❖ Impactación mesial angular mandibular. Corte óseo en mesial y paralelo al segundo molar extendiéndose hacia distal, exposición de la corona clínica del diente partiendo la entrada de una cucharilla en mesial y distal.

- ❖ Impactación disto angular en mandíbula. Se hace un corte vertical y horizontal, se secciona la cúspide distal luxando y extrayendo el diente y luego la cúspide seccionada.
- ❖ Impactación vertical en maxilar, cercanía del diente. Impactación al cuello del segundo molar, se hace un corte mesial paralelo al borde mesial de la impactación, se introduce un instrumento hacia mesial que creará un espacio por donde saldrá el diente.
- ❖ Impactación maso angular del maxilar. Corte del hueso vertical y horizontal, extirpando mayor hueso en distal y haciendo la elevación del diente en mesial.
- ❖ Impactación disto angular en el maxilar. Se requiere de un colgajo más amplio y mayor eliminación de hueso el diente se eleva haciendo palanca hacia lado mesial.
- ❖ **Clase I:** el espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente 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 esta parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular.
- ❖ **Posición A:** la parte más alta del tercer molar esta 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 del segundo molar.

MANEJO COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

LUXACIÓN DE ATM

De presentarse una luxación, reducirla inmediatamente es la prioridad por cuanto los músculos aún no se hacen espásticos.

El paciente en posición supina, bilateral y bimanualmente con apoyo digital en la línea oblicua externa es maniobrado traccionando la mandíbula ligeramente adelante y abajo, seguida de impulso hacia atrás. Es necesario agilizar el procedimiento quirúrgico o eventualmente remitirlo.

LESIONES EN TEJIDOS VECINOS

Si es una herida superior a 5 mm, se sugiere suturar, habría que regularizar bordes, generar una elipse y procurar cierre lineal primario. La reconstrucción inmediata del diente fracturado es la solución. Es un accidente que genera gran ansiedad en el paciente.

DOLOR TRANSOPERATORIO

Resultado de la técnica anestésica inadecuada, la cual debe revisarse sin desconocer que al existir variables anatómicas, se requeriría echar mano de técnicas anestésicas alternativas mandibulares como Gow-Gates y Akinosi, o palatina anterior para maxilar superior.

FRACTURAS DE MAXILARES

Es una complicación mayor. Suspender el procedimiento y reevaluar la situación, hacer reducción inmediata de la fractura deberá evaluarse la necesidad o no de la permanencia del molar en línea de fractura con fines de fijación.

FRACTURAS DE RAICES

Complicación más frecuente, el objetivo será reformular la estrategia quirúrgica para eliminar las raíces inmediatamente. Una valoración radiográfica de la morfología radicular es fundamental.

La ubicación del resto radicular bien sea que permanezca en el alveolo o que se alojó en los tejidos blandos, es la base para eventuales osteotomías u odontosecciones y direcciones de tejidos blandos.

Los ápices que hallan sido alojados en el seno maxilar no deben ser buscados a través del alvéolo; conviene, como lo recomienda Ries Centeno, abordar una ventana lateral en el reborde, al nivel correspondiente, ayudados de una buena luz y pinzas adecuadas: Kelly, mosquito.

El cierre primario del alvéolo se hará por rotación lateral externa de un colgajo palatino en raqueta y por tracción de los colgajos vestibular y palatino.

HEMORRAGIA

El sangrado en el paciente sano podrá ocurrir por eliminación incompleta de una lesión crónica, inflamación gingival crónica, o por lesión de vasos de algún calibre importante.

Se debe retirar completamente la lesión como causante del sangrado; si el sangrado persiste se ejerce presión por 5 a 10 minutos; si el sangrado continúa se

debe utilizar hemostáticos como celulosa oxidada o gelatina absorbible y realizar una sutura que le mantenga en posición.

Como alternativa se debe bruñir las paredes del alvéolo u ocasionalmente cauterizarlo, pero no alvéolos inferiores que guarden alguna proximidad con el conducto dentario inferior.

MANEJO POSTOPERATORIO DE LA COMPLICACIÓN

ALVEOLITIS

Caracterizada por la desintegración total o parcial del coágulo con subsecuente exposición de supuración. Existen muchas alternativas de manejo pero se requiere: iniciar una exhaustiva limpieza alveolar a través de lavado profuso con suero fisiológico y clorexidina, seguido de secado con gasa, sedación por 7 u 8 minutos con eugenol en turunda exprimida y terminando con bloqueo mecánico del alvéolo con una pequeña cinta de gasa yodo formada que se removerá a los 3 días, con evaluación de la sintomatología y eventual repetición del manejo; se realiza sin anestésico local este manejo y prescribiendo AINES asociados con acetaminofén – codeína durante 5 ó 7 días.

INFECCIONES

El paciente preoperatoriamente sano, suele ser causado por incumplimiento de protocolos de asepsia y antisepsia, cirugías muy largas, trauma quirúrgico intenso con maltrato de los tejidos y el recalentamiento del tejido óseo, la eliminación incompleta del saco dentario y los restos radiculares.

El tratamiento será eliminar siempre el factor causal, drenar e iniciar Antibioticoterapia.

Amoxicilina o dicloxacilina o azitromicina o clindamicina es una secuencia interpretada en la posología y seguimiento adecuados.

POSTOPERATORIA NORMAL

- ❖ Dolor: Alcanza su máximo pico a las 24 horas
- ❖ Inflamación: Alcanza su máximo pico hacia las 72 horas.
- ❖ Trismus: Aparece en las primeras 24 horas.

POSTOPERATORIA PACIENTE INFECTADO

- ❖ Dolor: Aparece o se intensifica hacia las 72 horas.
- ❖ Inflamación: se incrementa desde el tercer día, la induración palpable es mayor
- ❖ Trismus: Aparece o se incrementa después de las 72 horas.

LA PREVENCIÓN CON FÁRMACOS

- a) los antibióticos (8) solo deben ser concebidos profilácticamente en pacientes con inmunosupresión o con cardiopatías reumáticas. Son aun cuestionables como profilácticos en diabéticos compensados médicamente.

Las condiciones de la cirugía y clínicas del paciente sano ameritarían un manejo terapéutico según el operador. Mónaco y colaboradores dejan ver en su estudio como no encontraron diferencia significativa de complicaciones postoperatorias entre grupos de pacientes que recibieron Amoxicilina una vez terminada la cirugía y el grupo que no la recibió (21)

TRATAMIENTO CON EXPANSION RAPIDA DE MAXILAR

- ❖ El concepto de ampliación de arco mediante fuerzas ortopédicas fue descrito por Ángel en 1860.
- ❖ La expansión ortopédica se produce aplicando fuerza lateral a los posteriores en el maxilar, creando separación de la sutura palatina media.

INDICACIONES

1. Corrección de mordidas cruzadas
2. Aumento de la longitud del arco
3. Corrección de inclinaciones
4. Movilización del sistema sutura maxilar
5. Reducción de la resistencia nasal
6. Ampliación de la sonrisa.

APARATO DE EXPANSION RAPIDA DE MAXILAR TIPO HYRAX

- ❖ Expansor fabricado en acero inoxidable las bandas se colocan en los primeros premolares y primeros molares.
- ❖ Tornillo de expansión localizado en el paladar
- ❖ Alambres de apoyo palatinos y vestibulares para aumentar la rigidez del aparato.