



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. ESTUDIO DE CASO**

Tutor:

Od. Julio A. López G.

Autoras:

Castillo A., María A.

Loyo G., Crisbealy L.

San Diego, Septiembre 2016.



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Odontología

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. ESTUDIO DE CASO**

Proyecto de Grado para optar al título de
Odontólogo

Tutor:

Od. Julio A. López G.

Autoras:

Castillo A., María A.

Loyo G., Crisbealy L.

San Diego, Septiembre 2016.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ANTEPROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO.**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

1. 22.888.036
2. 20.891.606

Nombres y Apellidos

María A. Castillo A.
Crisbealy L. Loyo G.

Tutor Académico: Od. Julio A. López G. **Firma:** _____

Cédula de Identidad N° 18.858.455

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma

Sello

Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

San Diego, _____

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO.** realizado por la bachiller: Maria A. Castillo A., C.I: 22.888.036, cursante de la carrera de Odontologia, hace constar que despues de analizar su contenido y escuchado su exposicion oral, considera que reúne los meritos suficientes para su aprobacion asignandole la **CALIFICACION DEFINITIVA DE _____ PUNTOS.**

EL JURADO

Miembro:

C.I:

Miembro:

C.I:

Miembro:

C.I:



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

San Diego, _____

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO.**, realizado por la bachiller: Crisbealy L. Loyo G., C.I: 20.891.606, cursante de la carrera de Odontologia, hace constar que despues de analizar su contenido y escuchado su exposicion oral, considera que reúne los meritos suficientes para su aprobacion asignandole la **CALIFICACION DEFINITIVA DE _____ PUNTOS.**

EL JURADO

Miembro:

C.I:

Miembro:

C.I:

Miembro:

C.I:



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
CONSEJO UNIVERSITARIO

CU-UJAP _____

San Diego, _____

Ciudadano (a):

María A. Castillo A.

C.I. N° 22.888.036

Presente.-

Ciudadano (a):

Crisbealy L. Loyo G.

C.I. N° 20.891.696

Presente.-

Cumplo con informarle que la Comisión Delegada del Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____, celebrada el _____ de _____ próximo pasado, acordó aprobar el Proyecto de Trabajo de Grado presentado por los bachilleres presentes, titulado ACORDÓ APROBAR EL Proyecto De Trabajo de Grado presentado por usted, titulado: **DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO**

Sin otro particular, se suscribe de usted.

Atentamente,

Lic. _____

Secretaria

c.c. Expediente del alumno

Archivo



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Loyo G.	Nombres: Crisbealy L.	C.I.: 20.891.606
Dirección: Residencias Orión, San Diego. Estado Carabobo		Teléfono: 0414-5703605
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Crisbealy Loyo Teléfono: 0414-5703605		
Nombre: María A. Castillo Teléfono: 0424-3703330		
Título de Trabajo de Grado: DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO		
Breve Explicación: Paciente femenino de 23 años de edad, con dolor preauricular derecho, de intensidad moderada, dificultad a la apertura bucal, a la masticación y refiriendo bloqueo mandibular en una ocasión. Se realizaron estudios clínicos e imagenológicos pre-quirúrgicos, posteriormente la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos, se esperó un período de 15 días para la repetición de los estudios, evaluación control e infiltración intra-articular.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología. San Diego, Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: Dos (2) Semestres.		
Tutor Académico propuesto: Od. Julio A. López G.		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

**COMITÉ DE EVALUACIÓN
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha
DIRECCIÓN DE ESCUELA		

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Castillo A.	Nombres: María A.	C.I.: 22.888.036
Dirección: Residencias Orión, San Diego. Estado Carabobo		Teléfono: 0424-3703330
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: María A. Castillo Teléfono: 0424-3703330		
Nombre: Crisbealy Loyo Teléfono: 0414-5703605		
Título de Trabajo de Grado: DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE UN CASO		
Breve Explicación: Paciente femenino de 23 años de edad, con dolor preauricular derecho, de intensidad moderada, dificultad a la apertura bucal, a la masticación y refiriendo bloqueo mandibular en una ocasión. Se realizaron estudios clínicos e imagenológicos pre-quirúrgicos, posteriormente la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos, se esperó un período de 15 días para la repetición de los estudios, evaluación control e infiltración intra-articular.		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología. San Diego, Estado Carabobo.		
Tiempo de Desarrollo: Dos (2) Semestres.		
Tutor Académico propuesto: Od. Julio A. López G.		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

**COMITÉ DE EVALUACIÓN
COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO**

_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha
DIRECCIÓN DE ESCUELA		
_____	_____	_____
Nombre	Firma	Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACEPTACION DEL TUTOR

Quien suscribe, Julio A. López G, portador(a) de la cedula de identidad N° 18.858.455, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por las ciudadanas María A. Castillo A., portadora de la Cedula de Identidad N° 22.888.036 y Crisbealy L. Loyo G., portadora de la Cedula de Identidad N° 20.891.606, titulado **DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. ESTUDIO DE CASO** presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los _____ días del mes de _____ del año 2016.

Od. Julio A. López G.

C.I. 18.858.455

DEDICATORIA

La vida se encuentra llena de retos, y uno de ellos es la Universidad, el momento en el cual decides dejar una etapa de la vida para dar inicio a otra, que abrirá el camino a nuevas oportunidades. Esta carrera hermosa me ha enseñado a ser una mejor persona en todos los ámbitos de mi vida, de igual forma ha significado un gran reto, tanto emocional como intelectual. Por tanto, me gustaría agradecer a las personas que siempre han estado a mi lado, en buenas y malas durante este ciclo de vida, siendo una pieza esencial en este rompezacabezas que muy pronto estaré por culminar.

En primer lugar, quiero dedicar este logro a la vida, a mi vida, y a Dios por permitirme estar en el lugar y momento correcto en el cual decidí comenzar esta aventura llamada Universidad, cursando la carrera de Odontología, que ha sido una de las experiencias más duras, pero a su vez más gratificante, y no tengo duda que esto solo es el comienzo de una carrera llena de éxitos y aprendizajes.

En segundo lugar, a mis padres, Carmen Arvelález y Eli Castillo, que sin su constante apoyo, todo esto no hubiese sido posible. Su empuje, palabras de aliento, comprensión y confianza me han permitido llegar hasta donde estoy, y convertirme en la mujer que soy hoy en día. No existen palabras suficientes para expresar lo agradecida que estoy con ustedes, simplemente son fuente inagotable de amor e inspiración.

También quiero agradecer a mi hermana Carmely Castillo, ella ha sido mi soporte a lo largo de estos años, mi compañía, y apoyo incondicional. Gracias por siempre brindarme tu ayuda y apoyo durante este ciclo.

A mis abuelos, Omaira Rodríguez y Rafael Castillo, por ser mis ángeles, y bendecirme desde el cielo, y a Rosa Gámez y José Arvelález por estar

presentes en cada logro a lo largo de mi vida, mi admiración y amor siempre están con ustedes.

María Alejandra Castillo Arvelaez.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios y a la Virgen por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres Obsalys y Cristóbal por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hermana Chriss Alejandra por estar siempre presente, por apoyarme y darme el valor de superar mis propios límites intentando ser siempre el mejor ejemplo para ella.

A Jefferson G. De la Rosa por su apoyo incondicional en todo momento, por estar presente desde el comienzo de esta aventura, por brindarme su amor, paciencia, comprensión, amistad y darme un empujón cuando muchas veces lo necesite.

A Carmen M. Suarez, mi amiga, por su confianza, buena amistad y por apoyarnos mutuamente en nuestra formación profesional, por el cariño y los buenos momentos.

A Julio A. López G., por ser un excelente Profesor y Tutor, por su disposición y apoyo en cada momento que lo necesite, por facilitarme desarrollar mi trabajo de grado, pero sobre todo por su buena amistad, dedicación, conocimientos y las grandes enseñanzas brindadas.

Un agradecimiento especial para todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a este triunfo.

Y por último: deseo dedicar este momento tan importante e inolvidable; a mí misma, por no dejarme vencer, ya que en ocasiones el principal obstáculo se encuentra dentro de nosotros mismos.

Crisbealy L. Loyo G.

INDICE
CONTENIDO

RESUMEN INFORMATIVO	xvii
INTRODUCCION	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	8
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	9
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICIVOS	9
1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	12
2.2 BASES TEORICAS	22
2.3 DEFINICION DE TERMINOS.....	47
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	50
3.1 TIPO DE INVESTIGACION	50
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	52
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	53
3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.	53
3.5 TECNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	54
3.6 VARIABLES	55
3.7 FASES METODOLOGICAS DE LA INVESTIGACION.....	55

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	61
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
5.1 CONCLUSIONES.....	74
5.2 RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS	77
ANEXOS.....	83
A. INSTRUMENTO.....	84
B. VALIDACION DEL INSTRUMENTO	88
C. ENTREVISTA CLINICA	92
D. HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA.....	96
E. REGISTRO FOTOGRAFICO EXTRAORAL E INTRAORAL.....	107
F. RADIOGRAFIA PANORAMICA (PRE-QUIRURGICA).....	110
G. TOMOGRAFIA CONE BEAM (PRE-QUIRURGICA)	112
H. RESONANCIA MAGNETICA (PRE-QUIRURGICA)	134
I. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.....	143
J. INFILTRACION INTRA-ARTICULAR.....	145
K. INSTRUMENTO (POST-QUIRURGICO).....	147
L. ENTREVISTA CLINICA (POST-QUIRURGICA).....	151
M. RADIOGRAFIA PANORAMICA (POST-QUIRURGICA).....	155
N. TOMOGRAFIA CONE BEAM (POST-QUIRURGICO).....	157
Ñ. RESONANCIA MAGNETICA (POST-QUIRURGICO)	174
O. INSTALACION DE LA GERULA.....	184

LISTA DE CUADROS
CONTENIDO

CUADRO 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
CUADRO 2. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE A TRAVÉS DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS.....	65
CUADRO 3. CONDICIÓN FINAL DEL PACIENTE A TRAVÉS DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS.....	71



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencia de la Salud
Escuela de Odontología

Disfunción y Complicación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos que se presenta en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez. Estudio de caso.

Autores: Castillo A. María A., Loyo G. Crisbealy L.

Resumen

A nivel mundial el tercer molar es el diente que con mayor frecuencia presenta alteración en su erupción y mal posición, siendo la retención del mismo una afección muy común que desencadena un sin número de patologías. Los Trastornos de la Articulación Temporomandibular (ATM), han tomado un importante nivel en la actualidad afectando a diversos sectores del Sistema Estomatognatico y al bienestar de la persona. El objetivo de la presente investigación tiene como propósito describir las disfunciones y complicaciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en Paciente con Terceros Molares incluidos, atendida en el área clínica de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego – Estado Carabobo, siendo este un estudio de caso. El presente trabajo es una investigación de tipo descriptivo, con diseño de campo y de un solo caso. Se consideró la selección del paciente por presentar clínicamente, dolor preauricular derecho, de intensidad moderada, dificultad a la apertura bucal, a la masticación y refiriendo bloqueo mandibular en una ocasión. Se implementó la técnica de observación estructurada, como instrumento una entrevista clínica y un cuestionario aplicado para el estudio de la Historia Clínica, en conjunto con un Examen clínico Extraoral e Intraoral, Registro Fotográfico y Estudios Imagenológicos. Los resultados indican que el paciente presentó inclusión de terceros molares 1.8, 2.8, posición C, vertical y 3.8, 4.8 clases III, posición C, mesioanguladas, demostrando disfunciones como luxación discal con reducción bilateral, desplazamiento discal, subluxación articular, complicaciones mecánicas asociadas a desplazamientos dentarios. Posterior a la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos, se esperó un período de 15 días para evaluación control, se realizó infiltración intra-articular y la repetición de los estudios a los 30 días, obteniendo resultados favorables y una mejoría considerable clínica e imagenológica

Descriptor: Disfunción Temporomandibular, Terceros Molares, Inclusión, Patologías, Articulación Temporomandibular, Estomatognatico.

INTRODUCCION

El sistema estomatognatico es tema de constante estudio, en diversas oportunidades se han descritos las múltiples funciones que realiza y los elementos anatómicos que lo conforman, tales como son los dientes, el periodonto, las articulaciones temporomandibulares y el sistema neuromuscular. Por lo tanto, es común encontrar en la práctica odontológica la afección de una o más de estas estructuras como lo son: Articulación Temporomandibular (ATM), Músculos, Maxilares, Huesos, Dientes, Senos Paranasales, Paladar, Encías, Mejillas, Lengua, Glándulas salivales, Frenillos, Labios, etc.

Uno de los elementos del sistema estomatognatico mas ignorado por los pacientes y en muchos casos odontólogos, es la Articulación Temporomandibular, la cual puede presentar disfunciones que posteriormente conducen a complicaciones, si no son atendidas oportunamente. Al hablar de Disfunción Temporomandibular (DTM) hay que hacer referencia a la existencia de trastornos funcionales del aparato masticatorio que incluyen cualquier alteración en las relaciones de los dientes con sus estructuras.

En ese sentido, Okeson (2008) los define como un extenso grupo de trastornos o enfermedades músculo-esqueléticas derivadas de las estructuras masticatorias. Un factor predisponente para la aparición de dichas Disfunciones es la presencia de terceros molares no extraídos, que pueden o no estar retenidos, y las alteraciones que esta unidad dentaria produce en la oclusión dentaria. Sin embargo, la simple presencia de este órgano dentario en la boca no significa que tenga que haber patología, pueden ser asintomáticos y participar, al igual que los demás dientes, en las funciones normales del sistema. Por lo tanto se deben asociar una serie de síntomas para que el tercer molar se considere como un elemento de inducción patológica en el sistema dentario de la persona.

La etiología de la frecuente retención de estos dientes es muy variada y van desde factores embrionarios y hereditarios por inconvenientes de tamaño como sería tener molares grandes y maxilares pequeños hasta condiciones anatómicas por la reducción del tamaño de los maxilares en la evolución de la especie humana. Así mismo, es importante considerar que su presencia puede ocasionar disfunciones y complicaciones como dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta, entre otras.

En cuanto a la manera de tratar estos casos, y en la mayoría de las veces, los dentistas están de acuerdo en aplicar la extracción, puesto que de no hacerse podrían desencadenar complicaciones como infecciones, quistes, tumores, caries y destrucción de los dientes adyacentes, que repercutirían en el buen funcionamiento de la ATM.

En consecuencia, esta investigación busca estudiar cómo puede afectar la no extracción de terceros molares directamente en la Articulación Temporomandibular determinando cuales son las disfunciones y complicaciones más frecuentes, acudiendo al estudio de un caso. Para ello se seleccionó un paciente que acudió a consulta del área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, aplicándole examen físico extraoral, intraoral y estudios imagenológicos, en pre y pos tratamiento, para luego realizar comparaciones.

A tal efecto, el trabajo de grado se organizó en cinco (5) capítulos, cuyos contenidos se especifican a continuación:

En el capítulo I se detalla el planteamiento y la formulación del problema, los objetivos de estudio y su justificación. El capítulo II está centrado en la estructuración de un marco teórico que incluye antecedentes bases teóricas, definición de términos.

El capítulo III, contempla la descripción metodológica caracterizada por el tipo y diseño de la investigación, así como el caso seleccionado, técnicas e

instrumentos a aplicar, validez y confiabilidad de los mismos, procesamiento y análisis de datos; en el capítulo IV, se presenta el análisis e interpretación de los resultados, y en el capítulo V se encuentran las conclusiones y recomendaciones de la investigación; y se culmina presentando las referencias de los autores consultados durante el desarrollo del trabajo, conjuntamente con los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las unidades dentarias son estructuras dinámicamente activas en la vida de las personas; sus problemas en estructura y función pueden repercutir en el resto de su salud. La acción negativa que las unidades dentarias pueden ejercer sobre el resto del organismo, es entendida, dado que el ser humano funciona como una unidad, y una alteración anatómica o funcional del Sistema Estomatognatico (estoma: boca o cavidad oral y gnatico: mandíbula) puede manifestarse con síntomas y signos, que actúan en forma constante, originando trastornos que evolucionan en el tiempo.

Entre la diversidad de patologías que se pueden presentar asociadas al Sistema Estomatognatico, se encuentran las producidas por el tercer molar retenido o incluido (no erupcionado), la cual se relaciona con el proceso odontogénico de su formación, desarrollo y erupción. Situación que ha llevado a plantearse en círculos odontológicos que los terceros molares incluidos, pueden provocar signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular (DTM), que afectarían la Articulación Temporomandibular (ATM).

En este sentido, los terceros molares constituyen una de las grandes preocupaciones en odontología, debido a la gran frecuencia con que estos molares se encuentran incluidos o impactados, considerado como uno de los motivos más frecuentes de consulta para el profesional de estomatología y odontología, debido a su repercusión en la ATM, puesto que tienen un papel importante en sus patologías, por la elevada frecuencia de su inclusión y el dolor que suelen provocar en los pacientes que sufren erupciones incorrectas.

Por otra parte, el estudio de la anatomía y fisiología de la ATM y el entendimiento de los mecanismos neuromusculares que rigen su

funcionamiento, internacionalmente, son reconocidos como requisitos básicos para la ejecución de un correcto examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento de los desórdenes de tipo articular, en pacientes que presentan disfunciones o complicaciones asociadas a la ATM. Según Mahan (1983), la ATM es la articulación que más demuestra correlación entre su estructura y función.

El aumento de retención del tercer molar ha ido de la mano con la evolución humana. Nicodemo Filho et al. (2008) (citado en Hernandez, et al, 2009), destacan la opinión de antropólogos que afirman que el crecimiento constante del cerebro aumenta el volumen de la cavidad craneana en deterioro de los maxilares, por lo tanto a nivel mundial se puede decir que los terceros molares son en un gran porcentaje, una de las unidades dentarias con mayor índice de inclusión dentaria. Aunque su etiopatogenia no es clara, es fácil deducir que debido a su cronología de erupción, puede quedar impactado o causar desplazamientos, además de causar diversas complicaciones infecciosas, tumorales, mecánicas y nerviosas. Es por ello que según el grado de severidad del caso, la extracción de los terceros molares retenidos sería la primera opción de tratamiento.

Según Hernández, F y Mateos, I (2005), la literatura considera a la inclusión dental como un fenómeno frecuente. En la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU Intitutos Nacionales de Salud, Denis y Howell en su estudio A survey of 3,874 routine full-mouth radiographs, II. A Study of Impacted Teeth, reportaron que de “3,874 radiografías de pacientes mayores de 20 años y encontraron que el 17% tenía al menos un diente incluido; de éstos el 40% correspondía a terceros molares que eran susceptibles de extracción por motivos terapéuticos o profilácticos”. (pg. 85)

En este sentido, la manifestación de DTM a causa de la inclusión de los terceros molares, pueden variar desde un simple problema muscular a una grave disfunción discal, que es asociado por muchos autores, a las

alteraciones que el tercer molar incluido produce en la oclusión dentaria (apiñamiento, desplazamientos de molares, contacto prematuro del tercer molar en erupción, entre otros) y alteraciones articulares. Diversos autores como Isberg (2006) y Okeson (2008) sostienen que los problemas que dan origen a las ATM, comienzan con la ruptura del equilibrio armónico de esta articulación, es decir cualquier factor que modifique algunos de los componentes del sistema, influirán directamente sobre los otros, originando lo que se conoce como un cuadro de disfunción.

Tomando en consideración lo antes expresado, el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, no escapa a tal situación haciéndose presente cada año un sin número de pacientes odontológicos a quienes se les asocian los trastornos que ocasionan los terceros molares incluidos, por ende las disfunciones y complicaciones de la ATM. En consecuencia por la demanda de asistencia para estos trastornos en la actualidad se hace relevante en dicha área, surgiendo como una problemática de estudio, las diversas patologías presentes en la ATM como consecuencia de la no extracción de terceros molares incluidos. De igual forma es importante para la investigación, resaltar la necesidad de comparar los resultados de un pre y pos tratamiento, para describir si existe realmente una influencia entre los terceros molares incluidos y la presencia ATM y complicaciones.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

De lo anteriormente expuesto surge la siguiente interrogante.

¿Cuáles son las Disfunciones y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, presentes en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego – Estado Carabobo?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las Disfunciones y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, a partir de una evaluación pre y post-quirúrgica, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las Disfunciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

Analizar las complicaciones de la Articulación Temporomandibular asociadas a la no extracción de Terceros molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

Aplicar tratamiento quirúrgico a partir de la extracción de Terceros Molares incluidos, en paciente con Disfunción y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

Evaluar los resultados de la aplicación del tratamiento quirúrgico a partir de la extracción de terceros molares incluidos, en paciente con Disfunciones y

Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, actualmente se presentan pacientes con numerosas complicaciones tanto clínicas como imagenológicas, ocasionadas por la inclusión de terceros molares superiores e inferiores incluidos. En consecuencia, la importancia de esta investigación radica en realizar un estudio a profundidad de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular (ATM) y sus complicaciones, en una paciente con terceros molares incluidos, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez.

La paciente ameritó un tratamiento de extracción de los terceros molares incluidos, para realizar una comparación de resultados pre y pos tratamiento, mediante estudios imagenológicos, con la finalidad de aportar información relevante a los especialistas en el área de odontología, la cual beneficia al especialista, a los pacientes y en especial a aquellos que acuden al área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, permitiendo identificar las afecciones y complicaciones producto de las ATM y el tratamiento que más le ajuste de acuerdo a su sintomatología.

Por otra parte, es necesario indicar que el estudio se ajustó a la línea de investigación de servicios de salud, de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

En tal sentido, la presente investigación de campo se justifica desde un bagaje de información teórica relevante, permitiendo identificar y analizar los trastornos Temporomandibulares más frecuentes en pacientes con terceros molares incluidos, tanto en disfunciones como en complicaciones; y a su vez

considerar la necesidad de un buen examen clínico e imagenológico para obtener un diagnóstico acertado, aplicar al paciente el tratamiento adecuado para cubrir las necesidades que la patología requiera y evaluar los resultados obtenidos posteriores al tratamiento quirúrgico.

De igual modo, el producto de esta investigación, ofrece a la comunidad estudiantil de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez un importante aporte desde el punto de vista teórico y metodológico para futuras investigaciones, puesto que puede servir de apoyo a estudios relacionados esta temática.

Por lo tanto, el alcance de este estudio viene dado por la descripción de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en un Paciente con Terceros Molares incluidos, atendidos en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, precisando cómo son y cómo se presenta su sintomatología, a la vez que se comparan resultados pre y pos tratamiento. Cabe señalar también, que en el transcurso de la investigación surgieron algunas limitantes como lo son: volumen de pacientes que acude a consulta, carga académica de las investigadoras, la disponibilidad para las consultas y el tiempo a dedicarles, entre otras. Sin embargo, la planificación de una metodología adecuada, permitió lograr los objetivos propuestos y vencer las limitantes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El marco teórico es un soporte referencial que orienta y apoya la investigación, al respecto Balestrini (2006), refiere que determina, "... la perspectiva de análisis y la visión del problema que se asume..." (p. 91); así como también "... muestra la voluntad del investigador, de analizar la realidad objeto de estudio de acuerdo a una explicación pautada por los conceptos, categorías y el sistema de proposiciones, atendiendo a un determinado paradigma teórico" (p. 91). En ese sentido, en este capítulo se incluyen aspectos como: antecedentes, bases teóricas y definición de términos.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

En el campo odontológico, se han realizado numerosos estudios que han permitido en gran parte mejorar la acción de estos profesionales para analizar y estudiar cada uno de los fenómenos que se puedan presentar, especialmente en los niveles clínicos e imagenológico. Es por ello y con la finalidad de lograr experiencia en la temática en estudio y así, obtener información para conducir mejor el trabajo, se revisaron investigaciones ligadas a la problemática que se investiga, considerando importante reseñar las que realizaron los siguientes autores:

En el ámbito internacional, Ferreira y Grossman (2015). "**Diagnosis of temporomandibular joint disorders: indication of imaging exams**" Asociación Brasileira de Otorrinolaringología y Cirugía Cérvico-Facial. Esta investigación tuvo como objetivo presentar y evaluar las principales pruebas de diagnóstico imagenológico para los desórdenes de la Articulación

Temporomandibular, y la discusión de los diferentes criterios de indicación así como también las ventajas y desventajas de cada una de las técnicas.

En el transcurrir de este estudio, se realizó una búsqueda de artículos literarios publicados y disponibles entre los años 2.004-2.014 en el idioma inglés o portugués. Esta búsqueda fue llevada a cabo en el conocimiento de la Web, PubMed, y en la base de datos SciELO. Un total de 23 artículos caracterizados por contener pruebas clínicas, estudios comparativos, reseñas, y estudios de grupo de casos, comprendieron la primera etapa de investigación. Los resultados arrojados consideraron a la tomografía computarizada y a la resonancia magnética las técnicas idóneas para la valoración estándar de la articulación temporomandibular, y evaluación de tejidos duros y suaves, teniendo en cuenta que cada método de diagnóstico presento distinta sensibilidad y especificidad para los diferentes subtipos de disfunción de la articulación.

La investigación anteriormente expuesta aporta un valor científico y literario a la investigación que se realiza, debido al estudio minucioso que se efectuó para llegar a dichos resultados. Es crucial tener un conocimiento apropiado de las diferentes técnicas y pruebas imagenológicas para el estudio de la articulación temporomandibular, así también de las indicaciones de cada una de ellas, todo esto con la misión de poder proveer un diagnóstico acertado, especialmente en pacientes cuyos signos y síntomas no son específicos.

Segura y Villagómez (2014), de la Universidad Central del Ecuador. Ecuador, ejecutaron un estudio para su trabajo de grado titulado **“Inclusión de los terceros molares en pacientes de 18 a 23 años que acuden al servicio de imagen de estomatología del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2014”**. Siendo un estudio epidemiológico descriptivo, consideró la evaluación de 383 panorámicas dentales de pacientes en edades comprendidas entre 18-23 años que acudieron al centro de Estomatología del Hospital Carlos Andrade Marín.

La investigación determinó: la prevalencia de inclusión de terceros molares siendo predominante el sexo femenino; los terceros molares que presentan mayor prevalencia de inclusión son los inferiores (Unidad Dentaria 38 y 48); según la Clasificación de Pell y Gregory para molares inferiores las clases II y III se presentaron con mayor porcentaje al igual que el tipo B. Las complicaciones más prevalentes fueron las caries, seguido de la pericoronaritis.

De igual forma, los autores constataron que la panorámica dental continúa siendo un método de diagnóstico eficaz y de amplio acceso para determinar la inclusión de los terceros molares. La prevalencia de inclusión de terceros molares en la población estudiada fue de 78% mayor que lo reportado en otros estudios. Estos resultados son un evidente sustento a esta investigación, dado que se relacionan estrechamente con la presencia de los terceros molares incluidos, que se hacen presentes en los pacientes a que acuden los centros odontológicos.

Del Puerto; Casas; Cañete (2.014). Efectuaron en Cuba, una investigación de tipo documental que titularon **“Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura”**. El propósito de este estudio fue realizar una revisión bibliográfica sobre estudios realizados y publicados en Cuba, abordando complicaciones pre y post operatorias de terceros molares retenidos. La recopilación de información se desarrolló mediante una búsqueda de términos: tercer molar retenido, meta-análisis, revisión sistemática, complicaciones pre y post operatorias, desde enero de 1990 hasta junio de 2013.

Los estudios realizados en las provincias de Cuba, mostraron que la complicación más frecuente causada por los terceros molares retenidos fue la pericoronaritis, acompañada de dolor y edema, las complicaciones post operatorias más frecuentes fue la celulitis facial, trismo y dolor. Con esta revisión, se logró sistematizar la información disponible en relación con los

terceros molares retenidos, en estudios diseñados y conducidos por autores cubanos, en ese sentido, brindan apoyo a este estudio, debido a que ratifican la importancia tratar a tiempo los terceros molares incluidos.

Moreira, (2014), desde Ecuador trabajo en un estudio, titulado **“Características de los terceros molares inferiores retenidos observados por medios radiográficos, UCSG- 2014”**. Su propósito fue establecer por medio de un estudio radiográfico las características de los terceros molares inferiores retenidos con respecto a la posición, número de raíces y la relación con conducto mandibular. Para ello ubicaron a 119 pacientes basado en datos anamnésticos y análisis radiográficos, encontrándose 174 molares inferiores retenidos a partir de 15 años de edad. La prevalencia de terceros molares inferiores retenidos fue mayor en el sexo femenino en edades comprendidas entre 21 y 25 años; la posición más prevalente según Winter fue la mesioangulada y según Pell y Gregory fue la A-II, evidenciando que el número de raíces más frecuentes fue la biradicular y la posición del conducto mandibular es la tipo II. Se plantea desarrollar más investigaciones sobre las características radiográficas de los terceros molares inferiores retenidos, haciendo énfasis en la importancia radiográfica para así evitar posibles complicaciones a futuro.

El estudio de Moreira, también aporta información relevante para esta investigación, dado que ratifica la necesidad de hacer más estudios sobre los tercero molares incluidos para el control de las disfunciones y complicaciones que se puedan presentar en los pacientes.

Carrasquel, Camacho y Mora (2.011), en la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela realizaron un estudio conocido como **“Infiltración intrarticular con ácido hialurónico y uso del espaciador oclusal como terapia en disfunción dolorosa Temporomandibular”**. El propósito de la investigación fue el uso de ácido hialurónico conjuntamente

con espaciador oclusal, para evaluar el alivio de la sintomatología dolorosa en pacientes con DDT. Se evaluó la muestra conformada por 42 sujetos (18 hombres y 24 mujeres), de los cuales 21 formaron parte del grupo control e igual número del grupo experimental. Como instrumentos de recolección de información se utilizó la historia clínica y una hoja de reevaluación, para registrar el grado de dolor presentado a una hora y luego a los 3, 15, 30 y 45 días, después de aplicado el tratamiento. Los resultados mostraron a los 15 días, disminución total del dolor en 100% del grupo experimental (terapia combinada), mientras que éste disminuyó solo en el 19% del grupo tratado con espaciador oclusal únicamente (grupo control). Se concluyó que, el uso de ácido hialurónico conjuntamente con espaciador oclusal, alivia la sintomatología dolorosa en pacientes con DDT.

Peñón, Grau y Sarracent, (2.011), en el Hospital Clínico-Quirúrgico Universitario Dr. Miguel Enríquez de Cuba, efectuaron un estudio conocido como **“Síndrome de disfunción temporomandibular y factores asociados. Hospital Miguel Enríquez 2009-2010”**. El objetivo principal fue describir el comportamiento del Síndrome de disfunción temporomandibular teniendo en cuenta la clasificación de Wilkes y la presencia de factores asociados concomitantes. En dicho estudio se evaluaron 61 pacientes en el Hospital Universitario Miguel Enríquez, en el período comprendido desde septiembre del 2009 a febrero del 2010. Tomando en cuenta variables sociodemográficas, clasificación de la disfunción temporomandibular y factores asociados concomitantes, se obtuvo un predominio de afección del sexo femenino, el grupo de edad con mayor representación fue el de 40 a 49 años, aunado a esto entre los factores asociados destacan el estrés, desarmonía oclusal, trastornos musculares, hábitos o actividad parafuncional.

Los hallazgos encontrados en la investigación, coinciden con lo reportado en diversas literaturas corroborando que el Síndrome de Disfunción Temporomandibular tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino en una

relación de 4:1 y de 2:1 en comparación con el sexo masculino. Por otra parte también indican que los jóvenes que presentan patología de la ATM, refieren un aumento progresivo con esta afección con el aumento de la edad, por lo que se evidencia la relación entre la prevalencia de dicha disfunción y el incremento de la edad. Como se observa en el estudio anterior, se enfocan directamente en las disfunciones que se pueden presentar en la ATM, por lo cual se encontró un buen soporte para esta investigación.

En relación a la Influencia de los terceros molares incluidos y la ATM se tiene un Artículo Científico, cuyos autores son: Moncada, Martínez, Merchán, Barona, y Fernández, (2009), conocido como: **“Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el Hospital de Madrid”**. España. En esta investigación se trató de comprobar la influencia que ejerce la presencia de terceros molares incluidos sobre los pacientes con disfunción temporomandibular. Se estudiaron 60 pacientes entre hombres y mujeres, diagnosticados con disfunción de la ATM y presencia o no de terceros molares incluidos.

Se dividió el total de la muestra en dos grupos, un grupo de estudio A conformado por 30 pacientes con presencia de terceros molares incluidos y un grupo B con idéntico número de pacientes sin la presencia de terceros molares incluidos. En ambos grupos se evaluaron las siguientes variables, edad, sexo, presencia o no de dolor en la ATM, ruidos en la ATM así como también disminución de la máxima apertura bucal (MAB).

Los resultados obtenidos arrojaron: una mayor afectación del sexo femenino con Disfunción de la ATM, predominando en adultos jóvenes; dolor en la Articulación Temporomandibular relacionado con la inclusión de terceros molares y por último, los pacientes con terceros molares incluidos pueden presentar ruidos articulares y disminución en la máxima apertura bucal.

Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de disfunción temporomandibular, entre ellos ruidos en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta. Estos resultados evidencian su relación con la investigación que se efectúa, dado que conducen a presentar a los terceros molares incluidos como uno de los factores determinantes de las disfunciones y complicaciones de la ATM.

Algozain, Viñas, Capote y Rodríguez, (2.009). Desarrollaron un estudio desde la Clínica Estomatológica de Artemisa en Cuba, titulada **“Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas”**. Basados en la prevalencia de los trastornos temporomandibulares en los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de la Clínica Estomatológica de Artemisa, entre julio de 2007 - marzo de 2008. El estudio también incluyó variables como edad, sexo, sintomatología, recurrencia, afección y factores asociados con el Síndrome Dolor Disfunción del Aparato Temporomandibular (SDDAT). Se evaluaron 6.469 pacientes, de los cuales 73 pacientes fueron diagnosticados con SDDAT, presentando afecciones sistémicas, anquilosis de la Articulación Temporomandibular, lesiones sugestivas de neoplasias malignas del complejo maxilofacial, otitis, sinusitis, neuralgia trigeminal, tendinitis temporal, pericoronaritis del tercer molar.

Estadísticamente, la investigación arrojó que solo 1,1 % presentó un diagnóstico de SDDAT, predominando el sexo femenino, una frecuencia de edad de 22 a 59 años, el dolor a la masticación y el ruido articular fueron el síntoma y el signo predominante, como factores de riesgo el estrés y el bruxismo. Dicha población estudiada presentó una baja incidencia del SDDAT en la consulta de urgencias estomatológicas. El interés fundamental de esta investigación, fue contribuir a brindar una mayor atención a la Disfunción de la

Articulación Temporomandibular y los diferentes factores que pueden ocasionar la aparición de este síndrome, de ahí su relación con esta investigación.

Ortega, (2008), en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Facultad de Odontología, Departamento de Cirugía Maxilo Facial. México, ejecutó un trabajo titulado: **“Factores de riesgo de Trastornos Temporomandibulares en Estudiantes de Odontología, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México”**. Con la finalidad de determinar la prevalencia en la población juvenil de la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, la afectación con trastornos temporomandibulares (TTM) y factores de riesgo asociados.

A tal efecto, se realizó un estudio transversal con 168 alumnos de ambos géneros con edades entre 17 y 32 años sin signos y síntomas de enfermedad, a los que se les realizó una revisión estomatológica y se les aplicó un cuestionario para diagnosticar factores de riesgo potenciales. El 100 % de los sujetos evaluados presentaron cuando menos un factor de riesgo de esta alteración; sin embargo, muchos de ellos se encontraron asintomáticos ante el diagnóstico completo y efectos de los TTM.

El estudio arrojó como resultado que sólo 22 pacientes, el 13.1 % de los evaluados fueron diagnosticados con: TTM. Algunos autores consideran que existe una asociación estadísticamente positiva entre el estrés, maloclusión y bruxismo con los TTM. Lo expresado anteriormente, es indicativo de que la temática abordada en esta investigación se considera importante de ser estudiada en diferentes casos y poblaciones.

Finalmente a nivel internacional se presente el estudio de Mateos y Hernández, (2005), conocido como **“Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC”**. Universidad Autónoma de Baja California. México. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia

de inclusión dental y patología asociada de la población que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California. Se evaluaron historias clínicas y series radiográficas de 3.449 pacientes ingresados con un promedio de edad de 30,76 años. Se encontró mediante exploración clínica e imagenológica que 767 pacientes presentaban inclusión dentaria, siendo más frecuente los terceros molares. En cuanto a la patología asociada con mayor frecuencia a los dientes incluidos, los dientes adyacentes presentaron pérdida ósea mayor a 5 mm, caries y reabsorción radicular.

Así mismo, la presencia de patología sugestiva de quistes y tumores fueron hallazgos poco frecuentes. Se registró un incremento en el espacio pericoronar correspondiente al folículo dental de 5 mm o más, del diente impactado. Por lo tanto, el riesgo de tener cambios quísticos asociados a la inclusión de terceros molares a largo plazo debe ser considerado como una indicación para la remoción quirúrgica de los mismos.

Esta investigación permite ratificar que, la prevalencia de terceros molares incluidos en pacientes de diferentes edades puede desencadenar una serie de patologías en las unidades dentarias y tejidos adyacentes, como trauma de los tejidos pericoronarios, enfermedad periodontal, lesiones cariosas, reabsorción radicular y agrandamiento del folículo pericoronario. De ahí su relación con este estudio, puesto que aporta información para el seguimiento de las patologías de los molares incluidos que pueden estar asociada a la ATM.

En el ámbito nacional, está el estudio de Fleitas, Arellano y Terán, (2010). Desarrollaron un estudio en La Universidad de los Andes en el estado Mérida, Venezuela. Titulado **“Determinación de signos y síntomas de trastornos Temporomandibulares en pacientes adultos de Odontología de la Universidad de los Andes”**. Proponiéndose determinar los signos y síntomas más frecuentes de TTM en casos clínicos y controles, para lo cual,

se examinaron 80 pacientes en edades comprendidas entre 20-65 años de edad, conformando dos grupos, uno de casos y uno de controles. El grupo de casos; conformado por 40 pacientes con dos de los tres signos y síntomas asociados con TTM y el grupo control; con 40 pacientes que manifestaron no tener sintomatología.

Ambos grupos de estudio fueron examinados clínicamente mediante palpación de los músculos masticatorios, medición de los movimientos mandibulares y detección de sonidos articulares. Concluyendo que el síntoma más frecuente fue el dolor en la cara, cabeza y cuello. Los casos clínicos mostraron mayor limitación de los movimientos mandibulares de apertura, los sonidos articulares estuvieron presentes en 51.25% de la población estudiada, siendo frecuente en el grupo control. Los resultados indican que los signos y síntomas de TTM son más severos en los casos clínicos, sin embargo no se evidencio diferencia en ninguno de los movimientos de lateralidad y de protrusión.

En el mismo orden de ideas, el estudio anterior guarda relación con esta investigación dado que hace referencia a los signos y síntomas más frecuentes de TTM, importante información para conducir la investigación que se está realizando.

Dinatale y Guercio, (2.004). Desde Universidad Central de Venezuela. Venezuela, desarrollaron un estudio conocido como: **“Hipomovilidad Mandibular Crónica sintomática asociada a proceso inflamatorio relacionado con inclusión de terceros molares”**. La cual tuvo como objetivo el análisis de un caso clínico de reducción de la apertura bucal, con diagnostico presuntivo de anquilosis temporomandibular. Paciente masculino de 28 años de edad, quien acudió a consulta odontológica refiriendo dolor de intensidad elevada, limitación de apertura bucal (15 mm). El examen físico revelo paciente con trastorno congénito de crecimiento (Enanismo Hipofisiario) sin embargo, no presenta anomalía en las proporciones faciales.

El examen clínico arrojó evidencia de dolor a nivel de los Músculos Masticatorios del lado derecho, no se observaron patologías intrabucales. El análisis imagenológico reveló una línea de fractura subcondilar derecha preexistente y la presencia de terceros molares. La fractura preexistente se encontraba totalmente consolidada, se procedió a la extracción de los terceros molares causantes de la sintomatología dolorosa debido a la inflamación aguda. Posteriormente se indicó terapia continua y termoterapia. Luego de seis meses la apertura bucal mejoró a 45 mm, dando como resultado un tratamiento satisfactorio.

Este estudio es de relevancia para nuestra investigación, ya que permite constatar la eficacia de una buena recopilación de datos anamnésicos, clínicos e imagenológico, tomando en cuenta las consideraciones necesarias para adaptarlas en pacientes con disfunción temporomandibular y así obtener un diagnóstico correcto.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1. Articulación Temporomandibular (ATM)

La ATM, según diversos autores como: Isberg (2006) y Okeson (2008) Es una articulación que comprende un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre el hueso temporal, en la base del cráneo, y la mandíbula; dispuesta entre el cóndilo de la mandíbula y la eminencia y fosa articular del temporal. La ATM es compleja debido a que contiene dos cavidades articulares sinoviales separadas, las cuales deben funcionar al unísono, clasificada como gínglimoartroïdal o diartrosis bicondílea, que a pesar de estar formada por 2 huesos, es considerada como compuesta, y funcionalmente es la única articulación bilateral.

Por otra parte, se considera como la única articulación del cuerpo humano que se caracteriza por trabajar conjuntamente con el lado opuesto de forma sincrónica, y a la vez puede hacerlo de forma independiente. La capsula fibrosa marca los límites anatómicos y funcionales de la articulación medial y lateralmente. La capsula es suficientemente firme para estabilizar la mandíbula durante el movimiento. La capsula medial no es tan fuerte como la lateral, la cual se refuerza por el ligamento lateral. Anterior y posteriormente, la capsula esta suelta, lo que permite el movimiento mandibular.

La articulación Temporomandibular esta soportada por dos ligamentos accesorios que protegen la articulación durante los movimientos extremos: el ligamento estilomandibular que transcurre desde el inicio de la apófisis estiloides hasta el ángulo y el borde posterior de la mandíbula, y el ligamento esfenomandibular que va desde la ala mayor del hueso esfenoides hasta la lingula de la rama ascendente mandibular. El ligamento esfenomandibular se fija separadamente de la cápsula medial.

La cápsula está formada por dos capas: una capa fibrosa externa y una interna de tejido sinovial. La capa sinovial produce el líquido sinovial que tiene tres funciones: reducir la fricción entre las superficies articulares sirviendo como lubricante, ofrecer nutrición al tejido vascular de las superficies articulares y el disco, así como retirar detritus de los espacios articulares. El líquido sinovial está formado por un complejo proteínico de ácido hialurónico muy bajo en glucosaminoglicanos (GAGs) y ha sido descrito como la diálisis del plasma sanguíneo. Solo hay líquido sinovial suficiente para recubrir las superficies de la articulación y por ello no puede ser aspirado en una articulación sana. Cantidades mayores de líquido en la articulación indica una patología articular.

La ATM está íntimamente relacionada con la oclusión dentaria y con el sistema neuromuscular. Esta articulación es una articulación sinovial con características especiales que le permiten realizar los complejos movimientos

asociados con la masticación. Su especialización está reflejada en sus características anatómicas e histológicas.

De acuerdo con Grau León, Fernández Lima, González, & Osorio Núñez. (2005). La ATM está constituida por los siguientes elementos anatómicos:

- *Cóndilo mandibular*, articula bilateralmente con la base del cráneo. Tiene forma convexa y posee la superficie articular de la mandíbula.
- *Eminencia articular y fosa articular* (cavidad glenoidea) del temporal, forman la parte craneana de la articulación temporomandibular. Constituyen las superficies articulares del hueso temporal.
- *Disco articular*, es un disco movable especializado que se relaciona y amortigua el trabajo de las piezas articulares. Separa la cavidad articular en 2 compartimientos: supradiscal e infradiscal.
- *Membrana sinovial*, cubierta interna articular que regula la producción y composición del líquido sinovial. Mediante este mecanismo mantiene la vitalidad de los tejidos articulares. El líquido sinovial es un fluido de matriz extracelular amorfa que participa en la nutrición y defensa de los tejidos articulares.
- *Cápsula articular que envuelve y protege a la articulación*, su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación. Las superficies óseas articulares están recubiertas por un fibrocartílago con un menisco articular interpuesto que las hace compatibles, lo cual facilita los movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades derecha e izquierda, protrusión y retrusión).

2.2.2. Trastornos Temporomandibular (TTM)

De acuerdo con Lescas, Hernández, Sosa, Sánchez, Ugalde-Iglesias, Ubaldo-Reyes, Rojas-Granados, y Ángeles-Castellanos (2012), los TTM se han descrito con diferentes nombres: desórdenes cráneomandibulares, síndrome de Costen; también han sido denominados como síndrome doloroso por disfunción temporomandibular, lesión crónica del menisco, disfunción miofacial, artralgia temporomandibular entre otros, sin llegar a estandarizar la definición, diagnóstico y tratamiento. Los diversos términos han generado confusión, por lo que la Asociación Dental Americana adoptó el término de TTM considerando que este término incluye a la ATM, así como a todos los trastornos asociados con la función del aparato masticador.

De acuerdo con Dawson (2009), el trastorno temporomandibular es cualquier trastorno que afecta o está afectando por deformidad, enfermedad, desalineamiento o disfunción de la articulación temporomandibular. Esto incluye la desviación oclusal de la ATM y las respuestas asociadas a la musculatura.

A menudo, la causa del trastorno de la ATM es una combinación de tensión muscular y problemas anatómicos dentro de las articulaciones. Se puede decir que hay dos factores fundamentales que ocasionan los Trastornos Temporomandibulares (TTM) rara vez están ausentes como lo son: una mala oclusión y tensión psíquica exagerada. Se puede definir que Trastorno deriva del latín "Trans" al otro lado y "Tornare" girar, cuyo significado es un giro en sentido contrario o anormal, invirtiendo su orden natural. Es toda molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona o su estado de ánimo.

Los Trastornos de la Articulación Temporomandibular, son un grupo de afecciones que causan dolor en la articulación y las áreas circundantes, incluido el oído, ocasionando problemas como: ruidos articulares, trismos, dolor mandibular, otalgia, odontalgia y dolor facial. Muchos síntomas relacionados con la ATM son atribuidos a efectos de la sobrecarga emocional

sobre las estructuras alrededor de la articulación, afectando a ambos maxilares, cóndilos, cavidad glenoidea, disco articular, ligamentos, vasos sanguíneos, nervios, músculos masticatorios, músculos de la cara y del cuello, dientes.

2.2.3. Patologías de la Articulación Temporomandibular

Bajo el término patología de la articulación temporomandibular (ATM) se engloban un gran número de trastornos, no sólo de origen traumático, neoplásico, autoinmune o infeccioso, sino también los derivados de las alteraciones disfuncionales de su compleja estructura. La ATM presenta un papel fundamental en la masticación, deglución, fonación y expresividad facial, que la hace indispensable tanto para las necesidades básicas de alimentación como para la vida de relación social del paciente. Interviene en el desarrollo y crecimiento facial, tiene una importante representación en el córtex sensorial, igual que el resto de estructuras faciales, y es un área anatómica donde la patología, con frecuencia, produce una gran incapacidad física con secuelas psicológicas. (Quirós Álvarez, Monje gil & Vázquez Salgueiro, 2014).

En ese sentido, se entiende como patología de la Articulación Temporomandibular aquellas entidades nosológicas orgánicas o funcionales que afectan al sistema de relación cráneo-mandibular. El más frecuente es el Síndrome de Disfunción temporomandibular, el cual produce una relación anormal entre el disco articular, el cóndilo de la mandíbula, la fosa y la eminencia de la ATM.

Según Grau León (2005), las alteraciones patológicas de la ATM adquirieron importancia a principios de 1930, cuando Good Friend publica su trabajo original en 1933, seguido poco después por el trabajo ampliamente difundido de Costen en 1934, quien nota que las quejas de sus pacientes no se limitaban a los síntomas típicos de artritis. Una consecuencia de este

trabajo fue la aparición del término síndrome de Costen. Existe gran diversidad de criterios en relación a su denominación, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Al respecto, Grau León (2005) afirma que, en 1955 Schwartz utiliza el término de síndrome dolor disfunción de la ATM. Más tarde apareció el término alteraciones funcionales de la ATM, acuñado por Ramfjord y Ash. Algunos términos describen los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de trastorno oclusomandibular y mioartropía de la ATM. Otros resaltan el dolor, como el síndrome de dolor disfunción y el síndrome de dolor disfunción temporomandibular o síndrome de Costen, el cual especifica una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la ATM y/o de los músculos que mueven la mandíbula.

De este modo, la aparición de patologías de la articulación temporomandibular, puede ir desde un simple problema muscular a una grave disfunción discal, la cual se relaciona con las alteraciones que el tercer molar produce en la oclusión dentaria y con alteraciones reflejas articulares.

2.2.3.1. Trastornos Intracapsulares y Extracapsulares de la Articulación Temporomandibular

Los Trastornos Intracapsulares de la ATM, hacen referencia a cualquier enfermedad, deformación o trastorno que involucre a los tejidos dentro de la cápsula de la ATM. Al respecto, Dawson (2009), indica que la cápsula articular es la capa fibrosa de tejido conectivo que envuelve la ATM. Todas las estructuras dentro de esta cápsula se refieren como intracapsular.

Los Trastornos Extracapsulares, son aquellos que afectan la musculatura y la oclusión, evidentemente no están dentro de la articulación, tienen una estrecha relación en la dinámica y fisiología de la ATM.

Lo antes señalado, conduce a identificar diferentes tipos de trastornos pueden afectar los tejidos dentro de la capsula de la ATM. La deformación de las estructuras intracapsulares puede producir una variedad de síntomas de dolor dependiendo de cuales tejidos son afectados, el grado y el tipo de daño, las variaciones en las fuerzas comprensivas o tensivas aplicadas y la respuesta a los niveles de variación del dolor.

Existen múltiples clasificaciones de las patologías de la ATM. De acuerdo a la American Society of Temporomandibular Joint Surgeons podemos clasificar los Trastornos Temporomandibulares en: Patología intraarticular y Patología Extraarticular.

2.2.3.1.1 Patología intraarticular o intracapsular:

- Disco Articular
 - Desplazamiento
 - Deformidad
 - Adherencias
 - Degeneración
 - Lesión
 - Perforación
 - Alteraciones del desarrollo
- Inserciones del disco.
 - a. Inflamación
 - b. Lesión: contusión, laceración, hematoma.
 - c. Perforación
 - d. Fibrosis
 - e. Adherencias
- Sinovial.
 - Inflamación/efusión

- Lesión
- Adherencias
- Hipertrofia-hiperplasia sinovial
- Inflamación granulomatosa
- Infección
- Artritis
- Condromatosis sinovial
- Neoplasias
- Fibrocartílago articular.
 - Hipertrofia-hiperplasia
 - Condromalacia:
 - Fisura
 - Fibrilación
 - Abrasión
 - Erosión
- Cóndilo mandibular y fosa glenoidea
 - Osteoartritis, osteoartrosis.
 - Necrosis avascular, osteonecrosis.
 - Reabsorción
 - Hipertrofia
 - Anquilosis fibrosa y ósea
 - Artropatía de implante
 - Fractura/luxación

2.2.3.1.2 Patología extracapsular, extraarticular

- Musculoesquelético:
 - Hueso (Temporal, Mandibular, Estiloideo).

- Alteraciones del desarrollo: Hipoplasia, Hipertrofia, Malformación, Anquilosis.
- Fracturas.
- Enfermedad metabólica.
- Enfermedades sistémicas inflamatorias (Tejido conjuntivo/artritis).
- Infecciones.
- Displasias.
- Neoplasias
- Músculos masticatorios y tendones:
 - Alteraciones del desarrollo
 - Lesiones
 - Inflamación
 - Hipertrofia
 - Atrofia
 - Contractura, fibrosis
 - Alteración metabólica
 - Infección
 - Displasias
 - Neoplasia
 - Fibromialgia
- Sistema Nervioso Central y Periférico
 - Distrofia simpática refleja

2.2.3.2. Epidemiología de los Trastornos Temporomandibulares

La epidemiología de los trastornos temporomandibulares de acuerdo con Lescas Méndez y otros (2012), viene dada por una gran cantidad de datos epidemiológicos donde se estima la prevalencia de signos y síntomas

asociados con los TTM, estos estudios se basan en el índice de Helkimo presentado en 1974, que consta de 3 componentes:

- Índice para desórdenes clínicos, que evalúa al deterioro en el rango de movimiento mandibular, deterioro en la función de la articulación temporomandibular, dolor durante el movimiento mandibular, dolor muscular o en la articulación.
- Índice anamnésico, obtenido a través de un interrogatorio que determina si el paciente está asintomático o presenta síntomas y disfunción en el sistema masticatorio; síntomas leves de disfunción, sonidos en la ATM, sensación de fatiga de la mandíbula al despertar o en el movimiento de descenso mandibular; síntomas de desórdenes severos como dificultad para la apertura bucal, para tragar, dolor por movimiento mandibular, dolor en la región de la ATM o de los músculos masticadores.
- Estado oclusal, que valora el número de dientes en oclusión, presencia de interferencias oclusales y en la articulación.

2.2.4. Inclusión Dentaria

La inclusión dentaria es un término polémico, que según Gay Escoda (2004), engloba los conceptos de inclusión, impactación, retención primaria y retención secundaria, que si bien no son sinónimos, se utilizan indistintamente en forma errónea, refiriéndose a alteraciones eruptivas. Sin embargo, De acuerdo a Archer (2005), la expresión de "dientes retenidos", se usa de manera imprecisa para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, es decir, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso. Es importante considerar entonces que el diente incluido es el que permanece dentro del hueso y el término inclusión engloba los conceptos de retención primaria y de impactación.

Dada la definición anterior, Mateos Corral, Hernández Flores (2005) señalan que los obstáculos por los que se presenta la inclusión dental pueden ser físicos, como los gingivales; dentarios, como discrepancia dentomaxilar, gigantismo de dientes temporales y la presencia de gérmenes supernumerarios, posición anormal del diente, dientes temporales retenidos, trauma al germen dental, odontomas, quistes y tumores; óseos; sistémicos, como alteración genética, estado carenciales y alteración endocrina.

En este orden de ideas, Gay Escoda (2004) afirma, que el estudio de los terceros molares incluidos es un apartado importante de la patología odontológica, por su frecuencia, por su variedad de presentación y por la patología y accidentes que desencadenan. La erupción del tercer molar en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal. Este nombre es atribuido a Hieronimus Cardus, quien habló de "dens sensus et sapientia et intellectus" en clara referencia a la edad que suele erupcionar. El tercer molar es el último diente en aflorar, por lo que fácilmente puede quedar impactado o sufrir desplazamientos, si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria.

Para el estudio de las posibles localizaciones de los terceros molares incluidos, de acuerdo con Gay Escoda (2004) se usa la clasificación de Pell y Gregory. Esta clasificación se basa en una evaluación de las relaciones del tercer molar con el segundo molar y con la rama ascendente de la mandíbula, y con la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

2.2.4.1 Relación del tercer molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar

- *Clase I.* Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- *Clase II.* El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- *Clase III.* Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula. En el maxilar superior se valora la relación del cordal respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar.

2.2.4.2 Profundidad relativa del tercer molar en el hueso

- *Posición A.* El punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.
- *Posición B.* El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- *Posición C.* El punto más alto del diente está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar.

Por otra parte, Gay Escoda (2004) señala la Clasificación de Winter donde se valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

- *Mesioangular:* Su eje forma con la horizontal un ángulo de entre 30° y 80°.
- *Horizontal:* El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar.
- *Vertical:* El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo molar.

- *Distoangular*: Su eje forma con la horizontal un ángulo de entre 30° y 80°, pero con el ángulo abierto hacia atrás y su corona apunta en grado variable hacia la rama ascendente

- *Invertido*: Eje oblicuo hacia abajo y adelante o atrás entre 90° y 120°

2.2.4 Complicaciones asociadas a los Terceros Molares Incluidos

2.2.4.1 Complicaciones Infecciosas

2.2.4.1.1 *Pericoronaritis*

Gay Escoda (2004) la define como la infección que afecta a los tejidos blandos que rodean a la corona de un diente parcialmente erupcionado; la inflamación resultante puede ser aguda, subaguda o crónica. Desde el punto de vista teórico cualquier diente puede estar implicado por este trastorno inflamatorio, pero en la práctica el tercer molar inferior es el afectado en la mayor parte de los casos.

De acuerdo con Archer (2005), este tejido blando que cubre parcial o totalmente el tercer molar es un excelente “estufa de cultivo”, ya que debajo de esta mucosa existe protección, nutrición, calor y oscuridad con lo que se produce un ambiente adecuada para la proliferación bacteriana.

La infección se produce en los restos del folículo comprendido entre la corona del diente incluido, el hueso circundante y el tejido gingival que cubre el tercer molar, se denomina operculitis.

De acuerdo con Gay Escoda (2004) la *Pericoronaritis* se clasifica en:

- *Pericoronaritis Aguda Serosa o Congestiva*: Dolor espontaneo en la región retromolar acompañado de molestias a la masticación. En el examen intrabucal, se observa una mucosa enrojecida, edematosa con indentaciones de las cúspides de los molares antagonistas y que recubre parte de la corona del tercer molar.

- *Pericoronaritis Aguda Supurada:* Se caracteriza por existir la clínica inflamatoria típica: Dolor, tumor, rubor y calor. El dolor intermitente, palpitante e intenso que aumenta con la masticación, existiendo irradiación hacia distintas zonas faciales, especialmente hacia el oído; Trismo, que normalmente es poco intenso y es un efecto antialgico; Disfagia y dificultad de la masticación; Supuración en la zona del tercer molar, al comprimir el capuchón se expulsa el pus; Encía de color rojiza o rojo violácea y cubierta de abundante saburra, restos alimenticio y coágulos de sangre; Aparición de adenopatías cervicales en especial de las zonas submaxilar y goniana; Signos generales, fiebre, pulso y frecuencia respiratoria aumentada, etc.
- *Pericoronaritis Crónica:* La persistencia del absceso submucoso, por no existir drenaje producirá una pericoronaritis crónica en la que los síntomas están atenuados, existe molestia pero no un dolor real, con irradiación hacia la zona auricular y algunos periodos de limitación en la apertura bucal. La mucosa se presenta eritematosa y la supuración del capuchón es crónica, al igual que la adenopatía submaxilar es indolora, existe un dolor sordo y con molestias leves.

2.2.4.2 Complicaciones Tumorales

Según Escoda (2004) se deben en la mayoría de los casos a la infección crónica del saco pericoronario, a la infección apical, a la pericoronaritis y a la aparición de quistes del folículo dentario, porque el tercer molar no ha podido erupcionar correctamente.

Por orden de importancia encontramos:

2.2.4.2.1 Granulomas.

El proceso infeccioso crónico local puede inducir la formación de tejido de granulación que se encuentra sobre todo en la cara posterior del tercer molar aunque también puede aparecer en sus caras vestibular, mesial y lingual.

En la radiografía se evidencia un simple engrosamiento del saco pericoronario que traduce la existencia de este espesamiento o membrana, más o menos gruesa, de tejido de granulación que deberá ser eliminada al hacer la extracción del tercer molar.

Es también frecuente la aparición de granulomas apicales en el tercer molar, cuando estos están afectados por caries extensas.

2.2.4.2.2 Quistes paradentales.

Pueden aparecer granulomas marginales en las zonas anterior o posterior que son considerados por algunos autores como quistes laterocoronarios, quistes inflamatorios colaterales o paradentales.

Se trata de procesos osteolíticos que producen imágenes radiotransparentes. Actualmente se acepta que el origen de estos quistes paradentales es el ligamento periodontal (Restos epiteliales de Malassez) del tercer molar. En la radiografía se podrá observar una rarefacción ósea bien delimitada que cubre el borde anterior de la rama ascendente, dando el aspecto de “croissant” alrededor de la cara distal del cordal. Esta imagen radiotransparente puede estar situada en la cara mesial del tercer molar, cuando está en mesioversión. Estas lesiones anteriores pueden destruir el hueso alveolar interdentario situado por detrás del segundo molar.

Algunas otras lesiones granulomatosas pueden evolucionar a quísticas, que, según su situación serán quistes posteriores, laterales o anteriores. Estos últimos pueden producir la rizólisis de la raíz distal del segundo molar.

Estos quistes y granulomas son indicación formal para la exodoncia, puesto que aparecen siempre molestias como dificultad al cerrar la boca, dolor, trismo, traumatismo de la mucosa inferior por el tercer molar superior, etc.

2.2.4.2.3 Quistes radiculares.

La infección puede propagarse al ápice dentario y provocar la formación de granulomas perirradicular, pero igualmente pueden aparecer quistes directamente o sobre un granuloma previo. El estímulo de los restos epiteliales periapicales puede acarrear la aparición de un quiste que rodea la raíz dentaria.

2.2.4.2.4 Quistes foliculares o dentigeros y queratoquistes.

El tercer molar inferior es el diente que participa con mayor frecuencia en la formación de quistes foliculares.

Cuando el cordal está completamente incluido, pueden aparecer quistes a expensas del folículo dentario; veremos en este caso una imagen quiste unilocular que se inserta en el cuello del diente causal. Estos quistes pueden alcanzar dimensiones considerables, llegar al ángulo y a la rama ascendente mandibular, e instruir o distalizar el tercer molar.

Los quistes foliculares pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable, capaces incluso de producir osteoitis y osteomielitis.

En algunas ocasiones el tejido dentario que debe formar el tercer molar evoluciona hacia la formación de un quiste primordial. En estos casos observaremos la presencia del tercer molar en la placa radiográfica sino que veremos una imagen quística radiotransparente.

2.2.4.2.5 Ameloblastoma y tumores malignos.

El tercer molar puede estar implicado en la aparición de ameloblastomas y tumores malignos, en la mayoría de los casos a expensas de quistes foliculares y queratoquistes.

Los quistes foliculares y pericoronarios del tercer molar y los quistes primordiales, después de una exeresis incorrecta, pueden recidivar como ameloblastomas; esto implica que, siempre que efectuemos la extracción de un tercer molar y obtengamos un tejido sospechoso, debemos remitirlo al anatomopatologo para su estudio histológico. El ameloblastoma suele dar una imagen radiotransparente uni o multilocular.

Como vemos, en la región del tercer molar pueden formarse neoplasias benignas y malignas, tanto de partes blandas como óseas, pero también pueden aparecer en ella metástasis de tumores con predilección ósea.

No debemos dejar nunca un tercer molar, si con ello se compromete la extirpación correcta de una lesión neoplásica. Además, nunca se debe dejar un diente incluido en una zona que habrá de ser irradiada con posterioridad, por el peligro de aparición de una osteorradionecrosis. Al contrario, si se ubica en un hueso ya irradiado, generalmente es mejor dejarlo intacto a menos que aparezca sintomatología grave, debido igualmente al riesgo de que la osterradionecrosis complique la exodoncia. Cuando el procedimiento quirúrgico es indispensable, deberá efectuarse con el mínimo traumatismo de los tejidos blandos y del hueso, y con una prolongada y potente cobertura antibiótica pre y postextracción.

2.2.4.3 Complicaciones Mecánicas.

2.2.4.3.1 *Ulceración yugal o lingual.*

Cuando el tercer molar se encuentra en linguoversión o en vestibuloversión, puede traumatizar la mucosa yugal o lingual y producir una

ulceración banal, pero este microtrauma repetido puede inducir una leucoplasia, que incluso puede llegar a transformarse en un carcinoma de células escamosas. Este hecho es muy raro pero no es aconsejable esta irritación constante, además de que normalmente, esta ulceración es motivo de preocupación por parte del paciente y puede ocasionar sintomatología; dolor, quemazón, etc.

2.2.4.3.2 Lesiones en el segundo molar.

Cuando el tercer molar está en mesioversion u horizontal, hecho muy frecuente, este ejerce una presión importante sobre la cara distal del segundo molar, que según sea por encima o por debajo del cuello dentario, implicara una lisis o caries a nivel del cuello o corona dentaria o una rizólisis de la raíz distal. Las lesiones en el cuello o corona dentaria pueden conducir a una caries con afectación dentinaria e incluso pulpar.

Este tipo de problemas, es especial en las destrucciones por debajo del cuello dentario, puede llevar a la extracción del segundo molar y del tercer molar que, por su inclinación no podrá ser aprovechado.

2.2.4.3.3 Desplazamientos dentarios.

Los desplazamientos dentarios son producidos por la presión y empuje que ejercen los terceros molares sobre los otros dientes y en especial en el grupo incisivo-canino, y que son motivo de apiñamiento dentario anterior. Cuando todos los dientes están erupcionados en la arcada dentaria, la presión de las cordales es bilateral y perturba la correcta alineación del grupo incisivo-canino, al separar los puntos de contacto. Pueden existir distintos tipos de movimientos.

- Rotación de los incisivos.

- Mal posición de todo el grupo incisal.
- Retrusión de los incisivos con respecto a los caninos que están en vestibuloversión.
- Acabalgamiento de los incisivos.

Estas anomalías incisivo-caninas favorecen la aparición de caries interproximales y enfermedad periodontal. No cabe duda de que frecuentemente, cuando ocurre el apiñamiento anterior, se está produciendo la erupción del tercer molar, y por tanto este debería proyectar una fuerza anterior que produciría un desplazamiento anterógrado de todos los dientes posteriores, y así la fuerza llegaría a los incisivos.

2.2.4.4 Alteraciones de la articulación Temporomandibular.

La aparición de patología de la articulación Temporomandibular, que puede ir desde un simple problema muscular a una grave disfunción discal, se relaciona con las alteraciones que el tercer molar produce en la oclusión dentaria y con alteraciones reflejas articulares.

2.2.4.5 Complicaciones nerviosas

Suelen aparecer normalmente asociadas a complicaciones infecciosas aunque pueden presentarse de forma aislada lo que dificultaría su diagnóstico. En estos casos, a menudo solo al efectuar la extracción del tercer molar, podemos demostrar la relación causa-efecto.

2.2.4.5.1 Alteraciones sensitivas.

2.2.4.5.1.1 *Algias faciales.*

- *Algias de tipo neurálgico:* Pueden aparecer dolores que simulan una neuralgia facial esencial, con un dolor permanente de fondo con episodios paroxísticos nocturnos. Estos se irradian a distintas zonas cervicofaciales: sínfisis, zona laterocervical, zona preauricular, etc. En estos casos el cuadro adquiere características similares a una neuralgia de trigémino, con episodios cortos de dolor violento.
- *Otalgias:* Equivocadamente el paciente consulta al otorrinolaringólogo que no encuentra patología otica.
- *Algias linguales:* Es menos frecuente, pero también se han descrito casos de dolores linguales en relación con la presencia de un tercer molar inferior incluido.

2.2.4.5.2 Alteraciones motoras

Pueden presentarse trastornos de tipo motor como tics, espasmos labiales, trismo, parálisis facial ipsilateral, blefaroptosis o blefaropspasmo, y alteraciones motoras oculares como la midriasis ipsilateral.

2.2.4.5.3 Trastornos secretores

Suelen tener un origen vasomotor y están en relación normalmente con las glándulas salivales; pueden aparecer:

- Sialorrea, hiposialia o asialia.
- Tumefacción de las glándulas salivales, generalmente parótida submaxilar
- Lagrimeo, xeroftalmia e hipersecreción en el área de Ramsay Hunt.

2.2.4.5.4 Trastorno Trófico cutáneo-mucosos

- Congestión de la encía
- Hipertermia cutáneo-mucosa.
- Eritemas cutáneos.
- Acné rosácea
- Herpes en la región del nervio mentoniano.
- Alopecia.

2.2.4.5.5 Trastornos sensoriales.

- Hipoacusia.
- Zumbidos de oídos.
- Disminución de agudeza visual.

2.2.5 TRATAMIENTO DEL TERCER MOLAR INCLUIDO

Ante la presencia de un cordal incluido tenemos varias opciones terapéuticas:

2.2.5.1 Conducta expectante.

Es decir abstención, que siempre significa control del paciente con el fin de prevenir posibles complicaciones.

Las indicaciones para dejar un tercer molar que ya está dando problemas patológicos son muy pocas. El motivo mas frecuente es el mal estado general de paciente y que el acto quirúrgico no haga rentable la relación riesgo-beneficio.

Las infecciones pericoronarias y los problemas periodontales pueden ser tratados por métodos conservadores –la caries de un tercer molar puede

obturarse, una pulpitis puede tratarse con métodos endodónticos, un quiste se puede marsupializar, etc- e incluso puede extraerse el molar de los 12 años.

Un motivo importante para tratar de mantener una cordal incluida es cuando existe una cierta duda acerca del futuro del segundo molar: si este presenta caries profunda, restauración importante, tratamiento endodóntico deficiente, pérdida de hueso alveolar, etc. En estos casos se presume la posibilidad de que, con posterioridad, habrá que extraer el segundo molar; entonces si esto se produce, el tercer molar pasará a una posición más funcional o podrá utilizarse de pilar de una prótesis.

2.2.5.2 Trasplante

En casos muy contados si hacemos la extracción del primer o segundo molar podemos optar por colocar en el alveolo remanente del germen del tercer molar. Para realizar esta técnica se debe ser muy escrupuloso en la selección del paciente. Así por ejemplo, el germen dentario de la cordal a trasplantar debe tener un desarrollo radicular de dos tercios.

2.2.5.3 Exéresis del capuchón mucoso.

Consiste en la exéresis del capuchón mucoso que cubre en menor o mayor grado el tercer molar. La exéresis del capuchón mucoso quiere solucionar los repetidos episodios de pericoronaritis, debe indicarse solamente en los casos de inclusión en posición vertical sin desviaciones y así lograr una vía libre para la erupción del tercer molar. El capucho que cubre el tercer molar en erupción tiene que ser eliminado en base a dos criterios esenciales:

- Forma y límites del capuchón. Solo debe hacerse la exéresis de los capuchones que cubren en forma de lengüeta el molar en erupción. No debe

ser resecado los capuchones formados por una prolongación del pilar anterior del velo del paladar.

-Posición del tercer molar en erupción. Debe estar en posición vertical y su corona a la misma altura que la del segundo molar. Es decir que prácticamente no hay más obstáculo que se oponga a la erupción que la lengüeta gingival que la lengüeta de la cordal.

Esta maniobra quirúrgica no es exenta de riesgos, puesto que puede originar complicaciones infecciosas importantes. No es una terapéutica que se recomiende realizar si se está en presencia de un tercer molar en inclusión submucosa, con la excepcionalidad de utilizar el molar como pilar protésico, lo cual requerirá de un tratamiento ortodóntico para mesializarlo

2.2.5.4 Cauterización

Consiste en la colocación de sustancias causticas en el capuchón mucoso con el fin de aliviar el dolor y acelerar la resolución de la pericoronaritis crónica a la espera de una erupción correcta del tercer molar o de ir consiguiendo la desaparición del capuchón mucoso.

Se debe aislar la zona con rollos de algodón, se seca la región molar inferior y con una pinza hemostática tipo mosquito se transporta una pequeña cantidad de solución caustica, que se deposita por debajo del capuchón mucoso; por acción de la gravedad y por atracción capilar esta solución se distribuirá hacia los surcos más profundos.

Las más frecuentes son la de ácido crómico, fenol, ácido tricloroacético, solución amoniacal de nitrato de plata de Howe, o cristales de nitrato de plata fundidos sobre el extremo de una sonda de plata. Se emplea peróxido de hidrogeno cuando se emplea el ácido crómico, el exceso de nitrato de plata se neutraliza con aceite de clavo, sobre una torunda de algodón y cuando se utiliza en otros cáusticos, es como pintar la región con glicerina para limitar el

flujo de la solución, después de retiran los rollos de la solución y recomiendan enjuagues bucales.

Algunos autores no utilizan sustancias causticas, y son más partidarios de emplear una solución de centrimonio al 1% o de clorhexidina al 0,05% para irrigar por debajo del capuchón mucoso. Después colocan una solución astringente del tipo de la solución de Talbot que está compuesto por: yodo (12gr), yoduro de zinc (7gr), agua (4,5 ml) y glicerina (28,4 ml).

Con estas técnicas es muy difícil conseguir un margen gingival adecuado (encima queratinizada) para todo el perímetro del cuello dentario del tercer molar y especialmente en su cara distal.

2.2.5.5 Extracción quirúrgica.

La extracción del tercer molar incluido cuando existe patología es el tratamiento etiológico del cuadro y por tanto es la conducta de elección. En vista de los múltiples problemas que ocasionan los terceros molares incluidos, la cuestión de su extracción profiláctica merece una consideración muy cuidadosa. La experiencia clínica nos enseña que la mayoría de unidades dentarias incluidas, incluso los situados de manera intraósea profunda, acaba provocando alguna complicación más pronto o más tarde. Se recomienda extraer estos molares apenas se tiene la evidencia de que no hay suficiente espacio o que está en una posición que no les permitirá hacer una erupción normal. Como el crecimiento maxilar se completa entre los 16 y 18 años, la decisión debería optarse en este momento.

No es común que los terceros molares adopten una oclusión adecuada en cambio con frecuencia tienden a ser focos de diversas complicaciones. Es recomendable adoptar una terapéutica profiláctica y hacer la extracción de los terceros molares en frío, es decir sin presencia de patologías, y en una edad comprendida entre 16 y 15 años.

La extracción profiláctica de las cordales en vías de desarrollo antes de que se inicie la mineralización o antes de que las cúspides calcificadas se hayan unido (6 a 9 años) o cuando se ha formado la corona (10 a 16 años), es un procedimiento que algunos autores recomiendan. Aunque esta conducta tiene la ventaja de que reduce la morbilidad y preserva mejor el hueso alveolar, la falta de precisión para prever la posibilidad de inclusión no saber cual será el futuro estado bucal del paciente hace que no sea aconsejable en la mayoría de los casos.

Cuando el tercer molar superior está incluido también debe extraerse: en otras muchas ocasiones está sobreerupcionado y produce traumatismo yugal y de capuchón mucoso del tercer molar inferior; en estos casos también es preferible realizar su exodoncia, especialmente cuando el tercer molar inferior va a ser extraído.

Si el tercer molar superior traumatiza la mucosa vestibular y el capuchón mucoso inferior la extracción aliviará el traumatismo pero dejará el molar inferior sin su antagonista, en caso de que hiciera erupción más tarde. Por todo ello debe considerarse el valor funcional de estos terceros molares superior e inferior en relación al estado del resto de la dentición.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

Anamnesis: Acto de recordar o traer a la memoria. Historia de la enfermedad de un paciente. (Collins, 2013).

Articulación Bicondilea: Articulación sinovial en la que dos cóndilos redondeados de un hueso encajan en dos cavidades superficiales de otro hueso. (Collins, 2013).

Celulitis: Proceso inflamatorio difuso que prolifera a lo largo de los planos faciales y a través de espacios de tejido sin supuración importante. (Chimeneos, 2009).

Disfunción: Funcionamiento anormal o alteración del funcionamiento del órgano dental. Anomalía o trastorno de la función o incapacidad de un organismo, un órgano o un sistema orgánico de actuar normalmente. (Chimeneos, 2009).

Dolor: Sensación desagradable creada por un estímulo nervioso y enviada a lo largo de vías nerviosas específicas hacia el sistema nervioso central, en donde se interpreta. La sensación de dolor es un mecanismo de protección que advierte de peligro sin dar demasiada información sobre la naturaleza específica del peligro. Inicia reflejos nociceptivos. (Chimeneos, 2009).

Ginglimoartrodial: Ginglimo: Articulación en bisagra. **Artrodial:** Articulación Plana. (Collins, 2013).

Luxación: Acto de luxar o estado de estar luxado, como en la dislocación o el desplazamiento de un diente o de la articulación temporomandibular. (Chimeneos, 2009).

Músculos Masticatorios: Potentes músculos que elevan y rotan la mandíbula de forma que los dientes antagonistas se ocluyen para la masticación. Incluyen el temporal, masetero, pterigoideo lateral y pterigoideo medial. También se denominan músculos de la masticación. (Chimeneos, 2009).

Neuralgia: Dolor asociado a un nervio o a nervios. (Chimeneos, 2009).

Odontalgia: Término alternativo para referirse a dolor dental o dentario. (Chimeneos, 2009).

Otalgia: Dolor localizado en el oído. (Chimeneos, 2009).

Patología: Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo. Se trata de un término muy general que engloba a las enfermedades y los síndromes, pero también otros procesos que cursan sin síntomas. (Chimeneos, 2009).

Pericoronaritis: Inflamación del opérculo o colgajo tisular de un diente parcialmente erupcionado, en particular, un tercer molar. (Chimeneos, 2009).

Protrusión: Situación en la que los dientes o maxilares protruyen más de lo normal en dirección ventral. (Chimeneos, 2009).

Ruidos articulares: Es un tipo de disfunción de la Articulación Temporomandibular. Son clics o crepitaciones. (Okeson, 2008).

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos característicos de una misma enfermedad. (Chimeneos, 2009).

Sintomatología: Conjunto de síntomas que tiene un enfermo o que son característicos de una enfermedad determinada. (Chimeneos, 2009).

Sistema Estomatognatico: Es una entidad fisiológica y funcional perfectamente definida, integrada por un conjunto heterogéneo de órganos y tejidos, pero cuya biología y fisiopatología son absolutamente independientes. Su función está dada por los músculos y el sistema nervioso, los dientes desempeñan un papel pasivo. (Apodaca, 2004).

Trastorno Temporomandibular (T.T.M): El trastorno temporomandibular es cualquier trastorno que afecta o está afectando por deformidad, enfermedad, desalineamiento o disfunción de la articulación temporomandibular. Esto incluye la desviación oclusal de las articulaciones Temporomandibulares y las respuestas asociadas a la musculatura. (Dawson, 2009).

Trismo: Dificultad para abrir la boca debida a un espasmo tónico de los músculos de la masticación. (Collins, 2.013).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

El origen etimológico del término investigación proviene de las palabras latinas in (en, dentro) y vestigium (rastros, huella, indicio, vestigio de algo). El verbo latino investigare se traduce como la acción de buscar, indagar, seguir la pista o la huella, descubrir alguna cosa.

La investigación la cual es definida por Arias, F (2002, p. 27) como: “La búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresos, audiovisuales o electrónicos. Como toda investigación el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos”.

En este sentido, Paella y Martins (2010) señalan que al describir el tipo de investigación, se hace referencia a la finalidad general del estudio y de qué manera se recogerá la información y los datos necesarios para llevar a cabo la investigación.

Esta investigación parte de un estudio de caso, de tipo descriptivo, con diseño de campo y de un solo caso. En el cual se hace un análisis prospectivo en la evaluación de la Disfunción Temporomandibular relacionada con la no extracción de terceros molares incluidos en paciente que asiste al área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez.

El estudio de caso se puede definir según Mertens (2005) (citado en Hernández, et al. 2010, p.1) como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”. Este enfoque investigativo, concibe el estudio de

caso como una investigación que se centra en un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, que es visto y es necesario analizar como un entidad. Es por ello que la presente investigación considera al sujeto de estudio como una entidad de análisis que permitirá dar respuesta a los objetivos planteados.

De igual forma, se considera que esta investigación cumple con los criterios de investigación descriptiva debido a que se utiliza un método de análisis para caracterizar una situación concreta señalando sus características y propiedades, a este respecto Arias, F (2006, pg. 24), define la investigación descriptiva como: “Aquella que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere”. Hernández, Fernández y Baptista (1.998, p. 60) afirman que: “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”.

La investigación de tipo descriptivo permite que el investigador conozca las diferentes características del fenómeno y establezca las relaciones existentes entre éstas y las variables de estudio, que en el caso particular de la presente investigación son descritas desde el análisis pre y post quirúrgico.

Por lo que en la presente investigación, se recopila información de un hecho derivado de la atención dada a paciente femenina que asiste al área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez con Disfunción Temporomandibular y Terceros molares incluidos, utilizando un análisis exhaustivo pre y post quirúrgico, para describir las características de la situación inicial y final de la paciente en relación a la ATM y sus complicaciones.

Por otra parte, UPEL (2000, p. 28) señala que la investigación de campo “se refiere al análisis sistemático de problemas reales con el fin de describirlos,

analizarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar las causas y efectos, o predecir cuando ocurren valiéndose de los métodos de cualquier paradigma”. Siendo la presente investigación analizada en el ambiente real donde se evaluó la situación inicial de la paciente. Las estrategias utilizadas a través del diseño de campo permiten que el investigador esté en contacto directo con el objeto, persona o fenómeno estudiado, esto le permite reestructurar las mismas de ser necesario.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández S., R (2006, p. 216) define diseño de investigación como: “La estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado”, en este sentido el diseño de esta investigación se encuentra enmarcado en un diseño de un solo caso.

En este orden de idea, es significativo destacar que el diseño de un solo caso “debe ser crítico y revelador; generado para confirmar, retar o extender una teoría o hipótesis. Así mismo, pueden documentar una situación o evento único, el caso es evaluado de manera completa y profunda, de acuerdo al planteamiento del problema”. Dirigiéndose esta investigación a estudiar con profundidad la incidencia de la Disfunción Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de los terceros molares incluidos y su repercusión en la salud integral de paciente que acude al área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, con un procedimiento quirúrgico de extracción para analizar en periodos de tiempo distintos la condición inicial y final de la paciente.

Por otra parte, el esfuerzo de las autoras está dirigido a ampliar los conocimientos, describir, analizar, interpretar y comparar en forma ordenada los datos que se obtengan a través de las preguntas formuladas a los sujetos

objeto de estudio de esta investigación, las cuales estarán relacionadas con la situación concreta mencionada anteriormente.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández, Fernández, Baptista, 1998, pg 204) tomando en cuenta esta definición, la población se enmarco en pacientes del área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez que acudieron por motivos de consulta odontológica y por tratamientos quirúrgicos, del cual se seleccionó un estudio de caso, a partir de una unidad de análisis la cual se entiende como caso o elemento de estudio, en el caso particular de la presente investigación fue seleccionada una paciente, con presencia de disfunción Temporomandibular e inclusión de terceros molares.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Los principales criterios requeridos por las investigadoras, parten de la economía de tiempo y recursos para realizar la investigación, es por ello que de la población evaluada, se decidió realizar un estudio de caso en función de los criterios mencionados para llevar a cabo la investigación, y así poder realizar todos los estudios y evaluaciones necesarias para la patología y condición de la paciente.

Es por ello que en el análisis de las historias clínicas evaluadas, se consideró en una paciente femenina de 23 años de edad, las siguientes características: presencia en su clínica de dolor preauricular derecho, de intensidad moderada, dificultad a la apertura bucal, a la masticación y refiriendo bloqueo mandibular en una ocasión e inclusión de terceros molares.

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos de acuerdo con Arias (2006), es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información. De esta manera en la presente investigación, se utilizó como técnica la observación estructurada, la cual es definida por este autor como "...aquella que además de realizarse en correspondencia con unos objetivos, utiliza una guía diseñada previamente, en la que se especifican los elementos que serán observados".

Para cumplir a cabalidad los objetivos de la investigación, es necesario acudir a la utilización de técnicas e instrumentos metodológicos, que permitan recopilar la información y proceder a su análisis. Según Sabino (1996) establece que las técnicas de recolección de datos, son las distintas formas o maneras de obtener la información, y los instrumentos son los medios materiales para recoger y almacenar la información.

Como instrumento para la recolección de datos se utilizó y estudió la Historia Clínica de un paciente del área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, en conjunto con un Examen clínico Extraoral e Intraoral, Registro Fotográfico e Imagenológico del sujeto de estudio con Disfunción Temporomandibular y Terceros molares incluidos. Además, se hizo uso de un cuestionario el cual fue validado a partir de un juicio de expertos (ver Anexo B), este se define como un "Conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis" Hernández S., R (2010, p. 217), para la recolección de datos necesarios sobre la sintomatología clínica de ATM y sus complicaciones.

3.6 VARIABLES

Arias, F (2012, p. 57) define variable como: "Una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objeto de

análisis, medición, manipulación o control en una investigación”. En este sentido las variables de estudio de la presente investigación las constituyen: la Articulación Temporomandibular, Disfunciones Temporomandibulares y las Complicaciones. A continuación se presenta las dimensiones e indicadores que permitirán su estudio.

3.7 FASES METODOLOGICAS DE LA INVESTIGACION

Fase 1. Identificar las Disfunciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Realizar historia clínica y entrevista.
- Examen clínico extraoral e intraoral (Registro fotográfico)
- Ejecución y evaluación de estudios imagenológico.

Fase 2. Analizar las complicaciones de la Articulación Temporomandibular asociadas a la no extracción de Terceros molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Examen clínico extraoral e intraoral
- Registro fotográfico
- Ejecución y evaluación de estudios imagenológico.

Fase 3. Aplicar tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de Terceros Molares incluidos, en paciente con Disfunción y Complicaciones de la

Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Extracción quirúrgica de terceros molares incluidos superiores e inferiores (Registro fotográfico)
- Aplicación de tratamiento complementario mediante la infiltración de infiltración Intra-Articular con una jeringa pre-llenada de Hialorunato de Sodio 25mg/2,5 mL y Desgastes selectivos.

Fase 4. Evaluar los resultados de la aplicación del tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de terceros molares incluidos, en paciente con Disfunciones y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Realizar entrevista.
- Examen clínico extraoral e intraoral (Registro fotográfico)
- Ejecución y evaluación de estudios imagenológico.
- Instalación de férula de Reposicionamiento Anterior.

CUADRO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
Identificar las Disfunciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.	Disfunciones de ATM	Intraarticular	- Disco articular	1a,1b	Cuestionario
			- Inserciones del disco.	2a,2b	
			- Sinovial.	3a,3b,3c	
			- Fibrocartílago articular.	4 ^a	
			- Cóndilo mandibular y fosa glenoidea	5a,5b,5c	
		Extraarticular	- Músculo esquelético	6a,6b,6c,6d,6e,6f	
			- Músculos masticatorios y tendones	7a,7b,7c,7d	
			- Sistema Nervioso Central y Periférico	8a	

Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

CUADRO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Continuación)

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
Analizar las complicaciones de la Articulación Temporomandibular asociadas a la no extracción de Terceros molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.	Complicaciones	Tipos	- Infecciosas	9a,9b,9c	Cuestionario
			- Tumorales	10a,10b,10c 10d,10e	
			- Mecánicas.	11a,11b,11c	
			- Nerviosas	12a,12b,12c,12d ,12e	

Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

CUADRO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Continuación)

<p>Aplicar tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de Terceros Molares incluidos, en paciente con Disfunción y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.</p>	<p>Tratamiento Quirúrgico</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>
---	-------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

CUADRO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Continuación)

<p>Evaluar los resultados de la aplicación del tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de terceros molares incluidos, en paciente con Disfunciones y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo</p>	<p>Tratamiento Quirúrgico</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>
--	-------------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del cumplimiento de las fases metodológicas descritas en la metodología, las cuales se encuentran vinculadas a los objetivos de la investigación. Los resultados que se muestran surgen del estudio realizado a una paciente que asiste al área clínica de cirugía de la Universidad José Antonio Páez, con presencia de disfunción y complicación temporomandibular ocasionada por la no extracción de terceros molares incluidos.

Fase 1. Identificar las Disfunciones de la Articulación Temporomandibular como consecuencia de la no extracción de Terceros Molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Realizar historia clínica y entrevista.

La entrevista e historia clínica fueron diseñadas en función de determinar las características clínicas y sintomáticas evidenciables en un paciente, para identificar la presencia de Disfunción en la Articulación Temporomandibular. En el Anexo B y el Anexo C de la presente investigación se puede observar las preguntas realizadas, de estas se obtuvo:

Paciente femenino de 23 años de edad, natural de Valencia, estado Carabobo, procedente de Yaracal, estado Falcón, acude a consulta odontológica presentando desde hace aproximadamente 1 año dolor preauricular derecho, de intensidad moderada, refiriendo dificultad a la apertura bucal, a la masticación y bloqueo mandibular en una ocasión,

aggravándose con el frío. Lo que significa que la paciente presente síntomas característicos de Disfunción de la Articulación Temporomandibular.

En cuanto a los antecedentes personales es relevante la presencia de afección del aparato digestivo (Gastritis). Por otra parte entre los antecedentes familiares destacan que Madre y Padre padecen de Hipertensión Arterial, para la cual están bajo tratamiento médico.

Como resultado de la entrevista clínica, la paciente respondió positivamente a los siguientes ítems: dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o mejillas, dificultad o dolor al abrir su boca por ejemplo bostezar, sonido (clic) mandibular a la apertura del lado derecho, dificultad para abrir la boca completamente, dificultad para masticar o morder, sexualmente activo, ansioso y temperamental.

- Examen clínico extraoral e intraoral (registro fotográfico)

Al examen clínico extraoral se detectó que la paciente posee características de cráneo mesocráneo, ganglios linfáticos no palpables e indoloro, palpación muscular normotónica. Con respecto al examen clínico intraoral posee múltiples restauraciones en distintas unidades dentarias, línea media desviada hacia la izquierda, apertura bucal máxima de 4,5 cm (45mm), apiñamiento anteroinferior. (Ver Anexo D).

En los anexos de la investigación se puede observar la condición inicial de la paciente, la cual muestra de forma gráfica lo descrito por las investigadoras.

- Ejecución y evaluación de estudios imagenológico.

Luego de aplicar la entrevista clínica, se obtuvo el resultado mediante la aplicación del instrumento de acuerdo a la evaluación y análisis de los estudios imagenológicos: Tomografía Cone Beam, Resonancia Magnética, Radiografía Panorámica. Estos estudios arrojaron los siguientes resultados: Luxación discal con reducción, desplazamiento discal, subluxación articular y desplazamientos dentarios.

Confirmando el diagnóstico de presencia en la paciente de Disfunción en la Articulación Temporomandibular. Adicionalmente se realizaron diversos estudios imagenológicos, como radiografía panorámica (Anexo E), tomografía Cone Beam pre quirúrgico (Anexo F) y resonancia magnética pre quirúrgico (Anexo G), para estudiar la presencia e identificar el tipo de disfunción y complicación Temporomandibular.

Diagnóstico Definitivo Imagenológico; Luxación discal con reducción bilateral, Desplazamiento discal, Subluxación (hipermovilidad) articular derecha y normomovilidad articular izquierda. Unidades dentarias 1.8, 2.8, posición C, vertical y unidades dentarias 3.8, 4.8 clases III, posición C, mesioanguladas.

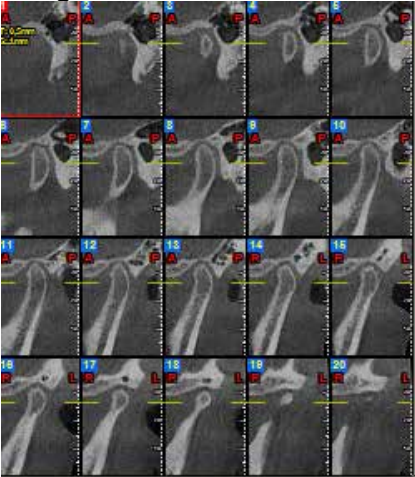
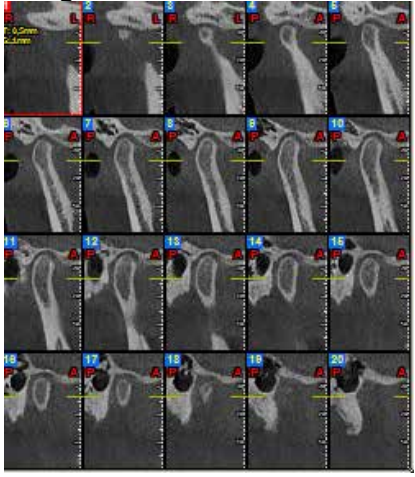
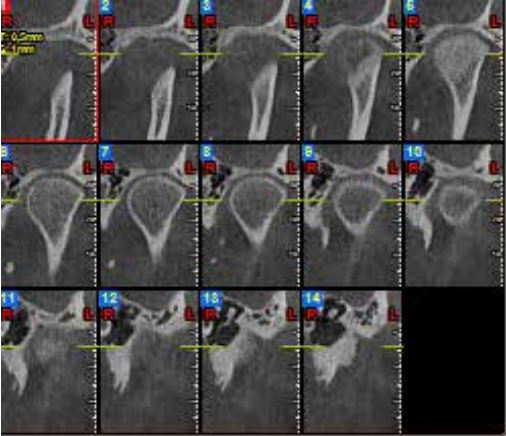
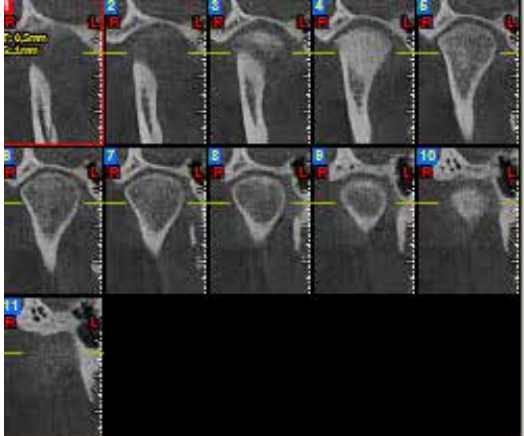
De acuerdo con Okeson, J. (2013), define:

- Luxación discal con reducción: Si se produce un mayor alargamiento de la lámina retrodiscal inferior y los ligamentos colaterales discales y el borde posterior del disco se adelgaza lo suficiente, el disco puede deslizarse o ser forzado a través de todo el espacio discal. Dado que el disco y el cóndilo han dejado de estar articulados, este trastorno se denomina luxación discal. Si el paciente puede manipular la mandíbula de manera que el cóndilo vuelva a situarse sobre el borde posterior del disco, se dice que se ha reducido el disco.

- Desplazamiento Discal: Si se produce una distensión de la lámina retrodiscal inferior y el ligamento colateral discal, el disco puede adoptar una posición más anterior por la acción del músculo pterigoideo lateral superior. Cuando esta tracción anterior es constante, un adelgazamiento del borde posterior del disco puede permitir que éste se desplace a una posición más anterior. Cuando el cóndilo se sitúa sobre una parte más posterior del disco, puede producirse un desplazamiento de traslación anormal del cóndilo sobre el disco durante la apertura. Al movimiento anormal del complejo cóndilo disco se le asocia un clic, que puede notarse sólo durante la apertura (clic simple) o tanto en la apertura como en el cierre (clic recíproco).
- Subluxación articular: La subluxación de la ATM constituye un movimiento brusco del cóndilo hacia delante durante la fase final de la apertura de la boca. Cuando el cóndilo se desplaza más allá de la cresta de la eminencia, parece saltar hacia delante a la posición de máxima apertura.

En relación a la investigación y a los resultados del diagnóstico se estableció que el tratamiento idóneo fue la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos.

CUADRO 2. Diagnóstico del paciente a través de estudios imagenológicos

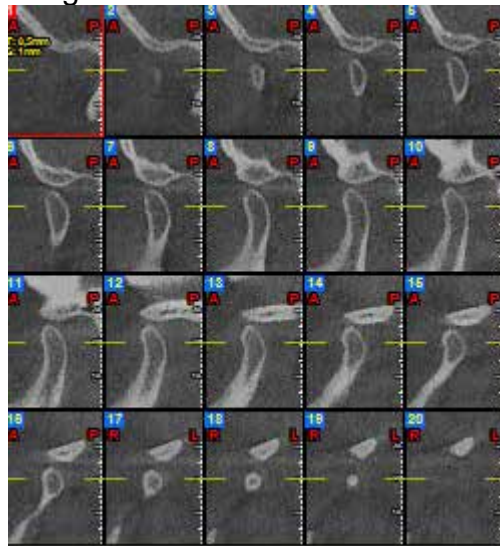
<p style="text-align: center;">ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DERECHA</p>	<p style="text-align: center;">ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR IZQUIERDA</p>
<p>Posición superior y céntrica del cóndilo con respecto a la cavidad glenoidea Imagen</p> 	<p>Posición superior y céntrica del cóndilo de la mandíbula con respecto a la cavidad glenoidea Imagen</p> 
<p>Espacio articular superior disminuido Imagen</p> 	<p>Espacio articular superior disminuido Imagen</p> 

Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

**CUADRO 2. Diagnóstico del paciente a través de estudios
imagenológicos (Continuación)**

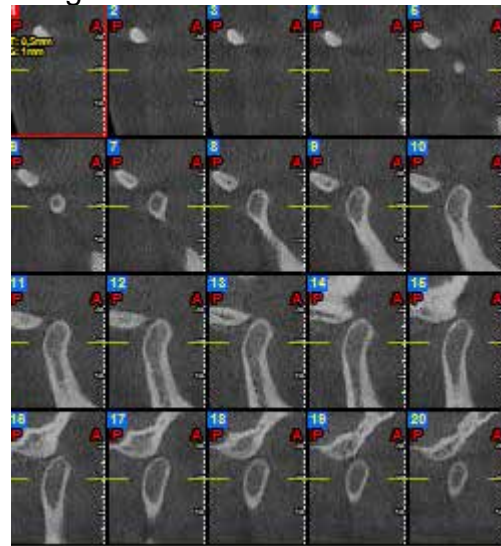
Desplazamiento aumentado del cóndilo de la mandíbula con respecto a la eminencia articular del hueso temporal.

Imagen



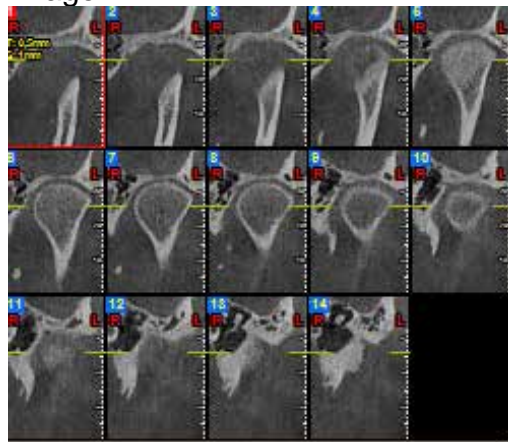
Desplazamiento adecuado del cóndilo de la mandíbula con respecto a la eminencia articular del hueso temporal

Imagen



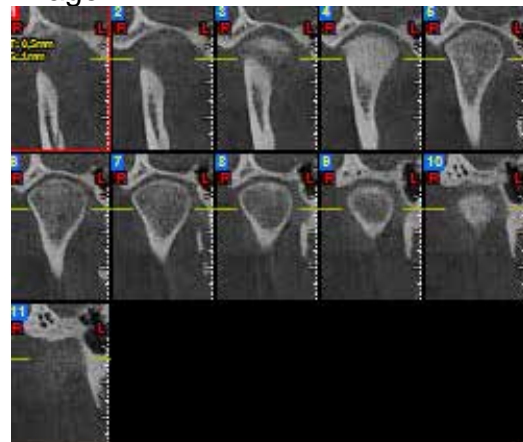
Corticales óseas conservadas

Imagen



Corticales óseas conservadas

Imagen



Fuente: Castillo, M y Loyo, C. (2016)

Fase 2. Analizar las complicaciones de la Articulación Temporomandibular asociadas a la no extracción de Terceros molares incluidos, en paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Examen clínico extraoral e intraoral (Registro fotográfico)

El resultado del examen clínico extraoral e intraoral, arrojó la única complicación observada en la paciente, la cual fue de tipo mecánico presentando desplazamientos dentarios en el sector anteroinferior y por consiguiente apiñamiento en el mismo sector. Lo cual genera en la paciente una mal oclusión y desviación de la línea media hacia la izquierda.

- Ejecución y evaluación de estudios imagenológico.

Imagenologicamente la paciente no arrojó ningún tipo de complicación

Fase 3. Aplicar tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de Terceros Molares incluidos, en paciente con Disfunción y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Extracción quirúrgica de terceros molares incluidos superiores e inferiores (Registro fotográfico)

Consecutivo al diagnóstico y establecimiento del tratamiento más adecuado se procedió a la aplicación del mismo. (Anexo I).

Se dio inicio al tratamiento quirúrgico, con la asepsia y antisepsia del campo operatorio, se procedió a la infiltración del anestésico local bloqueando el

nervio alveolar superior posterior, nervio palatino mayor derecho e izquierdo y aplicando la técnica troncomandibular bloqueando los nervios bucal, lingual y dentario inferior. Se realizó la diéresis del tejido, se procedió a desperiostizar, llevando a cabo la luxación y extracción de los terceros molares superiores.

Posteriormente se efectuó la diéresis del tejido se procedió a desperiostizar, ostectomia, odontosección, facilitando la luxación y extracción de terceros molares inferiores, se realizó la síntesis del tejido con sutura 3.0 no reabsorbible con puntos de tipo colchonero. Finalizando el procedimiento con las indicaciones postoperatorias, a la subsiguiente semana retiro de los puntos de sutura.

- Aplicación de tratamiento complementario mediante la infiltración de infiltración Intra-Articular con una jeringa pre-llenada de Hialorunato de Sodio 25mg/2,5 mL y Desgastes selectivos.

Posteriormente a la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos, se esperó un período de 21 días para realizar la evaluación control del paciente, donde se observó dificultad a la apertura bucal, se procedió a realizar infiltración Intra-Articular con una jeringa prellenada de Hialorunato de Sodio 25mg/2,5 mL (Anexo I). El ácido hialurónico es un componente esencial de la matriz extracelular de los tejidos entre cuyas funciones se incluyen la lubricación tisular, la creación de volumen del mismo y el mantenimiento de la integridad y protección celular.

Entre las indicaciones de infiltración de Ácido Hialurónico dentro de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial se encuentran la osteoartritis, las perforaciones discales y la patología degenerativa de la articulación Temporomandibular. Las infiltraciones (en la ATM o en la zona cráneo-

cervical) pueden ser muy útiles en el tratamiento de pacientes con Síndrome Disfunción Articulación Temporomandibular y/o con dolor orofacial.

Para finalizar el tratamiento, se realizó un desgaste selectivo de las unidades dentarias 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 2.3, 2.4, 2.5, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.3, 4.4, 4.5 para mejorar la oclusión de la paciente.

Fase 4. Evaluar los resultados de la aplicación del tratamiento quirúrgico a partir de la exodoncia de terceros molares incluidos, en paciente con Disfunciones y Complicaciones de la Articulación Temporomandibular, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego, estado Carabobo.

- Realizar entrevista.

La sintomatología inicial referida fue dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o mejillas, dificultad o dolor al abrir su boca por ejemplo bostezar, sonido mandibular a la apertura, dificultad para abrir la boca completamente, dificultad para masticar o morder.

La evaluación clínica permitió constatar mejoría en la sintomatología inicial referida por la paciente, se logró cambios favorables; erradicando el dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o mejillas, dificultad o dolor al abrir su boca por ejemplo bostezar, dificultad para abrir la boca completamente, dificultad para masticar o morder, disminuyendo parcialmente el sonido mandibular a la apertura y aumentando la apertura bucal máxima a 5cm (50mm).

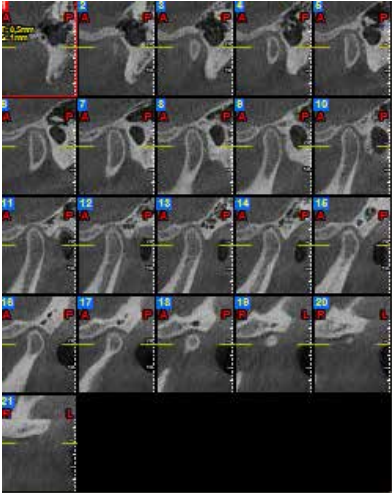
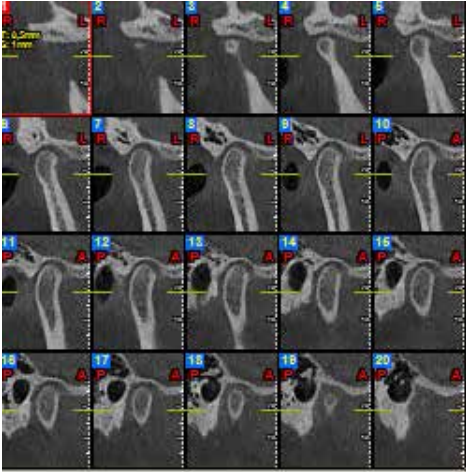
- Examen clínico extraoral e intraoral (Registro fotográfico)

El examen clínico intraoral reveló línea media desviada hacia la izquierda y apertura bucal máxima de 4,5 cm (45mm). Mediante estudios imagenológicos especializados se diagnosticó: Luxación discal con reducción, desplazamiento discal, subluxación articular y desplazamientos dentarios. Posterior al tratamiento quirúrgico y complementario se realizó nuevamente dichos estudios con un intervalo de tiempo de 30 días, con la finalidad de observar la evolución postoperatoria del paciente, se obtuvo como resultado: Recapturación discal bilateral y Normomovilidad articular bilateral, la cual en condiciones iniciales se encontraba afectada (Desplazamiento discal, Luxación discal con reducción bilateral, Hipermovilidad articular derecha)

- Ejecución y evaluación de estudios imagenológicos.

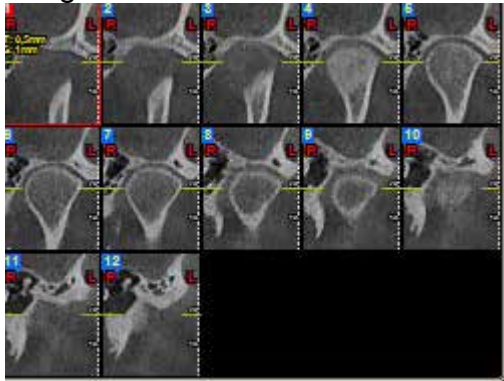
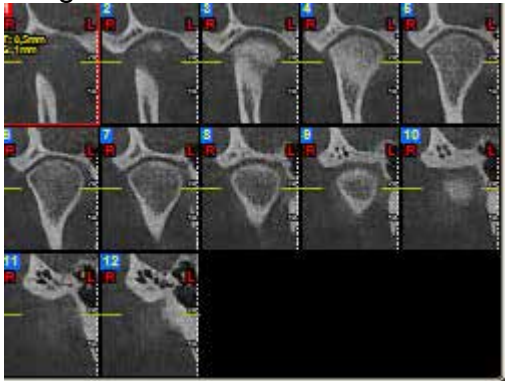
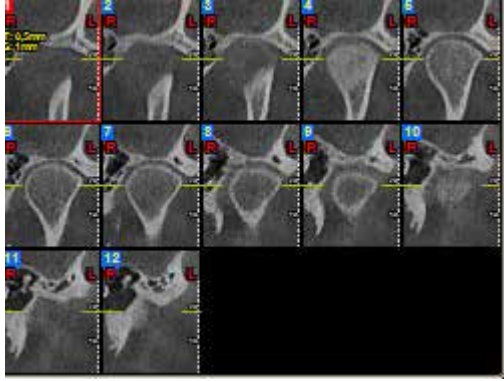
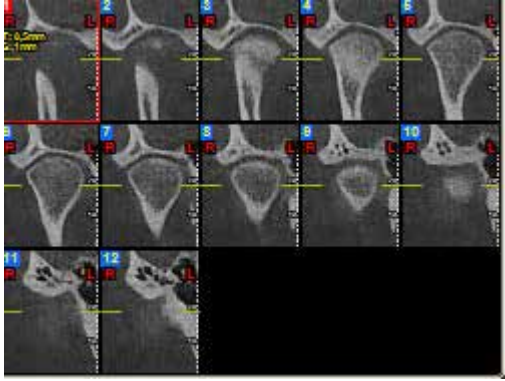
Una vez realizada la repetición de los estudios imagenológicos a la paciente, se pudo observar: Recapturación discal bilateral, y Normomovilidad articular bilateral, demostrando que hubo una mejoría significativa en la condición inicial de la paciente, que presentaba Disfunción y complicaciones asociadas a la Articulación Temporomandibular, a partir de la inclusión de terceros molares superiores e inferiores.

CUADRO 3. Condición final del paciente a través de estudios imagenológicos

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DERECHA	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR IZQUIERDA
<p data-bbox="313 422 837 527">Posición superior y céntrica del cóndilo con respecto a la cavidad glenoidea</p> <p data-bbox="313 562 423 600">Imagen</p> 	<p data-bbox="860 422 1385 527">Posición superior y céntrica del cóndilo de la mandíbula con respecto a la cavidad glenoidea</p> <p data-bbox="860 562 971 600">Imagen</p> 

Fuente: Castillo, M y Loyo, C (2016).

**CUADRO 3. Condición final del paciente a través de estudios
imagenológicos (Continuación)**

<p>Espacio articular superior disminuido</p> <p>Imagen</p> 	<p>Espacio articular superior disminuido</p> <p>Imagen</p> 
<p>Corticales óseas conservadas</p> <p>Imagen</p> 	<p>Corticales óseas conservadas</p> <p>Imagen</p> 

Fuente: Castillo, M y Loyo, C (2016).

- Instalación de férula de Reposicionamiento Anterior.

Fue necesaria la colocación de jet de lucia, para la desprogramación de la mandíbula y posteriormente instalación de férula de reposicionamiento anterior, con la intención de lograr una completa mejoría y adecuado tratamiento de la paciente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. 1 CONCLUSIONES

Con respecto a los resultados obtenidas en la presente investigación, se considera que los objetivos de la misma fueron realizados y cumplidos satisfactoriamente, debido al logro de la identificación, análisis y evaluación pre y post quirúrgica de la disfunción y complicación de la articulación temporomandibular presente en el paciente objeto de estudio, que acudió al área clínica de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez. De esta investigación se obtiene información importante de acuerdo a los estudios realizados, se logró la recolección de datos puntuales facilitando el diagnóstico y plan de tratamiento.

Teniendo en cuentas las especificaciones detalladas de los párrafos anteriores se concluye:

La Paciente seleccionada para este estudio, con terceros molares incluidos, atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego estado Carabobo, con presencia de Disfunciones Temporomandibulares, presentó un diagnóstico inicial donde se observó, dificultad a la apertura bucal, a la masticación, dolor preauricular derecho de intensidad moderada y como resultado de estudios imagenológicos: Luxación discal con reducción bilateral, Desplazamiento discal, Subluxación (hipermovilidad) articular derecha, normomovilidad articular izquierda y desplazamientos dentarios.

Luego de aplicar tratamiento quirúrgico, infiltración intra-articular y esperar postoperatorio de 30 días se detectó mediante estudios imagenológicos: normomovilidad articular bilateral y recapturación del

discoarticular de forma bilateral, logrando un cambio favorable con respecto a la condición inicial de la paciente.

Se observó mejoría en la sintomatología inicial referida, reducción del dolor y de la limitación de la apertura bucal la infiltración intra-articular de Ácido Hialurónico se muestra eficaz en la reducción del dolor y la mejora funcional de la patología de la articulación temporomandibular.

Las complicaciones asociadas a terceros molares incluidos en la Paciente atendida en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez, San Diego estado Carabobo, fueron de tipo mecánicas como desplazamientos dentarios.

5.2 RECOMENDACIONES

Ante las conclusiones del estudio, las investigadoras pudieron destacar aspectos importantes para la posterior realización de investigaciones, ligadas a los métodos, contenidos y procedimientos seleccionados en la investigación.

1. Hacer consultas teóricas y de investigaciones previas, para poder tener los conocimientos necesarios sobre las Disfunciones y Complicaciones Temporomandibulares, que podrían ocasionar la inclusión de los terceros molares en un paciente, permitiendo así el diagnóstico clínico del especialista.
2. Es necesario indicar la realización de estudios imagenológicos especializados para corroborar y hacer un correcto diagnóstico, con el fin de establecer un plan de tratamiento adecuado.
3. Extracción quirúrgica temprana de terceros molares incluidos, como medida preventiva de Disfunciones y complicaciones de la Articulación Temporomandibular, entre otras.

4. Indicar férula miorelajante o de reposicionamiento anterior, como complemento en el plan de tratamiento para la corrección de la Disfunción Temporomandibular.
5. A nivel investigativo recomendamos a la casa de estudios velar por la enseñanza, aporte de conocimientos y exigencia académica ya que esto mejorara notablemente en el establecimiento y control quirúrgico del paciente.
6. Empleo de terapia conjunta de infiltración con ácido hialurónico intraarticular, provee alivio substancial de la sintomatología en la disfunción dolorosa temporomandibular

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

- Apodaca, A. (2.004). Fundamentos de Oclusión. Primera Edición. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación. Caracas: Episteme.
- Balestrini, M. (2006). Cómo se elabora el proyecto de investigación. Caracas: BL Consultores Asociados.
- Chimeneos, E. (2.009). Mosby Diccionario de Odontología. Segunda Edición. España: Elsevier.
- Collins, H. (2.013). Diccionario Medico. España: Editorial Marban.
- Dawson, P. (2.009). Oclusión Funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la ATM. Segunda parte. Colombia: Amolca.
- Gay Escoda, C.; Berini, L. (2004). Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid (España): Ergón.
- Hernández, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2.006). Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill Interamericana.
- Hurtado, J. (1998). Metodología de la Investigación Holística. Caracas: Sypal.
- Hurtado y Toro (1997). Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio. Valencia: Episteme Consultores Asociados
- Isberg, A. (2.006). Disfunción de la Articulación Temporomandibular. Sao Paulo (Brasil): Artes Medicas Latinoamérica.

Medeiros, P. (2006). Cirugía de dientes incluidos - Extracción del tercer molar. Sao Paulo (Brasil): Amolca

Okeson, J. (2013). Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Sexta Edición. Madrid (España): Elsevier. .

Paella, S y Martins, F. (2010). Metodología de la Investigación Cuantitativa. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FEDUPEL). (3era edic). Caracas, Venezuela.

Ramírez, T. (1999). Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas: Panapo de Venezuela C.A.

Sabino, C. (2002). El proceso de investigación. Caracas: Panapo de Venezuela C.A.

Stanley, N., Major, A. (2010). Wheeler Anatomía, Fisiología y Oclusión dental. Novena Edición. Barcelona, España: Elsevier

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2000) Manual de Trabajo de Grado Especialización, Maestría y Tesis Doctorales. Caracas. Autor.

Verma G., P., Gupta, LC., Sarabahi, S. (2013). Diccionario Dental de Jaypee. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publishers, Inc.

ELECTRONICAS

Algozaín, Y., Viñas, M., Capote, E., y Rodríguez, R. (2009). Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200004&lng=es&tlng=es. Consultado: Marzo 2016, 25.

Archer HW. Cirugía bucal. Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas. Tomo 1. Segunda Edición. Argentina: Editorial Mundi Castellana; 1978.

Carrasquel, K.; Camacho, C. y Mora, O. (2011). Infiltración intrarticular con ácido hialurónico y uso del espaciador oclusal como terapia en disfunción dolorosa temporomandibular. *ODOUS Científica*, 12(2). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol12-n2/art5.pdf>
Consultado: Julio 2016, 30.

Del Puerto, M., Casas, L., y Cañete, R. (2014). Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Revista Médica Electrónica*, 36 (Supl. 1), 752-762. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es&tlng=pt. Consultado: Marzo 2016, 15.

Dinatale, E., y Guercio, E. (2004). Hipomovilidad mandibular crónica sintomática asociada a proceso inflamatorio relacionado con inclusión de terceros molares: Reporte de un caso. *Acta Odontológica Venezolana*, 42(2), 114-117. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000200009&lng=es&tlng=es. Consultado: Marzo 2016, 25.

Ferreira, L. A., Grossmann, E., Januzzi, E., de Paula, M. V. Q., & Carvalho, A. C. P. (2015). Diagnosis of temporomandibular joint disorders: indication of imaging exams. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942016000300341&script=sci_arttext. Consultado: Abril 2016, 27.

Fleitas, A., Arellano, L., y Terán, A. (2011). Determinación de Signos y Síntomas de Trastornos Temporomandibulares en pacientes adultos de Odontología de la Universidad de los Andes. *Revista Odontológica de los Andes*. 5(2), 14-24. Disponible en:

<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/33237>. Consultado: Marzo 2016, 25.

Grau L., I., Fernández, K., González, G., y Osorio, M. (2005). Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Revista Cubana de Estomatología*, 42(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-75072005000300005&lng=es&tlng=es. Consultado: Marzo 2016, 20.

Lescas, O., Hernández, M., Sosa, A., Sánchez, M., Ugalde-Iglesias, C., Ubaldo-Reyes, L., Rojas-Granados, A., y Ángeles-Castellanos, M. (2011). Trastornos temporomandibulares Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. Cátedra especial “Dr. Ignacio Chávez”. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(1). Disponible en: <http://www.pve.unam.mx/información/medicina/RevistaFAcMedEneroFebrero2012.pdf>. Consultado: Marzo 2016, 15.

Mateos, I., y Hernández, F. (2005). Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. *Rev. Odont Mex* 2005; 9 (2), 84-91. Disponible en: <http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/23559>. Consultado: Marzo 2016, 20.

Moncada, R, Martinez-Gonzalez, J., Merchán, S., Barona, C., y Fernández, F. (2009). Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. *Av Odontoestomatol*, 25(1), 35-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000100005&lng=es. Consultado: Marzo 2016, 15.

Mahan, P., Wilkinson, T. Superior and inferior bellies of the lateral pterygoid muscle. *J Prosthet Dent*. 1983; 56: 710.

- Moreira, P. (2014), "Características de los terceros molares inferiores retenidos observados por medios radiográficos, UCSG- 2014". *Repositorio Digital Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*. Disponible: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3414/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-131.pdf> Consultado: Marzo 2016, 17.
- Ortega, J. (2011) Factores de riesgo de trastornos temporomandibulares en estudiantes de odontología, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México (2008). *Acta Bioclínica Venezuela*, 1(1). Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/3359/3260>. Consultado: Marzo 2016, 25.
- Peñón, P., Grau, I., y Sarracent, H. (2011). Síndrome de disfunción temporomandibular y factores asociados. Hospital Miguel Enríquez 2009-2010. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(4), 448-457. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000400006&lng=es&tlng=es. Consultado: Marzo 2016, 25.
- Quirós, P., Monje, F., Vázquez, E. (2014). Diagnóstico de la patología de la articulación temporomandibular (ATM). *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Disponible en: <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap19.pdf>. Consultado: Marzo 2016, 17.
- Segura, A., Villagómez, L. (2014). Inclusión de los terceros molares en pacientes de 18 a 23 años que acuden al servicio de imagen de estomatología del Hospital Carlos Andrade Marín en el año 2014. *Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador*. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4746/1/T-UCE-0006-149.pdf>. Consultado: Marzo 2016, 20.

ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTO



República Bolivariana de Venezuela

Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencia de la Salud
Escuela de Odontología

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ: ESTUDIO DE CASO.**

INSTRUMENTO

Instructivo

El presente cuestionario (lista de cotejo) tiene como propósito recoger información valiosa sobre el trabajo de investigación referido a la Disfunción y complicación temporomandibular como consecuencia de la no extracción de terceros molares incluidos que se presenta en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso. San Diego estado Carabobo.

Con tal propósito, el paciente en estudio debe ser observado con la mayor objetividad posible al momento de ser entrevistado para el levantamiento de su historia clínica. La información recabada será tratada en forma confidencial y para insumo exclusivo de la investigación que se está efectuando.

Objetivo del instrumento:

Obtener información relevante que permita la descripción de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en

Paciente con Terceros Molares incluidos, atendido en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso, San Diego estado Carabobo.

N°	INDICADOR	ITEMS	SI	NO
1	El disco articular presenta	a. luxación discal con reducción.		
		b. luxación discal sin reducción.		
2	Las Inserciones del disco presentan	a. posición del disco normal		
		b. perforación del disco articular		
3	La membrana sinovial presenta	a. Derrame		
		b. Inflamación		
		c. Edema capsular		
4	El fibrocartílago articular presenta	a. Inflamación del ligamento estilomandibular.		
5	El Cóndilo mandibular y la fosa glenoidea presentan	a. Fractura del cóndilo de la mandíbula con asimetría		
		b. Fractura del cóndilo de la mandíbula con línea de fractura		
		c. Anquilosis		
6	En el músculo esquelético se observa	a. Malformación		
		b. Artritis		
		c. Displasias		
		d. Neoplasias		
		e. Hipertrofia		
		f. Hipoplasia.		
7	En los Músculos masticatorios y tendones se observa	a. Afecciones en el musculo temporal		
		b. Afecciones en el Masetero		
		c. Afecciones en el Pterigoideo lateral		
		d. Pterigoideo medial.		
8	En el Sistema Nervioso Central y Periférico se observa	a. Afección de los Nervios Craneales.		
9	Presenta complicaciones Infecciosas	a. Pericoronaritis de tipo aguda serosa o congestiva		
		b. Pericoronaritis de tipo aguda supurada		
		c. Pericoronaritis de tipo crónica.		
10		a. Granulomas		

	Presenta complicaciones Tumorales	b. Quistes radiculares		
		c. Quistes dentigeros		
		d. Queratoquistes		
		e. Ameloblastomas.		
11	Presenta complicaciones mecánicas	a. Ulceración yugal o lingual		
		b. Lesiones en el segundo molar		
		c. Desplazamientos dentarios.		
12	Presenta complicaciones Nerviosas	a. alteraciones sensitivas como algias faciales		
		b. alteraciones motoras como Parálisis facial ipsilateral		
		c. alteraciones motoras como espasmos labiales		
		d. alteraciones motoras como trismo		
		e. Alteración motora ocular (midriasis ipsilateral).		

Observaciones:

ANEXO B
VALIDACION DEL INSTRUMENTO



República Bolivariana de Venezuela
 Universidad José Antonio Páez
 Facultad Ciencia de la Salud
 Escuela de Odontología

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS

SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

Título del Trabajo de Grado: "DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. REPORTE DE UN CASO".

Autores: Castillo A. Maria A., Loyo G. Crisbealy L.

Criterios	Pertinencia (oportunidad conveniencia)		Claridad (redacción)		Coherencia (corespondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	Cedula de Identidad	Firma
Elizabeth Villegas	19.605.613	<i>Elizabeth Villegas</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Cirujía Bucal y Maxilo-Facial	IV Nivel	30/06/2016



República Bolivariana de Venezuela
 Universidad José Antonio Páez
 Facultad Ciencia de la Salud
 Escuela de Odontología

**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
 SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

Título del Trabajo de Grado: "DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. REPORTE DE UN CASO".

Autores: Castillo A. María A., Loyo G. Crisbealy L.

Criterios	Pertinencia (oportunidad conveniencia)		Claridad (redacción)		Coherencia (correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Sejar	Modificar	Quitar
1	/		/		/		/		
2	/		/		/		/		
3	/		/		/		/		
4	/		/		/		/		
5	/		/		/		/		
6	/		/		/		/		
7	/		/		/		/		
8	/		/		/		/		
9	/		/		/		/		
10	/		/		/		/		
11	/		/		/		/		
12	/		/		/		/		
13	/		/		/		/		
14	/		/		/		/		
15	/		/		/		/		
16	/		/		/		/		
17	/		/		/		/		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	Cedula de identidad	Firma
Julio A. Lopez	18.858455	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	Universitaria	28-06-16.



**FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS
 SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

Título del Trabajo de Grado: "DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ. REPORTE DE UN CASO".

Autores: Castillo A. María A., Loyo G. Crisbealy L.

Criterios	Pertinencia (oportunidad conveniencia)		Claridad (precisión)		Coherencia (correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: X NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	Cedula de Identidad	Firma
Asomun	959699	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	III	28 Mayo 2016

ANEXO C
ENTREVISTA CLINICA



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencia de la Salud
Escuela de Odontología

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ: ESTUDIO DE CASO**

INSTRUMENTO

ENTREVISTA CLINICA

Instructivo

El presente cuestionario para entrevista clínica tiene como propósito recoger información valiosa sobre el trabajo de investigación referido a la Disfunción y complicación temporomandibular como consecuencia de la no extracción de terceros molares incluidos que se presenta en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso. San Diego estado Carabobo.

Con tal propósito, el paciente en estudio debe ser entrevistado con la mayor objetividad posible al momento del levantamiento de su historia clínica. La información recabada será tratada en forma confidencial y para insumo exclusivo de la investigación que se está efectuando.

Objetivo del instrumento:

Obtener información relevante que permita la descripción de la sintomatología asociada a las disfunciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en Paciente con Terceros Molares incluidos, atendido en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso, San Diego estado Carabobo.

N°	ITEM	SI	NO
1	Tiene dificultad para dormir		
2	Sufre de Apnea del Sueño? (Ronquidos, Pausas en la respiración, no descansa en las horas de sueño)		
3	Tiene dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o las mejillas		
4	En qué lado:		
	Izquierdo		
	Derecho		
	Ambos lados		
5	Tiene Ud. dificultad o dolor al abrir su boca, por ejemplo al bostezar		
6	Le suena la mandíbula al abrir		
7	Cómo es el sonido:		
	Clic o Pop		
	Arenoso o de Roce		
8	Ha tenido alguna vez la mandíbula bloqueada o con dificultad para abrir su boca completamente		
9	Siente que su mandíbula se le “atasca”, se le “traba” o se le “sale”		
10	Dificultad para masticar o morder		
11	Le duele la mandibular al comer, reír o hablar En qué momento:		
12	Tiene frecuentes dolores de cabeza o dolor de cuello o de nuca		

13	Ha sufrido algún Politraumatismo (Accidente automovilístico, Armas de fuego, Contusiones, etc.)		
14	Ha tenido una lesión o traumatismo reciente en su cabeza, cuello o mandíbula		
15	Está usted medicado o bajo tratamiento psiquiátrico		
16	Sufre de Síndrome Psicopático (Impulsividad, Agresividad, etc.)		
17	Es usted sexualmente activo		
18	Es usted Ansioso		
19	Es usted Temperamental		
20	Presenta ausencias dentarias		

ANEXO D
HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
ASIGNATURA: CIRUGÍA

HISTORIA DE CIRUGÍA BUCAL

Historia Nº _____ Fecha _____/_____/____

Alumno responsable Cristhealy Lopez y Maria A. Castillo

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Datos personales

Nombres Marina Apellidos Albornoz Sanchez

Lugar y fecha de nacimiento Valencia, 02/07/1993

C.I. 24704679 Edad: 23 años Sexo: F M

Color de la piel: _____ Profesión: Estudiante Estado civil: Soltera

Nombre del conyugue: _____

Procedencia: _____

Dirección de habitación: _____

Dirección de trabajo: _____ E-mail: _____

Teléfonos: hab: _____ Trab: _____ E-mail: _____

Referido por: _____ Cel: 04245338726

Odontólogo anterior: _____

Teléfonos: _____

Nombre del representante legal: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Teléfono: _____

ANAMNESIS

A. Queja principal o motivo de consulta

"Dolor en la zona del oído"

B. Historia de la enfermedad actual

Paciente femenino de 23 años de edad, quien refiere enfermedad actual hace aproximadamente 1 año, refiriendo dolor preauricular.

C. Antecedentes familiares en línea directa

Antecedentes Odontológicos		Antecedentes Médicos			
Maloclusión	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cáncer	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Infectocontagiosas	
Ortodoncia	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Explique:	
Ausencias Congénitas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cardiopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Portador de Prótesis	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Supernumerarios	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Alergias	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
Hábitos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos Sanguíneos	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

D. Enfermedades personales patológicas

Enfermedades inflamatorias e infecciones no transmisibles

Paciente refiere no presentar antecedentes infecciosos o inflamatorios

Enfermedades de transmisión sexual

Paciente no refiere antecedentes de transmisión sexual relevantes

Enfermedades degenerativas

Paciente no refiere antecedentes de enfermedades degenerativas

Enfermedades neoplásicas

Paciente no refiere antecedentes de enfermedades neoplásicas

Enfermedades congénitas

Paciente no refiere antecedentes de enfermedades congénitas relevantes

Otras

Paciente no refiere antecedentes clínicos relevantes.

E. Antecedentes personales no patológicos

Antecedentes alérgicos

Antibióticos Paciente no refiere antecedentes alérgicos antibióticos relevantes.

Analgésicos Paciente no refiere antecedentes alérgicos
analgésicos relevantes

Anestésicos Paciente no refiere antecedentes alérgicos
anestésicos relevantes

Alimentos Paciente refiere presentar alergia a los colorantes
y emulsiones

Otros Paciente no refiere antecedentes clínicos relevantes

Embarazo Paciente refiere no estar embarazada o tener sospecha
de embarazo

Hábitos tóxicos

Tabaco Si No Cantidad:

Alcohol Si No Cantidad:

Grupo sanguíneo: Factor Rh:

F. Medicación Actual

Paciente refiere no estar bajo tratamiento médico
farmacológico actualmente

G. Antecedentes Quirúrgicos

Paciente no refiere antecedentes quirúrgicos relevantes

H. Antecedentes Quirúrgicos Odontológicos

Paciente refiere no tener antecedentes quirúrgicos
odontológicos relevantes

I. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato Digestivo

Paciente refiere padecer de gastritis

Disfagia, náuseas, vómito, diarrea crónica, pirosis, Hematemesis, ictericia.

Aparato Respiratorio

Paciente no refiere afecciones en el aparato respiratorio

Obstrucción nasal, tos, asma, expectoración, disnea, cianosis, bronquitis, sinusitis

Aparato Cardiovascular

Paciente no refiere afecciones en el aparato cardiovascular

Dolor precordial, lipotimia, taquicardia, bradicardia, hipertensión, disnea, cefalea, mareos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Paulina Albeniz portadora) de la C.I. 24721679 A través de la presente declaro y manifiesto el buen uso de mis facultades mentales libre, espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al bachiller Orsbealy Jajo y Maria A Castillo y a/llos Profesores Julio A. Lopez S. más abajo identificado lo siguiente

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el/los especialista/s más abajo reseñado.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico Odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi Salud.
4. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
5. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Odontólogo.
6. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Cirujano Bucal a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.
7. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene Oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados

8. A continuación, me informan sobre las complicaciones que se pueden presentar en los procedimientos anestésicos: Dolor en los sitios de punción. Multipunciones vasculares. "Moretones" por punción vascular. Ruptura y/o extracción de piezas dentales. Lesión de las mucosas de la boca y/o nariz. Ronquera y/o dolor de garganta. Depresión respiratoria. Respuesta adversa a los medicamentos. Efectos anafilácticos. Adición de efectos indeseables. Imposibilidad para oxigenar adecuadamente al paciente. Aspiración de materiales contenidos en el estómago. Daño cerebral u orgánico, así como Complicaciones severas que pueden provocar el fallecimiento.

9. Doy mi consentimiento al Cirujano Bucal y al Alumno tratante de la Universidad José Antonio Páez que se designo a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERES, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

ACEPTO

Nombre, apellido
del paciente o
Representante legal

Melina Alvarado
C.I. 24.704.674

Nombre, apellido del
Alumno

Cristóbal Páez
C.I. 24.894.606

Nombre, apellido del
Profesor tutor

[Firma]
C.I. [Firma]

Valencia, _____ de _____ de 20_____.

A. Medicación pre intra-post quirúrgica
(Profilaxis antibiótica, antibiótico terapia)

B. Observaciones (Complicaciones, procedimiento diferido,
Interconsultas)

NOTA OPERATORIA
Cátedra de Cirugía Bucal UJAP

Nombre del Paciente Marina Albornoz C.I. 24704679

Diagnostico Pre-operatorio

3erceros molares incluidos

Procedimiento realizado:

1) Técnica Anestésica:

Loneomandibular, Anestesia I. Nervio Alveolar Posterior Sup.
Nervio Palatino mayor.

2) Técnica Quirúrgica:

Cirujano/a principal (Estudiante encargado/a del caso clínico):

Orisbealy Loyo y Maria A. Castillo

Ayudante:

Cirufante:

Tipo de Anestésico Local y número de carpitos empleados:

Lidocaina al 2% 1:80.000 10 cartuchos

Complicaciones:

Plan de tratamiento:


Docente

HOJA DE EVOLUCIÓN

Colocar la fecha junto con la DESCRIPCIÓN COMPLETA de cada procedimiento realizado por usted a su paciente en la clínica de cirugía bucal

- Bajo previa asepsia y antisepsia se procedio a realizar:

- Anestesia ~~incompleta~~ mandibular, infiltrativa Nervio alveolar Superior Posterior, Nervio infraorbital mayor.
- Síndromostomía
- Previa odontosección, osteotomía
- Tracción, tracción, avulsión

NEWCAINAP 2%
LIDOCAINA 2%
CON EPINEFRINA 1:80.000
REGISTRO EF/BA-102-844198-01
MEDICAMENTO ESPECIAL
New Stetic



ANEXO E
REGISTRÓ FOTOGRAFICO EXTRAORAL E INTRAORAL





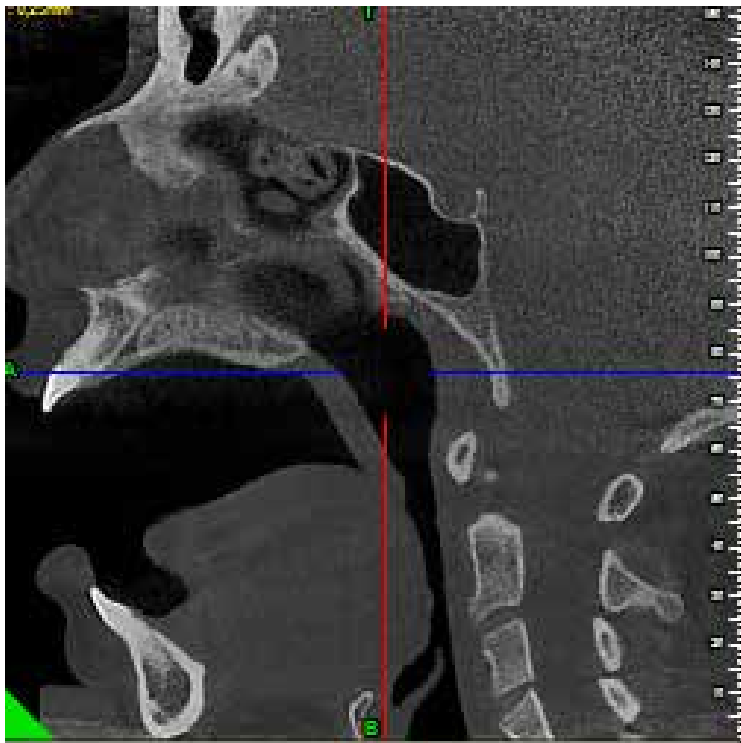
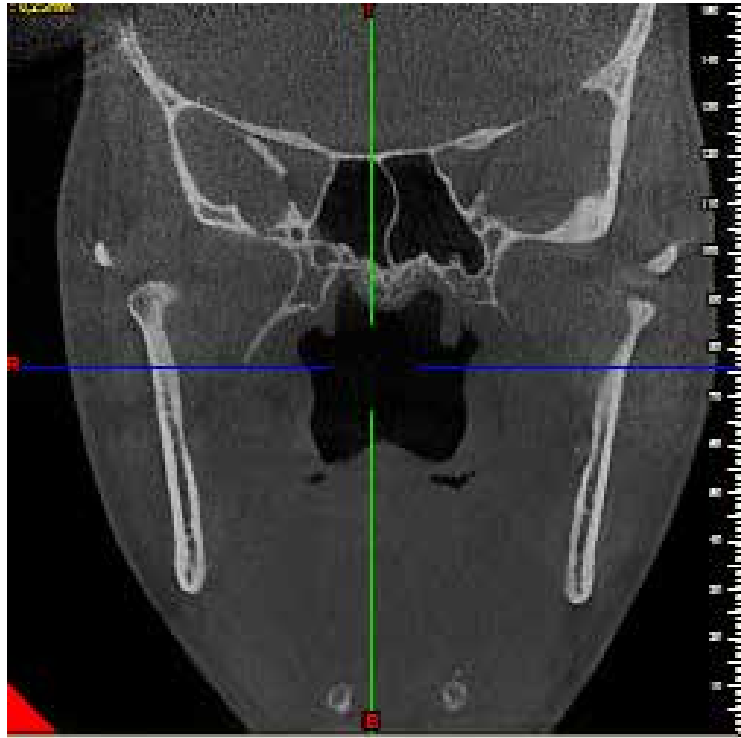
ANEXO F
RADIOGRAFIA PANORAMICA (PRE-QUIRURGICA)

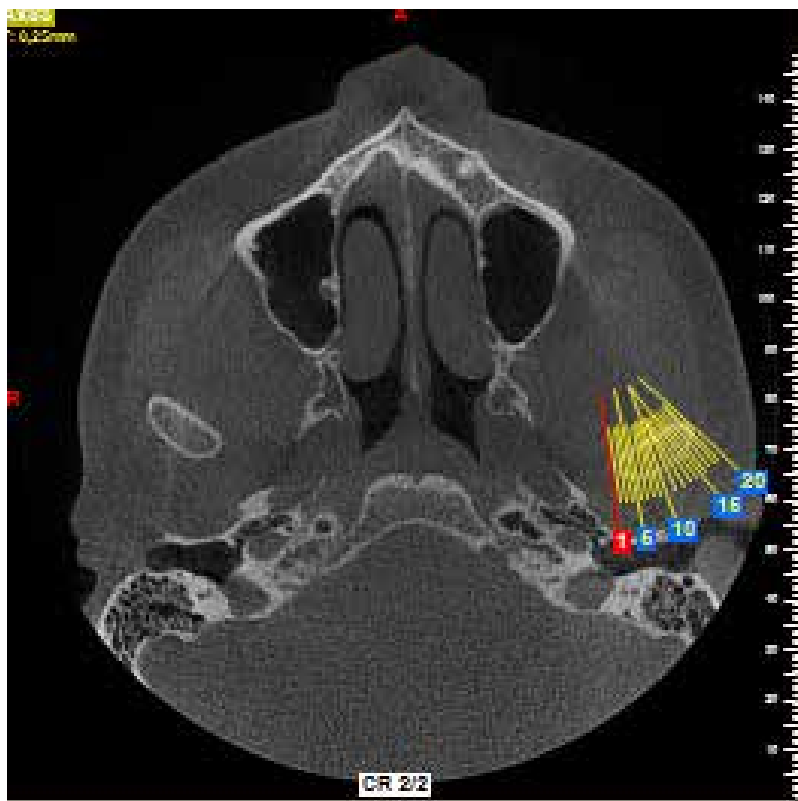
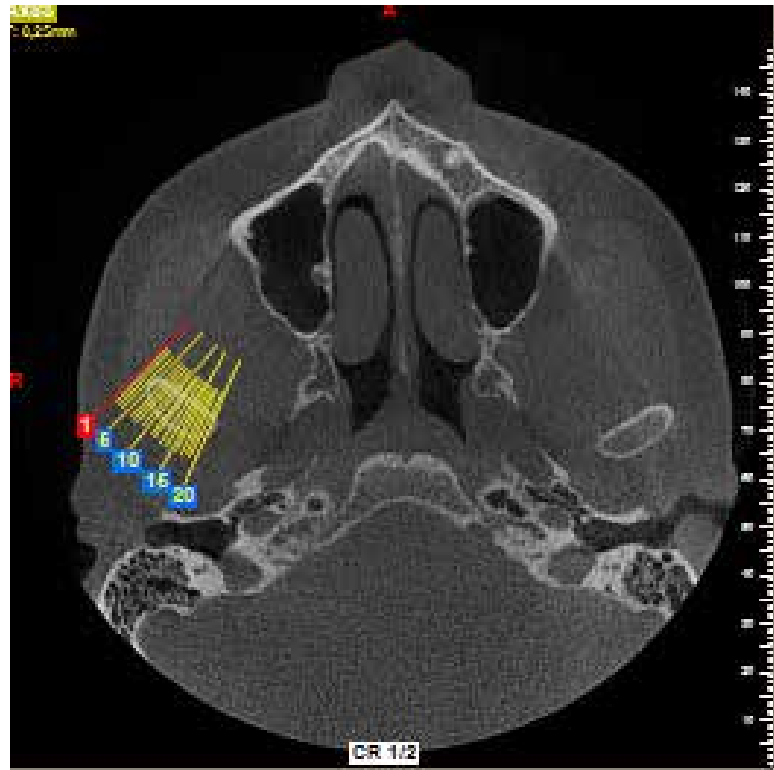


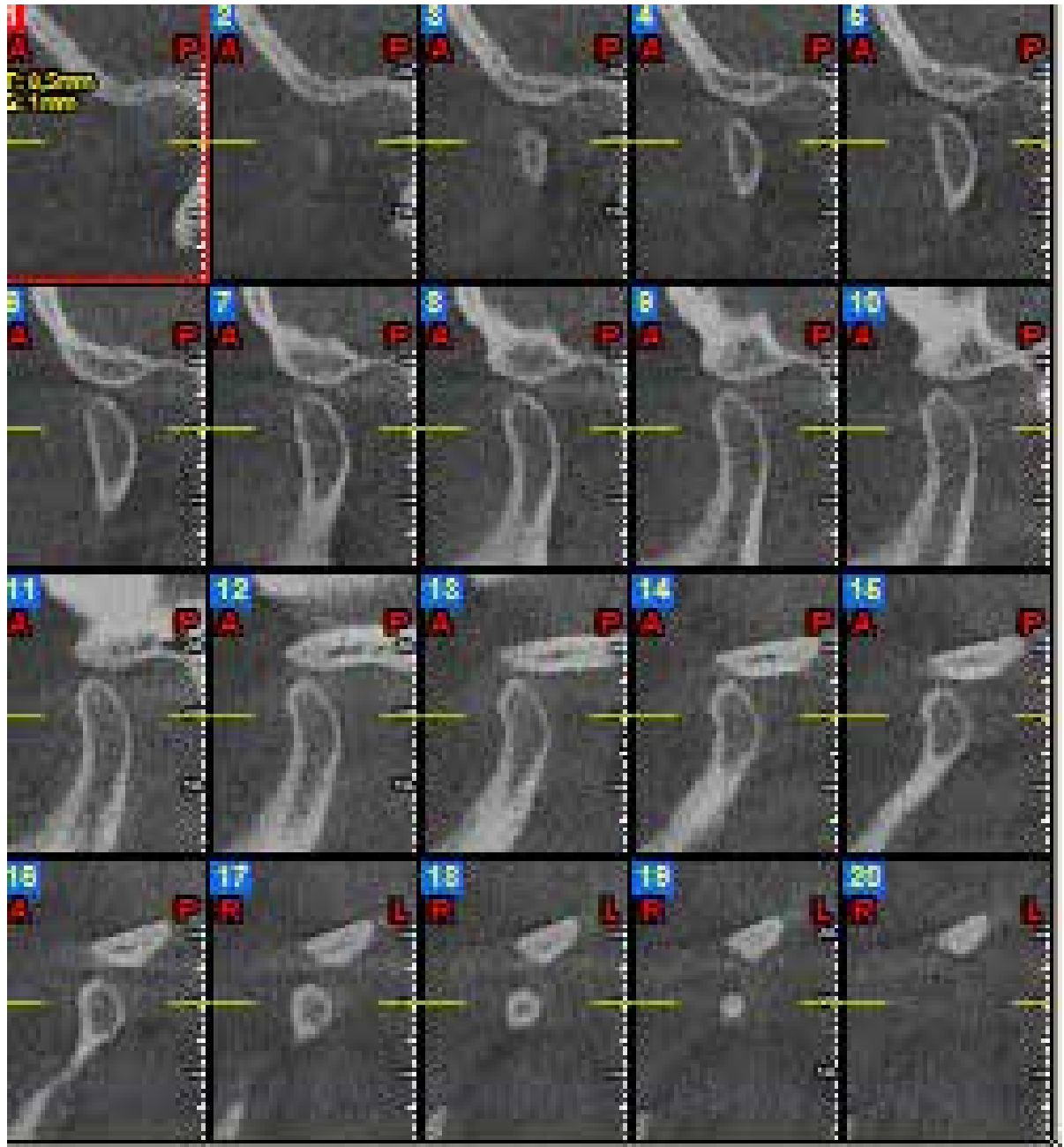
ANEXO G
TOMOGRAFIA CONE BEAM (PRE-QUIRURGICA)



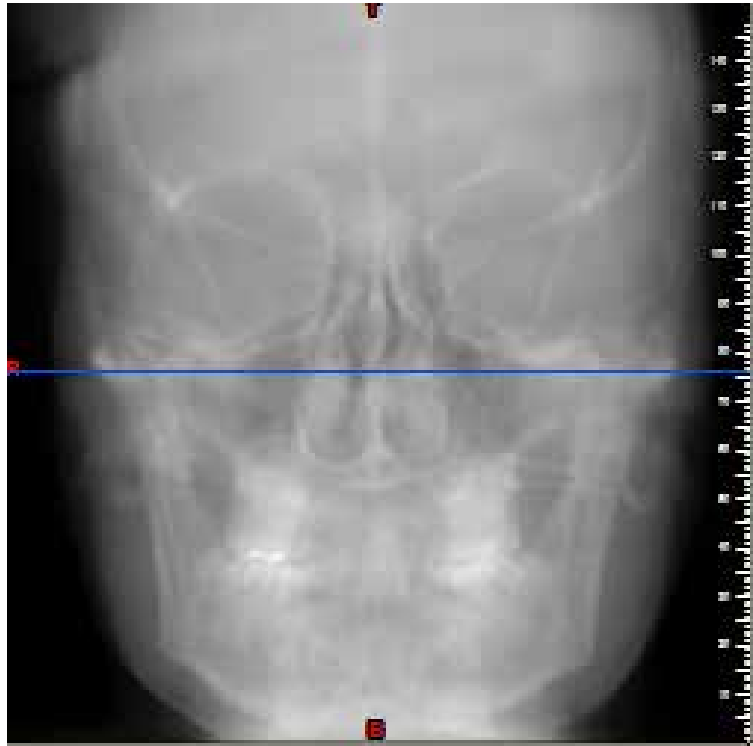


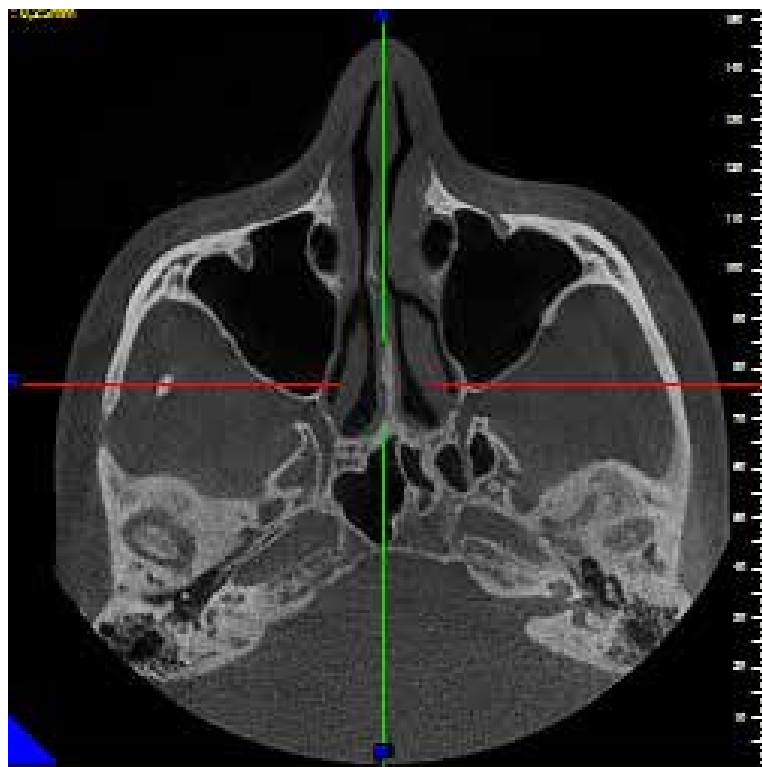


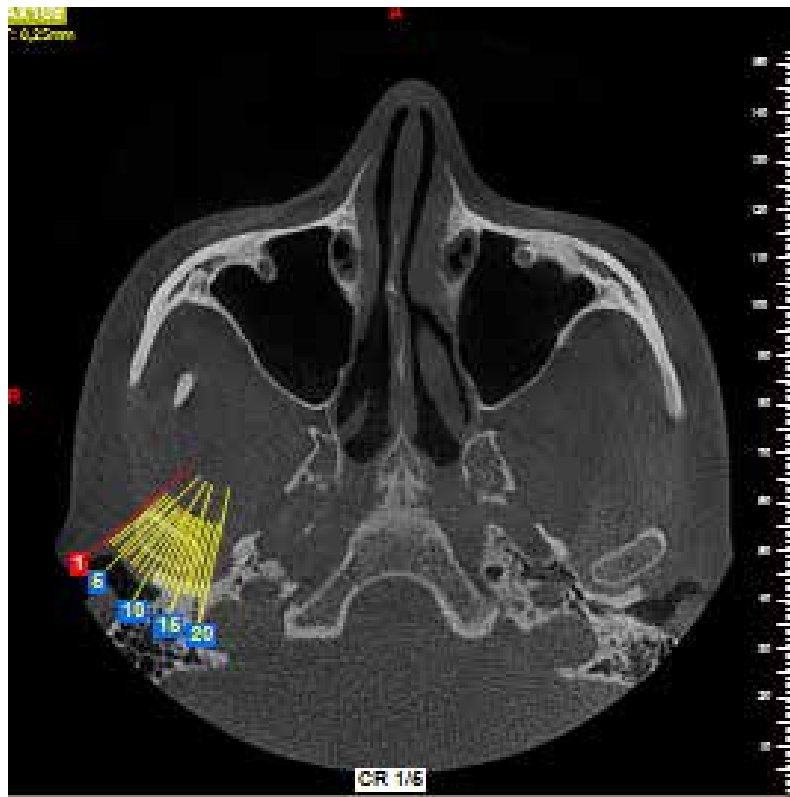


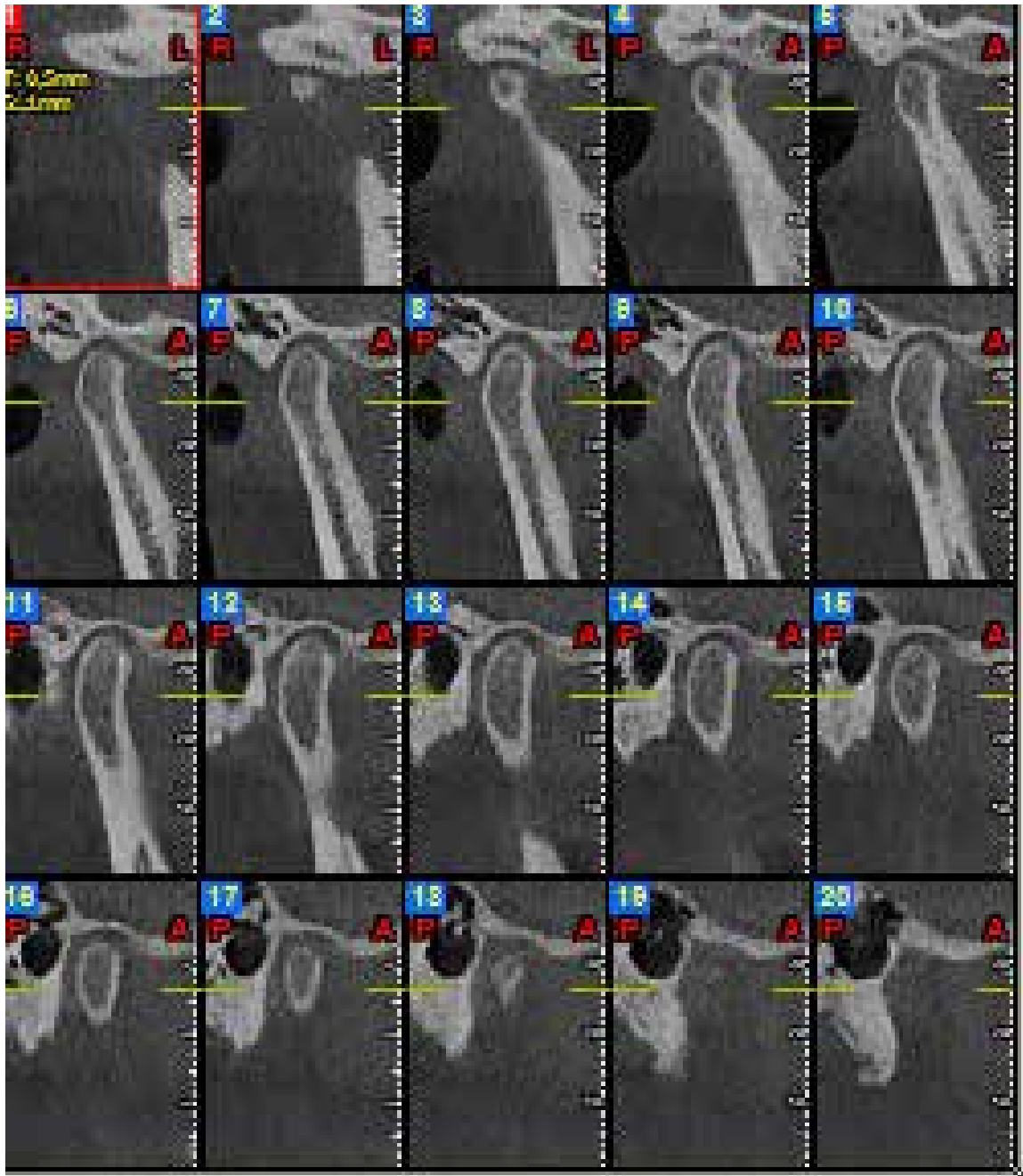


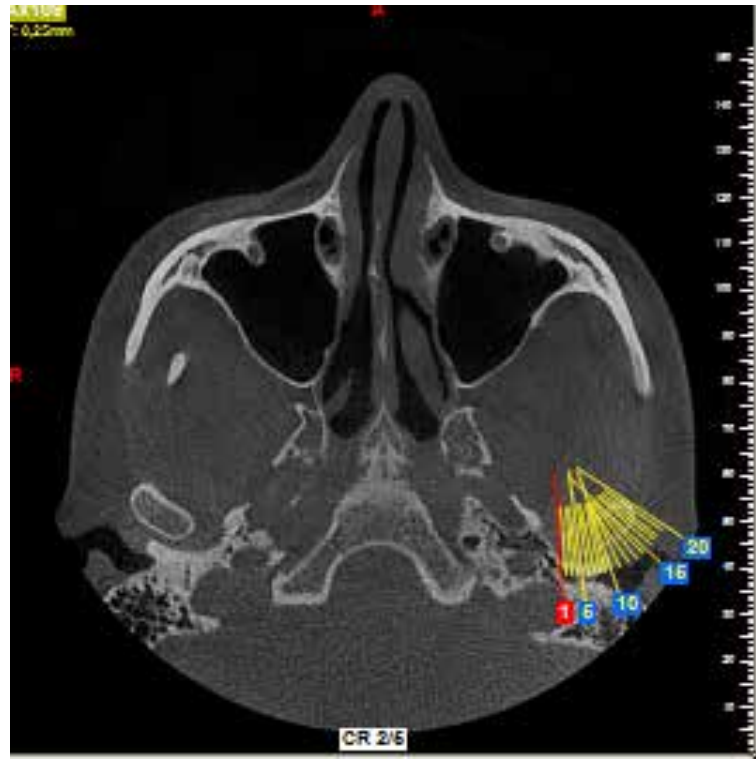


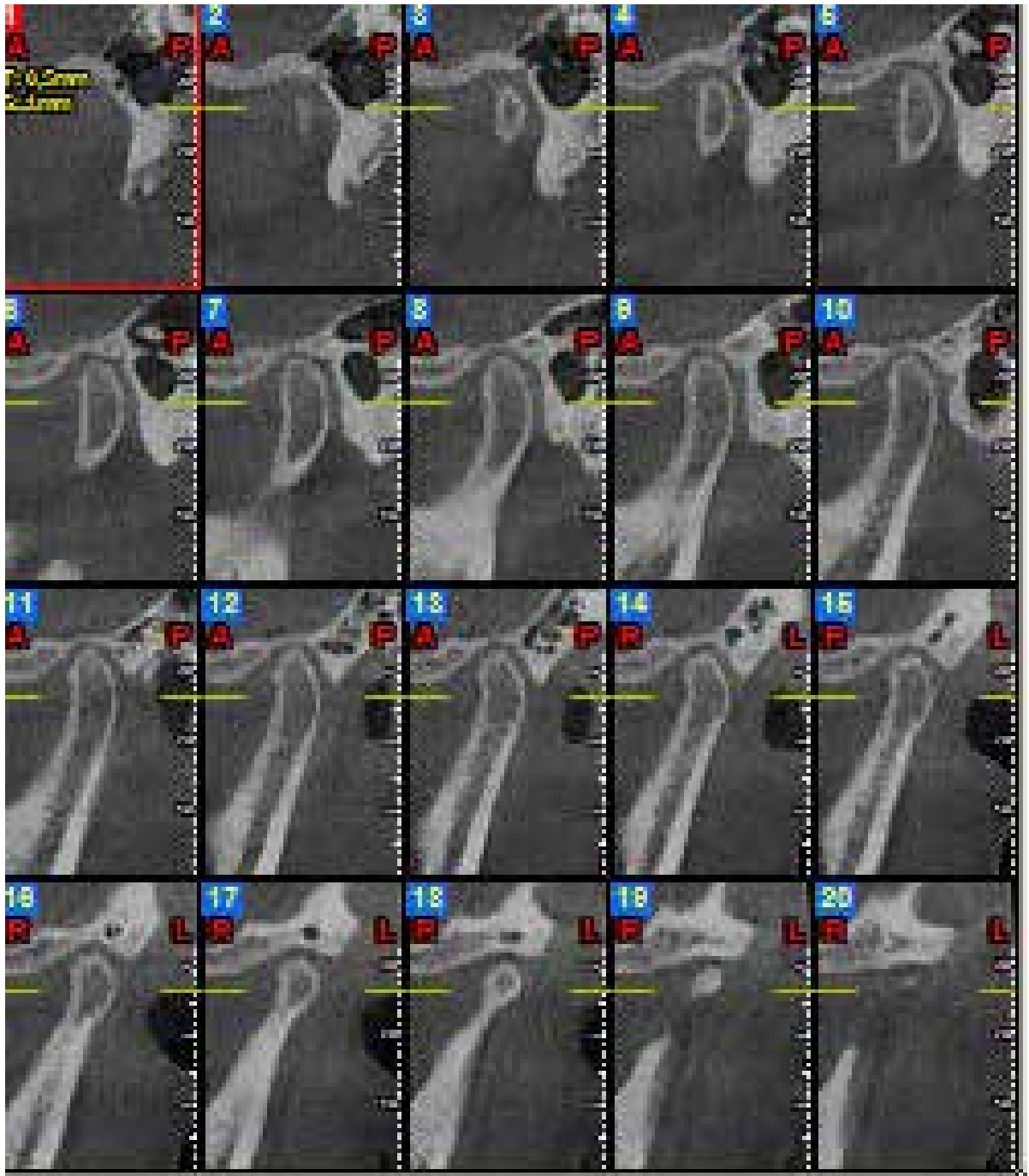


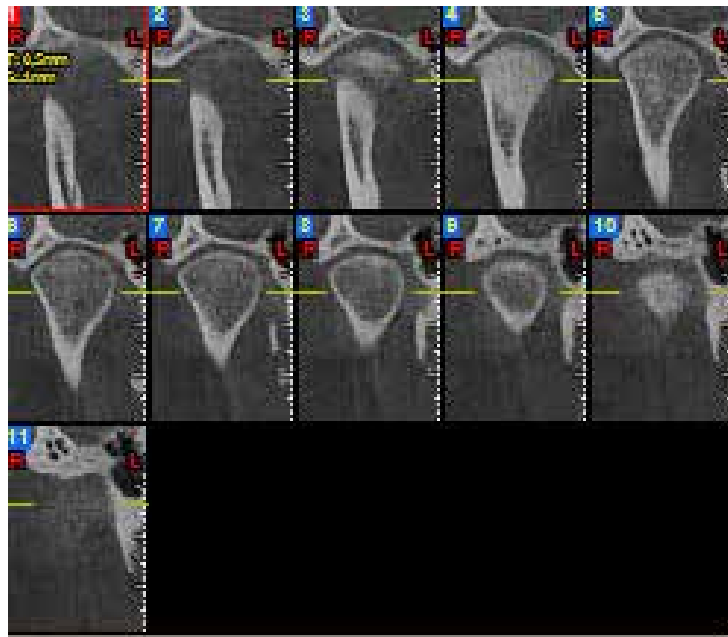
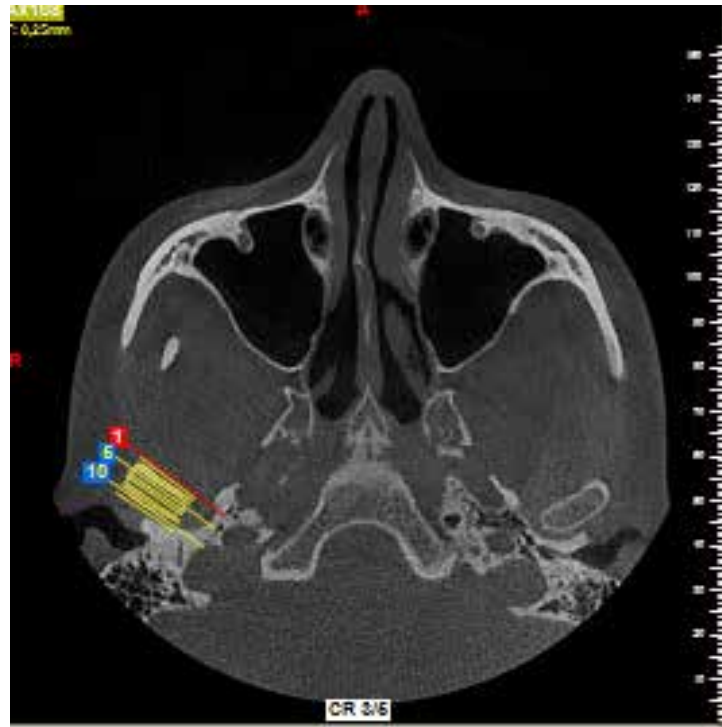


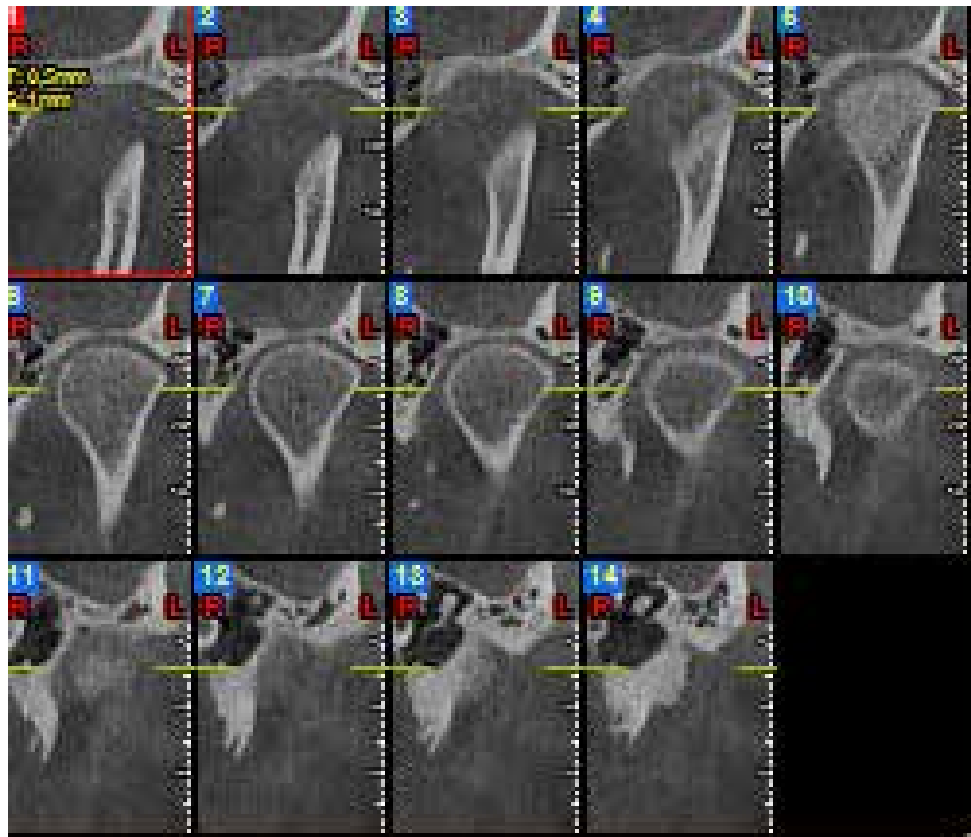
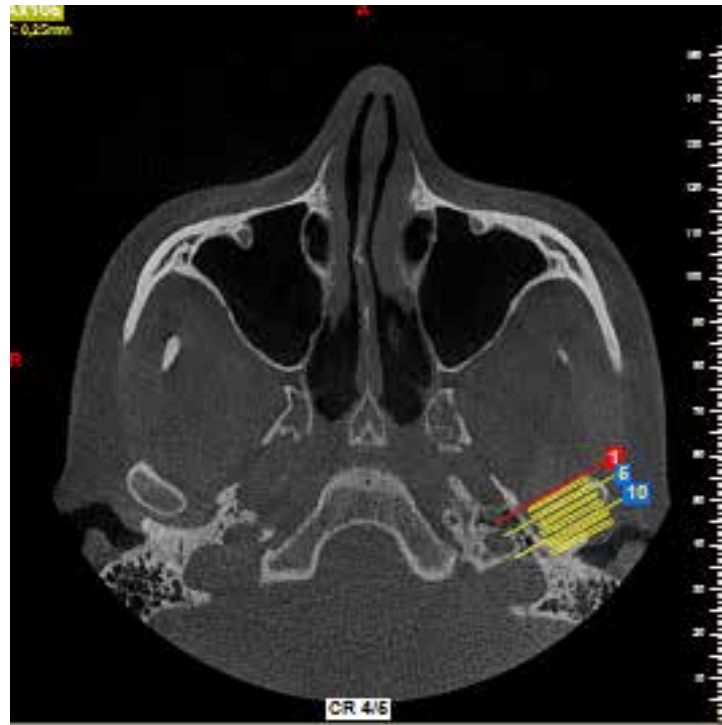


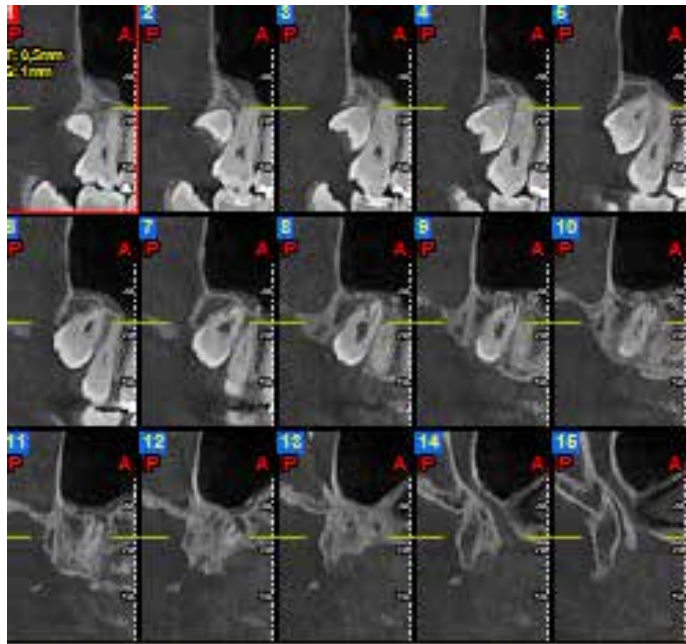
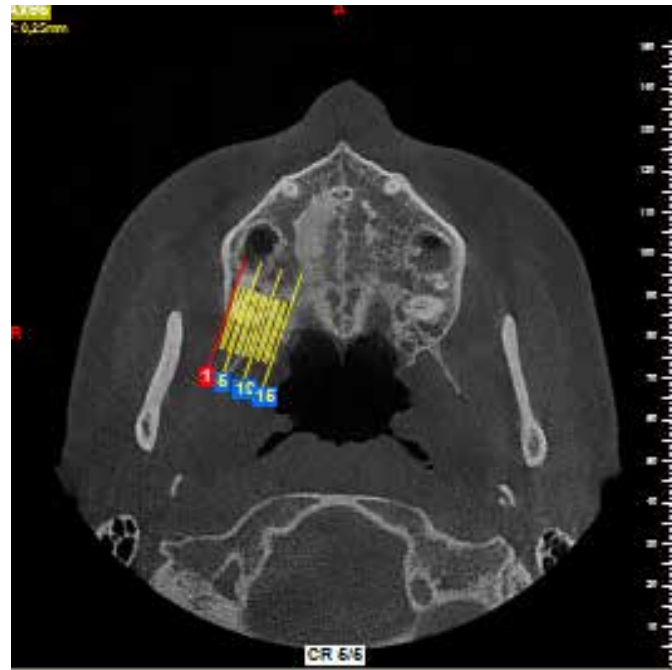


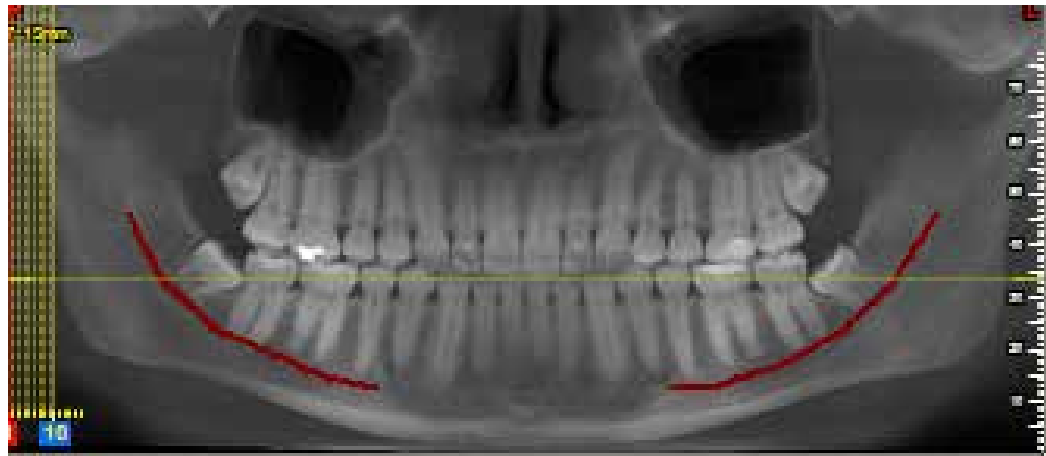
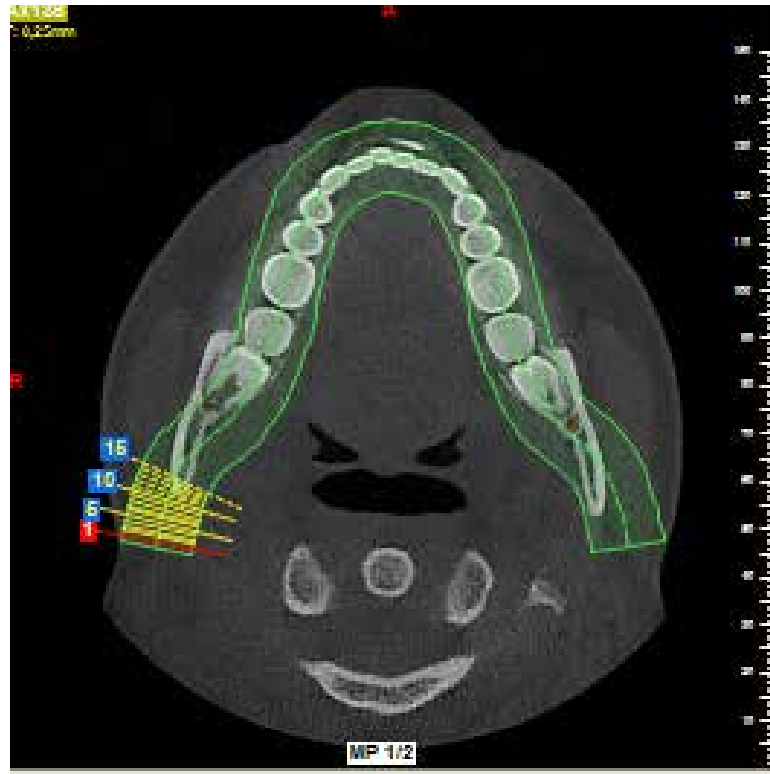


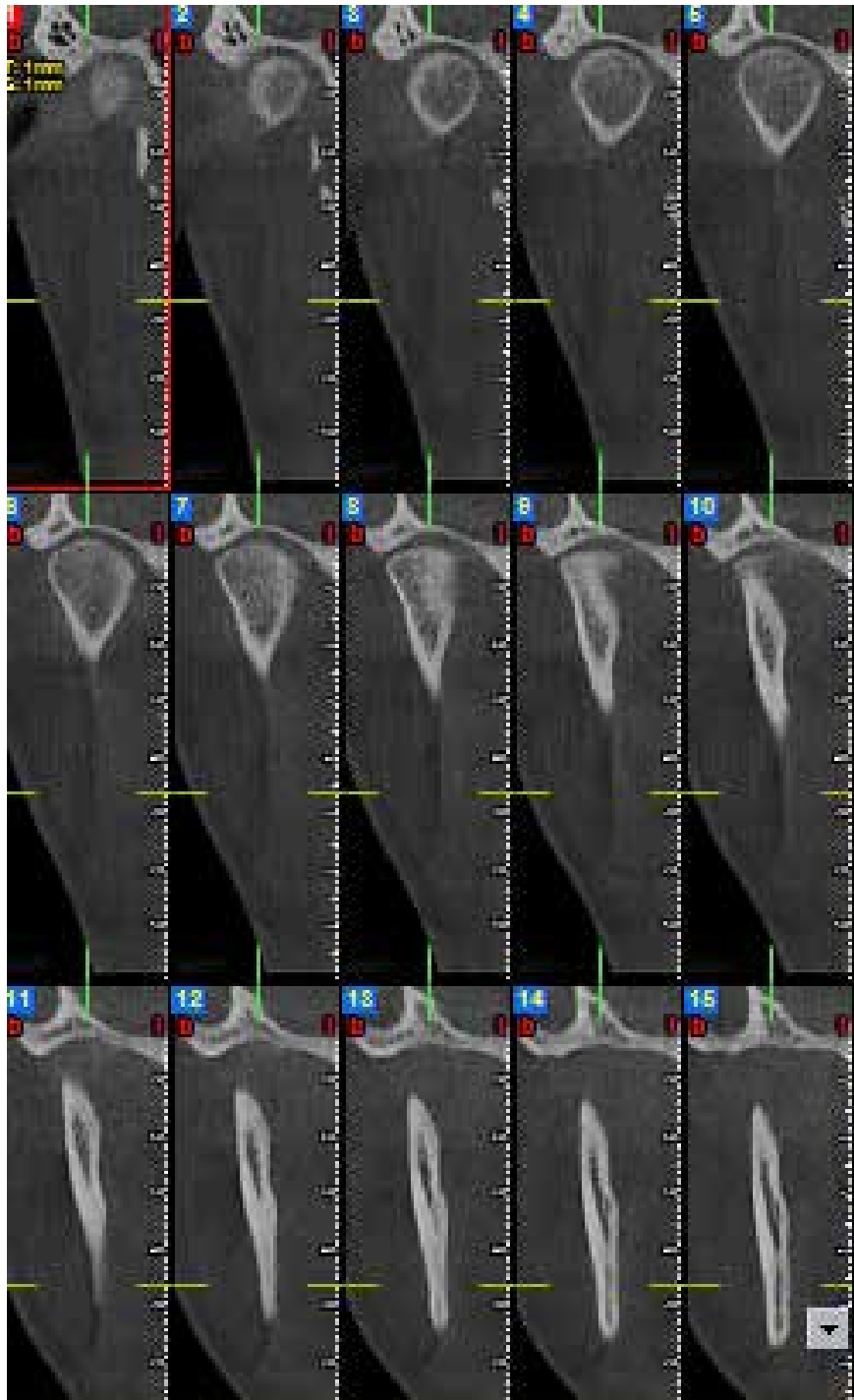


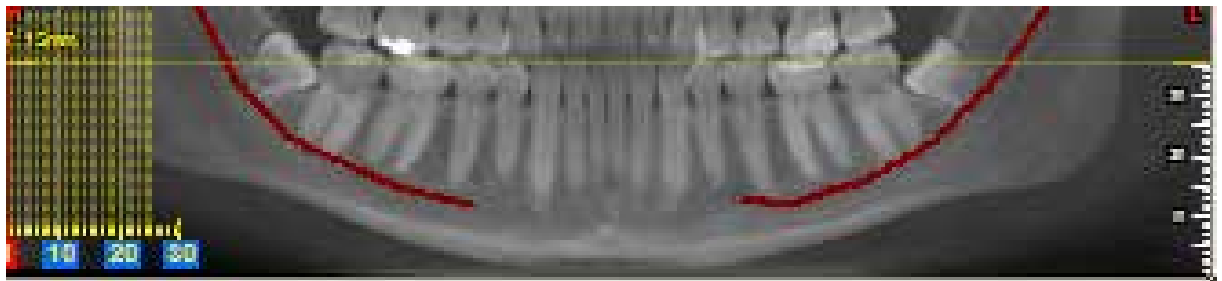


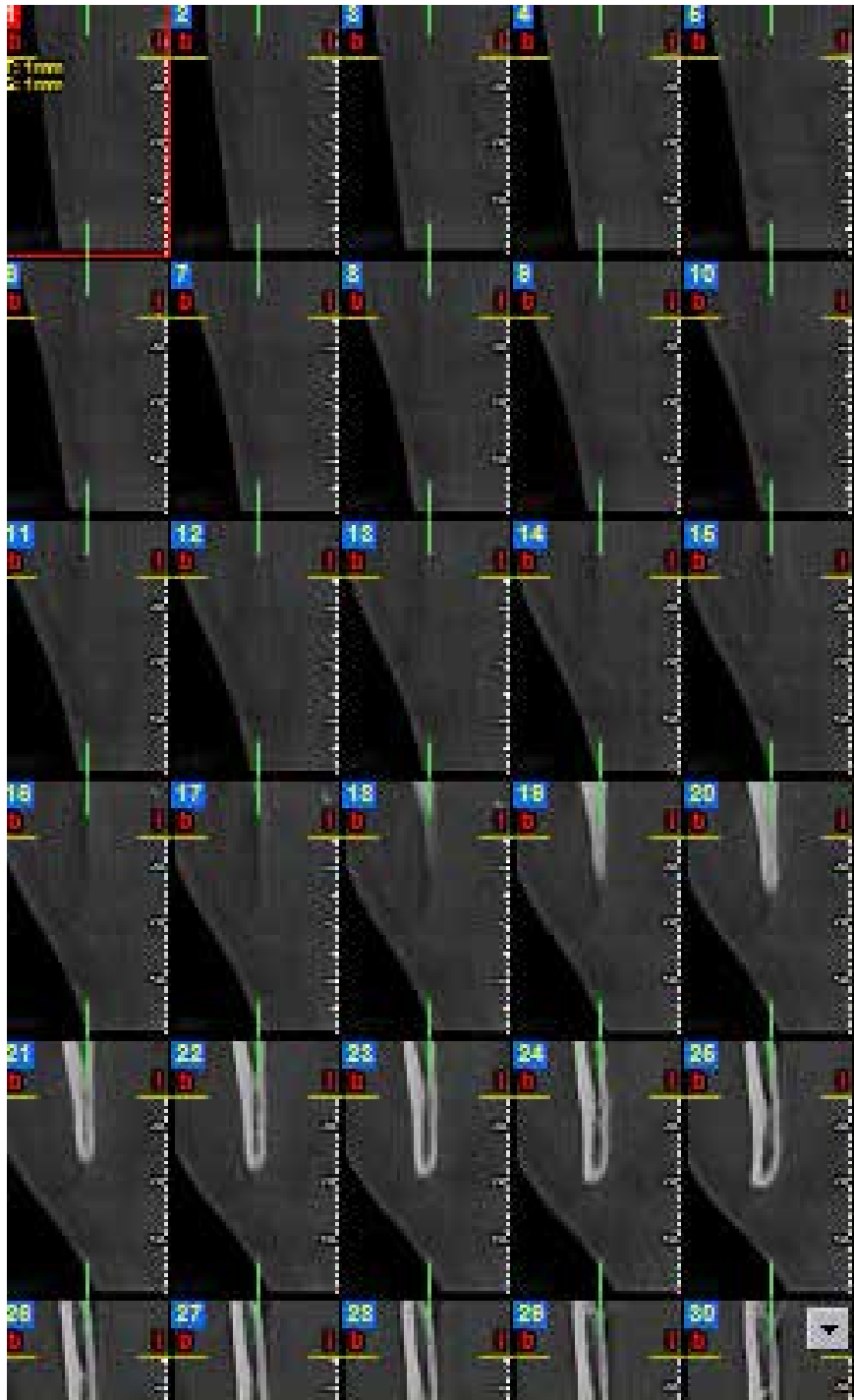






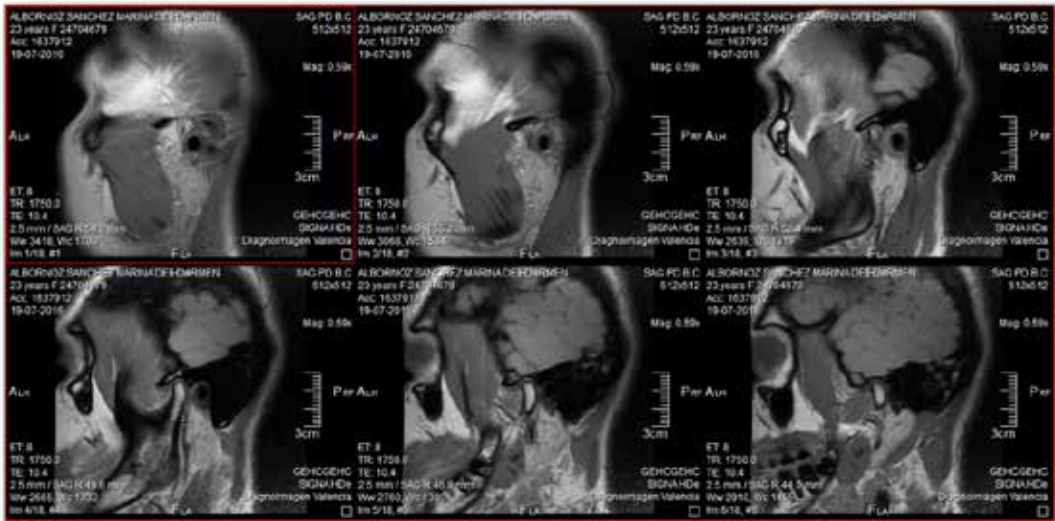
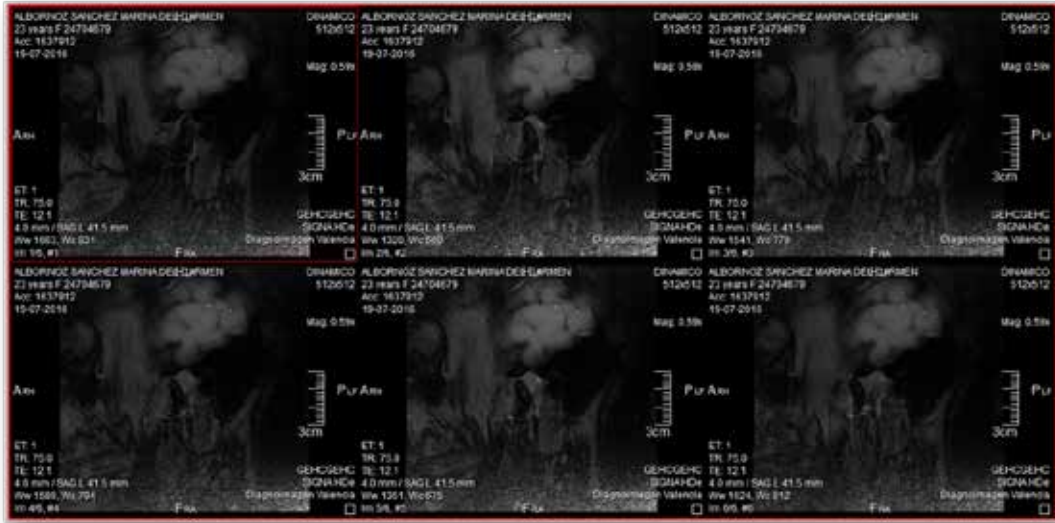


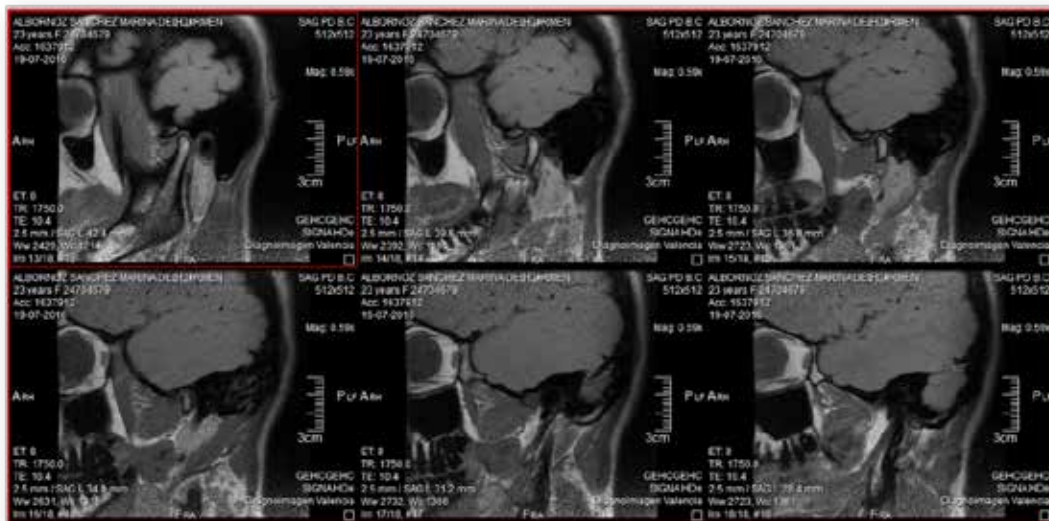
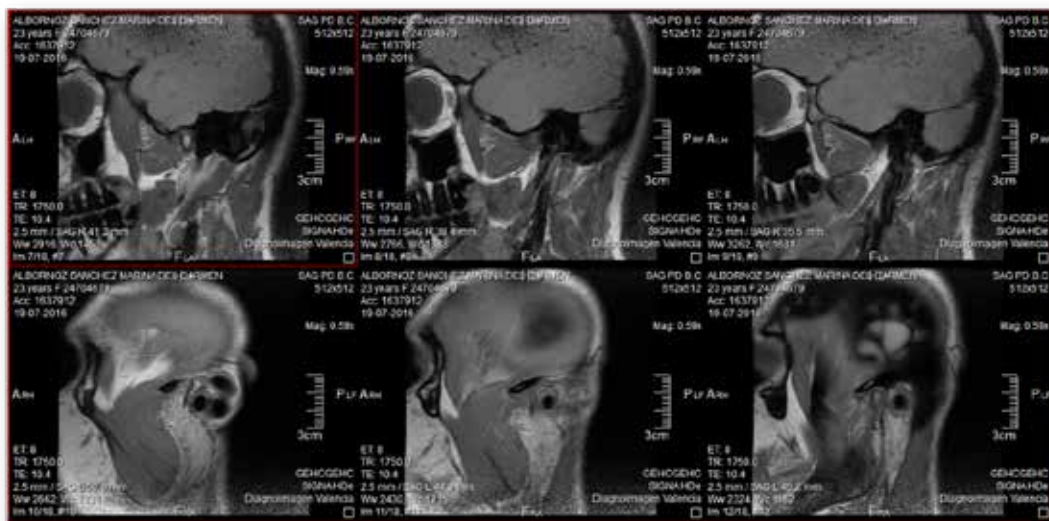


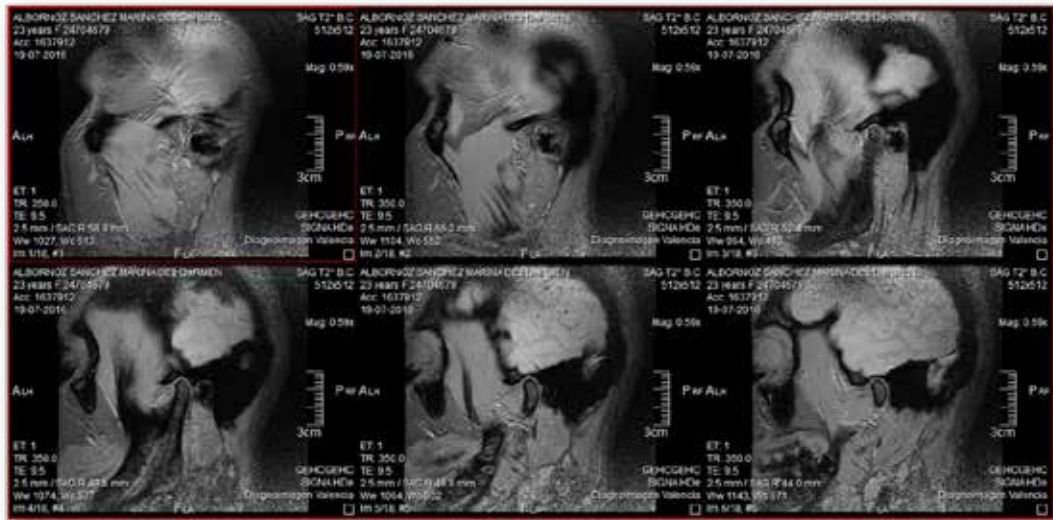


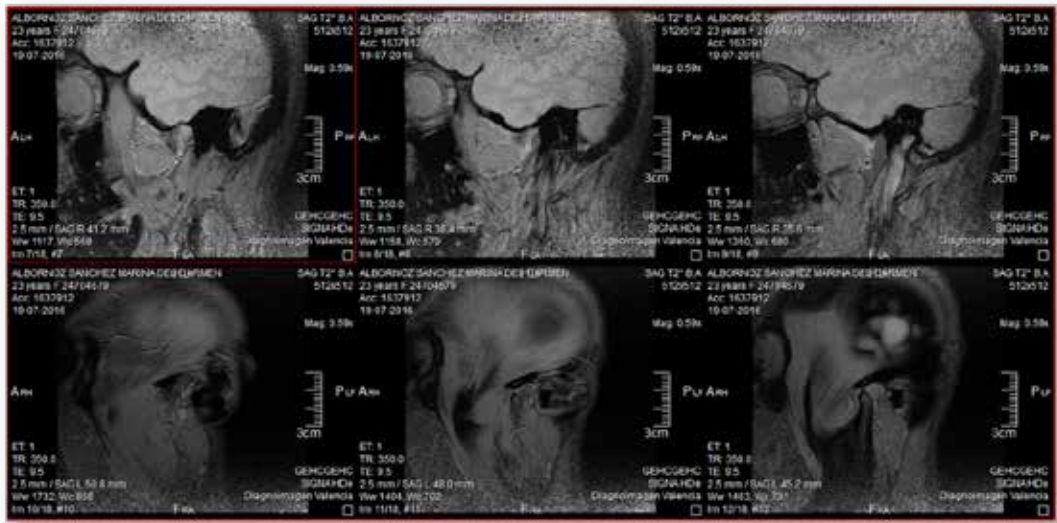
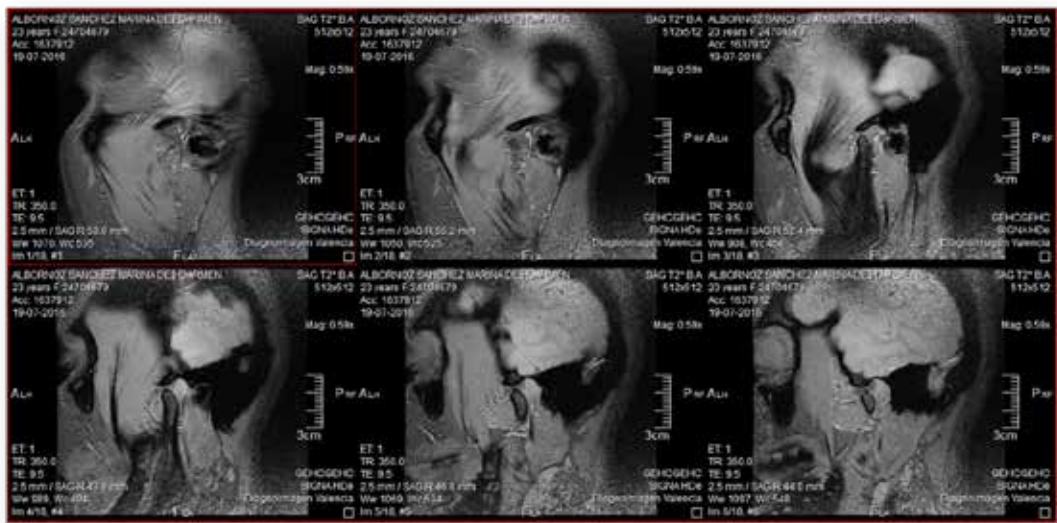


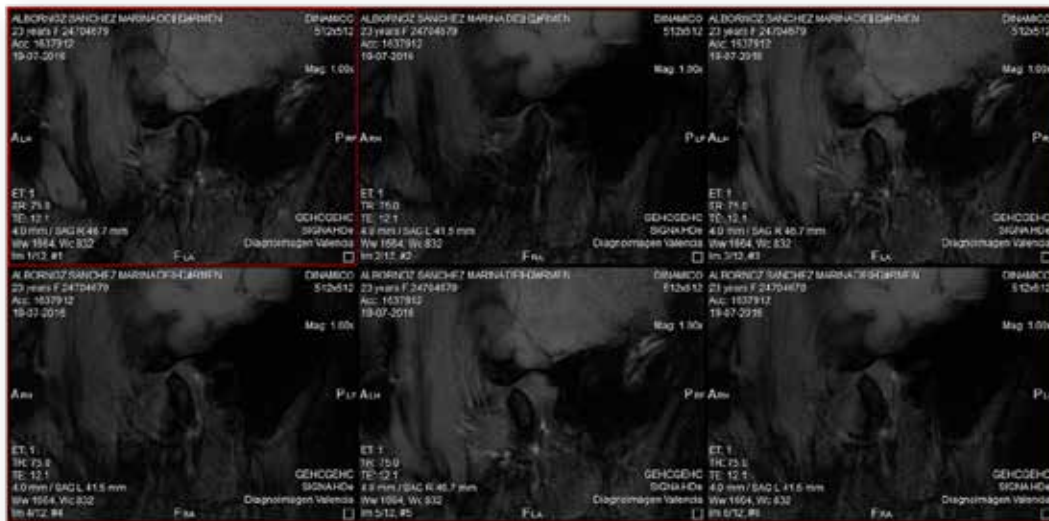
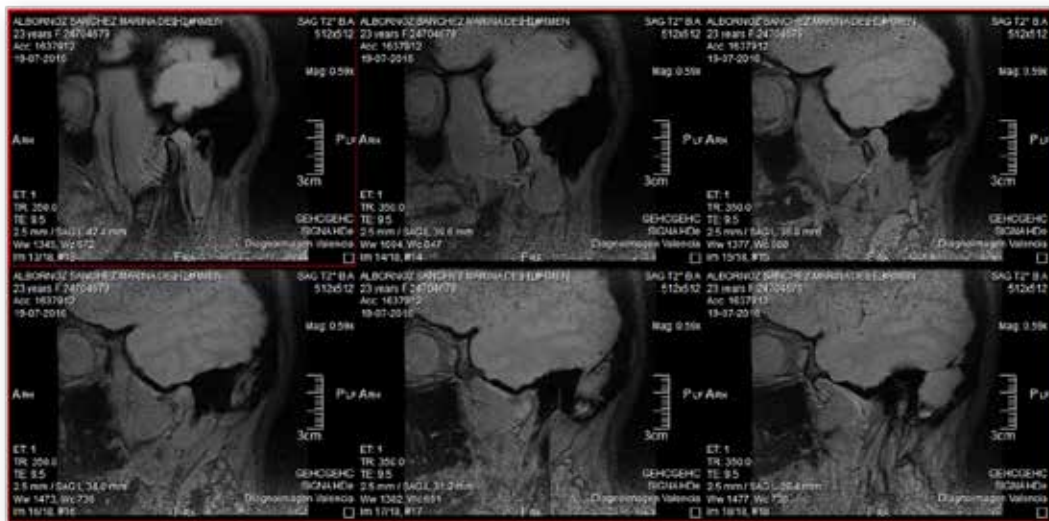
ANEXO H
RESONANCIA MAGNETICA (PRE-QUIRURGICA)

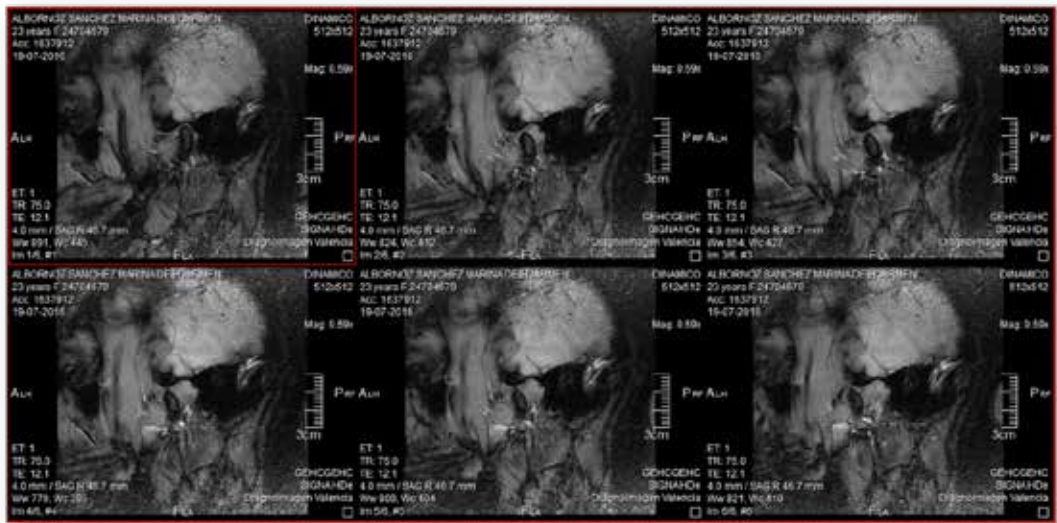
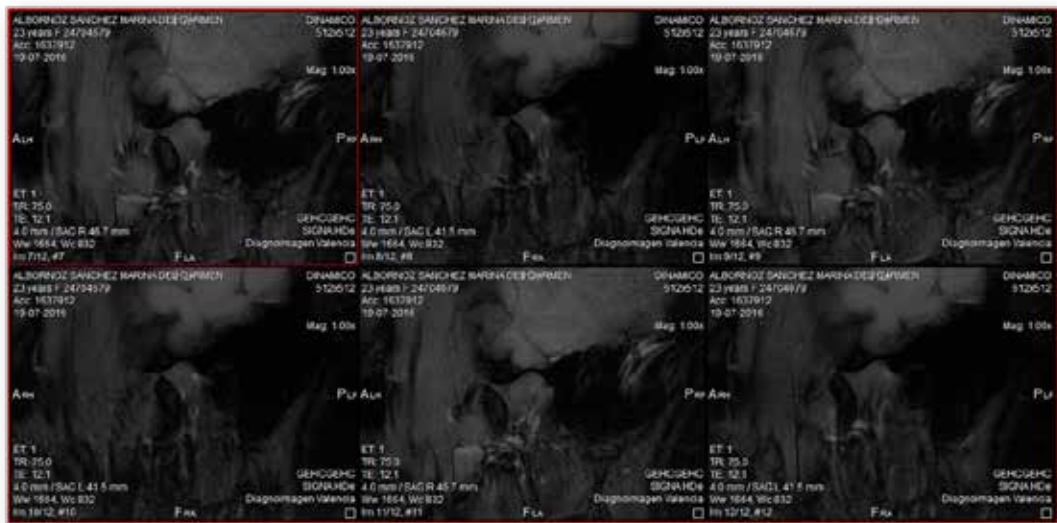












ANEXO I
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO



ANEXO J
INFILTRACION INTRA-ARTICULAR



ANEXO K
INSTRUMENTO (POST-QUIRURGICA)



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencia de la Salud
Escuela de Odontología

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ: ESTUDIO DE CASO.**

INSTRUMENTO

Instructivo

El presente cuestionario (lista de cotejo) tiene como propósito recoger información valiosa sobre el trabajo de investigación referido a la Disfunción y complicación temporomandibular como consecuencia de la no extracción de terceros molares incluidos que se presenta en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso. San Diego estado Carabobo.

Con tal propósito, el paciente en estudio debe ser observado con la mayor objetividad posible al momento de ser entrevistado para el levantamiento de su historia clínica. La información recabada será tratada en forma confidencial y para insumo exclusivo de la investigación que se está efectuando.

Objetivo del instrumento:

Obtener información relevante que permita la descripción de las disfunciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en Paciente con Terceros Molares incluidos, atendido en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso, San Diego estado Carabobo.

N°	INDICADOR	ITEMS	SI	NO
1	El disco articular presenta	c. luxación discal con reducción.		
		d. luxación discal sin reducción.		
2	Las Inserciones del disco presentan	c. posición del disco normal		
		d. perforación del disco articular		
3	La membrana sinovial presenta	d. Derrame		
		e. Inflamación		
		f. Edema capsular		
4	El fibrocartilago articular presenta	b. Inflamación del ligamento estilomandibular.		
5	El Cóndilo mandibular y la fosa glenoidea presentan	c. Fractura del cóndilo de la mandíbula con asimetría		
		d. Fractura del cóndilo de la mandíbula con línea de fractura		
		c. Anquilosis		
6	En el músculo esquelético se observa	g. Malformación		
		h. Artritis		
		i. Displasias		
		j. Neoplasias		
		k. Hipertrofia		
7	En los Músculos masticatorios y tendones se observa	l. Hipoplasia.		
		e. Afecciones en el musculo temporal		
		f. Afecciones en el Masetero		
		g. Afecciones en el Pterigoideo lateral		
8	En el Sistema Nervioso Central y Periférico se observa	h. Pterigoideo medial.		
		b. Afección de los Nervios Craneales.		
9		d. Pericoronaritis de tipo aguda serosa o congestiva		

	Presenta complicaciones Infecciosas	e. Pericoronaritis de tipo aguda supurada		
		f. Pericoronaritis de tipo crónica.		
10	Presenta complicaciones Tumorales	f. Granulomas		
		g. Quistes radiculares		
		h. Quistes dentigeros		
		i. Queratoquistes		
		j. Ameloblastomas.		
11	Presenta complicaciones mecánicas	d. Ulceración yugal o lingual		
		e. Lesiones en el segundo molar		
		f. Desplazamientos dentarios.		
12	Presenta complicaciones Nerviosas	f. alteraciones sensitivas como algias faciales		
		g. alteraciones motoras como Parálisis facial ipsilateral		
		h. alteraciones motoras como espasmos labiales		
		i. alteraciones motoras como trismo		
		j. Alteración motora ocular (midriasis ipsilateral).		

Observaciones:

ANEXO L
ENTREVISTA CLINICA (POST-QUIRURGICA)



República Bolivariana de Venezuela
Universidad José Antonio Páez
Facultad Ciencia de la Salud
Escuela de Odontología

**DISFUNCIÓN Y COMPLICACION TEMPOROMANDIBULAR COMO
CONSECUENCIA DE LA NO EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS QUE SE PRESENTA EN EL AREA DE CIRUGIA BUCAL DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ: ESTUDIO DE CASO**

INSTRUMENTO

ENTREVISTA CLINICA

Instructivo

El presente cuestionario para entrevista clínica tiene como propósito recoger información valiosa sobre el trabajo de investigación referido a la Disfunción y complicación temporomandibular como consecuencia de la no extracción de terceros molares incluidos que se presenta en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso. San Diego estado Carabobo.

Con tal propósito, el paciente en estudio debe ser entrevistado con la mayor objetividad posible al momento del levantamiento de su historia clínica. La información recabada será tratada en forma confidencial y para insumo exclusivo de la investigación que se está efectuando.

Objetivo del instrumento:

Obtener información relevante que permita la descripción de la sintomatología asociada las disfunciones de la Articulación Temporomandibular y sus complicaciones en Paciente con Terceros Molares incluidos, atendido en el área de Cirugía Bucal de la Universidad José Antonio Páez: Reporte de un Caso, San Diego estado Carabobo.

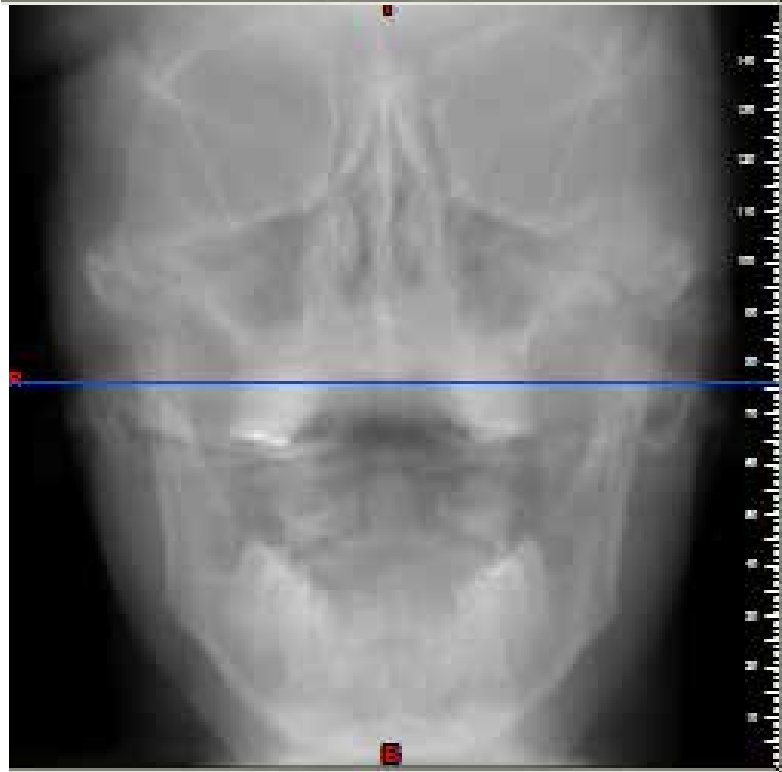
N°	ITEM	SI	NO
1	Tiene dificultad para dormir		
2	Sufre de Apnea del Sueño? (Ronquidos, Pausas en la respiración, no descansa en las horas de sueño)		
3	Tiene dolor en/o alrededor de los oídos, las sienes o las mejillas		
4	En qué lado:		
	Izquierdo		
	Derecho		
	Ambos lados		
5	Tiene Ud. dificultad o dolor al abrir su boca, por ejemplo al bostezar		
6	Le suena la mandíbula al abrir		
7	Cómo es el sonido:		
	Clic o Pop		
	Arenoso o de Roce		
8	Ha tenido alguna vez la mandíbula bloqueada o con dificultad para abrir su boca completamente		
9	Siente que su mandíbula se le “atasca”, se le “traba” o se le “sale”		
10	Dificultad para masticar o morder		
11	Le duele la mandibular al comer, reír o hablar En qué momento:		
12	Tiene frecuentes dolores de cabeza o dolor de cuello o de nuca		

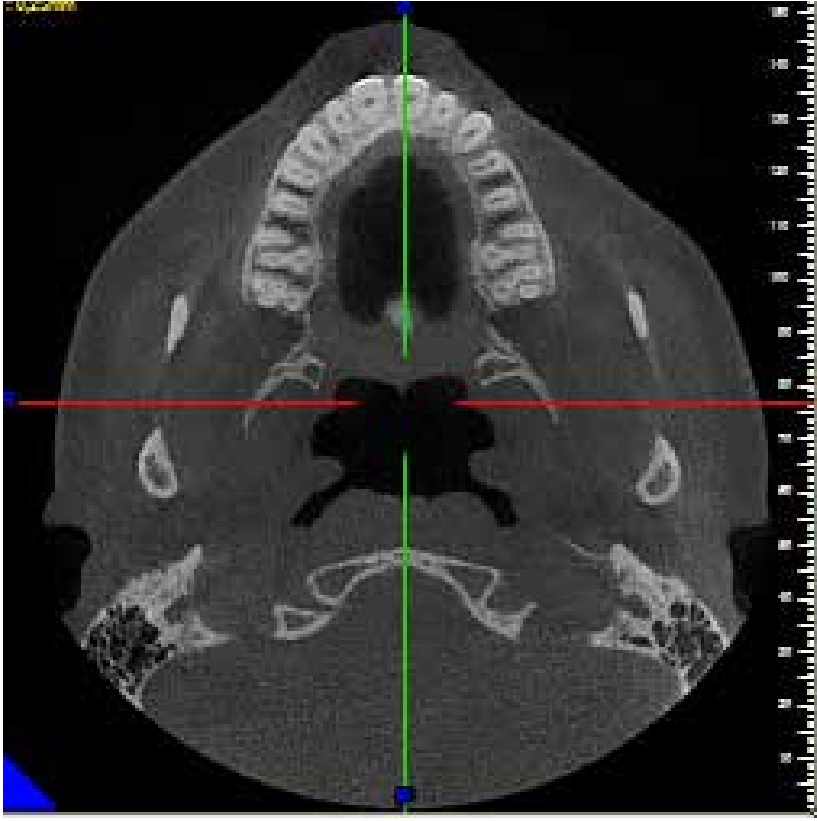
13	Ha sufrido algún Politraumatismo (Accidente automovilístico, Armas de fuego, Contusiones, etc.)		
14	Ha tenido una lesión o traumatismo reciente en su cabeza, cuello o mandíbula		
15	Está usted medicado o bajo tratamiento psiquiátrico		
16	Sufre de Síndrome Psicopático (Impulsividad, Agresividad, etc.)		
17	Es usted sexualmente activo		
18	Es usted Ansioso		
19	Es usted Temperamental		
20	Presenta ausencias dentarias		

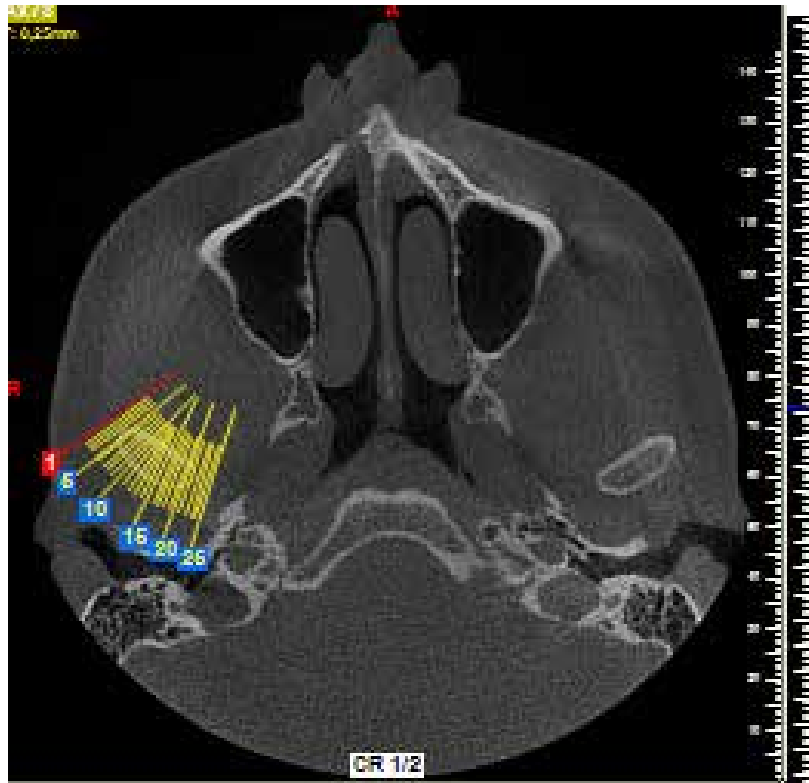
ANEXO M
RADIOGRAFIA PANORAMICA (POST-QUIRURGICA)

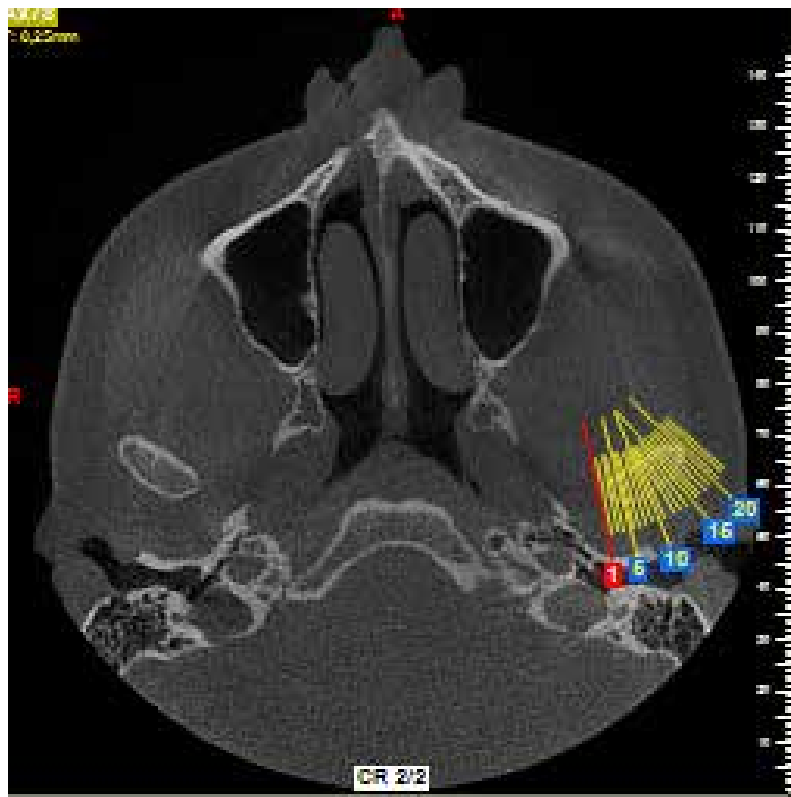


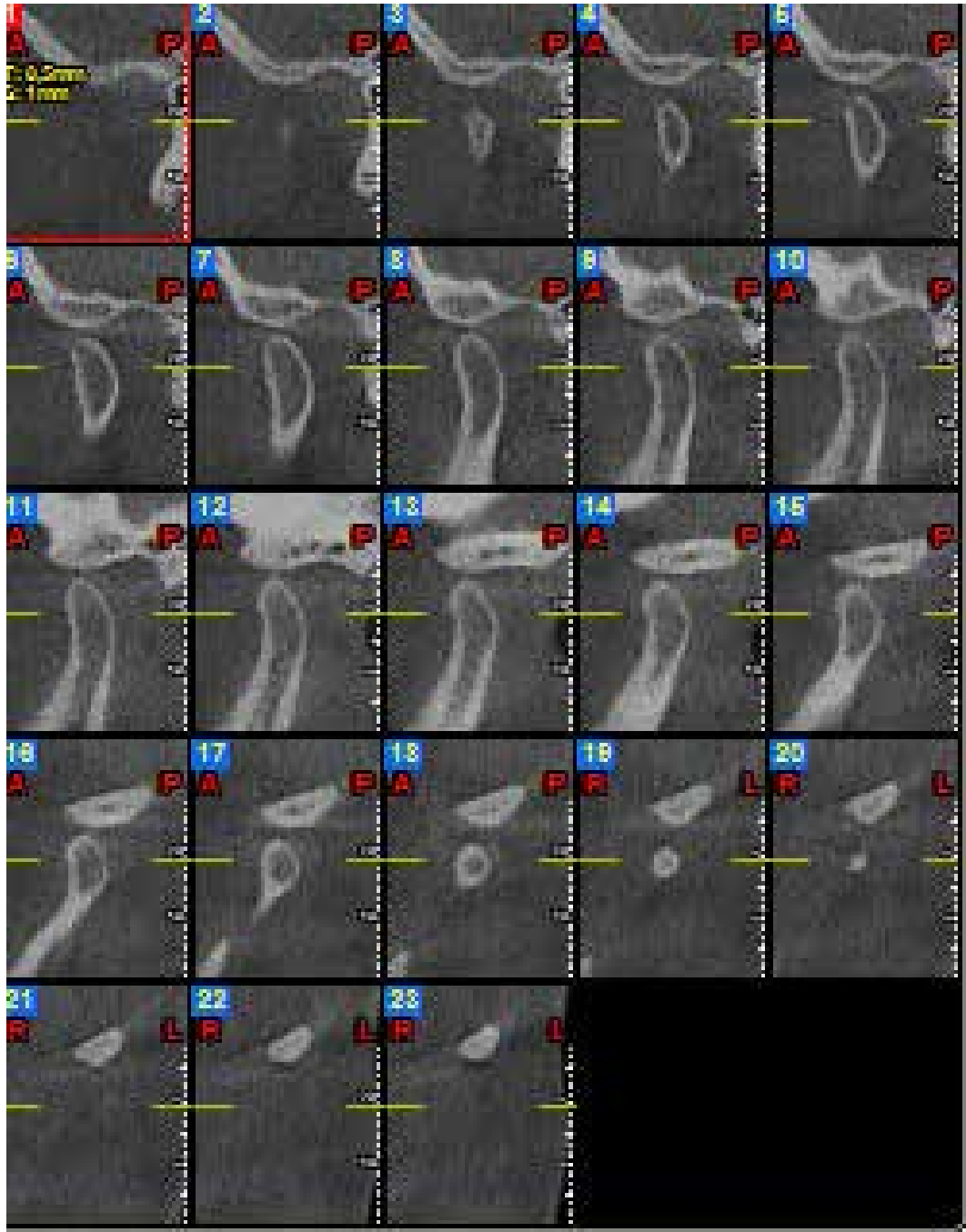
ANEXO N
TOMOGRAFIA CONE BEAM (POST- QUIRURGICA)



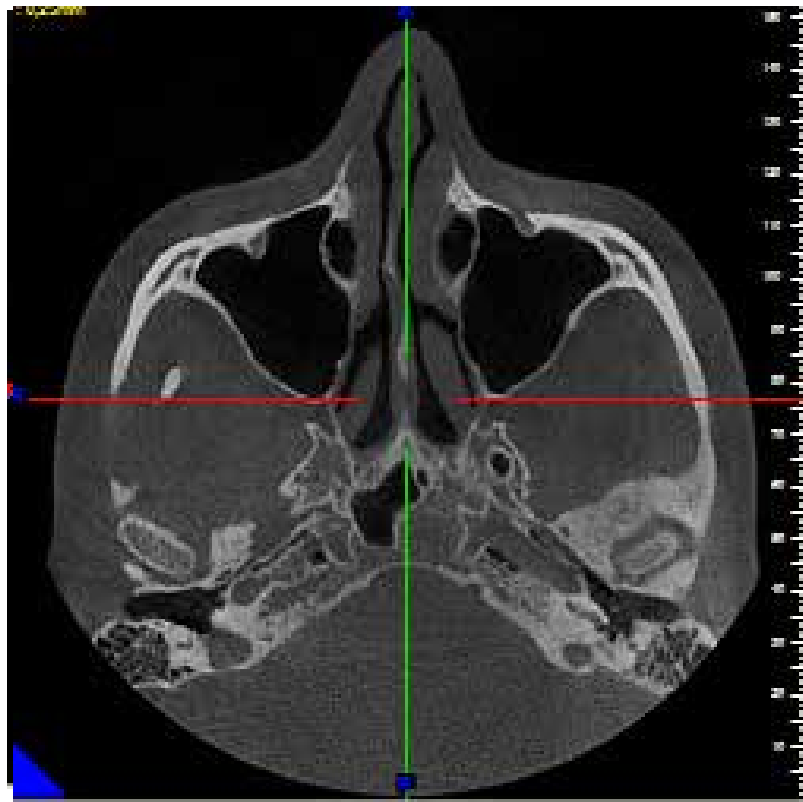


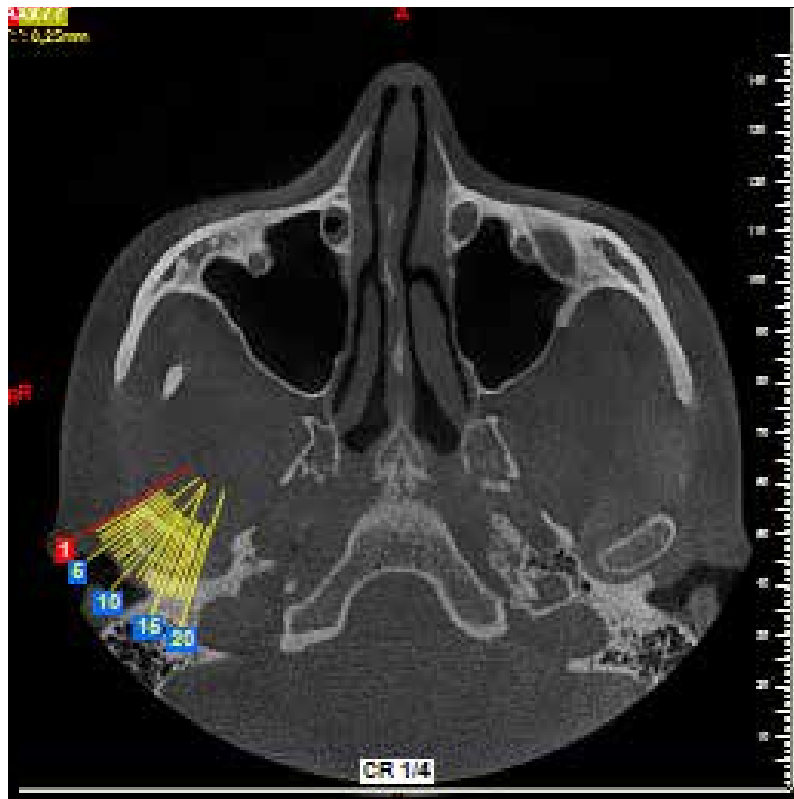
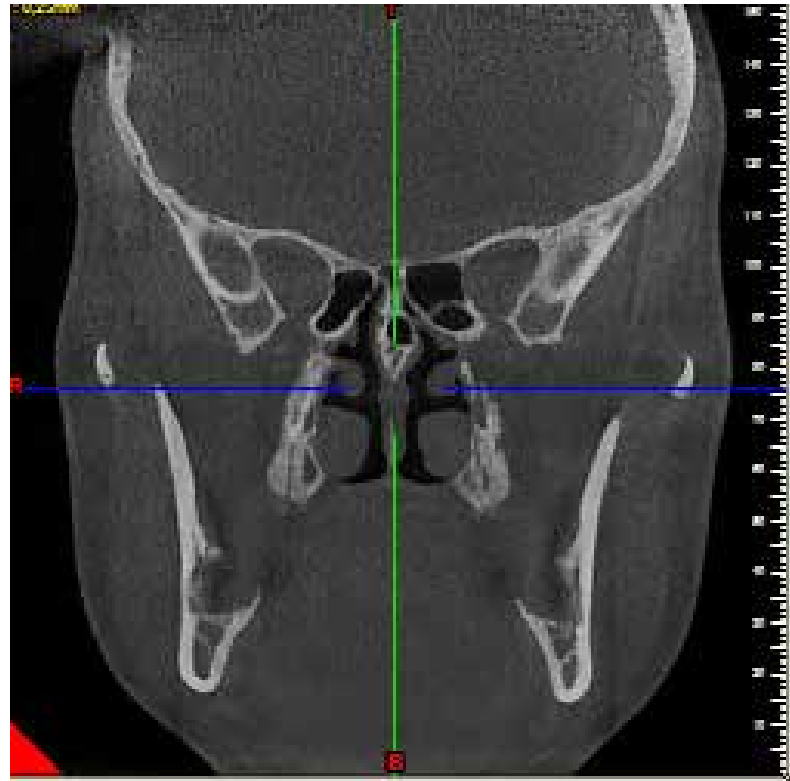


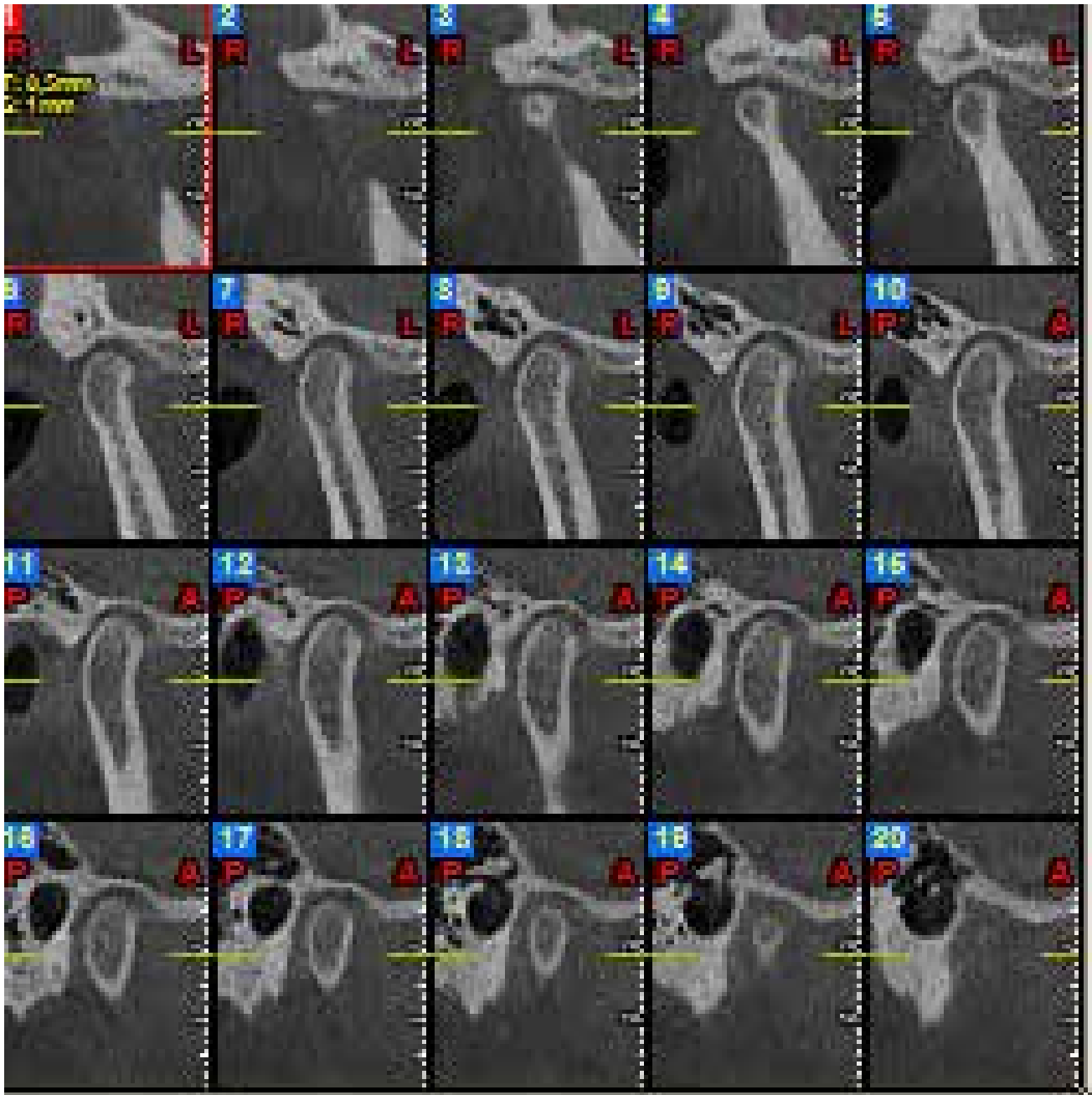


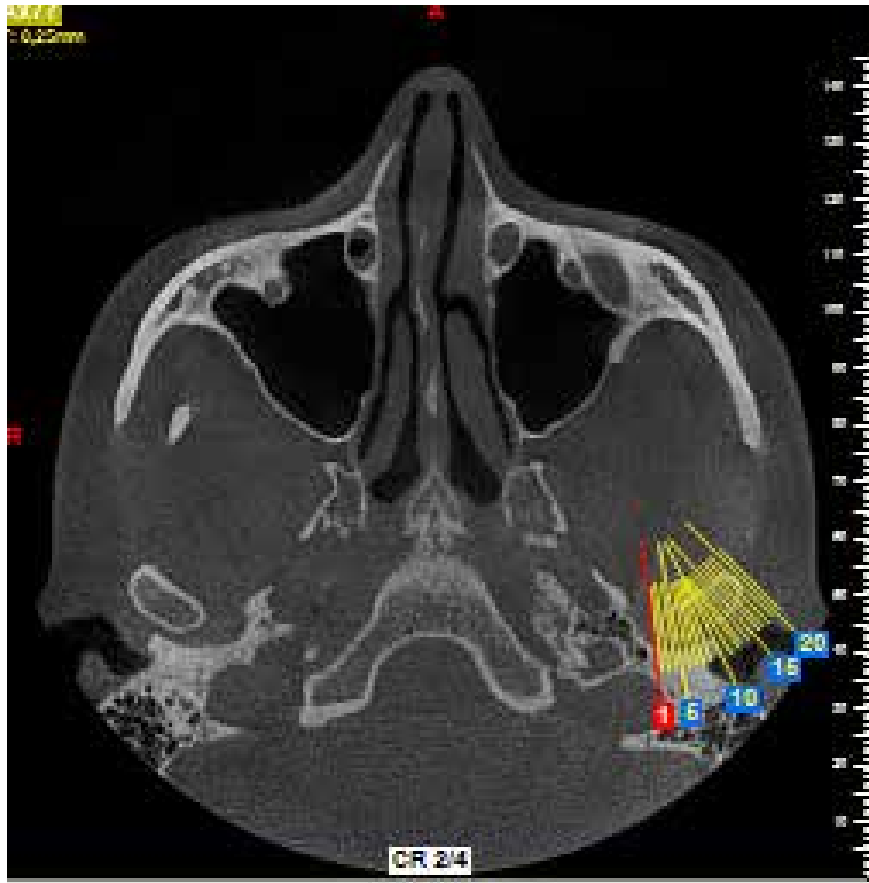


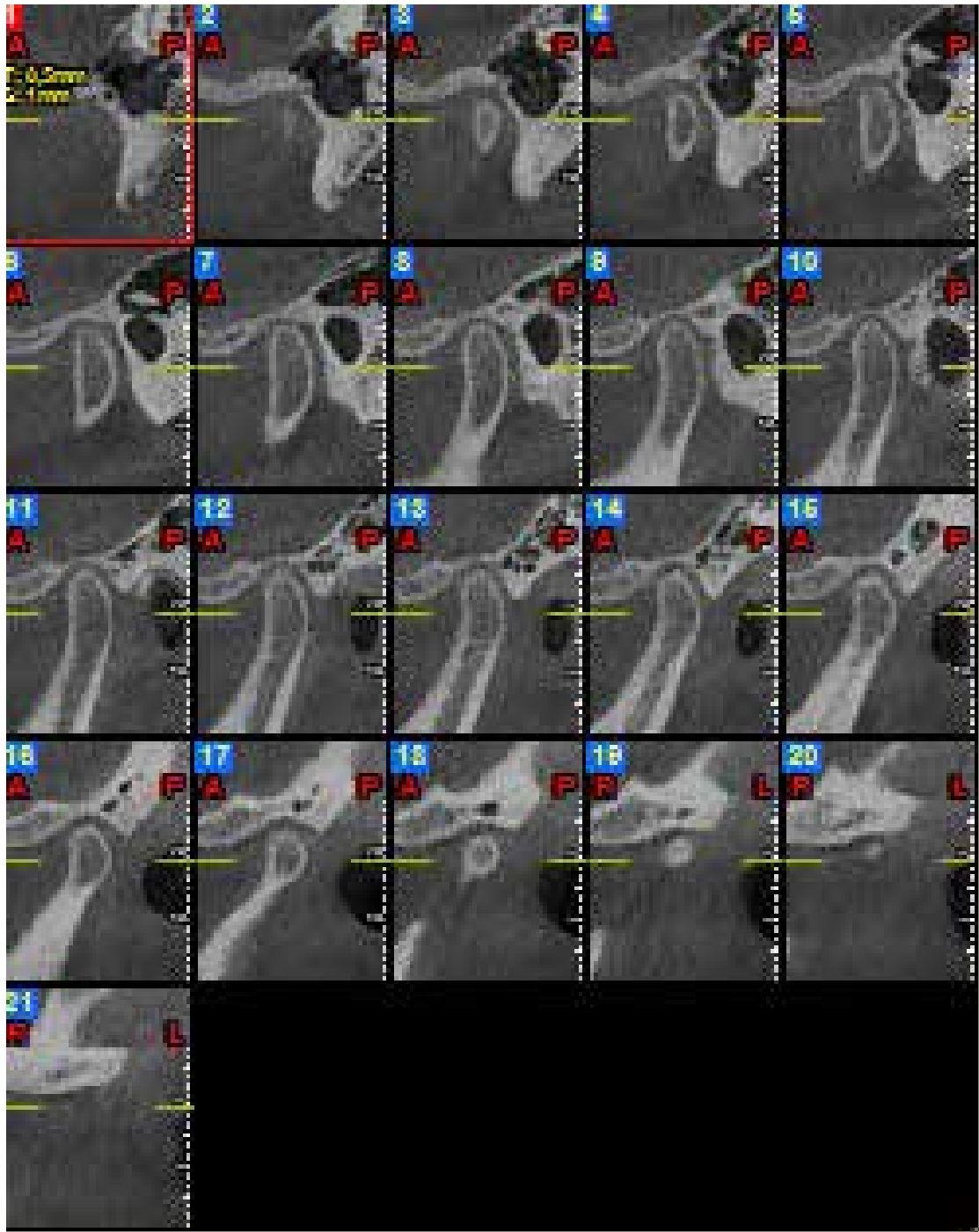


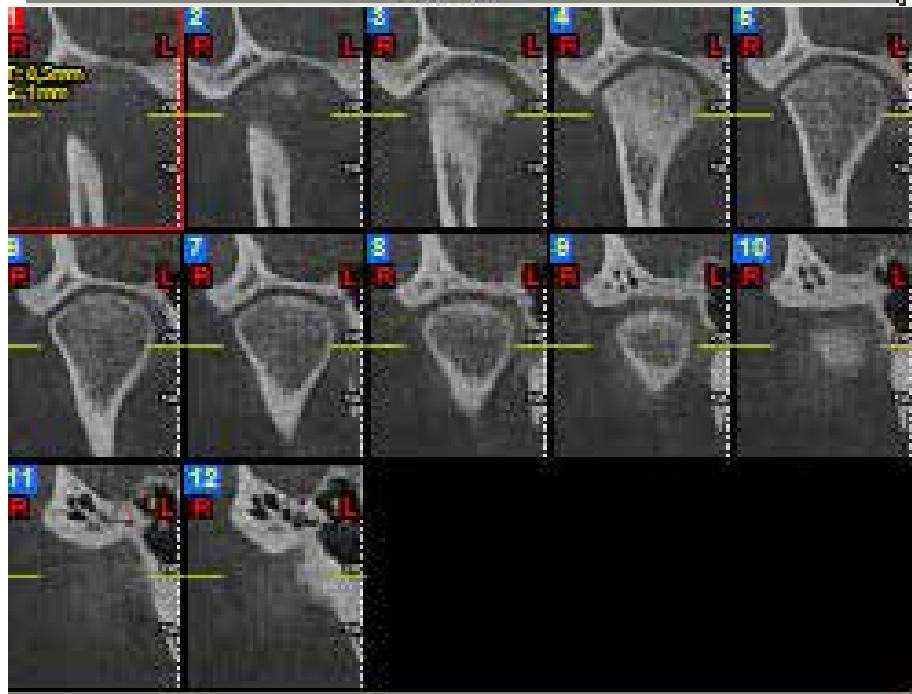
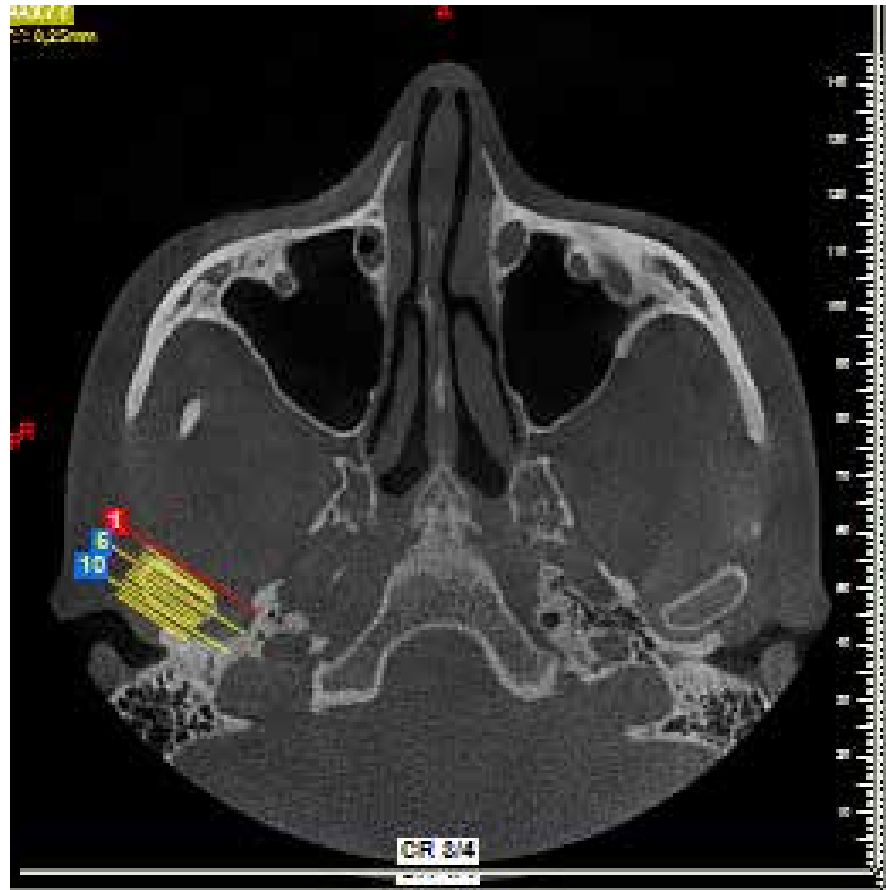


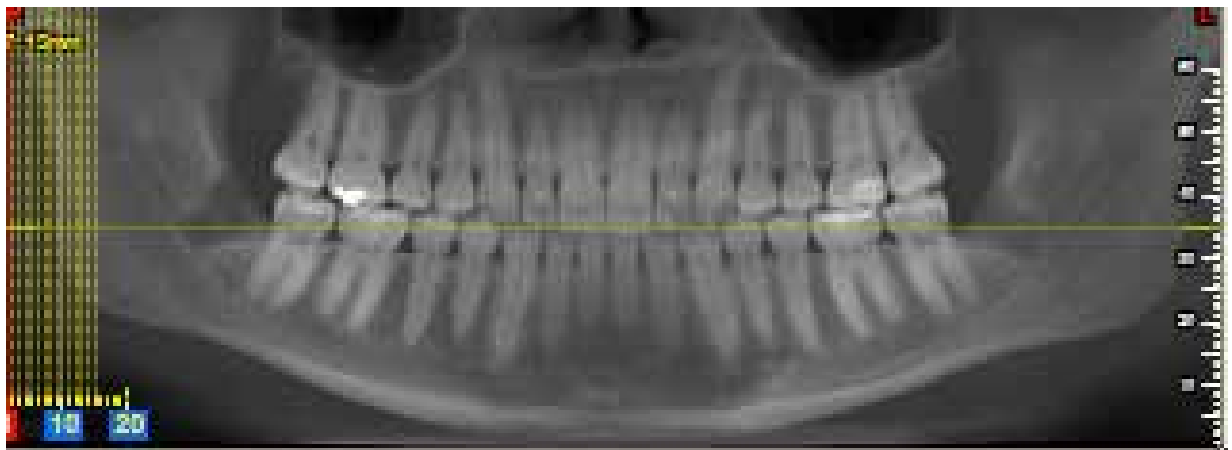
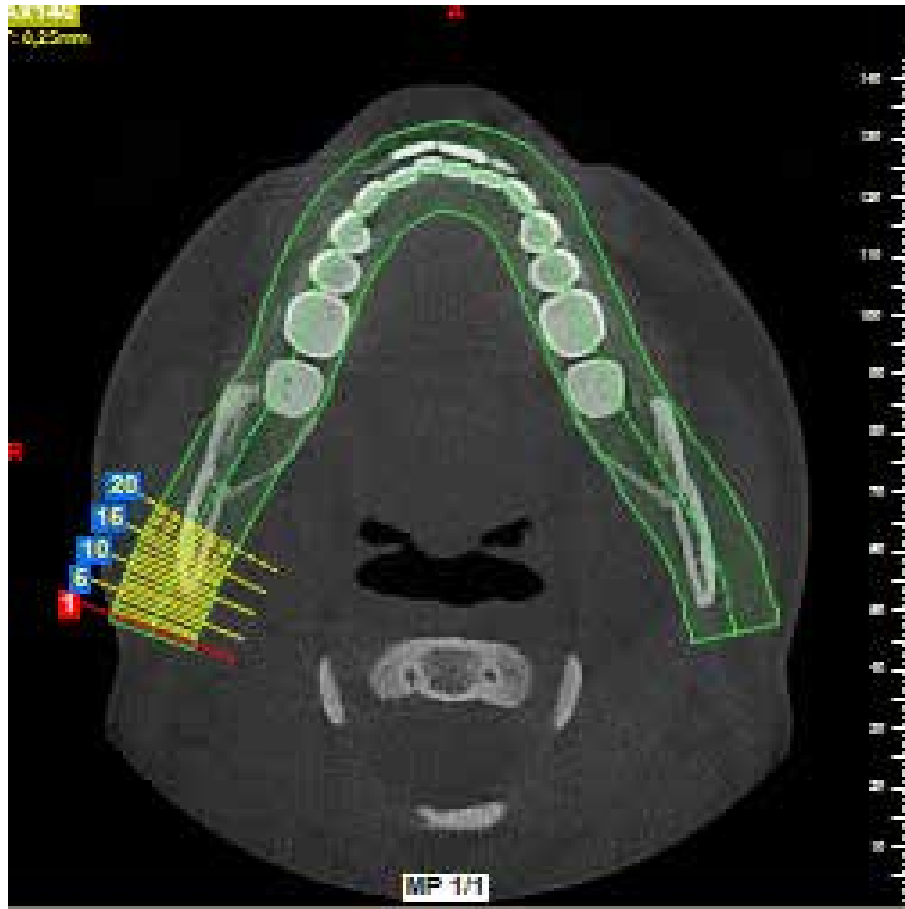








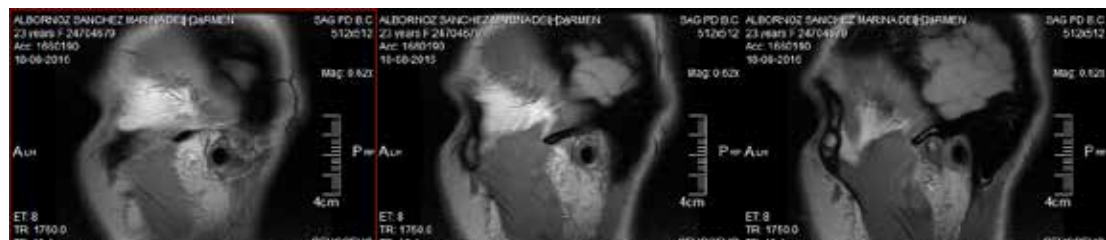
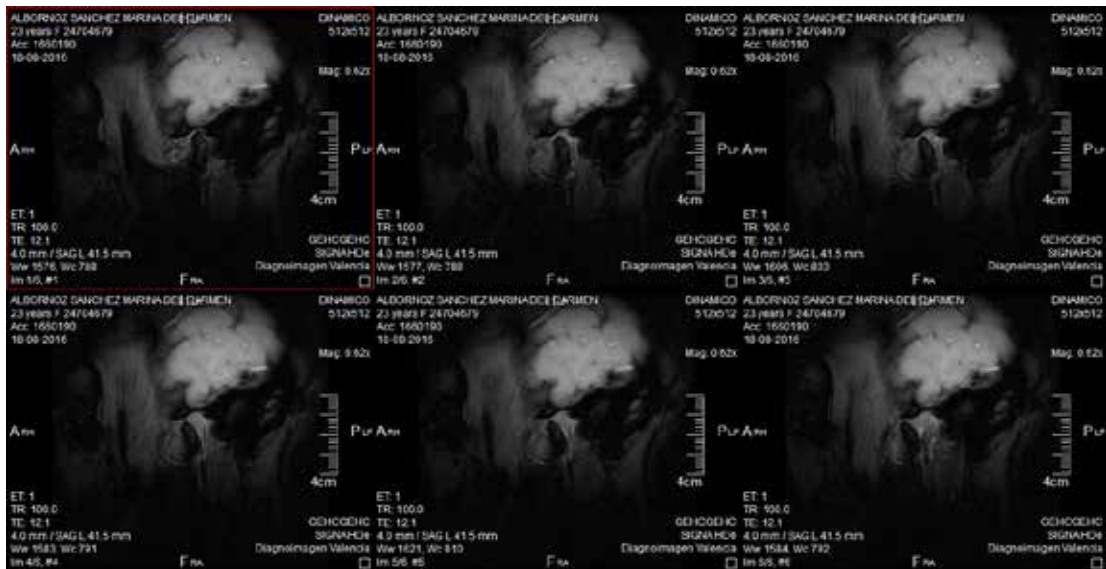


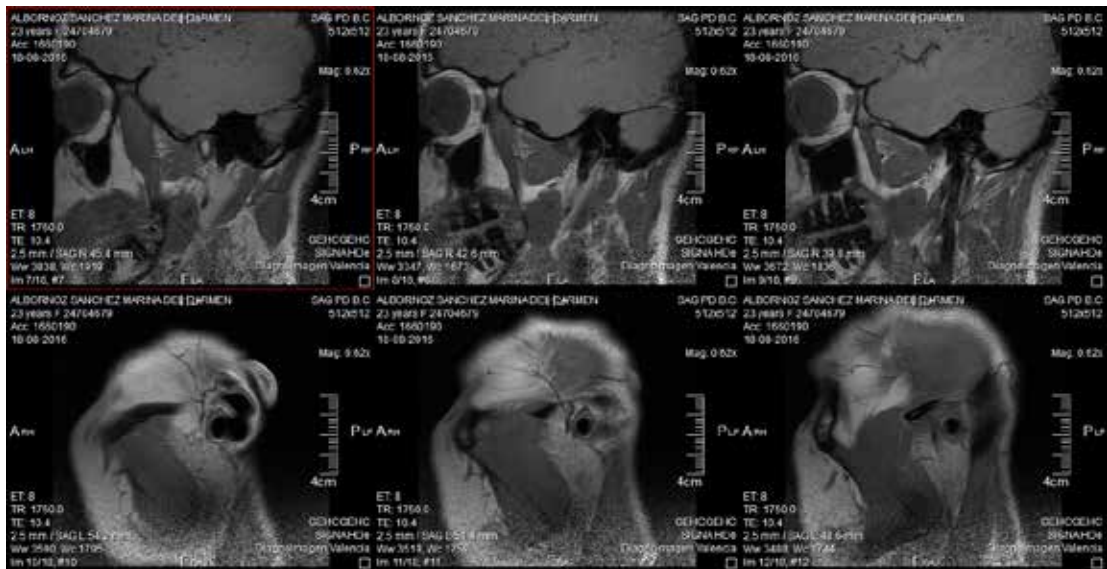


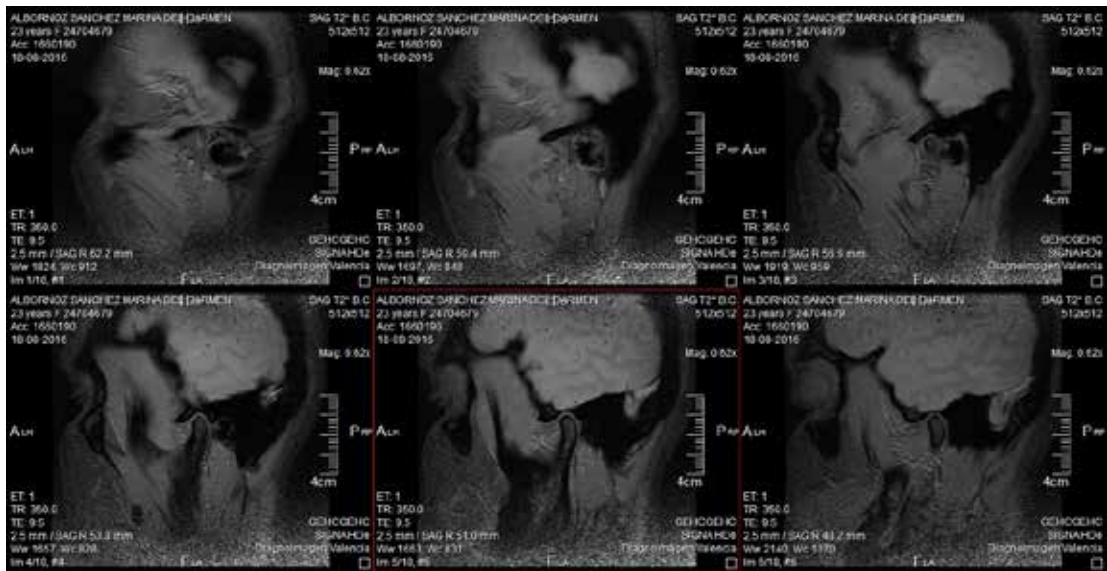


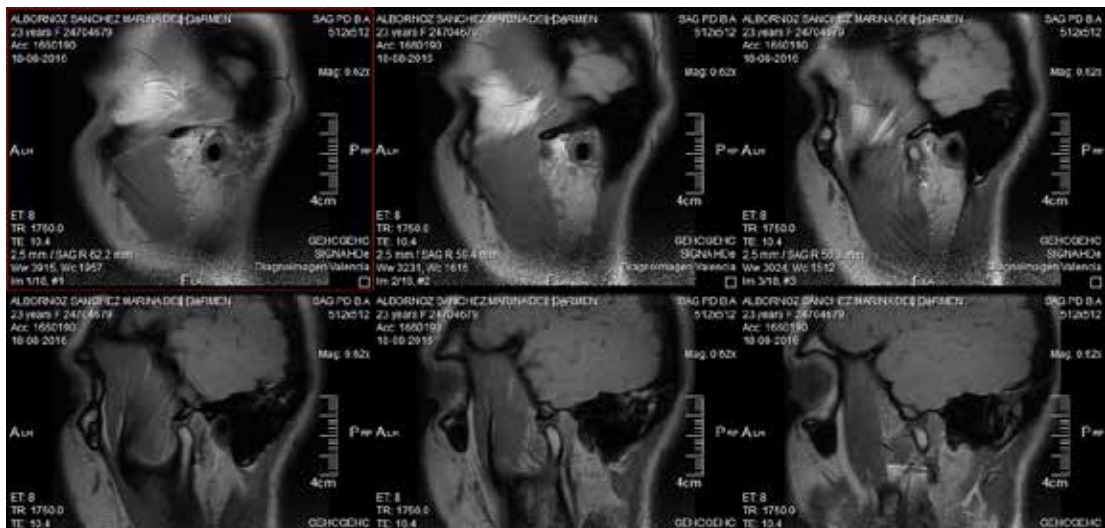
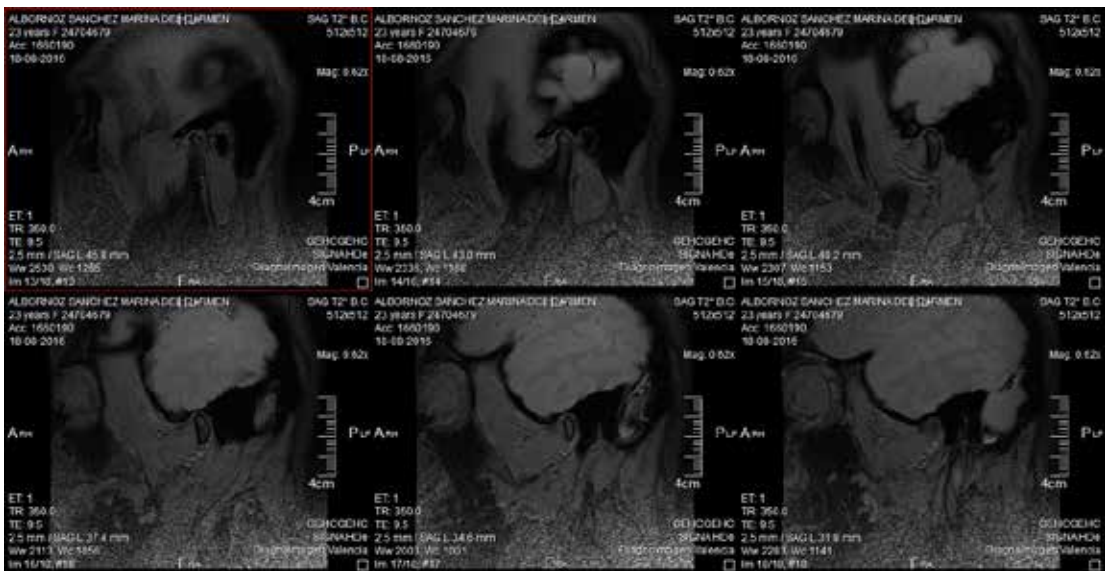
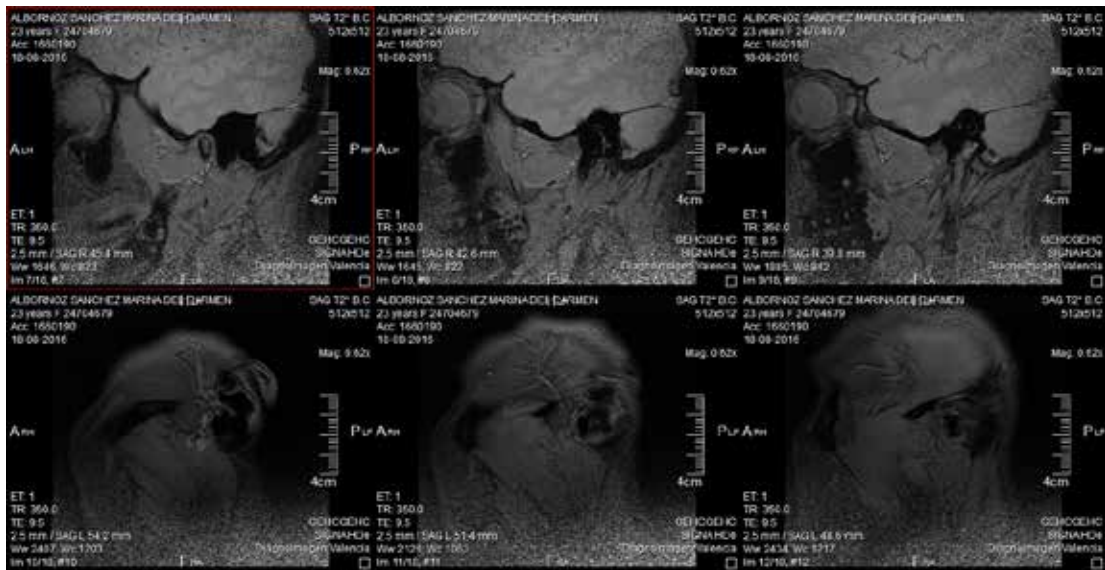
ANEXO Ñ

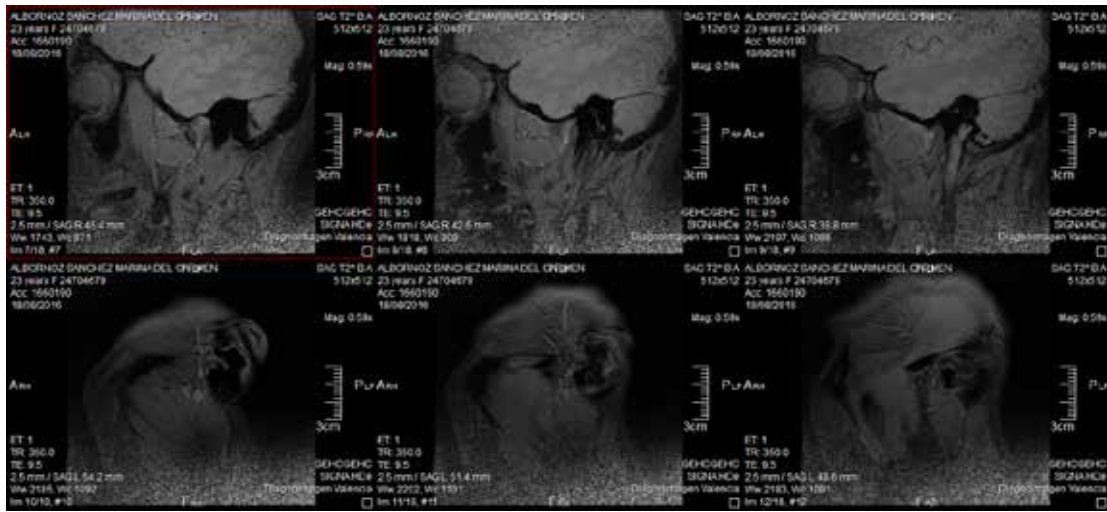
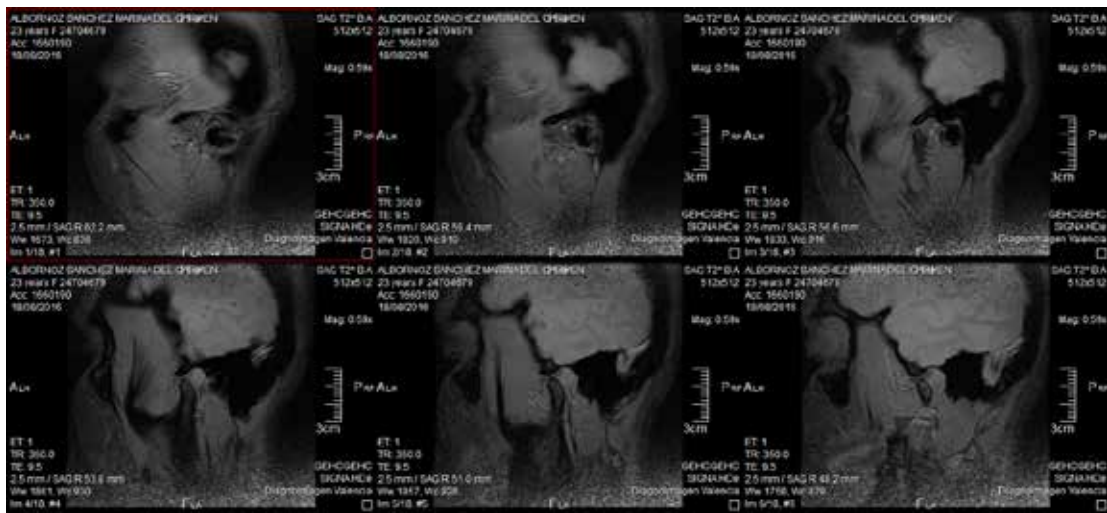
RESONANCIA MAGNETICA (POST-QUIRURGICA)

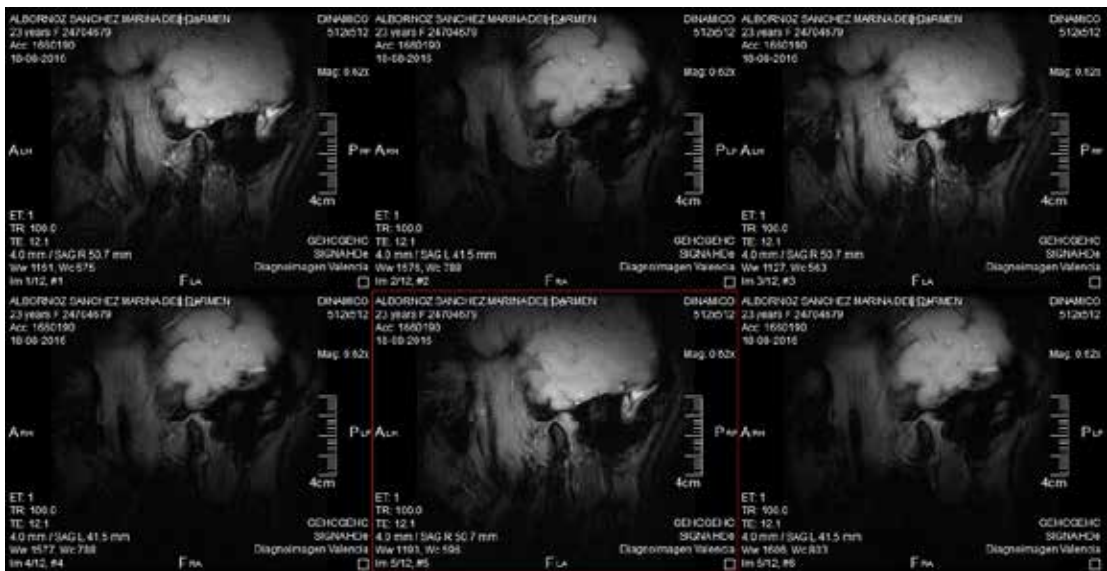
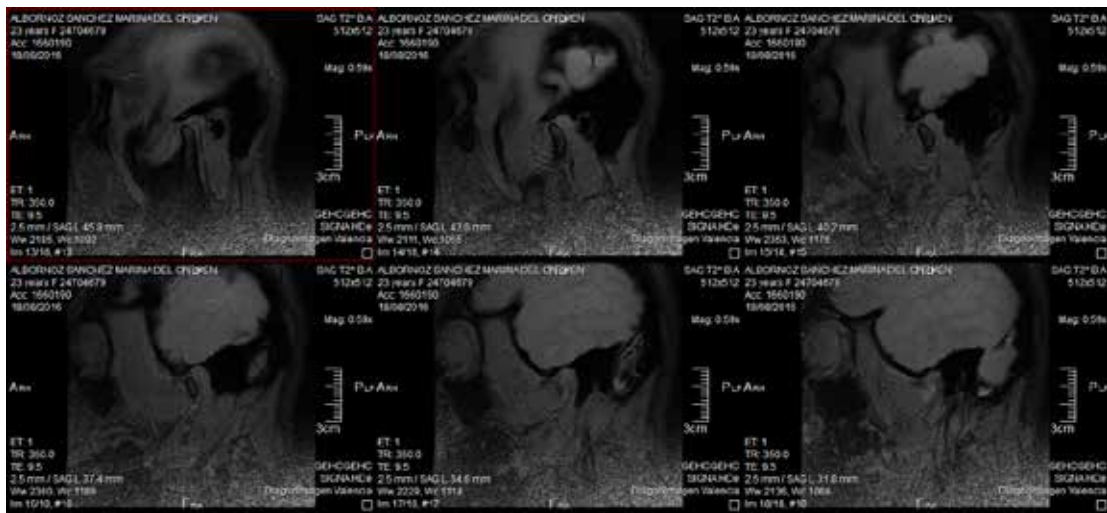


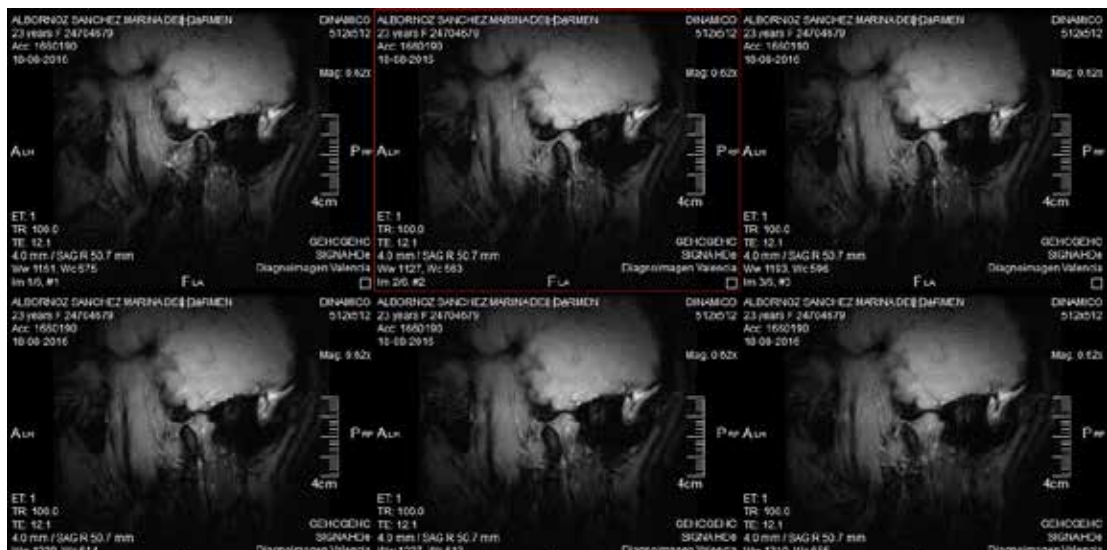
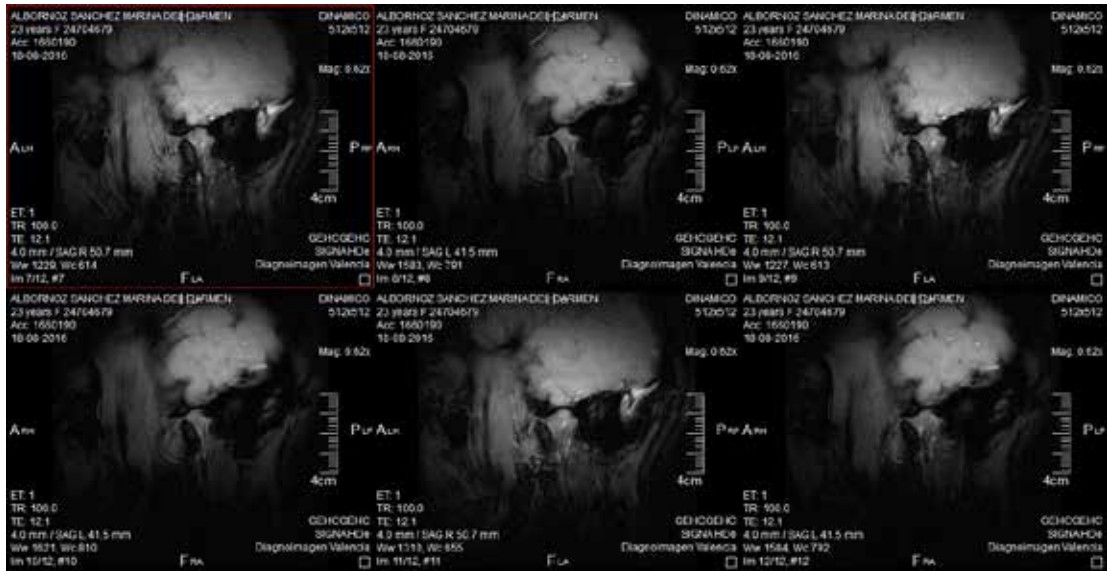














ANEXO O
INSTALACIÓN DE LA FERULA

