

CIRUGÍA COMPLEJA DE TERCER MOLAR INCLUIDO, EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DIFICULTAD: REPORTE DE UN CASO

[THIRD MOLAR SURGERY COMPLEX INCLUDING EVALUATION OF DIFFICULTY: A CASE REPORT]

Ulises Peñaloza De La Torre *, Paola Peñaloza De La Torre**, Isabel del Rosario Ayca Castro***

* Cirujano Dentista. Docente en el área Cirugía Bucomaxilofacial Clínica y Patología Estomatológica, ESOD - FACS/UNJBG. Maestría en Odontología con mención en Patología-UCSM.

**Cirujano Dentista del Ministerio de Salud. Maestrante en Odontología -UCSM

***Cirujano Dentista. Especialista en Odontopediatria. Ex Docente Área de Odontopediatria. Escuela de Odontología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

RESUMEN

La cirugía de un tercer molar incluido siempre es impredecible como cualquier cirugía, pero si tenemos una buena planificación del tratamiento tendremos menos posibilidad de tener una complicación intra y/o post quirúrgico; para tener una buena planificación hay que primero tener una buena evaluación del caso; en el cual se deben realizar un completo examen auxiliar como ser las radiografías, hematología, tomografía, entre otros; esto nos permitió aplicar las técnicas adecuadas para este caso, que aunque había una cercanía al nervio dentario con una correcta evaluación se pudo evitar lesionar dicho nervio, manteniéndose si inervación.

Palabras Claves: Terceros molares, Nivel de complejidad, Post-quirúrgico

ABSTRACT

Surgery of a third molar is always unpredictable as any surgery, but if we have a good treatment plan will have less chance of having a complication intra- and / or post-surgery; for good planning is to first have a good assessment of the case; in which they must perform a complete examination as being ancillary radiographs, hematology, tomography, among others; this allowed us to apply appropriate techniques for this case, although there was a closeness to the tooth nerve with an accurate assessment could avoid injuring the nerve, keeping if innervation.

Keywords: Third molars, Complexity level, Post - surgical.

INTRODUCCIÓN

Como es sabido, que para que un tratamiento tenga éxito es necesario un buen plan de tratamiento y con mayor razón si vamos a realizar una intervención quirúrgica, es por tal motivo que siempre se buscó saber previo a la intervención cual es el nivel de dificultad y que riesgos se corre cuando llegue el acto operatorio. Varios autores han propuesto diferentes parámetros para evaluar el grado de dificultad para la exodoncia de terceros molares impactados, incluidos o retenidos; uno de ellos es Winter que toma como referencia la relación entre ejes longitudinales de las segundos y terceros molares; Pell y Gregory que evalúa la profundidad y el espacio disponible para que evulsione el tercer molar; Parant que valora el grado de injuria que se necesaria para hacer al realizar la exodoncia y así muchos factores anatómicos, posición en sentido transversal, numero, forma y dirección de las raíces, tamaño de la corona hasta el motivo de la exodoncia es importante evaluar, ya que estos en sumatoria, aumentan o disminuyen el índice de dificultad para la exodoncia de terceros molares en mal posición. Todo lo anterior es necesario para preparar cuidadosamente un plan quirúrgico que resuelva los problemas de acceso y visibilidad, de modo que podamos hacer la extracción del tercer molar con el mínimo traumatismo de los tejidos blandos y duros (hueso y dientes vecinos) y en un tiempo lo más corto posible, lo que al final resultará en beneficio de un mejor postquirúrgico.



CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, colaboradora, asistió a la clínica por notar una mala posición de la pieza N° 48 y desea hacerse el tratamiento de ortodoncia.



Fig. 1 Región retromolar

Examen clínico:

Clínicamente la paciente presenta una apertura bucal máxima de 40 mm sin problemas en la ATM.; intraoralmente se observa la cara distal de la pieza 48 incluida y cara mesial inaccesible, sin características de inflamación ni destrucción cariosa.(Fig. 1)

Examen Radiográfico:

Radiográficamente se observa pieza dentaria 48 birradicular en posición horizontal (Fig. 2); cuyo ápice se encuentra con aparente en relación íntima con el conducto del nervio dentario inferior (Fig. 4). En la radiografía oclusal con la técnica de Donovan se puede observar que presenta una desviación vestibular (Fig. 3).

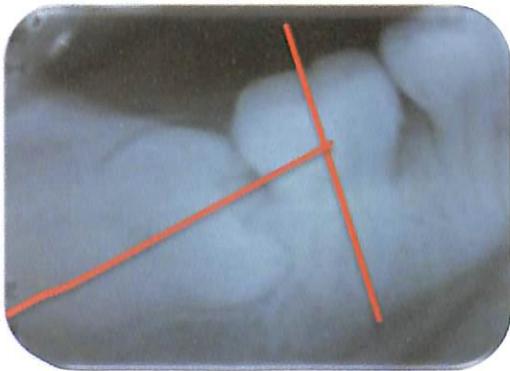


Fig. 2 Radiografía Periapical



Fig. 3 Radiografía oclusal



Fig. 4 Radiografía panorámica

Dado que en las radiografías se observaba una aparente relación con el conducto dentario es que se decide una ayuda diagnóstica más precisa como es la tomografía.

Tomografía Cone beam:

En el corte axial se puede apreciar que la pieza dentaria 48 presenta dos raíces aparentemente fusionadas; el ápice de la raíz mesial se encuentra en íntima relación con el conducto del nervio dentario inferior (Fig. 6). En el corte axial observamos que la pieza dentaria 48 se encuentra con una desviación hacia vestibular y la corona esta levemente alejada de la cara distal de la pieza dentaria 47 (Fig. 8)



Fig. 5 Tomografía Cone Beam

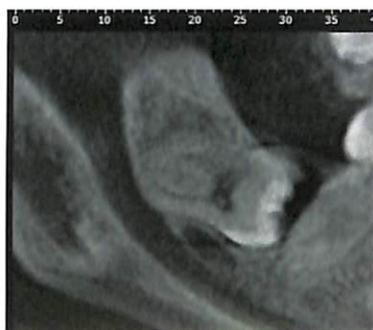


Fig. 6 Corte sagital



Fig. 7 Corte axial



Fig. 8 Corte axial



Fig. 9 Corte sagital

Evaluación de la complejidad de la cirugía de tercer molar inferior:

Para evaluar el grado de complejidad de un tercer molar incluido no es suficiente con analizar el índice de Pell y Gregory o las líneas de Winter, ya que no toma en cuenta otras características importantes en el caso clínico, como ser la apertura bucal, edad del paciente, forma, número y dirección de las raíces del cordal, entre otras particularidades. En este sentido, en el presente caso clínico tratamos evaluar la mayor parte de características anatómicas del caso clínico, como:



a. Según Pell y Gregory y Winter.

- Profundidad B: 2 puntos, porque la parte más alta de la pieza 48 se encuentra debajo de la línea oclusal y por encima de la línea cervical, dificulta esta profundidad ya que será necesaria mayor osteotomía para visualizar la corona de manera completa.

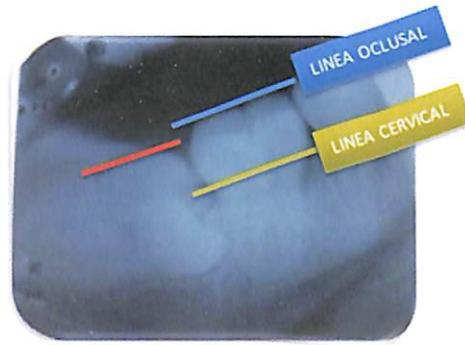


Fig. 10 Evaluación de la profundidad

- Espacio disponible, Clase II: 2 puntos, porque la distancia B es mayor que la distancia A, no permitiendo un buen espacio de salida del tercer molar.

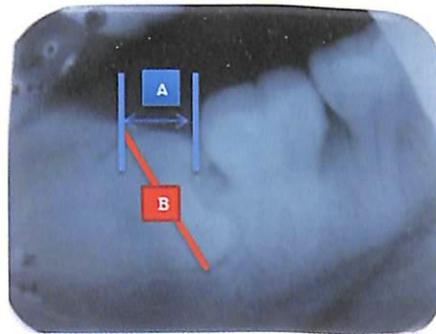


Fig. 11 Evaluación del espacio disponible

- Relación espacial, horizontal: 2 puntos, dificulta para la cirugía ya que el eje de salida de la pieza dentaria 48 está obstaculizado por la 47(Fig. 2).
- Conclusión: Nivel de dificultad: 6, Dificultad moderada

b. Anatomía de las raíces:

- Número: dos raíces que dificulta la exodoncia al tener mayor superficie de soporte(Fig. 6).
- Longitud radicular (10mm): Dificulta la salida de la porción coronaria.
- Recta: Favorece el eje de salida habitual durante la exodoncia.
- Completamente formadas: asegura la extracción de todo tejido dentario, ya que si el diente se encontrara en plena rizogénesis fragmentos de restos de Malassez pudieran quedar dentro del alveolo durante la exodoncia, siendo esta una potencial formadora de un Quiste Odontogénico. Pero si no estuviese completamente formada facilita la exodoncia por que disminuye la superficie de soporte del diente.
- Septum radicular: Ausente por la presencia de raíces fusionadas, facilita la extracción por la disminución de superficie de soporte periodontal.
- Estructura del tercer y segundo molar: Conservada, nos permite tener un punto de apoyo.



c. Estructuras anatómicas vecinas:

En la tomografía (Fig. 6) se observa una relación estrecha con el conducto del nervio dentario inferior. Esta cercanía puede alterar el normal post-quirúrgico, ya que durante el intraoperatorio se puede llegar a lesionar el nervio dentario inferior, produciendo una parestesia transitoria o permanente dependiendo del grado de agresión.

d. Según la clasificación de Parant: Clase III, Porque la exodoncia fue realizada con ostectomía y odontosección en el cuello dentario (eje menor).

e. Desviación del tercer molar: Desviación vestibular (Fig.3) aminora la posibilidad de lesión del nervio lingual.

f. Análisis de la posición y profundidad-Líneas de George Winter: Este parámetro nos indica la profundidad en la que está incluido el tercer molar y donde vamos a aplicar el punto de apoyo. La experiencia clínica demuestra que cada vez que la longitud de la línea "roja" aumenta 1 mm, la extracción se hace tres veces más difícil, incluso ignorando otros factores. Para Hooley y Whitacre, si esta medida es mayor a 5 mm nos indica que la cirugía debería ser realizada por un especialista en cirugía bucal.

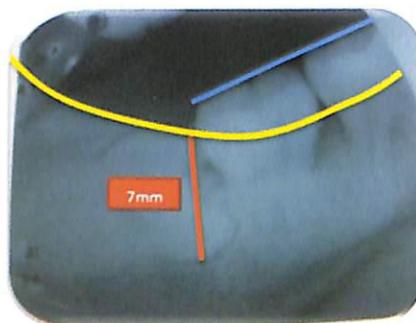


Fig. 12 Líneas de Winter

- g. Edad:** La edad del paciente (24 años) hace favorable no solo en el post operatorio si no también el intraoperatorio, porque favorece una más fácil dilatación el alveolo dentario al momento de luxarlo, no importando el maxilar; esto comparándolo a pacientes de edad adulta por encima de los 30 años.
- h. Género:** En sexo femenino cuando su nivel de estrógenos esta elevado, aumenta los tiempos de coagulación y sangría aumentando el sangrado en el intraoperatorio, y ampliando las posibilidades de alveolitis en el postoperatorio.
- i. Tipo de Maxilar:** por sus características morfológicas en el maxilar inferior se dificulta la dilatación del hueso alveolar, esto comparado con el maxilar superior, ya que cuenta con un mayor trabeculado óseo y mayor irrigación disminuyendo las posibilidades de alveolitis.
- j. Apertura bucal, flexibilidad labial, ATM:** Una apertura bucal limitada de menos 35 mm y esto asociado a una hipoflexibilidad del labio dificulta el acceso al campo operatorio. Y si el paciente tiene problemas en la ATM se deberá acortar el tiempo que se debe realizar la cirugía para evitar subluxaciones o luxaciones de dicha articulación.
- k. Forma de la cara, tamaño de la lengua:** Pacientes con forma de carabraquifacial dificulta la cirugía ya que los carrillos ocupan un espacio destinado a las maniobras propias de la cirugía y es peor aún si se asocia a macroglosia: lo q no sucede en paci3entes con forma de cara mesifacial o dolicofacial que más bien este último favorece el acto operatorio.

- l. Enfermedades sistémicas: En pacientes con enfermedades sistémicas, como diabetes, hipertensión, hipertiroidismo, etc. Deben manejarse dentro de una comunicación directa con el especialista en el área, realizando interconsulta, con premedicación; porque nos puede alterar el normal intra y post quirúrgico.
- m. Colaboración del paciente, ansiedad: se debe evaluar la conducta del paciente desde la anamnesis, para ver la necesidad de dar premedicación ansiolítica y/o analgésica.
- n. Relación del tercer molar con el nervio dentario inferior: Se debe evaluar la distancia del ápice con el conducto dentario, y la forma más exacta de como evaluarlo es el uso de la Tomografía Cone Beam ya que nos permite un imagen en 3D., en el presente caso se observó una íntima relación con el dentario, modificando nuestro plan de tratamiento convencional, viendo la necesidad de hacer una mayor ostectomía para disminuir las fuerzas de palanca del elevador y no dañar así el nervio dentario para no producir una parestesia(Fig. 6).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Paciente de sexo femenino de 24 años de edad, con aparente buen estado de salud general; presenta pieza dentaria 48 incluida, con nivel de dificultad para la intervención quirúrgica moderada - alta y riesgo quirúrgico ASAI.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA

- a. Tiempo utilizado para la intervención 30 minutos.
- b. Tipo de herida: Herida limpia-contaminada.
- c. Mediante anestesia local, se hizo una incisión triangular a espesor total, luego de levantamiento el colgajo, mediante una profusa irrigación con suero fisiológico se realizó una amplia ostectomía que nos permita observar directamente toda la corona y parte de la raíz(Fig. 13).



Fig. 13 Ostectomía realizada

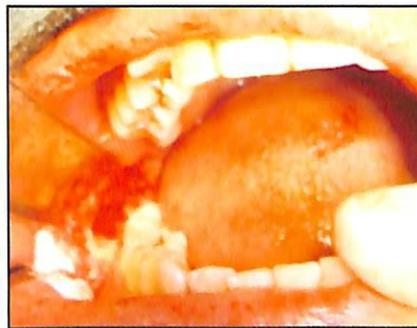


Fig. 14 Lecho quirúrgico

- d. Luego con una fresa para hueso de forma de fisura se procedió a hacer la odontosección en el eje menor para terminar con la odontosección en el eje mayor, que nos permitió extraer la raíz distal en primera instancia y luego la mesial con una leve fuerza de palanca(Fig. 14).
- e. Por último se realizó la limpieza de la cavidad con regularización de bordes y la sutura con 5 puntos simples.
- f. En los controles Post quirúrgicos nuestra mayor preocupación fue haber lesionado el nervio dentario inferior en la intervención quirúrgica; lo al examen clínico que se comprobó que no ocurrió, lo que si sucedió de manera esperada es una inflamación de la hemicara derecha, trismus, quilitis angular; situaciones que fueron remitiendo con el pasar de los días, desapareciendo todos a los 15 días(Fig. 15, 16). Por lo que se le dio de alta odontológica.



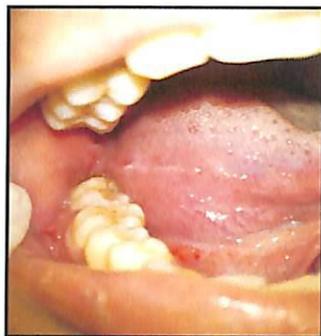


Fig. 15 Control 15 días intraoral



Fig. 16 Control 15 días extraoral

DISCUSIÓN

Después de la exodoncia compleja, como el presente caso, es consecuencia normal del acto quirúrgico que el paciente presente una leve hemorragia primaria, inflamación, trismus, hasta queilitis, que son complicaciones que remiten con el pasar de los días; lo que no se desea que suceda es una parestesia temporal que puede llegar a remitir unas 6 meses a más con medicación sistémica incluida o aun peor una parestesia definitiva del nervio dentario inferior; como era posible en el presente caso. Para evitar dicha complicación postquirúrgica se debe primero hacer un buen estudio clínico - radiográfico - tomográfico; para poder hacer un buen plan de tratamiento quirúrgico como por ejemplo: desde el tipo de anestesia, de colgajo, ostectomía, odontosección. Cada técnica quirúrgica debe ser elegida de manera individual para cada caso, ya que cada paciente es un mundo diferente.

BIBLIOGRAFIA:

1. DONADO RODRÍGUEZ, Manuel. Cirugía Bucal, patología y técnica. Segunda Edición. Ediciones Masson. Barcelona. 1998.
2. GRAY ESCODA, Cosme. Cirugía Bucal. Primera edición. Editorial Océano. Barcelona. 2004.
3. LÓPEZ ARRAZ, J.S. y GARCÍA PERLA, A. Cirugía Oral. Primera edición. Editorial Interamericana. Madrid. 1991.
4. MEDEIROS PAULO, José. Cirugía de dientes incluidos, extracción de tercer molar. Primera Edición. Ediciones Amolca. Sao Paulo. 2006.
5. NOVAES JUNIOR, Arthur Belém. Cirugía Periodontal con finalidad protésica. Primera edición. Editora Artes Médicas. Sao Paulo. 2001.

