

TERAPIA BLUE M COMO COADYUVANTE CICATRIZAL EN CIRUGÍA DE TERCEROS MOLARES: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RESUMEN

Se presenta el reporte de un caso clínico, de una paciente femenina de 27 años de edad. Cuyo estudio tuvo como objetivo general Describir la terapia Blue M como coadyuvante cicatrizal en cirugía de Terceros Molares. Para tal fin, la investigación de campo de tipo descriptivo, bajo la modalidad Estudio de Caso. En este sentido, los dientes supernumerarios son dientes adicionales que se desarrollan en los maxilares y son poco frecuentes en la población, los casos con múltiples dientes supernumerarios son mucho más inusuales. El estudio radiográfico, revelo cordales incluidas de las UD 38-48 y dientes supernumerarios distomolares en la rama ascendente de la mandíbula del lado derecho e izquierdo, con riesgo a fractura mandibular. En conclusión, los terceros molares presentan variaciones en sus posiciones, lo que puede complicar su extracción quirúrgica. Los dientes supernumerarios, también conocidos como hiperdoncia, son dientes extras que pueden desarrollarse en cualquier parte de la arcada dental, se implementó el uso del gel Blue M, que opera en el control de la flora bucal y la reducción de microorganismos (bacterias, hongos y virus).

Palabras Clave: Terapia Blue M, Cicatrización, Terceros Molares.

Cita de este artículo: Bolívar J, Barrios A, Rodríguez E Y Rangel B (2025) Terapia blue m como coadyuvante cicatrizal en cirugía de terceros molares: A propósito de un caso clínico
Aceptado: 1-10-2024 Aprobado: 15-2-2025 Publicado: 1-4-2025

AUTORES



Johanna Bolívar

E-MAIL:

Johannab2013@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-2711-4410>

Institución de Procedencia:

Área De Odontología De La Universidad
Nacional Experimental Rómulo Gallegos.
Guárico Venezuela



Andrea Barrios

E-MAIL:

andreabarriosrangel@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0007-5902-863x>

institución de procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela



Eyista Rodríguez

E-MAIL:

evistarodriguez@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0002-0341-7218>

institución de Procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela



Beandris Rangel

E-MAIL:

Beandrisrangel@hotmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0005-3985-7394>

institución de Procedencia:

Área De Odontología De La
Universidad Nacional Experimental
Rómulo Gallegos. Guárico Venezuela

ABSTRACT

A clinical case report is presented of a 27-year-old female patient. The general objective of the study was to describe Blue M therapy as a healing aid in third molar surgery. For this purpose, descriptive field research was conducted under the Case Study modality. In this sense, supernumerary teeth are additional teeth that develop in the jaws and are uncommon in the population; cases with multiple supernumerary teeth are much rarer. The radiographic study revealed included wisdom teeth in UD 38-48 and distomolar supernumerary teeth in the ascending ramus of the mandible on the right and left sides, with a risk of mandibular fracture. In conclusion, the third molars present variations in their positions, which can complicate their surgical extraction. Supernumerary teeth, also known as hyperdontia, are extra teeth that can develop anywhere in the dental arch. The use of Blue M gel was implemented, which operates by controlling oral flora and reducing microorganisms (bacteria, fungi and viruses).

Keywords: Third Molars, Supernumerary Teeth, Bluem Therapy

INTRODUCCIÓN

Las cordales incluidas son un apartado importante de la patología odontológica, por su frecuencia, por su variedad de presentación y por la patología y accidentes que frecuentemente desencadenan. Según, Fuentes (1), los terceros molares (3M) se presentan en el 90% de la población, y a lo menos un 33% de estos corresponden a 3M mandibulares impactados. De acuerdo a Gay (2). La extracción quirúrgica del tercer molar incluido, ya sea por el bloqueo de otro diente o de hueso, por falta de espacio o por malposición del cordal es la intervención quirúrgica más frecuente de las que se realizan en la cavidad bucal. El tratamiento del cordal incluido incluye tres etapas bien diferenciadas: la fase preoperatoria, el acto quirúrgico y la fase postoperatoria.

Para Bjork, citado por Gay (2), el 45% de los pacientes de una clínica odontológica presenta los cordales incluidos y de ellos el 75% presenta patología que requiere tratamiento quirúrgico. Es por esto que su exodoncia es uno de los procedimientos más importantes de Cirugía Bucal y que se lleva a cabo con mayor frecuencia en la praxis diaria del odontólogo. La muela del juicio normal evoluciona siempre de abajo arriba y de atrás hacia delante, siguiendo la dirección del "gubernaculum dentis". Así pues, la evolución normal se hace según una línea curva de concavidad posterior.

En concordancia a lo expuesto por Neville (3), Regezi (4), consideran dientes supernumerarios o hiperdontia cuando hay un excedente en el número normal de la primera o segunda dentición. Pueden presentarse en el maxilar o mandíbula, ser únicos o múltiples, aparecer como una duplicación de la serie normal (eumórfico) o presentar formas diversas (dismórfico).

Por otra parte, Philip (5), Martínez (6), Fernández (7), Salcido (8), afirman que los dientes supernumerarios distales a los terceros molares, también llamados distomolares o distodens representan del 15 al 26% de todos los dientes supernumerarios. Los dientes supernumerarios paralelos a los terceros molares pueden presentarse en palatino, vestibular o lingual y son denominados paramolares.

En relación a la temática planteada en este trabajo Prato y Sánchez (9), realizaron un investigación cuyo objetivo principal fue evaluar el manejo quirúrgico de un paciente con dientes supernumerarios incluidos. Para ello se presentó un reporte de un caso clínico de un paciente masculino de 15 años de edad natural y procedente de San Cristóbal Estado Táchira, quien acudió a consulta por referir inconformidad estética por la forma de sus piezas dentarias. Del diagnóstico se observaron dos piezas con forma irregular de origen supernumerario, apiñamiento antero inferior y relación molar según Angle clase I de ambas hemiarcadas. Se realizó la extracción de cinco dientes supernumerarios en maxilar y mandíbula tratado en la Clínica de Cirugía Bucal de la Universidad Jose Antonio Páez. En su primer control postquirúrgico, se le retiraron los puntos de sutura, no se observaron signos de infección y se detalló que existe una buena cicatrización.

Por otra parte, Cordero y Ríos (10), realizaron un artículo sobre, Dientes supernumerarios en la región del tercer molar inferior: etiología y manejo quirúrgico. Presentación de dos casos. En este estudio se analizaron los dientes supernumerarios en la región del tercer molar inferior son poco frecuentes. Cuando se presentan en posición distal se les denomina distomolares o distodens. Algunos autores los denominan cuarto molar; ésta denominación es la menos aceptada, ya que el cuarto molar no forma parte de la fórmula dental permanente, sino que es un diente supernumerario. Cuando éste se presenta paralelo a los molares, en la cara externa o interna de la mandíbula, se denomina paramolar. El manejo quirúrgico suele ser complejo y requiere consideraciones especiales. Presentamos dos casos de dientes supernumerarios en la región del tercer molar: distomolar y paramolar; describimos su diagnóstico, etiología y la técnica quirúrgica empleada.

El propósito de esta investigación fue la extracción de terceros molares incluidos y dientes supernumerarios donde puede aumentar el riesgo de fractura mandibular, especialmente en la región del ángulo mandibular. Las complicaciones más comunes en terceros molares retenidos, incluidos e impactado pueden clasificarse en directas e indirectas es decir durante y posterior a la cirugía. De acuerdo a lo planteado, la presente investigación tiene el propósito de describir el abordaje quirúrgico de paciente de 27 años de edad que presenta terceros molares incluidos y diente supernumerarios con riesgos de fractura mandibular. Aplicando la terapia BlueM para la cicatrización, a través de un estudio de caso clínico.

ETIOLOGÍA

La etiología es diversa y existen teorías que consideran que pueden resultar de la hiperactividad de las células epiteliales embrionarias, proliferación de remanentes de la lámina dental o reacción secundaria por traumatismo local. En este sentido Neville (3) considera que pueden tener un origen hereditario que sigue un patrón autosómico dominante. La combinación de factores genéticos y ambientales parece ser el factor desencadenante.

DIAGNÓSTICO

Por esta razón, Cervino (11), un correcto diagnóstico preoperatorio considerando los exámenes radiológicos, junto a una exploración clínica, exámenes complementarios y con la realización de profilaxis antibiótica disminuye también el riesgo de complicaciones enormemente. Una vez realizado el proceso de diagnóstico se pasará al protocolo quirúrgico y farmacológico.

TRATAMIENTO

El tratamiento de un supernumerario, normalmente, es la extracción, por motivos funcionales, estéticos y para evitar las posibles complicaciones; en ciertos casos la extracción debe ser quirúrgica y, en otros, es necesario un tratamiento ortodóntico.

SEDACIÓN CONSCIENTE

Dentro de este orden de ideas, Staderini (12). La Sedación consciente para procedimientos quirúrgicos. Es una combinación de medicamentos para ayudarlo a relajarse (un sedante) y para bloquear el dolor (un anestésico) durante un procedimiento médico o dental, esta permite recuperarse rápidamente y retornar a las actividades cotidianas poco después del procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN

La extracción de terceros molares incluidos y dientes supernumerarios puede aumentar el riesgo de fractura mandibular, especialmente en la región del ángulo mandibular. Las complicaciones más comunes en terceros molares retenidos, incluidos e impactado pueden clasificarse en directas e indirectas es decir durante y posterior a la cirugía.

TERAPIA CON BLUEM ORAL GEL

El bluem Oral Gel es una herramienta eficaz para acelerar la cicatrización tras procedimientos como extracciones dentales y cirugías bucales. Sus beneficios incluyen:

- Aceleración de la cicatrización: Promueve la regeneración de tejidos blandos y óseos mediante oxigenación activa.
- Reducción de inflamación: Disminuye el riesgo de infecciones y periimplantitis gracias a sus propiedades antibacterianas.
- Control del dolor: Ingredientes como el citrato ayudan a aliviar el dolor postoperatorio.

APLICACIÓN CLÍNICA

- **Modo de uso:** Se recomienda aplicar el gel directamente en el área afectada después de secarla con un hisopo. Utilizar aproximadamente 1 ml por aplicación y dejar actuar durante una hora antes de enjuagar.
- **Frecuencia:** Dos veces al día durante el período inicial postoperatorio.

FRACTURA MANDIBULAR

Las fracturas mandibulares son frecuentemente atendidas en cirugía bucal y maxilofacial. Yamamoto (13) expresa que, la mandíbula es una parte prominente de la cara y tiene importantes funciones como el habla, masticación y deglución.

De hecho, Vyas (14), una fractura se define como una brecha en la continuidad del hueso. La aparición de estas en la cara tiende a ser alta porque no tiene una cubierta protectora y la mandíbula es el hueso más prominente en dicha región corporal.

Las características epidemiológicas de estas fracturas varían según la región geográfica, densidad poblacional, nivel socioeconómico, gobierno regional, nivel educacional poblacional, etc.

La ubicación y el patrón de fractura son determinados por el mecanismo lesionante y la dirección del vector de fuerza, además por la edad del paciente y la presencia de dientes. Pueden implicar uno o múltiples sitios anatómicos simultáneamente.

Prácticamente todas estas fracturas son el resultado de algún tipo de traumatismo que, en términos quirúrgicos, puede definirse como “una fuerza física causante de lesión”. Estas fracturas son clínicamente importantes por varios motivos:

- Los tejidos blandos y los huesos de la cara confieren la protección anterior al cráneo.
- El aspecto facial es un factor importante del “aspecto personal”
- Su conjunto anatómico se asocia a varias funciones importantes para la vida diaria, tales como la alimentación y el habla. El menoscabo significativo de las mismas conllevará unas consecuencias potencialmente graves sobre el estilo y la vida del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales utilizados para llevar a cabo esta investigación fueron estudios de radiografías panorámicas, la historia clínica y Cone beam bimaxilar. El estudio se ubica dentro de un marco metodológico, con un tipo de investigación descriptiva, Por otro lado, de acuerdo a Sabino (15), define la investigación descriptiva como La investigación de campo de carácter descriptivo trata de obtener la información acerca del estado actual de los fenómenos y su objetivo, consiste en describir lo que existe, con respecto a las variaciones o a las condiciones de una situación. En consecuencia, el estudio se enmarca bajo este criterio de investigación de campo, de modalidad Estudio de Caso.

La población estudiada en la presente investigación estuvo conformada por un paciente de 27 años de edad, con respecto a la población y muestra, debido a que el número que integra la población de este estudio es finita y, por consiguiente; de fácil acceso para la investigación, considerándose homogénea y con características semejantes de paciente en estudio. Cuyo criterio de inclusión fue tomar solo una historia clínica que contenían estudios radiográficos y un Cone Beam bimaxilar.

El procedimiento para recolección de los datos consistió en la observación directa de la radiográfica panorámica y el Cone Beam Bimaxilar, la paciente acudió al Servicio de Odontología de la Universidad Rómulo Gallegos, durante el período 2024-2025.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se trata de una paciente femenina de 27 años de edad, que acudió al Servicio de Cirugía Bucal del Área de Odontología de la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos, por presentar terceros molares incluido y dientes supernumerarios a nivel del maxilar inferior.

Para atender a la paciente, se dio inicio con el llenado de historia clínica, donde se le practicó la medición de los signos vitales como: tensión arterial 120/80mmHg, frecuencias cardíaca: 80lpm, frecuencia ventilatoria: 17rpm y saturación de oxígeno: 98%.

En la evaluación de tejidos blandos, presentó: cara ovalada, perfil convexo, simetría facial simétrica, labios secos y agrietados, carrillo y lengua, encía, paladar, orofaringe y piso de la boca, sin lesión aparente.

En cuanto al examen de los tejidos duros: no presenta fractura dental, tiene perdida de sustancia calcificada en las UD: 21, 22, 23, 26 y 46, giroversión hacia mesial la UD 33 y hacia distal la UD 43 y apiñamiento en las UD: 45, 44, 34 y 35

De acuerdo a las observaciones clínicas en la encía, presenta un color rosa claro, no presenta alteración, tiene un aspecto o textura liso, sangramiento, exudado y sacos patológicos, no presenta y tiene una consistencia firme.

En los factores etiológicos: no presenta ningún tipo de hábitos, no presenta placa ni cálculo, tiene una saliva fluida y no presenta restauraciones defectuosas.

Para el examen oclusal, se hizo la medición de la línea media, donde se pudo observar que la tiene desviada 2mm hacia la derecha, en la relación canina presenta normoclusión, relación molar, normoclusión derecho e izquierdo, clase 1, presenta un overbite de 1/3 y el Overjet de 2mm.

Aunado a los exámenes clínicos, se le indicaron a la paciente unos exámenes complementarios, como Rx Panorámica (figura 1), Cone beam bimaxilar (figura 2) y exámenes de laboratorio (figura 3), para obtener un diagnóstico definitivo.

Figura 1. Radiografía Panorámica.



En el estudio del examen radiográfico se pudo observar: imagen radiolúcida por pérdida de sustancias calcificadas a nivel de la corona compatible con caries moderada UD 28, en relación con la cámara pulpar compatible con caries avanzada UD 46.

Se visualiza en la región mandibular presencia de la raíz de la UD 38 a una proximidad muy corta del borde del ángulo de la mandíbula.

Se evidencia diente incluido UD 38-48 y dientes distomolares del lado derecho e izquierdo, ubicados en zona de reborde o cresta ósea que se encuentran incluidos con angulación (horizontal).

- Dilaceración: UD 38
- Giroversión: UD 33 hacia mesial y UD 43 hacia Distal
- Microdoncia: UD 12-11-21-22
- Ausencia: UD 18 y apiñamiento: UD 35-34-44-45

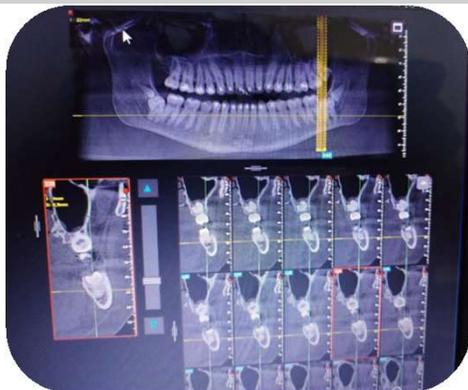


Figura 2. Cone beam bimaxilar

- Piezas 26, 46, se evidencia imagen hipodensa en el tercio coronario, sugestivo a material hipodenso obturador vs lesión cariosa recidivante.
- Presencia de dos (02) dientes supernumerarios (Distomolares),
- Pieza Supernumeraria 1 (distomolar), se encuentra localizado en la rama ascendente de la mandíbula del lado izquierdo, en posición horizontal, tercio coronario impactado contra el tercio coronario de la pieza 38, comprometiendo la erupción del mismo.

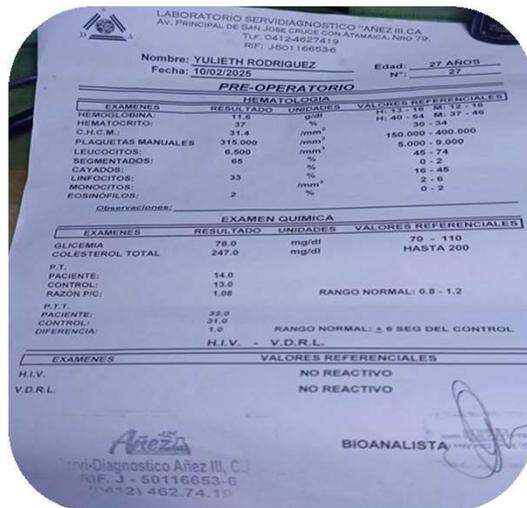
En el informe de la tomografía indica:

- Neumatización alveolar de ambos senos maxilares.
- Discreto engrosamiento de la mucosa bimaxilar, sugestivo a proceso inflamatorio a descartar sinusitis.
- Moderada reabsorción alveolar generalizada.
- Aumento anormal de ambos cornetes nasales (medio-inferior), con estrechez de la fosa nasal.
- Pieza 18, se encuentra ausente.
- Presencia de dispositivo ortodóntico bimaxilar.
- Pieza 28, se encuentra en posición distoangulada. Se evidencia, imagen hipodensa a nivel del tercio coronario, sugestivo a lesión cariosa con compromiso pulpar. Ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal y engrosamiento de la lámina dura. Discreta imagen hipodensa a nivel del tercio apical, de límites definidos, bordes parcialmente corticalizados. Signos radiográficos sugestivos a proceso osteolítico a descartar granuloma apical vs quiste radicular.

La pieza 38, se encuentra en infraoclusión, borramiento parcial de las estructuras de soporte dentario), sugestivo a anquilosis dentaria. Se observa el tercio apical en íntima relación con el conducto dentario inferior y dilaceración radicular de la raíz mesiovestibular.

- Pieza Supernumeraria 2 (distomolar), se encuentra localizado en la rama ascendente de la mandíbula del lado derecho, en posición horizontal, tercio coronario impactado contra el tercio coronario de la pieza 48, comprometiendo la erupción del mismo.

La pieza 48, se encuentra en infraoclusión, borramiento parcial de las estructuras de soporte dentario), sugestivo a anquilosis dentaria. Se observa el tercio apical en íntima relación con el conducto dentario inferior y dilaceración radicular de la raíz mesiovestibular.



LABORATORIO SERVIDIAGNOSTICO ANEZ III, C.A.			
AV. PRINCIPAL DE SAN JUAN CRUCES COR. ATAMAZACA, NRO 79.			
T.F. 0412-4627419			
R.F. 3501166536			
Nombre: YULIETH RODRIGUEZ		Edad: 27 AÑOS	
Fecha: 10/02/2025		N°:	
PRE-OPERATORIO			
HEMATOLOGÍA			
EXAMENES	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMOGLOBINA:	11.4	g/dl	H: 13 - 18 M: 12 - 16
HEMATOCRITO:	37	%	H: 40 - 54 M: 37 - 46
C.H.C.M:	31.4	mm ³	150.000 - 400.000
PLAQUETAS MANUALES	319.000	mm ³	6.000 - 9.000
LEUCOCITOS:	6.500	mm ³	45 - 74
SEGMENTADOS:	66	%	0 - 2
CAYADOS:	33	%	16 - 45
LINFOCITOS:		%	2 - 6
MONOCITOS:		%	0 - 2
EOSINOFILOS:	2	%	
Observaciones:			
EXAMEN QUÍMICA			
EXAMENES	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
GLUCEMIA:	78.0	mg/dl	70 - 110
COLESTEROL TOTAL	247.0	mg/dl	HASTA 200
P.T:	14.0		
PACIENTE:	13.0		
CONTROL:	1.08		RANGO NORMAL: 0.8 - 1.2
RAZÓN P/C:			
P.T:	32.0		
PACIENTE:	31.0		
CONTROL:	1.0		RANGO NORMAL: ± 6 SEG DEL CONTROL
DIFERENCIA:			
H.I.V. - V.D.R.L.			
EXAMENES	VALORES REFERENCIALES		
H.I.V.	NO REACTIVO		
V.D.R.L.	NO REACTIVO		

Figura 3. Exámenes de laboratorio

Se pudo observar en los exámenes pre-operatorio que, los valores analizados, se encontraban dentro de los valores normales y en el H.I.V – V.D.R.L no está reactivo.

Diagnostico Presuntivo: cordales incluidas

Posterior a esto, se procede a la citación de la paciente para ejecutar el tratamiento quirúrgico.

Inmediatamente se procede a la sedación parcial utilizando como fármaco anestésico: midazolam de 3mg en la primera inducción con un refuerzo a la mitad de la cirugía de 1.5 MG, este medicamento es de acción rápida y de duración corta, en este caso tuvo una duración de 15 a 30 minutos.

Luego se empleó la técnica anestésica troncular (figura 4), para bloquear nervio dentario inferior, lingual y bucal, la cual se reforzó con técnica anestésica infiltrativa por vestibular y lingual, utilizando instrumental básico y quirúrgico como:

- 5 cartuchos de anestesia al 2%,
- Mango de bisturí número 3 con hoja número 15.
- Separador de Minnesota
- Sindesmotomo
- Jeringa para realizar la irrigación con suero fisiológico
- Cánula de succión para obtener mejor visualización del campo operatorio.



Figura 4. Técnica anestésica



Figura 5.- UD extraídas 48 y diente supernumerario distomolar derecho

Seguidamente se realizó el colgajo mucoperiostico. Por lo que se hizo una incisión horizontal a nivel de la cresta gingival, unida a una incisión vertical con descargar al fondo del vestíbulo.

El colgajo fue desprendido en su espesor total, permitiendo la completa visualización del sitio operatorio, mientras que, la osteotomía se realizó en la región distovestibular al segundo molar procurando identificar el diente a través del tacto de la colocación, la cual fue realizada con fresa quirúrgica 702 tallo largo y se realizó la osteotomía alrededor de la UD 48.

Se efectuó la odontosección de la UD 48, dividiendo así ambas raíces, evitando el empleo de fuerza exagerada por el riesgo a fractura mandibular, en este paso se utilizaron los elevadores recto fino y medio también elevador 191, 190, 301, 34S y elevadores de bandera.

Rápidamente se procede a extraer las raíces seccionadas y seguidamente hacer osteotomía en el diente supernumerario, para así extraerlo de manera completa con los elevadores.

Consecutivamente se desciende a realizar la sutura con sutura 3.0 punto por punto.

Una vez culminado el proceso quirúrgico, se le aplicó el bluem sobre la herida para mayor cicatrización (figura 6) y se le indico a la paciente, tratamiento farmacológico post-operatorio: Notolac, tableta sublingual de 30mg por 7 días cada 12 horas y diclofenac potásico de 50mg cada 8 horas por 7 días.



Figura 6. Aplicación de Bluem

Posterior al tiempo post-operatorio de la paciente, se le citó para ver el proceso de cicatrización y evolución del tratamiento quirúrgico practicado (figura 7) y se le realizó una radiografía panorámica final (figura 8), donde se puede visualizar:

- Imagen radiolúcida por pérdida de sustancias calcificada a nivel de la corona compatible con caries moderada UD 28, en relación con la cámara pulpar compatible con caries avanzada UD 46.
- Se observa imagen radio-opaca de forma definida a nivel de la corona desde UD:15 a 25 y UD: 35 a 45 compatible con material de ortodoncia
- Se evidencia diente incluido UD: 38.
- Diente supernumerario (distomolar) en zona del reborde o cresta ósea del lado izquierdo.
- Imagen radiolúcida en zona radiografía de la 48 y supernumerario compatible con espacio de exodoncia reciente.
- Dilaceración: UD 38
- Giroversión: UD 33 hacia mesial y UD 43 hacia Distal
- Ausencia :UD 18
- Apiñamiento:35-34-44-45

Figura 7. Cicatrización con el gel Bluem



Figura 8. Radiografía panorámica final

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El estudio radiográfico, reveló cordales incluidas (UD 38-48) y dientes supernumerarios distomolares en la rama ascendente de la mandíbula del lado derecho e izquierdo, con riesgo a fractura mandibular.

CONCLUSION

Se realizó planificación cuidadosa, basada en exámenes clínicos, de laboratorio y radiográficos, dando como resultado la atención del caso de cordales incluidas y su vez dándole respuesta al objetivo de describir el abordaje quirúrgico de la paciente femenina de 27 años de edad que presentó terceros molares incluidos y diente supernumerarios con riesgos de fractura mandibular. Aplicando la terapia BlueM para la cicatrización.

En cuanto a la proyección del tratamiento quirúrgico, se aplicó la sedación consciente para así obtener mejor control del tratamiento y minimizar el riesgo de fracturas mandibulares tras la extracción de terceros molares incluidos y dientes supernumerarios.

Es por ello que, la sedación consciente, requiere de una buena evaluación pre-quirúrgica para determinar los potenciales riesgos y la factibilidad de la sedación para cada paciente. La elección de medicamentos y vías de administración varía entre un paciente y otro; siendo sus principales factores: la edad y procedimiento a realizar.

Antes de iniciar con la cirugía se hizo una evaluación de los factores como proximidad al canal mandibular, profundidad del diente en el hueso y dilaceraciones radiculares.

Vale acotar que, los terceros molares presentaron variación en sus posiciones, lo que complicó la extracción quirúrgica.

Los dientes supernumerarios, también conocidos como hiperdoncia, son dientes extras que pueden desarrollarse en cualquier parte de la arcada dental, en este caso se trató de dientes supernumerarios distomolares, ubicados del lado derecho e izquierdo de la rama ascendente de la mandíbula.

Donde una vez iniciado el tratamiento, hubo complicaciones para la extracción de las UD 48 y diente supernumerario distomolar derecho, por lo que no se pudo efectuar las otras exodoncias previstas de la UD 38 y del diente supernumerario distomolar izquierdo, ya que existían riesgos de que la mandíbula se fracturara, debido a que las raíces estaban muy expuestas al ángulo mandibular.

Para obtener mejor cicatrización de las UD 48 y del diente supernumerario distomolar derecho, se aplicó la terapia con Bluem Oral Gel sobre la herida, y se le indicó a la paciente colocárselo 2 veces al día (en la mañana y en la noche). Este gel le brindó una optimización de recuperación a la paciente y a su vez previno futuras complicaciones, ya que, el gel opera en el control de la flora bucal y la reducción de microorganismos (bacterias, hongos y virus).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Fuentes R, Doctor Med. Dent. Departamento Integral del Adulto. Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
- 2.- Gay, C. y Berini Leonardo, Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I.
- 3.- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunders Company; 2002. pp. 58-60.
- 4.- Regezi J, Sciubba J. Patología bucal: correlaciones clinicopatológicas. Philadelphia: McGraw-Hill Interamericana; 1999. pp. 374-376.
- 5.- Philip SJ, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Mosby-Elsevier; 2005. pp. 3-5.
- 6.- Martínez González JG, Ortiz Orrego G. Prevalencia de dientes supernumerarios. CES Odontología 2003; 16 (1): 79-84.
- 7.- Fernández-Montenegro P, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Estudio retrospectivo de 145 dientes supernumerarios. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; (11): 339-344.
- 8.- Salcido-García JF, Ledesma-Montes C, Hernández-Flores F, Pérez D, Garcés-Ortiz M. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población mexicana. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9 (5): 403-409.
- 9.- Prato, D. y Sánchez M. (2023) Manejo quirúrgico de paciente con dientes supernumerarios incluidos. reporte de caso. Universidad José Antonio Páez, facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Odontología.
- 10.- Cordero, U. y Rios, E. (2016). Dientes supernumerarios en la región del tercer molar inferior: etiología y manejo quirúrgico. Presentación de dos casos. Revista ADM 2016; 73 (2): 99-103. www.medigraphic.com/adm.
- 11.-Cervino, G., Cicciù, M., Biondi, A., Bocchieri, S., Herford, A. S., Laino, L., & Fiorillo, L. (2019). Antibiotic prophylaxis on third molar extraction: Systematic review of recent data. Antibiotics, 8(2), 1-14. <https://doi.org/10.3390/antibiotics8020053>.
- 12.- Staderini, E., Patini, R., Guglielmi, F., Camodeca, A., & Gallenzi, P. (2019). How to manage impacted third molars: Germectomy or delayed removal? A systematic literature review. Medicina (Lithuania), 55(3), 1-14. <https://doi.org/10.3390/medicina55030079>.
- 13.- Yamamoto K, Matsusue Y, Horita S, Kirita T. Pre-adapted Arch Bar Revisited for Open Reduction and Internal Fixation in Mandibular Fractures at Tooth-Bearing Sites. Trauma Mon. 2014;19(2):e18169.
- 14.- Vyas A, Mazumdar U, Khan F, Mehra M, Parihar L, Purohit C. A study of mandibular fractures over a 5-year period of time: A retrospective study. Contemp Clin Dent. 2014;5(4):452-5.
- 15.- Sabino, R. (2012) El Proceso de Investigación. Caracas: Editorial El Cid.