

MFN = 563

185000 F1500

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE CIRUGIA

80000

COLGAJO MODIFICADO PARA EXTRACCION
DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

Seminario de Tesis para optar al título de
Cirujano Dentista.

Profesor Guía:

Prof., Dr. Luis Carrasco.

Profesor Informante:

Prof., Dr. Juan M. Villaseñor.



Alumnos:

Sr. EDUARDO FIGUEROA V.
Sr. ESTEBAN FLORES V.

A MIS PADRES

AGRADECIMIENTOS

- Al profesor Dr. Luis Carrasco, por su colaboración en la realización del presente seminario.

- Al personal auxiliar encargado del servicio de Policlínico Srta. Dini Vergara, y del servicio de pabellón Sra. Maria Silva y Sra. Estela Brignadello.

- Al Sr. Patricio Carmona encargado de fotografía.

- A todos los que hicieron posible éste Seminario de Tesis.

I N D I C E

	PAG.
Introducción	1
Marco Teórico :.....	2
Objetivos :.....	18
Material y Métodos :.....	19
Resultados :.....	24
Discusión :.....	31
Conclusiones :.....	32
Resumen :.....	33
Anexos :.....	34
Referencias bibliograficas :.....	40

I N T R O D U C C I O N

A medida que la especie humana ha ido evolucionando, el hombre ha sufrido cambios síquicos, físicos y sociales. El cambio en el régimen alimenticio a través del tiempo, ha llevado a una reducción del tamaño de los maxilares y dientes, lo que explica que la eficiencia masticatoria haya sufrido una variación desde el hombre primitivo al contemporáneo, esto explicaría la frecuencia con que el tercer molar inferior no llega a erupcionar en una oclusión correcta o bien ocurre su retención o más aún su agenesia. (Figun y garino, 1980; Krugger, 1982; Molina, 1979; Sommariva, 1982).

Dientes retenidos pueden ser etiología de quistes dentígeros, queratoquistes y tumores odontogénicos, por lo cual es necesario la intervención quirúrgica para extraer los terceros molares incluidos en jóvenes en edad de erupción (16-22 años). (Molina, 1979; Sommariva, 1982; Snafer, 1979; Gorlin y Goldman, 1973; Ramírez, 1979; Zúñiga y Cols, 1974; Ries, 1968; De Verr, 1980).

La intervención quirúrgica no presenta grandes problemas técnicos pero ocasiona reacciones postoperatorias molestas tales como dolor, edema, trismus. Se han realizado estudios para disminuir estas molestias postoperatorias con distintos fármacos (Carsten y Cols, 1987; Rojas y Guerrero, 1986; Henríquez e Iriarte, 1982; Martino y Pino, 1981; Ligueros, 1984; Ayarza, 1986), pero muy pocos que comparan distintas técnicas quirúrgicas.

Por lo dicho anteriormente el presente Seminario pretende comparar el colgajo convencional en bolsillo o lineal con el colgajo modificado del Dr. Carrasco para extraer terceros molares inferiores en relación a signos y síntomas propios de toda intervención quirúrgica como son dolor, trismus y edema.

M A R C O T E O R I C O

ANATOMIA DE LA REGION.

La región del tercer molar inferior se sitúa en el ángulo de unión de las dos partes componentes de la mandíbula, la rama vertical y el cuerpo, en el espacio comprendido por un plano vertical que pasa inmediatamente por detrás de la cara distal del segundo molar, y por debajo de un plano horizontal que pasa a nivel de la espina de Spix. Su límite inferior lo constituye el recorrido del conducto dentario. Estos límites son puramente convencionales pero su patología tan particular justifica su designación, ya que :

1. Es punto de partida de procesos inflamatorios locales que tienden a difundir a otras zonas vecinas, lo que es común ante un problema de erupción del tercer molar inferior.
2. Desde el punto de vista quirúrgico es zona frecuente de intervención en la práctica de cirugía oral, lo que hace importante conocer su anatomía en relación con problemas operatorios y postquirúrgicos indeseables.
3. Al conocer su anatomía nos permite explicar en cierto grado los signos y síntomas postoperatorios de la exodoncia del tercer molar inferior.

Esta región presenta dos caras:

Cara externa: Está dividida por la línea oblicua externa y la inserción del músculo buccionador dando origen a dos sectores: uno anteroinferior donde se haya labrada la fosa retromolar y otra posterosuperior donde se inserta el músculo masetro.

La tabla externa alcanza el máximo espesor a este nivel, con gran cantidad de tejido compacto y sumamente resistente a las maniobras quirúrgicas.

La cara interna presenta en su parte superior el orificio de iniciación del conducto dentario inferior, la espina de Spix y el comienzo del surco milohioideo. En la parte anterosuperior se observa el relieve de la cresta temporal, originada en la cara interna de la apófisis coronoides, la cresta temporal conforma más abajo, junto con la línea oblicua externa, el canal retromolar, que al dividirse en un lado interno y otro externo contribuirá a

la integración del trigono retromolar, complementado hacia adelante por el borde distal del alveolo del tercer molar (Figun y Garino, 1980; Ries, 1968; Villaseñor, 1986).

El hueso lingual alrededor de un tercer molar usualmente es más delgado que el vestibular, tanto es así que puede estar perforado por la raíz del tercer molar, especialmente si el diente está incluido en el hueso. Este hueso lingual no presenta inserciones musculares (Figun y Garino, 1980; Rud, 1984; Champion, 1977; Stakesby, 1980; Rud, 1970).

Se debe destacar que esta región tiene una constitución ósea de amplios espacios medulares limitados por trabeculas, estos espacios se extienden por detrás y abajo del alveolo del tercer molar, esta disposición determina la rápida y grave propagación de los procesos inflamatorios a través del tejido óseo.

Se debe mencionar la relación del recorrido del paquete vasculonervioso dentario inferior con las raíces del tercer molar, sobre todo si este se encuentra incluido e impactado, pues en ocasiones las raíces pueden identificar el conducto dentario inferior y raramente penetrarlo. El paquete vasculonervioso dentario inferior puede ser traumatizado directamente por los instrumentos, por la íntima relación con las raíces, durante la avulsión de la pieza dentaria (Rud, 1984; Rood, 1983; Villaseñor, 1986). Hay que recordar que el recorrido del conducto dentario inferior se extiende desde la espina de Spix hasta el agujero mentoniano, en su trayecto se dirige primero oblicuamente de arriba a abajo y de atrás a adelante, luego a nivel del segundo molar se hace horizontal, y recorre el espacio que media entre el molar y el agujero mentoniano, por esta disposición el alveolo del tercer molar inferior estará más próximo al conducto que el alveolo de los demás dientes.

Los estudios radiográficos permiten agrupar la relación entre el tercer molar y el conducto dentario en cuatro tipos:

- 1.- La separación es por dos laminillas óseas, que la forman la cortical interna del alveolo y la del conducto (lo más frecuente).
- 2.- No hay relación entre alveolo y conducto, la capa de tejido esponjoso es abundante (menos frecuente).
- 3.- El alveolo se haya en contacto con el conducto o hace hernia en su interior, separado por una delgada laminilla ósea (raro).

- 4.- Los ápices descienden por debajo del conducto, situándose por el lado vestibular o lingual de él (muy raro).

Las inserciones musculares de la región son (Testut, 1979):

- 1.- Masetero: Se inserta en la cara externa del cuerpo y rama mandibular, a partir de la línea oblicua externa, hasta el borde basilar parotídeo y ángulo mandibular.
- 2.- Temporal: Se inserta en la apófisis coronoides, en sus bordes anterior y posterior, en la parte superior de la cara externa y en toda la extensión de la cara interna, inclusive en la cresta temporal, hasta su terminación, en el trigono retromolar, es decir, hasta la cara distal del tercer molar.
- 3.- Pterigoideo Interno: Se inserta en la cara interna de la rama, desde el canal milohioideo hasta el ángulo mandibular.
- 4.- Buccinador: Se inserta en la fosa retromolar, en la parte más posterior de la línea oblicua externa y en la aponeurosis buccinato faringea.
- 5.- Constrictor superior de la faringe: Se inserta en la aponeurosis buccinato faringea; en el extremo posterior de la línea milohioidea y en el periosteo alveolo-lingual del tercer molar.
- 6.- Milohioideo: Se inserta en la línea oblicua interna o cresta milohioidea.

IRRIGACION (TESTUT, 1979)

1.- Circulación arterial:

- a) Arteria dentaria inferior: Rama colateral de la maxilar interna, penetra por el conducto dentario y recorre toda su longitud, irrigando pulpa dentaria, periodonto y tejido óseo de la zona.
- b) Arteria bucal: Rama colateral descendente de la maxilar interna. Irriga los tejidos perimaxilares vestibulares, comprendido entre el tercer molar y segundo premolar aproximadamente.

- c) Arteria Submentoniana: Rama Colateral de la arteria facial. Irriga la mucosa, del surco gingivo lingual de los molares.
- d) Arteria Milohioidea: Colateral de la arteria dentaria inferior. Transcurre por el surco milohioideo, y se termina en la cara superficial del músculo milohioideo y en un pequeño sector vecino de la mucosa gingival.

2.- Circulación venosa:

Los ramos venosos provenientes de pulpa dentaria y del tejido óseo de la zona, drenan en la vena dentaria inferior, la cual recorre el conducto dentario y desemboca, después de recibir la vena milohioidea, en el plexo pterigomaxilar. Los tejidos blandos son drenados por las venas bucal y submentoniana.

La vena bucal drena la sangre del surco gingivo yugal de los molares, llegando a desembocar esta al plexo pterigomaxilar.

La submentoniana drena el sector del surco gingivo lingual, perteneciente a los molares, terminando en la vena facial.

3.- Circulación linfática:

La abundante circulación linfática de la región drena en los ganglios submaxilares y en el grupo anterior y superior de la cadena yugular interna.

Ganglios submaxilares: Son subaponeuroticos, se disponen a lo largo de la cara interna y del borde inferior del maxilar inferior. Son 3 a 6 repartidos en 5 grupos: 1. Periganglionar (1 o 2 en conexión con vasos submentonianos); 2. Perivascular (1 grueso en relación con la arteria facial, delante de la vena); 3. retrovascular (1 o 2 detrás de la vena facial); 4. Retroglandular (inconstante, 1 o 2 detrás de la glandula, por dentro y por debajo del ángulo de la mandíbula); 5. Intracapsular (inconstante y excepcional).

Aferentes: Linfáticos del labio inferior, de la parte lateral del mentón, de la nariz, de la mejilla, de las encías, de los dientes, de la parte interna de los

párpados, de la lengua (por delante de la v lingual), de los ganglios submaxilares, ganglios sublinguales y del piso de boca.

Eferentes: Ganglios de la cadena geyular interna.

Ganglios del grupo subaponeurótico inferior: Aferente del grupo parotídeo, collar ganglionar pericervical, parótida, nariz, labio superior, encía y molares mucosa geniana.

Eferentes: Retroglandular, venosa (sigue la vena yugular externa), arterial (sigue la arteria carotida externa), las tres vías llegan a la cadena ganglionar de la yugular interna.

INERVACION (TESTUT, 1979)

El tercer molar, periodonto y tejido óseo circunvecino, es inervado por el nervio dentario inferior.

El nervio lingual, que se desliza superficialmente por la mucosa lingual, inerva la mucosa adyacente.

El nervio bucal, inerva la mucosa vestibular, la rama cervical transversa del plexo cervical, inerva la mucosa vestibular más posterior de la región.

El nervio milohioideo, colateral del nervio dentario inferior, que ocupa un surco óseo muy delgado, labrado en la cara interna del cuerpo mandibular, inerva periodonto y gingiva del segmento pósterior interno, terminando en los músculos milohioideo y vientre anterior del digastrico.

RELACIONES CON REGIONES VECINAS (TESTUT, 1979)

Hacia arriba, la región del tercer molar inferior se relaciona con la región temporal, mediante la bola adiposa de Bichat.

Hacia atrás y afuera con la celda maseterina, con la cuál se comunica por medio de tejido conjuntivo, que existe entre el músculo buccinados y el masetero.

Hacia atrás y adentro, contacta con el pilar anterior del velo del paladar y la región amigdalina, cuya vía de comunicación, es por medio de un tejido celular submucoso, que se prolonga arriba y atrás hasta el

pilar anterior del velo y se continúa entre la cápsula amigdalina y la pared músculo aponeurótica de la faringe.

Hacia abajo y adentro, se relaciona con el piso de la boca y el espacio suprahioides. Zonas que poseen un abundante tejido celulo adiposo.

ASPECTOS TEORICOS

DEFINICION :

"Entendemos por inclusión dentaria, la no aparición de un diente en la arcada, pasado el tiempo considerado normal de erupción (Cortés, 1982).

Son sinónimos de inclusión dentaria las asepciones siguientes: 1.Dientes retenidos; 2.Dientes incluidos.

De acuerdo a estudios sobre terceros molares inferiores, se les considera retenidos, si a los 21 años de edad no han aparecido en boca. Sin embargo, en personas menores de 21 años también se les diagnostica como incluidas, si de acuerdo a exámenes clínicos y radiológicos, se puede apreciar que están francamente impedidos para erupcionar (Laskin, 1971).

Debemos diferenciar la inclusión de la evolución intraósea, ya que en esta el desarrollo radicular aún no se ha completado.

Se llaman dientes impactados, a aquellos que no han hecho erupción, ya sea total o parcialmente dentro del ciclo normal, debido a alguna obstrucción de tipo físico, como por ejemplo, falta de espacio o una relación directa con un diente vecino (Sommarina, 1982).

INDICACION Y CONTRAINDICACION DE EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

Debemos considerar que cuando se indica la exodoncia de un tercer molar incluido, se prefiere intervenir al paciente cuando es joven y la formación radicular alcanza a un tercio o a un medio, en este estado de desarrollo folicular, permitirá elevar al diente con mayor facilidad. A veces, en algunos pacientes deben extraerse tardíamente, después de los 25 años, lo que dificulta la operación. De tal manera que, en ausencia de una contraindicación

definitiva, todo tercer molar incluido, deberá ser removido cuando sus raíces estén formadas entre un tercio y un medio.

INDICACIONES:

1. Dolor: Originado por pericoronaritis, caries, erosión del segundo molar, dolor idiopático en el maxilar inferior u otras áreas de la cabeza y cuello.
2. Pericoronaritis: Es una inflamación de los tejidos blandos, que rodean la corona de un tercer molar incluido o parcialmente erupcionado, presenta condiciones aptas para el desarrollo de diversas cepas de microorganismos, que pueden originar infecciones localizadas o a distancia, como por ejemplo una Endocarditis Bacteriana Subaguda. En este caso el tercer molar es removido profilácticamente.
3. Pacientes jóvenes (antes de los 25 años): Si existe indicación de exodoncia, debe llevarse a cabo antes de esta edad cuando el hueso es mucho más resiliente.
4. Condiciones Periodontales: Un diente incluido en posición horizontal, con la corona apoyada sobre la raíz del segundo molar, toma el lugar del hueso y del ligamento periodontal, por distal de la raíz del molar, si este diente se extrae precozmente, estas estructuras tienen la posibilidad de regenerarse.
5. Condiciones Patológicas asociadas: Quistes y tumores.
6. Condiciones Ortodóncicas: Estará indicado intervenir cuando exista disparidad entre el tamaño o número de dientes y el tamaño de la mandíbula, por indicación ortodóncica para facilitar un tratamiento de este tipo.
7. Diente ubicado en línea de fractura de la mandíbula: Cuando coincide su ubicación con la línea de fractura, por el rasgo, puede ingresar microorganismos que ocasionen osteomielitis. En indicaciones de exodoncia no siempre debe extraerse el diente incluido en esta posición, ya que en muchos casos y de acuerdo a la arquitectura o conformación oclusal, pueden ser un buen elemento de apoyo y guía para la reducción en caso de fractura.

CONTRAINDICACIONES :

1. Condición síquica del paciente, que hace necesario postergar temporalmente la exodoncia del tercer molar inferior.
2. Posible daño de estructuras adyacentes, cuando realizar la exodoncia resultará en un daño de los tejidos blandos o estructuras óseas adyacentes, en ausencia de alguna indicación patológica.
3. Uso en procedimientos restauradores, en algunas ocasiones el molar puede ser usado para fijar bandas ortodóncicas.
4. Pacientes Adultos, sobre 45 años de edad en ausencia de indicación específica.
5. Pacientes con alteraciones Sistémicas, cuando la salud general del paciente lo inhabilita para resistir el procedimiento quirúrgico, como por ejemplo Diabetes, Leucemia, Cardiopatías, Discrasias Sanguíneas.

CIERRE DE LA CAVIDAD OPERATORIA

Una vez efectuada la exodoncia de un diente, todas nuestras maniobras irán destinadas a lograr la cicatrización del alvéolo, hay que recordar a Quetschwunde que dijo: La misión del Cirujano, es crear aquellas condiciones para la herida, que aseguren la mejor cicatrización, de acuerdo con las características de cada caso. Frente a una solución de continuidad, los tejidos tienden a la reparación, que básicamente consiste en la sustitución de células muertas por células sanas, esta sustitución se llevará a cabo siempre que existan vasos sanguíneos.

La reparación puede seguir dos caminos: uno es la regeneración parenquimatosa, en la cuál las nuevas células provienen del parenquima del órgano, la reparación en este caso reconstruye en forma perfecta la anatomía y la función, por lo que no deja secuelas. El otro caso lo constituye la cicatrización, que corresponde al reemplazo de las células dañadas por células menos especializadas, provenientes del tejido conjuntivo, donde se restablece la morfología de los tejidos, pero no la función, y en ocasiones deja grandes secuelas, como son las fibrosis y los queloides.

Dentro de la natural tendencia a la cicatrización, las heridas incisivas sanan por primera intención, en cambio las heridas desgarradas o con pérdida de sustancia, lo hacen por segunda intención. Esta clasificación que ha sido considerada arbitraria, tiene su perfecta razón de ser en clínica.

El proceso de cicatrización, por primera o por segunda intención en general es el mismo, se distinguen por el tiempo y por la intensidad de los fenómenos. Cuando las condiciones básicas no son favorables a la cicatrización primaria, se busca orientar en mejor forma la secundaria. El Cirujano debe tratar de crear con sus intervenciones, heridas cortantes nítidas, en las cuales todos los fenómenos regenerativos sean más acelerados y menos dolorosos, es decir evitar el trauma quirúrgico.

La cicatrización de las heridas incisivas en la mucosa bucal, se inician inmediatamente terminada la sutura, en las heridas con labios separados, desgarrados o con pérdida de sustancia, la iniciación es más tardía y el proceso más lento. En condiciones normales el proceso cicatrizal de heridas por extracción se desenvuelve dentro del marco de la inflamación, que elimina células necróticas y promueve la reparación. El alvéolo vacío se llena de sangre, el coágulo formado se epiteliza en la superficie, adquiriendo su estructura normal aproximadamente a las dos semanas. Al mismo tiempo se inicia la reabsorción progresiva del coágulo, el que es reemplazado por tejido osteogénico que se osifica progresivamente. El cierre por primera intención consiste en cerrar totalmente el alvéolo vacío a través de una sutura, para permitir en su interior la formación y posterior organización del coágulo y así lograr la reparación de la solución de continuidad.

GENERALIDADES POSTOPERATORIAS

Durante el período postoperatorio en la cirugía del tercer molar inferior incluido, se producen producto del trauma quirúrgico reacciones inflamatorias consecutivas a la extracción por colgajo y al trauma que provoca la remoción quirúrgica de hueso, alterando los tejidos blandos y duros. Esta reacción inflamatoria se caracteriza por la aparición de edema, trismus y dolor (Carsten y Cols, 1987; Rojas y Guerrero, 1986; Bello, 1983; Rood y Cols, 1979; Yates y Cols, 1979), también pueden presentarse infección, hemorragia, lesiones nerviosas y disfagia, las cuales tienen incidencia muy baja.

EDEMA

Una vez producida la injuria, la primera respuesta del organismo es la activación del metabolismo local existiendo una aceleración del metabolismo celular y liberación desde las células de los mediadores químicos de la inflamación. En la actualidad las prostaglandinas particularmente la PGE₂ y PGI₂ junto a los leucotrienos, son considerados como los mediadores de mayor importancia en la reacción inflamatoria (Carsten y Cols, 1987; Rojas y Guerrero, 1986; Hernández, 1980; Apuntes, 1989).

Estas sustancias endógenas pasan a los líquidos vecinos actuando directamente en el proceso inflamatorio, produciendo migración leucocitaria, vasodilatación, aumentando el riego sanguíneo local y la permeabilidad capilar, permitiendo el escape hacia los tejidos de grandes cantidades de líquidos y proteínas. El resultado es un edema extracelular local (Rojas y Guerrero, 1986; Mardones, 1976; Esguer, 1982).

El edema es la acumulación excesiva de líquidos en los espacios tisulares, tiene importancia funcional debido a que la presencia de exceso de líquido en el espacio intersticial retarda el intercambio de productos nutricios y catabolitos entre las células y el plasma, esta acumulación de líquido en el compartimiento extravascular sobrepasa la capacidad de remoción por el drenaje linfático y el compartimiento se torna tumefacto y congestivo (Hernández, 1980; Araya, 1980).

El edema consecutivo a los procedimientos quirúrgicos, es una manifestación del proceso inflamatorio, que este trauma genera, sienta máximo entre las 24 y 48 horas después de la intervención.

Por años se ha tratado de reducir el edema mediante la aplicación local de hielo en la cara, en las primeras 6 horas posterior a la operación, pero la penetración del frío es de solamente 2 a 3 mm de la superficie de la piel, por lo cual, su aplicación es de cuestionable valor en la reducción del edema, sin embargo, los pacientes relatan que su aplicación les reduce el dolor y hasta que no se demuestre lo contrario, se sugiere su utilización. Una observación similar puede realizarse con el uso de soluciones salinas calientes para irrigaciones orales postoperatorias, la penetración del calor en el área afectada es mínima y que ayude a reducir el edema es de cuestionable valor, pero la irrigación oral permite eliminar los restos de alimentos desde el sitio quirúrgico (Zimmerman, 1979).

La topografía del área operatoria constituye una variable de importancia, con relación al grado de edema en la zona del tercer molar inferior, por el abundante tejido celular laxo, las relaciones con las estructuras anexas, hacen que el aumento de volumen adquiera características y complicaciones bien particulares, la mayor o menor extensibilidad que una zona ofrezca, expresará el grado de resistencia o contrapresión que se opondrá a la de filtración. Como ejemplos diametrales, la fibromucosa palatina y el fondo de surco vestibular. También es un hecho de constatación corriente, que el edema se halle en relación directa con la magnitud del trauma, en general es mayor mientras más prolongado es el acto operatorio.

El edema post intervención quirúrgica de un tercer molar inferior es de esperar y su cuantía dependerá en parte del cuidado con que se traten los tejidos, de la cantidad de la osteotomía, de los cuidados operatorios que se hayan tenido al efectuarla y de la respuesta del paciente (Bello, 1983).

Las zonas que comúnmente están afectadas por este signo inflamatorio son la región geniana y maseterina (Rojas y Guerrero, 1986).

TRISMUS

Al igual que el edema, el trismus constituye una mala experiencia postoperatoria para la mayoría de los pacientes que son sometidos a la intervención quirúrgica para extraer el tercer molar. El trismus o impotencia funcional es la reducción de la apertura bucal, el cuál es involuntario, atribuible principalmente a la técnica quirúrgica (Rood y Cols, 1979; Yates y Cols, 1979; Villaseñor, 1986). Esta condición puede ser causada por el traumatismo del tejido muscular y por el edema. Esta injuria puede ocurrir durante la elevación del colgajo mucoperióstico, lo cuál implica a veces el desgarramiento de algunas fibras musculares o del tendón del músculo temporal (Bello, 1983; Rud, 1970).

Las causas de limitación de la apertura bucal pueden ser una restricción voluntaria o refleja frente al dolor, una restricción mecánica por el edema postoperatorio, o un espasmo de los músculos operatorios. El espasmo muscular puede ser el resultado de un trauma de la A.T.M. o de los músculos de la masticación. La remoción de un tercer molar con un soporte impropio de la mandíbula durante la extracción puede causar una injuria de la A.T.M. provocando trismus. En ciertos casos un paciente con un síndrome dolor disfunción preexistente, y quién ha tenido su boca abierta por un largo tiempo puede notar una exacerbación de sus síntomas.

El trismus de génesis no artropática se produce con frecuencia por alteración de las estructuras blandas. Nos referimos a las capas tisulares de recubrimiento externo e interno con inclusión del tejido conjuntivo graso del músculo, nervios y vasos. Es conocido el trismus causado por formaciones cicatriciales, principalmente en la región del masetero y temporal. Además, el trismus puede ser causado por un hematoma postoperatorio o un proceso infeccioso.

Los signos y síntomas que acompaña la limitación de la apertura bucal, están dados por el dolor causado por los movimientos mandibulares y la considerable inflamación de la cara. Generalmente son de naturaleza temporal y desaparecen después que ha bajado la inflamación.

La palpación intrabucal de la zona retrocigomática provoca una reacción dolorosa, lo mismo ocurre con la presión digital sobre el área preauricular y posterolateral en la cabeza del cóndilo. Con frecuencia

existe una zona que desencadena el problema y el dolor puede irradiarse a zonas vecinas. El pronóstico es generalmente favorable (Schwartz y Chayes, 1973).

DOLOR

El dolor constituye uno de los signos postoperatorios más molestos para el paciente y es considerado, a veces, como debido a un exceso de cualquier tipo de estimulación sensitiva, actualmente, no obstante se indica la existencia de fibras específicas para el dolor (Hernández, 1980).

El dolor de acuerdo al concepto actual se puede definir como la sensación que se percibe cuando se nos lastima mental o físicamente, se caracteriza principalmente por sentir gran ansiedad, angustia, tristeza o bien una sensación hiriente con gran malestar en alguna parte del cuerpo causado por una herida, enfermedad o disfunción transmitida a través del sistema nervioso.

En otras palabras, es un fenómeno psicológico con componentes físicos y emocionales (Matamala, 1974 - 1975)

El dolor es difícil de describir en ciertas circunstancias, puede variar desde una leve sensación desagradable hasta una sensación insoportable que presenta como único objetivo de la persona que lo experimenta, la necesidad de un alivio inmediato (Hernández, 1980).

A continuación describiremos algunos componentes del dolor que constituyen un todo interdependiente.

1.- Percepción. Se sabe que la percepción del dolor se realiza por dos mecanismos:

- a) Existe un aparato sensorial específico constituido por las terminaciones nerviosas libres que forman una intrincada red amielínica perivascular. Estas terminaciones nerviosas se excitan preferentemente ante la liberación de aminas biógenas en la zona, como es la serotonina (teoría especificidad del dolor).
- b) Existen otros receptores como son los Paccini y Krausse, que tienen por función percibir los estímulos térmicos y táctiles.

Sin embargo, cuando son estimulados en exceso, son capaces de ocasionar dolor al individuo. Se considera como principal receptor del dolor a las terminaciones nerviosas libres.

- 2.- **Afecto.** El afecto o emoción del sujeto frente al dolor es inseparable a este, es por medio del cuál el individuo reconoce el dolor, se sospecha que tiene vías y centros anatómicos específicos para constituir la fase emotiva, se cree que son las proyecciones fibrosas de los núcleos de la raíz descendente del trigémino, entran en la formación reticular a distintos niveles del tallo encefálico caudal, donde activan grupos fibrosos difusos y multisinápticos. La formación reticular en estas regiones, también contiene los centros de mantenimiento de conciencia y los que controlan las funciones pulmonar y cardíaca básicas. Estas asociaciones anatómicas pueden explicar porqué los estímulos dolorosos evocan cambios reflejos profundos, tanto en niveles de atención conciente como de las funciones pulmonar y cardíaca.

En posición anterior a estos centros vitales en la materia gris del meencéfalo y en el tálamo medio, se encuentran núcleos de formación reticular que probablemente reciben proyecciones de fibras relacinadas con el dolor, y cuya estimulación provoca una reacción de aversión extrema. Estos centros reticulares se proyectan hacia delante, a muchas regiones de la corteza en el centro ventral del cerebro, conocidos colectivamente como lóbulos límbicos, que son considerados como centro de integración de la emoción humana y que ejercen poderosa influencia sobre el hipotálamo e indirectamente sobre la glándula hipófisis.

Por tanto, por medio de las complejas proyecciones de la formación reticular del tallo encefálico hacia los lóbulos límbicos, hipotálamo e hipófisis la información dolorosa logra acceso a la sede de la emoción humana y a las fuentes del sistema nervioso central, tanto del sistema nervioso autónomo como del sistema endocrino, de tal modo que una reacción emocional se vuelve parte directa en la experiencia del dolor y desencadena una reacción visceral que conforma parte de otro componente del dolor que es la reacción.

3.- Reacción. La reacción que genera la percepción del dolor se puede apreciar a dos niveles: 1. Se produce una reacción visceral que se puede detectar clínicamente por la aparición de señales como hipertensión arterial, taquicardia, dilatación pupilar, sudor y cambio en la consistencia salival; 2. Se produce una reacción en el músculo esquelético que provoca el movimiento reflejo protector.

Debido a esta interdependencia entre los componentes existe diferente capacidad de sentir dolor de un individuo a otro, aunque el estímulo doloroso sea de igual intensidad y naturaleza, estas diferencias se deben al componente afectivo de la sensación, el cual se ve influenciado por factores sociales, ambientales, culturales, experiencia, etc.. Así algunas personas son altamente estóicas mientras otras responden exageradamente al dolor.

Umbral de detección del dolor: Es el nivel mínimo que precisa tener un estímulo doloroso para que la persona perciba la sensación.

Umbral de tolerancia al dolor: Es el nivel de estimulación que puede soportar la persona, varía de un individuo a otro, en un mismo individuo en diferentes circunstancias ya que es influenciado por los factores ambientales.

Dolor en región maxilofacial: Posee una alta densidad de inervación, representada por los nervios craneales los cuales se ramifican profusamente formando una red periférica, se debe agregar que esta región posee la más alta representación cerebral en relación a otros segmentos del organismo, existiendo además el gran componente síquico que representa para el individuo esta zona.

La intensidad del dolor postoperatorio consecutivo a la intervención quirúrgica de un tercer molar inferior retenido puede variar al igual que su duración, (Champion y Cols, 1977). dependiendo de múltiples y variados factores, entre ellos el mayor o menor trauma quirúrgico, el umbral del paciente al dolor, su estado anímico, etc..

INTRODUCCION A LA TECNICA QUIRURGICA

GENERALIDADES

- 1.- Definición de Colgajo: Es una masa de tejido vivo desprendido de su base natural pero que conserva con ella una conexión parcial bajo la forma de pedículo mediante el cuál recibe su nutrición.
- 2.- Requisito de un Colgajo: Grande para permitir buena visualización y acceso al hueso. Base amplia para asegurar buen aporte sanguíneo al tejido replegado. Márgenes redondeados sin bordes agudeos ni angulos. Incluir todo el mucoperiostio pues sino el periostio se daña y se retarda la cicatrización (capacidad osteogénica disminuida). Llegar hasta el área interproximal pues hay mayor mucosa y así evitar tensión del tejido y retracción del colgajo. Los márgenes al volver a su sitio deben cubrir hueso sano, debe estar inmóvil con buen soporte óseo (Oficina Educación Odontologica, Facultad Odontologia, Universidad de Chile. Dr. Adriana Basili).
- 3.- Numerosos estudios se han realizado para tratar de disminuir las molestias post-intervención, analizando el efecto de distintos productos farmacológicos. En 1956, Terence G. Ward publicó la técnica de abordaje lingual para extracción de terceros molares inferiores, pero pocos trabajos se han referido al tema, de los cuales, no más de un par estudian las consecuencias post-operatorias de dicha técnica en comparación a la vía clásica de acceso.

La introducción de la técnica modificada por el Dr. Carrasco permitirá tener una alternativa de acceso para extraer terceros molares inferiores incluidos, obviamente con el objeto de disminuir las molestias post-operatorias y el tiempo operatorio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si modificando el acceso quirúrgico a la región del tercer molar inferior incluido disminuyen las molestias post-operatorias.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- 1.- Comparar el colgajo modificado con el colgajo convencional en relación al tiempo operatorio.
- 2.- Comparar el colgajo modificado con el colgajo convencional en relación al edema postoperatorio.
- 3.- Comparar el colgajo modificado con el colgajo convencional en relación al trismus postoperatorio.
- 4.- Comparar el colgajo modificado con el colgajo convencional en relación al dolor postoperatorio.

MATERIAL Y METODO

1.- SELECCION DEL PACIENTE:

De un universo de pacientes que concurren al departamento de cirugía maxilofacial de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso entre los meses de Marzo y Julio de 1992 se seleccionó una muestra de once pacientes que cumplieran los siguientes requisitos:

- Edad entre 17 años y 27 años
- Inclusión de ambos terceros molares
- Ausencias de patologías agregadas
- No está sometido a tratamiento médico ni farmacológico.
- Higiene oral adecuada

2.- ESPACIO:

Las intervenciones se realizaron en el pabellón de cirugía maxilofacial de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

3.- INSTRUMENTAL:

En las intervenciones se utilizó instrumental convencional.

Para realizar las mediciones se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Edema: Instrumento específico para medir grosor geniano; consta de dos brazos articulados en uno de sus extremos y con una parte activa representada por dos superficies planas antagónicas y paralelas, las cuales pueden aproximarse o separarse entre sí, a expensas de la articulación del instrumento. (foto en anexo)
- Trismus: Se utilizará un pie de metro común. (foto anexo).
- Instrumento recolector de datos: Se confeccionó una ficha ad-hoc (anexo).

4.- PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

4.a. Colgajo convencional en bolsillo: Previa anestesia troncular al nervio dentario inferior utilizando la técnica spix, e infiltrativa local, se procede a diseñar una incisión lineal que va desde el vértice del trigono retromolar y se dirige hacia adelante hasta que contacte con la línea media de la cara distal de segundo molar. La incisión se continúa por vestibular hacia adelante contorneando los cuellos de los dientes hasta distal del segundo molar.

Se separa el cogajo mucoperióstico con legra dejando al descubierto la tabla ósea vestibular.

Con fresa redonda quirúrgico se realiza la osteotomía con la finalidad de liberar la corona de la pieza incluida, eliminar el hueso distal que impide la avulsión del tercer molar inferior y tener acceso a la cara mesial de dicho diente para ubicar un elevador recto.

Esta maniobra se realiza bajo refrigeración permanente con suero fisiológico para impedir que el recalentamiento produzca necrosis.

Una vez eliminados los obstáculos óseos y ubicado el elevador recto en la cara mesial del tercer molar se realiza la extracción sin necesidad de presión excesiva y se elimina el capuchón pericoronario con cuchareta.

Se practica el acondicionamiento y aseo del lecho quirúrgico lavando con suero fisiológico se lleva el colgajo a posición y se sutura con puntos discontinuos entre premolar y molar, entre los molares y en distal del segundo molar, se agrega un cuarto punto distal al alveolo, se termina colocando un troza de gasa y dando las instrucciones al paciente.

4.b. Colgajo modificado por el Dr. Carrasco:

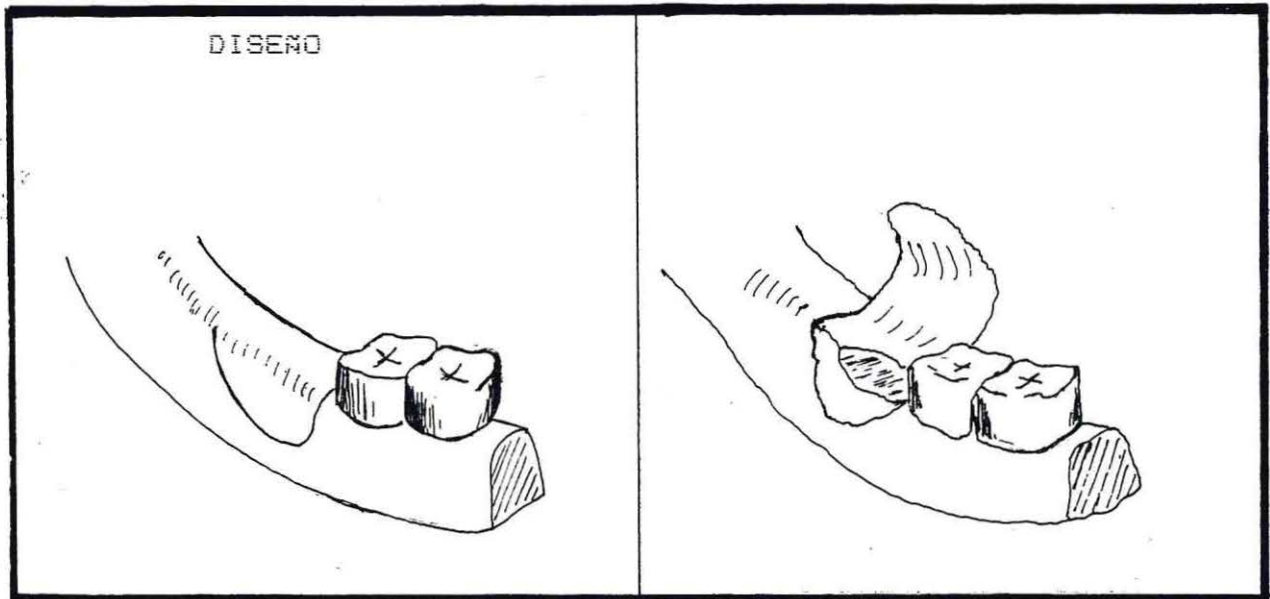
Previa anestesia troncular al nervio dentario inferior utilizando la técnica Spix e infiltrativa local, se procede a diseñar una incisión, que comienza a nivel del reborde oclusal, por distal del segundo molar inferior para hacerse vertical, al continuarse por la pared alveolar externa donde a nivel de aproximadamente 3 mm del fondo vestibular, se describe una curva y se dirige hacia atras y arriba, en forma paralela a la línea oblicua externa y termina unos 3 mm por distal del tercer molar.

Se separa el colgajo mucoperiostico con legra dejando al descubierto la tabla ósea vestibular y sector ocluser correspondiente al tercer molar incluido.

Con fresa redonda quirúrgica, se realiza la osteotomía con el fin de liberar la corona de la pieza incluida y tener acceso a su cara mesial con el fin de colocar un elevador para proceder a su extracción.

Se practica el acondicionamiento del alveolo y lecho quirúrgico, lavando con suero fisiológico, se vuelve el colgajo a posición y se sutura con puntos discontinuos por distal del segundo molar, otro por vestibular y un tercero en la posición horizontal vestibular del colgajo.

Se coloca una gasa presionando ligeramente el colgajo y se dan las instrucciones al paciente.



5.- INDICACIONES POST-EXTRACCION:

- Mantener mordiendo el algodón durante 30 minutos.
- En caso de continuar sangrando colocar otro algodón seco estéril.
- No enjuagarse, no aspirar, no succionar, no fumar.
- Reposo relativo.
- No tomar líquidos calientes antes de las 24 horas.
- Aplicar fríos en forma intermitente en la zona intervenida las primeras 24 horas, luego aplicar calor hasta que disminuya la inflamación.
- Alimentación blanda y líquida masticar del lado contrario a la extracción.

- Higiene bucal, cepillado habitual menos en el area intervenida.
- Dormir con la cabeza más alta que el resto del cuerpo.
- Ingerir piroxican: 10mg. 1 comp. cada 12 horas durante 2 días.
- Ingerir Nefersil: 125mg. 1 comp. post-extracción y luego según dolor cada 6 horas. Anotar la cantidad tomada en forma diaria.
- Asistir a control a las 48 horas y 7 días post-intervención.

6.- METODOLOGIA:

6.a.- Estandarización de pacientes:

- Fármacos: Piroxican 1 comp. de 10 mg. inmediatamente postoperado y luego 1 comp. cada 12 horas por 2 días
- Profilaxis: Se indicará al paciente aseo y buen control de placa bacteriana.
- Medición de edema: Se medirá el grosor geniano en tres oportuidades:
 - 1.- Previa a la intervención
 - 2.- 48 horas después de la intervención.
 - 3.- A los siete días después de la intervención.

Este grosor se medirá con el instrumento antes mencionado ubicando un brazo intraoral y otro extraoral, contactando suavemente la mucosa geniana a 1 cm. bajo la desembocadura del conducto stennon y a la piel a la misma altura respectivamente.

Luego se retira el instrumento en dicha posición y se mide la distancia entre ambas superficies planas con una regla milimetrada.

- Medición de Trismus: Se efectuará la medición de la apertura bucal en tres ocasiones:
 - 1.- Previo a la intervención.
 - 2.- A las 48 horas después de la intervención.

3.- A los 7 días después de la intervención.

Esto se efectuará ubicando uno de los extremos activos del pie de metro en el borde incisal del diente 1.1 y el otro en el diente 4.1 . De no existir uno de estos dientes se realizará en los homólogos correspondientes.

- Medición de dolor: Se contabilizará el número de comprimidos de analgésico que ingirió el paciente lo cual se consignará en los controles pertinentes (48 horas y 1 semana después de la intervención).

Se considerará además una escala de dolor de 1 a 10 según apreciación subjetiva del paciente consignado en los controles pertinentes.

- Medición de tiempo operatorio: se cronometrará el tiempo que transcurra de la primera incisión hasta el último punto de sutura.

6.b.- Estandarización de Operadores:

- Todas las intervenciones quirúrgicas las realizó el mismo cirujano.
- Para las mediciones de grosor geniano y trismus, los tres operadores se calibrarán adecuadamente y consignaron los datos en la ficha ad-hoc.

R E S U L T A D O S

Para la ordenación y análisis de los resultados, se cotejaron en el mismo paciente los valores obtenidos mediante la utilización del colgajo en bolsillo v/s el colgajo modificado.

El análisis de significación estadística se efectuó comparando separadamente los valores medios con su error típico ($m \pm S.E.$), mediante el test "t" de Student no pariado considerando significativo un valor de $P < 0,05$.

ESTUDIO DEL TIEMPO OPERATORIO

Los datos que estan representando el tiempo operatorio, corresponden a la cantidad de minutos que demoró cada intervención quirúrgica utilizando una u otra técnica quirúrgica.

Tabla 1

Comparación del tiempo operatorio observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (MINUTOS)	COGAJO MODIFICADO (MINUTOS)
1	18	16
2	30	17
3	12	16
4	15	16
5	26	30
6	8	14
7	14	7
8	10	22
9	12	30
10	23	25
11	35	30
MIN.:	8	7
MAX.:	35	30
m :	18,45	20,27
S.E.:	8,84	7,68

Como se observa en la tabla 1, los valores medios de $18,45 \pm 8,84$ para el colgajo en bolsillo y de $20,27 \pm 7,68$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,515$; $p= 0,612$).

ESTUDIO DEL EDEMA POST OPERATORIO

Esta variable se analizó en dos instantes distintos; 48 hrs. después de operar y siete días después de operar.

Los valores que representan el edema post-operatorio, corresponden a la diferencia o aumento de grosor geniano posterior a la intervención expresada en milímetros, calculada restando al grosor geniano post-operatorio el grosor geniano previo a la intervención quirúrgica.

Tabla 2

Comparación del edema a las 48 hrs. post-operatoria, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (milímetros)	COLGAJO MODIFICADO (milímetros)
1	2	4
2	7	2
3	3	4
4	4	12
5	1	1
6	7	4
7	5	7
8	4	12
9	8	6
10	18	18
11	1	5
MIN.:	1	1
MAX.:	18	18
m :	5,45	6,82
S.E.:	4,80	5,13

Como se observa en la tabla 2, los valores medios de $5,45 \pm 4,80$ para el colgajo en bolsillo y de $6,82 \pm 5,13$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,643$; $p=0,527$).

Tabla 3

Comparación del edema a las 7 días post-operatorios, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (milímetros)	COGAJO MODIFICADO (milímetros)
1	0	0
2	1	1
3	0	0
4	15	15
5	0	0
6	1	2
7	0	0
8	1	8
9	0	0
10	4	4
11	0	1
MIN.:	0	0
MAX.:	15	15
m :	2,00	2,82
S.E.:	4,47	4,73

Como se observa en la tabla 3, los valores promedios de $2,00 \pm 4,47$ para el colgajo en bolsillo y de $2,82 \pm 1,43$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,417$; $p=0,681$).

ESTUDIO DEL TRISMUS POST-OPERATORIO

La variable trismus post-operatorio fué analizada, al igual que el edema, en dos momentos distintos, 48 hrs. y 7 días despues de la intervención quirúrgica.

Los valore que representan el trismus post-operatorio corresponden a la disminución de la apertura bucal luego de la intervención, expresado en milímetros, y que fué calculada restando a la apertura bucal original la apertura bucal post-operatoria.

Tabla 4

Comparación del trismus a las 48 hrs. post-operatoria, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (milímetros)	COGAJO MODIFICADO (milímetros)
1	11	2
2	11	9
3	11	3
4	18	18
5	5	9
6	3	22
7	30	24
8	10	32
9	11	22
10	37	37
11	12	8
MIN.:	3	2
MAX.:	37	37
m :	14,45	16,91
S.E.:	10,28	11,64

Como se observa en la tabla 4, los valores medios de 14,45 \pm 10,28 para el colgajo en bolsillo y de 16,91 \pm 11,64 para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,524$; $p=0,606$).

Tabla 5

Comparación del trimus a los 7 días post-operatorios, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (milímetros)	COGAJO MODIFICADO (milímetros)
1	0	3
2	0	2
3	5	1
4	2	2
5	5	7
6	1	4
7	29	9
8	4	14
9	0	14
10	25	25
11	0	5
MIN.:	0	1
MAX.:	29	25
m :	6,45	7,68
S.E.:	10,39	7,31

Como se observa en la tabla 5, los valores medios de $6,45 \pm 10,39$ para el colgajo en bolsillo y de $7,68 \pm 7,31$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,356$; $p=0,725$).

ESTUDIO DEL DOLOR POST-OPERATORIO

Los datos que representan la magnitud del dolor post-operatorio, se compararon mediante la cantidad de comprimidos de analgésicos ingeridos por los pacientes al utilizar ambas técnicas quirúrgicas. Esto se expresó en unidades de comprimidos.

Además el dolor se comparó mediante las notas subjetivas que cada paciente puso a su dolor, al utilizar cada técnica en una escala arbitraria de 1 a 10. La nota 1 corresponde a la ausencia de dolor y la nota 10 a un dolor extremo.

Tabla 6

Comparación del dolor post-operatorio, según cantidad de analgésicos ingeridos, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (unidades)	COLGAJO MODIFICADO (unidades)
1	1	2
2	10	6
3	2	4
4	12	12
5	9	7
6	5	2
7	10	3
8	2	9
9	3	2
10	6	6
11	3	11
MIN.:	1	2
MAX.:	12	12
m :	5,37	5,82
S.E.:	3,90	3,63

Como se observa en la tabla 6, los valores medios de $5,37 \pm 3,90$ para el colgajo en bolsillo y de $5,82 \pm 3,63$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,057$; $p=0,955$).

Tabla 7

Comparación del dolor post-operatorio, según nota del paciente, observado en la extracción de terceros molares inferiores incluidos, colgajo en bolsillo v/s colgajo modificado.

PACIENTE	COLGAJO EN BOLSILLO (nota)	COLGAJO MODIFICADO (nota)
1	2	4
2	7	1
3	2	1
4	2	6
5	4	5
6	3	1
7	9	5
8	1	1
9	1	1
10	5	5
11	3	7
MIN.:	1	1
MAX.:	9	7
m :	3,55	3,36
S.E.:	2,54	2,38

Como se observa en la tabla 7, los valores medios de $3,55 \pm 2,54$ para el colgajo en bolsillo y de $3,36 \pm 2,38$ para el colgajo modificado, son similares, no representando diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($t=-0,173$; $p=0,864$).

DISCUSION

Utilizando una muestra homogénea de pacientes, que presentaron un inclusión bilateral, similar, de sus terceros molares inferiores, se realizó este estudio, el cual arrojó resultado que pasamos a discutir.

Si bien el tiempo operatorio no representó diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas, consideramos que este hecho nos da un buen pie, para ofrecer una alternativa al cirujano, ya que la técnica modificada nos permite una excelente visión de un amplio campo operatorio (foto nº 4) y además un cierre con una sutura rápida y sencilla (foto nº 7).

En relación al edema post-operatorio, con ambas técnicas se encontraron valores similares, lo cual no represento diferencias estadísticamente significativas, sin embargo creemos que sería conveniente indagar más en éste punto, pues, aunque el tejido óseo removido es similar en ambas técnicas la incision es menos extensa y requiere desplazar menos tejido blando y periosteo en el colgajo modificado (foto nº 3 y nº 4).

Refiriendonos al trismus post-operatorio también encontramos ausencia de diferencias estadísticamente significativas, lo que nos hace pensar en la relación trismus-edema. Y además que con ambas técnicas no es necesario desincertar muchas fibras musculares, a diferencias de otras técnicas.

Con respecto al dolor post-operatorio, considerando la subjetividad y otros factores influyentes que escapan a nuestro control (estado de animo del paciente, trauma operatorio, etc.) se encontro que no aparecieron diferencias estadísticamente significativas, no obstante, nuestra experiencia en éste trabajo, nos mostró que algunos pacientes sintieron mayor incomodidad en relación al lecho quirúrgico suturado con el colgajo en bolsillo, esto aparentemente se debe al que punto de sutura esta en relación a una zona de stress masticatorio, a diferencia del colgajo modificado que el punto de sutura esta hacia vestibular.

Además observamos clinicamente que el tipo de sutura del colgajo modificado evitaría los frecuentes problemas de tipo periodontal que se generan por distal del segundo molar inferior, obviamente que debe ser estudiado para ser confirmado.

CONCLUSIONES

De los resultados expuestos y del analisis de ellos, se concluye que :

- Estadisticamente no hubo diferencias significativas al comparar el tiempo operatorio entre el colgajo convencional y el colgajo modificado.
- No hubo diferencias estadisticamente significativas al comparar el edema post-operatorio entre el colgajo convencional y el modificado.
- No hubo diferencias estadisticamente significativas al comparar el trismus post-operatorio entre el colgajo convencional y el modificado.
- Estadisticamente no hubo diferencias significativas al comparar el dolor post-operatorio entre el colgajo convencional y el modificado.
- El colgajo modificado es una muy buena alternativa para extraer terceros molares inferiores incluidos.
- Que se debe seguir investigando, aumentando el número de pacientes y variables.

RESUMEN

En el presente trabajo experimental se realizó un análisis comparativo del tiempo operatorio y de las molestias post-operatorias consecutivas a la extracción de terceros molares, vía convencional versus modificada.

Once pacientes seleccionados del Policlínico de Cirugía de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso, que presentaban ambos terceros molares inferiores en inclusión ósea se sometieron a dichos métodos.

En el pre y post-operatorio se realizaron mediciones para estudiar las variables Trismus y edema, además controlándose el tiempo operatorio utilizado en cada intervención.

Asimismo, el dolor post-operatorio fue analizado de acuerdo a la cantidad de analgésicos ingeridos y la opinión subjetiva de cada paciente.

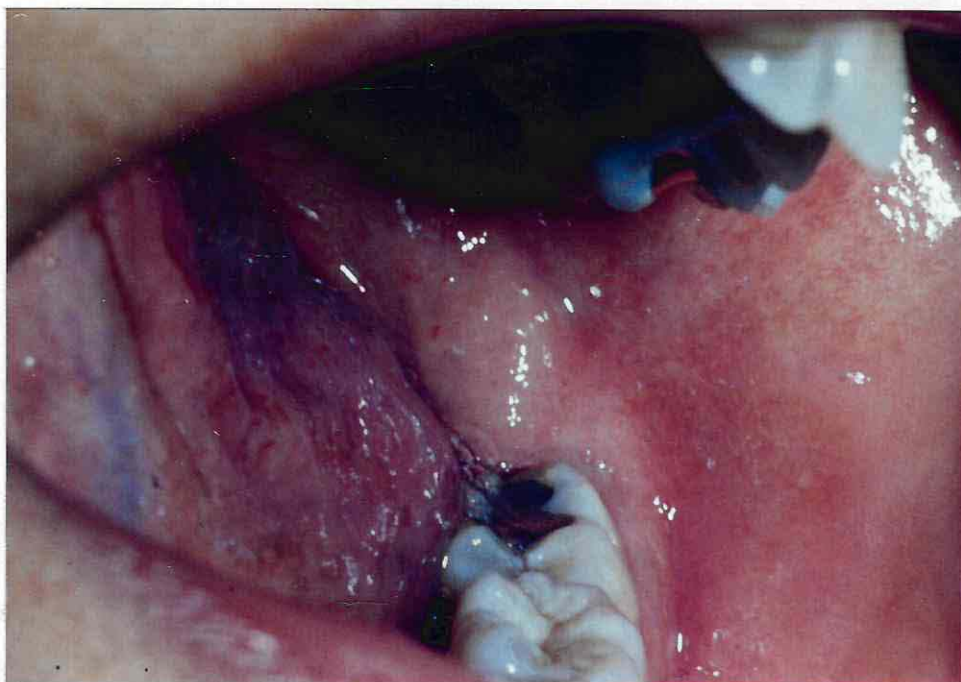
El análisis demostró que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la técnica de abordaje convencional y la técnica modificada.

Se concluyó que la técnica de abordaje modificada es una muy buena técnica para extraer terceros molares inferiores incluidos.



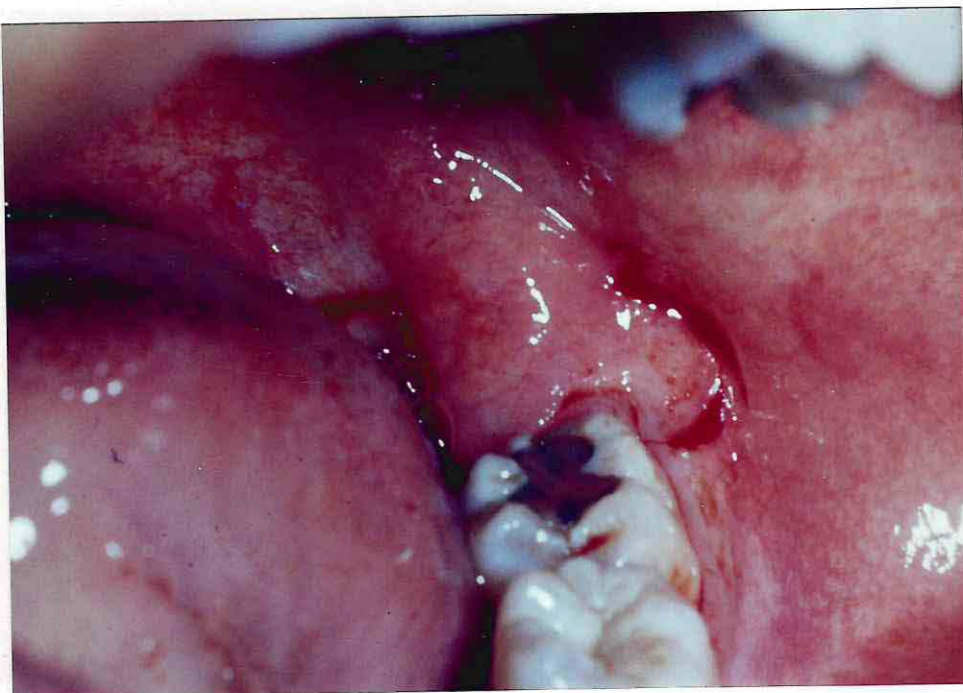
ANEXOS

FOTO 1



REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

FOTO 2



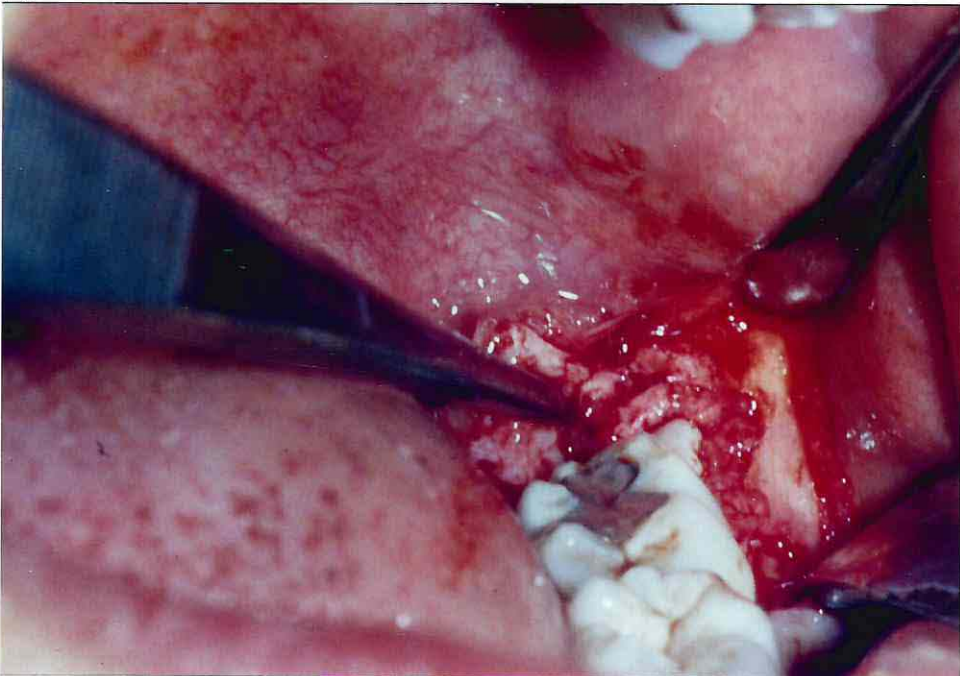
INCISION (DISEÑO) DEL COLGAJO MODIFICADO.

FOTO 3.



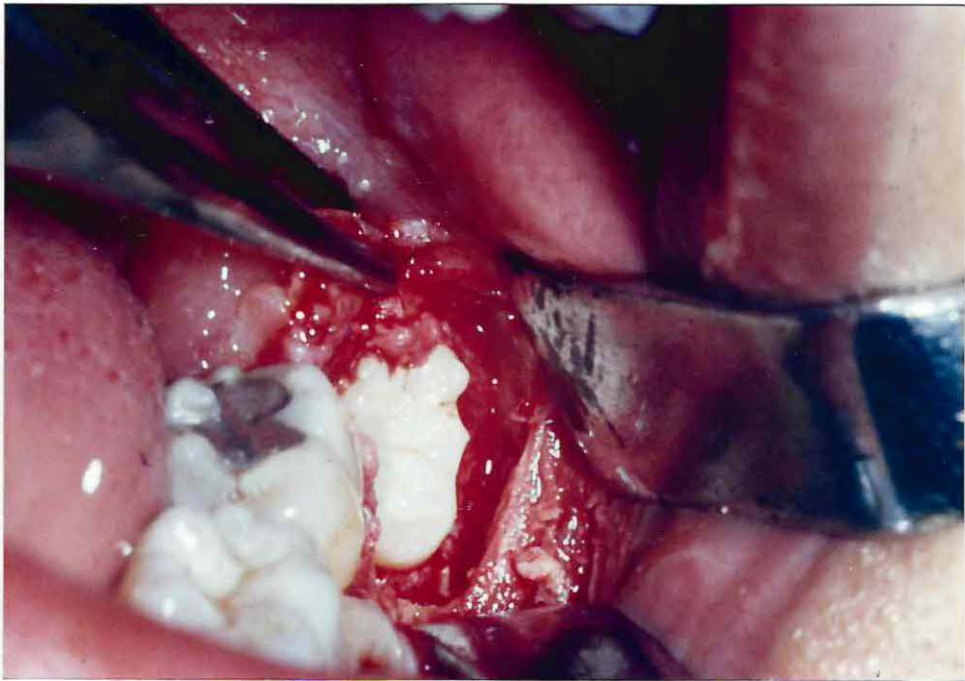
INCISION (DISEÑO) DEL COLGAJO MODIFICADO.

FOTO 4.



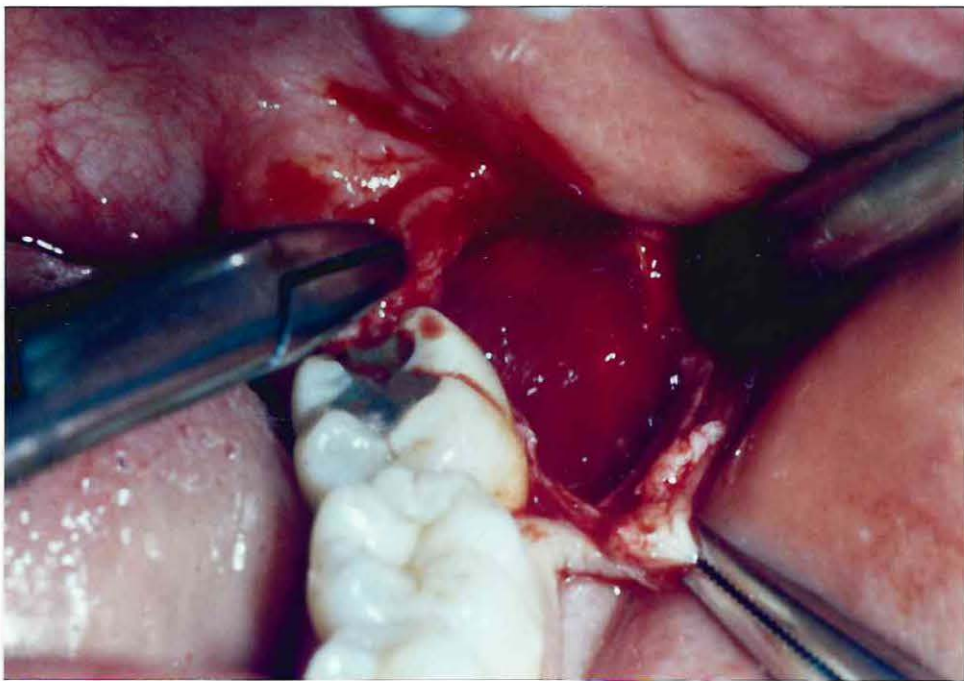
COLGAJO DECOLADO, DEJANDO AL DESCUBIERTO EL TEJIDO OSEO.

FOTO 5.



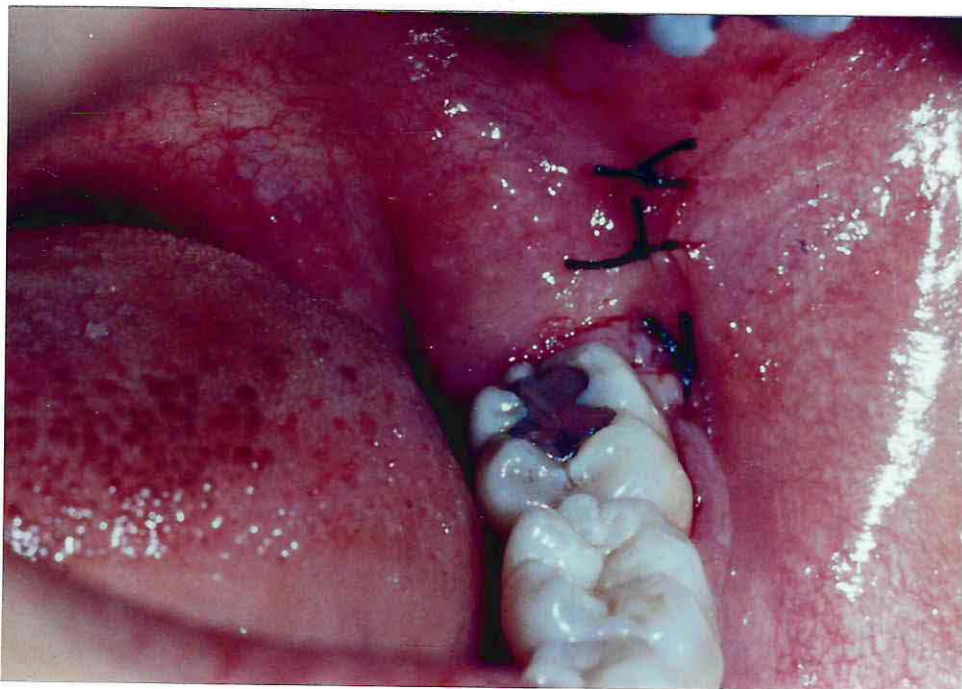
VISUALIZACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR, POSTERIOR A LA OSTEOTOMIA.

FOTO 6.



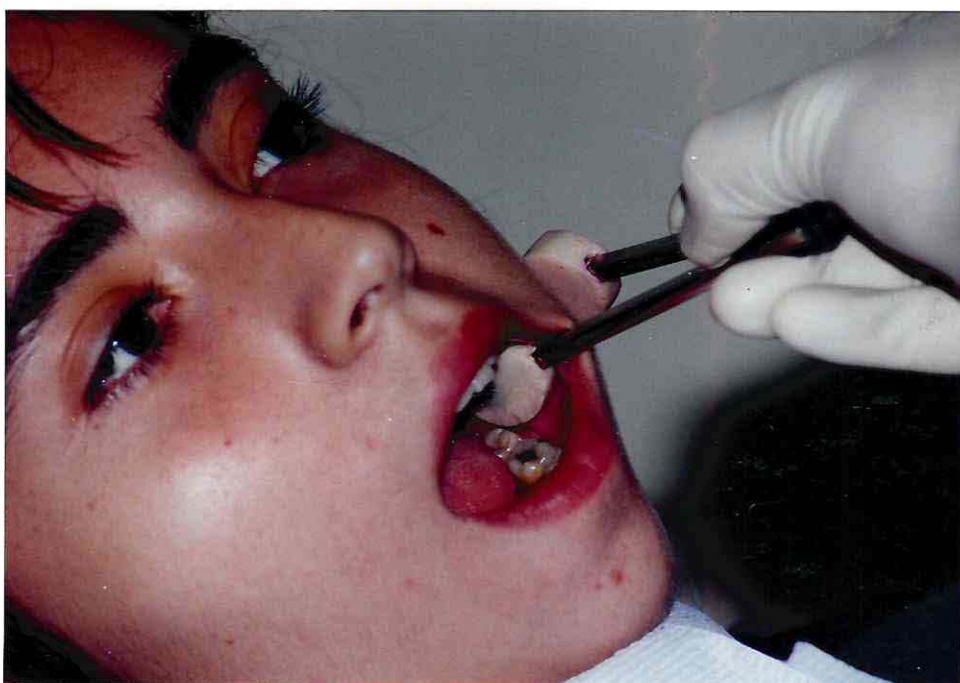
LECHO QUIRURGICO POSTERIOR A LA EXODONCIA EFECTUADA CON ELEVADOR.

FOTO 7.



LECHO QUIRURGICO SUTURADO.

FOTO 8.



MEDICION DEL GROSOR GENIANO, CON INSTRUMENTO ADAPTADO.

FOTO 9.



MEDICION DE APERTURA BUCAL CON PIE DE METRO.

FICHA UTILIZADA PARA MEDIR LAS DISTINTAS VARIABLES.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE CIRUGIA

SEMINARIO DE TESIS

PACIENTE:.....

EDAD :.....

SEXO :.....

COLGAJO :..... COLGAJO :.....

FECHA 1 :..... FECHA 1 :.....

FECHA 2 :..... FECHA 2 :.....

FECHA 3 :..... FECHA 3 :.....

DIENTE NUMERO:..... DIENTE NUMERO:.....

1) TIEMPO OPERATORIO
.....minutos

1) TIEMPO OPERATORIO
.....minutos

2) GROSOR GENIANO
Preoperatoriomm
48 hrs Post-operación.....mm
7 dias Post-operación.....mm

2) GROSOR GENIANO
Preoperatorio.....mm
48 hrs Post-operación.....mm
7 dias Post-operación.....mm

3) APERTURA BUCAL
Preoperatoria.....mm
48 hrs Post-operación.....mm
7 dias Post-operación.....mm

3) APERTURA BUCAL
Preoperatoria.....mm
48 hrs Post-operación.....mm
7 dias Post-operación.....mm

4) DOLOR POST-OPERATORIO

4) DOLOR POST-OPERATORIO

4.1) SEGUN ANALGESICOS:
1º dia.....
2º dia.....
3º dia.....
4º dia.....
5º dia.....
6º dia.....
7º dia.....

4.1) SEGUN ANALGESICOS:
1º dia.....
2º dia.....
3º dia.....
4º dia.....
5º dia.....
6º dia.....
7º dia.....

4.2) SEGUN OPINION PACIENTE
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

4.2) SEGUN OPINION PACIENTE
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

5) OBSERVACIONES:

5) OBSERVACIONES:

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APUNTES ASIGNATURA DE FARMACOLOGIA.(1989). VALPARAISO.
- ARAYA,E.(1980) : EL DOLOR OPERATORIO EN CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL. MEMORIA U. DE CONCEPCION. CONCEPCION.
- AYARZA,D.(1986) : GLUCAMETACINA (INDICIN) EN CONTROL DEL TRISMUS Y EDEMA POST OPERATORIO EN CIRUGIA ORAL. TRABAJO DE INVESTIGACION. FACULTAD ODONTOLOGIA U. DE CHILE. SANTIAGO.
- BELLO,S.(1983) : UN NUEVO PUNTO DE SUTURA AUXILIAR EN LA EXTRACCION A COLGAJO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES. TRABAJO DE INVESTIGACION. FACULTAD ODONTOLOGIA U. DE CHILE. SANTIAGO.
- CARSTEN,A.ET AL.: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD ANALGESICA Y ANTIINFLAMATORIA DE LA (1987) GLUCAMETACINA (INDICIN), ASPIRINA Y PLACEBO EN CIRUGIA ORAL ODONT. CHILENA.35:31-39.
- CORTES,J.(1982) : FENESTRACION MODULO DE AUTOEVALUACION. FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. DE CHILE. PAG-1-15.
- CHAMPION,P.ET AL: UNE TECHNIQUE ANATOMIQUE D"ABORD (1977) DES GERMES ET DES DENTS DE SAGESSE INFERIEURES INCLUSES LA VOIE LINGUALES, ANATOMIE, TECHNIQUE. REVUE D"ODONTO-STOMATOLOGIE. TOME VI 4:274-279.
- DE VEER,I.(1980) : TUMORES DE LOS MAXILARES. TRABAJO DE INVESTIGACION. FACULTAD ODONTOLOGIA U. DE CHILE. SANTIAGO.
- ESGUEP,A.(1982) : ELEMENTOS DE PATOLOGIA GENERAL PARA ODONTOLOGOS. APUNTES DEPARTAMENTO PATOLOGIA. U. DE CHILE.

- FIGUIN, M.E. Y
GARINO, R.R. (1980): ANATOMIA ODONTOLOGICA FUNCIONAL Y APLICADA. 2DA. EDICION. BUENOS AIRES. EDIT. EL ATENEO. 341-373. CAP. 8-9.
- GORLIN, R. Y
GOLDMAN, H. (1973): PATOLOGIA ORAL. 6TE. EDICION. BARCELONA. EDIT. SALVAT. 489. CAP. 10.
- HENRIQUEZ, E. E
IRIARTE, E. (1982): ACTIVIDAD ANALGESICA DEL KETOPROFENO EN CIRUGIA ORAL. TRABAJO INVESTIGACION. FACULTAD ODONTOLOGIA U. DE CHILE, SANTIAGO.
- HERNANDEZ, J. (1980): ACCION DE LA BETAMETASONA SOBRE EL DOLOR Y EL EDEMA DURANTE EL POST OPERATORIO DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO O SEMIINCLUIDO. PRUEBA DE PERFECCIONAMIENTO CLINICO. FACULTAD ODONTOLOGIA U. DE CHILE, SANTIAGO.
- KRUGER, K. H. (1982): CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL 5TA. EDICION. BUENOS AIRES. EDIT. MEDICA PANAMERICANA. PP 81 CAP. 6.
- LASKIN, D. M. (1971): EVALUTION OF THIRD MOLAR J.O. 82:4.
- LIGUEROS, O. (1984) : ACTIVIDAD ANALGESICA Y ANTIINFLAMATORIA DE LA GLUCOMETALINA EN CIRUGIA ORAL. TRABAJO DE INVESTIGACION. U. DE CHILE, SANTIAGO.
- MARDONES, J. (1976): FARMACOLOGIA 1RA. EDIC. BUENOS AIRES. EDIT. INTERMEDICA. PP 149-152. CAP. 21.
- MARTINO, L Y
PINO, M. (1981) : EVALUACION CLINICA DE NAPROXENO E IBUPROFENO EN CIRUGIA ORAL. TRABAJO INVESTIGACION. U. DE CHILE, SANTIAGO.

- MATAMALA, F. (1974-75): REVISION DE ASPECTOS NEUROANATOMICOS DEL DOLOR. REVISTA DENT. DE CHILE 15. PP 22-23.
- MOLINA, M. E. (1979): ALVEOLITIS EN EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES. TRABAJO DE INVESTIGACION. U. DE CHILE, SANTIAGO.
- RAMIREA, N. E. (1979): TUMORES ODONTOGENICOS PRUEBA PERFECCIONAMIENTO CLINICO. FACULTAD ODONTOLOGICA. U. DE CHILE. SANTIAGO.
- RIES, G. A. (1968) : EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. 1RA. EDICION. BUENOS AIRES. EDIT. EL ATENEO PP 13-43. CAP.1.
- RIES, G. A. (1968) : CIRUGIA BUCAL. 7MA. EDICION. BUENOS AIRES. EDIT. EL ATENEO. PP 307. CAP. 4.
- ROSAS, S. Y GUERRERO, S. (1986): ESTUDIO DEL EFECTO ANTIINFLAMATORIO DE LA BETAMETASONA APLICADA TOPICAMENTE Y POR VIA PARENTAL EN PACIENTES DE CIRUGIA BUCAL. ODONT. CHILENA 34. PP 50-54.
- ROOD, J.P., YATES, C., Y BUCHAMAN, M. (1979) : POST. OPERATIVE SWELLING AND TRISMUS AFTER MANDIBULAR THIRD MOLAR REMOVAL WITH THE LINGUAL SPLIT BONE TECHNIQUE. INT. J. ORAL SURG. 8: 31-35.
- ROOD, J.P. (1983) : LINGUAL SPLIT TECHNIQUE DAMAGE TO INFERIOR ALVEOLAR AND LINGUAL NERVES DURING REMOVAL IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS. BR. DENT. J. 154: 402-403.
- RUD, J. (1970) : THE SPLIT-BOUE TECHNIQUE FOR REMOVAL OF IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS. J. ORAL SURGERY 28: 416-421.

- RUD, J. (1984) : REEVALUATION OF THE LINGUAL
SPLIT-BONE TECHNIQUE FOR REMOVAL OF
IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS.
J. ORAL MAXILLOFAC. SURG. 42:
114-117.
- SCHWARTZ, L., Y
CHAYE, CH. (1973).: DOLOR FACIAL Y DISFUNCION
MANDIBULAR EDIT MUND PP 3-13.
- SHAFER, W. (1979) : TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL 3º
EDICION MEXICO. EDIT.
INTERAMERICANA PP 238-287 CAP. 4.
- SOMMARIVA, A. (1982) : PERICORONARITIS EN TERCEROS MOLARES
INFERIORES ASPECTOS CLINICOS Y
RADIOGRAFICOS. TRABAJO
INVESTIGACION. FACULTAD ODONTOLOGIA
U. DE CHILE, SANTIAGO.
- STAKESBY, J. (1980): MODIFIED LINGUAL SPLIT TECHNIQUE
FOR EXTRACTION OF IMPACTED
MANDIBULAR THIRD MOLARS. J. ORAL
SURGERY 38: 578-583.
- TESTUT, L. Y
LATARJET, A. (1979) : VOL. 1 TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.
9º EDICION BARCELONA EDIT SALVAT
PAG. 251-280.
- VILLASEÑOR, C. (1986): ANALISIS DEL EDEMA Y DEL TRISMUS EN
EL CIERRE POR 1º O 2º INTENSION DE
LA CAVIDAD OPERATORIA EN LA
EXODONCIA DE 3º MOLARES INCLUIDOS
TRABAJO INVESTIGACION. FACULTAD
ODONTOLOGIA U. DE CHILE, SANTIAGO.
- YATES, C., ROOD, S., Y
GURALMCK, W. (1979): SWELLING AND TRISMUS AFTER THIRD
MOLAR REMOVAL. A COMPARISON OF TWO
TECHNIQUES INT. J. ORAL. SURG. 8:
347-348.
- ZIMMERMAN, D. (1979): THE DENTAL CLINICS OF NORTH
AMERICA. THE DEFFINET IMPACTION PP
453-459.

ZUNIGA, B., BASILI, A.,
ROJAS, R. (1974): MANEJO DE LOS QUERATOQUISTES
RECIDIVADOS. REV. DENT. CHILE 15:
3-10.

