



Unidad Académica de Salud

Carrera de Odontología

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de Odontóloga

TEMA:

**“PERICORONITIS Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIÓN MASTICATORIA EN
LOS PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

DIANA SABANDO CHÁVEZ

DIRECTOR:

GINO PLÚA HERNÁNDEZ

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2013

DEDICATORIA

A mis padres, Ruth Chávez Castillo y a Manuel Sabando Luque, pilares fundamentales ya que sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora he logrado.

A mi esposo Erick Murillo por ser parte importante en mi vida, por haberme ayudado en todo momento con comprensión y esfuerzo para la realización de este proyecto.

A mi hijo Anthony mi tesoro más valioso, que lo quiero, lo amo y es por él que lucho cada día para que nunca le falte nada.

A mi querida tía Bella Castillo por darme cariño y apoyo para ser una persona de bien y caminar por el camino del éxito.

DIANA SABANDO CHÁVEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me dio la fuerza para seguir adelante para terminar este trabajo y no caer antes cualquier obstáculo que se me presentara durante los estudios.

A mis queridos padres, que con sus esfuerzos, amor y consejos han hecho posible el alcance de la meta deseada.

A las autoridades del Subcentro de Salud San Cristóbal por permitirme desarrollar la investigación y por la colaboración brindada.

A cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas que nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

DIANA SABANDO CHÀVEZ

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	i
ANTECEDENTES.....	ii
CAPITULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
CAPITULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPITULO III	
3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	
3.1 Objetivo General.....	5
3.2 Objetivos Específicos.....	5
CAPITULO IV	
4. HIPÓTESIS.....	6
CAPITULO V	
5. MARCO TEÓRICO	
5.1 MARCO INSTITUCIONAL.....	7
5.2 PERICORONITIS.....	8
5.2.1. Definición.....	8
5.2.1.1 Factores que contribuyen a la Pericoronitis.....	9
5.2.1.2 Etiología.....	10
5.2.2 EVOLUCIÓN.....	10
5.2.3 PATOGENIA.....	11

5.2.3.1 Origen infeccioso.....	11
5.2.3.1.1 Accidente mecánico.....	12
5.2.3.1.2 Síntomas, Signos físicos y radiográficos.....	12
5.2.3.1.3 Microorganismo frecuente en la pericoronitis.....	13
5.2.3.1.4 Manifestaciones clínicas comunes.....	13
5.2.4 EXPLORACIÓN FÍSICA.....	14
5.2.4.1. Hallazgos que constituyen un signo de alerta.....	14
5.2.4.1.1 Pruebas complementarias.....	14
5.2.4.1.2 Magnitud (Morbilidad y secuelas).....	15
5.2.4.1.3 Grupos afectados.....	15
5.2.5 DIAGNÓSTICO.....	15
5.2.6 TRATAMIENTOS.....	16
5.2.6.1 Terapéutico antibiótica.....	17
5.2.6.1.1.- Pronóstico.....	17
5.2.6.1.2 Normas generales a tener en cuenta en la administración de los antimicrobianos.....	18
5.2.6.1.3 Indicaciones del uso de antibioterapia en infecciones odontógenas a partir de datos encontrados en la literatura médica.....	18
5.2.7 FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA PERICORONARITIS.....	18
5.2.7.1 Pericoronitis aguda congestiva o serosa.....	19
5.2.7.1.1 Pericoronitis aguda supurada.....	19
5.2.7.1.2 Pericoronitis crónica.....	20

5.2.8 CONDICIONES ANATÓMICAS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES.....	20
5.3 LAS CORDIALES O MUELAS DEL JUICIO.....	21
5.3.1 Problemas mas frecuentes.....	22
5.3.2 FUNCIONES MASTICATORIAS.....	23
5.3.2.1 Concepto.....	23
5.3.2.1.1 Masticación.....	23
5.3.3 MUCOSAS ORALES NORMALES.....	23
5.3.3.1 Mucosas masticatorias.....	24
5.3.3.1.1 Mucosa de revestimiento.....	24
5.3.3.1.2 Mucosa especializada.....	24
5.3.4 ENCÍAS.....	24
5.3.5 EL PERIODONTO.....	25
5.3.6 PLACA BACTERIANA.....	25
5.3.6.1 Formación.....	26
5.3.6.1.1 Tratamiento.....	26
5.3.7 GINGIVITIS.....	26
5.3.7.1 Causas, incidencia y factores de riesgo.....	26
5.3.7.1.1 Síntomas.....	27
5.3.7.1.2 Signos y exámenes.....	28
5.3.7.1.3 Tratamiento.....	28
5.3.8 ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL SISTEMA MASTICATORIO.....	29
5.3.8.1. Función normal.....	30

5.4 DIENTE IMPACTADO.....	30
5.4.1. Causas, incidencia y factores de riesgo.....	31
5.4.1.1 Síntomas.....	31
5.4.1.2 Signos y exámenes.....	32
5.4.1.3 Tratamiento.....	32
5.4.1.4 Complicaciones.....	33
5.4.1.5 Situaciones que requieren asistencia médica.....	33
5.4.1.6 Pronóstico.....	33
5.4.2 TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN	
TEMPOMANDIBULAR.....	34
5.4.3 MÚSCULOS DE LA	
MASTICACIÓN.....	34
5.4.3.1 Músculo masetero.....	35
5.4.3.1.1 Músculo temporal.....	35
5.4.3.1.2 Músculo Pterigoideo Interno.....	35
5.4.3.1.3 Cuatro músculos de abertura de la mandíbula (depresores de la mandíbula).....	35
5.4.3.1.4 Músculos pterigoideo lateral o externo.....	35
5.4.3.1.5 Músculo digástrico.....	36
5.4.3.1.6 Musculo milohioideo.....	36
5.4.3.1.7 Musculo geniohioideo.....	37

5.4.4 FUERZAS MASTICATORIAS.....	37
5.4.5 PREDICCIÓN PARA LA ERUPCIÓN DE TERCEROS MOLARES.....	37
5.4.5.1 Descripción del método.....	37
5.4.6 MALPOSICIÓN DENTARIA.....	38
5.4.6.1 Clasificación de angle.....	39
5.4.7 EXAMEN FÍSICO DE LA ATM.....	40
5.4.7.1 Signos y Síntomas.....	40
5.4.8 EXAMEN FÍSICO DE LOS MÚSCULOS.....	40
5.4.8.1. Examen de los músculos de la masticación y cervicales.....	41
5.4.8.1.1 Ruidos articulares.....	41
5.5 TERCEROS MOLARES.....	41
5.5.1 Clasificación de la Impactación.....	42
5.5.1.1 Clasificación de Winter.....	42
5.5.1.2 Clasificación de Pell y Gregory.....	43
5.5.1.3 Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular.....	43
5.5.1.4 Profundidad relativa del tercer molar.....	43
5.5.1.5 Posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar.....	44
5.5.1.6 Exodoncia de terceros molares retenidos.....	44
5.5.1.7 Estudio clínico y radiográfico de los terceros molares retenidos.....	44

5.5.1.8 Palpación.....	44
5.5.1.9 Exámenes radiográficos.....	45
5.5.1.10 Técnica quirúrgica	45

CAPITULO VI

6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Métodos.....	47
6.1.1 Modalidad Básica de la investigación.....	47
6.1.1.2 Tipo y modalidad.....	47
6.1.2 Nivel o tipo de investigación.....	47
6.2 Técnicas.....	48
6.3 Instrumentos.....	48
6.4 Recursos.....	48
6.4.1 Talento humano.....	48
6.4.1.1 Recursos tecnológicos.....	48
6.4.1.2 Materiales.....	48
6.4.1.3 Recursos económicos.....	48
6.5 Población y muestra.....	49

CAPITULO VII

7. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Análisis e interpretación de los resultados.....	50
7.1.1 Análisis e interpretación de las encuestas.....	50
7.1.2 Análisis e interpretación de las historias clínicas.....	74
7.2 Conclusiones.....	116

BIBLIOGRAFÍAS

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS

GRAFICUADRO Nº 1

1 ¿cuántas veces al año asiste a la consulta odontológica?..... 50

GRAFICUADRO Nº 2

2 ¿cuántas veces se cepilla al día?..... 52

GRAFICUADRO Nº 3

3 ¿asistió al odontólogo cuando presentó dolor al erupcionar el tercer molar?..... 54

GRAFICUADRO Nº 4

4 ¿ha tomado algún medicamento?..... 56

GRAFICUADRO Nº 5

5 ¿qué tipo de medicamento?..... 58

GRAFICUADRO Nº 6

6 ¿alguna vez se le formó una inflamación en la zona del tercer molar? . 60

GRAFICUADRO Nº 7

7 ¿presenta dolor al masticar?..... 62

GRAFICUADRO Nº 8

8 ¿presenta dolor al tragar?..... 64

GRAFICUADRO Nº 9

9 ¿presenta dolor al abrir la boca?..... 66

GRAFICUADRO Nº 10

10 ¿presenta dolor a nivel de oído cuello o cara?..... 68

GRAFICUADRO Nº 11

11 ¿se le hace fácil una buena higiene oral en esa área?.....70

GRAFICUADRO Nº 12

12 ¿se ha tomado radiografía dental?.....72

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

GRAFICUADRO Nº 1

Motivo de la consulta..... 74

GRAFICUADRO Nº 2

Enfermedad o problema actual..... 76

GRAFICUADRO Nº 3

Problemas del sistema estomatognático..... 78

GRAFICUADRO Nº 4

Sintomatología del dolor..... 80

GRAFICUADRO Nº 5

Observación clínica del tercer molar en proceso de erupción

Encía..... 82

GRAFICUADRO Nº 6

Rostro inflamado..... 84

GRAFICUADRO Nº 7

Fiebre..... 86

GRAFICUADRO Nº 8	
Profundidad relativa del tercer molar.....	88
GRAFICUADRO Nº 9	
Presencia de dolor por.....	90
GRAFICUADRO Nº 10	
Presencia de pus.....	92
GRAFICUADRO Nº 11	
Irritación traumática de la mucosa.....	94
GRAFICUADRO Nº 12	
Observación radiográfica del tercer molar en proceso de erupción	
Clase de erupción del tercer molar.....	96
GRAFICUADRO Nº 13	
Retención por.....	98
GRAFICUADRO Nº 14	
Posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar...	100
GRAFICUADRO Nº 15	
Presencia del tejido blando inflamado.....	102
GRAFICUADRO Nº 16	
Presencia del tejido óseo.....	104
GRAFICUADRO Nº 17	
Índice de Placa	106
GRAFICUADRO Nº 18	
Índice de Cálculo.....	108
GRAFICUADRO Nº 19	

Índice de Gingivitis.....	110
GRAFICUADRO N° 20	
Enfermedad periodontal.....	112
GRAFICUADRO N° 21	
Tipo de oclusión.....	114

INTRODUCCIÓN

La pericoronitis es un problema que afecta a todos no importa el sexo, la raza y la edad, ya que los accidentes por erupción de los terceros molares eran ya conocidos en la antigüedad. Hemard, en su libro que tituló << La verdadera anatomía de los dientes >> en el año 1580, relataba las particularidades de la erupción de los terceros molares en la edad de la prudencia y la discreción. Posteriormente, a la erupción de la pieza dentaria, se le hizo responsable de inflamaciones mucosas y óseas; en el siglo XIX se insistió sobre uno de los caracteres que le daban importancia clínica: la falta de espacio; otros autores consideraban ya el hecho de la infección. Por último, el concepto de la infección pericoronaria, ya en el siglo XX, de los trastornos de origen reflejo, completan esta entidad nosológica.

La pericoronitis es una infección bacteriana de los tejidos blandos gingivales que rodean a la corona o a un diente que ha erupcionado de forma parcial. También puede presentarse en los tercer molares que no han erupcionado, como también los que ya han erupcionado y no se tiene una buena higiene oral en esa área difícil de alcanzar para algunas personas.

La pericoronitis se presenta cuando el antagonista ya erupcionado al querer entrar en contacto durante los procesos de masticación, traumatiza con sus cúspides a la fibromucosa que se encuentra cubriendo al tercer molar en estado de erupción, y es así que el paciente presenta dolor al morder esta fibromucosa.

La cavidad bucal ofrece un ambiente microecológico favorable para la radicación de múltiples microorganismos es por eso al no tener una buena higiene oral en esa área, comienza el proceso de proliferación de las bacterias y por consiguiente la inflamación.

La masticación es la fase inicial de la digestión en que los alimentos son fragmentados en partículas de pequeño tamaño, pero cuando al erupcionar el tercer molar en una mala posición puede manifestarse varios síntomas que perjudica al ATM, como no poder masticar, abrir la boca, dolores a nivel del oído, cuello, cabeza, no poder tragar, tener sabores desagradables por la presencia de pus, el paciente suele tener el rostro inflamado y en ocasiones presencia de fiebre.

Es por ello que la pericoronitis puede dar lugar a diferentes complicaciones, algunas de las cuales puede comprometer la vida del paciente.

El presente estudio hace referencia a investigar sobre la pericoronitis y su incidencia en la función masticatoria, para lo cual se trabaja con una muestra de pacientes mayores de 15 años que acuden al Subcentro de Salud San Cristóbal.

ANTECEDENTES

Se han realizado diversas investigaciones sobre la Pericoronitis y cómo ésta influye en las funciones masticatorias.

En la Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana hicieron una investigación sobre los accidentes por erupción de los terceros molares que eran ya conocidos en la antigüedad por Hemard, en el año 1580, relataba las particularidades de la erupción de los terceros molares en la edad de la prudencia y la discreción. Posteriormente, a la erupción de la pieza dentaria se hizo responsable de inflamaciones mucosas y óseas; Autores como: Ries Centeno consideraron un ligero predominio en la mujer con respecto al hombre; Wirth dió un porcentaje del 48,4 % para el sexo femenino y el 51,5 % para el masculino.

Se realizó una investigación observacional, para caracterizar el comportamiento de la pericoronitis en pacientes, que acudieron por urgencia al consultorio “Adaca”, ASIC “Socorro”, municipio Valencia, estado Carabobo en el periodo de Septiembre 2009 a Febrero 2010.

El universo estuvo constituido por los 350 pacientes que fueron asistidos en la consulta por urgencia en el periodo de estudio antes mencionada y que dieron su consentimiento para participar en la misma y que plantearon que la pericoronitis tiene manifestaciones clínicas comunes independientes de su forma clínica de presentación y que se observa en la infancia, la niñez y en

los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuentemente en zona de terceros molares inferiores; dolor punzante; tejido pericoronario enrojecido y edematoso; la inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes.

En la Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Florencio García Zaráin, revelaron que el 80 por ciento de los jóvenes de entre 16 y 22 años padecen el problema evolutivo y de disfunción de los terceros molares mejor conocido como las muelas del juicio; padecimiento que lo convierte en el problema más incidente en la población joven de la ciudad. Aunque comentó que “hay personas, por factores genéticos y ambientales, que ya no presentan ningunos de los terceros molares, pero son muy pocos todavía”.

En el Hospital Nacional Posadas (Llorensi Mariana) hicieron una investigación que los terceros molares son los dientes que con más frecuencia sufren el fracaso de su erupción, de manera que hay autores que afirman que el 45% de los pacientes de una clínica dental presentan terceros molares retenidos.

Sin embargo existe cierta controversia en las cifras de frecuencia según las diferentes estadísticas. Así Berten-Cieszynki consideran que el tercer molar inferior es el que con mayor frecuencia permanece incluido (35%), coincidiendo con otros autores como López Arranz o Shah.

Bjork y Archer, Mead encuentra una incidencia similar para ambos molares.

Entre un 5 y un 30% de los pacientes, según las series y razas, presentará agenesia de terceros molares, sin embargo por ahora, la patología derivada de estos dientes es muy alta.

En la universidad de Guayaquil investigaron que la patología del tercer molar es una de las más importantes y frecuentes dentro del campo de la odontología. Se la conoce también como muela del juicio o cordal. El término muela del juicio, que es uno de los más comunes se atribuye a Hieronimus Cardus, quien habló de “densus et sapiente et itellectus”. La erupción de los cordales se produce entre los 18 – 25 años, siendo la edad media 19,9 años en varones y 20,4 años en mujeres. Se acepta como normal que pueda existir un retraso de la erupción de aproximadamente 2 años.

CAPITULO I

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pericoronitis es un proceso infeccioso agudo caracterizado por la inflamación del tejido blando que rodea el diente retenido. El diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación, traumatiza con sus cúspides, esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección. También se definen la pericoronitis como la infección de la cavidad pericoronaria del molar del juicio y de sus paredes, que es el más frecuente de los accidentes infecciosos y representa el 82.0% a nivel mundial de los procesos mucosos en pacientes entre 15 y 82 años de edad.

La alta prevalencia a nivel mundial de terceros molares retenidos y la gran cantidad de alteraciones maxilares que son capaces de ocasionar, hacen importante que se le preste mayor atención a su erupción, para poder evitar la presencia de las mismas; por lo que es indispensable su diagnóstico temprano y la eliminación oportuna en su caso.

La pericoronitis se presentó en el 21.4% de los casos a nivel nacional, siendo más elevada en el grupo de 21 a 26 años y en el sexo masculino, la forma de presentación de mayor predominio fue la de tipo aguda supurada, y el tercer molar fue el más afectado por esta patología infecciosa. La pericoronitis tiene manifestaciones clínicas comunes independientes de su forma clínica de presentación: se observa en la infancia, la niñez y en los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuentemente en zona de terceros

molares inferiores; dolor punzante; tejido pericoronario enrojecido y edematoso; la inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes; amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo; puede observarse presencia de pus; dificultad a la masticación; presencia de trismo o limitación a la apertura bucal; halitosis; disfagia; toma del estado general (escalofrío, hipertermia o fiebre); linfadenopatía cervical con mayor frecuencia en la cadena submandibular, ganglios dolorosos y endurecidos.

En el Ecuador aparentemente el estrés se presenta como un factor etiológico definitivo, puesto que en un 70 por ciento a nivel local de pacientes indicaron que estaban bajo situaciones de tensión emocional a física no usual. Podría soportarse la inclusión de esta condición bajo la clasificación de desórdenes psicofisiológicos 50 por ciento de los pacientes habían tenido incidentes previos de pericoronitis alrededor del mismo diente. Se recomienda el tratamiento pronto y decisivo, y como parte del mismo debería contemplarse la extracción de la pieza dental afectada. La terapéutica definitiva para exacerbaciones pericoronarias incluye la eliminación del tejido blando suprayacente, o la extracción.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la aparición de pericoronitis en la función masticatoria de los pacientes mayores de 15 años atendidos en el Subcentro de Salud San Cristóbal?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La Pericoronitis es un problema común en los adultos jóvenes, con parciales de dientes impactados . Por lo general ocurre dentro de los 17 a 24 años de edad, ya que es cuando los terceros molares empiezan a erupcionar, y se produce cuando el tejido que rodea la muela del juicio se ha convertido en inflamado porque las bacterias han invadido la zona.

Una mala higiene bucal y el trauma mecánico en los tejidos circundantes pueden causar esta inflamación. Sin embargo, puede ser imposible para cepillar con eficacia la superficie necesaria y evitar que esto ocurra debido a un diente parcialmente erupcionado. La impactación de alimentos y la caries son también los problemas que se presentan en la pericoronitis.

El propósito de este trabajo fue investigar cuáles eran las causas y los síntomas que puede desencadenar la pericoronitis en los pacientes que eran atendidos en el Subcentro de Salud San Cristóbal, y así darles a entender que una importante higiene en esa zona afectada y la administración de medicamentos, puede disminuir la inflamación y el dolor, como también si el problema es más complejo afectando la articulación la pieza debería ser extraída.

El impacto de esta investigación estuvo favorable para todas aquellas personas que no tenían conocimiento necesario sobre lo que es una pericoronitis y sus efectos en la función masticatoria. Este importante tema no había sido investigado con anterioridad, por lo que permitió conocer las causas que lo

originaban y así se logró aplicar una solución que benefició a los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal.

Al mismo tiempo aportó con nuevos conocimientos a la ciencia de la salud periodontal.

Los directivos y profesionales del Subcentro de Salud San Cristóbal estaban conscientes de la problemática y la necesidad de investigarla, razones que fue posible el desarrollo de la misma, por otro lado se contó con material bibliográfico suficiente que sustentó científicamente el trabajo.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la pericoronitis en la función masticatoria de los pacientes mayores de 15 años atendidos en el SCS San Cristóbal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a)** Observar por medio de radiografías los espacios de erupción de los terceros molares en los pacientes atendidos para considerar la posible retención dental.
- b)** Examinar la presencia de encía fibrosa sobre los terceros molares para determinar la existencia de infraerupción.
- c)** Identificar el tipo de dolor que presentan los pacientes para relacionarlo con los problemas de ATM.
- d)** Diseñar una propuesta alternativa de solución a la pericoronitis y su incidencia con las funciones masticatorias en los pacientes mayores de 15 años atendidos en el Subcentro de Salud San Cristóbal.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

La Pericoronitis incide significativamente en la Función Masticatoria en los pacientes mayores de 15 años atendidos en el Subcentro de Salud San Cristóbal.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

El escenario de nuestra investigación tomó como lugar en el Subcentro de Salud San Cristóbal que inició a partir del año 1972, posterior a la invasión de un grupo de aproximadamente 8 – 10 familias de escasos recursos económicos en las tierras del Sr. Exipión Guerrero, el mismo trato de desalojar a estas familias con la fuerza policial, pero dicha acción resulto infructuosa. Al ver que realmente se trataba de personas indigentes, decidió donar sus tierras bajo el asesoramiento del Sr. Onésimo Bravo.

Se acogió entonces a varias familias, años después bajo la ventas de terrenos se decidió organizar una comunidad la cual fue bautizada como “SAN CRISTÓBAL” nombre escogido por su propietario original. La Unidad Operativa fundada en 1980 se la denominó Profesor Felipe Saúl Morales. Funcionó en primera instancia en la Escuela Ena Alí Guillén debido a que el alumnado se encontraba de vacaciones y no se tenía local propio.

Iniciada las clases, el personal fundador integrado por la Sra. Norma Hidálgo Auxiliar de Enfermería y la Dra. Sonia Burgos primer Directora de la Unidad se trasladó a una casa frente a la Escuela donde laboraron hasta la culminación del Subcentro.

A continuación se detallan los departamentos y áreas con los que cuenta el Subcentro: Departamento Médico, Departamento Obstétrico, Departamento

Odontológico, Departamento de programa de Control de Tuberculosis, Área de Vacunación, Área de preparación, Área de curaciones, Farmacia, Departamento de estadísticas, Sala de espera, Bodega, Baño para el personal. Baño para pacientes.

En el Subcentro de Salud San Cristóbal no se ha realizado antes esta investigación sobre la Pericoronitis, por lo que es importante aportar conocimientos a la comunidad sobre este interesante tema.

5.2.- PERICORONTIS

5.2.1.- Definición

Según HOLLY W. Davis, la pericoronitis es una infección bacteriana de los tejidos blandos gingivales que rodean a la corona o a un diente que ha erupcionado de forma parcial. Esto sucede cuando las partículas de alimento y la placa quedan atrapadas bajo la encía residual, lo que estimula el crecimiento bacteriano y la formación de un absceso. Los terceros molares son los dientes afectados con más frecuencia. Entre los síntomas se incluyen dolor y sensibilidad localizados y, en ocasiones, fiebre y malestar. El eritema y el edema son fácilmente aparentes en la exploración y suele encontrarse un ganglio linfático submandibular aumentado de tamaño.¹

La pericoronitis llamada también opérculitis.², es un problema común en los dientes que se encuentran retenidos por falta de espacio o de aquellos dientes que no han salido completamente hacia a la superficie bucal por la encía muy fibrosa que impide la erupción de la pieza dentaria quedando atrapadas bajo la encía bacterias y a la aparición de la inflamación y dolor. (fig. 1 anexo 2)

1HOLLY W. Davis. (2009). Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatría.(5ta edición). España .pág:774
2 CHIMENOS KustnerEduardo.(2009). Mosby Diccionario de Odontología.segundaedición.Elsevier España

MYRON R nos habla que si un diente se encuentra parcialmente retenido con una gran cantidad de tejido blando sobre la superficie axial y oclusal, el paciente tiene con frecuencia uno o más episodios de pericoronitis, ya que la pericoronitis es una infección del tejido blando que rodea la corona de un diente parcialmente retenido y suele estar causada por la flora oral normal. Para la mayoría de los pacientes, las bacterias y las defensas del huésped mantienen un delicado equilibrio, pero incluso unas defensas normales del huésped no pueden eliminar las bacterias.³

5.2.1.1.- Factores que contribuyen a la pericoronitis

Son un conjunto de factores que pueden provocar la pericoronitis como la presencia de restos alimenticios en la cual comienza el proceso de inflamación de las encías e infección, en pocas ocasiones suele haber la presencia de pus, lo que provoca para muchos pacientes un sabor desagradable al tragar. (fig. 2 anexo 2)

Durante la erupción de los dientes, la superficie oclusal se encuentra cubierta por una porción de tejido gingival, que se conoce como capuchón pericoronario u opérculo, el cual puede persistir después de terminar el proceso eruptivo y permanecer asintomático a pesar de que es un área con alto potencial de infección, frecuentemente traumatizada por los dientes antagonistas, dificultando la higiene bucal local y favoreciendo la proliferación de microorganismos y acumulación de irritantes. Es uno de los motivos más frecuentes de consulta con el odontólogo, sobre todo cuando los terceros molares inferiores hacen erupción en la boca de un adolescente. Habitualmente, en estos casos el paciente presenta dolor homolateral, el cual puede irradiar hacia el oído y limitación de la apertura bucal.

³ MYRON R. (2010). Cirugía oral y maxilofacial contemporáneo(. 5ta edición). España.pág: 154

Para CAWSON R.A los “factores más importantes que contribuye a la pericoonitis son: Impactación de los alimentos y acumulación de placa bajo el colgajo de encía, diente superior que muerde en el colgajo de encía y gingivitis ulcerosa aguda.”⁴

5.2.1.2.- Etiología

Por acumulación de restos alimenticios y biopelícula en la zona del capuchón pericoronario, especialmente en los terceros molares inferiores. También contribuye el trauma masticatorio, la retención dental y la mala higiene oral. Con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece, se produce también por irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior, por las cúspides del molar superior, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión de microorganismos”⁵.

Su origen se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad; se admite actualmente que el punto de partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario: el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio bucal, bien directamente, por penetración a nivel del saco pericoronario, ya esta enfermedad es producida por el crecimiento bacteriano activo en un medio ideal, que es el espacio de tejido blando que cubre la corona del molar.

5.2.2.- Evolución

En cuanto a la evolución de la pericoronitis se refiere, una forma típica de presentación es en forma de brotes de agudización que remiten en el plazo de

4CAWSON R.A.(2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. (8va edición). España 2009,pág: 91-92
5ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html

unos días con o sin tratamiento, y que son seguidos por un período asintomático o de leves molestias hasta el nuevo brote.

Sin embargo conviene no olvidar que el molar inferior asienta en una zona ricamente innervada y vascularizada, que es una auténtica encrucijada comunicada con diferentes espacios anatómicos que abarcan estructuras y órganos vitales para el organismo. Es por ello que una pericoronitis puede dar lugar a diferentes complicaciones, algunas de las cuales puede comprometer la vida del paciente. ⁶

La pericoronitis se caracteriza clínicamente por la presencia del dolor, que es el síntoma clínico más frecuente, la inflamación de los tejidos blandos adyacentes con el tejido pericoronario enrojecido, edematoso y puede haber pus, dolor al masticar, halitosis.

5.2.3.- Patogenia

La pericoronitis puede originarse a partir de una infección o por accidente mecánico.

5.2.3.1.- Origen infeccioso

Se produce a partir de los elementos infecciosos que circulan por la sangre o de los que ya existen en la cavidad bucal; también puede deberse a modificaciones vasomotoras provocadas por la evolución del germen con la infección consiguiente del rodete fibromucoso. Se admite actualmente que el punto de

6LLORENSI Mariana. (2007).Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. Pág:8

partida de la infección se sitúa en el espacio pericoronario: el saco que rodea la corona forma una cavidad virtual que puede infectarse al ponerse en comunicación con el medio bucal, bien directamente, por penetración a nivel del saco pericoronario, o bien por intermedio del alveolo de segundo molar. Entre el diente retenido y el diente contiguo se crea un espacio casi cerrado, protegido de un saco o capuchón mucoso que no tiene tendencia a retraerse y donde van a multiplicarse los microorganismos.⁷

5.2.3.1.1.- Accidente mecánico

LLORENSI Mariana indica que el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente el diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación traumatiza con sus cúspides. Esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.⁸

5.2.3.1.2.- Síntomas, Signos físicos y radiográficos:

BENALIEL Rafael indica que tras la exploración, el opérculo se muestra inflamado de forma aguda y con frecuencia puede verse una muesca en el diente opuesto sobre el colgajo gingival tumefacto. En ocasiones hay fiebre, malestar y limitación de apertura bucal. El dolor, que puede ser intenso, suele localizarse en el extremo distal del arco de los dientes en la mandíbula inferior. El dolor es espontáneo y puede exacerbarse al cerrar la boca. En los casos graves, el dolor se agrava con la deglución y limita la apertura de la boca.⁹ (fig. 3 anexo 12)

El odontólogo buscará tejido inflamado sobre el área donde no ha salido un diente o ha salido sólo parcialmente. El diente impactado puede estar presionando los dientes adyacentes. Las encías alrededor del área pueden

⁷ http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est07301.htm

⁸LLORENSI Mariana. (2007).Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. Pág:8

⁹BENALIEL Rafael. (2011) Dolor orofacial y cefalea. (ediciones Harcourt). España.pág: 85

mostrar signos de infección, tales como enrojecimiento, secreción y sensibilidad. A medida que las encías se inflaman sobre las cordales impactadas y luego drenan y se aprietan, se siente como si el diente emergiera y luego se escondiera de nuevo.

5.2.3.1.3.- Microorganismo frecuente en la pericoronitis

La cavidad bucal ofrece un ambiente microecológico favorable para la radicación de múltiples microorganismos y está poblada por una variedad de géneros, especies de bacterias y hongos.

Con esta afección Son más frecuentes los estafilococos grampositivos, que al envejecer algunas células se convierten en gramnegativos. Se caracterizan por ser esporulados, anaerobios y saprofiticos, bacilos fusiformes y espirilos.¹⁰

5.2.3.1.4.- Manifestaciones clínicas comunes

Para *GOMEZ GUZMAN Mauricio lo más común encontraremos:* Lesión supurativa en algunos casos, enrojecimiento de la zona afectada, dolor y sensibilidad que se puede irradiar al oído, garganta y piso de boca, aumento de volumen por exudado inflamatorio, mal sabor, ocasionado por el acúmulo de biopelícula, residuos alimenticios y presencia de exudado, linfadenopatía cervical y/o submandibular en algunos casos, alteración en el contorno de la mejilla y ángulo de la mandíbula, dependiendo de la evolución y extensión de la lesión, fiebre y malestar general cuando ya se presenta compromiso sistémico.¹¹

Las presentaciones más comunes de la pericoronitis., depende de la gravedad de la infección, la ayuda del odontólogo se puede prevenir, que la infección se extienda a zonas más delicadas de nuestra cavidad bucal.

¹⁰BENITA."HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009.

¹¹GOMEZ GUZMAN Mauricio. (2007)Fundamentos de la Odontología. (2da edición).Bogotá.pág:263

5.2.4.- Exploración física

La exploración se centra en el rostro y en la boca. Se examina el rostro del paciente en busca de hinchazón y se palpa para comprobar la presencia de dolor al tacto.

La exploración bucal incluye el examen para detectar inflamación de las encías y caries, así como para localizar la presencia de hinchazón en la base de la muela, lo cual indicaría la aparición de un absceso apical.

5.2.4.1.- Hallazgos que constituyen un signo de alerta

GOMEZ GUZMAN Mauricio, la cefalea, como signo de alerta, indica sinusitis, sobre todo si el dolor afecta varios molares y premolares de la parte superior (últimos molares). Sin embargo, la presencia de síntomas que afectan la visión y de anomalías en las pupilas o en la movilidad ocular indica trombosis del seno cavernoso. La fiebre no es un síntoma frecuente en casos de infección dental común, a menos que se produzca una importante extensión local. El dolor bilateral a la palpación del suelo de la boca será un indicio de angina de Ludwig. ¹²

5.2.4.1.1.- Pruebas Complementarias

Las radiografías dentales constituyen la prueba complementaria principal, aunque también se puede derivar al paciente a una consulta con su dentista.

Signos de alerta:

- a) Cefalea
- b) Fiebre
- c) Hinchazón o dolor a la palpación en el suelo de la boca

12GOMEZ GUZMAN Mauricio. (2007)Fundamentos de la Odontología.(2da edición).Bogotá.pág:263

5.2.4.1.2.- Magnitud (Morbilidad y Secuelas)

Las complicaciones o agravamientos de estos cuadros están dados por varios factores, como son:

- a) Tratamientos antibióticos inadecuados en dosis,
- b) Tiempo de uso,
- c) Elección errada del antibiótico.

5.2.4.1.3.- Grupos Afectados

Las infecciones maxilofaciales de origen odontogénico, pueden presentarse desde que los dientes hacen erupción en boca, hasta la pérdida completa de éstos. Siendo los grupos más aquellos en que las condiciones orales no son las mejores, a eso deben agregarse factores como son diabetes, inmunosupresión, alcoholismo, insuficiencia renal.

5.2.5.- Diagnóstico

Para llegar a un buen diagnóstico realizaremos los siguientes pasos:

- a) Confección de la historia clínica
- b) Examen clínico
- c) Exploración de los síntomas
- d) Radiografías (rayos x periapical y oclusal, lateral oblicua de mandíbula y panorámica).

Gracias a este medio de diagnóstico se han realizado estudios en los cuales se han encontrado pericoronitis con más frecuencia en terceros molares en posición vertical e inclinación distal, cerca o en el plano de oclusión.

Una vez hecho el diagnóstico de pericoronaritis es preciso establecer el pronóstico de evolución del diente, valorar las posibilidades de erupción en la arcada, las posibilidades de recidiva de la infección y los riesgos de complicaciones, así se tendrá en cuenta la posición sobre la arcada, el estado de los molares y premolares homolaterales, los desplazamientos dentarios preexistentes, los grados de armonía dentomaxilar, la forma y estado de la mucosa que cubre el tercer molar y antecedentes de pericoronitis.

5.2.6.- TRATAMIENTOS

Para *BUTTARAVOLI Philip* hay que irrigar con una solución diluida (2%) de peróxido de hidrógeno el material purulento, prescribir analgésicos orales para lograr el alivio del dolor, cuando el problema ya no está localizado y existen signos de celulitis, prescribir penicilina, explicar al paciente la importancia de la limpieza de cualquier partícula de comida que se acumule bajo el colgajo gingival, debería citarse con el odontólogo. Y no se debe realizar un corte importante para drenar el pus. Esto podría diseminar una infección superficial hacia los espacios profundos de la cabeza y el cuello¹³. (fig. 4 anexo 2)

La extracción debe ocurrir en un momento en que la fase o la “infección aguda” no están presente, pues extraer este diente durante la época de la infección aguda/dolorosa puede hacer la infección separarse al área peligrosa alrededor de la garganta. Por lo tanto, un dentista limpiará el área y/o prescribirá los antibióticos y los esperará generalmente para calmar abajo hasta programar la extracción de ella.¹⁴

LLORENSI Mariana dice que “por otra parte se instaurará un tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, usando el fármaco al que este acostumbrado el

13BUTTARAVOLI Philip. (2010). Dolor dental, pericoronitis. (2da edición). España..pág: 193-194.cáp: 46

14http://www.bing.com/search?q=pericoronitis&pc=Z127&form=ZGACDF&install_date=20111211

clínico. En caso de existir supuración, asociaremos cuanto antes un antibiótico.”¹⁵

Siendo para muchos autores, el mas conveniente Amoxicilina/Acido clavulámico por su capacidad para contrarrestar la acción de las beta lactamasas de la flora anaerobia y ofrecer una cobertura mas adecuada frente al nivel de resistencia habitual contra aminopenicilinas de los estreptococos orales.

5.2.6.1.- Terapéutica antibiótica

La era antibiótica comenzó cuando Fleming en 1929, descubrió la penicilina, la mayoría de las infecciones odontógenas están causadas por microorganismos sensibles a la penicilina.

Antes de la era antibiótica, el germen causal era habitualmente el estreptococo.¹⁶

5.2.6.1.1.- Pronóstico

Es posible que el diente impactado no cause problemas para algunas personas y quizás nunca requiera tratamiento. Cuando el diente impactado en realidad está causando síntomas, el tratamiento generalmente es eficaz.

Con frecuencia, es preferible hacerse extraer las cordales antes de la edad de 30 años debido a la flexibilidad del hueso que permite una extracción más fácil y una mejor cicatrización. A medida que la persona envejece, el hueso se vuelve más rígido y se pueden presentar complicaciones.

¹⁵LORENSI Mariana.(2007) Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posada. Pág: 9
¹⁶www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/pericoronitis/pericoronitis.pdf

5.2.6.1.2.- Normas generales a tener en cuenta en la administración de los antimicrobianos

- a) Usar dosis elevadas
- b) Utilizar las vías de administración de la siguiente forma: en infecciones severas, intramuscular y en infecciones no graves, oral.
- c) Prescribir los antimicrobianos de amplio espectro que destruyan a gérmenes aerobios como a los anaerobios, hasta que se reciba el antibiograma.

5.2.6.1.3.- Indicaciones del uso de antibioterapia en infecciones odontógenas a partir de datos encontrados en la literatura médica.

“Pericoronaritis: amoxicilina-clavulánico 875 mg/ 8h durante 7 días (en niños 40 mg/kg/d repartido cada 8-12h); como segunda elección clindamicina 20 mg/kg/d repartido cada 8h durante 7 días.¹⁷

5.2.7.-Formas de presentación de la pericoronaritis

Los agentes infecciosos bucales se desarrollan en el espacio pericoronario, en uno de sus recesos, la mucosa adyacente opone a la infección sus reacciones de defensa habituales, cuando el proceso defensivo no es capaz de controlar la agresión se exagera la pericoronitis, presentándose de diferentes formas:

- a) Pericoronitis aguda congestiva o serosa.
- b) Pericoronitis aguda supurada.

[17www.msc.es/biblioPublic/.../vol33_3TratAntibInfecOdont.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/.../vol33_3TratAntibInfecOdont.pdf)

E. RODRIGUEZ Alonso. (2009) tratamiento de la infección odontogénica.IT del sistema nacional de salud.volumen 33, pág:78

c) Pericoronitis crónica.

Por ser los terceros molares los que más frecuentemente presentan estos síntomas describimos a continuación sus manifestaciones clínicas.

5.2.7.1.- Pericoronitis aguda congestiva o serosa:

Se caracteriza por acentuados a la masticación, que puede irradiarse a la faringe o la rama ascendente de la mandíbula, mucosa por detrás del molar eritematosa, cubre una parte de la corona del molar y lleva a veces la presión de la cúspide del molar antagonista, la palpación de la región es dolorosa y puede sangrar a la menor presión, puede palparse una adenopatía simple en la cadena ganglionar submandibular, que se localiza por debajo del ángulo mandibular en los terceros molares en brote

5.2.7.1.1.- Pericoronitis aguda supurada:

Se manifiestan dolores mas intensos que se irradian a amígdalas, oído y hacen desviar el diagnostico, por la atipicidad de la sintomatología.

La región retromolar es turgente, el eritema se extiende hacia la faringe y al pilar anterior del velo del paladar, aparece trismo o limitación a la apertura bucal de poca intensidad, disfagia, puede revelar un infección mas grave que se confirma por examen endobucal, la palpación es mas dolorosa y la presión encima del capuchón mucoso y el diente provoca la salida de una pequeña cantidad de pus,

presencia de adenopatía en la cadena ganglionar submandibular dolorosa a la palpación.

5.2.7.1.2.- Pericoronitis crónica:

Los síntomas mas atenuados son las algias (dolor) retromolares intermitentes.

A veces se acompañan de trismo o limitación a la apertura bucal ligera y pasajera, pueden cursar con ausencia absoluta de síntomas o pueden ser estos pocos manifiestos, como halitosis marcada, faringitis de repetición, gingivitis tórpida, adenopatía crónica o absceso periamigdalinos unilaterales.

El diente esta cubierto de una mucosa eritematosa y edematosa sensible a la presión que a veces deja salir una o dos gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón.

Un signo muy típico de la pericoronitis crónica es la faringitis unilateral, intermitente y recidivante.

Si la corona del molar no esta bien liberada la pericoronitis tiene todas las posibilidades de reproducirse o de evolucionar de modo crónico. ¹⁸

5.2.8.- Condiciones anatómicas de los terceros molares inferiores.

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas; así debemos destacar el insuficiente espacio retromolar, que ha ido disminuyendo progresivamente durante el desarrollo mandibular a lo largo de la evolución filogenética produciendo la inclusión del tercer molar inferior. ¹⁹

¹⁸ BENITA, "HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009.

¹⁹LAGO Menéndez Lucía. (2007) Exodoncia del tercer molar inferior: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. Universidad de Santiago de Compostela, pág:8-10

Estos órganos dentarios son los que con más frecuencia se hallan retenidos, constituyendo un apartado importante de la patología odontológica, no sólo por su frecuencia y su variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan, lo que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales. (fig. 5 anexo 2)

5.3.- Las cordales o muela del juicio

Las cordales son los últimos dientes en erupcionar. Cuando ellos se alinean adecuadamente y las encías están saludables, estos no necesitan ser removidos. Desafortunadamente esto no siempre sucede. La extracción de las cordales es necesaria cuando se determina que estos no van a erupcionar adecuadamente.”²⁰

Estos pueden erupcionar parcialmente, hacerlo en una posición inadecuada o quedarse completamente retenidos dentro del hueso. La presión que estos molares ejercen sobre los dientes vecinos produce dolor que se puede irradiar a otras zonas de la boca, cara y cráneo. Esta presión se debe a que a pesar de no existir el espacio necesario para erupcionar, estos intentan hacerlo y el resultado es la movilización de los dientes vecinos, ocasionando apiñamiento (Dientes encaramados) y en muchos casos arruinan tratamientos de ortodoncia de muchos años. Por esta razón se recomienda la extracción de los terceros molares a todo aquel paciente que va ser o fue tratado con ortodoncia. Los

²⁰ www.maxilofacial.net/cordales.html

terceros molares al quedarse retenidos dentro del hueso pueden causar muchos problemas.

5.3.1.- Problemas más frecuentes

Encías inflamadas y dolorosas - "Pericoronitis" es una condición incomoda que ocurre a medida que el tercer molar intenta erupcionar (salir hacia la cavidad bucal). Se pueden formar quistes hasta grandes dimensiones a partir del tejido que forma el tercer molar destruyendo parte del hueso y dañando los dientes vecinos.

Reabsorción de la raíz del diente vecino es otro de los problemas asociados a los molares retenidos, ocasionando no solo daño al segundo molar, sino la necesidad de extraerlo en vista de la imposibilidad de restaurar una caries a ese nivel. La extracción temprana o preventiva de los terceros molares se recomienda para evitar cualquiera de los problemas antes mencionados y simplifican el procedimiento quirúrgico.

Estudios han demostrado que la evaluación temprana y tratamiento preventivo han dado resultados excelentes en los pacientes. Los pacientes son evaluados generalmente a edades tempranas o en la adolescencia por el odontólogo general el cual refiere al especialista en cirugía bucal y maxilofacial para decidir la conducta a tomar en cada caso individual.²¹

²¹ www.maxilofacial.net/cordales.html

5.3.2.- FUNCIONES MASTICATORIAS

5.3.2.1.- Concepto

La Función masticatoria es una unidad del cuerpo humano compuesta por maxilares, dientes, elementos de soporte, articulación temporo-mandibular y sus ligamentos, músculos, lengua, labios, porciones altas de laringe y faringe, venas, arterias, nervios, mucosas y piel. La adecuada relación entre los dientes, que se considera como una oclusión normal, conlleva a un equilibrio entre todos estos componentes, para que así exista una adecuada función y salud de todo el sistema masticatorio. Una oclusión normal es una buena interrelación entre premolares y molares y un buen acople (contacto y relación) entre los dientes anteriores que brinda una adecuada masticación, deglución y fonación.

5.3.2.1.1.- Masticación

Para *Okeson Jeffrey*, “La masticación es la acción de aplastar, triturar y fragmentar los alimentos. Es la fase inicial de la digestión, en la que los alimentos son fragmentados en partículas de pequeño tamaño para facilitar su deglución.”²²

Mientras que para *CRACKEN Mc* “La masticación forma parte del proceso continuo de alimentación, precede a la deglución y no es un fin en sí misma. La interacción de estos dos aspectos de la alimentación, distintos pero coordinados, indica que una vez completada y terminada la masticación se inicia la deglución.”²³

5.3.3 MUCOSAS ORALES NORMALES

CORTESI Ardizzone Viviana indica que la cavidad oral está recubierta por una membrana mucosa que se extiende en sentido posterior hasta la mucosa faríngea y en sentido anterior hasta la piel de los labios. La mucosa de la cavidad oral debe permitir

22P. Okeson Jeffrey. (2008) Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. España .pág:39.

23CRACKEN Mc.(2006) Prótesis parcial removible.11 undécima edición España..

diferentes actividades fisiológicas, para lo cual presenta diversos aspectos en sus varias partes. En términos genéricos, las mucosas orales pueden diferenciarse en tres grupos: las masticatorias, las de revestimiento y las dotadas de funciones especializadas.²⁴

5.3.3.1.- Mucosas masticatorias: Son las que revisten el paladar duro y partes de las (encías adheridas). Su superficie presenta un vivo color rosado porque hay visualización de la red capilar, situada en el tejido conectivo, se ve obstaculizada por los rasgos de queratinización del epitelio

5.3.3.1.1.- Mucosa de revestimiento: Son las mucosas internas de las mejillas (genianos), las labiales o las del suelo de la boca. En función de las características de su epitelio de revestimiento, aparecen con coloración rosa o rojiza.

5.3.3.1.2.- Mucosa especializada: Es la que reviste la superficie de la lengua que, gracias a su particular estructura, favorece la percepción sensorial del tacto, el gusto o la temperatura.

5.3.4.- ENCÍAS

Es una fibromucosa formada por tejido conectivo denso con una cubierta de epitelio escamoso queratinizado que cubre los procesos alveolares y rodea a los dientes. La encía es contigua al ligamento periodontal y, en su exterior, con los tejidos mucosos de la cavidad oral. La encía tiene por lo general un color rosa pálido y al encontrarse adherido a los cuellos de los dientes (epitelio de unión) e insertado con fibras colágenas (inserción conectiva) forma un sellado que

24CORTESI Ardizzone Viviana. (2008) Manual práctico para el auxiliar de odontólogo.España.pág:372

protege al hueso y demás tejidos de soporte. Se habla de encía marginal, encía insertada y encía alveolar, según la zona bucal donde se encuentra. La encía es componente del periodonto.²⁵

Las encías al igual que los dientes forman parte de nuestra boca, y también hay que saber como mantenerlas sanas y saludables, ya que una enfermedad de las encías puede provocarnos daños en el periodonto y darnos cuenta ya muy tarde cuando poco o nada puede hacerse para salvar las piezas dentales.

5.3.5.- El periodonto

Está formado por los tejidos de soporte y revestimiento del diente (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar).

El cemento es considerado parte del periodonto dado que, junto con el hueso, sirve como soporte para las fibras del ligamento periodontal. Variaciones funcionales y morfológicas afectan al periodonto, así como los cambios relacionados con la edad.

5.3.6.- Placa bacteriana

Se llama placa bacteriana a las masas de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y que se fijan a los dientes. Algunos tipos de placa bacteriana causan las caries dentales. Otros tipos de placa causan enfermedades de las encías.

Las encías rojas, hinchadas o sangrantes (gingivitis) pueden ser las primeras señales de una enfermedad de las encías. Si la enfermedad de las encías es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar se destruyen y

²⁵<http://es.wikipedia.org/wiki/Enc%C3%ADa>

eventualmente se pierden los dientes. La placa dental difícilmente puede ser vista, a menos que esté teñida.

5.3.6.1.- Formación

- a) Desde las 4-8 primeras horas hay un depósito de la película adquirida exógena y una baja concentración de bacterias, cocos y cocobacilos .
- b) De la 8-12 horas la película adquirida exógena aumenta de grosor.
- c) De 12-24 horas hay un crecimiento bacteriano en la superficie, se forman colonias incrustadas en la matriz y aparecen cocos, cocobacillus y filamentos.
- d) Entre el segundo día y segunda semana hay un crecimiento en grosor de las colonias y una diferenciación y organización de forma que en la capa interna se hace más compacta y se agrupan los cocos y bacilos y en la capa externa, siendo menos compacta que la anterior, se localizan los filamentos.

5.3.6.1.1.- Tratamiento

El objetivo del tratamiento es la reducción de la inflamación gingival. El odontólogo o el higienista oral hacen una profilaxis completa que puede incluir el uso de diversos dispositivos e instrumentos para aflojar y remover los depósitos de placa que se forman en los dientes (raspado).

5.3.7.- Gingivitis

Es una afección que involucra la inflamación de las encías (gingiva).

5.3.7.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que se presenta cuando una inflamación e infección destruyen el tejido de soporte de los dientes,

incluyendo la gingiva (encías), los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, que es un material adherente que se desarrolla en las áreas expuestas del diente y está conformado por bacterias, moco y residuos de comida.

La placa es la principal causa de caries dental y, si no se remueve, se mineraliza formando un depósito duro denominado cálculo (sarro) que se acumula en la base del diente. La placa y el cálculo causan irritación e inflamación de la gingival y las bacterias y sus toxinas hacen que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles.

La Gingivitis también puede provocar enfermedad periodontal que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).

5.3.7.1.1.- Síntomas

- a) Úlceras bucales
- b) Encías inflamadas
- c) Encías con coloración roja brillante o roja púrpura
- d) Encías brillantes

e) Encías que sangran con facilidad y aparece sangre en el cepillo dental, inclusive con un cepillado suave

f) Encías que se muestran sensibles sólo al tacto, si no se tocan son indoloras

5.3.7.1.2.- Signos y exámenes

Se debe buscar ayuda odontológica si se presentan signos de gingivitis. El odontólogo examinará la boca y los dientes y buscará una gingiva blanda, inflamada y de color rojo púrpura. Los depósitos de placa y de cálculo pueden estar visibles en la base de los dientes. Las encías son usualmente indoloras o levemente sensibles. Aunque generalmente no se necesitan exámenes adicionales, se pueden tomar radiografías de los dientes y hacer un sondeo de las encías (que mide la cantidad de hueso) para determinar si se ha desarrollado periodontitis (diseminación de la inflamación a las estructuras de soporte de los dientes).

5.3.7.1.3.- Tratamiento

El objetivo del tratamiento es la reducción de la inflamación gingival. El odontólogo o el higienista oral hacen una profilaxis completa que puede incluir el uso de diversos dispositivos e instrumentos para aflojar y remover los depósitos de placa que se forman en los dientes (raspado).²⁶

²⁶<http://drCarlosSantos.com/tratamientodeencias.html>

Después de hacerse una limpieza dental profesional, es necesario mantener buenos hábitos de higiene oral, para lo cual el odontólogo o el higienista oral enseñan las técnicas de cepillado y de uso de la seda dental. Además del uso correcto y frecuente tanto del cepillo como de la seda dental, se recomienda una limpieza profesional como mínimo dos veces al año o con más frecuencia para casos más graves. Igualmente, se puede recomendar el uso de enjuagues bucales antibacterianos u otro tipo de ayudas aparte del uso frecuente y cuidadoso del cepillo y la seda dental. Asimismo, se puede recomendar la reparación de los dientes desalineados o el remplazo de los aparatos dentales y ortodónticos. Igualmente, se debe hacer el tratamiento de cualquiera otra enfermedad o afección relacionada.

“La gingivitis puede también ser causada por cualquier tipo de lesión o trauma en las encías, incluyendo el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la gingivitis se encuentran la diabetes no controlada, el embarazo (debido a los cambios hormonales que aumentan la sensibilidad de las encías), la enfermedad general y los malos hábitos de higiene dental”.²⁷

5.3.8.- Etiología de los trastornos funcionales del sistema masticatorio

Para *ROGERS James N* es un término que se refiere a una variedad de trastornos dolorosos de la articulación temporomandibular y de la musculatura masticatoria. Debido a la complejidad de los modelos de dolor referido, estos trastornos a menudo están mal diagnosticados. Por ejemplo, las mialgias masticatorias pueden parecer odontalgias. De hecho, muchos pacientes con TTM se han sometido a tratamientos dentales

²⁷ <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>

innecesarios e incluso a extracciones dentales, como consecuencia de un mal diagnóstico. Asimismo, cuando el dolor del TTM se refiere al oído, los pacientes acuden a menudo al otorrinolaringólogo para que los trate. Para más confusión, los TTM se asocian con frecuencia a síntomas auditivos subjetivos (p. ej., tinnits, leve discapacidad auditiva), aunque los estudios audiométricos son típicamente normales.²⁸

5.3.8.1.- Función normal

Para Okeson Jeffrey el sistema masticatorio es una unidad compleja, diseñada para llevar a cabo las tareas de la masticación, deglución y fonación. Estas funciones son básicas y las efectúa el complejo sistema de control neuromuscular.²⁹

El sistema masticatorio realiza funciones específicas. El tronco cerebral regula la acción muscular mediante engramas musculares. Cuando se recibe un impulso súbito e inesperado se activan los mecanismos reflejos de protección, disminuyendo la actividad muscular

5.4 Diente impactado

Es un diente que no logra salir completamente a través de la encía. El impacto ocurre típicamente en los terceros molares, también llamados "muelas del juicio". Si se dejan sin tratar, aproximadamente una de cada tres personas con un diente impactado desarrollarán un quiste en el tejido blando debajo de la línea de la encía, u otras complicaciones. El impacto puede conllevar a caries dental, inflamación de las encías, o infección, y resorción ósea o dientes adyacentes. Un

28 ROGERS James N. (2007) Toma de decisiones en el tratamiento al dolor. (2 da edición). España, pág:150

29 P. Okeson Jeffrey. (2008) Etiología de los trastornos funcionales del sistema masticatorio. España, pág:22

diente impactado también puede empujar contra otros dientes, causando desalineación de la mordedura.

5.4.1.- Causas, incidencia y factores de riesgo

“Las causas de esa anomalía son numerosas tales como:

- a) Mal posición de la pieza que no la permite erupcionar
- b) Poca fuerza para que erupcione
- c) Presencia de piezas dentarias supernumerarias
- d) Falta de espacio
- e) Encía muy fibrosa que impide la erupción o presencia de quistes o tumores.

Toda pieza retenida puede ocasionar trastornos de distinta índole, aunque muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan molestias. Los dientes retenidos pueden ocasionar desviaciones de los dientes vecinos, la presión de una corona de un diente retenido puede provocar la reabsorción patológica de la raíz del diente vecino.

Puede ocurrir dolor en el sector de una pieza dentaria retenida o dolor referido a otras partes de la cabeza y cuello.

A veces estos dientes pueden generar una fuerza que produce un apiñamiento dental como efecto alterando la estética y la oclusión.”³⁰

5.4.1.1.- Síntomas

- a) Mal aliento

³⁰<http://www.clinicadoracolik.com.ar/retencion.htm>

- b) Dificultad para abrir la boca (ocasionalmente)
- c) Dolor o sensibilidad en las encías o en la mandíbula
- d) Dolor de cabeza o dolor de la mandíbula prolongado
- e) Enrojecimiento e inflamación de las encías alrededor del diente impactado
- f) Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello (ocasionalmente)
- g) Sabor desagradable al morder en o cerca del área
- h) Espacio visible donde no salió un diente

5.4.1.2.- Signos y exámenes

El odontólogo buscará tejido inflamado sobre el área donde no ha salido un diente o ha salido sólo parcialmente. El diente impactado puede estar presionando los dientes adyacentes. Las encías alrededor del área pueden mostrar signos de infección, tales como enrojecimiento, secreción y sensibilidad. A medida que las encías se inflaman sobre las cordales impactadas y luego drenan y se aprietan, se siente como si el diente emergiera y luego se escondiera de nuevo.

Las radiografías dentales confirman la presencia de uno o más dientes que no han salido.

5.4.1.3.- Tratamiento

Es posible que no se necesite ningún tratamiento si el diente impactado no está causando ningún problema.

Los analgésicos de venta libre pueden ayudar si el diente impactado causa molestia. Los enjuagues bucales con agua tibia con sal (media cucharadita de sal en una taza de agua) o los de venta libre pueden ser un alivio para las encías. La remoción (extracción) del diente es el tratamiento corriente para un diente impactado.

5.4.1.4.- Complicaciones

Las complicaciones de un diente impactado abarcan:

- a) Absceso del diente o las encías
- b) Molestia crónica en la boca
- c) Infección
- d) Oclusión dental defectuosa
- e) Placa atrapada entre los dientes y las encías

5.4.1.5.- Situaciones que requieren asistencia médica

Consulte con el odontólogo si hay un diente que no ha salido (o que ha salido parcialmente) y se presenta dolor en las encías u otros síntomas.³¹

5.4.1.6 Pronóstico

Es posible que el diente impactado no cause problemas para algunas personas y quizás nunca requiera tratamiento. Cuando el diente impactado en realidad está causando síntomas, el tratamiento generalmente es eficaz.

³¹<http://medlineplus.gov/spanish>.9 diciembre 2011

Con frecuencia, es preferible hacerse extraer las cordales antes de la edad de 30 años debido a la flexibilidad del hueso que permite una extracción más fácil y una mejor cicatrización. A medida que la persona envejece, el hueso se vuelve más rígido y se pueden presentar complicaciones.

5.4.2.- Trastornos de la articulación tempomandibular

Para VARGAS John Jairo, los trastornos del A.T.M. “Producen dolor o artralgia, que se suelen acompañar de cambios inflamatorios, punto gatillo y acumulación de líquido articular o efusiones. La valoración de estos problemas requiere de un equipo interdisciplinario donde se encuentren presentes el odontólogo y el cirujano maxilofacial.”³²

5.4.3.- Músculos de la masticación

Para NORTON Neils, “todos los músculos de la masticación se originan en el cráneo y se insertan en la mandíbula, todos los músculos de la masticación están inervados por el nervio mandibular, ramo del nervio trigémino, todos los músculos de la masticación derivan del primer arco faríngeo”.³³

Los movimientos de la mandíbula se clasifican como:

- a) Elevación
- b) Descenso
- c) Protrusión
- d) Retrusión o retracción.
- e) Lateralidad.

Para David, FARLARD Mc, “los músculos de la mandíbula pueden dividirse, generalmente, en músculos de apertura o de cierre, o bien en músculos elevadores o depresores de la mandíbula”.³⁴

Tres músculos de cierre de la mandíbula:

32VARGAS John Jairo.(2006) Dolor y cuidados paliativos. Medellín Colombia.pág:152

33NORTON Neils. (2007) Netter. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. Elsevier España.pág: 242

34H. David, FARLARD Mc. (2008) Atlas de anatomía en ortofonía lenguaje y deglución. Elsevier España.pág: 152-158

5.4.3.1.- Músculo masetero

Es un músculo constituido por dos grupos de fibras: fibras superficiales y fibras profundas, en general, la contracción del masetero permite elevar la mandíbula. La contracción de las fibras superficiales ayuda a avanzar la mandíbula hacia delante (protrusión de la mandíbula), mientras que la contracción de las fibras profundas contribuye a la retrusión de ésta.

5.4.3.1.1.- Músculo temporal

Se compone de tres partes: anterior, media y posterior, la contracción de las partes anterior y media del musculo temporal, compuestas de fibras de alineación vertical, eleva la mandíbula en dirección vertical.

La contracción de la parte posterior, compuesta de fibras más horizontales, permite elevar la mandíbula y tirarla hacia atrás (elevación y retracción de la mandíbula). Una contracción unilateral de estas fibras contribuye al movimiento lateral de la mandíbula.

5.4.3.1.2.- Músculo Pterigoideo Interno

La contracción unilateral de este músculo provoca un movimiento lateral de la mandíbula hacia el lado opuesto. Esta acción permite el movimiento de trituración durante la masticación.

Cuatro músculos de abertura de la mandíbula:

5.4.3.1.4.- Músculos pterigoideo lateral o externo

La parte superior de este musculo se activa conjuntamente con los músculos del cierre de la mandíbula durante la masticación de los alimento, la contracción bilateral de la parte inferior provoca el desplazamiento hacia delante de la mandíbula (movimiento de protrusión).

La contracción alternativa unilateral de la parte inferior provoca un movimiento lateral de la mandíbula hacia el lado opuesto.

5.4.3.1.5.- Músculo digástrico

El nombre digástrico se refiere a sus dos vientres: un vientre posterior y un vientre anterior, que están unidos mediante un tendón central.

El vientre posterior tiene su origen en la apófisis mastoides del temporal. Su contracción contribuye a la elevación del hueso hioides, el vientre anterior tiene su origen en la superficie interna del borde inferior de la mandíbula y se dirige en dirección posterior, para insertarse en el hueso hioides.

Si el hueso hioides está fijado por los músculos hioideos, la contracción del vientre anterior del músculo digástrico hace descender la mandíbula.

5.4.3.1.6.- Musculo milohioideo

Se encuentra en posición superior al vientre anterior del músculo digástrico, e inferior al geniohioideo.

Su contracción eleva el suelo de la boca, el hueso hioides y la lengua. Puede contribuir también a hacer descender la mandíbula cuando el hueso hioides está en una posición fija.

5.4.3.1.7.- Musculo geniohioideo

La contracción de los músculos milohioideo y geniohioideo desplaza la mandíbula hacia atrás (movimiento de retracción) y contribuye a hacer que descienda. Su contracción permite asimismo la abertura de la mandíbula si el vientre anterior del músculo digástrico está en contracción y si el hueso hioides esta estabilizado. (fig. 6 anexo 2)

5.4.4.- Fuerzas masticatorias

PROFFIT William R. “Los pacientes que presentan sobremordida o una mordida abierta anterior excesivas suelen padecer infraerupción o supraerupción, respectivamente. Parece razonable pensar que el grado de erupción dental dependa de la fuerza que deben soportar durante su actividad.”³⁵

5.4.5.- Predicción para la erupción de terceros molares

Poder predecir la posibilidad de erupción correcta de este tercer molar inferior ha sido por demás una preocupación constante, ya que existen muchos mitos, historias y creencias en torno a este tema, lo que hace por demás complicada la relación con los pacientes cuando se trata de dicho asunto.

Algunas investigaciones mencionan que es difícil predecir con certeza lo biológico, pero si se hace un análisis de la distancia que existe entre la rama y el segundo molar inferior, es posible conocer de cierta manera la probabilidad de erupción o de retención que puede presentar el tercer molar inferior.

Después de realizar un estudio sobre 100 esqueletos de indios adultos, Ricketts concluyó que cuando la mitad del tercer molar inferior se encuentra dentro de la rama ascendente existe hasta 50% de probabilidades de erupción.³⁶

5.4.5.1.- Descripción del método

Dierdes (1975), realizó un estudio en radiografías periapicales de la zona del tercer molar, tomados dos años después de finalizado el tratamiento activo y evaluó el espacio disponible para su erupción. Midió la angulación entre la perpendicular al eje del segundo molar y el eje del tercer molar y estableció una relación entre ésta y la posibilidad de erupción de esta última pieza.

³⁵PROFFIT William R. (2008) Ortodoncia contemporánea. (4 da edición). Elsevier España.pág:151

³⁶www.intramed.net/.../ODONTO_8_VOL_1_nota6.pdf - Argentina

Determinó diferentes rangos de angulación frente a la posibilidad de erupción del tercer molar; en el rango 0° a 29° la angulación es severa y por lo tanto la erupción del tercer molar es imposible; en el rango 30° a 59° la angulación es moderada, de 60° a 89° la angulación es suave, existiendo en este caso posibilidad de erupción y si es de 90° la angulación es buena y las condiciones para la erupción son óptimas.³⁷

Ricketts (1976) midió la distancia de la superficie distal del segundo molar sobre el plano oclusal en cefálicas laterales, indicando que una distancia de 30 mm. es suficiente para la erupción del tercer molar y una distancia de 20 mm. o menos es insuficiente.³⁸ (fig. 7 anexo 2)

5.4.6.- Malposición dentarias

La mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.³⁹

Las malposiciones o maloclusiones pueden afectar a los dientes solamente y son llamadas maloclusiones dentarias. En ellas los dientes están apiñados

³⁷<http://odn.unne.edu.ar/angulo%20goniaco.pdf>

³⁸ <http://www.monografias.com/trabajos904/tercer-molar-mandibular/tercer-molar-mandibular2.shtml>

³⁹ es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi3n

desalineados, torcidos o separados, Además de los dientes pueden estar afectados los maxilares siendo llamadas mal oclusiones esqueléticas donde existe diferencia entre el tamaño o la posición de un maxilar con respecto al otro. En esta oclusión, que podemos considerar normal, vemos que la articulación de los primeros molares permanentes tienen unas características, que ANGLE consideró primordial para clasificar las diferentes maloclusiones. ANGLE describió las diferentes maloclusiones basándose en la relación del 1º molar superior permanente con el 1º molar inferior permanente. Consideró la posición de los primeros molares permanentes como puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial.

5.4.6.1.- Clasificación de angle

Para PROFFIT Willian R, indica que la Clase I: Las maloclusiones de este tipo se observan cuando los maxilares están bien alineados pero los dientes no engranan bien, pueden haber dientes demasiado grandes o demasiado pequeños para los Maxilares, lo cual dificultará la masticación, facilitará la aparición de caries y enfermedades de las encías y a veces afecta la apariencia personal

Clase II: A este grupo pertenecen la mayoría de los que tienen los “dientes volados” o protruidos que sería el término adecuado para nombrarlos, puede ocurrir cuando el maxilar superior crece mas de lo normal y se ve sobresalido o cuando la mandíbula es deficiente, o sea no ha crecido lo suficiente .En pacientes adultos, una deficiencia mandibular muy grande puede requerir cirugía.

Clase III: Es la menos común de las maloclusiones. La mandíbula luce más salida o protruida que el resto de la cara. Pero también puede deberse a una deficiencia en el crecimiento del maxilar superior, en niños muchos casos pueden ser tratados con relativo éxito, pero, algunos de ellos requerirán de un tratamiento combinado de Ortodoncia con Cirugía para su corrección adecuada.⁴⁰

40PROFFIT Willian R. (2008) Ortodoncia contemporánea.(4ta edición). Elsevier España.pág:151

5.4.7.- EXAMEN FÍSICO DE LA ATM

Previo al estudio específico de la ATM y estructuras relacionadas, realizaremos un examen generalizado del paciente centrándonos, sobre todo, en las regiones craneofacial y cervical. Reflejaremos la presencia de asimetrías faciales ya sea por una discrepancia en la longitud de la reama mandibular (relacionada con alteraciones en la ATM), o por hipertrofia del músculo masetero (que sugiere hábitos parafuncionales). Además, descartaremos la existencia de malformaciones craneofaciales, alteraciones posturales, desviaciones en la columna cervical, linfadenopatías, lesiones cutáneas que puedan enmascarar una enfermedad sistémica y la presencia de puntos gatillo.

5.4.7.1.- Signos y síntomas

Sensibilidad a la palpación y/o a los movimientos en casos más severos

- a) Limitación del rango de movimientos
- b) Ruidos articulares (Chasquido o crepitación)
- c) Trabas o luxaciones

5.4.8 Examen físico de los músculos:

- a) Interrogatorio: Sensibilidad dolorosa espontánea o a los movimientos.
- b) Dolor a la palpación.
- c) Limitación de los movimientos.

Para NAVARRO Vila, uno de los signos frecuentes en pacientes con disfunción son las irregularidades en abertura y cierre mandibular y es muy importante diferenciar cuando esta se debe a problemas musculares o articulares ya que en dependencia de la

causa de la desviación, el tratamiento variará. Si es debido a problemas musculares la irregularidad no se repite tan estrictamente como cuando es causada por alteraciones articulares, y al manipular la mandíbula se logra la apertura en el plano sagital, además se acompaña de sensibilidad muscular.⁴¹

5.4.8.1.- Examen de los músculos de la masticación y cervicales. El principal objetivo de la exploración muscular es la identificación de los músculos afectados y localizar, no solo la sensibilidad y el dolor muscular generalizado, sino también los posibles puntos gatillo asociado. En un músculo sano a la palpación o mientras esta activo no debe existir dolor, una respuesta dolorosa es sugestiva de una alteración muscular. La exploración se realiza mediante palpación digital, a lo largo de toda la longitud del musculo, en reposo y en actividad y bilateralmente para comparar diferencias en tamaño, elasticidad y sensibilidad a la palpación.

5.4.8.1.1.- Ruidos articulares. Para detectar la presencia de ruidos articulares, colocaremos las puntas de los dedos sobre las superficies laterales de la articulación y pediremos al paciente que realice movimientos mandibulares de apertura, cierre, lateralidad y protrusión. Opcionalmente podemos colocar un estetoscopio sobre la articulación para tener una magnificación de los ruidos articulares.

5.5.- Terceros molares

Debido a procesos evolutivos del ser humano o a diferencias de tamaño entre los huesos maxilares y el tamaño de las piezas dentarias, los terceros molares o

41 NAVARRO Vila Carlos.(2008) Cirugía oral.Madrid. Pág: 381-382

muelas del juicio no siempre logran erupcionar completamente (emerger en la boca), lo que genera un espacio de difícil acceso en la zona posterior de la cavidad bucal, el cual acumula restos de alimentos y placa bacteriana difícil de asear. Al inflamarse la zona se produce un cuadro infeccioso llamado pericoronitis, la cual, puede ser aguda o crónica y conducir a infecciones graves incluso que pueden comprometer la vida del paciente. La pericoronitis es un proceso infeccioso que se observa en pacientes jóvenes, entre la segunda y tercera década de la vida, por la erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares. Ocasionalmente puede aparecer en otras épocas de la vida.

Teniendo en cuenta el desarrollo filogenético de la especie humana, la raza blanca, cuenta con mayor porcentaje de dientes retenidos que la raza negra, ya que en esta última, el desarrollo y dimensiones de los maxilares son mayores. Se plantea un hecho establecido en genética que en realidad se hace ley. Un individuo puede heredar los maxilares pequeños de un progenitor y los dientes grandes de otros, o al revés.⁴²

5.5.1.- Clasificación de la Impactación

Para MORPHOL Int. J, "El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar permite la clasificación de la impactación, *considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo: Mesioangular, Distoangular, Vertical, Horizontal, Bucoangular, Linguoangular e Invertido.*

5.5.1.1.- Clasificación de Winter

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

- a) Mesioangular.

42www.maxilofacial.cl/terceros%20molares.html

- b) Distoangular.
- c) Vertical.
- d) Horizontal.
- e) Bucoangular.
- f) Linguoangular.
- g) Invertido.

5.5.1.2.- Clasificación de Pell y Gregory

Tiene en cuenta:

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

5.5.1.3.- Relación del tercer molar con la rama ascendente mandibular

Clase I. el espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es mayor que el diámetro mesiodistal del tercero.

Clase II. El espacio entre la superficie distal del segundo molar y la rama ascendente mandibular es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

Clase III. El tercer molar está parcial o totalmente dentro de la rama ascendente mandibular. (fig. 8 anexo 2)

5.5.1.4.- Profundidad relativa del tercer molar

Posición A. la parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la superficie oclusal del segundo molar.

Posición B. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por encima del plano de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C. La parte más alta del tercer molar está en el mismo nivel o por debajo del plano de la línea cervical del segundo molar. (fig. 9 anexo 2)

5.5.1.5.- Posición del tercer molar en relación al eje axial del segundo molar.

- a) Mesioangular.
- b) Distoangular.
- c) Vertical.
- d) Horizontal.
- e) Bucoangular.
- f) Linguoangular.
- g) Invertido.⁴³ (fig. 10 anexo 2)

5.5.1.6.- Exodoncia de terceros molares retenidos.

La exodoncia de los terceros molares retenidos ocupan un gran porcentaje de casos en la práctica quirúrgica oral y requiere de gran habilidad en la técnica, como así también de un correcto diagnóstico y manejo postoperatorio. (fig. 10 anexo2)

5.5.1.7.- Estudio clínico y radiográfico de los terceros molares retenidos

El diagnóstico de un diente retenido se realiza por los medios clínicos de la inspección, la palpación y por el examen radiográfico

5.5.1.8.- Palpación la investigación por medio de la palpación puede confirmar la existencia, notando aumentos de volumen en las tablas óseas.

43 odontochile.cl/archivos/cuarto/cirugia2/tercerosmolares.doc

5.5.1.9.- Exámenes radiográficos

Desde el punto de vista técnico podemos clasificar a los métodos radiográficos en; técnicas intraorales, radiografías oclusales y técnicas extraorales. Dentro de las primeras consideramos a la radiografía periapical como el método mas utilizado en la cual debemos prestar especial importancia en la corona, raíz, posición y relación con estructuras vecinas (segundo molar, elementos vasculonerviosos, seno maxilar, etc). Las radiografías oclusales son utilizadas para estudiar los detalles de los elementos que se encuentran en sentido bucolingual. Las técnicas extraorales son utilizadas en reemplazo de las técnicas antes mencionas como son los casos de apertura bucal limitada por trismus severos, procesos inflamatorios locales o nauseas pronunciadas.

5.5.1.10.- Técnica Quirúrgica

Se realiza el estudio radiográfico de rutina (Ortopantomografía) (para identificar posición del tercer molar inferior retenido, como así también la exploración clínica preoperatoria.

Se lleva a cabo una incisión lineal en cara distal del segundo molar inferior e intracrevicular de la misma pieza, sin descarga vertical y se talla un colgajo mucoperióstico.

Con instrumental rotatorio (fresa de carburo N° 8) se realiza la ostectomía hasta identificar la corona dentaria, y con fresa de fisura y escoplo se realiza la odontosección de la pieza dentaria. Con un elevador tipo Winter lanceolado se

lleva a cabo la luxación y extracción de la corona dentaria y con el mismo elevador se realiza la luxación y exodoncia de la porción radicular siguiendo la dirección de la raíz.

Luego de realizada la toilette de la herida, se sutura a puntos separados según arte con hilo de seda 3-0

La radiografía postoperatoria demuestra el lecho postoperatorio sin ningún resto dentario.⁴⁴

⁴⁴<http://citugiaeimplantes.blogspot.com/2007/09/exodoncia-de-terceros-molares-retenidos.html>

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.- MÉTODOS

6.1.1 Modalidad Básica de la Investigación

Bibliográfica: Se aplicó el método bibliográfico ya que para la presente investigación se requirió textos referentes al tema.

De Campo: Se desarrolló una investigación de campo porque la investigación se realizó directamente a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal.

6.1.2.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria.- Porque se detectó un problema repetido en este Subcentro de Salud, que se refiere a inconvenientes en la función masticatoria por la presencia de pericoronitis.

Descriptivo.- Porque se desglosó el problema y sus posibles causas.

Analítico.- Porque se efectuó un análisis del problema y sus efectos.

Sintético.- Porque se llegó a una conclusión que ayudará a un mejor entendimiento del problema.

Propositivo.- Porque se planteó una propuesta alternativa para mejorar el problema de pericoronitis en pacientes mayores de 15 años.

6.2.- TÉCNICAS

- a) **Encuestas.-** Dirigidas a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal.
- b) **Observación.-** De los efectos que puede provocar la pericoronitis en los pacientes mayores de 15 años con pericoronitis y problemas de la función masticatoria del Subcentro de Salud San Cristóbal.

6.3.- INSTRUMENTOS:

Formulario de Encuesta, Fichas Clínicas.

6.4.- RECURSOS:

6.4.1. Talento humano.- Tutor, investigadora, pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal.

6.4.1.1. Recursos Tecnológicos.- Computadora, internet, cámara, vídeos, pen drive, escáner, impresoras.

6.4.1.2. Materiales.- libros, copias, textos, hojas, borrador, lápiz, pluma, resaltador, corrector, fotocopias, cd, guantes, mascarillas, exploradores y espejos bucales, pinzas algodonerías.

6.4.1.3 Recursos Económicos.- la realización de la tesis tuvo un valor aproximado de 2984.05 dólares.

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.5.1 POBLACIÓN

La población la constituyen 1952 pacientes mayores de 15 años ingresados en el registro odontológico del Subcentro San Cristóbal.

6.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra la conforman 91 pacientes atendidos en el Subcentro de Salud San Cristóbal que presentan pericoronitis y problemas en la función masticatoria.

PRESUPUESTO

2.984.05 para la elaboración de la tesis.

CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

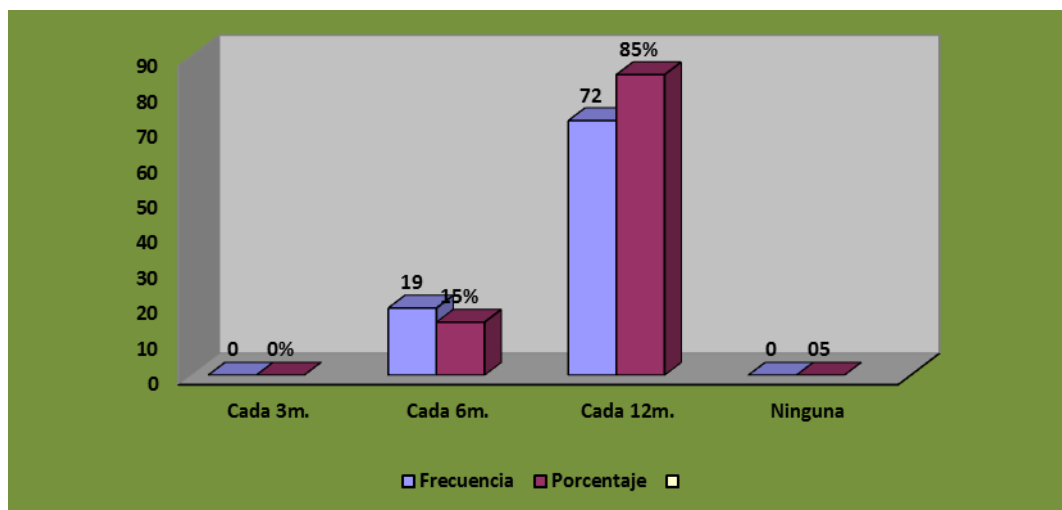
7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

7.1.1.- RESULTADO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO Nº 1

1¿Cuántas veces al año asiste a la consulta odontológica?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada 3 meses	0	0%
Cada 6 meses	19	15%
Cada 12 meses	72	85%
Ninguna	0	0%
Total	91	100%



FUENTE: Encuestas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico #1, realizados a los 91 pacientes encuestados el 72 que corresponde 85% asistían al odontólogo cada 12 meses, el 19 que corresponde 85% cada 6 meses.

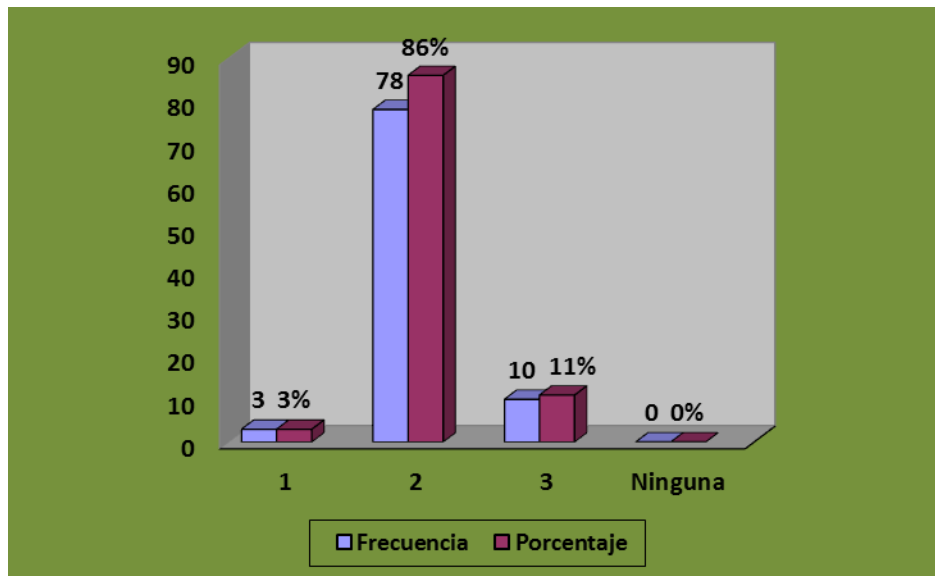
Según lo indicado en la página web: <http://medlineplus.gov/spanish>. 9 diciembre 2011. ***“El odontólogo buscará tejido inflamado sobre el área donde no ha salido un diente o ha salido sólo parcialmente. El diente impactado puede estar presionando los dientes adyacentes. Las encías alrededor del área pueden mostrar signos de infección, tales como enrojecimiento, secreción y sensibilidad. A medida que las encías se inflaman sobre las cordales impactadas y luego drenan y se aprietan, se siente como si el diente emergiera y luego se escondiera de nuevo”***. Pág: 32

En los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes asisten a la consulta odontológica cada 12 meses, para la <http://medlineplus.gov/spanish>. 9 diciembre 2011. Es importante asistir con el odontólogo cuando presentemos cualquier síntoma para prevenir a tiempo cualquier patología bucal.

GRAFICUADRO Nº 2

2¿Cuántas veces se cepilla al día?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	3%
2	78	86%
3	10	11%
Ninguna	0	0%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico #2, de los 91 pacientes encuestados el 78 que corresponde 86% se cepillan dos veces al día, el 10 que corresponde el 11% tres veces al día, y el 3 que corresponde 3% una vez al día.

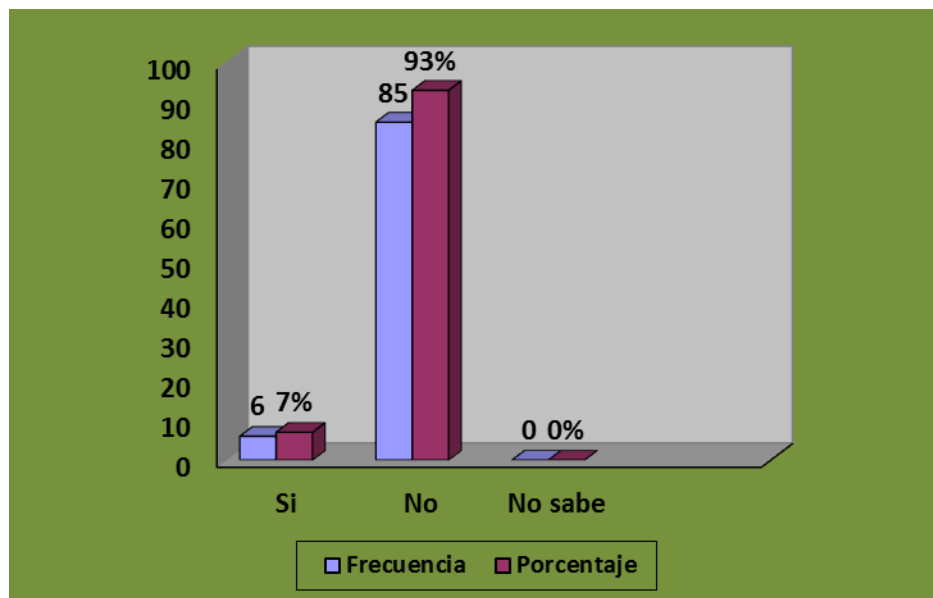
Según lo indicado en el texto de: BUTTARAVOLI Philip. Dolor dental, pericoronitis. 2^{da} edición. España 2010.pág: 193-194.cáp: 46. "***Explicar al paciente la importancia de la limpieza de cualquier partícula de comida que se acumule bajo el colgajo gingival***". Pág: 16

De los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes se cepillan los dientes dos veces al día lo que indica BUTTARAVOLI Philip la importancia de la limpieza de cualquier tipo de partículas de comida por lo menos cuatro veces al día.

GRAFICUADRO N° 3

3¿Asistió al odontólogo cuando presentó dolor al erupcionar el tercer molar?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	7%
No	85	93%
No sabe	0	0%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 3, los 91 pacientes encuestados el 85 que corresponde 93% respondieron que no asistieron con el odontólogo cuando se presentó la inflamación en la zona del tercer molar y el 6 que corresponde 7% respondieron que si asistieron.

Según lo indicado en la página web:

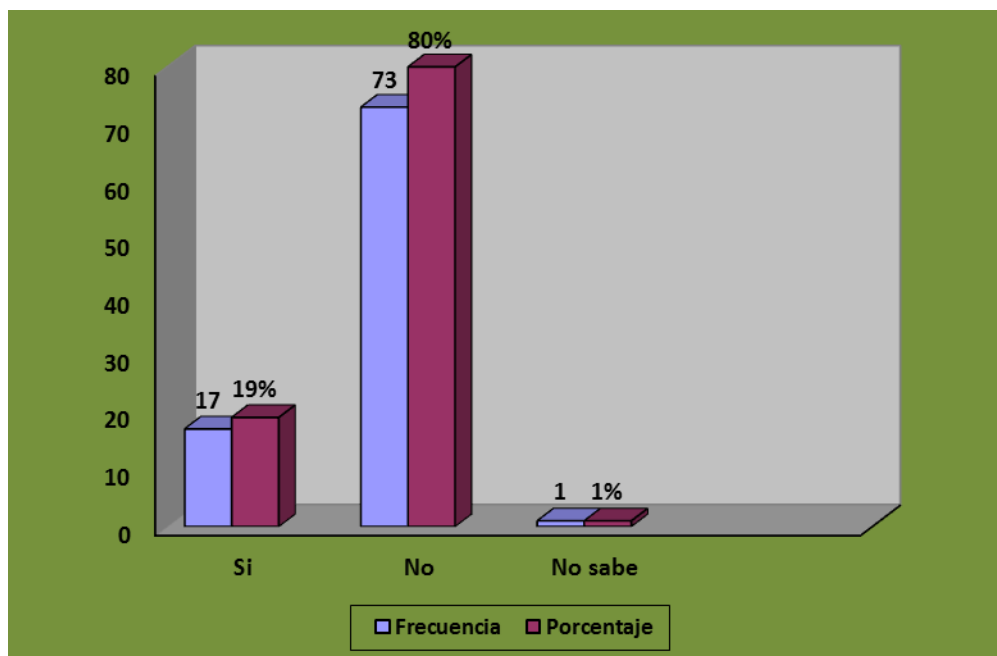
<http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>. ***“Se debe buscar ayuda odontológica si se presentan signos de gingivitis. El odontólogo examinará la boca y los dientes y buscará una gingiva blanda, inflamada y de color rojo púrpura. Los depósitos de placa y de cálculo pueden estar visibles en la base de los dientes. Las encías son usualmente indoloras o levemente sensibles.”*** Pág: 28

Según los resultados se puede determinar que la mayoría de los pacientes no asistieron con el odontólogo cuando presentaron dolor, a lo que indica la página <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>. que se debe buscar ayuda odontológica ante cualquier signos y síntomas.

GRAFICUADRO N° 4

4¿Ha tomado algún medicamento?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	19%
No	73	80%
No sabe	1	1%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico #5, de los 91 pacientes encuestados el 73 que corresponde 80% los pacientes no ha tomado ningún medicamento cuando se les presentó el primer síntoma de dolor a causa de la erupción del tercer molar, el 17 que corresponde 19% si tomaron medicamentos y el 1 que corresponde 1% no saben si tomaron o no medicamentos.

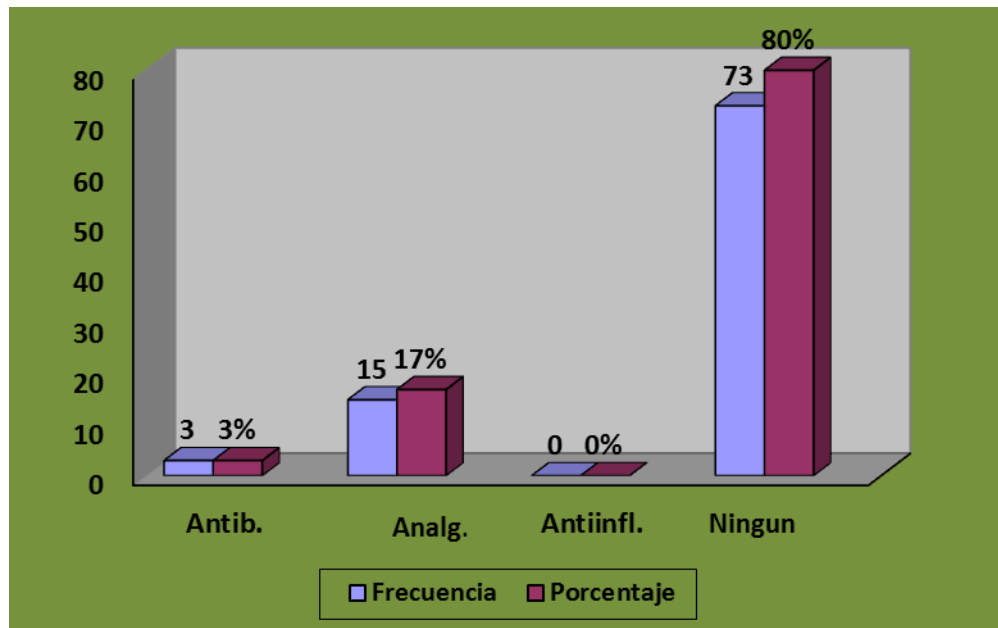
Según lo indicado en el texto: LLORENSI Mariana.(2007) Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posada. Pág: 9“ ***Por otra parte se instaurará un tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, usando el fármaco al que este acostumbrado el clínico. En caso de existir supuración, asociaremos cuanto antes un antibiótico***”. Pág: 16

Según los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes no ingirieron medicamentos al erupcionar el tercer molar, pero hubo personas que si ingirieron medicamentos, algunos sin receta médica, lo que para LLORENSI Mariana se debe utilizar el fármaco que está acostumbrado el clínico.

GRAFICUADRO N° 5

5¿Qué tipo de medicamento?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antibiótico	3	3%
Analgésico	15	17%
Antiinflamatorio	0	0%
Ninguna	73	80%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 5, de los 91 pacientes encuestados el 15 que corresponde 17% los pacientes tomaron analgésicos, el 3 que corresponde 3% antibiótico y el 73 que corresponde 80% no tomaron ningún medicamento.

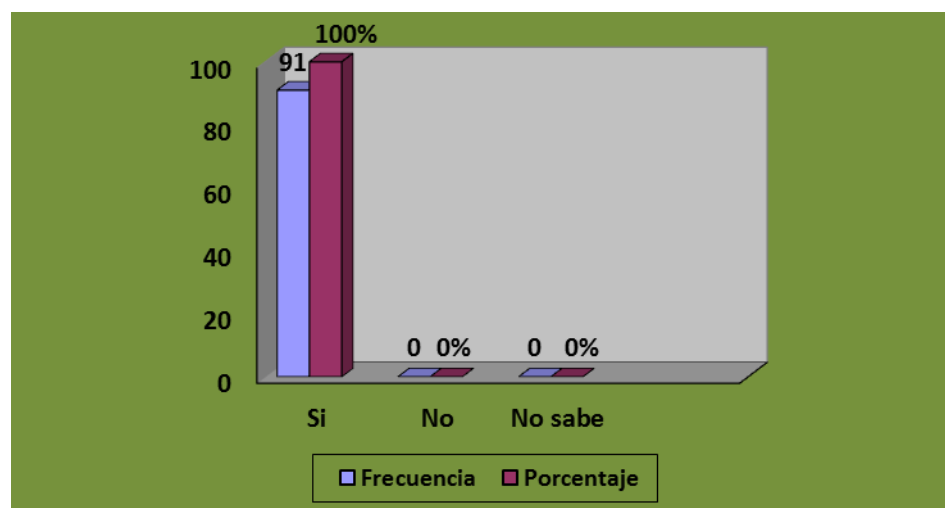
Según lo indicado en el texto: BUTTARAVOLI Philip. (2010). Dolor dental, pericoronitis. (2da edición). España..pág: 193-194.cáp: 46. ***“Cuando el problema ya no está localizado y existen signos de celulitis, prescribir penicilina”***.Pág: 16

De los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes ingirieron analgésicos para aliviar el dolor, y muchos de ellos el dolor no se desapareció, lo que indica BUTTARAVOLI Philip cuando el problema ya no está localizado se necesita tomar otro medicamento porque si hay infección e inflamación el dolor no se quita ingiriendo solo analgésicos.

GRAFICUADRO N° 6

6¿Alguna vez se le formó una inflamación en la zona del tercer molar?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	91	100%
No	0	0%
No sabe	0	0%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 6, de los 91 pacientes encuestados el 91 que corresponde 100% se les presentó inflamación en la zona del tercer molar.

Según lo indicado en la página web de:

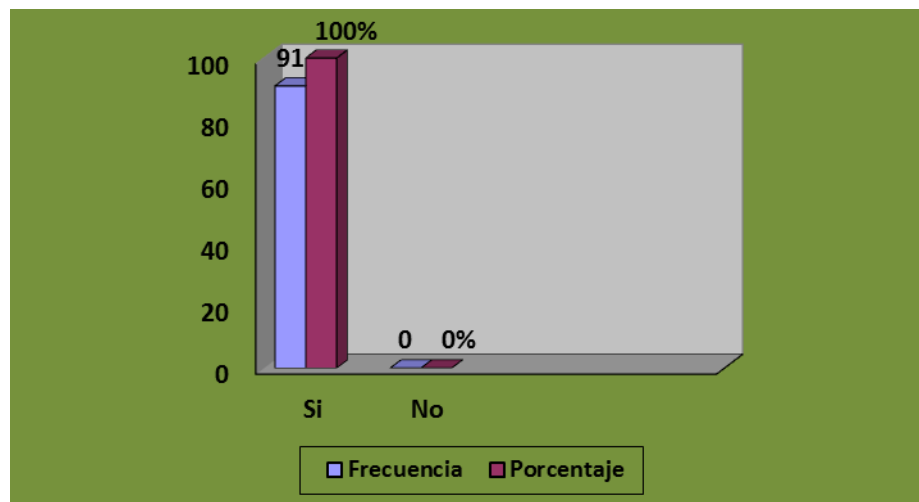
www.maxilofacial.net/cordales.html. ***“Encías inflamadas y dolorosas "Pericoronitis" es una condición incomoda que ocurre a medida que el tercer molar intenta erupcionar (salir hacia la cavidad bucal)”***. Pág: 22

De los resultados obtenidos todos los pacientes se les formó inflamación en los terceros molares, lo que indica en www.maxilofacial.net/cordales.html que al erupcionar los terceros molares existe inflamación y dolor en las encías.

GRAFICUADRO N° 7

7¿Presenta dolor al masticar?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	91	100%
No	0	0%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 7, de los 91 pacientes encuestados el 91 que corresponde 100% todos presentaron dolor al masticar.

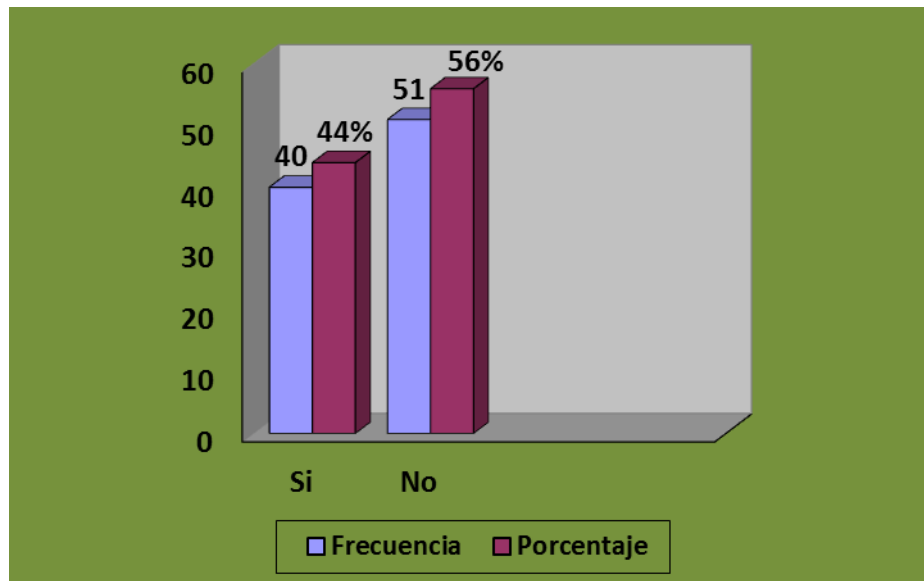
Según lo indicado en el texto de: LLORENSI Mariana. Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas, 2007. Pág 8. ***“Accidente mecánico: Cuando el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente. El diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación, traumatiza con sus cúspides esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección”***. Pág: 12

Todos los pacientes presentaron dolor al masticar, lo que indica LLORENSI Mariana que el diente antagonista al querer entrar en articulación traumatiza con su cúspide la fibromucosa que cubre al tercer molar o también por los problemas en la articulación.

GRAFICUADRO N° 8

8¿Presenta dolor al tragar?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	40	44%
No	51	56%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 8, de los 91 pacientes encuestados el 51 que corresponde 56% no presentaron dolor al tragar mientras que el 40 que corresponde 44% si presentaron dolor al tragar.

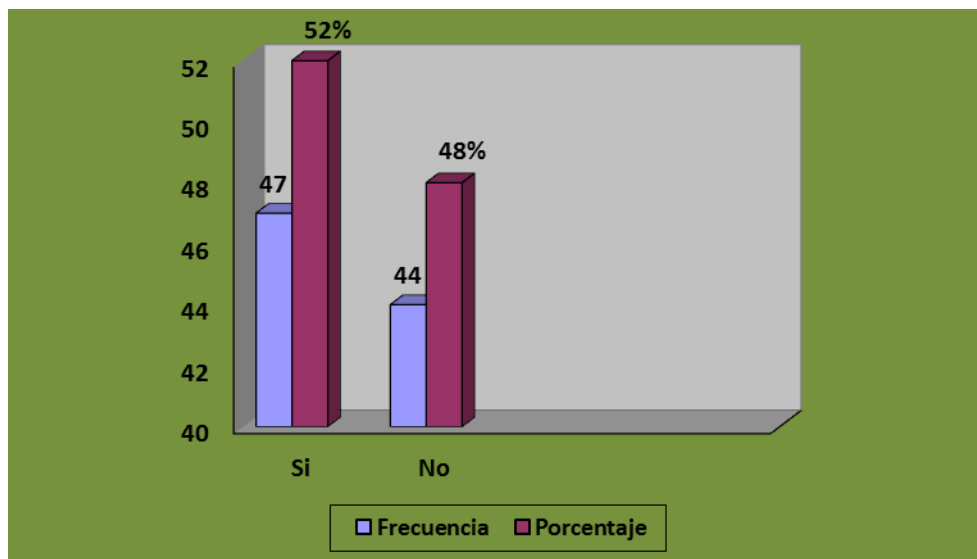
Según lo indicado en la página web: BENITA."HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009. "***La Pericoronitis aguda congestiva o serosa: Se caracteriza por acentuados a la masticación, que puede irradiarse a la faringe o la rama ascendente de la mandíbula, mucosa por detrás del molar eritematosa, cubre una parte de la corona del molar y lleva a veces la presión de la cúspide del molar antagonista, la palpación de la región es dolorosa y puede sangrar a la menor presión, puede palparse una adenopatía simple en la cadena ganglionar submandibular, que se localiza por debajo del ángulo mandibular en los terceros molares en brote***". Pag:19

Estos resultados demuestran que algunos pacientes presentaron dolor al tragar lo que indica BENITA que el dolor se puede irradiar a la faringe y es por eso el dolor al tragar es uno de los signos de la pericoronitis.

GRAFICUADRO N° 9

9¿Presenta dolor al abrir la boca?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	47	52%
No	44	48%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 91 pacientes encuestados en el gráfico y cuadro estadístico # 9, se demuestra que el 47 que corresponde el 52% los pacientes si presentaron dolor al abrir la boca y el 44 que corresponde el 48% no presentaron dolor al abrir la boca.

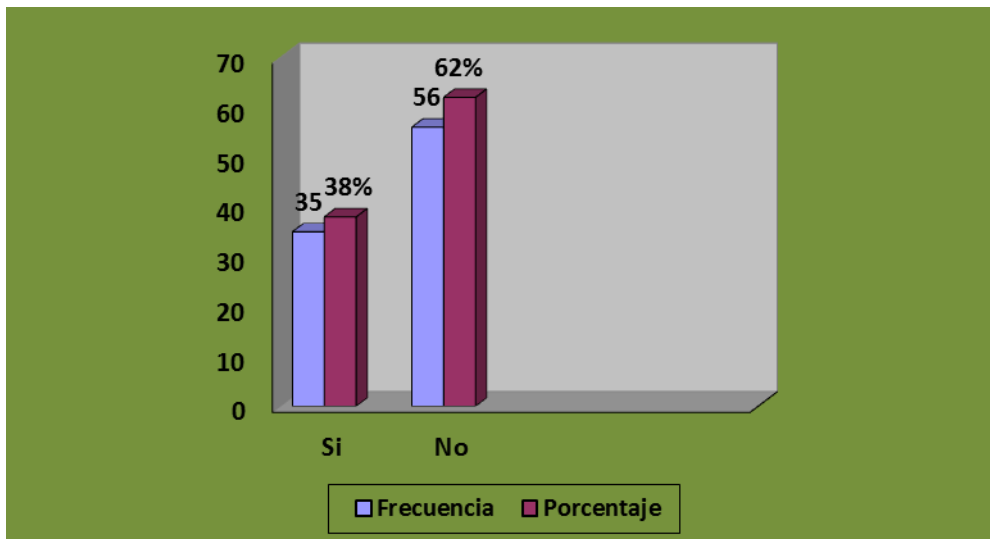
Según lo indicado en la página web: BENITA."HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009. "***La Pericoronitis crónica: Los síntomas mas atenuados son las algias (dolor) retromolares intermitentes. A veces se acompañan de trismo o limitación a la apertura bucal ligera y pasajera, pueden cursar con ausencia absoluta de síntomas o pueden ser estos pocos manifiestos, como halitosis marcada, faringitis de repetición, gingivitis tórpida, adenopatía crónica o absceso periamigdalinos unilaterales***". Pág: 20

En los resultados obtenidos indican que algunos pacientes presentaron dolor al abrir la boca lo que demuestra BENITA. que la pericoronitis cuando es crónica existe limitación a la apertura bucal.

GRAFICUADRO Nº 10

10¿Presenta dolor a nivel de oído cuello o cara?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	35	38%
No	56	62%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 10, de los 91 pacientes encuestados se demuestra que el 56 que corresponde 62% los pacientes no presentaron dolor a nivel de oído cuello o cara y el 35 que corresponde 38% si presentaron dolor a nivel de oído cuello o cara.

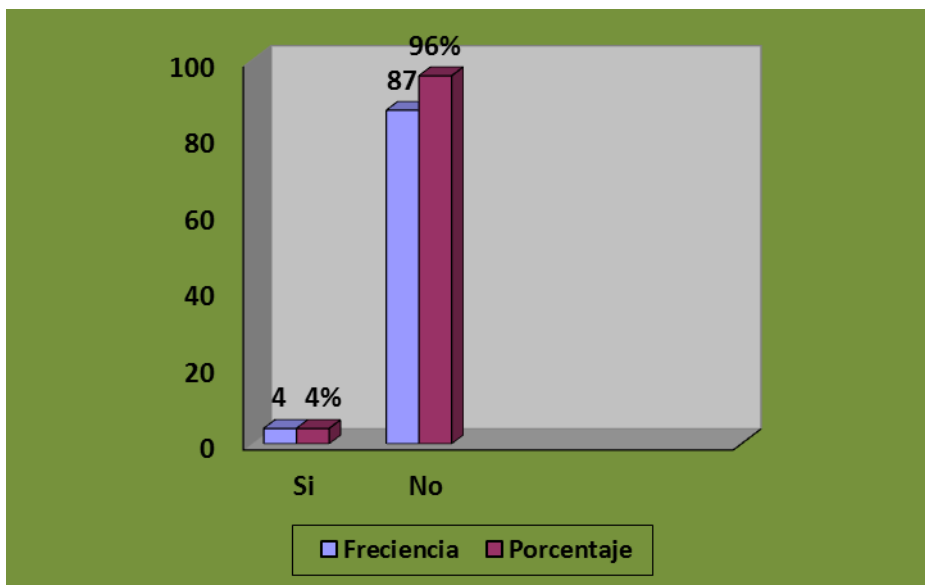
Según lo indicado en el texto de: GOMEZ GUZMAN Mauricio. Fundamentos de la Odontología. 2da edición. Bogotá 2007. pág:263. ***“Entre las manifestaciones clínicas comunes tenemos dolor y sensibilidad que se puede irradiar al oído, garganta y piso de boca”***. Pág: 13

En los resultados obtenidos indican que algunos de los pacientes si presentaron dolor a nivel del oído cuello o cara, lo que demuestra GOMEZ GUZMAN Mauricio que estos síntomas son característico de la erupción de los terceros molares.

GRAFICUADRO N° 11

11 ¿Se le hace fácil una buena higiene oral en esa área?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	4%
No	87	96%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico #11, de los 91 pacientes encuestados se demuestra que el 87 que corresponde 96% los pacientes no se les hace fácil una buena higiene oral, mientras que el 4 que corresponde 4% si se les hace fácil una higiene oral en el área del tercer molar.

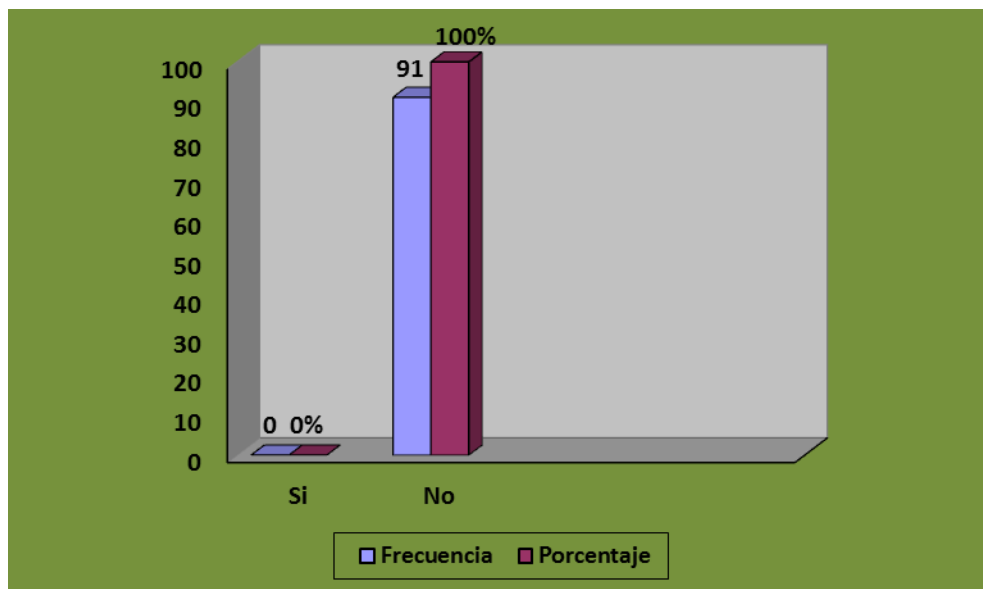
Según lo indicado en la página web: ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html "**La pericoronitis se da por acumulación de restos alimenticios y biopelícula en la zona del capuchón pericoronario, especialmente en los terceros molares inferiores. También contribuye el trauma masticatorio, la retención dental y la mala higiene oral**". Pág: 10

En los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes se les hace difícil una buena higiene oral en la zona inflamada, según [ZYAP .blogspot. com/ 2008 /09/ pericoronaritis-malposicion-dentaria.html](http://ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html), la pericoronitis se da por acumulación de restos alimenticios, es por eso que a la mayoría de los pacientes no se les hace fácil cepillarse en esa área por la presencia de la inflamación que al cepillarse les causa dolor.

GRAFICUADRO N° 12

12¿Se ha tomado radiografía dental?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	91	100%
Total	91	100%



FUENTE: Encuesta a los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 12, de los 91 pacientes encuestados se demuestra que el 91 que corresponde 100% no se han tomado radiografías, cuando se les presentaron dolor al erupcionar el tercer molar.

Según lo indicado en el texto: MORPHOL Int. J.. Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile. Temuco sep. 2009. v.27 n.3. ***“El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar permite la clasificación de la impactación”***. Pág: 42

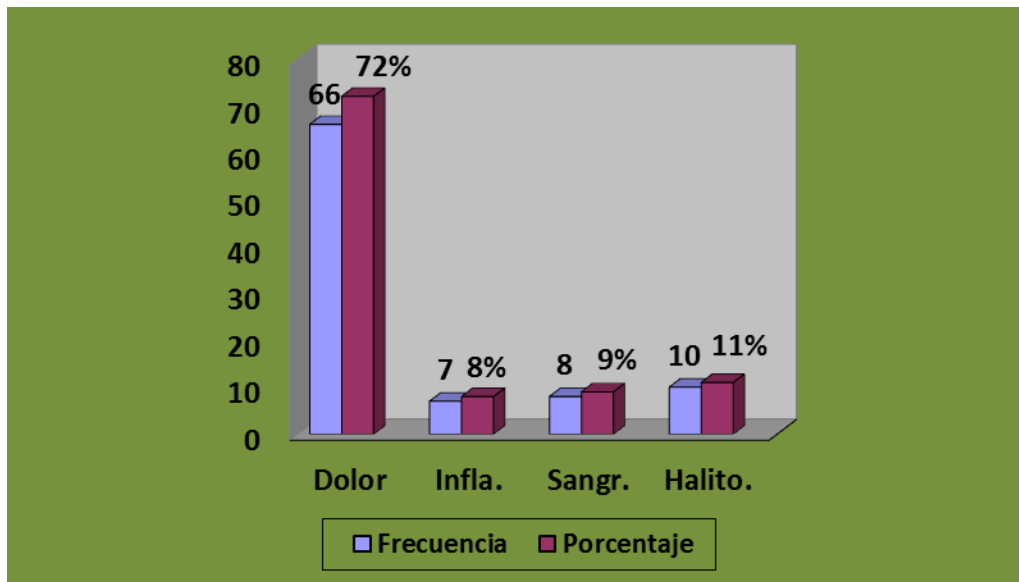
Este resultado obtenido determina que todos los pacientes no se tomaron radiografías dentales ya que para MORPHOL Int. J, las radiografías son importantes porque nos confirman la presencia de la mala posición del tercer molar en erupción.

7.1.2.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LAS HISTORIAS CLÌNICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO N° 1

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor	66	72%
Inflamación	7	8%
Sangrado	8	9%
Halitosis	10	11%
Total	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 1, de las historias clínicas realizadas a los 91 pacientes el 66 que corresponde 72% el motivo de la consulta fue por dolor, el 7 que corresponde 8% por inflamación, el 8 que corresponde 9% por sangrado y el 10 que corresponde 11% por Halitosis (mal olor).

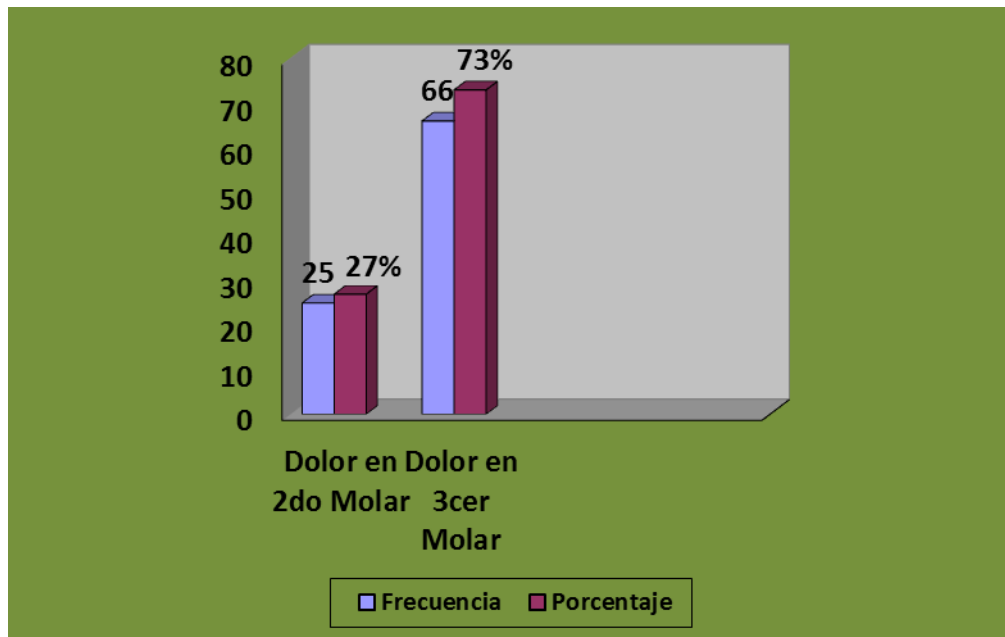
Según lo que indican en la página web: www.maxilofacial.net/cordales.html. ” ***La presión que estos molares ejercen sobre los dientes vecinos produce dolor que se puede irradiar a otras zonas de la boca, cara y cráneo***”. Pág: 21

Según los resultados obtenidos en la mayoría de los pacientes el motivo de la consulta fue por dolor lo que demuestra en www.maxilofacial.net/cordales.html que los terceros molares al erupcionar en una mala posición provoca dolor sobre el diente vecino.

GRAFICUADRO N° 2

2.- ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor en el 2do Molar	25	27%
Dolor en el 3cer Molar	66	73%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente gráfico y cuadro estadístico #2, de los 91 pacientes a los que se les realizaron historias clínicas el 66 que corresponde 73% comunicaron que el problema que se les presentaban era en la zona del tercer molar, el 25 que corresponde 27% indicaron que el dolor era en el segundo molar.

Según lo indicado en la página web:

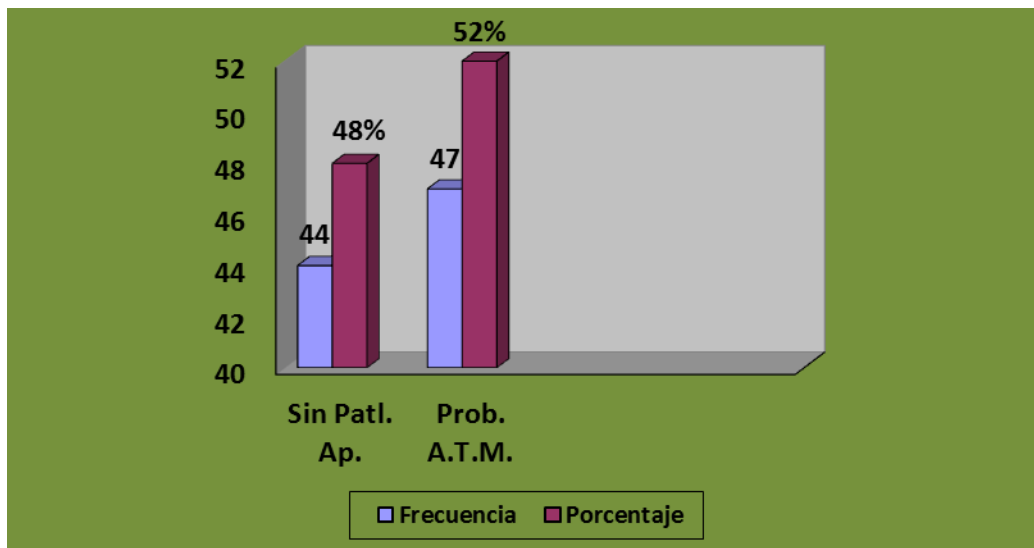
www.maxilofacial.net/cordales.html. "***Las cordales son los últimos dientes en erupcionar estos pueden erupcionar parcialmente, hacerlo en una posición inadecuada o quedarse completamente retenidos dentro del hueso***".Pág: 21

Según los resultados obtenidos se demuestra que no todos los pacientes estaban seguros de que el dolor era por la erupción del tercer molar. Lo cual indica en www.maxilofacial.net/cordales.html que los terceros molares pueden erupcionar parcialmente o quedarse retenidos, lo que confunde a los pacientes el origen de la muela afectada.

GRAFICUADRO N° 3

3.- PROBLEMAS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN PATOLOGÍA APARENTE	44	48%
PROBLEMAS EN EL A.T.M	47	52%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De los resultados obtenidos en el presente gráfico y cuadro estadístico #3 de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, el 47 que corresponde 52% presentaron problemas en la A.T.M. Mientras que el 44 que corresponde 48% no presentaron ningún problema.

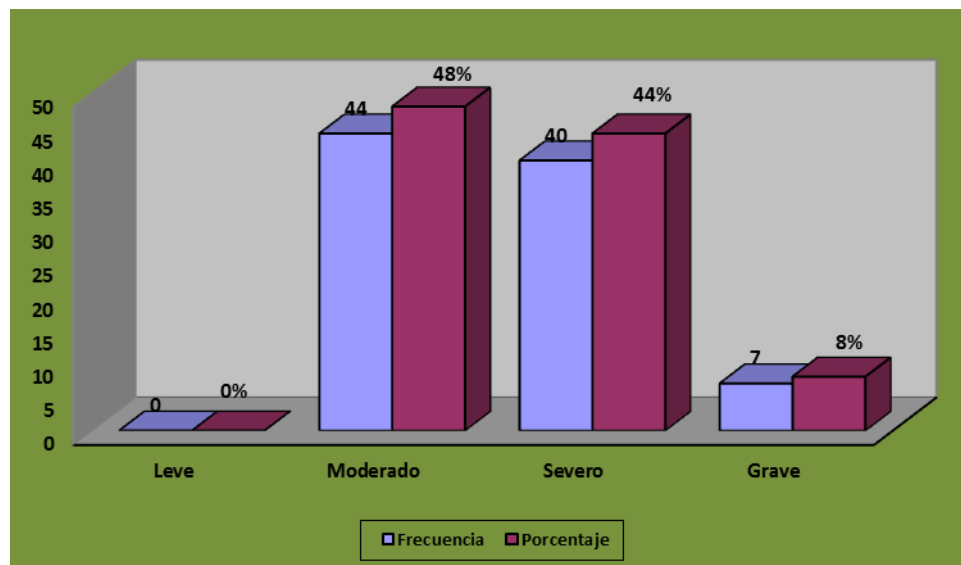
Según lo indicado en el texto de: VARGAS John Jairo.(2006) Dolor y cuidados paliativos. Medellín Colombia.pág:152. ***“los trastornos del A.T.M. “Producen dolor o artralgia, que se suelen acompañar de cambios inflamatorios, punto gatillo y acumulación de líquido articular o efusiones”***. Pág: 34

Según los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes, presentaron problemas en el A.T.M, lo que indica VARGAS John Jairo, que uno de los síntomas de los problemas del A.T.M es el dolor o artralgia.

GRAFICUADRO N° 4

4.- SINTOMATOLOGÍA DEL DOLOR

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	0	0%
MODERADO	44	48%
SEVERO	40	44%
GRAVE	7	8%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente gráfico y cuadro estadístico #4, de los 91 pacientes a que se les realizó historias clínicas, el 44 que corresponde 48% presentaron dolor moderado, el 40 que corresponde 44% presentaron dolor severo, y mientras que el 7 que corresponde 8% presentaron dolor grave.

Según lo indicado en el texto de: BENALIEL Rafael. Dolor orofacial y cefalea. edicionesHarcourt. España 2011.pág: 85. ***“El dolor, que puede ser intenso, suele localizarse en el extremo distal del arco de los dientes en la mandíbula inferior. El dolor es espontáneo y puede exacerbarse al cerrar la boca. En los casos graves, el dolor se agrava con la deglución y limita la apertura de la boca”***. Pág: 12

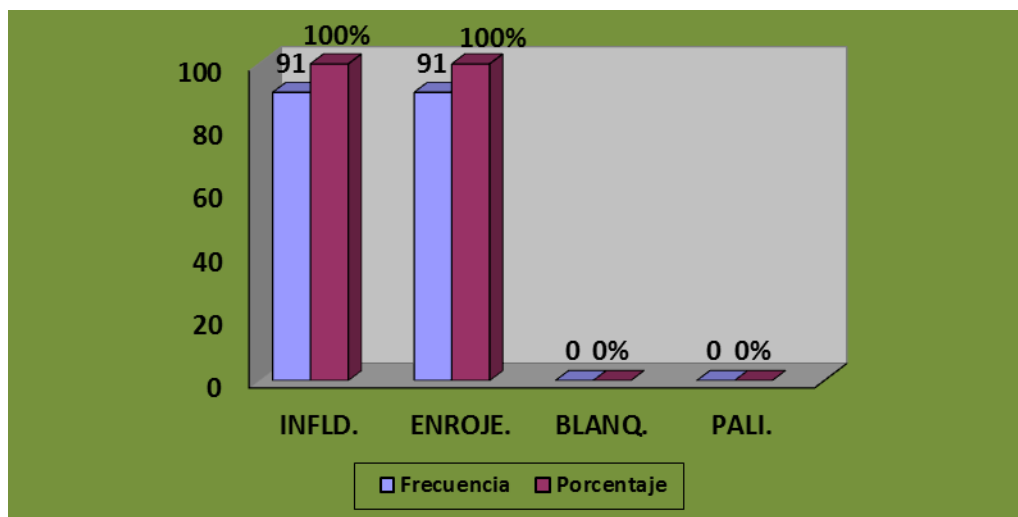
Según los resultados obtenidos se puede determinar que los pacientes pueden presentar diferentes tipos de dolor de acuerdo a la gravedad de erupción del tercer molar lo que indica BENALIEL Rafael que los dolores pueden ser desde lo más intenso hasta lo más grave.

GRAFICUADRO N° 5

5.- OBSERVACION CLÍNICA DEL TERCER MOLAR EN PROCESO DE ERUPCIÓN:

A) ENCÍA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inflamada	91	100%
Enrojecida	91	100%
Blanquesina	0	0%
Pàlida	0	0%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El siguiente resultado obtenido en el presente gráfico y cuadro estadístico # 5, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas el 91 que corresponde 100% presentaron encías rojas e inflamadas por la erupción del tercer molar.

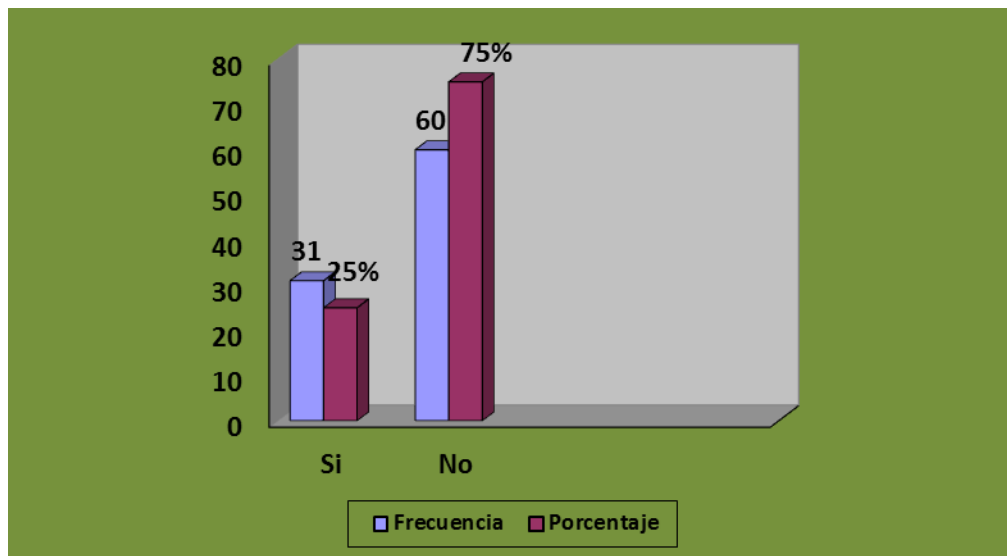
Según lo indicado en el texto de: BENALIEL Rafael. Dolor orofacial y cefalea. edicionesHarcourt. España 2011.pág: 85.” ***Los terceros molares son los dientes afectados con más frecuencia. Entre los síntomas se incluyen dolor y sensibilidad localizados y, en ocasiones, fiebre y malestar. El eritema y el edema son fácilmente aparentes en la exploración y suele encontrarse un ganglio linfático submandibular aumentado de tamaño***”. Pág: 8

En los resultados obtenidos se puede determinar que todos los pacientes presentaron las encías inflamadas y enrojecidas lo que demuestra BENALIEL Rafael que la inflamación y enrojecimiento son fácilmente visibles en la exploración cuando los terceros molares están en proceso de erupción.

GRAFICUADRO N° 6

B) ROSTRO INFLAMADO

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31	25%
No	60	75%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 6, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, el 60 que corresponde 75% los pacientes no presentaron inflamación en el rostro y el 31 que corresponde 25% si presentaron inflamación en el rostro al erupcionar el tercer molar.

Según lo indicado en el texto de:

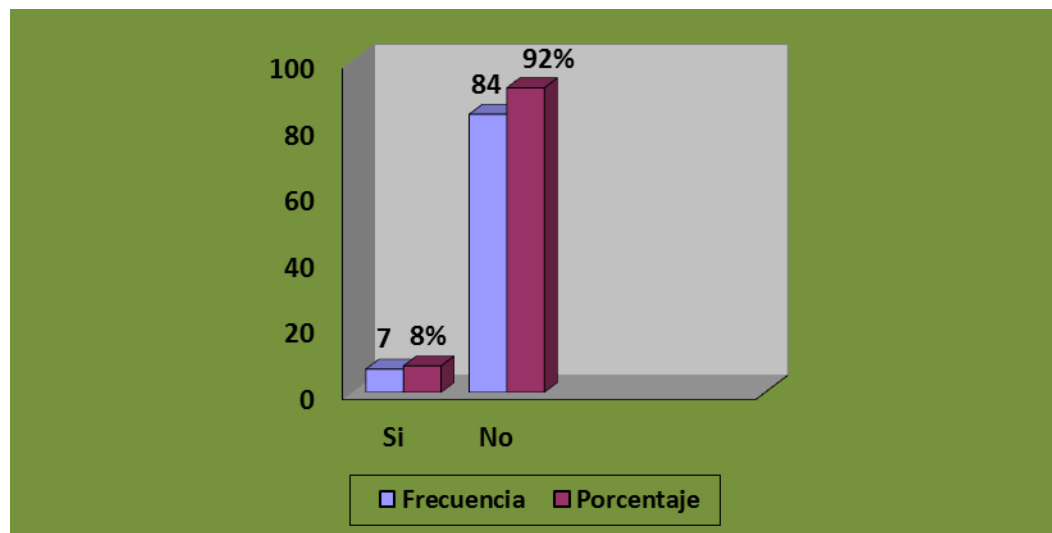
GOMEZ GUZMAN Mauricio. Fundamentos de la Odontología. 2^{da} edición. Bogotá 2007. pág:263. ***“En las manifestaciones clínicas comunes tenemos el aumento de volumen por exudado inflamatorio, alteración en el contorno de la mejilla y ángulo de la mandíbula, dependiendo de la evolución y extensión de la lesión”***. Pág: 13

En los resultados obtenidos la mayoría de los pacientes presentaron inflamación a nivel del rostro. Lo que demuestra GOMEZ GUZMAN Mauricio que el aumento de volumen en el contorno de la mejilla es uno de las manifestaciones clínicas de la pericoronitis.

GRAFICUADRO N° 7

C) FIEBRE

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	8%
No	84	92%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 7 de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas se demuestra que el 84 que corresponde 92% los pacientes no presentaron fiebre y el 7 que corresponde 8% si tenían fiebre.

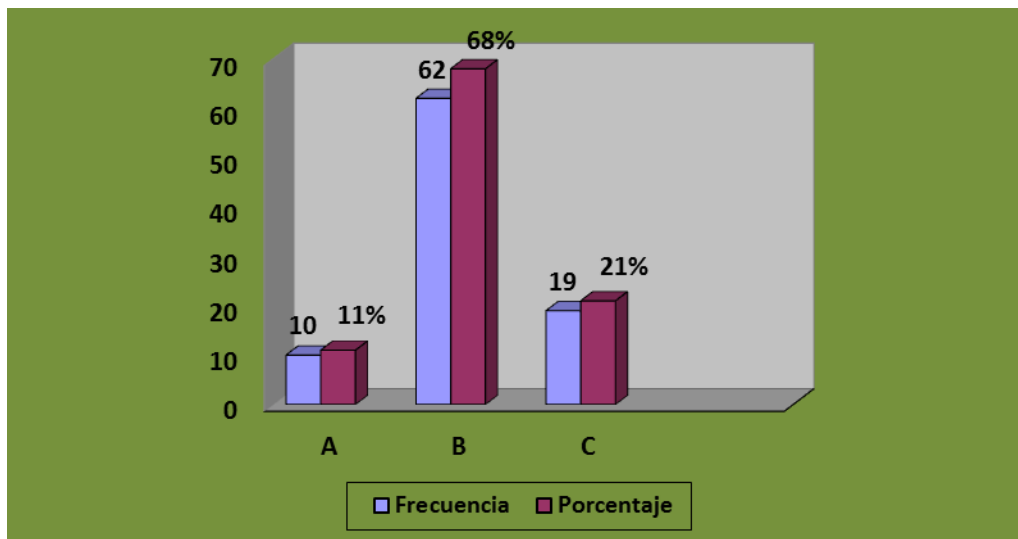
Según lo indicado en el texto de: BENALIEL Rafael. Dolor orofacial y cefalea. edicionesHarcourt. España 2011.pág: 85. ***“Tras la exploración, el opérculo se muestra inflamado de forma aguda y con frecuencia puede verse una muesca en el diente opuesto sobre el colgajo gingival tumefacto. En ocasiones hay fiebre, malestar y limitación de apertura bucal”***. Pág: 12

Según los resultados obtenidos algunos pacientes presentaron fiebre, lo que demuestra que para BENALIEL Rafael la pericoronitis en ocasiones suele aparecer la fiebre.

GRAFICUADRO N° 8

D) PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Erupcionado	10	11%
Parcialmente erupcionado	62	68%
No ha erupcionado	19	21%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el siguiente gráfico y cuadro estadístico # 8 , de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, el 62 que corresponde 68% los terceros molares se encontraban parcialmente erupcionados, El 19 que corresponde 21% no se encontraban erupcionado y el 10 que corresponde 11% si se encontraban erupcionado.

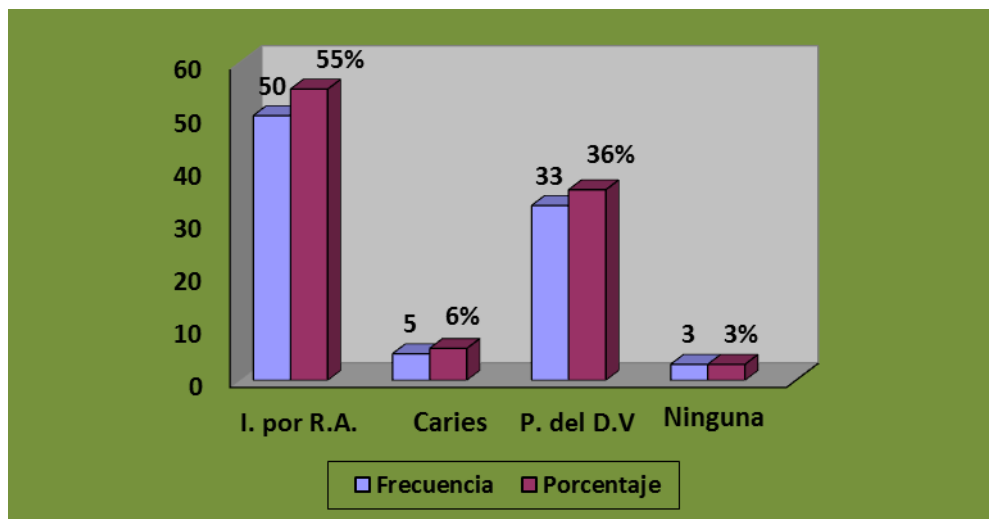
Según lo indicado en el texto de: HOLLY W. Davis. (2009). Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatrias.(5ta edición). España .pág:774. ***“La pericoronitis es una infección bacteriana de los tejidos blandos gingivales que rodean a la corona o a un diente que ha erupcionado de forma parcial.”***. Pág: 8

Este resultado demuestra que la pericoronitis en los pacientes se presentó más por la erupción incompleta del tercer molar, lo que indica HOLLY W. Davis que la pericoronitis es común en los terceros molares que no erupcionan completamente.

GRAFICUADRO N° 9

E) PRESENCIA DE DOLOR POR:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección por restos alimenticios	50	55%
Caries	5	6%
Presión sobre el diente vecino	33	36%
Ninguna	3	3%
Total	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 9, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, el 50 que corresponde 55% presentaron dolor por la acumulación de restos alimenticios, el 33 que corresponde 36% por presión del diente vecino, el 5 que corresponde 6% por caries y el 3 que corresponde 3% por ninguna de los síntomas anteriores.

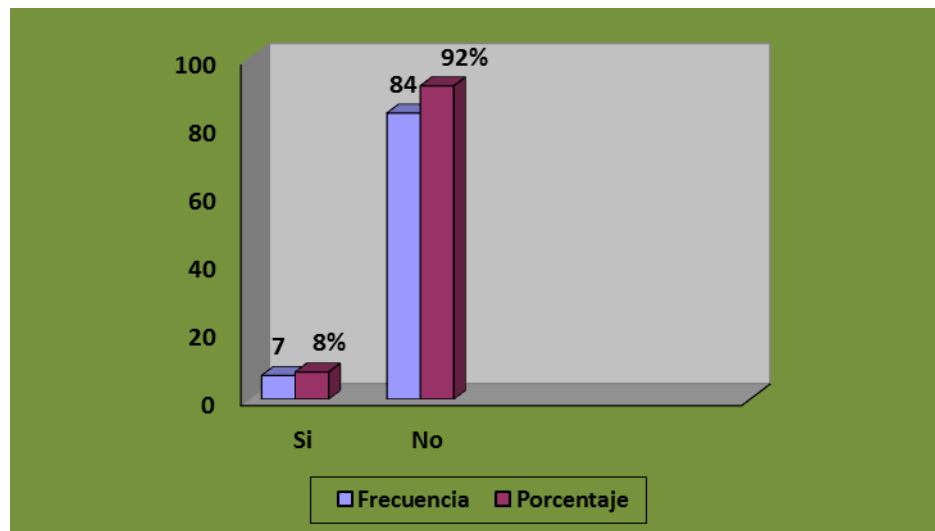
Según lo indicado en la página web: ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html. ***“La etiología de la pericoronitis es por la acumulación de restos alimenticios y biopelícula en la zona del capuchón pericoronario, especialmente en los terceros molares inferiores. También contribuye el trauma masticatorio, la retención dental y la mala higiene oral”***. Pág: 10

Según los resultados obtenidos de los pacientes, el gran porcentaje del dolor se debe por la acumulación de restos alimenticios, lo que indica en: [ZYAP .blogspot.com/2008 /09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html](http://ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html) que la pericoronitis una de las causas más común es por la acumulación de restos alimenticios en la zona del capuchón dentario.

GRAFICUADRO Nº 10

F) PRESENCIA DE PUS

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	8%
No	84	92%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 10, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, el 92 que corresponde 84% los pacientes no presentaron pus y el 7 que corresponde el 8% si presentaron pus.

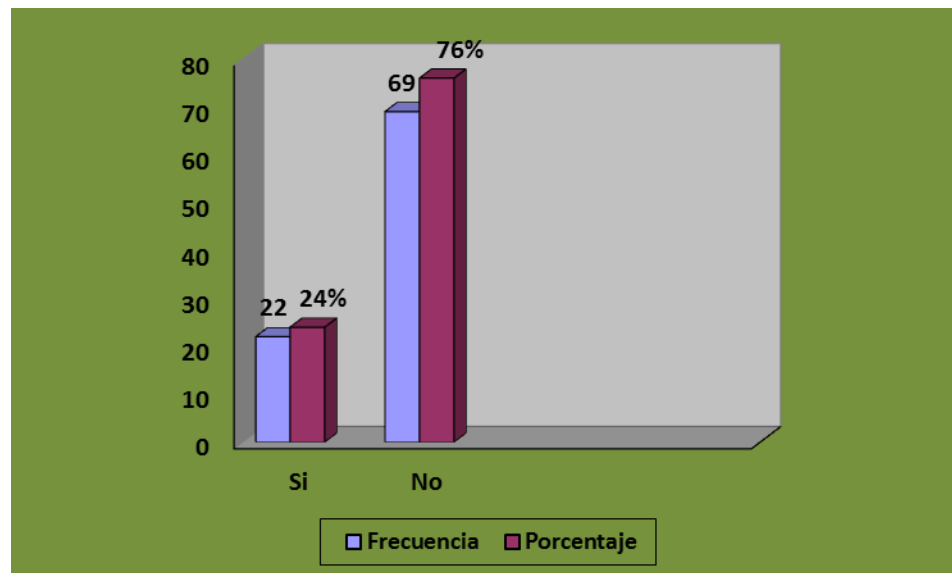
Según lo indicado en la página web: BENITA."HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009. ***“El diente esta cubierto de una mucosa eritematosa y edematosa sensible a la presión que a veces deja salir una o dos gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón”***. Pág: 20

Según los resultados obtenidos ciertos pacientes se les observó la presencia de pus, lo que indica BENITA que el diente al estar inflamada y enrojecida a veces existe pus.

GRAFICUADRO N° 11

G) IRRITACIÓN TRAUMÁTICA DE LA MUCOSA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	24%
No	69	76%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 11, se demuestra que el 69 que corresponde 76% los pacientes no presentaron irritación traumática de la mucosa, mientras que el 22 que corresponde 24% si presentaron irritación traumática.

Según lo indicado en la página web:ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html. ***“La pericoronitis se produce también por irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior, por las cúspides del molar superior, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión de microorganismos”***. Pág: 10

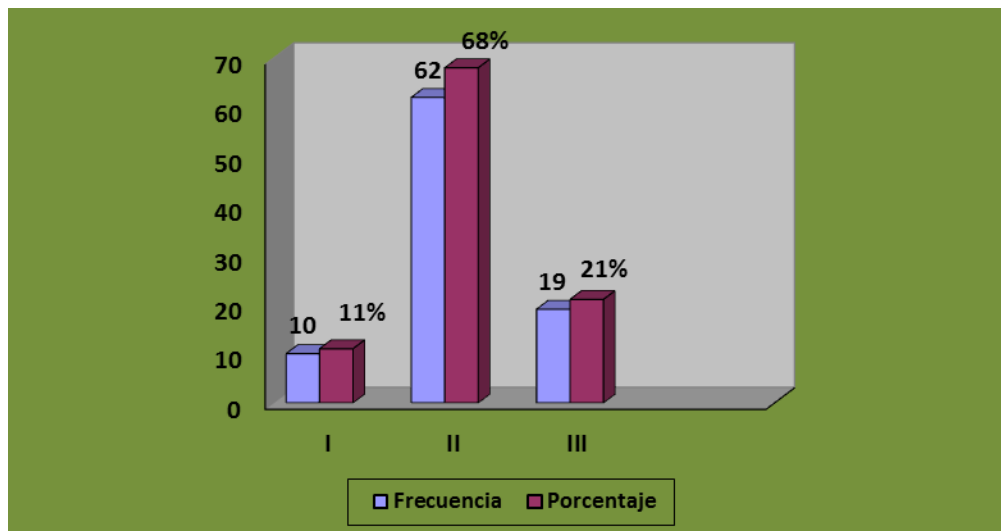
En los resultados obtenidos se puede determinar que algunos pacientes mostraron irritación traumática de la mucosa, lo que indica en ZYAP.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html que la pericoronitis también se presenta irritación de la mucosa.

GRAFICUADRO N° 12

6.- OBSERVACIÓN RADIOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR EN PROCESO DE ERUPCION:

A) CLASE DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Erupcionado	10	11%
Parcialmente erupcionado	62	68%
No ha erupcionado	19	21%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 12, de los 91 pacientes a los que se les realizó las historias clínicas el 62 que corresponde 68% el tercer molar se encuentra parcialmente erupcionado y el 19 que corresponde 21% no se encuentra erupcionado mientras que el 10 que corresponde 11% se encuentra ya erupcionado.

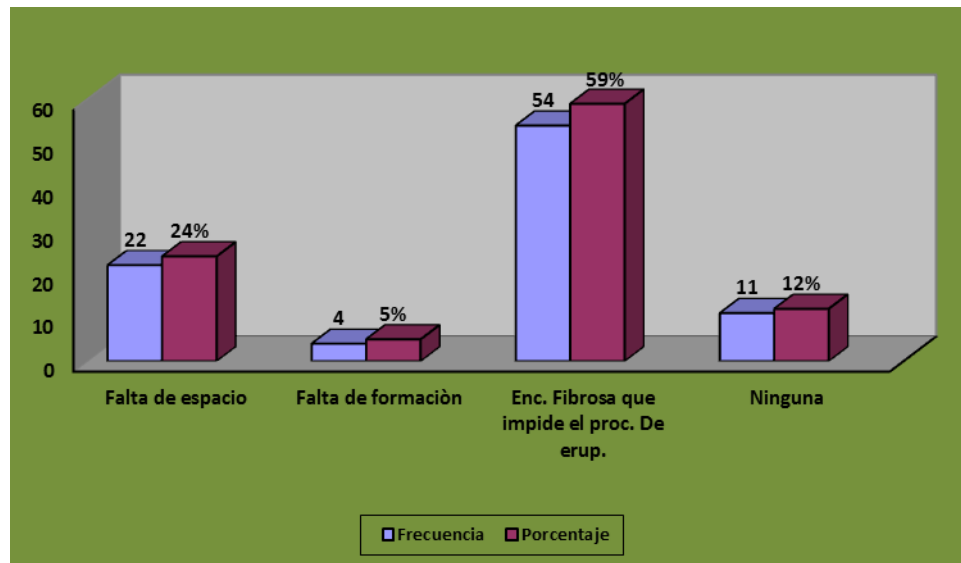
Según lo indicado en el texto de: MYRON R. (2010). Cirugía oral y maxilofacial contemporáneo(. 5ta edición). España.pág: 154” ***Cuando un diente se encuentra parcialmente retenido con una gran cantidad de tejido blando sobre la superficie axial y oclusal, el paciente tiene con frecuencia uno o más episodios de pericoronitis***”. Pág: 9

Según los resultados obtenidos, un alto porcentaje tiene el tercer molar parcialmente erupcionado, lo que indica MYRON R la pericoronitis se presenta más en los dientes que no han erupcionado totalmente.

GRAFICUADRO N° 13

B) RETENCIÓN POR:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falta de espacio	22	24%
Falta de formación	4	5%
Encía muy fibrosa que impide la erupción	54	59%
Ninguna	11	12%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 13, de los 91 pacientes a los que se les realizó las historia clínicas el 54 que corresponde 59% nos muestra que la retención se da por la presencia de encía muy fibrosa que impide la erupción, el 22 que corresponde 24% la retención se da por la falta de espacio, el 4 que corresponde 5% por falta de formación y el 11 que corresponde 12% por ninguna de éstas patologías.

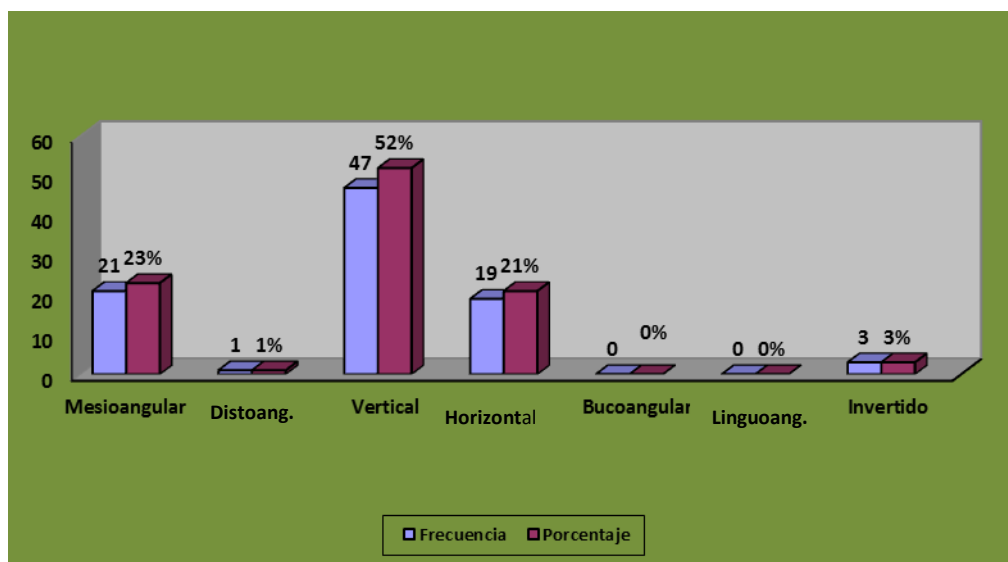
Según lo indicado en la página web: [http:// www. Clínica doctora colik. com.ar/retencion.htm](http://www.Clinica.doctora.colik.com.ar/retencion.htm). ***“Las causas del diente impactado son numerosas tales como: Mal posición de la pieza que no la permite erupcionar, Poca fuerza para que erupcione, Presencia de piezas dentarias supernumerarias, Falta de espacio, Encía muy fibrosa que impide la erupción o presencia de quistes o tumores”***. Pág: 31

Según los resultados obtenidos se puede determinar en los pacientes que la retención en la mayoría se inició por la presencia de la encía fibrosa que impedía la erupción del tercer molar, lo que demuestra en [http:// www. Clinica doctora colik.com.ar/ retencion.htm](http://www.Clinica.doctora.colik.com.ar/retencion.htm), una de las causas del diente impactado se debe por la encía que está muy fibrosa y no deja que el tercer molar erupcione completamente.

GRAFICUADRO N° 14

C) POSICION DEL TERCER MOLAR EN RELACIÓN AL EJE AXIAL DEL SEGUNDO MOLAR:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mesiangular	21	23%
Distoangular	1	1%
Vertical	47	52%
Horizontal	19	21%
Bucoangular	0	0%
Linguoangular	0	0%
Invertido	3	3%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el gráfico y cuadro estadístico # 14, de los 91 pacientes a los que se les realizó historias clínicas, el 47 que corresponde 52% los terceros molares estaban en sentido verticales, el 21 que corresponde 23% se encontraban mesioangulados, el 19 que corresponde 21% horizontales, el 3 que corresponde 3% invertidos y el 1 que corresponde 1% en sentido distoangular, mientras que ninguno se encontraron que estaban en posición bucoangular ni linguoangular.

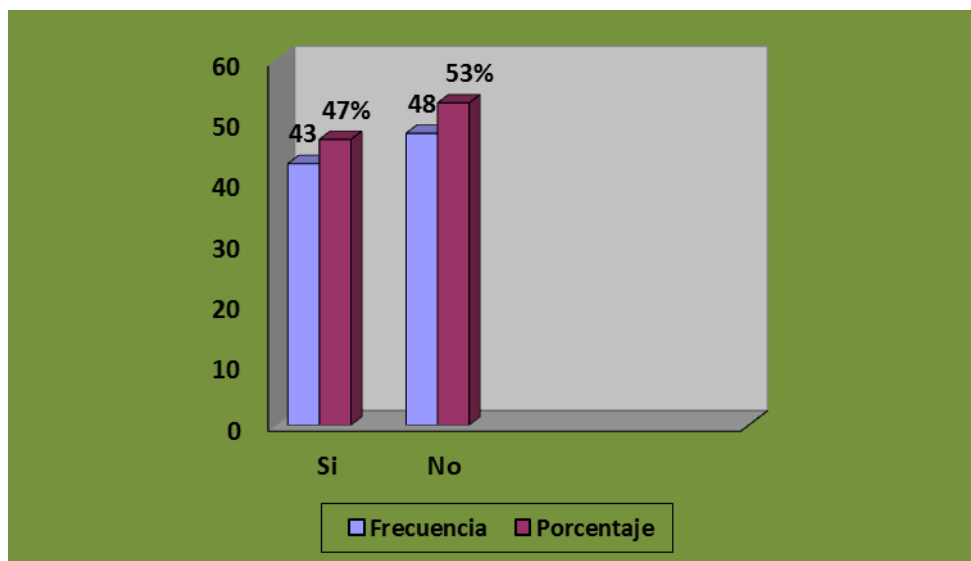
Según lo indicado en el texto de: MORPHOL Int. J.. Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile. Temuco sep. 2009. v.27 n.3. ***El estudio radiológico de la posición anatómica del tercer molar permite la clasificación de la impactación, considera la posición del tercer molar en relación con el eje axial del segundo: Mesioangular, Distoangular, Vertical, Horizontal, Bucoangular, Linguoangular e Invertido.*** Pág: 42

Según los resultados obtenidos, indican que en el mayor porcentaje de los pacientes, los terceros molares estaban en sentido vertical, para MORPHOL Int. J, existen diferentes tipos de impactaciones.

GRAFICUADRO N° 15

D) PRESENCIA DEL TEJIDO BLANDO INFLAMADO

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	43	47%
No	48	53%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El gráfico y cuadro estadístico # 15, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas sobre la presencia de inflamación de los tejidos blandos observado mediante una radiografía, el 48 que corresponde 53% no presentaron inflamación de los tejidos blandos, mientras que el 43 que corresponde 47% si presentaron inflamación.

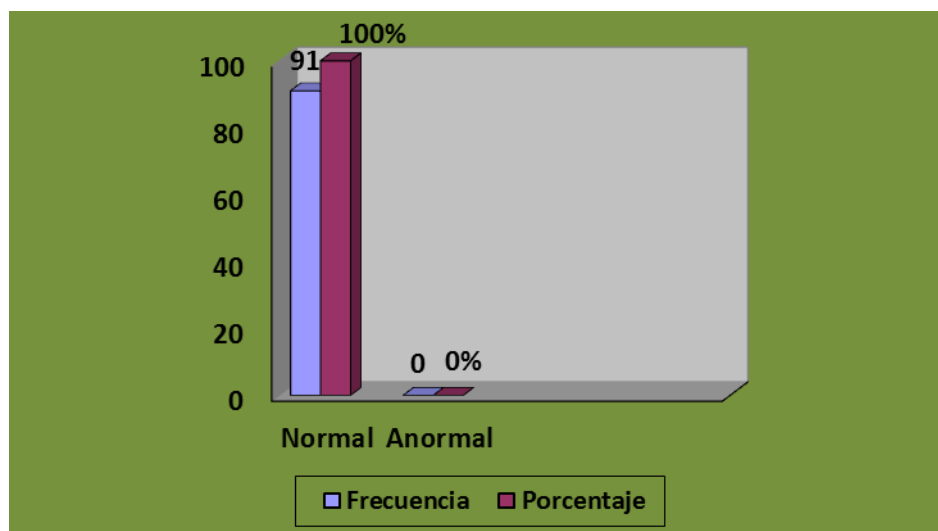
Según lo indicado en el texto: MYRON R. (2010). Cirugía oral y maxilofacial contemporáneo(5ta edición). España.pág: 154.“***La pericoronitis es una infección del tejido blando que rodea la corona de un diente parcialmente retenido y suele estar causada por la flora oral normal. Para la mayoría de los pacientes, las bacterias y las defensas del huésped mantienen un delicado equilibrio, pero incluso unas defensas normales del huésped no pueden eliminar las bacterias***”. Pág:9

Conforme a los resultados un cierto porcentaje de los pacientes presentaron tejido inflamado, debido a que el tercer molar superior al entrar en la articulación con el tercer molar inferior que se encuentra parcialmente erupcionado traumatiza con sus cúspides la fibromucosa del tercer molar inferior y es por eso que el tejido blando se empieza a inflamar, lo que para MYRON R. en la pericoronitis existe infección de los tejidos blando por acumulación de bacterias.

GRAFICUADRO N° 16

E) PRESENCIA DEL TEJIDO OSEO:

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	91	100%
Anormal	0	0%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la Historias Clínicas realizadas a los 91 pacientes, en el gráfico y cuadro estadístico # 16, el 91 que corresponde 100% de los pacientes presentan un tejido óseo normal.

Según lo indicado en la página web: <http://medlineplus.gov/spanish>.9 diciembre 2011. ***“Es posible que el diente impactado no cause problemas para algunas personas y quizás nunca requiera tratamiento. Cuando el diente impactado en realidad está causando síntomas, el tratamiento generalmente es eficaz. Con frecuencia, es preferible hacerse extraer las cordales antes de la edad de 30 años debido a la flexibilidad del hueso que permite una extracción más fácil y una mejor cicatrización. A medida que la persona envejece, el hueso se vuelve más rígido y se pueden presentar complicaciones”***. Pág:33-34

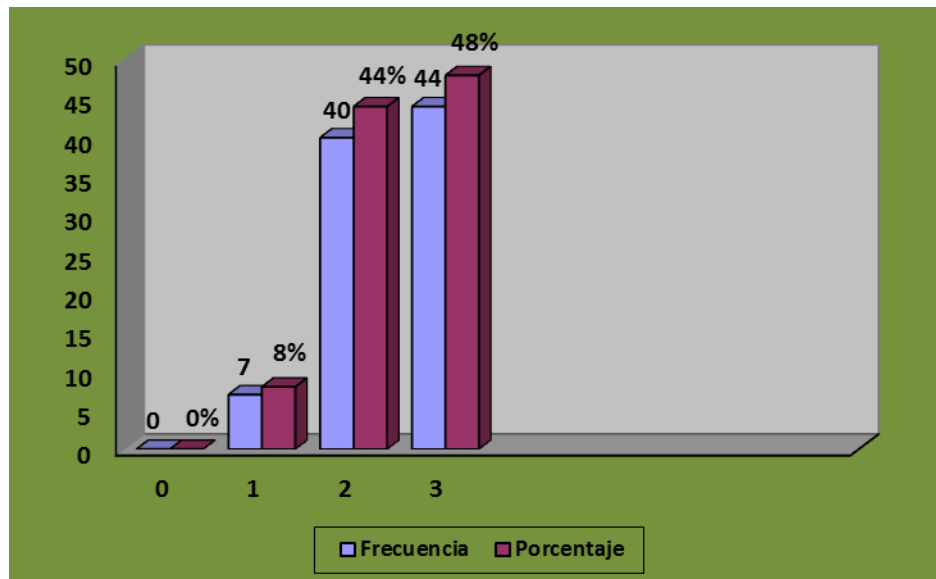
De los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes el tejido óseo está normal, ya que mediante un buen diagnóstico con la ayuda de una radiografía, el Odontólogo puede darse cuenta si existen complicaciones en el hueso para poder realizar la extracción del tercer molar que está causando molestias, debido a la mala posición o retención dentaria, lo que demuestra en <http://medlineplus.gov/spanish>.9 diciembre 2011. Se debe extraer los terceros molares en una edad temprana por la flexibilidad de los huesos.

GRAFICUADRO N° 17

7.- HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

ÍNDICE DE PLACA

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	0	0%
1	7	8%
2	40	44%
3	44	48%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las Historias Clínicas realizadas a los 91 pacientes en el siguiente gráfico y cuadro estadístico # 17, el 44 que corresponde 48% tiene un índice de placa tres; 40 que corresponde 44% tienen un índice de placa dos; 7 que corresponde 8% tienen un índice de placa uno.

Según lo que indica en la página web: <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>. ***“Se llama placa bacteriana a las masas de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y que se fijan a los dientes. Algunos tipos de placa bacteriana causan las caries dentales. Otros tipos de placa causan enfermedades de las encías. Las encías rojas, hinchadas o sangrantes (gingivitis) pueden ser las primeras señales de una enfermedad de las encías”***. Pág:25

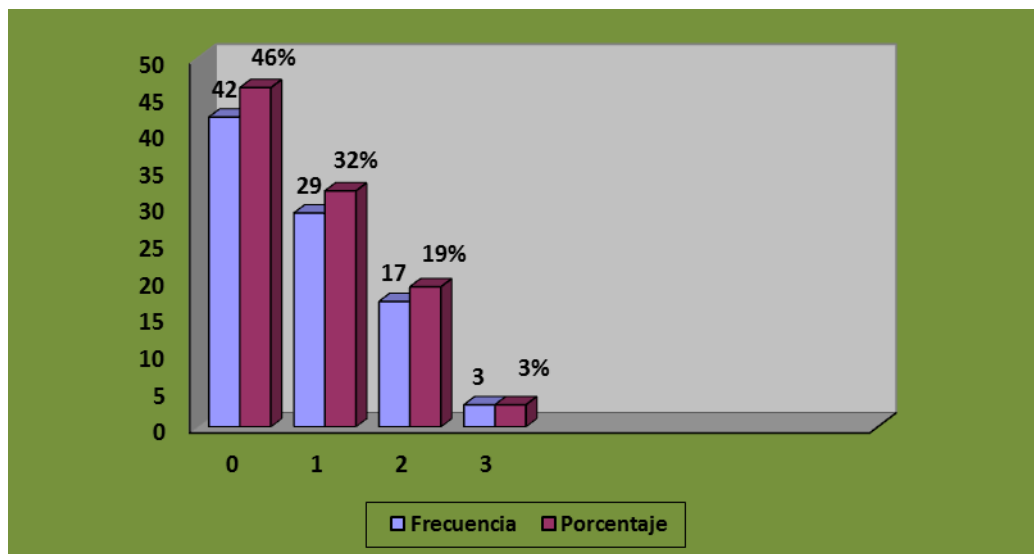
Según de los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes presenta un índice de placa tres, lo que para la <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>, la placa bacteriana dental puede causar enfermedades de las encías,

GRAFICUADRO N° 18

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

ÍNDICE DE CÁLCULO

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	42	46%
1	29	32%
2	17	19%
3	3	3%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las Historias Clínicas realizadas a los 91 pacientes en el siguiente gráfico y cuadro estadístico # 18, el 42 que corresponde 46% tiene un índice de cálculo cero; 29 que corresponde 32% tiene un índice de cálculo uno; 17 que corresponde 19% tiene un índice de cálculo dos; 3 que corresponde 3% tiene un índice de cálculo tres.

Según lo que indica en la página web: <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>. “ ***La placa dental entre el segundo día y segunda semana hay un crecimiento en grosor de las colonias (cálculo) y una diferenciación y organización de forma que en la capa interna se hace más compacta y se agrupan los cocos y bacilos y en la capa externa, siendo menos compacta que la anterior, se localizan los filamentos***”. Pág:26

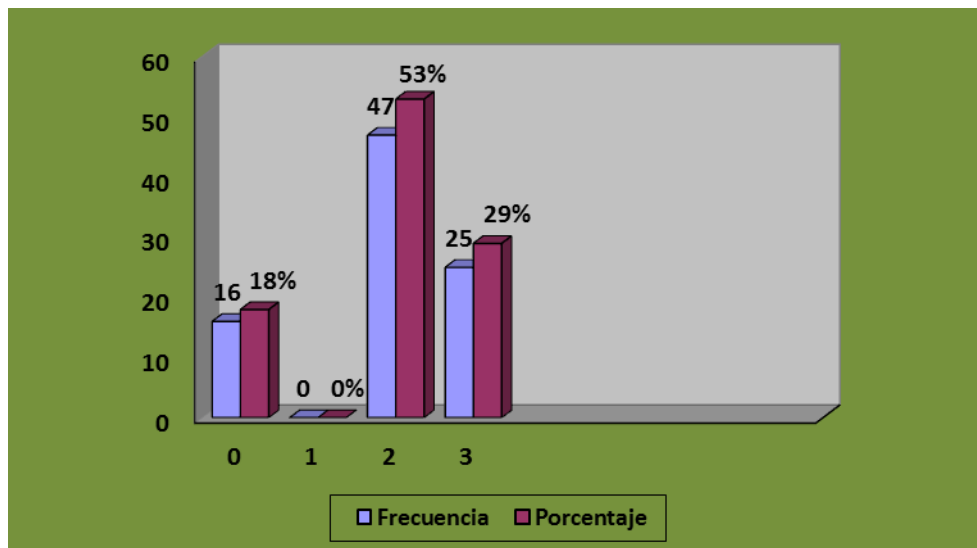
De los resultados obtenidos un mínimo porcentaje de los pacientes tienen un índice de cálculo uno, sin embargo cierto grupo presentan un índice de cálculo dos, para: <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html> el cálculo dental se trata del resultado de la mineralización de la placa bacteriana, esto es, del conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales.

GRAFICUADRO N° 19

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

ÍNDICE DE GINGIVITIS

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	16	18%
1	0	0%
2	47	53%
3	25	29%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las Historias Clínicas realizadas a los 91 pacientes en el gráfico y cuadro estadístico # 19, el 47 que corresponde el 53% tiene un índice de gingivitis dos; 25 que corresponde el 29% tiene un índice de gingivitis tres; 16 que corresponde el 18% tiene un índice de gingivitis cero.

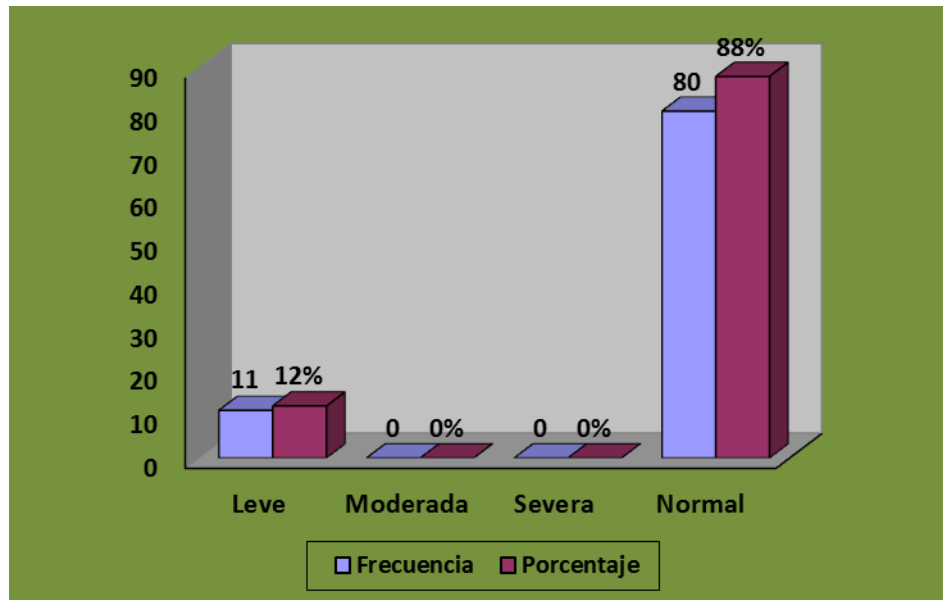
Según lo que indica en la página web: <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>. ***“La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal que se presenta cuando una inflamación e infección destruyen el tejido de soporte de los dientes, incluyendo la gingiva (encías), los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar)”***. Pág: 26-27

En los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes tienen un índice de gingivitis dos, para <http://drcarlossantos.com/tratamiento-de-encias.html> la gingivitis puede destruir el tejido de soporte de los dientes y demás tejidos blandos.

GRAFICUADRO N° 20

ENFERMEDAD PERIODONTAL

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	11	12%
MODERADA	0	0%
SEVERA	0	0%
NORMAL	80	88%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico y cuadro estadístico # 20, de los 91 pacientes que se les realizó historias clínicas, sobre la enfermedad periodontal el 80 que corresponde 88% se encontraron normales, mientras que el 11 que corresponde 12% la enfermedad periodontal fue leve.

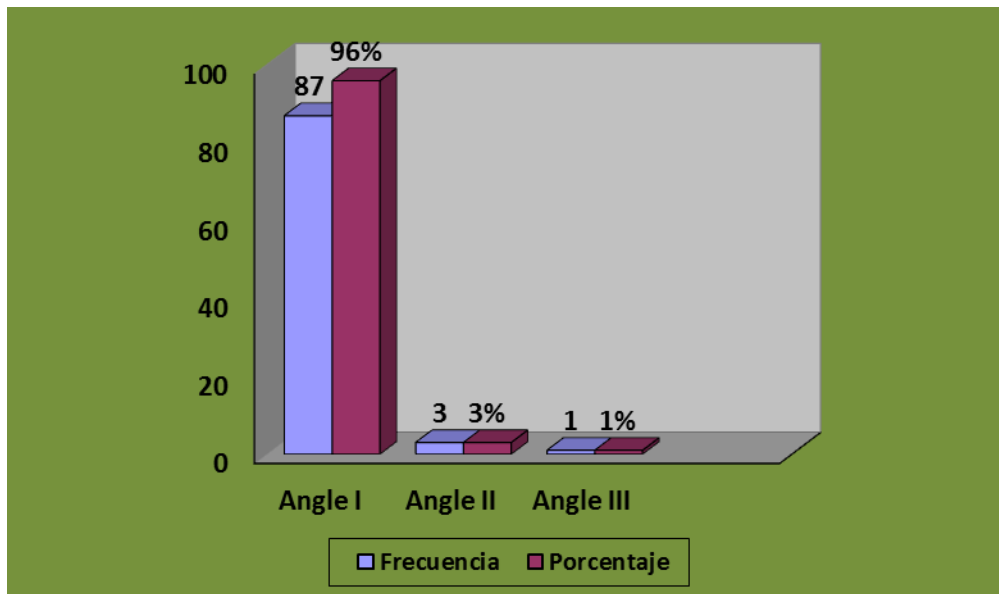
Según lo indicado en la página web: [http:// drcarlos santos .com/ tratamiento deencias.html](http://drcarlos santos .com/ tratamiento deencias.html). ***La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una substancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro)***". Pág: 27

En los resultados obtenidos de los pacientes, indican que un menor porcentaje sufren una enfermedad periodontal, ya que para [http:// drcarlos santos .com/ tratamiento deencias.html](http://drcarlos santos .com/ tratamiento deencias.html). la enfermedad periodontal es el resultado de la placa bacteriana, que debe ser retirada a tiempo con el uso diario del cepillado.

GRAFICUADRO N° 21

TIPO DE OCLUSIÓN

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANGLE I:	87	96%
ANGLE II:	3	3%
ANGLE III:	1	1%
TOTAL	91	100%



FUENTE: Historias clínicas de los pacientes mayores de 15 años del Subcentro de Salud San Cristóbal
ELABORADO POR: Diana Sabando Chávez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los 91 pacientes que se les realizaron historias clínicas, en el presente gráfico y cuadro estadístico # 21, el 87 que corresponde 96% tienen el tipo de oclusión Angle I, el 3 que corresponde 3% la oclusión Angle II y el 1 que corresponde 1% el tipo de oclusión Angle III.

Según lo indicado en la página:[http:// es. wikipedia. org/ wiki/ Maloclusi%C3%B3n](http://es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi%C3%B3n). “ La mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión”. Pág: 38

Según en los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los pacientes presentan el tipo de mordida normal, lo que para [http:// es. wikipedia. org/ wiki/ Maloclusi%C3%B3n](http://es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi%C3%B3n), el tipo de mordida puede afectar no solamente a los dientes, sino también a los maxilares.

7.2 Conclusiones

Luego de realizada la investigación se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- a) Se registró por medio de radiografías que la retención de los terceros molares se debe en una gran mayoría a la falta de espacio.
- b) La presencia de encía fibrosa fue muy común en la mayoría de los pacientes en la cual, el tercer molar estaba parcialmente erupcionado y todos ellos presentaron dolor al masticar a causa de la presión del diente antagonista que traumatizaba con sus cúspides la fibromucosa del tercer molar provocando dolor e inflamación de la mucosa.
- c) Se identificó que los dolores que presentaban los pacientes al abrir, cerrar la boca, dolor a nivel de oído cabeza y cuello se relacionaban con los problemas en la articulación, siendo elevado el porcentaje que los pacientes presentaron problemas en el sistema masticatorio.
- d) Se diseñó una propuesta alternativa a los pacientes que acuden al Subcentro de Salud San Cristóbal por medio de programas educativas sobre los cuidados que hay que tener al erupcionar los terceros molares, en la cual se entregaron trípticos y banner.

BIBLIOGRAFÍAS:

PÁGINAS DE LIBROS

1. ALCOCER Alberto. Manual Merck de signos y síntomas del paciente diagnóstico y tratamiento. Editorial médica panamericana. Madrid-España. Pág:169-171
2. BENALIEL Rafael. (2011). Dolor orofacial y cefalea. (ediciones Harcourt). España. pág: 84
3. BUTTARAVOLI Philip. (2010). Dolor dental, pericoronitis. (2da edición). España. pág: 193. cáp: 46
4. CAWSON R.A. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. (8^{va} edición). España. pág: 91-92
5. CRACKEN Mc.(2006) Prótesis parcial removible.11undécima edición España..
6. CHIMENOS Kustner Eduardo. (2009). Mosby Diccionario de Odontología.(2da edición). Elsevier España
7. CORTESI Ardizzone Viviana.(2008). Manual práctico para el auxiliar de odontólogo.España. pág:371- 372
8. E. RODRIGUEZ Alonso. (2009). tratamienco de la infección odontogénica.IT del sistema nacional de salud. volumen 33. pág:78
9. GOMEZ GUZMAN Mauricio. (2007). Fundamentos de la Odontología.(2da edición). Bogotá. pág:263

10. HOLLY W. Davis. (2009). Atlas de diagnóstico mediante exploración física en pediatrias. (5^{ta} edición). España. pág:774
11. H. David, FARLARD Mc. (2008). Atlas de anatomía en ortofonía lenguaje y deglución. Elsevier España. pág: 152-158
12. LAGO Menéndez Lucía. (2007). Exodoncia del tercer molar inferior: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. Universidad de Santiago de Compostela. pág:8-10
13. LLORENSI Mariana. (2007). Técnicas quirúrgicas para la exodoncia de terceros molares inferiores retenidos y semirretenidos, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. Pág:8-9
14. MARINEZ DA SILVA Gulália María. (2007) Sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. Acta odontológica Venezolana.
15. MYRON R. (2010). Cirugía oral y maxilofacial contemporáneo. (5ta edición). España. pág: 154
16. MINISTERIO DE SALUD. (2007). Guía Clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria. Santiago: Minsal. pág: 6
17. MORPHOL Int. J.. (2009). Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile. Temuco. v.27 n.3
18. NAVARRO Vila Carlos.(2008). Cirugía oral. Madrid. Pág: 381-382

19. NORTON Neils Netter. (2007). Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. Elsevier España. pág: 242
20. P. Okeson Jeffrey. (2008). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. España 2008. pág:39.
21. PROFFIT Willian R. (2008). Ortodoncia comtemporánea. (4ta edición). Elsevier España. pág:151
22. RASPALL Guillermo. (2007). Cirugía oral e implantología.(2daedición). Madrid España. pág:103-104
23. ROGERS James N. (2007). Toma de decisiones en el tratamiento al dolor. (2 da edición).España. pág:150
24. Sánchez Aguilera Fátima. (2010). Técnica de ayuda odontológica y estomatológica. España. pág:80
25. VARGAS John Jairo. (2006). Dolor y cuidados paliativos. Medellín Colombia. pág:152

PÁGINAS DE INTERNET

26. Z.Y.A.P.blogspot.com/2008/09/pericoronaritis-malposicion-dentaria.html
27. BENITA."HABLEMOS ENTRE DIENTES" .Viernes 2 de Octubre del 2009.
28. [Copyrigh.2008 Sociedad Colombiana de Prostodoncia.](#)
29. www.msc.es/biblioPublic/.../vol33_3TratAntibInfecOdont.pdf
30. www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/pericoronitis/pericoronitis.pdf
31. www.sociedadperuanadepotesis.org/descargas/1995/transtornos.pdf

32. www.maxilofacial.net/cordales.html
33. www.intramed.net/.../ODONTO_8_VOL_I_nota6.pdf - Argentina
34. www.maxilofacial.cl/terceros%20molares.html
35. <http://medlineplus.gov/spanish>.9 diciembre 2011
36. http://www.bing.com/search?q=pericoronitis&pc=Z127&form=ZGACDF&install_date=20111211
37. <http://cirugiaeimplantes.blogspot.com/2007/09/exodoncia-de-terceros-molares-retenidos.html>
38. <http://es.wikipedia.org/wiki/Enc%C3%ADa>
39. <http://drcarlossantos.com/tratamientodeencias.html>
40. <http://www.clinicadoctoracolik.com.ar/retencion.htm>
41. <http://odn.unne.edu.ar/angulo%20goniaco.pdf>
42. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_3_01/est07301.htm
43. odontochile.cl/archivos/cuarto/cirugia2/tercerosmolares.doc
44. es.wikipedia.org/wiki/Maloclusi3n

PROPUESTA ALTERNATIVA

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 NOMBRE DEL PROYECTO

La Pericoronitis y los cuidados que deben tener al erupcionar el tercer molar.

1.2 FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero 2012

1.3 ENTIDAD EJECUTORA

Subcentro de Salud San Cristóbal

1.4 CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Educación para la salud

1.5 LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

El Subcentro de Salud San Cristóbal, está ubicado en la calle Ramón Pinargote y ciudadela San Cristóbal

2. JUSTIFICACIÓN

La salud oral es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales y asistir dos veces al año al odontólogo desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana.

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los pacientes con pericoronitis presentan incidencias en sus funciones masticatorias por ello es conveniente ofrecer un conjunto de conocimientos fundamentales teórico-prácticos, a través de charlas educativas sobre los problemas que puedan presentarse al erupcionar los terceros molares y ayudar a los pacientes a tomar conciencia y mejorar las condiciones de salud.

El proyecto es factible de realizarlo porque está al alcance educativo y económico de la investigadora.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El Subcentro de Salud San Cristóbal se inició a partir del año 1972, posterior a la invasión de un grupo de aproximadamente 8 – 10 familias de escasos recursos económicos en las tierras del Sr. Exipión Guerrero, el mismo trato de desalojar a estas familias con la fuerza policial, pero dicha acción resulto infructuosa. Al ver que realmente se trataba de personas indigentes, decidió donar sus tierras bajo el asesoramiento del Sr. Onésimo Bravo.

Se acogió entonces a varias familias, años después bajo la ventas de terrenos se decidió organizar una comunidad la cual fue bautizada como “SAN CRISTÓBAL” nombre escogido por su propietario original. La Unidad Operativa fundada en 1980 se la denominó Profesor Felipe Saúl Morales. Funcionó en primera instancia en la Escuela EnaAlí Guillén debido a que el alumnado se encontraba de vacaciones y no se tenía local propio.

Iniciada las clases, el personal fundador integrado por la Sra. Norma Hidalgo Auxiliar de Enfermería y la Dra. Sonia Burgos primer Directora de la Unidad se trasladó a una casa frente a la Escuela donde laboraron hasta la culminación del Subcentro.

A continuación se detallan los departamentos y áreas con los que cuenta el Subcentro: Departamento Médico, Departamento Obstétrico, Departamento Odontológico, Departamento de programa de Control de Tuberculosis, Área de Vacunación, Área de preparación, Área de curaciones, Farmacia, Departamento de estadísticas, Sala de espera, Bodega, Baño para el personal. Baño para pacientes.

En el Subcentro de Salud San Cristóbal no se ha realizado antes esta investigación sobre la Pericoronitis, por lo que es importante aportar conocimientos a la comunidad sobre este interesante tema.

4.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fomentar los cuidados en la erupción de los terceros molares a través de charlas educativas, para disminuir los problemas en la función masticatoria de los pacientes atendidos en el Subcentro de Salud Cristóbal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Capacitar a los pacientes sobre medidas de higiene oral en el área del tercer molar.

b. Prevenir a los pacientes los cuidados que deben tener con la erupción del tercer molar.

c. Incentivar a los pacientes para que acudan a los controles mensuales con el odontólogo.

d. Concienciar a los pacientes que no deben automedicarse.

e. Solicitar la colaboración de odontólogos para participar en el programa educativo objeto de esta propuesta.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los pacientes con pericoronitis presentan alteraciones en la ATM, entre las más frecuentes está la dificultad de abrir la boca, de tragar, dolor de oído, cabeza y cuello, como también la imposibilidad de poder masticar. Por lo que se estableció esta propuesta para difundir cuidados y hábitos de higiene y concienciar a los pacientes que ante la presencia de erupción del tercer molar debe asistir al odontólogo.

Se realizó un programa educativo sobre los cuidados que hay que tener al erupcionar el tercer molar

En dicho programa educativo se entregó un banner, trípticos, y se realiza mini-charlas que ayuden a concientizar a los pacientes sobre los cuidados que deben tener al erupcionar la última pieza dental.

Existió la colaboración del odontólogo para colaborar en la continuidad y seguimiento de la propuesta.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los pacientes que acuden al Subcentro de Salud San Cristóbal para atención odontológica.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

- a. Reunión con la Presidenta encargada del Subcentro de Salud San Cristóbal para la socialización de la propuesta alternativa de solución.
- b. Elaboración de un cronograma de trabajo
- c. Charla educativa sobre los cuidados al erupcionar el tercer molar dirigida a los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal y entrega de trípticos.
- d. Entrega de un banner con consejos para contribuir a un mejor cuidado con sus piezas dentales y sobre todo con el tercer molar en erupción.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Enero			
	1	2	3	4
REUNION CON LAS AUTORIDADES		x		
ELABORACION DEL PLAN DE CADA TEMATICA		x		
SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA		x		
ELABORACIÓN DE TRÍPTICOS			x	
ELABORACION DE GIGANTOGRAFIAS			x	
CHARLAS EDUCATIVAS				x
ENTREGA DE TRIPTICOS				x
ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA				x

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP. EXT.
Computadora	1	Unidad	1,600	1,600	1,600	
Fotocopias	2000	Unidad	0,03	60,00	60,00	
Papel	2	Resma	4,50	9,00	9,00	
INTERNET mes	20	horas	1,00	30,00	30,00	
Tinta negro	2	tóner	37,00	74,00	74,00	
Tinta color	2	tóner	41,00	82,00	82,00	
Cd	2	Unidad	0,75	1,50	1,50	
Resaltador	1	Unidad	1,00	1,00	1,00	
Corrector	1	unidad	1,00	1,00	1,00	
Lápiz	1	unidad	0,25	0,25	0,25	
Bolígrafos	2	unidad	0,45	0,90	0,90	
Cuaderno	1	unidad	2,88	2,88	2,88	
Carpetas	5	Unidad	0,15	0,75	0,75	
Tablero porta hoja	1	Unidad	3,50	3,50	3,50	
Pen drive	1	unidad	10,00	10,00	10,00	
Viáticos		dólar		250,00	250,00	
Guantes	2	caja	8,00	16,00	16,00	
Mascarillas	1	Caja	4,00	4,00	4,00	
Espejos Bucales	15	Unidad	10,00	150,00	150,00	
Exploradores	15	Unidad	10,00	150,00	150,00	
Pinzas Algodoneras	15	Unidad	10,00	150,00	150,00	
Radiografías	3	Cajas	30,00	90,00	90,00	
Anillados	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
Empastados	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
Subtotal				2712.78		
Imprevistos 10%				271.278	271.278	
Total				2984.05		

10. SOSTENIBILIDAD.

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con los recursos necesarios y la aprobación y colaboración de las autoridades del Subcentro de Salud San Cristóbal, dónde se entregará un bagner para que los pacientes que asistan lea su contenido y se informe sobre éste tema.

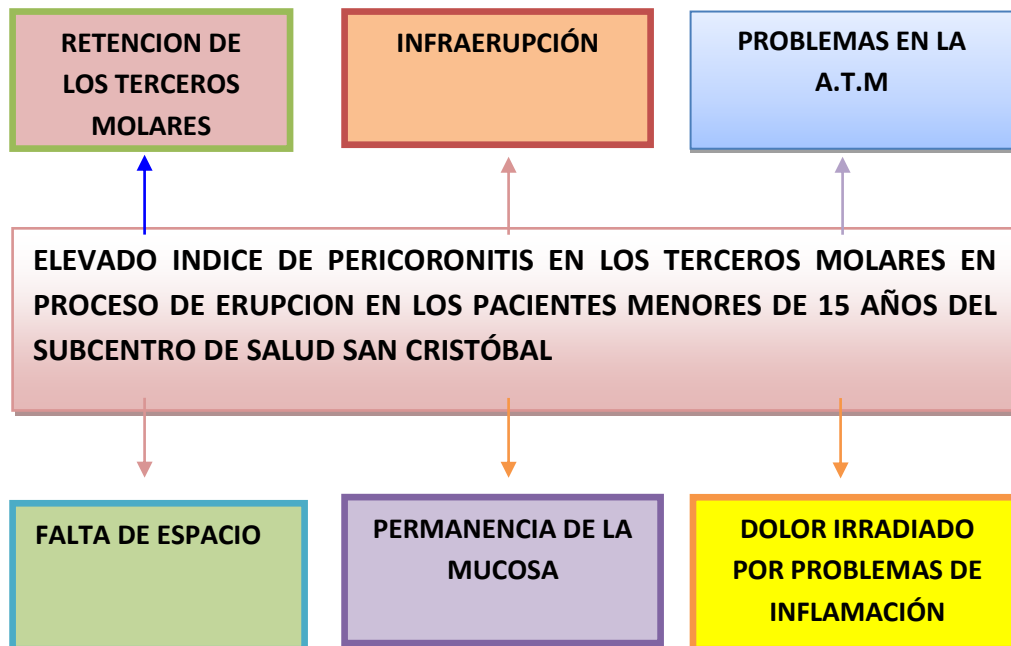
11. FUENTE DE FINACIAMIENTO.

Esta propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la misma.

ANEXOS

ANEXO 1

EFFECTOS



CAUSAS

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
“PERICORONITIS Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIÓN MASTICATORIA”

Encuesta dirigida a los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal

Nombre del

Paciente..... Edad.....

Dirección..... Teléfono.....

Marcar con una x las siguientes preguntas:

1. Cuántas veces al año asiste a la consulta odontológica?

Cada 3m. Cada 6m. Cada 12m. ninguna

2. Cuántas veces se cepilla al día?

1 2 3 ninguna

3. Asistió al odontólogo cuando presentó dolor al erupcionar el tercer molar?

si no no sabe

4. ¿Ha tomado algún medicamento?

si no

5. ¿Qué tipo de medicamento?

Antibiótico Analgésico Antiinflamatorio

6. Alguna vez se le formó una inflamación en la zona del tercer molar?

si no no sabe

7. ¿Presenta dolor al masticar?

si no

8. ¿Presenta dolor al tragar?

si no

9. ¿Presenta dolor al abrir la boca?

si no

10. ¿Presenta dolor a nivel de oído cuello o cara?

si no

11. ¿Se le hace fácil una buena higiene oral en esa área?

si no

12. ¿Se ha tomado radiografía dental?

si no

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

“PERICORONITIS Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIÓN MASTICATORIA”

Ficha Clínica dirigida a los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal

Nombre del Paciente.....Edad.....

Dirección..... Teléfono.....

1.MOTIVO DE LA CONSULTA:

.....

2.ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

.....

3. PROBLEMAS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

.....

4. SINTOMATOLOGÍA DEL DOLOR

LEVE MODERADO SEVERO GRAVE

5.OBSERVACION CLÍNICA DEL TERCER MOLAR EN PROCESO DE ERUPCIÓN:

ENCÍA: Inflamada Enrojecida Blanquesina Pálida

ROSTRO INFLAMADO: si no FIEBRE: si no

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR A B C

PRESENCIA DE DOLOR POR: Infección por restos alimenticios Caries Presión sobre el diente vecino

PRESENCIA DE PUS: si no

IRRITACIÓN TRAUMÁTICA DE LA MUCOSA: si no

6.OBSERVACIÓN RADIOGRÁFICA DEL TERCER MOLAR EN PROCESO DE ERUPCION:

CLASE DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR: I II III

RETENCIÓN POR: Falta de espacio Falta de formación Encía muy fibrosa que impide la erupción

POSICION DEL 3^{ER} MOLAR EN RELACIÓN AL EJE AXIAL DEL 2^{DO} MOLAR:

Mesiangular Distoangular Vertical Horizontal Bucoangular Linguoangular Invertido

PRESENCIA DEL TEJIDO BLANDO INFLAMADO: si no

PRESENCIA DEL TEJIDO OSEO: NORMAL ANORMAL

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS
16	17	18			
26	27	28			
36	37	38			
46	47	48			
Total:					

Enfermedad Periodontal		Tipo de oclusión	
LEVE	<input type="checkbox"/>	ANGLE I	<input type="checkbox"/>
MODERADA	<input type="checkbox"/>	ANGLE II	<input type="checkbox"/>
SEVERA	<input type="checkbox"/>	ANGLE III	<input type="checkbox"/>

IMÁGENES DE MARCO TEÓRICO

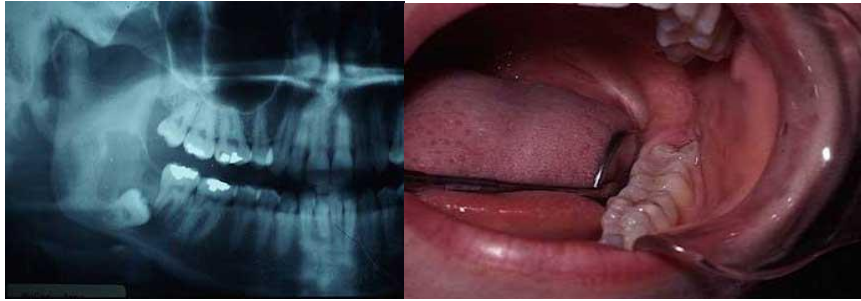


fig. 1. pág. 8



fig. 2. pág. 9



fig. 3. pág. 12

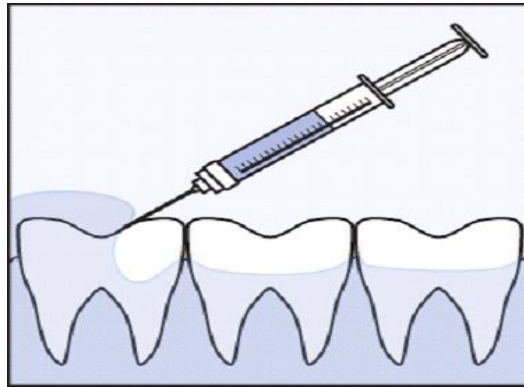


fig. 4. pág. 16

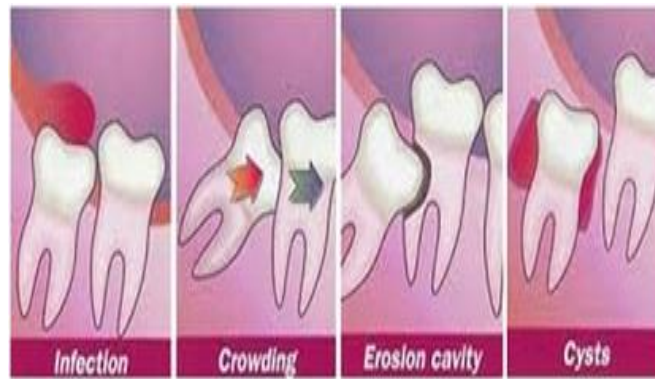
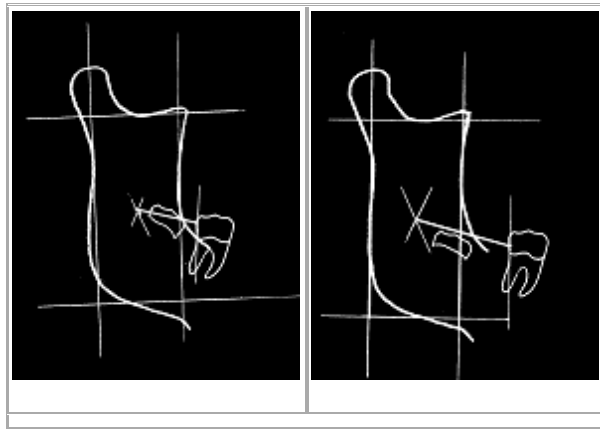
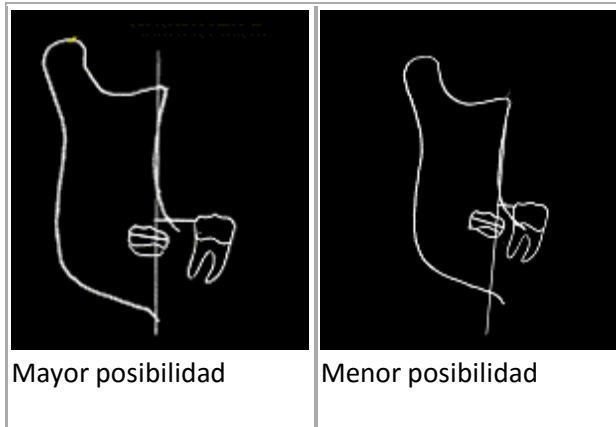


fig. 5. pág. 20-21



fig. 6. pág. 36



figs. 7. pág. 38

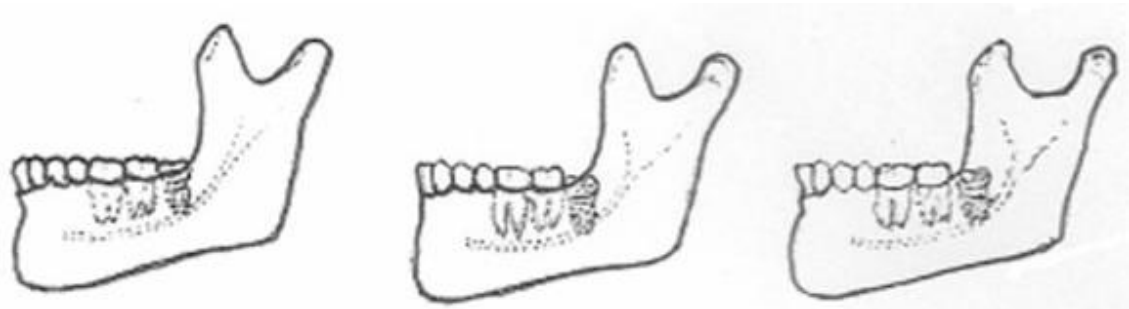


fig. 8. pág. 43

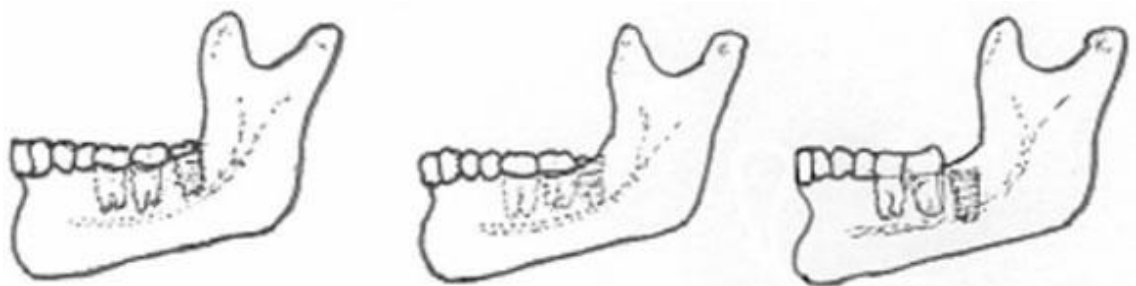


fig. 9. pág. 43

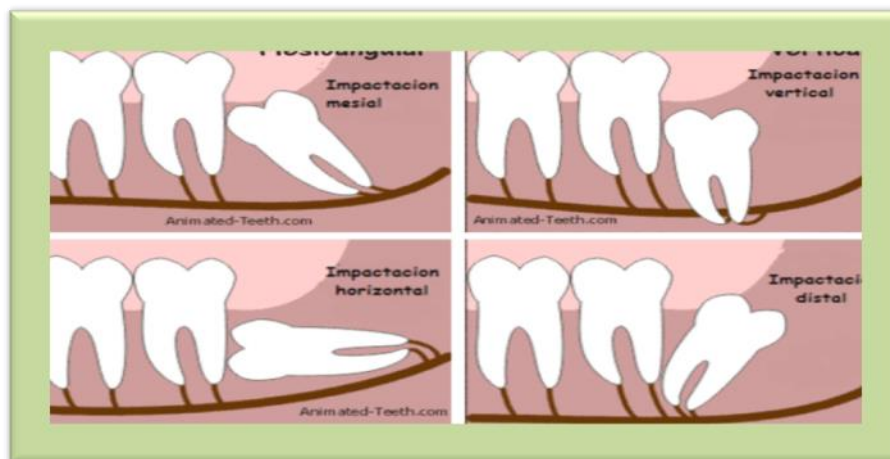


fig. 10 pág. 44

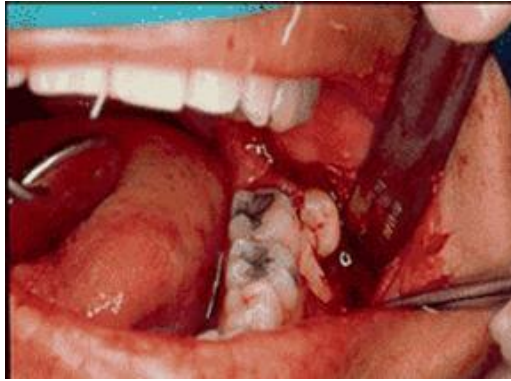


fig. 11 pág. 44

ENCUESTAS



HISTORIAS CLÍNICAS



TOMA RADIOGRÁFICA



ANEXO 3

Portoviejo 14 de Noviembre 2012

Dra. Johana Macías Navia

Directora del Subcentro de Salud San Cristóbal

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo Diana Carolina Sabando Chávez, por medio de la presente, me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitarle me otorgue el permiso correspondiente, para realizar la investigación de campo en el Subcentro de Salud San Cristóbal, información que se utilizará para el desarrollo de la tesis.

Por la aprobación de la petición le quedo muy agradecida.

.....

Diana Sabando Chávez

EGRESADA

Portoviejo 20 de Enero 2012

Dra. Johana Macías Navia
Directora del Subcentro de Salud San Cristóbal
Ciudad.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo Diana Carolina Sabando Chávez después de haber realizado el trabajo de investigación solicito a usted que me permita realizar la propuesta alternativa de solución que consiste en realizar charlas educativas a los pacientes por medio de gigantografías y trípticos con la finalidad de que tengan conocimientos sobre los cuidados que hay que tener al erupcionar el tercer molar.

Por la aprobación de la petición le quedo muy agradecida.

.....

Diana Sabando Chávez
EGRESADA

ACTA DE COMPROMISO

Siendo las 9:h00 horas del día miércoles 25 de Enero del año 2012, en el Subcentro de Salud San Cristóbal, se reúne la Dcta: Johana Macías Navia Directora de dicho Subcentro, y Sra. Diana Carolina Sabando Chávez, Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo por el otro lado, con la finalidad de suscribir un acta de compromiso entre ambas partes, en el que se llega a los siguientes acuerdos:

1. La Egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Sra. Diana Carolina Sabando Chávez, se compromete a brindar un Ciclo de Charlas Educativas de los cuidados que deben tener al erupcionar el tercer molar a los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal, con la ayuda de material de apoyo (banner) y la entrega de trípticos educativos a los mismos.
2. Los pacientes del Subcentro de Salud San Cristóbal, Dcta: Johana Macías Navia en su calidad de Directora, se compromete a continuar con la propuesta educativa titulada Pericoronitis y los cuidados que deben tener al erupcionar el tercer molar.
3. Para la ejecución de las charlas el Odontólogo deberá utilizar el material de apoyo (banner) entregado por la Egresada Diana Carolina Sabando Chávez de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la Carrera de Odontología.

Por la presente quienes suscriben se comprometen a cumplir con lo establecido.

Luego de leída la presente acta siendo las 9:h00 del mismo día se suscribe tres originales en señal de conformidad asumiendo los compromisos que en ella contenga.

Dcta: Johana Macías Navia

DIRECTORA

Sra. Diana Carolina Sabando Chávez

EGRESADA USGP

ACTA DE COMPROMISO



DCTA: Johana Macías Navia

DIRECTORA

CHARLAS



TRÍPTICOS



BANNER

