

INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	7
JUSTIFICACIÓN:	9
2. MARCO TEORICO.....	10
2.1 ANATOMIA DE LA ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR Y ANATOMIA DEL SENO MAXILAR.....	10
2.1.1 ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR.....	10
2.1.2 <i>Vertiente vestibular</i>	10
2.1.3 <i>Paladar</i>	12
2.1.4 SENO MAXILAR.....	12
2.1.5 <i>Función del seno maxilar</i>	14
2.2 INFECCIONES ODONTOGENICAS, COMUNICACIONES BUCOSINUSALES Y SINUSITIS.....	15
2.2.1 INFECCIONES ODONTOGENICAS.....	15
2.2.2 COMUNICACIONES BUCOSINUSALES.....	18
2.2.2.1 <i>COMUNICACIONES IATROGENICAS</i>	19
2.2.2.2 <i>COMUNICACIONES NO IATROGENICAS</i>	21
2.2.3 <i>ESTUDIOS DIAGNOSTICOS</i>	22
2.2.4 <i>TRATAMIENTO DE COMUNICACIONES BS.</i>	24
2.2.5 SINUSITIS.....	25
2.3 PRINCIPIOS DE TECNICA QUIRURGICA Y TECNICA ANESTESICA.....	28
2.3.1 INSTRUMENTAL BASICO DE CIRUGIA.....	28
2.3.2 PLAN DE TRATAMIENTO	30
2.3.2.1 <i>PREOPERATORIO</i> :.....	30
2.3.2.2 <i>TIEMPOS QUIRURGICOS</i> :.....	31
2.3.2.3 <i>POSTOPERATORIO</i> :.....	32
2.3.3 TECNICA ANESTESICA.....	32
2.3.3.1 <i>ANESTESICOS LOCALES</i>	33
2.3.3.2 <i>PREPARACION PREANESTESICA DEL PACIENTE</i>	33
2.3.4 NERVIOS SENSITIVOS DEL AREA MAXILOFACIAL.....	34
2.3.4.1 <i>Nervio Trigémino</i>	35
2.3.5 ANESTESIA INFILTRATIVA.....	35

2.3.6 ANESTESIA TRONCULAR.....	36
2.3.7 CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES	36
2.3.7.1 Clasificación de Winter (Fig. 3).....	36
2.3.7.2 Clasificación de Pell y Gregory (Fig. 4).....	37
2.4 COMPLICACIONES EN CIRUGIA ORAL	40
2.4.1 FACTORES PREDISONENTES EN RELACION AL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE	41
2.4.2 COMPLICACIONES INTRAORALES.....	41
2.4.2.1 Ligadas a la acción de la anestesia loco - regional.....	42
2.4.2.2 Complicaciones a consecuencia directa del acto operatorio.....	42
2.4.3 COMPLICACIONES POST – OPERATORIAS	44
2.4.3.1 Hemorragias.....	44
2.4.3.2 COMPLICACIONES SEPTICAS.....	45
2.5 CICATRIZACION DE TEJIDOS BLANDOS, OSEOS Y ANTIBIOTICOS.....	46
2.5.1 CICATRIZACION MUCOSA	46
2.5.1.1 Cicatrización por primera intención	46
2.5.1.2 Cicatrización por segunda intención	47
2.5.2 CICATRIZACION OSEA.....	48
2.5.3 FACTORES QUE ALTERAN LA CICATRIZACION.....	48
2.5.4 ANTIBIOTICOS	49
OBJETIVOS GENERALES:	50
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	50
CASO CLINICO 1	51
DATOS GENERALES:.....	51
ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:	52
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:.....	53
SIGNOS VITALES:.....	53
EXAMEN FÍSICO GENERAL:.....	53
EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:	53
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	54
DIAGNOSTICO RADIOGRÁFICO: (ANEXO).....	54
DIAGNOSTICO TOMOGRAFICO: (ANEXO)	54
PLAN DE TRATAMIENTO:	55
CONSENTIMIENTO INFORMADO:	56
<i>Prequirúrgico:</i>	56
<i>Transquirúrgico:</i>	56
<i>Postquirúrgico:</i>	65
<i>Recomendaciones postquirúrgicas:</i>	66
CASO CLINICO 2.....	67

DATOS GENERALES:.....	67
ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:	68
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:.....	69
SIGNOS VITALES:.....	69
EXAMEN FÍSICO GENERAL:.....	69
EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:	69
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	70
DIAGNOSTICO RADIOGRÁFICO PRESUNTIVO: (ANEXO)	70
DIAGNOSTICO TOMOGRAFICO: (ANEXO)	70
PLAN DE TRATAMIENTO:	71
CONSENTIMIENTO INFORMADO:	72
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO:.....	72
<i>Prequirúrgico:</i>	72
DISCUSIÓN:	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:	75
BIBLIOGRAFIA:	76

RESUMEN

El presente caso clínico trata sobre dos pacientes que acudieron a la consulta odontológica para ser extraídos los terceros molares. En dichas intervenciones se presentaron complicaciones el momento de extraer los terceros molares superiores; complicaciones que derivaron en otros cuadros clínicos, tales como infección, sinusitis y comunicación bucosinusal. Se trataran temas como anatomía de la zona posterior del maxilar superior, todos los tipos de complicaciones que se pueden dar durante o después de una intervención quirúrgica, infecciones, sinusitis y comunicaciones bucosinuales, técnicas quirúrgicas y anestésicas que deben estar siempre presentes para tratar de minimizar las posibles complicaciones. Finalmente hablaremos de cicatrización, ya que uno de los dos casos que presentamos estaba planificado para su corrección quirúrgica, pero se presentó una cicatrización espontanea posterior al uso de medicación antibiótica, prescrita como profilaxis.

ABSTRACT

The following case treats about two different patients that attended the clinic to get their third molars extracted with a surgical procedure. In both interventions complications occurred within the surgery which led to other medical conditions such as sinusitis, infection and sinus oral communications. The themes to be treated on the following cases include the upper maxilla anatomy and the clinical complications that may occur during a surgical procedure besides techniques we can use to minimize risks. I will also be talking about the cicatrization process which is as important as the technique for the overall success of the procedure.

Introducción

La cirugía oral así como todas las especialidades médicas conllevan un riesgo en todos sus procedimientos. Dentro de todos los procedimientos quirúrgicos pueden presentarse complicaciones de diferente tipo.

Las causas para que se den estas complicaciones en cirugía oral pueden ser, el estado general del paciente, errores de diagnóstico, malas indicaciones, mal uso del instrumental, aplicaciones de fuerzas excesivas, no visualización del campo operatorio, entre otras.

Las complicaciones pueden ser manejadas y resueltas, siempre y cuando el operador tenga claro el problema suscitado y disponga de las soluciones para las condiciones que generaron el problema.

Las complicaciones pueden ser pre, trans. o post operatorias como infecciones y fracturas.

Lo fundamental para tratar de limitar las posibles complicaciones es, saber la anatomía de la región donde vamos a operar, tener una buena técnica anestésica y quirúrgica, explicar bien al paciente cuales van a ser los cuidados postoperatorios, hacer seguimiento y casuística para documentar cada caso.

El presente documento busca dar a conocer dos procedimientos ejecutados en dos pacientes diferentes con el propósito de solucionar las complicaciones postextracción presentadas en ellos.

Planteamiento del problema:

El procedimiento quirúrgico de extracción de terceros molares es un procedimiento invasivo, donde pese a los cuidados tomados en cuenta, pueden suceder problemas que conllevan alteraciones que merecen un manejo, así el primer caso clínico relata la atención a una paciente de 18 años de edad de sexo femenino que acude a la consulta odontológica refiriendo dolor en la zona posterior de la boca, tanto en el maxilar superior como en el inferior. Se observa mediante radiografía panorámica la presencia de terceros molares y como plan de tratamiento se planifica la extracción de los mismos, donde se lleva a cabo la cirugía y durante la misma, la pieza numero 28 desaparece. Se realiza una radiografía panorámica y se observa que dicha pieza se encuentra retenida en la tuberosidad del maxilar superior, cerca de la fosa pterigopalatina. La paciente no refiere sintomatología alguna sino hasta varios meses después, donde manifiesta dolor de la pieza en cuestión.

Se realiza una tomografía de senos paranasales y se diagnostica sinusitis debido a que todo el seno maxilar izquierdo se encuentra tapado.

El segundo caso clínico relata la atención a un paciente de 30 años de edad de sexo masculino acude a la consulta refiriendo dolor de los terceros molares, se realiza una radiografía panorámica y como plan de tratamiento se decide extraer dichas piezas.

Se realiza la cirugía y se extraen los cuatro terceros molares sin ninguna novedad aparentemente.

Semanas después el paciente refiere que cuando toma líquidos, estos se pasan a la nariz. Refiere también un mal sabor de boca y mal olor constante. El momento de acostarse siente una gran congestión del lado izquierdo de la nariz, la cual no le permite descansar. A raíz de la cirugía el paciente pierde 40 libras de peso debido a que no puede ingerir alimentos del dolor que experimenta y porque su apertura bucal se encuentra limitada.

Por la sintomatología presentada por el paciente y los exámenes realizados, se diagnostica una comunicación bucosinusal.

Justificación:

Como odontólogos se hace necesario poder mejorar problemas que pueden presentarse durante procedimientos quirúrgicos habituales, a través de maniobras y procedimientos que tienen la finalidad de devolver a los pacientes un estado óptimo de salud. Esto lo conseguiremos quirúrgicamente y nos permitirá cerrar la comunicación bucosinusal, eliminando el paso de líquidos desde la cavidad oral hacia la nariz y con ello eliminar el mal olor que percibe el paciente. Devolviendo al paciente la apertura bucal normal. Concluir con el procedimiento quirúrgico extrayendo la pieza causante del problema y con ello eliminar la sinusitis encontrada en los dos pacientes sujetos de los casos clínicos relatados en este documento.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANATOMIA DE LA ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR Y ANATOMIA DEL SENO MAXILAR

2.1.1 ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR

Incluye la porción del maxilar que se desarrolla posteriormente a la fosa canina. En la compaginación ósea, la estructura anatómica está representada por el seno maxilar, que más adelante será expuesto. *(Chiapasco, 2009)*

2.1.2 Vertiente vestibular

En las porciones más posteriores del maxilar las estructuras están representadas por: conducto de Stenon, bolsa adiposa de Bichat, fosa pterigoidea palatina. El conducto de Stenon, después de haber emergido a partir del parénquima glandular parotídeo, corre anteriormente hasta el margen anterior del musculo masetero, entre el tercio medio y el tercio superior. La bolsa de Bichat es una pequeña masa de tejido adiposo ubicada en un espacio contenido entre los músculos maseteros y buccinador, en la región de la mejilla a nivel de los molares. *(Chiapasco, 2009)*

La fosa pterigopalatina es un espacio comprendido entre la tuberosidad del hueso maxilar hacia adelante y la cara anterior del proceso pterigoideo hacia atrás. (*Chiapasco, 2009*).

Tiene la forma de una pirámide con ápice inferior o gota de agua invertida, cuyas paredes son:

- *Pared anterior*, formada por la tuberosidad del hueso maxilar, que corresponde con la pared posterior del seno maxilar. Esta pared presenta los agujeros alveolares superiores posteriores que dan paso a los nervios y a las arterias homónimas.
- *Pared posterior*, formada por la cara anterior del proceso pterigoideo. Por esta pared y a través del agujero redondo pasa el nervio maxilar que entra en la fosa.
- *Pared lateral*, constituida por la fisura pterigomaxilar que pone en comunicación esta fosa con la fosa infratemporal. (*Chiapasco, 2009*)

El contenido principal de la fosa pterigopalatina está representada por el nervio maxilar, por la arteria maxilar y por sus ramas, a partir del plexo venoso pterigoideo. (*Chiapasco, 2009*)

El nervio maxilar después de haber dejado la base craneal atraviesa la fosa en dirección horizontal, cerca de la bóveda, por encima de la arteria maxilar, y emite gran parte de las ramas que recogen la sensibilidad del maxilar superior, de las piezas dentarias, de las mucosas de revestimiento. La arteria maxilar interna, después de haber atravesado la fosa infratemporal, finaliza en la fosa pterigopalatina. La arteria maxilar y sus ramas, vascularizan el maxilar superior, la mandíbula, los dientes, el paladar, los músculos masticatorios y parte de las cavidades nasales. (*Chiapasco, 2009*)

El plexo venoso pterigoideo representa la vía de drenaje hemático del territorio irrigado por la arteria maxilar interna. La lesión de la arteria maxilar interna puede provocar una grave hemorragia que puede necesitar la ligadura de la carótida externa. (*Chiapasco, 2009*)

2.1.3 Paladar

Pueden ser diferenciadas dos áreas: paladar duro y paladar blando. El paladar blando presenta los siguientes planos anatómicos: plano mucoso oral, submucoso, muscular y de la aponeurosis palatina, plano mucoso faríngeo. El paladar duro presenta los siguientes planos anatómicos: plano mucoso, submucoso, subperiostico y esquelético. El plano mucoso no presenta detalles de importancia. En el plano submucoso están contenidas numerosas glándulas salivales menores, por otra parte, están contenidas las estructuras neurovasculares. (*Chiapasco, 2009*)

2.1.4 SENO MAXILAR

El seno maxilar, llamado también como antro de Highmore, el más grande de los senos paranasales, es una cavidad anfractuosa situada en el interior del hueso maxilar, en la apófisis piramidal de este. De dimensiones variables, generalmente con la forma de una pirámide triangular que puede presentar extensiones o prolongaciones más o menos importantes. Presenta tres paredes o caras, una base y un vértice. (*Montilla, 2007*).

La pared superior u orbitaria, que es muy delgada, corresponde al suelo de la órbita, presentando una eminencia delgada de atrás hacia delante, determinada por el canal y el conducto infraorbitario, donde está situado el nervio con el mismo nombre. En la pared anterior, igualmente muy delgada,

es convexa, correspondiendo esta convexidad a la concavidad de la fosa canina. En el espesor de esta pared se encuentra el conducto dentario anterior y superior que contienen los nervios homónimos. La pared posterior o pterigomaxilar que corresponde a la fosa pterigomaxilar y la tuberosidad maxilar, se encuentran los conductos y los nervios dentarios posteriores. (Montilla, 2007).

La base de la pirámide está constituida por una delgada lámina ósea, relacionada directamente con la fosa nasal, la parte superior con el meato medio y la inferior con el meato inferior. En la parte superior está colocado el *ostium maxilare*, que es la comunicación natural de esta cavidad con las vías nasales a nivel del meato medio, y en la porción anterosuperior el seno se encuentra relacionado con el conducto lagrimal. El vértice del seno se prolonga en ocasiones dentro del hueso malar. El borde anterosuperior está formado por el piso anterior de la órbita y el reborde infraorbitario. (Montilla, 2007).

El borde anteroinferior, llamado comúnmente piso del seno, está constituido interiormente por un canal ancho donde hacen prominencia las raíces de los dientes superiores, estando su ápice normalmente separado de la cavidad sinusal por 2mm de tejido óseo. Sin embargo, en algunos casos esta separación puede ser mucho menor e inclusive estar el ápice directamente en esta cavidad, cubierta solo por la mucosa sinusal. La mucosa que tapiza las paredes de esta cavidad está constituida por un epitelio ciliado muy fino y por una capa conjuntiva rica en glándulas mucosas, punto de origen de posibles quistes glandulares o mucocelos. (Montilla, 2007).

2.1.5 Función del seno maxilar

Los senos paranasales tienen cuatro funciones:

Respiratoria, al mantener una reserva de aire caliente para el funcionamiento ideal del aparato naso – laríngeo – pulmonar. El aire que hace un remolino al pasar por los cornetes es calentado. (Montilla, 2007).

Vocal, por la presencia de cámaras de resonancia destinadas a sostener y amplificar la emisión del sonido laríngeo. (Montilla, 2007).

Por otra parte es importante para disminuir el peso de los huesos faciales al resultar hueca la arquitectura de estos. El seno maxilar forma parte de dos pilares de resistencia en la arquitectura facial. (Montilla, 2007).

2.2 INFECCIONES ODONTOGENICAS, COMUNICACIONES BUCOSINUSALES Y SINUSITIS

2.2.1 INFECCIONES ODONTOGENICAS

Las infecciones cervico – faciales odontogénicas son aquellas que tienen por origen el diente o sus estructuras de soporte. Estas infecciones siguen siendo, una importante causa de morbilidad y de demanda sanitaria entre la población, siendo la causa más frecuente la inflamación de cara y cuello. La cavidad oral no constituye un medio estéril libre de microorganismos colonizadores. En la boca se encuentra de forma normal una serie de microorganismos que constituyen la flora oral normal. *(Vila, 2008)*.

Dichos microorganismos establecen, en condiciones normales, una relación de equilibrio con los mecanismos defensivos del ser humano sin provocar infección de ningún tipo. Sin embargo, en determinadas circunstancias, dicho equilibrio se rompe, permitiendo a estos microorganismos comportarse como agentes patógenos, dando lugar a la aparición de infecciones. Las infecciones odontogénicas suelen ser infecciones bacterianas, aunque pueden ser causadas también por otros agentes como hongos, levaduras, protozoos y virus. *(Vila, 2008)*.

En general se puede decir que estas infecciones suelen ser polimicrobianas (en las que se aísla más de una especie bacteriana como causante de la infección) y mixtas (en las que se produce la coexistencia de bacterias aerobias y anaerobias). La infección supone una pérdida del equilibrio entre los agentes invasivos patógenos y las defensas de nuestro organismo. Los factores que influyen en dicho equilibrio pueden dividirse en factores del germen y factores del huésped. El juego entre estos factores da la condición aguda o crónica de las infecciones. *(Vila, 2008)*.

Los relacionados con el germen, a su vez pueden dividirse en dos grupos:

- La cantidad de bacterias presentes en el foco de infección (a mayor cantidad de bacterias, mayor riesgo de aparición de un proceso patológico).
- Los relacionados con el huésped son los mecanismos defensivos del organismo contra cualquier tipo de infección, y a su vez pueden dividirse en inespecíficos y mecanismos de respuesta específica. (*Vila, 2008*).

La infección odontogénica tiene su origen en el diente. La entidad más característica es la caries dental. Una vez que la infección ha alcanzado la pulpa dental, se produce una pulpitis aguda. Si la infección no se controla en este punto, avanza hasta alcanzar el periapice, dando lugar a una periodontitis apical. La periodontitis apical puede progresar dando lugar a un acumulo de pus a nivel del periodonto (absceso apical agudo), y posteriormente a una diseminación de la infección a través del hueso alveolar, periostio y finalmente de tejidos blandos de la cara y cuello (celulitis o flemones) que se acompañan de los elementos comunes de la inflamación: dolor, calor, enrojecimiento, edema y tumefacción). En último término se produciría pus, dando lugar a la formación de abscesos, que en principio se caracterizan por un empastamiento de las zonas afectadas. (*Vila, 2008*).

Ya en fase flemonosa es bastante frecuente encontrar junto a las manifestaciones locales de infección, manifestaciones sistémicas, como fiebre y malestar generalizado. La infección siempre va a viajar por las zonas de menor resistencia. Esta difusión se va a dar a los espacios o regiones anatómicas de la cara y cuello, superficiales o profundos e incluso al mediastino. (*Vila, 2008*).

Podemos clasificar esta situación, de la siguiente manera:

Espacios bucales:

- Vestíbulo bucal.
- Palatino.
- Sublingual. (*Vila, 2008*).

Espacios cervico – maxilofaciales superficiales:

- Canino.
- Geniano.
- Mentoniano.
- Temporal superficial. (*Vila, 2008*).

Espacios cervico – maxilofaciales profundos:

- Paramandibular.
- Temporal profundo.
- Zigomático.
- Maseterino.
- Pterigomandibular.
- Submentoniano.
- Submaxilar.
- Parotídeo.
- De la lengua.
- Laríngeo: lateral o parafaríngeo.
- Prevertebral o retrofaríngeo. (*Vila, 2008*).

2.2.2 COMUNICACIONES BUCOSINUSALES

El seno maxilar ocupa todo el cuerpo del hueso maxilar. Sufre durante toda la vida un proceso de expansión progresiva. A pesar de la gran variabilidad interindividual, el seno tiende a desarrollarse hacia abajo en dirección del proceso alveolar. Esta situación anatómica puede implicar un riesgo, durante las intervenciones quirúrgicas de esta área, crear una comunicación entre la cavidad oral y el seno maxilar (y en consecuencia con la nariz), situación que puede llevar, si no es tratada adecuadamente, a la aparición de una serie de signos y síntomas y a la infección del seno, por el desequilibrio de dos floras bacterianas distintas. Las comunicaciones bucosinuales pueden ser subdivididas en iatrogénicas y no iatrogénicas. (*Chiapasco, 2009*).

Otras causas pueden estar asociadas a patologías como anomalías del desarrollo, fisuras palatinas con comunicación, enfermedades infecciosas: ya sea de origen dentario como un granuloma o un absceso periapical; origen sinusal por una sinusitis aguda o crónica; por osteítis u osteomielitis; o por infecciones específicas. Patología quística, crecimiento progresivo de quistes sinusales o de quistes odontogénicos maxilares que pueden destruir estructuras óseas. (*Kwon, 2003*).

Patología tumoral, el carcinoma epidermoide gingival con extensión sinusal y el granuloma maligno centrofacial. Enfermedades óseas, producen secuestros óseos, pueden dar lugar a fístulas bucoantrales residuales al efectuar su exéresis. Sida y fístulas bucosinuales como complicación de la enfermedad periodontal. (*Kwon, 2003*).

Cuando una comunicación bucosinusal es reciente sus bordes son edematosos y tumefactos, por lo que su cicatrización espontánea depende de la existencia de un coágulo normal, estable y no infectado, de que este pueda recubrirse con el epitelio ciliado de la mucosa sinusal, del epitelio

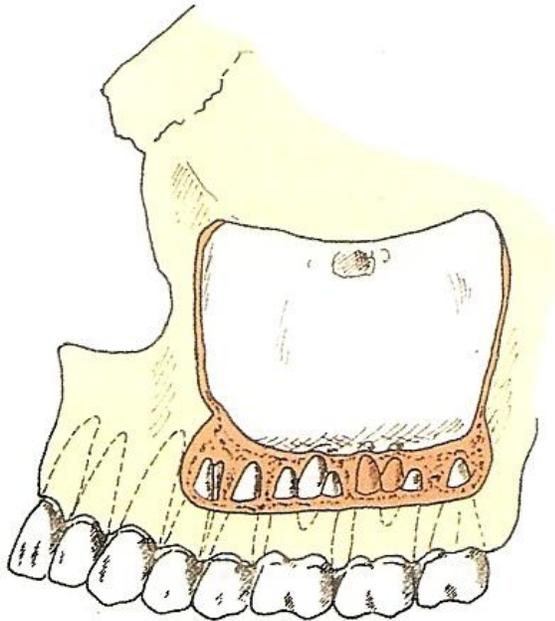
escamoso de la mucosa bucal y de la longitud de la comunicación. La comunicación debe ser menor que el diámetro de la pieza extraída (*Escoda, 1999*).

2.2.2.1 COMUNICACIONES IATROGENICAS

Representan la gran mayoría de las comunicaciones, pueden ser consecuencia de errores técnicos del operador y representar un evento relacionado con la especial situación anatómica de contigüidad entre el reparo patológico a ser removido y el seno. Pueden producirse de acuerdo a varios sucesos. (*Chiapasco, 2009*).

1. Extracción de piezas dentarias erupcionadas en los sectores laterales posteriores del maxilar superior. Los dientes que pueden tener raíces en relación con el seno maxilar son sobre todo los primeros y los segundos molares, siguen los terceros molares, los premolares y por último, los caninos. La comunicación bucosinusal se produce con mayor frecuencia en el caso de raíces largas y divergentes. (Fig.1-2)
2. Extracción quirúrgica de dientes incluidos, especialmente terceros molares.
3. Dislocación de raíces o dientes en el seno maxilar (en este caso, el evento siempre se relaciona con un error técnico). (Fig.1-2)
4. Remoción de neoformaciones benignas como, odontomas u otros tumores odontogenos y no odontogenos en relación directa con la mucosa sinusal.

5. Preparación de zonas implantares en los sectores posterolaterales del maxilar (también se relaciona con un error técnico, causado por una evaluación inapropiada del espacio entre el margen alveolar y el piso del seno). (*Chiapasco, 2009*).



- **Fig. 1 Relación de las raíces en el seno maxilar.** Fuente: Montilla, (2007)

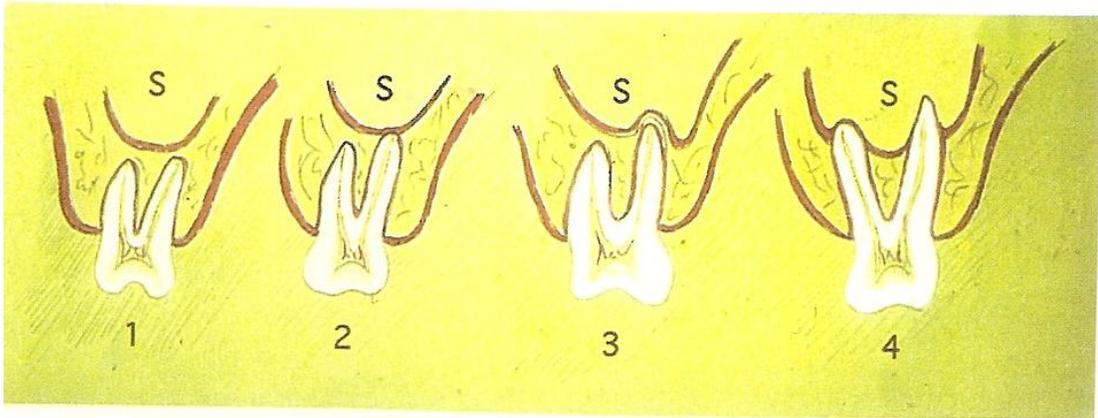


Fig.2 Clasificación de raíces en relación al seno maxilar Fuente: Montilla, (2007)

2.2.2.2 COMUNICACIONES NO IATROGENICAS

Por lo general, son la consecuencia de trauma que ha determinado, por ejemplo, la extracción traumática de piezas dentarias y del proceso alveolar. También pueden relacionarse con fenómenos sépticos del seno maxilar que pueden crear una comunicación después de la fistulización espontánea del seno. (Chiapasco, 2009).

En base a la zona, las comunicaciones pueden dividirse en, comunicaciones alveolo – sinusales, comunicaciones palatino – sinusales y comunicaciones vestíbulo – sinusales. En base a la histología, las comunicaciones pueden diferenciarse en tres cuadros diferentes, comunicaciones oroantrales, fistulas oroantrales y pseudopolipos sinusales. (Chiapasco, 2009).

Comunicaciones oroantrales: Se caracterizan por la presencia de una vía entre cavidad oral y seno sin revestimiento epitelial en la misma. Representa la fase inicial del proceso patológico y son aun susceptibles a la **cicatrización espontánea.** (Chiapasco, 2009)

Fistulas oroantrales: Están representadas por una vía recubierta por epitelio, que se origina a partir de la mucosa oral y de la mucosa sinusal, y que impide, si no son tratadas, la cicatrización espontánea. Representan la fase más avanzada del proceso patológico. (*Chiapasco, 2009*).

Pseudopolipos sinusales: Se forman después de la extroflexión de la mucosa sinusal a través de la comunicación. Por lo general, se producen después de comunicaciones muy amplias acompañadas por una infección crónica del antro. (*Chiapasco, 2009*).

2.2.3 ESTUDIOS DIAGNOSTICOS

Las comunicaciones oroantrales no tratadas quirúrgicamente pueden tener diferente tipo de desarrollo, que son determinados tanto por las dimensiones de la comunicación como el grado de infección secundaria del seno maxilar. Como regla general, las comunicaciones de origen traumático y de pequeñas dimensiones, pueden también resolverse espontáneamente. En el caso de comunicaciones más amplias, la probabilidad de cicatrización espontánea disminuye. Por tanto dependen de la extensión, la bacteremia y arquitectura tisular. (*Chiapasco, 2009*).

Las maniobras a ser efectuadas para diagnosticar una comunicación oroantral son enumeradas a continuación.

Inspección: Las comunicaciones limitadas pueden no ser inmediatamente visibles, al contrario de las amplias. La utilización de un espejo odontológico

puede ser de ayuda como también el sondeo cuidadoso con un instrumento romo.

Aspiración: Colocando la punta de una cánula de aspiración en la comunicación es posible advertir un ruido sordo y amplificado debido al flujo de aire creado en el interior del seno maxilar.

Irrigación: La irrigación de la zona operatoria al finalizar la intervención es advertida por el paciente con el paso de líquido hacia la nariz.

Maniobra de Valsalva: Esta maniobra, determinando un aumento de la presión aérea intrasínusal, en el caso de comunicación se manifiesta bajo la forma de pequeñas burbujas a nivel de la solución de continuidad entre cavidad oral y seno. (*Chiapasco, 2009*).

En ausencia de infección declarada, el estudio extraoral puede no evidenciar nada anómalo. Solo en el caso de sinusitis puede aparecer tumefacción de la región paranasal o de la mejilla asociada con dolor, enrojecimiento, etc. (*Chiapasco, 2009*).

Las comunicaciones orosinusales presentan una sintomatología muy variable, en relación con la duración del proceso y las dimensiones de la comunicación. Los síntomas pueden ser inmediatos o se pueden manifestar después de cierto tiempo de la producción de la lesión. Los síntomas típicos consisten en la sensación de paso de aire o líquido entre cavidad oral y nasal. Normalmente el dolor está ausente a menos que estén presentes patologías inflamatorias agudas de la mucosa del seno. (*Chiapasco, 2009*).

Radiológicamente la comunicación luce como una discontinuidad del piso del antro (signo no siempre presente), acompañada de una menor radiolucidez del mismo cuando está presente una reacción inflamatoria de la mucosa o una recolección purulenta. Existen diferentes tipos de radiografías para determinar si existe o no una comunicación. (*Chiapasco, 2009*).

Radiografía intraoral es la radiografía más utilizada para las comunicaciones postextractivas, pero ofrece un campo limitado.

Una imagen en conjunto puede ser mejor suministrada por la **radiografía panorámica**.

Por último, para una evaluación detallada y tridimensional, la **tomografía computarizada** es el instrumento ideal, especialmente en los casos complejos con infección sinusal. (*Chiapasco, 2009*).

2.2.4 TRATAMIENTO DE COMUNICACIONES BS.

Según (*Chiapasco, 2009*) el tratamiento se diversifica de acuerdo con:

- Amplitud de la comunicación.
- Epitelización o no de la comunicación.
- Presencia o ausencia de infección sinusal.

Como ya se mencionó, las comunicaciones de dimensiones limitadas, pueden presentar una cicatrización espontánea en la mayoría de los casos. (*Chiapasco, 2009*).

En presencia de comunicaciones amplias, se debe proceder con el cierre quirúrgico de la lesión mediante colgajos locales de rotación o de desplazamiento.

Los colgajos más utilizados son:

- Colgajo vestibular.
- Colgajo palatino (No en la actualidad).

Colgajo vestibular junto con un colgajo palatino. (*Chiapasco, 2009*).

2.2.5 SINUSITIS

Definición

La inflamación del seno maxilar se denomina sinusitis maxilar. Puede presentarse como una sinusitis aguda supurada o como una inflamación crónica con un marcado engrosamiento epitelial o con formaciones poliposas. (*Sailer, 1997*).

La sinusitis odontogena, se presenta en un tercio de los casos de inflamación de esta cavidad. Esta inflamación proviene generalmente del primer molar, le sigue en frecuencia el segundo molar, luego el segundo premolar, primer premolar y por último el canino y tercer molar. Las aperturas accidentales del seno maxilar, durante una exodoncia o un acto quirúrgico si no es atendida correctamente van a ser causa indiscutible de una sinusitis por la penetración de detritus alimenticia y microorganismos de la cavidad bucal. Igualmente se puede producir, si durante la exodoncia ha penetrado un ápice dentario no detectado, en el seno. (*Montilla, 2007*).

Clasificación:

En este sentido, se pueden producir tres tipos de sinusitis maxilar:

Sinusitis exudativa: Es un estado inflamatorio donde la mucosa sinusal, engrosada, edematizada y eritematosa, exuda una gran cantidad de moco purulento (sinusitis odontogena).

Sinusitis catarral: En este caso, la mucosa sinusal inflamada y edematosa, exuda gran cantidad de moco. Este tipo de sinusitis se presenta generalmente en las de origen rinogeno, estando, por lo menos al comienzo, siempre relacionada con una rinitis.

Sinusitis hiperplásica productiva: Este tipo de sinusitis que suele ser la consecuencia de la forma exudativa, si el cuadro es de larga duración, se caracteriza por la formación de crecimientos poliposos que pueden llegar a llenar completamente el espacio del antro y salirse por el ostium maxilare o por un alveolo dental cuando existe una comunicación bucosinusal. (Montilla, 2007).

La sinusitis de etiología odontogena siempre son productoras de pus (piógenas), en cambio las rinogenas exudan moco en la mayoría de los casos, pudiendo más adelante transformarse en una sinusitis purulenta. (Montilla, 2007).

La sinusitis odontogena aguda se manifiesta mediante dolores irradiados del maxilar hacia la frente y los dientes. Catarro nasal purulento de mal olor, malestar general y fiebre. La sinusitis odontogena crónica, por su silencio sintomático no suele ser detectada clínicamente. Vagos dolores faciales pueden levantar una sospecha, siendo el hallazgo radiográfico el que determina su existencia. (Montilla, 2007).

La sinusitis de los maxilares y los empiemas pueden difundirse hacia las regiones vecinas, produciendo procesos infecciosos con acumulaciones purulentas en los espacios y regiones perimaxilares, siendo igualmente posible la difusión infecciosa hacia las celdillas etmoidales. Complicaciones intracraneales como abscesos extra o subdurales, meningitis, absceso cerebral y una tromboflebitis de los senos cavernosos son sumamente raros y solo se van a presentar en personas severamente inmunodeprimidas o con graves enfermedades sistémicas. *(Montilla, 2007)*.

La anamnesis y el examen clínico es importante para determinar si el cuadro inflamatorio es rinogeno o proviene del sistema dentario. En examen integral de los dientes superiores se efectúa clínicamente y por medio de radiografías periapicales, siendo este examen determinante para diferenciar la etiología de la sinusitis. *(Montilla, 2007)*.

El tratamiento de las sinusitis maxilares odontogenas es siempre quirúrgico. Tratamientos conservadores con antibióticos y con otros medicamentos, instilaciones nasales con vasoconstrictores, lavados de seno, solo son efectivos en las sinusitis crónicas rinogenas no poliposas. *(Montilla, 2007)*.

2.3 PRINCIPIOS DE TECNICA QUIRURGICA Y TECNICA ANESTESICA

Para efectuar una intervención quirúrgica se requiere del conocimiento de una serie de reglas fundamentales, iguales para todas las especialidades quirúrgicas. Así mismo existen un número variado de instrumentos utilizados en todas estas disciplinas. Como también instrumentos propios para la cirugía bucal y de los maxilares. *(Montilla, 2007)*.

2.3.1 INSTRUMENTAL BASICO DE CIRUGIA

Los separadores son instrumentos que se utilizan para lograr una buena visibilidad y acceso al campo de trabajo. Los separadores romos de mejillas y labios, se utilizan para estas partes anatómicas con el fin de intervenir en la cavidad bucal. Los separadores de heridas de punta roma, están diseñados para separar del hueso los colgajos blandos cuando se va a efectuar una osteotomía. Los separadores romos de doble punta, se recomienda para separar las partes blandas a nivel de la línea media del maxilar superior, colocándolo a cada lado de la espina nasal anterior. Las herinas son separadores de varias puntas agudas que se utilizan para los labios de una herida. Las herinas de una sola punta, en forma de gancho, pueden ser utilizadas para sostener colgajos mucosos pequeños, siendo muy útiles para suturar incisiones de la piel. *(Montilla, 2007)*.

El bisturí o escalpelo se usa para incidir los tejidos. Este instrumento se encuentra con mangos de diferentes tipos y con hojas intercambiables para un solo uso. (Montilla, 2007).

Las tijeras de punta roma son adecuadas para la disección roma de partes blandas, al introducirlas entre los diferentes planos tisulares y abriéndola convenientemente se obtiene la separación de los diferentes planos. Las tijeras de punta aguda están especialmente indicadas para cortar los bordes de una herida, para retirar puntos de sutura y para seccionar las partes blandas con especial cuidado. (Montilla, 2007).

La pinza anatómica se caracteriza por tener su superficie de agarre transversalmente estriada; está indicada más que todo para el agarre de gasas, torundas, etc. No se debe tomar tejidos con esta pinza por ser demasiada traumática. La pinza quirúrgica tiene sus extremos activos, varios “dientes” puntiagudos, para el sostén de los tejidos sin producir mayor daño en estos. Vienen de diferentes tamaños y espesores, siendo las largas y finas las más indicadas para ser usadas dentro de la cavidad bucal. Las de parte activa corta son adecuadas para suturar la piel. Las pinzas hemostáticas se utilizan para pinzar vasos sangrantes. Las pinzas de campo se utilizan para sostener los campos operatorios; estas tienen puntas agudas y sistema de forcipresion. Las pinzas de sujeción se usan para sostener porciones de tejidos, etc. (Montilla, 2007).

Los elevadores o botadores se utilizan en muchas ocasiones para la extracción de restos radiculares y también para realizar el movimiento de luxación de los dientes tanto en la arcada superior como inferior antes de iniciar la exodoncia con los fórceps. El fórceps de extracción es el

instrumento utilizado para la exodoncia dentaria. En función de la arcada nos encontramos con fórceps para la arcada superior y fórceps para la arcada inferior. (Kwon, 2003).

2.3.2 PLAN DE TRATAMIENTO

Representan el momento en que vemos y tratamos al paciente y se dividen en preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio. (Kwon, 2003).

2.3.2.1 PREOPERATORIO:

Es el momento desde que se decide la intervención quirúrgica hasta que se realiza, y puede durar meses, semanas, días, horas o minutos. Puede ser inmediato o mediato. (Kwon, 2003).

Inmediato: Puede ser 24 horas antes. Emergencia: Con tiempo sólo para realizar exámenes como tipo de sangre, hemograma. Urgencia: Hay que intervenir isofacto, no hay tiempo para exámenes. Sucede por ejemplo cuando producto de un traumatismo el paciente tiene dificultad respiratoria por obstrucción.

Mediato o Programable: En este tiempo cuando dura más de 24 horas debemos realizar una adecuada historia clínica, exámenes complementarios, interconsultas odontológicas o médicas (si existen enfermedades o problemas asociados), e indicaciones de farmacoterapia (antibióticos profilácticos, antiinflamatorios, dietas). Es fundamental llevar al paciente en

las mejores condiciones locales y sistémicas al acto quirúrgico y valorar beneficio-perjuicio. (Kwon, 2003).

2.3.2.2 TIEMPOS QUIRURGICOS:

Es el momento o tiempo que dura la intervención quirúrgica. Se divide en:

1. *Diéresis*: Consiste en incisión y levantamiento de colgajo, para lo que usamos:

Incisión: Bisturí. Los cortes deben ser en un solo trazo e incluir, mucosa y periostio. (Kwon, 2003).

Levantamiento de colgajo: Se realiza por medio de sindesmótomo o periostótomo. Se debe incluir en el colgajo periostio y mucosa, y tratar de no desgarrar. El instrumental debe tener un borde activo cortante. (Kwon, 2003).

2. *Cirugía*: Es el acto operatorio propiamente dicho y se divide en osteotomía, odontosección y extracción. (Kwon, 2003).

Osteotomía: O corte de hueso, se realiza para separar el diente del tejido óseo. Cuando se realiza el corte y retirada de hueso se llama ostectomía. Para este fin se utiliza fresa quirúrgica de carburo que es para micromotor. Este procedimiento debe ir acompañado de suero fisiológico estéril por irrigación y un buen succionador. (Kwon, 2003).

Odontosección: O corte de diente, se realiza para dividir al órgano dentario y facilitar su extracción. Se utiliza fresa de carburo acompañado de irrigación constante. (Kwon, 2003).

Extracción: Se realiza previa la luxación con elevadores y extracción.

Se utilizan elevadores rectos (finos y anchos y acanalados), curvos (derecho e izquierdo) y fórceps. (Kwon, 2003).

3. *Síntesis:* O reposición del colgajo por medio de la sutura. Se utiliza porta aguja, pinza anatómica y sutura. (Kwon, 2003).

2.3.2.3 POSTOPERATORIO:

Puede ser inmediato o mediato.

Inmediato: Desde que termina la intervención hasta 72 horas.

En este tiempo hay que controlar el proceso inflamatorio y el sangrado. La antibioticoterapia debe administrarse dependiendo de la infección previa así como de los hábitos de higiene del paciente. Debemos recomendar mantener gasa durante 20 min, evitar esfuerzos físicos 72 horas, aplicar compresas frías solo las primeras 24 horas. (Kwon, 2003).

Mediato: Es el tiempo que transcurre después de las 72 horas. En este tiempo hay que controlar la aparición de la infección. Debemos realizar un hemograma y radiografía de control post quirúrgico, retirar suturar, lavado de alveolo con suero fisiológico. Observar los signos y síntomas después de un mes. (Kwon, 2003).

2.3.3 TECNICA ANESTESICA

La anestesia local produce una eliminación periférica, pero reversible, de las sensaciones dolorosas por medio de un bloqueo de los receptores del dolor o bien por la interrupción de la conducción nerviosa de un nervio. (Montilla, 2007).

2.3.3.1 ANESTESICOS LOCALES

Los anestésicos locales, como solución compuesta, frenan la excitabilidad de las fibras nerviosas y la de sus terminaciones. Estas sustancias hidrosolubles solo pueden actuar al atravesar los lipoides del tejido nervioso, por lo que deben ser al mismo tiempo liposolubles. Los anestésicos actúan al ser fijados químicamente a la membrana de las células nerviosas, bloqueando la permeabilidad de esta a los iones de sodio y potasio. *(Montilla, 2007)*.

Para la aplicación de anestésicos locales se pueden usar jeringas convencionales de material plástico desechables que vienen en un empaque individual y estéril o las jeringas metálicas para tubos (Carpule). Para ambos tipos de jeringa se usan las respectivas agujas de diferentes tamaños y grosores con su adaptador universal. Para anestesia infiltrativa se usan cortas y delgadas, debiendo ser más gruesas y largas cuando se debe colocar la solución anestésica en la profundidad de los tejidos, como en el caso de las anestесias regionales. *(Montilla, 2007)*.

2.3.3.2 PREPARACION PREANESTESICA DEL PACIENTE

La historia clínica preoperatoria. Antes de cualquier procedimiento se le debe practicar un interrogatorio al paciente, en relación a su persona, sus antecedentes tanto personales como familiares. Este procedimiento es conocido como anamnesis. Antes de la aplicación de un anestésico local, el profesional debe efectuar un interrogatorio anamnesico, para cerciorarse si el paciente sufre de algún trastorno cardiovascular, de secreción interna, de alguna distonia vegetativa o de otra índole. También se debe observar el comportamiento del paciente, su color de piel, si se ve cansado o nervioso,

se observa su respiración, si sus manos tiemblan, sobreexcitación y en mujeres si están embarazadas. *(Montilla, 2007)*.

Antes de la inyección se debe observar que la aguja este bien montada y que el embolo funcione bien. Para esto se expulsan algunas gotas de anestésico. Colocada la aguja en la submucosa, se inyectan unas gotas y se introduce la aguja cuidadosamente hasta llegar al punto final de inyección, se procede a una espiración para prevenir que la aguja este colocada en un vaso sanguíneo y se procede a depositar el anestésico. Mientras se realiza esta maniobra se observa la reacción del paciente para prevenir cualquier reacción desfavorable. Toda inyección debe ser efectuada con lentitud. Una inyección rápida es dolorosa y puede producir un accidente. *(Montilla, 2007)*.

Hay que tomar en cuenta que la inyección del anestésico local en un tejido infectado trae por consecuencia una disminución de su efecto y un aumento de su toxicidad. La anestesia local aplicada en un terreno modificado por una infección aguda, presenta siempre mayores peligros que los que pudieran presentarse durante una anestesia general con todas las reglas. *(Montilla, 2007)*.

2.3.4 NERVIOS SENSITIVOS DEL AREA MAXILOFACIAL

Las sensaciones táctiles, térmicas y dolorosas, como también parte de las sensaciones propioceptivas y algunas vegetativas, son conducidas por el quinto par craneal, el nervio trigémino. Este es el responsable de la sensibilidad de casi la totalidad de la cara mediante tres grandes troncos nerviosos provenientes del ganglio de Gasser; nervio oftálmico, nervio maxilar y nervio mandibular. *(Montilla, 2007)*.

2.3.4.1 Nervio Trigémico

El quinto par craneal es un nervio mixto con función sensitiva, motora y propioceptiva. Siendo también responsable de la función muscular masticatoria. Las neuronas sensoriales periféricas están situadas en el ganglio semilunar de Gasser que se encuentra colocado sobre la superficie cerebral del peñasco del temporal, en el cavum de Meckel, situado en la fosa craneana media. (López, 2011).

El V par emerge a nivel del bulbo raquídeo y forma el ganglio de Gasser que se asienta sobre la base del cráneo. Su primera división es la oftálmica, que se divide en sucesivas ramas como la supratroclear y la supraorbitaria, emergiendo esta última por el agujero supraorbitario. La segunda división es la maxilar que a su vez se divide en dos grandes ramas, el nervio infraorbitario y el nervio palatino mayor, las cuales se anastomosan para la inervación de la arcada superior. Ramas del nervio infraorbitario inervan la premaxila con el nervio nasopalatino. La tercera rama es la mandibular, posee dos grandes divisiones tras haber atravesado la base craneal a través del agujero oval. La primera es el nervio lingual y la segunda el nervio dentario inferior que penetra en la mandíbula inervando los dientes de la arcada inferior y sale a través del agujero mentoniano dando lugar al nervio con el mismo nombre. (López, 2011).

Técnica de anestesia:

2.3.5 ANESTESIA INFILTRATIVA

Se inyecta la solución en el tejido laxo submucoso; de allí se difunde el medicamento a través del hueso hasta alcanzar el plexo nervioso dental

correspondiente. Esto solo se consigue si la lámina dura ósea es suficientemente delgada y porosa. (Montilla, 2007).

2.3.6 ANESTESIA TRONCULAR

Llamada también anestesia conectiva o regional. Requiere de un perfecto conocimiento de la inervación sensitiva de los maxilares y del recorrido de cada uno de sus nervios. Para su aplicación se inyecta la solución anestésica en la inmediata cercanía del tronco nervioso que inerva la región que se quiere insensibilizar. De esta manera, por medio de la aplicación de pequeñas cantidades del medicamento se logra anestésiar regiones bastante extensas. (Montilla, 2007).

2.3.7 Clasificación de terceros molares

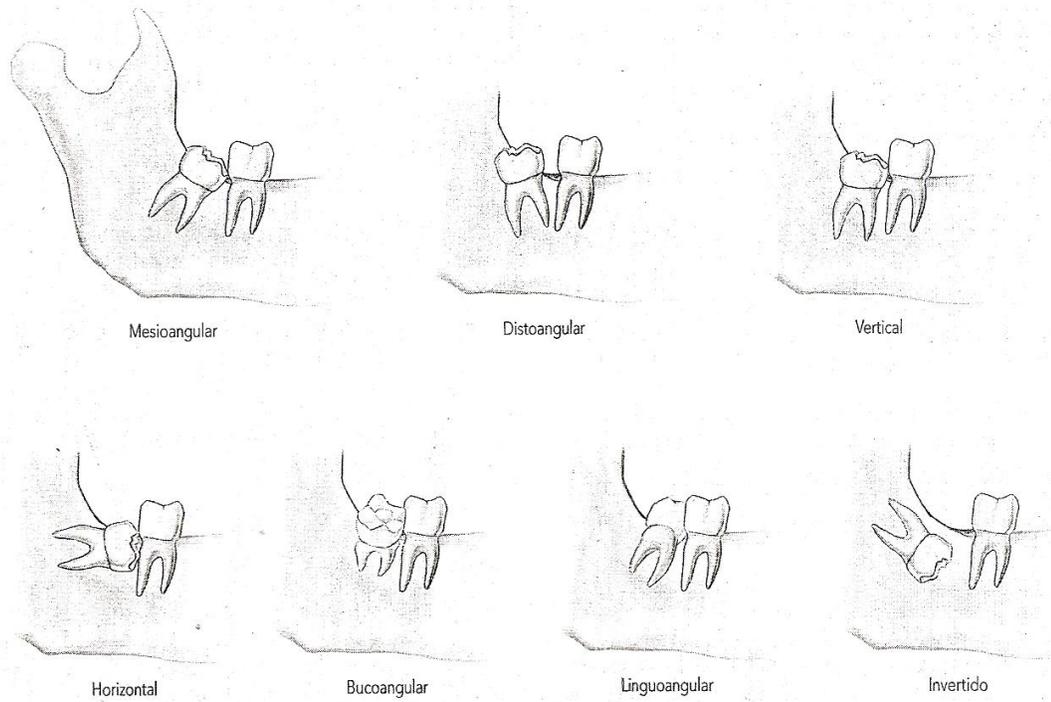
Existen varias clasificaciones de terceros molares, a continuación dos de las más utilizadas.

2.3.7.1 Clasificación de Winter (Fig. 3)

Considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo:

- Mesioangular.
- Distoangular.
- Vertical.
- Horizontal.
- Bucoangular.

- Linguoangular.
- Invertido. (*Raspall & Santana, 2006*)



- **Fig. 3 Clasificación de Winter. Fuente: Raspall & Santana, (2006)**

2.3.7.2 Clasificación de Pell y Gregory (Fig. 4)

Tiene en cuenta:

- Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular.
- Profundidad relativa del tercer molar.
- Posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar.

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 tercero.

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. (*Raspall & Santana, 2006*)

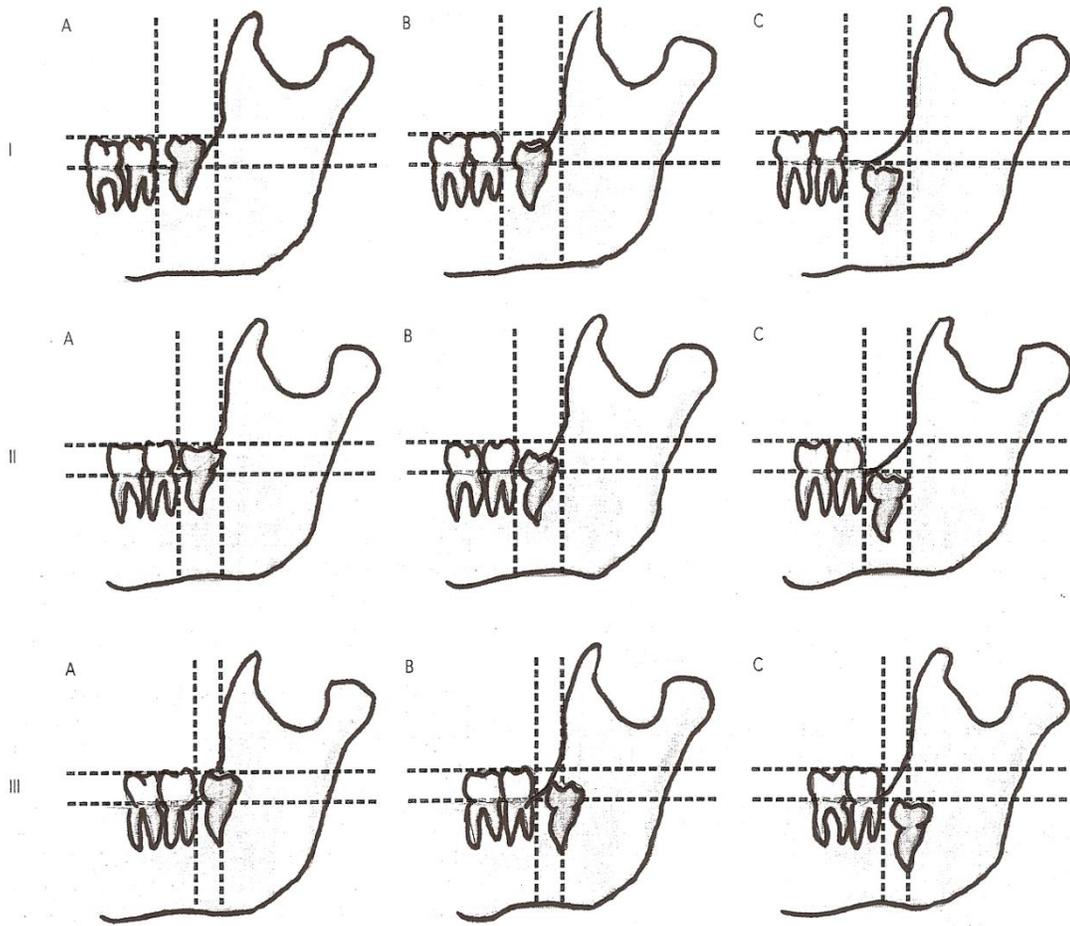


Fig. 4 Clasificación de Pell y Gregory. Fuente: Raspall & Santana, (2006).

2.4 COMPLICACIONES EN CIRUGIA ORAL

La cirugía oral es aquella parte de la cirugía que trata de resolver los problemas quirúrgicos de la cavidad oral como:

- Extracciones dentarias o restos apicales incluidos.
- Fenestraciones o tracciones de dientes retenidos.
- Extirpación de quistes maxilares
- Plastias de frenillos labiales y linguales.
- Extirpación de pequeños tumores de boca.
- Cirugía preprotésica, implantes dentarios, etc. (*Vila, 2004*).

Se define complicación en cirugía oral, como un suceso indeseable que ocurre durante o después de la intervención. Si este suceso pasa inadvertido o no es tratado correctamente, puede provocar serias consecuencias en el paciente.

Las causas más frecuentes, son debidas a:

- Estado general del paciente.
- Errores de diagnóstico.
- Mala indicación.
- Mal uso de los instrumentos.
- Aplicación de fuerzas excesivas.
- No visualización de la región operatoria, de una forma suficiente. (*Vila, 2004*).

2.4.1 FACTORES PREDISPONENTES EN RELACION AL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- *Edad avanzada*, lo que conlleva ocasionalmente una especial situación cardio – respiratoria y mayor fragilidad ósea.
- *Embarazo*, en los tres primeros meses hay la posibilidad de inducir al aborto y malformaciones. Entre los cuatro y ocho meses no hay riesgos especiales, pero la medicación debe estar de acuerdo con el ginecólogo. A partir de ocho meses, existe la posibilidad de inducción al parto prematuro.
- *Patología cardiovascular*, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardiaco, insuficiencia cardiaca, patología valvular, aortica, mitral.
- *Patología sanguínea*, enfermedades hematológicas, alteraciones de la coagulación, pacientes con tratamientos anticoagulantes.
- *Alcoholismo y drogadicción.*
- *Pacientes radiados en la zona cervico – facial.*
- *Enfermedades psiquiátricas.*
- *Enfermedades neurológicas, epilepsia*
- *Enfermedades endocrinas, diabetes.*
- *Enfermedades de tipo renal. (Vila, 2004).*

2.4.2 COMPLICACIONES INTRAORALES

Son múltiples las complicaciones que se presentan tras una cirugía.

2.4.2.1 Ligadas a la acción de la anestesia loco - regional

Accidentes primarios ligados a los anestésicos locales relacionados a

- Cantidad y calidad del anestésico utilizado.
- Falta de conocimiento de la anatomía de la región o técnica inadecuada.
- Existencia de infección o inflamación del tejido a infiltrar.
- Dolor en el área por exceso de presión, de volumen o de velocidad al realizar la técnica. (Vila, 2004).

Accidentes secundarios ligados a los anestésicos locales entre los que se destacan

- Alveolitis
- Celulitis
- Enfisema subcutáneo (Vila, 2004).

Accidentes generales ligados a los anestésicos locales entre los que se destacan

- Accidentes alérgicos.
- Shock anafiláctico.
- Dermatitis de contacto. (Vila, 2004).

2.4.2.2 Complicaciones a consecuencia directa del acto operatorio

Accidentes en relación con los dientes del tipo

- Fractura de una raíz dental que debe ser extraída. Sobretudo si hay infección.
- Luxación o fractura de dientes vecinos.
- Dientes o raíces desplazadas a espacios vecinos
- Comunicación bucosinusal por accidente en el manejo del elevador, o por desplazamiento de una raíz al seno.
- Error del diente extraído. (Vila, 2004).

Accidentes en relación con los huesos maxilares entre los que se destacan

- Fractura del hueso alveolar.
- Fractura de la tuberosidad al extraer un cordal.
- Fractura de la mandíbula.
- Luxación de la mandíbula (ATM). (Vila, 2004).

Accidentes con las partes blandas entre los que se encuentran

- Lesiones o heridas sobre la mucosa de encía, labios, lengua, mucosa palatina, suelo de boca.
- Quemaduras por roce en el labio o comisura con el instrumental rotatorio.
- Enfisema subcutáneo. (Vila, 2004).

Accidentes de los nervios entre los que se destacan

- Nervio dentario inferior: Relativamente frecuente en la extracción de un cordal inferior incluido.

- Nervio mentoniano: Puede ocurrir tras una incisión profunda vestibular o a nivel de la cresta si hay una gran atrofia ósea.
- Nervio lingual: Suele ser secundaria a una fractura de la cortical lingual mandibular, o a la sección del mismo con bisturí o con una fresa.
- Nervio nasopalatino y nervio palatino anterior. (Vila, 2004).

Accidentes vasculares del tipo

- Hemorragias o desgarros vasculares.
- Sangrado de hueso alveolar. (Vila, 2004).

2.4.3 COMPLICACIONES POST – OPERATORIAS

2.4.3.1 Hemorragias

Por causas locales

- Fractura parcial del hueso alveolar.
- Herida arterial o venosa.
- Heridas mucosas gingivales. (Vila, 2004).

Por causas generales

- Alteraciones de la coagulación, por déficit de factores sanguíneos.
- Medicación anticoagulante.
- Hematomas y equimosis. (Vila, 2004)

Fracturas

Se puede dar una fractura hasta sesenta días después del procedimiento quirúrgico, debido a las fuerzas masticatorias porque la cicatrización aún no está completa.

2.4.3.2 COMPLICACIONES SEPTICAS

Las infecciones odontogenicas hay que tratarlas adecuadamente. Primero evitarlas con profilaxis adecuada, sobretodo en casos especiales; y si ya se han producido, utilizando los medios adecuados médico – quirúrgicos, según su localización y sintomatología clínica. (*Vila, 2004*).

2.5 CICATRIZACION DE TEJIDOS BLANDOS, OSEOS Y ANTIBIOTICOS

2.5.1 CICATRIZACION MUCOSA

Los procesos de cicatrización tanto de la mucosa como de la piel pasan a través de las mismas fases, que incluyen la hemostasia, inflamación, proliferación y remodelación o maduración; sin embargo, clínicamente la mucosa se distingue de la piel en términos de una mayor rapidez y menor formación de tejido durante la cicatrización. *(Hupp, 2010)*.

Los fibroblastos juegan un papel central durante la cicatrización, incluyendo su actividad en la contracción de la herida mediante el depósito y remodelado de tejido de graduación, para con ello permitir la reepitelización. Se cree que estas diferencias se deben al diferente fenotipo de los fibroblastos presentes en la mucosa oral respecto a los de la piel. *(Hupp, 2010)*.

La cicatrización de la mucosa oral, aunque puede presentar las mismas fases de la piel, ofrecerá algunas ventajas sobre ella, entre las cuales destacan el menor tiempo y la menor formación de tejido cicatrizal. *(Hupp, 2010)*.

2.5.1.1 Cicatrización por primera intención

Es el tipo de cicatrización más deseable, para que esta ocurra, es necesario contar con una incisión nítida, así como con la posibilidad de unir los bordes de la herida, de tal manera que quedan en contacto. Ocurre cuando el tejido lesionado es suturado con precisión y limpieza, la reparación ocurre con un mínimo edema, sin infección local o abundante secreción y lo hace en un

tiempo mínimo; en esta, la producción de tejido a través de la migración celular es mucho menor que en aquella que ocurre por segunda intención. En realidad, la cicatrización por primera intención es únicamente un concepto ideal, imposible de alcanzar clínicamente; no obstante, el término suele utilizarse para designar aquellas heridas en las que los bordes se han reapproximado de forma estrecha. (Treviño, 2009).

2.5.1.2 Cicatrización por segunda intención

Ocurre cuando por alguna razón los bordes de la herida no se han puesto en contacto. En este “hueco” se produce un proceso de cicatrización que se caracteriza por ser concéntrico (desde los bordes al centro); comienza con los fenómenos primarios de exudación, autólisis, reabsorción y limpieza. (Treviño, 2009).

En estas situaciones se precisa una gran cantidad de migración epitelial, depósito de colágeno, contracción y remodelación durante la curación. Algunos ejemplos de cicatrización por segunda intención son los alveolos postextracción, fracturas mal reducidas, avulsiones de tejido blando, etc.

Algunos cirujanos utilizan el término *tercera intención* para referirse a la cicatrización de heridas que curan mediante injertos tisulares para cubrir grandes heridas y salvar el espacio entre sus márgenes. (Treviño, 2009).

2.5.2 CICATRIZACION OSEA

Los fenómenos que tienen lugar durante la cicatrización normal de una herida de las partes blandas, también se producen durante la reparación de un hueso lesionado. No obstante, a diferencia de los tejidos blandos, los osteoclastos y osteoblastos también están involucrados en la reconstitución y remodelación del tejido osificado dañado. (Hupp, 2010).

Los términos primera y segunda intención son apropiados para describir la reparación del hueso. Si el hueso se fractura y sus extremos están separados por más de 1mm, el hueso cura por segunda intención, es decir, durante la fase fibroblástica de la cicatrización se deposita una gran cantidad de colágeno para rellenar la solución de continuidad ósea. De hecho, los fibroblastos y osteoblastos producen tal cantidad de matriz fibrosa que esta se extiende de forma circunferencial más allá de la zona de fractura para formar lo que se denomina *callo óseo*. En condiciones normales el tejido fibroso se osifica, incluido el callo. Durante la fase de remodelación, el hueso que había sido producido de forma desordenada se reabsorbe por los osteoclastos, y los osteoblastos depositan de nuevo hueso destinado a resistir las tensiones de bajo grado que se aplican sobre el nuevo hueso. (Hupp, 2010).

2.5.3 FACTORES QUE ALTERAN LA CICATRIZACION

Aunque existe una gran cantidad de factores que pueden alterar la cicatrización de una herida intraoral, por ejemplo, la cantidad de trauma que se lleve a cabo, la infección, las complicaciones que pudieran surgir durante el procedimiento, tales como fractura radicular, fractura ósea, etc. (Hupp, 2010).

Dentro de todos los factores que pueden afectar a la cicatrización, encontramos que los de mayor relevancia serían el tabaquismo y el uso de bifosfonatos. (Hupp, 2010).

2.5.4 ANTIBIOTICOS

Los antibióticos son usados para combatir infecciones y actúan en diferentes sustratos de los microorganismos. A continuación, una clasificación de los mismos:

Antibióticos beta lactámicos	Inhibidores de beta lactamasas (Inhiben síntesis de pared celular)	Macrolidos (Inhiben síntesis de proteínas, subunidad 50S)	Lincosamidas (Inhiben síntesis de proteínas)	Tetraciclinas y Cloramfenicol (Inhiben síntesis de proteínas)	Quinolonas (Inhiben síntesis de ácidos nucleicos)	Nitroimidazoles
Penicilinas	Amoxicilina + Acido clavulanico	Eritromicina	Clíndamicina	Doxiciclina	Ciprofloxacina	Metronidazol
Penicilinas G	Ampicilina + sulbactam	Claritromicina				
Penicilinas V	Tazobactam	Azitromicina				
Amoxicilina						
Ampicilina						
Cefalosporinas 1era. Generación						
Cefalosporinas 2da. Generación						
Cefalosporinas 3ra. Generación						

Elaborado por: Andrés Jarrín

Objetivos Generales:

Devolver a los pacientes un estado óptimo de salud, mediante intervención quirúrgica para resolver las complicaciones suscitadas en cirugías previas, y de esta forma devolver la tranquilidad a los pacientes.

Eliminar cualquier factor que represente potencialmente una amenaza para la salud y vida de los pacientes mencionados.

Objetivos Específicos:

- Cerrar la comunicación bucosinusal y de esta forma eliminar el paso de líquidos hacia la nariz, el mal olor que refiere el paciente, mal sabor de boca y la congestión nasal permanente.
- Eliminar la sinusitis presente en los dos pacientes.
- Extraer la pieza desplazada.

CASO CLINICO 1

HISTORIA CLINICA # 2129

Datos Generales:

- **Nombres y Apellidos:** Cruz Robalino Domenica Sandra
- **Edad:** 18 años
- **Género:** Femenino
- **Ocupación:** Estudiante



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

Motivo de consulta: Paciente exige “Dolor en los terceros molares”.
Paciente refiere “Que corrijan el problema de la otra cirugía”

Enfermedad o problema actual:

Paciente toma Glucofage (Control de Insulina). Presenta hiperinsulinismo por tener quiste en los ovarios.

La paciente es sometida a cirugía de terceros molares incluidos 6 meses atrás. La cirugía es complicada por ser una muela 3C de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory. En dicha cirugía surge una complicación y el tercer molar superior izquierdo desaparece del campo operatorio y es desplazado hacia la tuberosidad del maxilar cerca de la fosa pterigopalatina. Provocando posteriormente sinusitis.

Antecedentes personales y familiares:

- AP: No refiere antecedentes
- AF: No refiere antecedentes

Signos Vitales:

- Presión arterial: 119/80
- Frecuencia cardiaca/min.: 66
- Temperatura: 37° C
- Frecuencia respiratoria: 16
- Peso: 65 Kg

Examen físico general:

- Sin patología aparente.

Examen del Sistema Estomatognático:

- Labios: Sin patología aparente.
- Mejillas: Sin patología aparente.
- Maxilar superior: Ausencia clínica de terceros molares.
- Maxilar inferior: Sin patología aparente.
- Lengua: Sin patología aparente.
- Paladar: Sin patología aparente.
- Piso: Sin patología aparente.
- Carrillos: Sin patología aparente.
- Glándulas salivales: Sin patología aparente.
- Oro faringe: Sin patología aparente.
- A.T.M.: Sin patología aparente.
- Ganglios: Sin patología aparente.

Odontograma: (Anexo)

Dientes de características normales, con restauraciones presentes.

Diagnóstico clínico:

- Placa bacteriana blanda, leve.
- Restauraciones de amalgama filtradas.
- Sin presencia de sintomatología en dientes presentes en boca.}
- Ausencia de terceros molares superiores.

Diagnostico radiográfico: (Anexo)

Presencia de un tercer molar superior desplazado hacia la tuberosidad del maxilar superior, cerca de la fosa pterigopalatina.

Diagnostico tomografico: (Anexo)

Presencia de un tercer molar superior desplazado hacia la tuberosidad del maxilar superior, cerca de la fosa pterigopalatina. Por la presencia de dicha muela, se desarrolla una sinusitis odontogena.

<i>Etapas en la Planificación del Tratamiento</i>	
<i>Resolución de Urgencias</i>	<i>No requiere</i>
<i>Control de la Infección y reinfeción bucal</i>	<i>Profilaxis</i> <i>Técnica de cepillado</i>
<i>Control del medio condicionante</i>	<i>Control de momentos de azúcar</i>
<i>Refuerzo o modificación de Huésped</i> <i>ALTA BASICA</i>	<i>No requiere</i>
<i>Control de las infecciones no resueltas como urgencias</i>	<i>Profilaxis antibiótica y control de sinusitis, fase quirúrgica</i>
<i>Rehabilitación</i>	<i>No requiere</i>
<i>ALTA INTEGRAL</i> <i>Monitoreo</i>	<i>Control 8 días postquirúrgico</i> <i>Control trimestral</i>

Elaborado por: Andrés Jarrín

Plan de tratamiento:

- El tratamiento es la extracción de dicha pieza mediante intervención quirúrgica, con anestesia local.
- Evaluación radiográfica posterior a la cirugía para constatar que la pieza fue extraída.

- Evaluación radiográfica de la paciente 6 meses después de la cirugía para comprobar que la sinusitis ha desaparecido.

Consentimiento informado:

Autorización: CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
“UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR”

HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA (ANEXO)

PLAN QUIRURGICO:

Prequirúrgico:

Previo a la cirugía se realizó estudios radiográficos y tomográficos para comprobar y determinar donde se encontraba la pieza exactamente.

Adicional a los estudios, se realizó una profilaxis antibiótica en la paciente para disminuir la carga bacteriana previa a la cirugía. Se le recetó Ampicilina + Sulbactam (Unasyn) de 750 mg cada 12 horas durante 7 días.

Transquirúrgico:

Antes de empezar la cirugía se realizó la antisepsia de la paciente, utilizando una gasa pasada por alcohol.



Elaborado por: Andrés Jarrín

La cirugía se realizó bajo anestesia infiltrativa local, empleando anestésico con vasoconstrictor. Con el uso del carpule se anestesiaron los nervios dentarios posteriores y palatinos mayores.

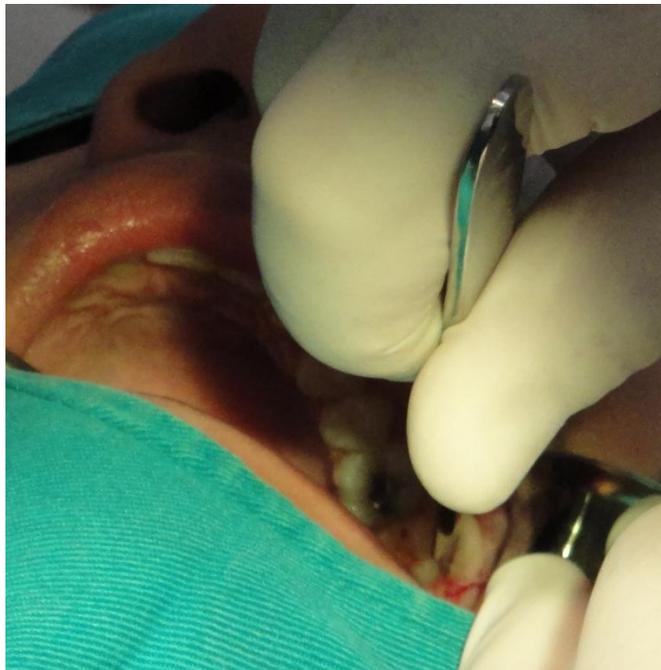


Elaborado por: Andrés Jarrín

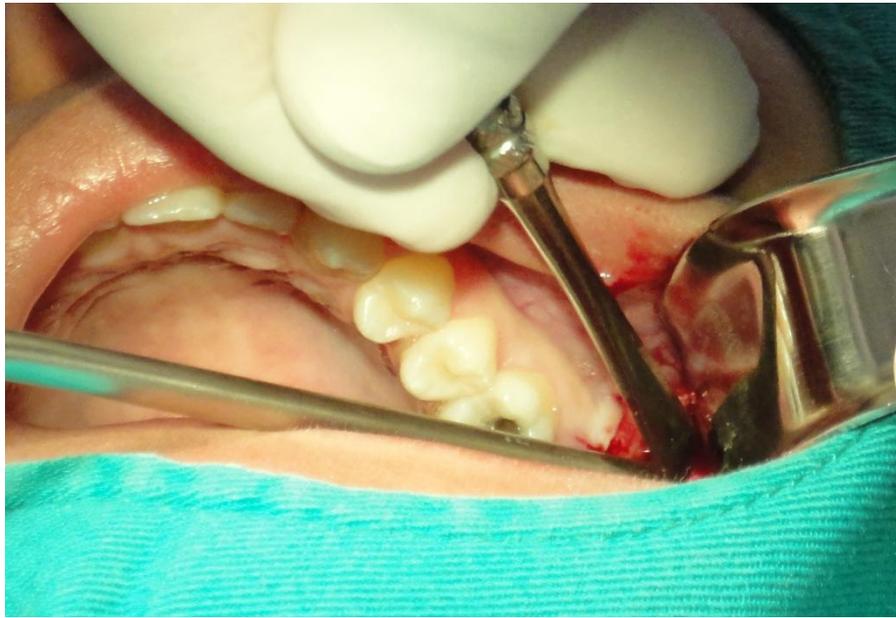


Elaborado por: Andrés Jarrín

Posteriormente con el uso de bisturí, se realizó una incisión lineal con descarga vertical y decolamiento del colgajo de espesor total, con el uso de una legra.



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

Una vez descubierta la pieza, con el uso de un elevador recto procedemos a luxar la pieza.



Elaborado por: Andrés Jarrín

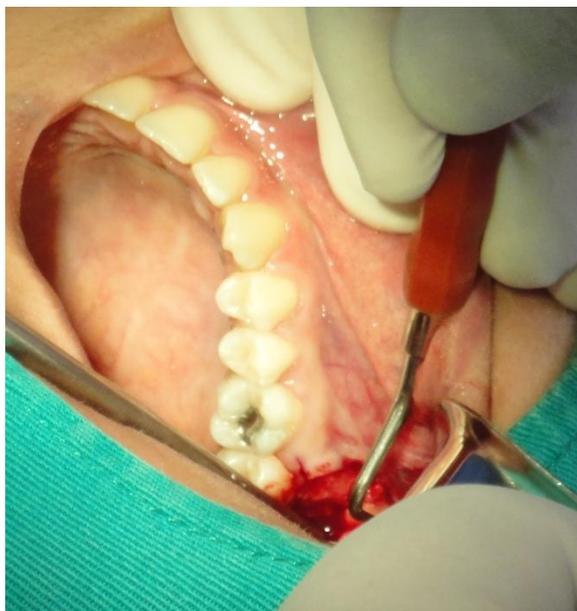


Elaborado por: Andrés Jarrín



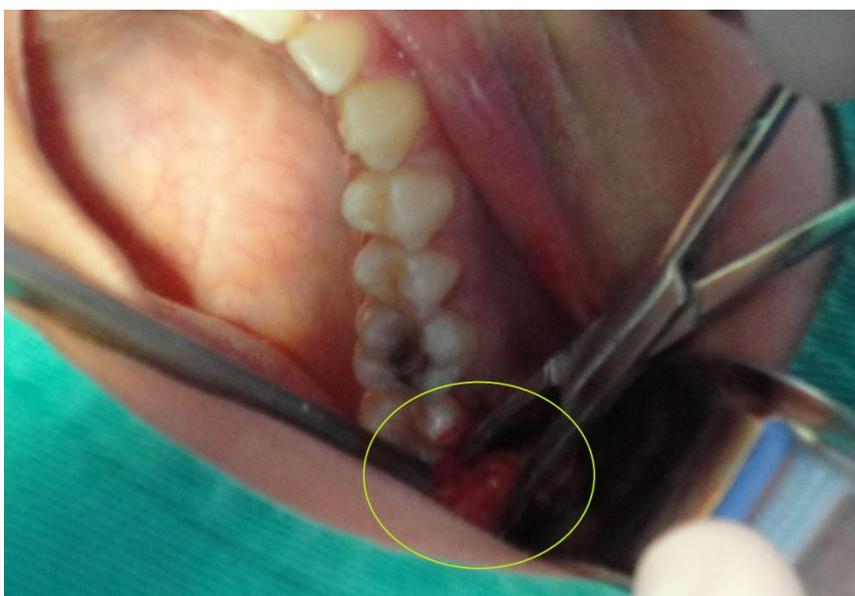
Elaborado por Andrés Jarrín

Dada la posición de la pieza una vez lujada, se utilizó una cureta para terminar de realizar la extracción.



Elaborado por: Andrés Jarrín

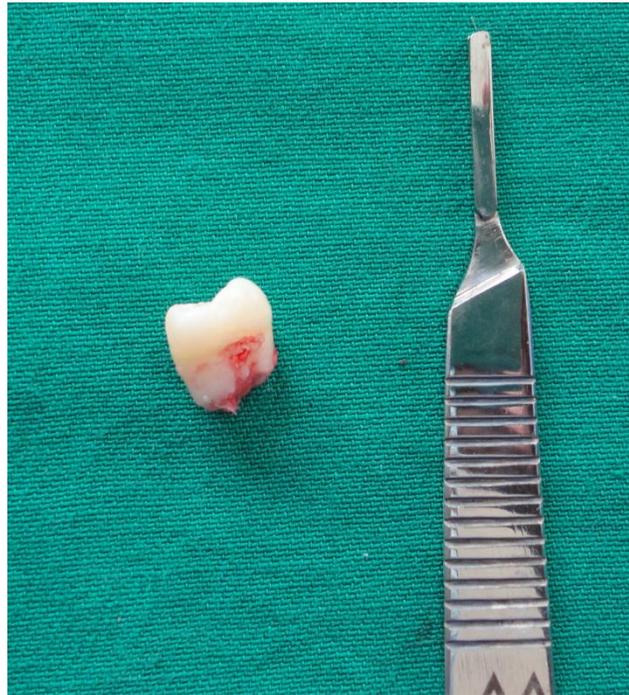
Terminada la extracción, sujetamos la pieza con una pinza mosquito.



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

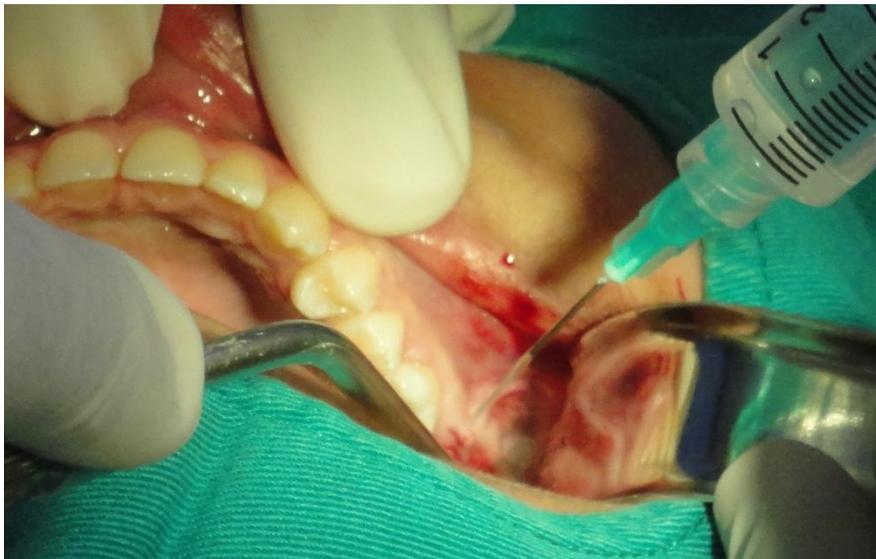


Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

Se realizó un lavado de la cavidad con solución fisiológica.



Elaborado por: Andrés Jarrín

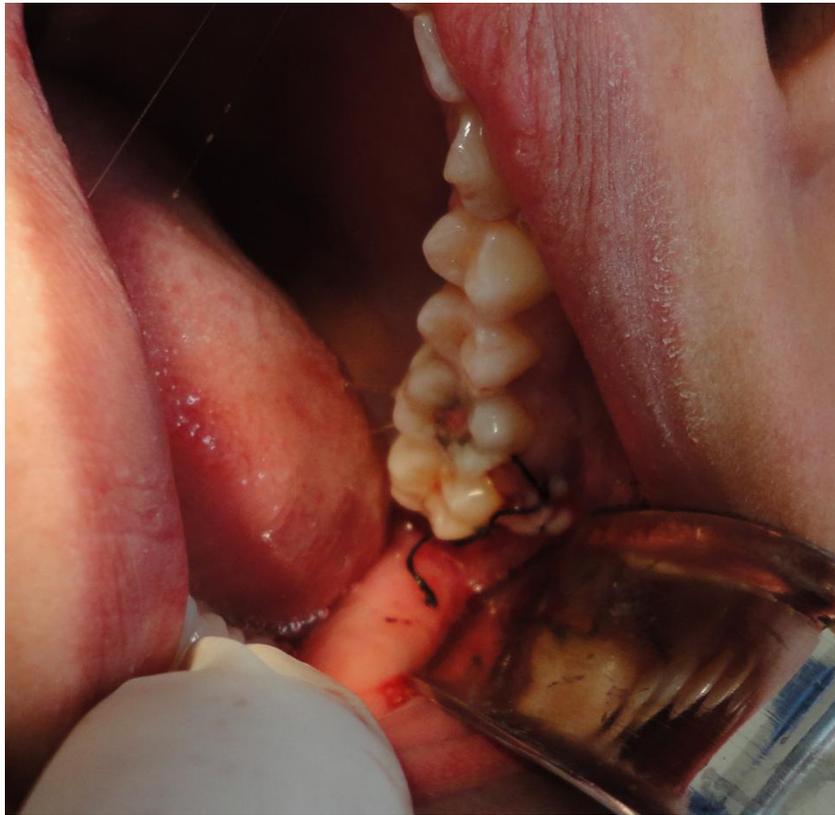
Finalmente se realizó la sutura del colgajo con puntos simples.



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

Postquirúrgico:

La paciente abandona la consulta sin novedades, sin dolor y se le recomienda las siguientes indicaciones y medicación.



Elaborado por: Andrés Jarrín

Recomendaciones postquirúrgicas:

- Ibuprofeno de 600 mg cada 8 horas durante 5 días.
- Meloxicam de 15 mg, 1 cada 24 horas.
- Buena higiene oral.
- Dieta blanda durante 3 días.
- Seguir las indicaciones de la prescripción de analgésicos.
- Aplicar hielo localmente las primeras 48 horas para producir vasoconstricción.
- A partir de las 48 horas aplicar compresas calientes para mejorar la desinflamación.

Se procede control semanal, mensual y trimestral.

Se documenta el caso. Se realiza radiografía panorámica de control post operatorio.

CASO CLINICO 2

HISTORIA CLINICA # 4595

Datos Generales:

- **Nombres y Apellidos:** Vallejo Lara José Luis
- **Edad:** 29 años
- **Género:** Masculino
- **Ocupación:** Estudiante



Elaborado por: Andrés Jarrín



Elaborado por: Andrés Jarrín

Motivo de consulta: Paciente exige "Corrección del tratamiento anterior porque a raíz de la cirugía pasada me salen líquidos por la nariz"

Enfermedad o problema actual:

Hace ocho meses el paciente fue sometido a cirugía de terceros molares. Dicha cirugía fue extensa y complicada al ser piezas 2C de acuerdo a la clasificación de Pell y Gregory. A partir de la cirugía el paciente refiere que tiene un constante paso de líquidos desde la boca hacia la nariz. Adicional, refiere tener una congestión nasal constante, sensación de mal olor y secreciones. Todo esto se da en la parte derecha de la nariz.

Antecedentes personales y familiares:

- AP: No refiere antecedentes.
- AF: No refiere antecedentes.

Signos Vitales:

- Presión arterial: 127/83
- Frecuencia cardiaca/min.: 71
- Temperatura: 37° C
- Frecuencia respiratoria: 19
- Peso: 75 Kg

Examen físico general:

- Sin patología aparente.

Examen del Sistema Estomatognático:

- Labios: Sin patología aparente.
- Mejillas: Sin patología aparente.
- Maxilar superior: Sin patología aparente.
- Maxilar inferior: Sin patología aparente.
- Lengua: Sin patología aparente.
- Paladar: Sin patología aparente.
- Piso: Sin patología aparente.
- Carrillos: Sin patología aparente.
- Glándulas salivales: Sin patología aparente.
- Oro faringe: Sin patología aparente.
- A.T.M.: Sin patología aparente.

- Ganglios: Sin patología aparente.

Odontograma: (Anexo)

Dientes de características normales, caries y restauraciones presentes.

Diagnóstico clínico:

- Placa bacteriana blanda, leve.
- Caries dentales.
- Sin presencia de sintomatología en dientes presentes en boca.
- Comunicación bucosinusal, debido a los signos y síntomas que presenta el paciente.

Diagnostico radiográfico presuntivo: (Anexo)

Debido a la sintomatología que presenta el paciente, el tiempo que ha transcurrido desde dicha cirugía y la ocupación del seno, se diagnostica sinusitis en el seno maxilar derecho.

Diagnostico tomografico: (Anexo)

Sinusitis en el seno maxilar derecho.

<i>Etapas en la Planificación del Tratamiento</i>	
<i>Resolución de Urgencias</i>	<i>No requiere</i>
<i>Control de la Infección y reinfección bucal</i>	<i>Profilaxis</i> <i>Técnica de cepillado</i>
<i>Control del medio condicionante</i>	<i>Dieta blanda</i>
<i>Refuerzo o modificación de Huésped</i> <i>ALTA BASICA</i>	<i>No requiere</i>
<i>Control de las infecciones no resueltas como urgencias</i>	<i>Profilaxis antibiótica y control de sinusitis</i>
<i>Rehabilitación</i>	<i>No requiere</i>
<i>ALTA INTEGRAL</i> <i>Monitoreo</i>	<i>Control trimestral</i>

Elaborado por: Andrés Jarrín

Plan de tratamiento:

- Cobertura antibiótica.
- Esperar valoración.
- El tratamiento es el cierre de la comunicación mediante cirugía.
- Evaluación radiográfica del paciente 3 meses después de la cirugía para comprobar que la sinusitis ha desaparecido.

- Control radiográfico para comprobar que la comunicación ha desaparecido.

Consentimiento informado:

Autorización: CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
“UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR”

Descripción del procedimiento realizado:

Prequirúrgico:

Previo a la cirugía se realizó estudios radiográficos y tomográficos para comprobar y determinar el tamaño de la comunicación bucosinusal, debido a la sintomatología que el paciente refiere.

Adicional a los estudios, se realizó una profilaxis antibiótica en el paciente para disminuir la carga bacteriana, siete días antes a la cirugía. Se le recetó Ampicilina + Sulbactam (Unasyn) de 750 mg cada 12 horas durante 7 días.

El tratamiento indicado para este paciente estaba basado en un cierre quirúrgico previa profilaxis antibiótica. Una vez que se cumplió el tratamiento antibiótico se observó que la sintomatología disminuyó y se produjo el cierre de la comunicación. Razón por la cual se realizó una tomografía de control para evaluar tejidos blandos, que garanticen el cierre de manera que haya disminuido o desaparecido la comunicación. En este caso observamos que ciertos procedimientos pueden modificar

el tratamiento definitivo o planificado previamente, sin embargo se comunicó al paciente que frente a ciertas enfermedades como gripe, se podría reactivar dicha infección.

Posterior a la mejoría presentada por el paciente y debido a que la sintomatología desapareció por completo, únicamente se dio un seguimiento para comprobar que no existan recidivas de la infección. Se realizó una tomografía tres meses después y los resultados fueron favorables, debido a que la infección no se había reactivado y la comunicación bucosinusal había desaparecido por completo.

DISCUSIÓN:

Los procedimientos para resolver las complicaciones mencionadas en el presente documento, fueron llevados a cabo y coincidieron de acuerdo a lo que los autores indican en los libros. En el primer caso, de acuerdo a (Montilla, 2007) se realizó una buena técnica quirúrgica y anestésica, es decir, se cumplieron con todas las normas. Estas normas fueron, realizar una buena historia clínica y diagnóstico, tener el instrumental adecuado para resolver las complicaciones y no agravar la situación clínica de los pacientes, tener una visibilidad total del campo operatorio, conocer bien la anatomía donde se va a intervenir y zonas cercanas y finalmente tener una buena técnica quirúrgica, cumpliendo con todos los tiempos quirúrgicos.

De acuerdo a (Kwon, 2003) se realizó un seguimiento postoperatorio, tanto mediato como inmediato. El control inmediato fue el seguimiento del proceso inflamatorio y el sangrado. También se recomienda al paciente los hábitos de higiene, cuidados como la aplicación de compresas y evitar esfuerzos físicos. En el control mediato fue controlar que no exista infección en la zona intervenida. Fueron retirados los puntos de sutura y se realizó una radiografía de control para constatar que todo este dentro de la normalidad.

En el caso de la comunicación bucosinusal, de acuerdo a (Chiapasco, 2009) el tratamiento es el cierre quirúrgico de la lesión mediante colgajos locales o de desplazamiento. En el paciente citado en el presente documento, se dio una cicatrización espontánea de la lesión, con el uso de terapia antibiótica como procedimiento de profilaxis prequirúrgica. Mediante estudios complementarios como la tomografía computarizada como lo indica (Chiapasco, 2009) se determinó el cierre de dicha lesión y una mejoría del proceso infeccioso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Después de lo expuesto en el presente documento, concluimos que ciertos procedimientos pueden modificar el plan de tratamiento que ha sido originalmente propuesto. Debemos entender que los integrantes del posible evento malo es el paciente, el doctor, la infraestructura, la bioseguridad pero también existe una condición de dificultad innata en cada procedimiento y que se relaciona con lo que es del paciente pero la complicación es responsabilidad nuestra. . Antes de una cirugía se debe planificar todo lo que esta dentro del ambiente quirúrgico, es decir, bioseguridad, iluminación, ergonomía, ayudantía, etc.

Nunca se debe subestimar un procedimiento quirúrgico, por más sencillo que parezca porque toda intervención conlleva dificultad.

Siempre hay que tomar en cuenta la experiencia que posee el operador para realizar cierto tipo de procedimientos, tener el instrumental adecuado y la visibilidad del campo operatorio debe ser pleno para minimizar las complicaciones que se pueden dar, porque siempre existe un riesgo. Al realizar un buen diagnóstico, disponer del instrumental adecuado y realizar una buena técnica anestésica y quirúrgica se puede solucionar cualquier contratiempo transquirúrgico o postquirúrgico. Además se debe tener conocimiento del tipo de medicación que se receta para que esta sea efectiva.

A pesar de cualquier complicación que se presente, tenemos que informar al paciente de lo sucedido, de los riesgos que esto implica y de la futura solución del problema.

Al solucionar las complicaciones documentadas, hemos conseguido devolver a los pacientes su tranquilidad, mejorar su estado de salud y revertir una condición que comprometía sistémicamente a los sujetos antes descritos.

BIBLIOGRAFIA:

- Chiapasco, M. (2009). *Procedimientos de cirugía oral respetando la anatomía*. Caracas: AMOLCA.
- Chiapasco, M., & Accardi, S. (2010). *Tácticas y técnicas en cirugía oral* (2a. Ed.). Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C. A., AMOLCA 2010.
- Davis, A., & Madrid, E. (2011). *Cirugía oral y maxilofacial* (3ª. Ed.). Madrid, etc.: Medica Panamericana.
- Escoda, C. (1999). *Cirugía bucal*. Madrid: Ergon.
- Hupp, J. R. (2010). *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea* (5ª ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Kwon, P. H., Laskin, D. M., & Madrid, P. (2003). *Manual clínico de cirugía oral y maxilofacial* Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.
- Montilla, O. (2007). *Tratado de cirugía oral y maxilofacial: introducción básica a la enseñanza*. Caracas: AMOLCA.
- Raspall, G., & Santana, H. (2006). *Cirugía oral e implantología* (2ª. Ed.). Madrid: Medica Panamericana.
- Sailer, H. F., & Pajarola, G. F. (1997). *Atlas de cirugía oral*. Barcelona: Masson.
- Treviño, J. A. (2009). *Cirugía oral y maxilofacial*. Mexico: Manual Moderno.
- Vila, C., Marin, F., & Caicoya, S. (2004). *Tratado de cirugía oral y maxilofacial*. Madrid: Aran Ediciones.
- Vila, C., Marin, F., & Caicoya, S. (2008). *Cirugía oral*. Madrid: Aran

ANEXOS:

Declaración de la / del Paciente:

- Declaro la veracidad de todos los datos relativos a mi historia clínica.
- Declaro que no ha existido omisión alguna de aspectos de interés medico-odontológico.
- Declaro que he sido informada / o satisfactoriamente de la naturaleza y propósito del procedimiento clínico citado.
- Declaro que me han explicado verbal y gráficamente los posibles riesgos y complicaciones de dicho procedimiento clínico, así como la existencia de otras alternativas de tratamiento. Además, he sido informado del tipo de anestesia y de los riesgos comúnmente conocidos que conlleva.
- El doctor también ha ofrecido explicarme otros problemas y complicaciones poco frecuentes. Por tanto, comprendo que el procedimiento clínico va a consistir en:

EXTRACCIÓN DE LA PIEDA MIGRADA

Aceptación de la/ del paciente

- Acepto y me comprometo a seguir fielmente las recomendaciones recibidas, tanto antes como después de la intervención, así como, a acudir a las revisiones postoperatorias durante el tiempo indicado.
- Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el resultado del procedimiento clínico sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior re intervención para mejorar el resultado final.
- Acepto firmar este consentimiento informado y doy fe de que el Dr. ANDRÉS LÓPEZ RIVERA y / o su equipo de ayudantes me han informado del procedimiento clínico al que deseo ser sometida/o.

Firmas.

Paciente

Representante del paciente

(Dependiendo del caso)

Diana Cruz

Odonólogo tratante

ANDRÉS LÓPEZ RIVERA

Testigo 1

Testigo 2



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
CLINICA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CIRUGIA BUCAL

Nombre de Paciente: DOMINICIA CRUZ No historia Clínica: 2129

Nombre del Estudiante tratante: AI

FECHA: 11/1/13

ENFERMEDAD ACTUAL: (Síntomas locales, generales, dominantes. empezar con los síntomas mas cercano que el paciente pueda relatar. Poner los síntomas en orden cronológico. Fecha de iniciación del proceso, anamnesis relativa al dolor. Tratamiento previo)

PACIENTE DE SEXO FEMENINO ACUDE A LA CONSULTA REFIRIENDO "SOLUCIONAR EL PROBLEMA" DE UNA INTERVENCIÓN PREVA. NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA. RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA EL DIENTE #27 MIBRADO CERCA DE LA TUBEROSIDAD PERIAPICAL.

HISTORIA DENTAL ANTERIOR

¿Recibe atención dental periódicamente? SI

Tiempo Transcurrido de la última extracción

6 meses

Indique las razones para extracciones previas TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

¿Ha tenido alguna reacción a la anestesia local? NO

¿Ha sufrido hemorragias después de la Extracción? NO

¿Ha tenido alguna complicación después de la Extracción?

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Esta bajo tratamiento medico? NO

Historia de Intervenciones quirúrgicas NO

Padece o ha padecido de? NO

Enfermedades Cardiovasculares NO Hipertensión NO

Higado NO Riñón NO Sangre NO

Semana de Gestación NO ¿Qué semana? NO T.A.

Temperatura Pulso Rep Peso

Toma medicación? SI

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF. Y CODIGO

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

RX

Laboratorio Clínico: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

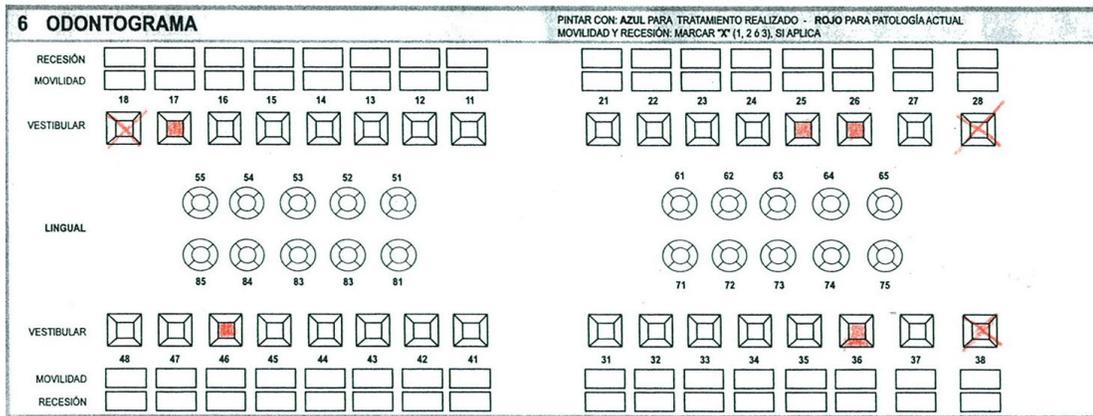
Diagnóstico: MIBRADO TERCERO MOLAR INCrustADO EN LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

Tratamiento (Anestesia empleada, Complicaciones, Post Operatoria Inmediato) TÉCNICA ANESTÉSICA CON VASOCONSTRICTOR. EXTRACCIÓN DEL TERCERO MOLAR INCrustADO / MIBRADO

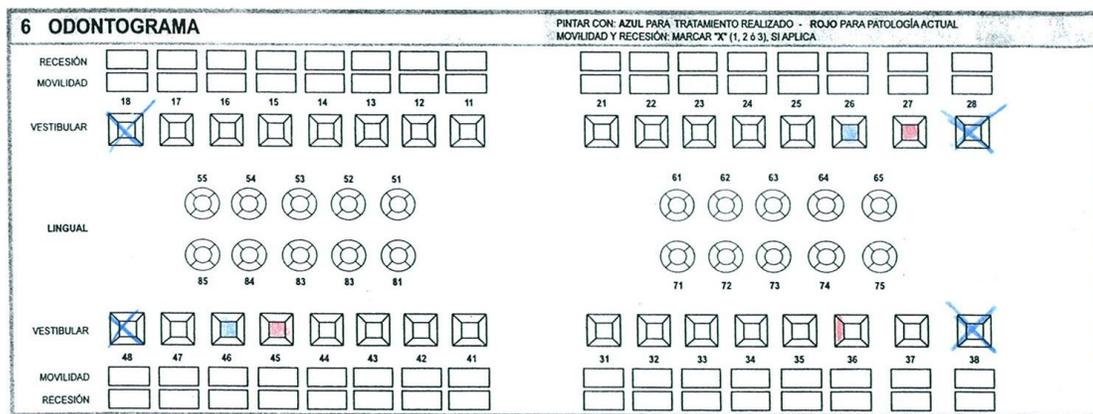
Evolución:

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DEL PROF Y COD.

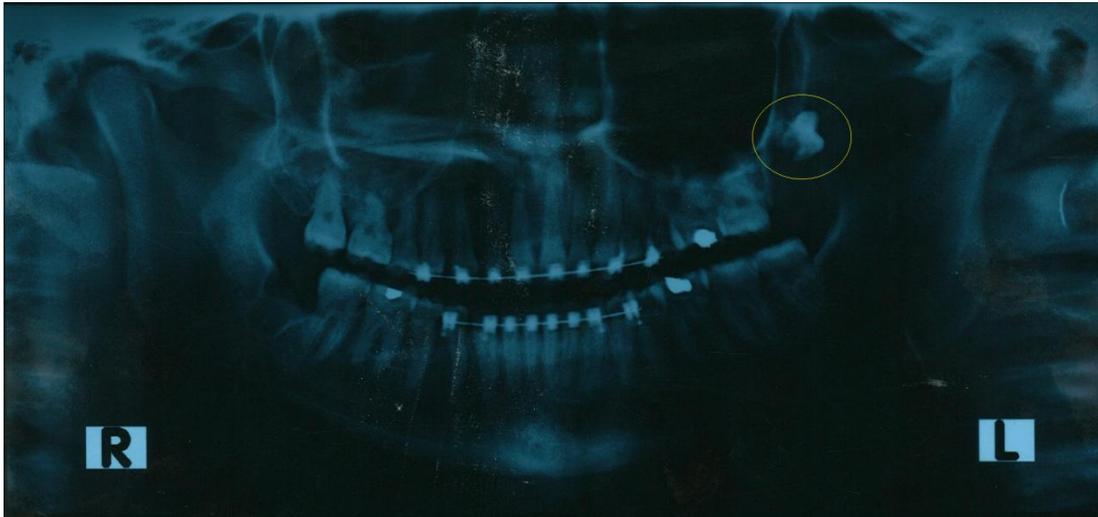


Odontograma Domenica Cruz



Odontograma Jose Luis Vallejo

Panoramica Domenica Cruz (Prequirúrgica)



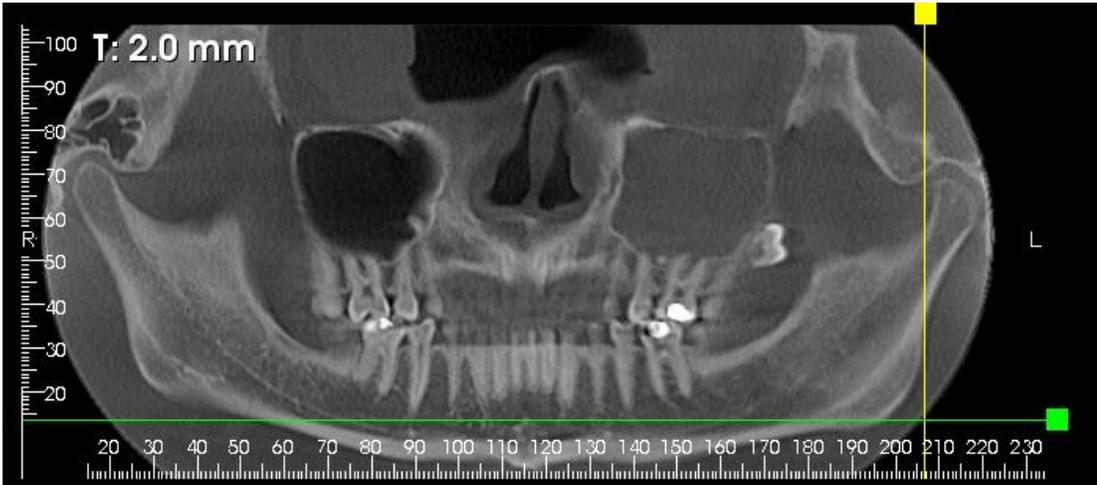
Panoramica Domenica Cruz (Rx de Control 3 meses)



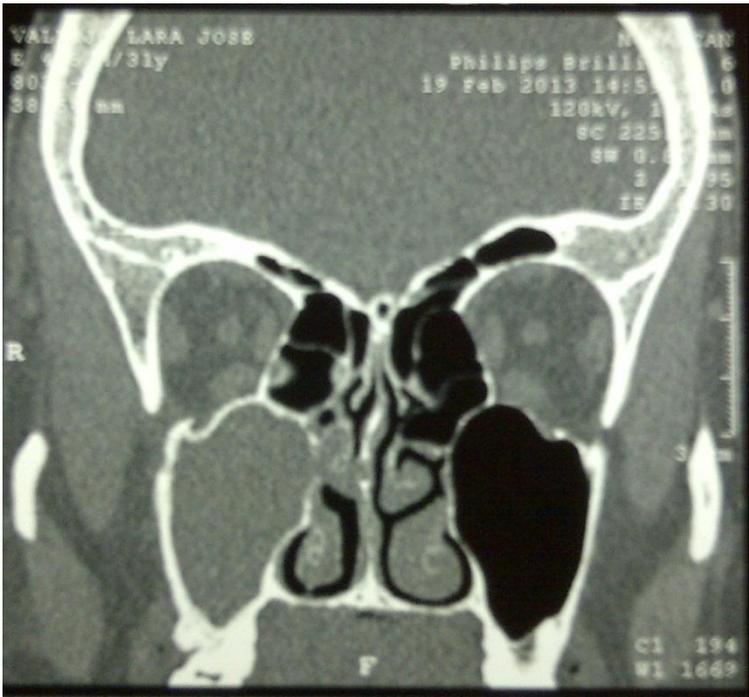
Panoramica Jose Luis Vallejo (Prequirúrgica)



Tomografía Domenica Cruz (Prequirúrgica)



Tomografía Jose Luis Vallejo (Prequirúrgica)



Tomografia Jose Luis Vallejo (TAC de control)

