



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

TEMA

**AFECCIÓN DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS POR
PERICORONARITIS EN TERCEROS MOLARES DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL DISTRITO DE SALUD N° 23
D01 “AUGUSTO EGAS” DE SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS, PERÍODO DICIEMBRE 2013 - MAYO 2014**

AUTORA

ANA CRISTINA DUTÁN RODRÍGUEZ

TUTORA

DRA. JENNY CAROLINA PAREDES BALSECA

RIOBAMBA - ECUADOR

OCTUBRE - 2014

HOJA DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Eduardo Dillon, Presidente del tribunal; Dra. Jenny Paredes B., miembro del tribunal y el Ing. Patricio Tapia, miembro del tribunal; certificamos que la señora **ANA CRISTINA DUTÁN RODRÍGUEZ**, con cédula de identidad N° 171237261-2, egresada de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apta para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina para la obtención del título de Odontóloga con el tema de investigación: **“AFECCIÓN DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS POR PERICORONARITIS EN TERCEROS MOLARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL DISTRITO DE SALUD N° 23 D01 AUGUSTO EGAS EN SANTODOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, PERIODO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”** .

Una vez que han sido realizadas las revisiones y correcciones sugeridas por el tribunal para la defensa pública de la tesina.

Riobamba, 13 de Octubre de 2014



Dr. Eduardo Dillon
Presidente del tribunal



Dra. Jenny Paredes
Miembro del tribunal



Ing. Patricio Tapia
Miembro del tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Ana Cristina Dután Rodríguez portadora de la cédula de identidad N° 171237261-2, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de tesina de grado presentado por la señorita ANA CRISTINA DUTÁN RODRÍGUEZ para optar al título de ODONTÓLOGA, y que acepto asesora a la estudiante en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 10 de Abril de 2014.



Dra. Jenny Carolina Paredes Balseca

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo,
por darme la oportunidad de culminar mi
carrera.

A la Dra. Kathy M. Llori O., a la Dra.
Jenny Carolina Paredes Balseca y al Dr. Javier
O. Curra (Ph.D.) por su tiempo y dedicación.

DEDICATORIA

A mis padres (José Dután y Beatriz Rodríguez †), por nunca dejarme sola y cuidarme desde el reino del Señor.

A mi Mami “Blanqui”, por su amor incondicional, mi eje, mi todo.

A mis hijos que son mi vida y a los cuales incluí en este sacrificio diario, para culminar mi carrera, y dejarle así, la enseñanza de que todo en la vida es posible.

A mi esposo, por todos estos años de comprensión.

A mis amigos: Rocío y Édison, por estar conmigo en esta lucha que hoy, culmino exitosamente.

RESUMEN

La pericoronaritis es una afección que se caracteriza por la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente totalmente o parcialmente erupcionado, acompañado por dolor de algunos días de duración. Determinar qué músculos se afecta por la presencia de pericoronaritis en terceros molares de pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014. La muestra fueron 17 pacientes involucrados en el período de la investigación, con pericoronaritis en terceros molares. Se utilizó el método científico, para explicar que la pericoronaritis, tiene relación con los músculos masticadores y que esto, afecta a los pacientes y el método sintético, para explicar, que la pericoronaritis es la causa principal de la afectación en los músculos masticadores de los pacientes. Se encontraron 17 pacientes con pericoronaritis, la cual estaba acompañada por trismus en todos los casos. Los músculos afectados fueron los masticadores (Temporal, pterigoideo interno y externo y masetero), los cuales se comprobaron mediante palpación en donde el paciente manifestaba dolor, y midiendo la apertura de la boca de los pacientes, en donde nunca sobrepasaron los 3 centímetros. Las afectaciones mayormente manifestadas, fueron trismus, miositis, y rigidez muscular localizada, en el 100 % de los pacientes. Es necesario realizar un diagnóstico radiográfico, antes de realizar la extracción de las piezas, y verificar otros síntomas como halitosis, ya que ésta se presentará al presionar la mucosa del triángulo, demostrando que existe afectación ganglionar submaxilar. Se recomienda el tratamiento básico de las infecciones odontógenas, con el uso de antimicrobianos y el tratamiento quirúrgico, para reestablecer la salud del paciente y evitar la aparición de secuelas y complicaciones. Hay que efectuar un diagnóstico diferencial en todos los pacientes que presenten pericoronaritis, antes de cualquier tratamiento.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Pericoronitis is a condition characterized by inflammation of the soft tissues surrounding the crown of a fully or partially erupted tooth, accompanied by pain some days. The objective is to determine which muscles are affected by the presence of third molar pericoronitis in patients treated at the Health District No. 23 D01 "Augusto Egas" Santo Domingo de los Tsáchilas, period December 2013 - May 2014. The sample was 17 patients involved in the period of research, with third molar pericoronitis. The scientific method was used to explain that pericoronitis, is related to the masticatory muscles and this affects patients. The synthetic method was used to explain that pericoronitis is the leading cause of impairment in masticatory of patients. 17 patients with pericoronitis were found and it was accompanied by trismus in all cases. The affected muscles were masticatory (Temporary, internal and external pterygoid and masseter), which were checked by palpation where the patient expressed pain, and measuring patients opening mouth, then 3 cm are never exceeded. The impact mostly expressed were trismus, myositis, and muscular rigidity localized in 100% of patients. It is necessary to perform a radiographic diagnosis before removing parts and check for other symptoms such as: halitosis, so, it will be presented by pressing the trigone mucosa, demonstrating that there is a submandibular lymph node. The basic treatment of odontogenic infections is recommended with the use of antibiotics and surgical treatment in order to reestablish the patient's health and prevent the onset of complications. Finally, It is said that a differential diagnosis must be carried out in all patients with pericoronitis, before any treatment.

TRANSLATION REVIEWED BY:

Lic. Dennys Tenelanda

ENGLISH TEACHER-UNACH



Riobamba, October 13, 2014

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Hoja de aprobación.....	ii
Derechos de autoría.....	iii
Aceptación de la tutora.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice general.....	ix
Índice de figuras.....	xv
Índice de fotografías.....	xvi
Índice de gráficos.....	xvii
Índice de tablas.....	xviii
Introducción.....	1

CAPÍTULO I

1.	PROBLEMATIZACIÓN.....	2
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3.	OBJETIVOS.....	4
1.3.1.	Objetivo General.....	4
1.3.2.	Objetivos Específicos.....	4
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	4

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	6
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.2.1.	Pericoronaritis.....	7
2.2.1.1.	Historia.....	8
2.2.1.2.	Manifestaciones clínicas.....	8
2.2.2.	Sintomatología.....	9
2.2.3.	Etiología.....	9

2.2.4.	Origen infeccioso (1er. origen de la pericoronaritis).....	9
2.2.5.	Accidente mecánico (2do. Origen de la pericoronaritis).....	10
2.2.6.	Formas de presentación de la pericoronaritis.....	10
2.2.7.	Pericoronaritis aguda congestiva o serosa.....	11
2.2.8.	Pericoronaritis aguda supurada.....	11
2.2.9.	Pericoronaritis crónica.....	13
2.2.10.	Microbiota frecuente en la pericoronaritis.....	14
2.2.10.1.	Pericoronaritis en relación a la edad y el género.....	14
2.2.11.	Condiciones embriológicas de los terceros molares.....	15
2.2.12.	Morfología de los terceros molares.....	16
2.2.12.1.	Tercer Molar Superior.....	16
2.2.12.2.	Tercer Molar Inferior.....	16
2.2.13.	Consideraciones anátomo-embriológicas de los terceros molares	16
2.2.14.	Halitosis.....	17
2.2.15.	Disfagia.....	18
2.2.16.	Trismus.....	18
2.2.17.	Músculos masticadores.....	18
2.2.17.1.	Músculos principales de la masticación.....	18
2.2.17.2.	Temporal.....	19
2.2.17.3.	Masetero.....	20

2.2.17.4.	Pterigoideo externo (lateral).....	22
2.2.17.5.	Pterigoideo interno (medial).....	22
2.2.18.	Músculos hioideos.....	23
2.2.18.1.	Suprahioideos.....	23
2.2.18.2.	Infrahioideos.....	23
2.2.18.3.	Músculo facial que participa en la masticación.....	23
2.2.18.4.	Suprahioideos digástrico.....	24
2.2.18.5.	Estilohioideo.....	24
2.2.18.6.	Milohioideo.....	25
2.2.18.7.	Geniohioideo.....	26
2.2.19.	Músculos infrahioideos.....	27
2.2.19.1.	Esternohioideo.....	27
2.2.19.2.	Omohioideo.....	27
2.2.19.3.	Esternotiroideo.....	27
2.2.19.4.	Tirohioideo.....	28
2.2.19.5.	Buccinador.....	28
2.2.20.	Tratamiento.....	29
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	30
2.4.	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	31
2.4.1.	Hipótesis.....	31

2.4.2.	Variables.....	31
2.4.2.1.	Variable dependiente.....	31
2.4.2.2.	Variable independiente.....	31
2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	31

CAPÍTULO III

3.	MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1.	MÉTODO.....	32
3.1.1.	Tipo de investigación.....	32
3.1.2.	Diseño de investigación.....	32
3.1.3.	Tipo de estudio.....	33
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
3.2.1.	Población.....	33
3.2.2.	Muestra.....	33
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	33

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	34
----	----------------------------------------------	----

CAPÍTULO V

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
5.1.	CONCLUSIONES.....	37
5.2.	RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....		38
ANEXOS.....		40
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.....		40
PLACA RADIOGRÁFICA DE PACIENTE CON PERICORONARITIS .		42
CERTIFICADO DEL DISTRITO DE SALUD.....		43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Inserción del músculo temporal.....	20
Figura N° 2: Masetero.....	21
Figura N° 3: Inserciones del musculo pterigoideo interno.....	23
Figura N° 4: Inervación del musculo milohioideo que forma el piso de la boca.....	26

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1:	Pericoronaritis crónica del 48 (ulceración mucosa producida por el ácido acetilsalicílico colocado por el propio paciente).....	13
Fotografía N° 2:	(A) Opérculo que cubre parcialmente 48 (B) operculitis del 38.....	15

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Representación de los pacientes afectados.....	34
Gráfico N° 2: Representación de los pacientes según las edades, afectados por pericoronaritis.....	35
Gráfico N° 3: Representación del tipo de pericoronaritis manifestada por los pacientes.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1:	Pacientes por género afectados con pericoronaritis.....	34
Tabla N° 2:	Pacientes según las edades, afectados por pericoronaritis...	35
Tabla N° 3:	Tipo de pericoronaritis manifestada por los pacientes.....	36

INTRODUCCIÓN

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 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 pericoronaritis, la cual, puede ser aguda o crónica y conducir a infecciones graves incluso que pueden comprometer la vida del paciente. La pericoronaritis 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.

La presente investigación está estructurada, en cinco capítulos. En el primer capítulo se describen aspectos eminentemente referentes al problema se ha investigado. En el segundo capítulo, se desarrolla la fundamentación teórica, que es el sustento científico, teórico, conceptual y doctrinario del problema investigado.

En el tercer capítulo, se da a conocer el proceso metodológico que se aplicó en la ejecución de la investigación; es decir, se explica cómo se realizó la propia investigación. En el cuarto capítulo, se analizan e interpretan los resultados obtenidos y en el capítulo cinco, se enuncian las conclusiones y recomendaciones, relacionadas con los objetivos específicos de la investigación.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Pericoronaritis es una afección que se caracteriza por la inflamación de los tejidos blandos que rodean la corona de un diente totalmente o parcialmente erupcionado, acompañado por dolor de algunos días de duración (McNutt et al., 2008; Yamalik & Bozkaya, 2008). Esta condición sintomática, se encuentra principalmente asociada a los terceros molares mandibulares (Gelesko, 2009), entre la 1ª y 2ª década de vida (McNutt et al.), y sobre el 60 % de éstos, se encuentran parcialmente incluidos y en posición vertical (PUNWUTIKOM ET AL., 1999). Se ha reportado una mayor frecuencia de pericoronaritis en pacientes de género femenino, existiendo una diferencia estadísticamente significativa respecto al masculino (YAMALIK & BOZKAYA).

La infección se produce, fundamentalmente, debido al nicho ecológico favorable que queda conformado una vez que el capuchón pericoronario que recubre al molar, se hace lo suficientemente retentivo y profundo como para atrapar restos alimenticios y disminuir el potencial redox; constituyendo una situación óptima para la instauración y el desarrollo de un proceso infecto-inflamatorio de naturaleza recurrente, protagonizada por microorganismos de naturaleza polimicrobiana con especial participación de bacterias anaerobias estrictas (YAMALIK & BOZKAYA).

La condición puede ser crónica, con síntomas en intervalos, que siguen durante varios días a semanas, y en repetidas ocasiones en menos de 12 meses (Gelesko). Además, puede ser el punto de partida para procesos infecciosos complejos, con posibilidad de compromiso de espacios anatómicos profundos. (PELTROCHE-LLACSAHUANGA ET AL., 2000).

En relación al tratamiento es improbable que la administración de antibióticos o el desbridamiento mecánico, solos o en combinación, alteren significativamente el biofilm a largo plazo, una vez que los patógenos ya se hayan establecido. Gran parte de los profesionales hoy están de acuerdo en que los antibióticos tienen un rol sólo en el manejo a corto plazo de los síntomas de la Pericoronaritis y que no son eficaces en alterar la infección subyacente (Yamalik & Bozkaya).

Algunos autores han minimizado la importancia de los síntomas y los hallazgos clínicos asociados a pericoronaritis. Una reciente revisión bibliográfica sobre la patología que afecta a terceros molares apoyó las directrices promulgadas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, 2000) de Inglaterra: sólo síntomas recurrentes de pericoronaritis que afectan a terceros molares son indicaciones para la exodoncia de estos. La pericoronaritis es una inflamación de la encía alrededor de la corona de un diente. Se puede producir en cualquier pieza dental, pero normalmente afecta a las muelas del juicio, y es que debido a la escasez de espacio en el momento en que brotan, los terceros molares están situados en el entorno perfecto para que se produzca una inflamación bacteriana que puede llegar a ser muy dolorosa y que puede extenderse por los sistemas circundantes, llegando a afectar a la mandíbula y a las mejillas.

El hecho de estar muy relacionada con la erupción de las muelas del juicio, hace que sea una patología común en pacientes de entre 17 y 25 años. La mayoría de afectaciones de pericoronitis se dan cuando el tercer molar está en fase de erupción. Al brotar de forma parcial, la encía que recubre parcialmente el diente es un sitio ideal para que las bacterias y los restos de alimentos penetren y no sean fáciles de eliminar antes que acaben desarrollando una infección en una zona que tiene las características ideales para ser un campo de cultivo, ya que la temperatura y la humedad de esta zona facilitan su infección, hasta tal punto que en los casos más complicados puede comportar la aparición de pus y terminar por afectar los ganglios de la banda infectada o incluso provocar dolor en el oído. Esto supone un dolor intenso que puede incluso dificultar la masticación o el hecho de abrir la boca.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los músculos que se afectan en la pericoronaritis de terceros molares de pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014?

1.3.OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar qué músculos se afectan por la presencia de pericoronaritis en terceros molares de pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Fundamentar teóricamente los músculos que se afectan en la pericoronaritis en terceros molares.
- Definir qué tipo de afectación sufren los músculos identificados por pericoronaritis en terceros molares en los pacientes.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

Dentro de las políticas de salud llevada adelante por las autoridades del Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas, la mejor manera de completar la prevención de infecciones como la pericoronitis es, con la revisión periódica de los dientes en los pacientes.

El pronóstico, una vez establecido el tratamiento, ya sea quirúrgico o medicamentoso, es favorable para el paciente.

Los futuros profesionales en el área de la odontología, deben diagnosticar el problema de manera temprana, para evitar que el dolor pueda ser mucho más intenso y que la afectación de la infección, no sea mucho más invasiva para los tejidos y el diente.

Es necesario reconocer las formas de manifestación clínica, ya que son muy variadas en función de los factores locales, generales y del equilibrio entre el sistema defensivo orgánico y la actividad bacteriana, para beneficio del paciente.

Es importante conocer la infección pericoronaria en la infancia, ya que ésta, se asocia con la erupción de los dientes, cuando el tejido supradental que comprende la porción superior del folículo y del mucoperiostio que lo recubre puede inflamarse y producir un absceso fluctuante en el paciente. DONADO M, AGUADO A. (1990) CIRUGÍA BUCAL. PATOLOGÍA TÉCNICA. MADRID: LOS LLANOS.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

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 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.

Las formas de manifestación clínica son muy variadas en función de los factores locales y generales ya analizados y del equilibrio entre el sistema defensivo orgánico y la actividad bacteriana. 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.

Ries Centeno considera un ligero predominio en la mujer con respecto al hombre; Wirth da un porcentaje del 48,4 % para el sexo femenino y el 51,5 % para el masculino. La edad de inicio para los fenómenos patológicos es muy variada y tiene unos límites muy amplios; así, Ries Centeno considera como límites los 18 y 28 años, aunque cita casos de 15 años y ancianos hasta de 82 años.

Para Wirth, el mayor porcentaje se encuentra entre los 21 y 25 años (53 %), seguido de 15 a 20 años (17,2 %), y entre los 26 y 30 años el 16,3 %.^{1,4}. La pericoronaritis puede desarrollarse cuando los terceros molares, sólo erupcionan parcialmente. Esto permite una apertura para que entren bacterias alrededor de los dientes y provoquen una infección. En los casos de pericoronitis, alimentos o placa, pueden quedar atrapados debajo de un colgajo de la encía alrededor del diente.

Si permanece allí, puede irritar las encías y provocar pericoronaritis. Si la pericoronaritis es grave, la inflamación y la infección pueden extenderse más allá de la mandíbula hasta las mejillas y el cuello y por ende a los músculos masticatorio.

El odontólogo debe examinar los terceros molares y la forma en que están llegando, y ver si alguno está parcialmente erupcionado. También se debe tomar una radiografía para determinar periódicamente la alineación de estas piezas; y lo más importante se debe tomar nota en el formulario 033 del Ministerio de Salud Pública, de los síntomas como inflamación o infección, y comprobar la presencia de un colgajo gingival alrededor de los terceros molares.

Si el dolor y la inflamación son graves, o si se repite el pericoronitis, el paciente necesitará cirugía oral para que el colgajo gingival o tercer molar, sea eliminado. El odontólogo debe conocer plenamente las amplias consecuencias de la pericoronitis, para hacer la referencia adecuada al cirujano oral y/o maxilofacial.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. Pericoronaritis.

La pericoronaritis es un proceso infeccioso agudo que se observa en pacientes jóvenes, entre la segunda y la tercera décadas de la vida por erupción de cualquier diente, fundamentalmente en los terceros molares.

2.2.1.1.Historia.

Puede aparecer en otras épocas de la vida. 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 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.

2.2.1.2.Manifestaciones clínicas.

La pericoronaritis tiene manifestaciones clínicas comunes independientes de su forma clínica de presentación, que se describen a continuación:

- 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 y 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 y Disfagia, Toma del estado general (escalofrío, hipertermia o fiebre),
- Linfadenopatía cervical con mayor frecuencia en la cadena submandibular,
- Ganglios dolorosos y endurecidos.

Figura N° 1: paciente varón de 25 años con pericoronaritis en la pieza #38.



Dután

Fuente: Distrito de
Salud N°23 D01
Augusto Egas

Elaborado por: Ana

2.2.2. Sintomatología.

Dentro de la sintomatología se observa enrojecimiento de la zona, dolor, tumefacción, y aumento de la temperatura local, esta afección casi nunca se acompaña de procesos febriles. El estudio radiográfico muestra una imagen radiolúcida, debido al proceso osteolítico del hueso.

2.2.3. Etiología.

La pericoronaritis es producida por crecimiento bacteriano activo en un medio ideal, que es el espacio de tejido blando que cubre la corona del molar. Debajo de la mucosa peridentaria existe un espacio donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad; con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece.

2.2.4. Origen infeccioso (1er. origen de la pericoronaritis).

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 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.

2.2.5. Accidente mecánico (2do. origen de la pericoronaritis)

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, y comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.

2.2.6. 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 pericoronaritis, que se presenta de diferentes formas:

- 1) Pericoronaritis aguda congestiva o serosa,
- 2) Pericoronaritis aguda supurada,
- 3) Pericoronaritis crónica.

Por ser los terceros molares los que más frecuentemente presentan estos síntomas, describimos a continuación sus manifestaciones clínicas. PERICORONARITIS AGUDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES DE UN CONSULTORIO ESTOMATOLÓGICO DEL MUNICIPIO VENEZOLANO DE VALENCIA. MSC. B. R. PÉREZ BARRERO, MSC. C. DUHARTE GARBAY, MSC. C. PERDOMO ESTRADA, et. al (2002).

2.2.7. Pericoronaritis aguda congestiva o serosa.

Se caracteriza por dolores acentuados a la masticación, que pueden irradiarse a la faringe o la rama ascendente de la mandíbula, mucosa eritematosa por detrás del molar, 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. La evolución de la pericoronaritis aguda congestiva o serosa es variable.

Espontáneamente o bajo el efecto de un tratamiento se atenúa; los dolores desaparecen primero, y después más lentamente, aparecen otros signos inflamatorios locales. Las recidivas pueden suceder hasta que la corona sea completamente liberada, pero en todo momento las lesiones pueden pasar al estadio de la pericoronaritis aguda supurada. Espontáneamente o bajo la influencia del tratamiento, el dolor desaparece y la Pericoronaritis evoluciona hacia la remisión. Una nueva crisis es posible a más corto o largo plazo (6-12 meses) pero esta inflamación puede evolucionar hacia una Pericoronaritis supurada. PEÑÍN A. (1990)

2.2.8. Pericoronaritis aguda supurada.

Se manifiestan dolores más intensos que se irradian a amígdalas, oído y hacen desviar el diagnóstico, 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 una infección más grave que se confirma por examen endobucal, la palpación es más 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.

La evolución es similar a la de la forma congestiva o serosa, puede aún regresar, aunque es más raro; las recidivas se separan por períodos de acalmia (disminución del dolor) variables, y el paso a la forma crónica es frecuente, aunque la pericoronaritis tiene el peligro sobre todo de ser el punto de partida de una complicación infecciosa más grave: celular, mucosa, ganglionar u ósea. Esta infección puede complicarse si se extiende al área del pilar anterior, espacio pterigomandibular, espacios parafaríngeos, espacio submandibular, espacio bucal, espacio infratemporal y temporal profundo y/o espacio submasetérico, además puede causar infecciones profundas como la osteomielitis. La Pericoronaritis aguda o supurada es característica por existir la clínica inflamatoria típica, dolor, tumor, rubor y calor. DONADO M. (2000)

Destacamos la clínica más característica:

- Dolor intermedio, palpitante e intenso que aumente con la masticación y que puede producir insomnio. Existe irradiación hacia distintas zonas faciales en especial hacia el oído.
- Trismo, que normalmente es intenso y es un efecto antiálgico.
- Disfagia y dificultad de la masticación que suele ser el testimonio de la propagación de la inflamación hacia el velo del paladar o la zona amigdalina (pilar anterior), que están enrojecidas y edematosas.
- Supuración en la zona del tercer molar. Al comprimir el capuchón mucoso se expulsa pus.
- La encía ha cambiado su color normal y se presenta rojizo o rojo violáceo y cubierta de restos alimenticios y coágulos de sangre.
- La vasodilatación local aumenta un cambio de temperatura de la región.
- Aparición de adenopatías cervicales en especial de la zona submaxilar.

Signos generales:

- Incremento de la temperatura (fiebre), pulso y,
- Frecuencia respiratoria aumentada, astenia, anorexia, etc.

2.2.9. Pericoronaritis crónica.

Los síntomas más atenuados son las algias (dolor) retromolares intermitentes. A veces se acompaña de trismo o limitación a la apertura bucal ligera y pasajera, puede cursar con ausencia absoluta de síntomas o estos pueden ser poco manifiestos como halitosis marcada, faringitis repetidas, gingivitis tórpida, adenopatía crónica o abscesos periamigdalinos unilaterales. El diente está cubierto de una mucosa eritematosa y edematosa sensible a la presión, que a veces deja salir 1 o 2 gotas de serosidad purulenta bajo el capuchón. Un signo muy típico de la pericoronaritis crónica es la faringitis unilateral, intermitente y recidivante. Si la corona del molar no está bien liberada, la pericoronaritis tiene todas las posibilidades de reproducirse o de evolucionar de modo crónico. Es más raro en el maxilar, donde los dientes encuentran menos dificultades evolutivas, también menos grave la posición de declive del orificio de comunicación, que al drenar mejor la infección pericoronaria limita los peligros de las complicaciones. La persistencia del absceso submucoso, por no existir drenaje, producirá una Pericoronaritis crónica en la que los síntomas están atenuados, aunque existe una molestia local, no un verdadero dolor, con irritación hacia la zona auricular, con algunos períodos de limitación de apertura bucal.
DONADO M. (2000)

Fotografía N° 1: Pericoronaritis crónica del 48 (ulceración mucosa producida por el ácido acetilsalicílico colocado por el propio paciente).



Fuente: www.unam.mx

Elaborado por: www.unam.mx

Es raro que un paciente presente Pericoronaritis bilateral por lo que deben descartarse, ante esta eventualidad, otros cuadros como una gingivitis ulcerativa. En la Pericoronaritis crónica juegan un papel muy importante la persistencia en la impactación de restos alimenticios y el traumatismo dentario durante la masticación o al cerrar la boca. En estas condiciones tenemos un nicho ecológico favorable para el desarrollo de ciertos microorganismos de la cavidad bucal, especialmente *Streptococcus*, *Stafilococcus*, etc.

2.2.10. Microbiota frecuentes en la pericoronaritis.

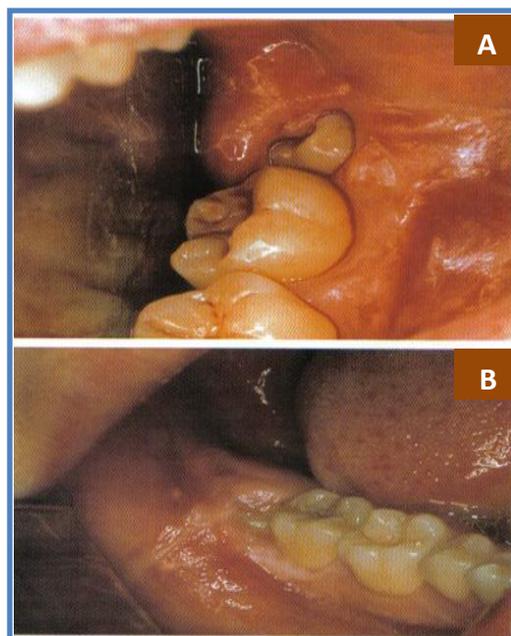
Son más frecuentes los estafilococos Gram positivos, que al envejecer algunas células se convierten en gramnegativos. Se caracterizan por ser esporulados, anaerobios y saprofiticos, bacilos fusiformes y espirilos. La microbiota oral alrededor del tercer molar inferior parcialmente erupcionado puede ser significativamente diferente de la flora encontrada en cualquier otra parte de la cavidad bucal y contiene gran número de especies altamente invasivas (bacteroides). Con frecuencia se encuentran altas concentraciones de microorganismos resistentes a la penicilina en esta área; por esto el absceso pericoronaral alrededor del tercer molar inferior inicialmente se considera un problema más serio que un absceso pericoronaral en otra área de la cavidad bucal. En investigaciones recientes sobre la microbiota oral encontrada en una pericoronaritis de los terceros molares, se encontraron microorganismos como espiroquetas, bacterias fusiformes, bacterias anaerobias, incluidos *Actinomyces* y especies *Prevotella*, predominantemente microflora facultativa anaerobia, entre ellos: *Streptococcus milleri*, *Estomatococos mucilaginosus* y *Rothia dentocariosa*.

2.2.10.1. Pericoronaritis en relación a la edad y el género.

La Pericoronaritis es una situación muy común que aparece por igual entre ambos sexos y su frecuencia va en aumento. Puede afectar a pacientes de cualquier edad, pero lo más frecuente entre los 16 y 30 años de edad y la incidencia máxima es entre los 20 y 25 años.

Puede existir una variación estacional, con mayor incidencia máxima es entre los 20 a 25 años. Se cree que entre los estados que predispone la Pericoronaritis están las infecciones de vías respiratorias altas, el estrés emocional y el embarazo (en el segundo trimestre). No hay pruebas que demuestren que la menstruación tenga alguna relación con el origen de Pericoronaritis. La presencia de un diente superior extruido es un hallazgo común entre los pacientes con pericoronaritis; este puede ser un factor desencadenante, y no hay duda de que, al aplastar el capuchón de la encía de recubrimiento (opérculo) durante la masticación o al cerrar la boca, prolonga el cuadro.

Fotografía N° 2: (A) Opérculo que cubre parcialmente 48 (B) operculitis del 38.



Fuente: www.unam.mx

Elaborado por: www.unam.mx

2.2.11. Condiciones embriológicas de los terceros molares.

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si se tratara de un diente de reemplazo.

La calcificación comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina de calcificarse hasta los 15-16 años; a los 25 años de edad se completa la calcificación de sus raíces, en un espacio muy limitado. El hueso en crecimiento, tiende a llevar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar.

De esta manera se explica la oblicuidad del eje de erupción hacia la cara distal del segundo molar. El tercer molar normal evoluciona siempre de abajo arriba, y de atrás hacia delante, según una línea curva de concavidad posterior. Se debe tomar en cuenta que a lo largo de la evolución de la especie humana, se reducen las dimensiones de los dientes, los maxilares y la mandíbula, en especial en los segmentos dentados óseos, por lo que el tercer molar dispone de menos espacio para su ubicación.

2.2.12. Morfología de los terceros molares.

2.2.12.1. Tercer Molar Superior.

Es la pieza dentaria más irregular. Puede estar incluida con una orientación vestibular o mesial, su corona es más pequeña que el primer y segundo molar. Las raíces pueden ser tres, pero con frecuencia están fusionadas o son convergentes. La altura media de la corona es 6,1 mm y de la raíz es 11,1 mm.

2.2.12.2. Tercer Molar Inferior.

Es similar al segundo molar inferior, pero su corona y raíces son más pequeñas, irregulares y más variables que los otros molares, con frecuencia están fusionadas, con orientación distal. Puede encontrarse retenido dentro de hueso por falta de espacio. La altura media de la corona es 6,6 mm y de la raíz es 9,1 mm.

2.2.13. Consideraciones anátomo-embriológicas de los terceros molares.

- Los terceros molares en cada hemiarcada, nacen de un mismo cordón epitelial, y son estos una especie de remplazo de los segundos,

- La calcificación del tercer molar comienza entre los 8 y 10 años, la corona termina entre los 15 y 16 años y las raíces aproximadamente a los 25 años,
- Esto sucede al final de la lámina dentaria en la llamada zona fértil de la mandíbula, en el ángulo mandibular,
- Al crecer la mandíbula hacia atrás, arrastra consigo al tercer molar en formación, lo que acentúa la oblicuidad del diente; este para poder situarse en la arcada al nivel del espacio retromolar, tiene necesidad de realizar una curva de enderezamiento cóncava hacia atrás y arriba,
- Existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana con respecto al número, volumen y forma de los dientes;
- Así, el tercer molar cada vez presenta una erupción más retardada, e incluso puede estar ausente por falta de formación,
- A lo largo de la evolución de la especie humana, los dientes y los maxilares ven reducidas sus dimensiones. Esta reducción es más significativa en los segmentos dentados de los maxilares, por lo que el tercer molar dispone de un menor espacio para su ubicación.

2.2.14. Halitosis.

La halitosis es un signo clínico caracterizado por mal aliento u olor bucal desagradable.

Las personas alcohólicas y fumadores presentan esta enfermedad con olor característico, ya que el alcohol es eliminado por saliva, sudor orina y heces fecales.

Generalmente está provocada por bacterias, higiene oral escasa, enfermedad periodontal, sinusitis, amigdalitis y el caso de los pacientes alcohólicos crónicos puede presentar cirrosis hepática.

2.2.15. Disfagia.

La dificultad para deglutir, es un problema común en pacientes con parálisis cerebral. La comida se quedará en la cavidad oral por más tiempo que lo usual, incrementando el riesgo de caries dental. Adicionalmente, las comidas de consistencia blanda se quedarán adheridas al diente.

Se debe de aconsejar a los padres o cuidadores del paciente, que revisen la cavidad oral luego de la ingesta de alimentos para remover los residuos de comida.

SOTO R., VALLEJOS R., FALCONÍ E., MONZÓN F. (2007) PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS CON ENCEFALOPATÍA INFANTIL EN EL PERÚ. REVISTA ESTOMATOLÓGICA HEREDIANA. LIMA, PERÚ.

2.2.16. Trismus.

Espasmo de los músculos masticatorios que desembocan en la incapacidad de abrir la cavidad oral. La mayoría de los pacientes con pericoronaritis, presentan una incapacidad o limitación para abrir la boca hasta los límites normales. Las causas que explican este hecho son:

- La contracción muscular protectora, debido a la inflamación relacionada con un traumatismo quirúrgico.
- La presencia de infección en los espacios vecinos (maseterino temporal, pterigomandibular, etc.)
- Por la punción del musculo pterigoideo interno o por aplicar otras técnicas de anestesia local de forma incorrecta.
- La lesión de la articulación temporomandibular durante una intervención quirúrgica.

2.2.17. Músculos masticadores.

2.2.17.1. Músculos principales de la masticación.

- Temporal, Masetero, Pterigoideo externo y Pterigoideo interno.



Fuente: www.odon.uba.ar
 Elaborado por: www.odon.uba.ar

2.2.17.2. *Temporal.*

Es un fuerte músculo elevador de la mandíbula situado a cada lado de la cabeza y ocupa la fosa temporal por arriba del arco cigomático y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se inserta en la apófisis coronoides de la mandíbula.

INSERCION: Por arriba se inserta en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal y mediante un haz accesorio en la cara interna del arco cigomático.

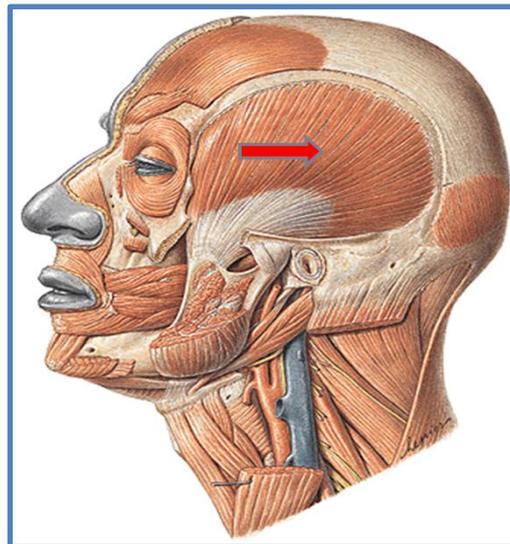
De ahí sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa y mediante un tendón nacarado acaba en el vértice, bordes y cara inferior de la apófisis coronoides.

ACCION: Al contraerse eleva la mandíbula y también la dirige hacia atrás; en esta última actividad intervienen los haces posteriores.

INERVACION: Temporal profundo anterior, ramo motor destinado a la parte anterior del músculo; proviene del nervio temporobucal del tronco anterior del nervio mandibular del Nervio Trigémino. Temporal profundo medio, se dirige hacia fuera y arriba para alcanzar la cresta esfenotemporal y se distribuye en los haces medios.

IRRIGACION: Proviene de la arteria temporal profunda anterior y la arteria temporal profunda media que proviene de los ramos ascendentes colaterales de la arteria maxilar interna. Arteria temporal profunda posterior rama colateral de la arteria temporal superficial. Ambas son ramas terminales de la arteria carótida externa.

Figura N° 1: Inserción del músculo temporal.

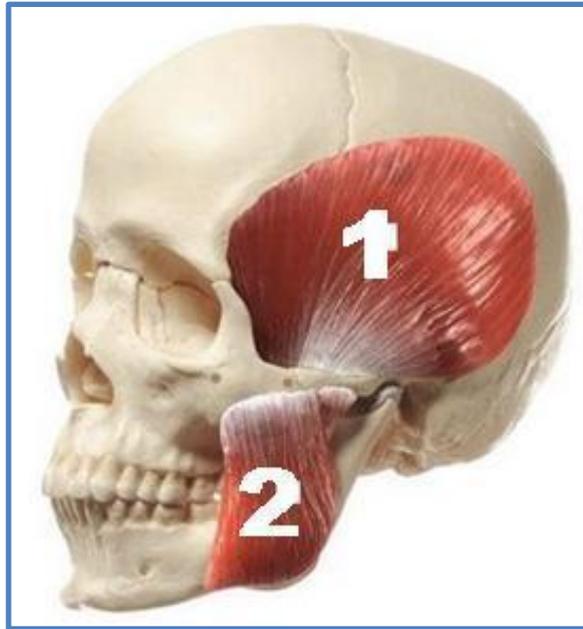


Fuente: www.actaodontologica.com
Elaborado por: www.actaodontologica.com

2.2.17.3. *Masetero.*

Es el más superficial de los músculos masticadores y palpables cuando se cierra con fuerza la mandíbula. Es un músculo amplio y de forma rectangular. Posee dos fascículos, uno superficial y otro profundo.

Figura N° 2: Masetero.



Fuente: www.actaodontologica.com
Elaborado por: www.actaodontologica.com

INSERCIONES: Haz superficial, en los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo de la mandíbula y sobre su cara externa. Haz profundo, en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática y termina en la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

ACCION: Al contraerse de forma simultánea eleva la mandíbula.

INERVACION: Nervio maseterino que proviene del nervio temporo-maseterino, del tronco anterior del nervio mandibular del Nervio Trigémino, se distribuye en la cara interna del músculo.

IRRIGACION: Por la arteria maseterina, proveniente de la rama descendente de los ramos colaterales de la maxilar interna, rama terminal de la carótida externa.

2.2.17.4. *Pterigoideo externo (lateral).*

Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo de la mandíbula. Se encuentra dividido en 2 haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

INSERCIONES: El haz superior se inserta en el ala mayor del esfenoides. El haz inferior se inserta sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides. Ambos haces se dirigen a la fosita pterigoidea del cóndilo mandibular.

ACCION: La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia delante de la mandíbula. Si se contraen aisladamente, la mandíbula ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado, cuando estos movimientos son alternativos y rápidos, se llama de diducción y son los principales en la masticación.

INERVACION: Nervio bucal, rama del nervio temporobucal que pertenece al tronco anterior del nervio mandibular del Nervio Trigémino.

IRRIGACION: Arteria meníngea media y meníngea menor, ramas ascendentes de la maxilar interna, rama terminal de la carótida externa.

2.2.17.5. *Pterigoideo interno (medial).*

Se inserta superiormente en la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides y cara externa del ala interna y por el fascículo palatino de Juvara en la apófisis piramidal del palatino y de ahí sus fibras se dirigen para terminar en la cara interna del ángulo de la mandíbula.

ACCION: Es un músculo elevador de la mandíbula; pero debido a su posición proporciona pequeños movimientos laterales.

INERVACION: Por la rama del pterigoideo interno, primera rama del tronco posterior del nervio mandibular del Nervio Trigémino.

Figura N° 3: Inserciones del musculo pterigoideo interno.



Fuente: www.actaodontologica.com
Elaborado por: www.actaodontologica.com

IRRIGACION: Arteria pterigoidea, ramo cervical de la facial, rama colateral de la carótida externa. Arteria meníngea menor, rama ascendente de la maxilar interna de la rama terminal de la carótida externa. Arteria dentaria inferior y pterigoidea, ramas descendentes de la maxilar interna, rama terminal de la carótida externa.

2.2.18. Músculos hioideos.

2.2.18.1. Suprahioideos.

- Digástrico, Estilóhioideo, Milohioideo y Genihioideo.

2.2.18.2. Infrahioideos

- Esternohioideo, Omohioideo, Esternotirohioideo y Tirohioideo.

2.2.18.3. Músculo facial que participa en la masticación.

- Buccinador.

2.2.18.4. *Suprahioideos digástrico.*

Tiene 2 vientres musculares (anterior y posterior) y un tendón intermedio, el cual los une. Se extiende del hueso temporal (apófisis mastoides) a las fosas digástricas de la mandíbula.

INSERCIÓN: Se inserta en la fosa digástrica de la cara interna de la mandíbula, se dirige hacia atrás y arriba, se une al tendón intermedio, este a su vez se une al vientre posterior que se dirige hacia arriba y atrás para insertarse en la ranura digástrica de la apófisis mastoides del temporal.

ACCIÓN: Vientre anterior: al contraerse desciende la mandíbula y el hioides está fijo y cuando la mandíbula está fija, eleva al hioides. Vientre posterior: al contraerse eleva el hioides y la cabeza se encuentra fija y si la cabeza se inclina el hioides está fijo.

INERVACIÓN: Vientre posterior: ramo del vientre posterior del digástrico, cuarta rama extrapetrosa del nervio facial. Vientre anterior: nervio milohioideo, rama colateral del nervio dentario inferior del tronco posterior del nervio trigémino.

IRRIGACIÓN: Vientre posterior: arteria hioidea suprahioidea, colateral de la arteria lingual rama colateral de la carótida externa. Vientre anterior: arteria submentoniana, ramo cervical de la arteria facial, rama colateral de la carótida externa.

2.2.18.5. *Estilohioideo.*

INSERCIÓN: Por arriba en la porción externa de la base de la apófisis estiloides, se dirige hacia abajo y se fija en la cara anterior del hueso hioides.

ACCIÓN: Eleva el hueso hioides y lo lleva hacia atrás, interviene en el habla, masticación y deglución.

INERVACIÓN: Rama estilohioidea, cuarta rama colateral extrapetrosa del nervio facial.

IRRIGACION: Arteria hioidea o suprahioidea, primera colateral de la arteria lingual, colateral de la Carótida externa.

2.2.18.6. *Milohioideo.*

Músculo aplanado y parecido a un triángulo. Son 2 músculos que al unirse forman el piso de la boca. Se extiende desde la mandíbula al hueso hioides.

INSERCIÓN: Superiormente en la línea milohioidea de la mandíbula, se dirige hacia abajo y adentro y cuenta con 2 fibras:

- Posterior: en la cara anterior del hueso hioides.
- Anterior: es un rafe aponeurótico que va de la sínfisis mentoniana al hueso hioides.

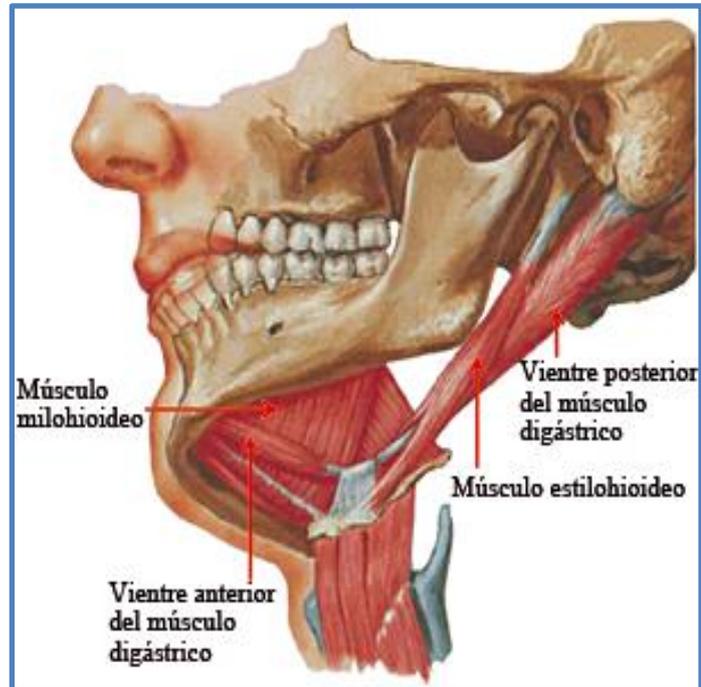
ACCIÓN: Eleva el hueso hioides, la lengua. Interviene en los movimientos de deglución, las fibras posteriores dan movimiento de lateralidad a la mandíbula y las fibras anteriores dan movimiento para arriba y abajo.

INERVACIÓN: Ramo milohioideo, ramo anastomótico de la cuarta rama colateral del nervio lingual del tronco posterior del nervio mandibular del trigémino. Nervio milohioideo, rama colateral del dentario inferior del tronco posterior del nervio mandibular del trigémino.

IRRIGACION: Arteria hioidea o suprahioidea y sublingual, colaterales de la arteria lingual, colateral de la carótida externa.

Arteria submentoniana, rama colateral cervical de la arteria facial, colateral de la carótida externa. Ramo milohioideo, ramo de la arteria dentaria inferior, que es rama descendente de la arteria maxilar interna, rama terminal de la carótida externa.

Figura N° 4: Inervación del musculo milohioideo que forma el piso de la boca.



Fuente: www.actaodontologica.com
Elaborado por: www.actaodontologica.com

2.2.18.7. *Geniohioideo.*

INSERCION: Superiormente en la apófisis geni-inferior de la mandíbula, sigue luego una dirección oblicua hacia abajo y atrás para insertarse en la cara anterior del cuerpo del hiodes.

ACCION: Desciende la mandíbula cuando se contrae y participa en la deglución, elevando la laringe.

INERVACION: Por los dos primeros nervios cervicales del hipogloso.

IRRIGACION: Arterias hioidea y sublingual, ramas de la lingual que es colateral de la carótida externa.

2.2.19. Músculos infrahioides.

2.2.19.1. Esternohioideo

INSERCIÓNES: Cara posterior, extremidad media de la clavícula, ligamento esternoclavicular posterior y parte posterior y superior del manubrio. Es un músculo accesorio. Se dirige hacia abajo y llega al borde inferior del hioides mediante fibras tendinosas cortas.

ACCION: Se contrae para impedir la elevación del hioides cuando baja la mandíbula.

INERVACION: Ramas del asa del hipogloso, primeros tres nervios cervicales.

2.2.19.2. Omohioideo.

INSERCIÓNES: El vientre posterior en el borde superior del omóplato, cruza por fuera al paquete neurovascular, del cuello al tendón intermedio, se vuelve hacia arriba para fijarse en la porción externa del hueso hioides y en el asta mayor por fuera del esternocleidohioideo. El vientre anterior se fija en la porción externa del hueso hioides y en el asta mayor del mismo.

INERVACION: Ramos nerviosos del asa del hipogloso (Ramas anteriores de los 3 primeros nervios cervicales)

ACCION: Depresor del hueso hioides., tensor de la aponeurosis cervical media. Contribuye a favorecer la circulación venosa del cuello durante la inspiración.

2.2.19.3. Esternotiroideo.

INSERCIÓN: Inferiormente en la cara posterior del manubrio del esternón y en la misma cara del primer cartílago costal: desde estos lugares se dirige verticalmente hacia arriba para ir a fijarse en los dos tubérculos que presenta la cara externa del cartílago tiroideo y en el cordón fibroso que los une.

RELACIONES: Por delante cubierto por el esternocleidomastoideo por atrás cubre el cuerpo tiroides y tráquea.

INERVACION: En su parte externa recibe filetes del asa del hipogloso.

ACCIÓN: Desciende el cartílago tiroides y por tanto la laringe.

2.2.19.4. *Tirohioideo.*

INSERCIÓN: Superiormente en el borde inferior del hasta mayor del cuerpo del hioides de ahí se dirige a los tubérculos tiroideos mediante un ligamento.

RELACIONES: Su cara anterior está cubierta por el músculo esternocleidomastoideo y omohioideo. Su cara posterior la cubre el cartílago tiroides, membrana tirohioidea y nervios laríngeos superiores.

INERVACIÓN: Por el tirohioideo, ramo del hipogloso mayor.

ACCIÓN: Elevador de la laringe, depresor del hueso hioides.

2.2.19.5. *Buccinador.*

INSERCIÓN: Por atrás en la parte posterior del reborde alveolar de la mandíbula, en el ligamento pterigomandibular y en el borde anterior de la rama ascendente, de ahí sus fibras convergen a la comisura de los labios.

ACCIÓN: Por su contracción, estos músculos mueven hacia atrás las comisuras de los labios.

INERVACION: De las ramas terminales del nervio facial (temporobucal y cervicofacial) a través de sus ramos bucales superiores e inferiores correspondientes que proporciona inervación motora, ya que el nervio bucal que proviene del nervio mandibular proporciona la inervación sensitiva

IRRIGACION: Esta proviene de la arteria facial transversa, rama colateral de la arteria temporal superficial, rama terminal de la arteria carótida externa.

2.2.20. Tratamiento.

Los pilares básicos a considerar en el tratamiento de las infecciones odontógenas se concentran en dos:

- Uso de antimicrobianos.
- El tratamiento quirúrgico.

Medicamentoso:

- Uso de antimicrobianos.
- Analgésicos, Antisépticos, Antiinflamatorios.
- Lavado profuso con solución salina.
- Colutorios con antisépticos débiles (clorhexidina al 0,02 %)
- Aplicación de anestésico que permite la exploración y el desplazamiento del tejido blando subyacente.
- Enjuagatorios tibios con emolientes y revulsivos.
- Higiene bucal adecuada.

Quirúrgico:

- Incisión y drenaje.
- Eliminación del saco u opérculo con bisturí o electrocirugía.
- Exéresis de la pieza dentaria cuando su posición es paranormal.

Los objetivos a conseguir con el tratamiento consisten en:

- Restablecer la salud del paciente.
- Evitar la aparición de secuelas y complicaciones.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Absceso dental: Un flemón dental es un absceso localizado en una encía, debida principalmente a la inflamación de una pieza dental dañada por traumatismo, por caries o por periodontitis.

Apiñamiento: Maloclusión caracterizada por falta de espacio mesiodistal para la correcta posición de los dientes.

Estrógenos: Son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Gingivitis: La gingivitis es la inflamación y sangrado de las encías debido a distintas causas generalmente bacterianas.

Halitosis: Olor desagradable que produce al respirar o abrir la boca, como causa principal el alcohol, el tabaco, la mala higiene bucal, necrosis pulpar y enfermedades periodontales.

Osteomielitis: Infección súbita o de larga data del hueso o médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o micobacteria y hongos. Los factores de riesgo son trauma reciente, diabetes, hemodiálisis y drogadicción.

Periodontitis: Es cuando la gingivitis no es tratada debidamente y esta infección e inflamación se disemina hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes, produciendo movilidad.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. Hipótesis.

H_i: La pericoronaritis causada por los terceros molares, afecta a los músculos masticatorios.

2.4.2. Variables.

2.4.2.1. Variable dependiente.

- Afecciones de los músculos masticatorios.

2.4.2.2. Variable independiente.

- Pericoronaritis.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
<i>Dependiente</i>				
Afectación en músculos masticatorios	Músculo relacionados con la mandíbula	Proceso común a diferentes enfermedades crónicas	Afectación motora	Análisis intraoral Historia clínicas
<i>Independiente</i>				
Pericoronitis	Trastorno dental en la que se inflama el tejido de la encía alrededor de los dientes molares y se infectan	Aguda congestiva o serosa, Aguda supurada y, Crónica.	Dolor punzante Dificultad a la masticación Halitosis Disfagia Tejido pericoronario enrojecido y edematoso Amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo	Análisis intraoral Radiografía

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. MÉTODOS.

Método científico: Es un proceso destinado a explicar que la pericoronaritis, tiene relación con los músculos masticadores y que esto, afecta a los pacientes.

Método sintético: Mediante este método, se quiere explicar, que la pericoronaritis es la causa principal de la afectación en los músculos masticadores de los pacientes. Esto se presenta en la hipótesis y se concluirá en los resultados.

Método analítico: Es un método analítico, pues se revisará y analizará por separado cada caso clínico con cuadro de pericoronaritis.

3.1.1. Tipo de investigación.

Descriptivo: Porque se observará las características del objeto de estudio, que es la relación entre la pericoronaritis y la afectación de los músculos masticatorios de los pacientes.

Explicativo: Expresaremos que la pericoronaritis, es la causa de la afectación de los músculos masticadores (Causa y efecto).

3.1.2. Diseño de investigación.

Bibliográfica: Se recopila y organiza información bibliográfica sobre las variables (Pericoronaritis - músculos masticadores). Las variables, son los temas que se desarrollan en la investigación.

Campo: La investigación es de campo, porque se trabajó en los pacientes atendidos en el distrito de salud N° 23 D01 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas.

3.1.3. Tipo de estudio.

Transversal: Ya que se realiza en un lapso de tiempo corto, entre Diciembre de 2013 y Mayo de 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La investigación planteada, fue realizada en 317 pacientes de los cuales se revisó las historias clínicas.

3.2.2. Muestra.

La muestra fueron 17 pacientes involucrados en el período de la investigación, con pericoronaritis en terceros molares.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de la información se realizó mediante una hoja de control, analizando las historias clínicas de los pacientes, para determinar su tratamiento.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los datos que se obtengan en el estudio serán ordenados en porcentajes y serán representados en tablas y gráficos respectivamente interpretados y procesados en el programa Microsoft Excel, para una mejor interpretación.

CAPÍTULO IV

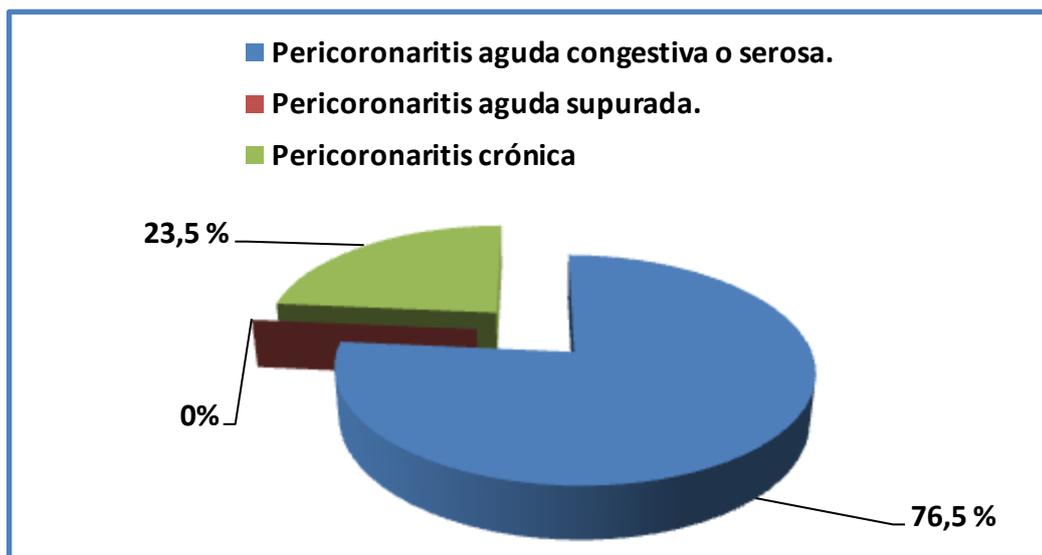
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla N° 1.4: Tipo de pericoronaritis manifestada por los pacientes.

Tipos de pericoronaritis	Frecuencia	Porcentaje
Pericoronaritis aguda congestiva o serosa	13	76,5 %
Pericoronaritis aguda supurada	0	0 %
Pericoronaritis crónica	4	23,5 %
Total	17	100 %

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

Gráfico N° 1.4: Representación del tipo de pericoronaritis manifestada por los pacientes.



Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

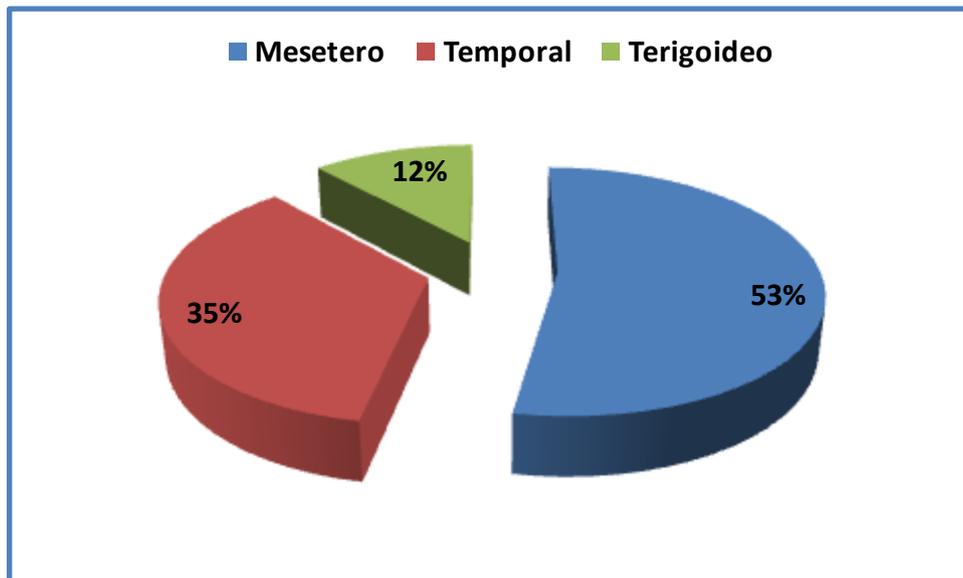
Análisis e interpretación: Las pericoronaritis manifestadas por los pacientes fueron del tipo aguda o serosa en el 76,5 % (13 pacientes) y 23,5 % (4 pacientes) del tipo crónica. Estos resultados, también coinciden con los autores estudiados (Chiapasco, 2004), (Navarro, 2008) y, (Hupp et. al, 2010) En todos los casos, se realizó la extracción de los terceros molares.

Tabla N° 2.4: Músculos afectados por pericoronaritis en los pacientes.

Músculos afectados	Frecuencia	Porcentaje
Masetero	9	53 %
Temporal	6	35 %
Pterigoideo	2	12 %
Total	17	100 %

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

Gráfico N° 2.4: Músculos afectados por pericoronaritis en los pacientes.



Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

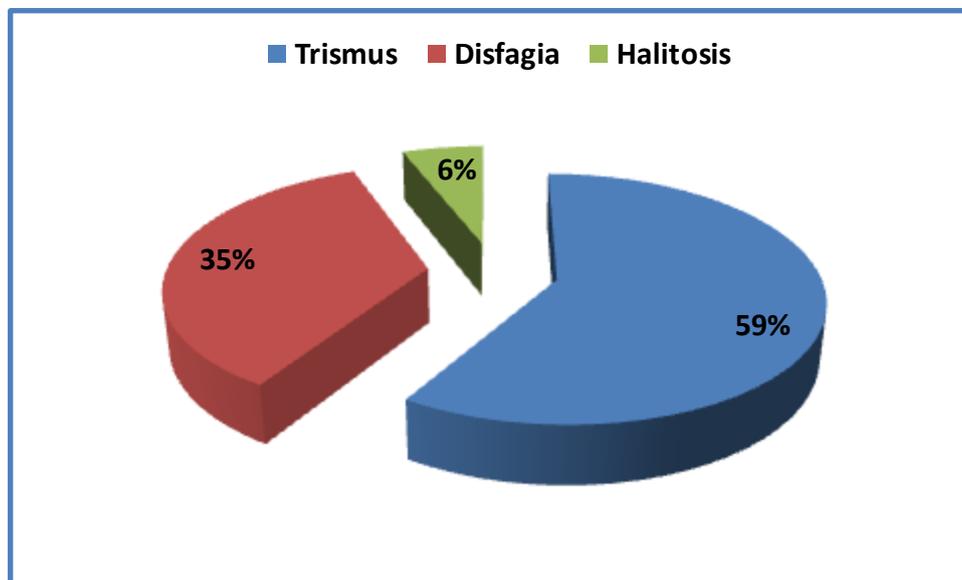
Análisis e interpretación: Los músculos afectados causado por la pericoronaritis, fueron el masétero en el 53 % (9 pacientes), temporal en el 35 % (6 pacientes) y pterigoideo en el 12 % (2 pacientes).

Tabla N° 3.4: Patologías manifestadas por los pacientes.

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Trismus	10	59 %
Disfagia	6	35 %
Halitosis	1	6 %
Total	17	100 %

Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

Gráfico N° 3.4: Patologías manifestadas por los pacientes.



Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

Análisis e interpretación: Las patologías manifestadas por los pacientes con pericoronaritis, fueron trismus en el 59 % (10 individuos), disfagia en el 35 % (6 individuos) y halitosis en el 6 % (1 paciente).

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

- El músculo afectado dentro de la muestra que utilizamos fue el Masetero por su ubicación más cercana a los terceros molares, el cual se comprobó mediante examen clínico (palpación) en donde el paciente manifestaba dolor.
- La afectación mayormente manifestada fue Trismos, ya que los pacientes no fueron los debidamente cuidadosos en su salud oral.

5.2. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda efectuar un llenado correcto de la historia clínica con sus respectivos exámenes complementarios.
- Hay que diagnosticar la afección correcta para así determinar con el tratamiento adecuado en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

ABU ALHAJJA E.S., ALBHAIRAN H.M., ALKHATEEB S.N. (2011) Mandibular third molar space in different antero-posterior skeletal patterns. Eur J Orthod.

APARECIDA COSTA M., FIGUEIREDO DE OLIVEIRA A.E., DA SILVA R.A., FERREIRA COSTA J., FERREIRA LOPES F., LIMA RODRÍGUEZ A. (2010) Prevalencia de los terceros molares incluidos en estudiantes de una escuela pública de São Luís- Maranhão - Brasil. Acta Odontol Venez.

BATRES L.E. (1994) Cirugía menor bucal. Edit. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

BEKLEN, A.; LAINE, M.; VENTÄ, I; HYRKÄS, T. & KONTTINEN, Y. T. (2005) Role of TNF- α and its receptors in pericoronitis. J. Dent. Res.

CARBONELL CAMACHO O. (1999) ¿Pueden los terceros molares provocar apiñamiento? Rev Cubana Ortod.

DÍAZ PÉREZ R., GUTIÉRREZ VALDÉS D.H., MACÍAS MAYEYA A. (2008) Agenesia de terceros molares en pacientes de la Facultad de Odontología de la UNAM. Rev Cubana Estomatol.

DONADO M. (2000) Infecciones orales y maxilofaciales. En Urgencias en Odontoestomatología Madrid, España. Ed Los Llanos.

GARCÍA HERNÁNDEZ F., BELTRÁN VARAS V.J. (2008) Agenesia del tercer molar en una etnia originaria del norte de Chile: Atacameños o Lican antai. Int J Morphol.

GARCÍA HERNÁNDEZ F., TORO YAGUI O., VEGA VIDAL M., VERDEJO MENESES M. (2008) Agenesia del tercer molar en jóvenes de 14 a 20 años de edad, Antofagasta, Chile. Int J Morphol.

GELESKO, S.; BLAKEY, G. H.; PARTRICK, M.; HILL, D. L. JR.; WHITE, R. P. JR. (2009) Offenbacher, S.; Phillips, C. & Haug, R. H. Comparison of periodontal inflammatory disease in young adults with and without pericoronitis involving mandibular third molars. J. Oral Maxillofac. Surg.

PEÑARROCHA M. (1997) Dolor orofacial posquirúrgico. En: Dolor orofacial. Etiología, diagnóstico y tratamiento. Tomo III. Barcelona: Masson.

PEÑÍN A. (1990) Clínica de las infecciones odontógenas. En Cirugía bucal. Patología y técnica, Madrid, España. Ed. Los Llanos.

ROMERO M.M., GUTIERREZ J.L. (2001) El Tercer Molar Incluido. Madrid: Intigraf.

SAAP J.P., EVERSOLE L.R., WYSOCK I. (2005) Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. 2º ed. Madrid: Mosby.

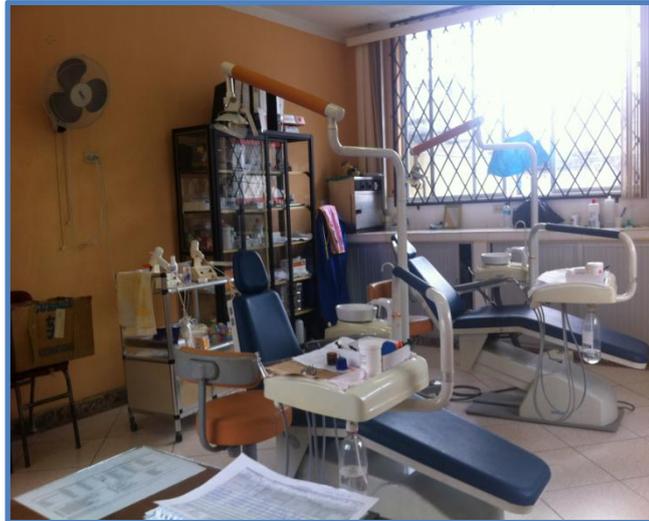
SARMIENTO P. HERRERA A. (2004). Agenesia de terceros molares en estudiantes de odontología de la Universidad del Valle entre 16 y 25 años. OM Columbia Médica.

SOICHIRO A. ANAMI, YASUNO RI. KASAKI (1992) Extracción del tercer molar. Ed. Doyma.

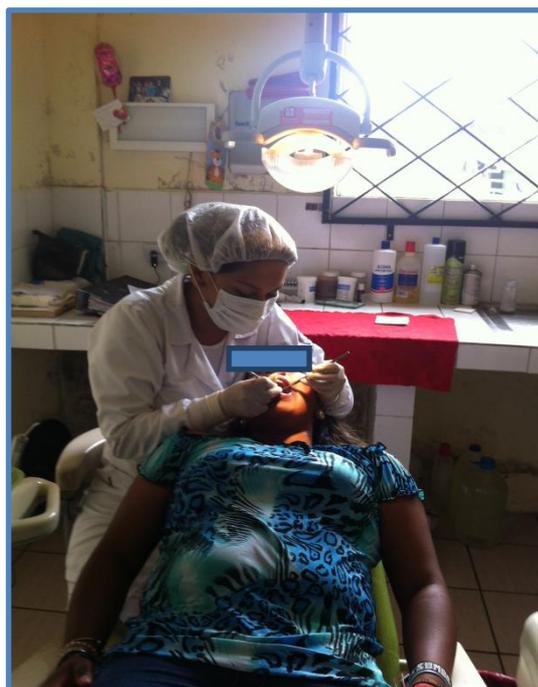
ANEXOS.

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.

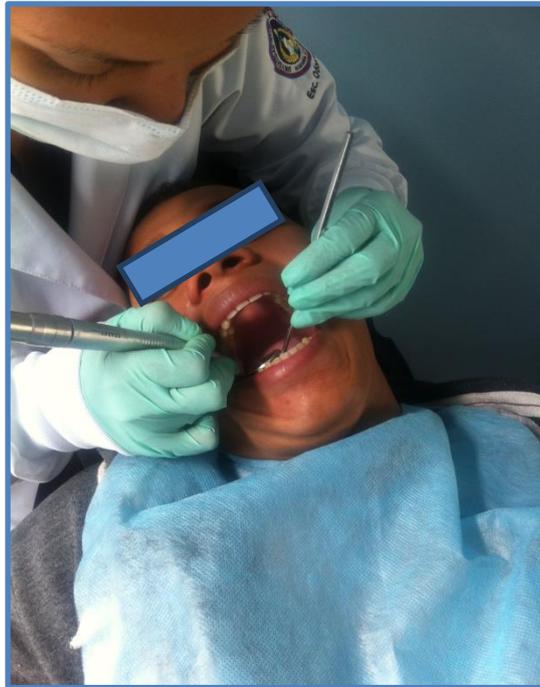
**FOTO TOMADA DEL CONSULTORIO DEL DISTRITO N°23 D01
AUGUSTO EGAS DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.**



**PACIENTE FEMENINO ATENDIDA EN EL DISTRITO N°23 D01
AUGUSTO EGAS DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.**



**PACIENTE MASCULINO ATENDIDA EN EL DISTRITO N°23 D01
AUGUSTO EGAS DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.**



Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

PACIENTE VARÓN DE 25 AÑOS CON PERICORONARITIS EN LA PIEZA #38



Fuente: Distrito de Salud N°23 D01 Augusto Egas
Elaborado por: Ana C. Dután R.

PLACA RADIOGRÁFICA DE PACIENTE CON PEROCORONARITIS.



Fuente: Investigación propia.
Elaborado por: Ana C. Dután R.

CERTIFICACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD.

Riobamba, 19 de Febrero del 2014

DISTRITO DE SALUD N°23 D01

At. Sr. Director

Dr. Jaime Jaramillo

Santo Domingo de los Tsáchilas

Referencia: Autorización para la realización de la tesina de grado.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para solicitarle muy respetuosamente, reciba a la portadora de la presente, estudiante de la Carrera de Odontología, de la Universidad Nacional de CHIMBORAZO, para realizar la siguiente investigación y cumplir así, con los requisitos de su graduación.

Nombre de la alumna: Ana Cristina Dután Rodríguez con N° 171237261-2.

Tema de la investigación: Afección de los músculos masticatorios por pericoronaritis en terceros molares, en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N°23 D01 Augusto Egas de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el periodo Diciembre 2013 a Mayo 2014.

Sin otro particular y reconociendo su gentil atención, anticipo mi agradecimiento.

Nota con copia adjunta a:


Dr. Jaime Jaramillo

Atentamente


Dr. Kathy M. Llori O.
Directora de Carrera Odontología.

