

TOCq
0016

**COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO Y EN EL POSTOPERATORIO
DE UNA CIRUGIA DE TERCER MOLAR**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Santiago de Cali, Abril 27 De 2001**



**COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO Y EN EL POSTOPERATORIO
DE UNA CIRUGIA DE TERCER MOLAR**

JACKY PAZMIÑO Código 962421

GUILLERMO LEON DAVID Código 962432

JUAN CARLOS JARAMILLO Código 962460

DAVID CORREAL Código 962471

Tutor

Doctor Diego Fernando Sánchez

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Santiago de Cali, Abril 27 de 2001



DEDICATORIA

A Nuestros padres por su cariño,
dedicación, esfuerzo, sacrificio y
apoyo Les debemos lo que
somos.

A mi hijo Nicolás que es lo más
importante en mi vida y el regalo
más lindo que Dios me ha dado.

A mi esposo por apoyarme en
todo momento.

AGRADECIMEINTOS

Un especial agradecimiento al Doctor Diego Fernando Sánchez, docente y Especialista de Cirugía Maxilofacial, por la orientación y dirección durante el desarrollo de todo el trabajo.

A los compañeros y docentes del Colegio Odontológico Colombiano, en especial al Doctor Antonio Escobar por su gran apoyo y en general a toas las personas que nos colaboraron par nuestra formación profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

OBJETIVO GENERAL

TIPO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSO

MATERIALES

RECURSOS

1. COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO DE UNA CIRUGÍA DE
TERCER MOLAR

1.1. FRACTURA DE AGUJA

1.2. INFILTRACIÓN ANESTÉSICA EN VENA

1.3. LACERACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

1.4. LACERACIÓN DE NERVIOS

1.5. FRACTURA DE MANDÍBULA

1.6. FRACTURA O LUXACIÓN DEL DIENTE ADYACENTE O
ANTAGONISTA

2. COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE UNA CIRUGÍA DE
TERCER MOLAR

2.1 TRISMOS

2.2 HEMORRAGIAS

2.3 ALVEOLITIS

2.4 CELULITIS

2.5 OSTEOMELITIS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

La presente investigación la consideramos importante por ser la exodoncia de terceros molares un procedimiento quirúrgico delicado que junto con el apoyo de nuestros conocimientos podría ser realizado por el odontólogo general, pero teniendo la cautela y cuidados necesarios para su realización ya que no se trata de un procedimiento común o relativamente continuo. Además de brindar nuevos conocimientos en el área quirúrgica y otorgarles nuestras experiencias para así evitar consecuencias que conllevan a este procedimiento.

JUSTIFICACION

Por las innumerables complicaciones que pueden presentarse en los tejidos alterados o viabilidad del paciente.

Este trabajo puede aportar muchas técnicas y pasos a seguir para preservar la salud oral e integral de nuestro paciente.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Debido a la gran importancia que se requiere prestar a una intervención quirúrgica de tercer molar, y asociada a una continua desinformación por parte del grupo estudiantil hemos enfocado la investigación a la divulgación del área de la cirugía maxilofacial para la formación del odontólogo general

OBJETIVO GENERAL

Identificar y difundir los problemas, soluciones que se pueden presentar durante y después de una cirugía de tercer molar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un recuento anatómico de las estructuras que forman parte del área donde se efectúa el procedimiento.
- Informar las posibles complicaciones que puede acarrear una cirugía de tercer molar.
- Concientizar a la comunidad estudiantil odontológica a la investigación en el área de Cirugía.

TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo

UNIVERSO

Complicaciones en el procedimiento de una cirugía de tercer molar y en el post operatorio.

MATERIALES

Entrevista al Doctor Diego Fernando Sánchez.

RECURSOS

- Vídeo
- Libro de Investigaciones
- Diapositivas
- Internet

MARCO TEÓRICO

El marco teórico se basa en los accidentes y complicaciones que pueden surgir en el transcurso del propio acto quirúrgico o, de manera tardía, como consecuencia del mismo.

Durante el proceso quirúrgico de tercer molar, enfocaremos el tema investigativo a muchas de las posibles complicaciones que se pueden presentar, siendo éstas de carácter inmediatas y medíatas, la primera ocurrida en el momento de la intervención, la segunda pueden ser secundarias o tardía.

Realizando una introducción teórica, se revisarán las áreas y estructuras anatómicas que se ven directamente comprometidas en una intervención quirúrgica de tercer molar, para enfocar cuales son las estructuras que corren con un mayor riesgo de presentar lesiones o traumatismos.

Rendiremos una adecuada descripción del problema, conceptualizada con el aprendizaje para la actividad clínica diaria.

Temas de interés como:

Fractura ósea, centralizando la complicación hacia la fractura mandibular. De carácter no frecuente y asociadas a condiciones anatómicas y de la relación entre los dientes y corticales óseas .Se valora el factor latrogénico.

Otro tema será la laceración de tejidos blandos asociada a una mala técnica quirúrgica. Se presenta al no respetar las medidas de seguridad elementales.

Lesiones nerviosas. Un tema de gran interés, que de hecho serán de gran aporte teórico-práctico. Asociadas a una mala técnica anestésica, defectos de técnica quirúrgica, o bien de manera inevitable en exodoncias complicadas o simples. Las lesiones mas frecuentes y que manejaremos en esta investigación serán :

Compresiones, desgarrros, secciones o arrancamientos. Se describirán las consecuencias derivadas, ya sean transitorias o permanentes, con sensaciones parestésicas, neurálgicas, o anestésicas. Estas lesiones traerán posibles implicaciones legales.

Fractura de instrumental manejado en esta investigación hacia la fractura de aguja. Complicación que requiere de gran atención, debido a una mala técnica, fuerza inapropiada o mal estado del instrumental. Qué hacer? Se mostrarán pautas para la solución del problema.

Todas las anteriores son complicaciones inmediatas. Es una pequeña reseña de la constitución teórica que rodea nuestra investigación.

Consecuentemente se describirá un marco de las complicaciones mediatas, se centrarán en complicaciones mediatas locales, siendo estas:

- Alveolitis
- Celulitis
- Osteomielitis
- Hemorragias
- Trismus infeccioso

1. COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO Y EN EL POSTOPERATORIO DE UNA CIRUGIA DE TERCER MOLAR

1.1 FRACTURA DE AGUJA.

Se debe principalmente a una técnica incorrecta, uso de material en mal estado o movimiento brusco del paciente. Se debe procurar el uso de agujas largas para extraer fácilmente el cabo partido y evitar la migración mas o menos distante. Si la aguja ha migrado la extracción es laboriosa, requiriendo de conocimientos mínimos quirúrgicos y anatómicos para extraer la aguja fracturada. Dado el caso donde se produzca una migración del fragmento de aguja rota, se tendrá muy en cuenta la dirección de inserción de la aguja y la exploración radiográfica se practica desde diversas angulaciones. Es muy útil el introducir una nueva aguja en la misma dirección de la fracturada, analizando de esta manera, la posición del fragmento. En caso de ser necesario acceso quirúrgico , se realizará un camino perpendicular al fragmento de la aguja y no la trayectoria inicial.

1.2 INFILTRACION ANESTESIA EN VENA

Las principales complicaciones se debe a una exceso de vasoconstrictor cuando este se realiza en un territorio vascular . Son de un efecto mas o menos duradero pero en todos los casos reversibles, estando sujeto a la labilidad vasomotora del sujeto, se pueden presentar zonas de isquemia que pueden llegar hasta la necrosis del tejido sobre todos o algunos de ellos, siendo mas frecuentes en las regiones palatinas. Tambien son frecuentes los hematomas sobre todo en las anestesia dentario posterior a través de la tuberosidad maxilar (arteria maxilar interna por plexo nervioso pterigoideo) o por función superficial del plexo bucal, observándose casi siempre en mujeres rubias de piel muy blanca.

1.3 LACERACIÓN EN TEJIDOS BLANDOS

Son relativamente frecuentes. Producidos casi siempre a una mala utilización del instrumental, como es la mala aplicación del elevador. Un buen punto de apoyo óseo evitando así el desplazamiento del elevador hacia los tejidos blandos; una técnica defectuosa de presión con el fórceps sobre restos radiculares, cuando en realidad debía haberse usado una técnica abierta. La realización de un colgajo incipiente también es causante de lesión en tejidos blandos así como también

laceración de labios con la articulación del fórceps a la lesión de la comisura a causa de un difícil acceso.

Desgarros y Heridas:

Se producen generalmente en encías, labio, lengua, mejillas, paladar.

Sus causas son las iatrogénicas ya mencionadas, y se evitan con un buen diseño de la extracción y su correcta ejecución. Son de buena evolución siendo en algunos casos no necesaria la sutura. A veces a causa del peligro de bacterias anaerobias es mejor dejar que cicatrice por segunda intención con manejo adecuado de la prescripción antibiótica.

Quemaduras:

Provocadas por fricción que producen las fresas al realizar la osteotomía o la odontosección. Son consecuencias de extracciones laboriosas de terceros molares inferiores con instrumental en mal estado o por contacto inadecuado de la pieza de mano con el labio inferior; se evita interponiendo los dedos entre la pieza y el labio junto a la utilización del instrumental adecuado. Una vez producida la quemadura se aplica cremas o cicatrizantes y esperar la cicatrización secundaria.

Prolapso De La Bola Adiposa De Bichat

Aunque es un accidente muy raro se puede producir tras la herida de la mejilla por el desplazamiento del elevador en la extracción de un molar superior o por un mal diseño del colgajo. Parte de la masa adiposa emerge a través de la herida. Es necesaria su reparación o extirpación con la sutura correspondiente a los bordes mucosos.

1.4 LACERACIÓN EN NERVIOS

Son siempre complicaciones sensitivas, las de tipo motor se deben a complicaciones durante la técnica anestésica o quirúrgica.

Suceden tras extracciones quirúrgicas por defectos de técnica, de manera fortuita o inevitablemente en exodoncias simples o complicadas.

Los trayectos nerviosos más afectados en orden de frecuencia son:

Mentoniano,

Lingual,

Palatino Anterior,

Infraorbitario.



Las lesiones producidas serán debido a:

Presión

Desgarros

Secciones

Arrancamientos

Las consecuencias pueden ser de carácter transitorio o permanentes, produciendo sensaciones parestésicas, neurálgicas o anestésicas.

Es de vital importancia que las lesiones ya mencionadas pueden acarrear complicaciones legales.

Lesión del nervio dentario inferior:

Es consecuencia de exodoncia de primer, segundo o tercer molares inferiores. Se lesiona el tronco nervioso cuando se realiza osteotomía, odontosección, apalancamiento con el elevador o curetaje del fondo alveolar. Es muy común que ocurra cuando el tronco nervioso se encuentra entre las raíces del molar, su prevención es muy difícil, dado a que el examen radiográfico no es muy exacto, por lo cual se debe extremar los cuidados en la extracción

Manejo:

Varía dependiendo de su magnitud. Si, es compresión se elimina el agente irritante, óseo o dentario que lo provoque. Si es un desgarro es probable la recuperación en un lapso corto de tiempo, entre 6 semanas y 6 meses. Si se trata de una sección se intenta la sutura cabo lo que es muy difícil por la profundidad. Cuando hay un arrancamiento la anestesia es permanente y no hay ninguna actitud terapéutica quirúrgica.

Lesión nervio lingual:

Se observa en la extracción de terceros molares inferiores retenidos, cuando se realiza un acceso lingual, la mejor prevención es utilizar un acceso externo ya que aunque algunos autores apoyan este tipo de procedimiento, la gran mayoría cree que el acceso lingual es inadecuado.

Lesión Nervio Palatino anterior:

Son resultado de un mal diseño del colgajo a la altura del trayecto palatino anterior en la exodoncia de molares, se evita las incisiones verticales sobre el paladar a este nivel.

1.5 FRACTURA DE MANDÍBULA

No son muy frecuentes, aparecen casi siempre durante la extracción de terceros molares incluidos, generalmente cuando la zona esta debilitada por un proceso quístico, alteraciones metabólicas o cuando la osteotomía es muy amplia y las maniobras de apalancamiento son excesivas por falta de odontosección. Se puede prevenir con un buen diagnóstico de la situación del diente y un empleo correcto de la odontosección, evitando la osteotomía y las fuerzas indiscriminadas.

Manejo:

Consiste en la ferufización y el bloqueo intermaxilar con la oseosintesis correspondiente hasta que se pueda llevar a cabo el tratamiento definitivo, se maneja la fractura llevando al paciente a una oclusión correcta introduciendo una cuña de gasa a la altura del ángulo mandibular y fijándola mediante un vendaje craneofacial de Barton.

1.6 FRACTURA O LUXACIÓN DEL DIENTE ADYACENTE O ANTAGONISTA.

Esta complicación se presenta en la mayoría de los casos a una inadecuada utilización de instrumentos tales como el fórceps o elevador, o bien durante la misma fase quirúrgica.

Es muy común la luxación del diente adyacente cuando es tomado como punto de apoyo ejerciendo una presión exagerada. También se puede llegar a la fractura del mismo cuando éste presenta una reconstrucción o se encuentra debilitado.

La fractura de un diente antagonista se presenta cuando realizamos una tracción incontrolada golpeándolo con el dorso del propio fórceps. Cuando empleamos una técnica abierta, utilizando fresas quirúrgicas, es posible llegar a lesionar dientes vecinos.

Manejo:

Cuando se produce una ligera subluxación, lo mas indicado es el reposo de la zona durante varios días con una dieta blanda.

Si el caso clínico indica que hay presencia de movilidad dental, se efectúa una ferulización mediante alambres, bandas o brackets de ortodoncia, durante 2 a 4 semanas.

Cuando se presenta una luxación completa, se hará el reimplante inmediato de la pieza dental, en buena posición y conjunto a una fertilización oportuna.

Al presentarse fracturas de dientes adyacentes o antagonistas, se realiza la reconstrucción odontológica con o sin tratamiento endodóntico. Al evidenciar una fractura de tipo cervical o coronaria alta, se requiere tratamiento endodóntico seguido del tratamiento protésico del caso.

2. COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DEL UNA CIURAGIA DEL TERCER MOLAR

2.1 Trismus

Se presenta en extracciones de tercer molar en fase aguda por afectación de las inserciones musculares de vecindad o al anestesiar el dentario inferior por infiltración del músculo pterigoideo externo.

Manejo:

En los causados por infección se administran antibióticos, analgésicos y relajantes musculares con resultados dudosos, pasados los primeros días se aplica calor seco para combatir la inflamación y el espasmo muscular, si continua el trimux es necesario ejercitar movimientos de apertura ayudado por los dedos o introduciendo piezas de ropa por su parte posterior, evitando así una constricción mandibular permanente.

2.2 HEMORRAGIAS

Las hemorragias tras una extracción dentaria es lógica, pero puede llegar a ser abundante. Puede manejarse de una manera espontánea ya sea de forma inmediata en la misma intervención o tardía transcurrido unos días. Es muy importante saber que puede pasar de ser una complicación leve a ser un grave peligro para la vida del paciente.

Hemorragias inmediatas por causas locales :

Inflamación, hiperemias de tejido de granulación, tejidos blandos gingivales, enfermedad periodontal, infecciones secundarias, restos apicales, etc.

- Esquirlas óseas, tabiques interdentarios o fragmentos óseos.
- Heridas y desgarros de la mucosa gingival
- Lesiones vasos sanguíneos.
- Uso indebido del aspirador quirúrgico, presencia de angiomas a la altura de la mucosa o intraóseos no diagnosticados previamente.

Hemorragias mediatas por causas generales:

- Alteraciones hemorrágicas por falla en factores plasmáticos (plaquetarios) o musculares.
- Ingestión de medicamentos que interfieren en mecanismos de coagulación
- Enfermos hepáticos y diabéticos.

Hemorragias mediatas por causas locales:

- Destrucción del coágulo por enjuagues mal utilizados.
- Acción vasodilatadora de los anestésicos tras el cese de los efectos de los agentes vasoconstrictores.
- Infección secundaria de la herida.
- Erosión de vasos por el tejido de granulación.

Hemorragias mediatas por causas generales:

- Por falla de los mecanismos de hemostasis

Manejo:

- Realizar una exploración diferenciando lo que sangra: mucosa, hueso o fondo alveolar.
- Realizar diagnóstico diferencial con las estomatorragias y la procedencia nasofaringea
- Prevenir existencia de un angioma mediante la exploración previa, si este se presenta la exodoncia se realiza en medio hospitalario
- Interrogar al paciente
- indagar características de la extracción, normalidad, laboriosidad, presencia de fracturas o desgarros, etc.
- Analizar condiciones propias del paciente, como la hemostasia teniendo en cuenta; coagulaciones, protombrina, hemorragia.

2.3 ALVEOLITIS

Esta complicación es la más común en la cicatrización de heridas por extracción.

Esto es básicamente una osteomielitis focal en la cual el coágulo se ha

desintegrado o perdido, con producción de mal olor y dolor intenso, pero sin supuración.

Este cuadro suele corresponder a extracciones difíciles o traumáticas, y por ello es muy frecuente después de la eliminación del tercer molar inferior retenido.

El tratamiento mas usado es tener el alvéolo lo mas limpio posible, haciendo lavados con solución fisiológica al 0.9%. Si se desea tener el alvéolo obturado se puede usar una receta con antiséptico, cloruro de calcio 10 gramos y glicerina 20 gramos. Esto se mezcla y embebe en una torunda de algodón estéril y se introduce en el alveolo, el paciente lo puede colocar de 5 a 6 veces por día, ayudándose de aplicaciones de clindamicina a dosis adecuadas al peso corporal, de igual forma el uso de analgésicos (1 ampolleta de 30 mg de Ketarolaco intramuscular y posteriormente una tableta de 10 mg cada 6 horas del mismo medicamento).

Se debe limpiar y eliminar cuerpos extraños y suturar, realizando un procedimiento hemostático local y general. Si se amerita la hospitalización con la conjunta colaboración del hematólogo.

Como tratamiento local se puede manejar con taponamiento usando una gasa, aplicación de espuma de fibrina gelatina, celulosa oxidada, colágeno, cera virgen,

acrílico, cemento quirúrgico, hemostáticos locales, suturas, electrocoagulación, etc.

Como tratamiento general se deben considerar los diferentes preparados hemostáticos y transfusiones de sangre o plasma fresco, aportando idealmente el factor deficitario correspondiente.

2. CELULITIS

Es una inflamación difusa de los tejidos blandos, no se circunscribe o confina a una zona, pero al contrario del absceso, tiende a extenderse por los espacios entre los tejidos y a lo largo de los planos faciales.

Los estreptococos con una mayor incidencia y estafilococos son patógenos que con frecuencias dan origen a la celulitis.

A veces, la celulitis de cara y cuello será el resultado de una infección que sigue a la extracción dental, la inyección realizada con una aguja infectada o a través de una zona infectada, o luego de una fractura mandibular.

Las características clínicas de un paciente con celulitis en cara y cuello suele estar moderadamente enfermo y tiene temperatura elevada, al igual que leucocitos.

Hay tumefacción dolorosa de tejidos blandos afectados, firme y de color pardusco, piel inflamada.

Las infecciones originadas en el maxilar perforan regularmente la capa ósea cortical externa sobre la inserción del buccinador y dan una inflamación inicial en la mitad superior de la cara.

Cuando se presenta la misma infección en la región mandibular, se perfora la lamina cortical externa debajo de la inserción del buccinador, hay una hinchazón difusa de la mitad inferior de la cara que después se extiende hacia arriba y cuello.

Cuando la celulitis facial persiste la infección tiende a localizarse y generar un absceso facial. Cuando sucede esto, el material supurativo tiende a drenar en una superficie libre

Manejo:

La celulitis ha de tratarse por administración de antibióticos y eliminación de la causa de infección. La resolución es rápida con un tratamiento oportuno y adecuado, y son raras las secuelas graves.

2.5. OSTEOMELITIS AGUDA

Es una forma clínica piógena, suele ser de localización mandibular presentando en un comienzo acompañamiento de trismus y fiebre variable, dependiendo de la intensidad. Los pacientes pueden presentar abstemia, anorexia y trastornos nauseointestinales (náuseas-vómito).

Clínicamente se observa tumefacción en la región afectada con movilidad dentaria y sensibilidad a la percusión produciéndose el signo Vincent (estado de anestesia del hemilabio correspondiente) como consecuencia del edema intraóseo comprimiendo el nervio dentario inferior.

Radiográficamente en las primeras fases es poco reconocible evolucionando a grandes sequestratos. Esta forma aguda puede complicarse comprometiendo la vida del paciente cuando el mismo presenta afecciones sistémicas que producen un debilitamiento general.

Osteomielitis crónica:

Se presenta en forma primaria o secundaria. De forma primaria gracias a los microorganismos que infectan al hueso pero son pocos patógenos, la forma

secundaria se da como resultado de una osteomielitis aguda, se caracteriza por la formación de grandes secuestros con fenómenos supurativos.

En estado general del paciente es bueno y solo cuando hay exacerbaciones puede producirse aumento de tumefacción y dolor intenso

Radiográficamente se observa radiotransparentes junto a los secuestros

BIBLIOGRAFIA

DONADO R. Manuel. Cirugía bucal. Patología y técnica.

H. BRIRN J.E. WINTHER. Atlas de cirugía Oral.

KRUGER, Gustav. O. cirugía Maxilifacial.

G. WOLF. Atlas de Anatomía Humana tomo I, II, III

Internet.

www.detalword.com

www.odontologia.com.br

