

MANEJO DE LA BOLSA DE BICHAT TRAS COMPLICACIÓN EN CIRUGÍA DE TERCER MOLAR: REPORTE DE CASO CLÍNICO

RESUMEN

La investigación tuvo como propósito describir el manejo de la bolsa de Bichat tras complicación en cirugía de terceros molares. El estudio se realizó bajo la modalidad de un reporte de caso clínico, diseño de campo y con un nivel descriptivo cuya muestra estuvo constituida por una paciente femenina de 17 años de edad que requería la extracción de la unidad 18, empleando para su selección el muestreo intencional. En cuanto al examen físico/facial, se observó: cabeza: normo cefálica, cara: ovalada, cuello: movimiento pasivo, Ganglios: no palpables, maxilar superior: sin ausencia, maxilar inferior: sin ausencia y paladar: profundo. Con respecto a los resultados, se aplicó cirugía de extracción de tercer molar, con exposición de la bolsa Bichat, a la paciente de 17 años de edad, siendo la intervención indicada, la exodoncia de la UD: 18, para ello, se aplicó un procedimiento anestésico con lidocaína al 2% vasoconstrictor, el procedimiento completo tuvo una duración de una hora, evidenciándose exposición bucosinusal, además de exponer la bolsa de Bichat, se facilitó el cierre de dicha comunicación. Con respecto a las conclusiones, se tiene que el uso de un colgajo de bolsa adiposa de Bichat en el cierre de la comunicación bucosinusal resulta ser ampliamente satisfactoria en dicho abordaje quirúrgico.

Palabras Clave: Complicaciones, Tercer molar, Bolsa de Bichat

AUTORES



Iailis Valles

E-mail:

iailisvalles07@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0004-9471-5687>

Institución de Procedencia:

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



Claudia Pineda

E-MAIL:

claudiapinedat1999@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0008-8156-4807>

Institución De Procedencia:

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



Ygnamar Tirado

E-MAIL:

tiradoygnamar@gmail.com

ORCID:

<https://orcid.org/0009-0009-3655-9539>

Institución de Procedencia:

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

Cita de este artículo: Valles I, Pineda C Y Tirado Y (2025) Manejo de la bolsa de bichat tras complicación en cirugía de tercer molar: reporte de caso clínico
Aceptado: 1-10-2024 Aprobado: 15-2-2025 Publicado: 1-4-2025

ABSTRACT

The purpose of this research was to describe the management of Bichat's pocket after complications in third molar surgery. The study was conducted as a clinical case report, with a field design and a descriptive level. The sample consisted of a 17-year-old female patient who required extraction of unit 18, using purposive sampling for her selection. Regarding the physical/facial examination, the following were observed: head: normocephalic, face: oval, neck: passive movement, lymph nodes: non-palpable, upper jaw: not absent, lower jaw: not absent, and palate: deep. Regarding the results, a 17-year-old patient underwent third molar extraction surgery, exposing the Bichat pocket. The indicated intervention was extraction of the DU: 18. For this, an anesthetic procedure with 2% vasoconstrictor lidocaine was applied. The entire procedure lasted one hour, evidencing orosinus exposure. In addition to exposing the Bichat pocket, it facilitated closure of said communication. Regarding the conclusions, the use of a Bichat fat pad flap in the closure of the orosinus communication is largely satisfactory with this surgical approach.

Keywords: Complications, Third molar, Bichat pocket

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es más importante de lo que se cree, sin embargo, muchas personas piensan que no, por lo que se hace necesario dar a conocer que las principales infecciones u orígenes de estas, tanto a nivel cerebral como bucal u oftalmológica pueden producirse por bacterias o por falta de arreglos de la dentadura. Es importante resaltar que la boca está llena de gérmenes, que en su mayoría son inofensivos, no obstante, la boca es la entrada al tracto digestivo, por lo que se pasan los alimentos también y también es la entrada a los órganos que permiten la oxigenación o respiración que van directo a la vía respiratoria siendo así que los gérmenes en la boca pueden derivar una infección en todo el cuerpo, por tal razón, a menudo las defensas y buen cuidado buscan controlar los gérmenes.

Es por ello que, se destaca la importancia de la higiene oral, la cual incluye el cepillarse los dientes, usar hilo dental todos los días, realizar un chequeo odontológico constantemente para la revisión y restauración de las piezas dentales que se encuentren afectadas, cariadas o si se hace necesaria su extracción. Dado que en muchas ocasiones las piezas dentales que no son arregladas o restauradas a tiempo pueden derivar infecciones como caries, patologías de las encías, abscesos, et al.

Partiendo de allí, es relevante que las personas conozcan lo necesario de mantener una higiene bucal adecuada, esto puede evitar que los gérmenes se diseminen y causen enfermedades, sin embargo, existen patologías bucales que causan inflamación, irritación, halitosis, periodontitis, entre otros.

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial de infecciones o llagas bucales de enfermedades de las encías caries pérdida de dientes y otra patologías o trastornos que limitan la capacidad de morder masticar sonreír hablar qué repercuten en el bienestar psicosocial” ¹. Así mismo la OMS (ob.cit) “estima que nueve de cada persona está en el mundo está en riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad bucodental en los países desarrollados entre el 60% y el 90% niños en edad escolar tienen caries, cifras contundente que demuestran que no le brindan suficiente importancia al problema” ^{1.1}.

Ahora bien, entre los problemas bucodentales más comunes se encuentran no solo los odontológicos, sino, también aquellos que afectan la salud y la piel como herpes, los cuales son esas lesiones dolorosas en los labios y alrededor de la boca causadas por infección de un virus, están las aftas son muy comunes estas úlceras son dolorosas y se causan por las bacterias o virus esta se presentan en la garganta, amígdalas, paredes bucales, encías y más.

Asimismo, se encuentran otras patologías como lo es la candidiasis oral, la cual es una infección causada por el hongo albicans, que se manifiesta a través de la aparición de manchas blancas en la lengua y el interior de las mejillas, también, la leucoplasia aparece con parches blancos formados por exceso de crecimiento celular en el interior de las mejillas, las encías o la lengua, evidenciándose comúnmente en los fumadores, el mal aliento, el cáncer oral y muchas otras enfermedades que pueden presentarse desde el punto de vista bucal.

De igual manera, se encuentran los accesos periodontales, el cual según Bordo Es una infección dental que afecta las encías y el hueso que sostienen los dientes comienza en la superficie de la encía y se extiende hacia las capas más profundas del tejido periodontal, causando dolor e inflamación sus causas se deben a la acumulación de las bacterias en la boca y forman una placa bacteriana en los dientes y encía si la placa no se elimina mediante la higiene oral adecuada las bacterias pueden afectar las encías y el hueso que rodean los dientes causando un acceso los factores que pueden causar un acceso dental puede ser el fumar tener mala higiene consumir alimentos y bebidas azucaradas tener diabetes estar bajo estrés ².

Cabe aclarar que los abscesos pueden ser de gran riesgo para la salud, por lo general el paciente amerita de extracción u hospitalización para ser tratados los síntomas, ya que producen un dolor intenso en la encía o el diente afectado, sensibilidad al calor y al frío, inflamación en la encía y el rostro, fiebre y dificultad para masticar o hablar. Como se ha venido desarrollando la temática en cuanto a las afecciones que pueden causar daños por la falta de higiene o salud bucal se encuentra las siguientes afecciones como la endocarditis, que es una infección del endocardio, que suele ocurrir cuando los gérmenes de otra parte del cuerpo como la boca se desenganchan por la sangre y se adhieren a determinadas áreas del corazón.

Por otra parte, se tienen las enfermedades cardiovasculares como las arterias obstruidas y accidentes cerebrovasculares, las cuales podrían estar relacionados con la inflamación y las infecciones que pueden causar los gérmenes bucales. Cabe destacar que, todas estas afecciones si no son tratadas a tiempo, puede culminar en un procedimiento de exodoncia, lo que se debe procurar evitar, ya que se debe preservar en la medida de lo posible dichas unidades, dado que las piezas dentales mantienen la forma del rostro, aunado a ello, la mordedura se ve afectada y la deglutación al faltar unas de las piezas, sin mencionar las distintas consecuencias que puede tener la persona cuando no tiene la dentadura completa, por lo general los terceros molares (cordales o muelas del juicio), son las únicas estructuras dentales que se extraen por los daños que causan en dentadura, como el desplazamiento, apiñamiento o malformaciones de endodoncia.

En referencia a la problemática evidenciada, se tiene que Gatti P “los terceros molares, son comúnmente conocidos como muelas del juicio o cordales, los cuales son los últimos dientes en erupcionar dentro de la boca, generalmente entre los 15 y 25 años de edad” 3. Estos dientes, situados en la parte posterior de la mandíbula, pueden causar problemas cuando no hay suficiente espacio en la boca para acomodarlos correctamente. “Cuando los terceros molares están erupcionando, es posible experimentar síntomas como dolor, inflamación, enrojecimiento e incluso fiebre” 3,1. Además, pueden surgir problemas como infecciones o la formación de quistes.

En consecuencia, la extracción de los terceros molares se realiza bajo anestesia local, regional o general, dependiendo de la complejidad del caso y las preferencias del paciente. A tales efectos, el cirujano bucal o el odontólogo realizan una incisión en la encía para acceder al diente, y luego lo extrae cuidadosamente, dado que el colgajo que es la masa de tejido separada incompletamente del cuerpo que se realiza mediante incisiones quirúrgicas debiendo contener su propio soporte sanguíneo, y que va a dar acceso a tejidos subyacentes. Este podrá ser colocado tanto en su posición original como en alguna otra según se requiere.

Cabe resaltar que existen diferentes clasificaciones del colgajo y uno de los tipos de ellos es el re-posicionado o desplazados no re-posicionados ó no desplazados, su clasificación va a depender del procedimiento de colocación del colgajo en el procedimiento quirúrgico. Arellano

Y a su vez se generan tipos como el colgajo mucoperiosístico completo, el colgajo mucoperionístico limitado, semi newman triangular, newman rectangular sobre horizontal gingival, colgajo mucoro periodístico limitado, parchs (simulador submarginal curva), de gaviota simulunar modificado, wasmond trapezoidal, Luebke-ochenbein y otros como paladar cielo abierto línea para terceros molares (angular y magnus angular y festoneado) 4.

Tomando esto en consideración, también se tiene según los tipos de incisión la angular, triangular, bayoneta los procedimientos se inicia en el borde anterior de la rama ascendente mandibular cruzando el trigono retro molar (por detrás de cùsperides vestibulares).

Dicho procedimiento se realiza Se inicia en el borde anterior de la rama ascendente mandibular cruzando el trigono retromolar (por detrás de sus cùsperides vestibulares). En el caso que el tercer molar esté semierupcionado la incisión llegará hasta el tercer molar.

Desde el ángulo distovestibular del segundo molar se realizará una incisión de descarga vestibular de atrás hacia adelante. O bien se continuará a través de surco vestibular del segundo molar y se iniciará a incisión vertical de descarga en mesial de este diente.

Para el colgajo mucoperiostio, la incisión distal en el trígono retromolar (primera incisión) debe orientarse hacia el lado vestibular con el fin de evitar que una incisión muy lingualizada, en el caso la incisión de descarga vertical (segunda incisión) tiene como objetivo evitar tensiones cuando se separa el colgajo mucoperiostio y desgarró de los tejidos blandos. Se despega el primer lugar de el colgajo vestibular, apoyando el periostotomo en la cortical ósea, empezando en el ángulo entre las dos incisiones (la distal y la vertical de la descarga), se levantará el colgajo vestibular de delante hacia atrás y hacia arriba, pero manteniendo rechazado del colgajo mediante un separador de Minnesota, aplicando una ligera presión sobre el hueso, para evitar la isquemia del borde libre del colgajo que podría influir negativamente en su posterior cicatrización.

Seguidamente se despega la fibromucosa del trigono retromolar y lingual cuidadosamente con el periostotomo para evitar lesiones de los tejidos blandos o contusiones del nervio lingual. El colgajo lingual se mantiene ligeramente separado introduciendo un periostotomo de obwegarse por debajo del periostio en contacto con la cortical ósea interna que protege las estructuras linguales, mientras se practica ostectomía y odontosección, de este modo evitar desgarró de la fibromucosa lingual se hace una incisión a través del surco lingual del tercero o segundo molar.

En cuanto al colgajo triangular, por lo general este tipo de cirugía se realiza es en quirófano dado que se hace una incisión marginal combinada con una horizontal generalmente hacia mesial y dirigido al fondo del vestíbulo. Los tipos de colgajo triangular son de base bucal, triangular modificado de transposición triangular (TTF), colgajo triangular invertido. Con base a lo anterior, la Revista de Medicina Oral y cirugía oral 2023, en su artículo de investigación, titulado Comparación de colgajo triangular de base bucal y colgajo triangular de base lingual en el curso postoperatorio de cirugía de tercer molar mandibular impactado:

Un estudio controlado aleatorizado prospectivo comparó el colgajo triangular de base lingual con el colgajo triangular de base bucal en parámetros posoperatorios como dolor, hinchazón y trismo en el 1.er, 3.er y 7.o día posoperatorio. Los resultados del estudio concluyen que el grupo de colgajo triangular de base lingual fue superior en comparación con el grupo de colgajo triangular de base bucal, ya que los pacientes en general tuvieron menos dolor, hinchazón y trismo después de la cirugía del tercer molar mandibular 5.

Asimismo, el colgajo triangular de base lingual, tuvo complicaciones postoperatorias mínimas en comparación con el grupo de colgajo triangular de base bucal, porque la incisión y sutura del colgajo triangular de base lingual se colocó sobre el hueso natural, mientras que el colgajo triangular de base bucal se colocó sobre el alvéolo extraído.

Desde esta perspectiva, se expone en un artículo científico que llevó por título la Clasificación alternativa para terceros molares (Alternate classification for third molars) donde observaron un patrón que se repite entre los casos operados de cordales, que al final tiene una implicación directa entre la posición y el procedimiento a realizar para cada posición del tercer molar, de manera que se considera la posición, la profundidad y la angulación como un todo, teniendo como implicación directa la correlación entre la dificultad de la cordal para removerla y la técnica para cada dificultad.

Por su parte, una investigación realizada por Batista M titulada: “Comunicación Bucosinusal Post Exodoncia” tuvo como objetivo describir la conducta a seguir en la comunicación bucosinusal post exodoncias en pacientes con piezas dentales que comprometen dicha estructura anatómica del maxilar superior, señalando que “durante la gestación es el primero en desarrollarse con un ritmo de crecimiento lento durante la vida fetal, el piso de la cavidad oroantral está relacionada con los ápices de ciertos dientes que pueden ser terceros molares e incluso los premolares y caninos” 7.

Por ello, se explica el porqué de una comunicación bucosinusal al momento de una técnica quirúrgica por eso es importante su diagnóstico y tratamiento evaluando la característica clínicas de la misma. En base a lo anterior, es importante recalcar que el seno maxilar es una cavidad neumática que forma parte de los senos paranasales de la cara, dentro de ellas la más grande, ubicada en el maxilar superior la cual se tiene íntima relación con las fosas nasales por medio del ostium maxilar.

De allí que, se caracteriza por tener una forma de pirámide y una mucosa interna que reviste la cavidad denominada membrana de Schneider la cual es de tipo respiratorio con un grosor mayor a nivel de la pared nasal que las demás paredes, existiendo una comunicación bucosinusal (CBS). Esta se define como un espacio formado de manera accidental, iatrogénica, patológica o traumática, creando una perforación del seno maxilar que consiste en una comunicación con la cavidad oral como producto de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y sinusal) y tejidos duros (dientes y hueso maxilar), siendo una complicación de la extracción dentaria que facilita la contaminación microbiana desde la cavidad bucal hacia el interior del seno maxilar.

De lo anterior se desprende, que después de una exodoncia se observa que se ha provocado una CBS, por lo que se debe actuar de una manera inmediata, teniendo en cuenta que antes de iniciar el cierre se debe conseguir que el seno este limpio y sano para obtener el éxito del tratamiento quirúrgico de una CBS, si esto no sucede y se obtura una comunicación sin tratar el resultado de la cavidad de Hignore será la recidiva de la perforación.

Es importante que el tratamiento de las comunicaciones bucosinusales de gran tamaño, se realice mediante una intervención quirúrgica para lograr el cierre de la lesión mediante el empleo de técnicas de colgajos locales rotacionales o de desplazamiento, siempre y cuando el seno esté limpio y sano.

Los colgajos utilizados con más frecuencia son colgajo vestibular, colgajo palatino y colgajo de bola adiposa de Bichat.

Ahora bien, la descripción de la bolsa Bichat consiste en cuerpo central y cuatro extensiones principales: bucal, pterigoidea, pterogopalatina y temporal, tiene cuerpo principal, está situado profundamente a lo largo del maxilar posterior y está cubierto por una cápsula delgada, en la extensión bucal: ubicada superficialmente en la mejilla, es responsable de su contorno junto con el cuerpo principal, representa entre el 55% y 70% del peso de la bolsa Bichat.

En relación a lo anterior, se considera que “La extensión pteriopalatina, se prolonga hasta la fosa pterigopalatina y la fisura orbital inferior, extensión pterigoidea es una extensión posterior que generalmente permanece en el espacio pterigomandibular y envuelve el paquete neurovascular y el nervio lingual mandibular” 8. Igualmente la extensión temporal, se divide en una parte profunda y una superior, la parte profunda está ubicada detrás de la pared de la órbita lateral y el proceso frontal de la cigoma, la parte superficial se encuentra entre la fascia temporal profunda, el músculo temporal y el tendón.

Precisamente la bolsa de Bichat tiene conexiones bucosinuales, cumple con diferentes funciones tales como: facilita el movimiento intermuscular, da protección neurovascular, separa y protege los heces neurovasculares durante el movimiento, epitelización rápida, lo que facilita la cicatrización tras el procedimiento quirúrgico, soporte en la succión de recién nacidos ayuda a mantener la succión negativa mientras succionan. Con respecto a las ideas precedentes se presenta el artículo el cual tiene como finalidad describir los procedimientos quirúrgicos en la extracción de terceros molares y Bolsa de Bichat en paciente femenina de 17 años, dando a conocer las principales complicaciones presentarse ante la exodoncia de tercer molar y bolsa de Bichat.

En cuanto al objetivo que persigue el presente artículo científico, se tiene analizar las complicaciones y procedimientos quirúrgicos en la extracción de terceros molares y Bolsa de Bichat,

Para el desarrollo de dicho proceso investigativo es necesario ahondar en las teorías vigentes y propuestas para el abordaje quirúrgico de los terceros molares. A sabiendas que son piezas dentarias que, por su ubicación en la arcada dentaria, en especial los inferiores, y por la evolución del ser humano, están desapareciendo o no erupcionan correctamente dentro de la misma” 9. Por lo general los terceros molares son los que presentan más irregularidades durante su desarrollo, puesto que podrían encontrarse frente a dificultades mecánicas o físicas, su formación alrededor de los 8 años de edad terminando su amelogenénesis a los 18 o 20 años y cerrando su ápice entre los 20 a 23 años. Como resultado de ser las últimas piezas en terminar su formación, es común que los terceros molares se presenten como:

- 1. Pieza Retenida:** Cuando el molar no perfora el hueso dando como consecuencia una retención primaria es decir que la erupción es detenida sin que haya una barrera física o posición anómala de la pieza dental, por otra parte puede presentarse una retención secundaria cuando existe una barrera que detiene al diente y existe también una mal posición del molar durante la erupción.

1. **Pieza impactada:** el diente es retenido por una barrera física o una mal posición dental.
2. **Pieza Incluida:** cuando el diente está cubierto por el hueso y con el saco folicular íntegro luego de pasar su fecha de erupción.

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

Según Pell, Gregory y Winter, “se establece el grado de impactación de los terceros molares inferiores, la profundidad en relación al plano oclusal del segundo molar inferior (nivel A, B o C) y del diámetro 21 mesiodistal del diente retenido, en relación a la distancia del segundo molar inferior y la parte anterior de la rama del maxilar inferior (Clase I, II o III)” 10. En relación a la rama: Relación anteroposterior:

- **Clase I:** Hay suficiente espacio antero-posterior para la erupción del diente entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar.
- **Clase II:** Distancia entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- **Clase III:** Completo o casi completo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.

2. Según la Profundidad relativa del tercer molar en el hueso: nivel A. El punto más alto del molar incluido está al nivel, o por arriba del plano oclusal del segundo molar. Nivel B: El punto más alto del molar está bajo la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar. Nivel C: El punto más alto del molar está al nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar. En el maxilar superior se examina la relación del cordal respecto a la tuberosidad del maxilar y el segundo molar. En 1926 Winter, estableció una clasificación valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

Mesioangular: Los ejes formaron un ángulo de vértice antero superior cerca de los 45°. 1. Horizontal: Cuando los dos ejes son perpendiculares. 2. Vertical: Cuando ambos ejes son paralelos.

Distoangular: Los ejes forman un ángulo de vértice antero inferior de 45°. 4. Invertido: Cuando la corona penetra el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180°. Para el plano coronal se clasifican en vestibulo-versión si la corona se desvía hacia el vestíbulo y en linguo-versión si se desvía hacia lingual.

BOLSAS DE BICHAT

En anatomía humana, los cuerpos adiposos de la mejilla, también conocidos como las bolsas de Bichat, “son dos bolsas de grasa encapsulada situadas en la región de la mejilla, una en el lado derecho y otra en el izquierdo, cada una con un volumen de alrededor de 10 cm³ y un peso de 9 gramos” 11. A pesar de su pequeño tamaño, las bolsas de Bichat tienen gran importancia en medicina estética, por contribuir a configurar el espacio de la región media e inferior de la cara, proporcionando aspecto de llenura a las mejillas sobre todo durante la infancia.

En la vida adulta, con el desarrollo del resto de las estructuras de la cara, su tamaño relativo es menor, aunque siguen persistiendo, y son más prominentes en algunas personas, dándole al rostro un aspecto más redondeado. No debe confundirse la bolsa de Bichat con la bolsa grasa malar, situada también en el área de la mejilla pero más superficial, justo debajo de la piel. Existe una operación que consiste en la extirpación de los cuerpos adiposos de la mejilla, denominada bichectomía, con la finalidad de lograr un efecto de rejuvenecimiento del rostro. La primera descripción de esta estructura anatómica fue realizada por Heister en el año 1732. En 1802 el anatomista francés Marie François Xavier Bichat demostró que se trataba de una bolsa compuesta de grasa y no de una glándula como se creía antes.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio se recurrió a la metodología enfocada en la modalidad de un reporte de caso, se empleó un diseño de campo y nivel descriptivo ya que se orientó en describir los procedimientos quirúrgicos en la extracción de terceros molares y Bolsa de Bichat en paciente femenina de 17 años. La muestra estuvo constituida por una paciente femenina de 17 años que suscitó en San Juan de los Morros empleando para su selección el muestreo intencional. Para la recolección de la información se hizo uso de la técnica de la observación directa, mientras que para el registro del mismo se recurrió a la historia clínica del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Antecedentes Familiares: En cuanto a los antecedentes familiares, la paciente refiere que la abuela materna sufre de hipertensión arterial

Antecedentes personales: No presenta ninguna enfermedad sistémica

Observaciones del estado Bucal del Paciente: Paciente no presenta aún en boca los terceros molares, presentan apiñamiento en la zona anterior-inferior, y sin ninguna lesión aparente en tejidos blandos.

Apreciación diagnóstica: **Apreciación Radiográfica:** Unidades dentarias sin erupcionar: 18, 28, 38 y 48.

Restauración con resina en UD: 16, 36 y 46.

Diagnóstico: Intervención indicada: Exodoncia de la UD: 18.

Examen Físico/Facial.

-Cabeza: normo cefálica. Cara: ovalada

-Cuello: movimiento pasivo. Ganglios: No palpables

-Maxilar superior: Sin ausencia. Maxilar inferior: sin ausencia. Paladar: Profundo

Exámenes de laboratorio:

-HCT:

-HGB:12.9, WBC: 10.600, PLT: 294.000

-PT:14.80, PTT: 30.45, **Somatometría Talla:** 1.62

-**Peso:** 42 **IMC:** 16. Este IMC se corresponde a delgadez moderada.

-**Signos vitales:** FR: 26, FC: 60, TA: 125/75.

-**Anestésico:** Lidocaína al 2%. **Vasoconstrictor:** Epinefrina.

-**Presentación:** Cartucho, Tolerancia mínima: 6

RESULTADOS

- **Técnica anestésica:** Bloque nervio alveolar superior posterior.
- **Dosis aplicada:** 2/1 cartuchos. Hora de inicio: 9:06 am, Hora de culminación: 10:10

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

- **Asepsia y antisepsia.** Colocación de la anestesia, Lidocaína al 2% con Epinefrina 1.80.000. N° 2/1.
- **Incisión lineal:** con descarga distal del segundo molar, levantamiento de la mucosa de hueso levantando dicho colgajo y manteniendo lo separado del campo operatorio.

Figura 1. Inicio del Procedimiento



Figura 2. Exposición de la Bolsa adiposa de Bichat



- **Osteotomía:** eliminando así hueso para acceder a la unidad dental, facilitando su extracción. Luxación con elevadores (Apical), extracción propiamente dicha.
- **Curetaje:** Reposicionamiento del colgajo en la encía. Sutura del colgajo para asegurarlo en su lugar. Cubrir el colgajo con gasa para detener el sangrado.

Figura 3. Exodoncia UD 18.



Figura 4. Sutura.



Es importante indicar que mediante la extracción de dicha unidad, hubo exposición buscosinusal, además de exponer la bolsa de Bichat, se facilitó el cierre de dicha comunicación. El uso de un colgajo de bolsa adiposa de Bichat en el cierre de comunicaciones bucosinuales ha resultado de manera positiva en dicho tratamiento quirúrgico.

Las Indicaciones post-operatoria: fueron: No realizar enjuagues bucales, no realizar esfuerzo físico, no escupir, cumplir una dieta líquida y blanda, cumplir el tratamiento farmacológico indicado y acudir nuevamente a una consulta de reevaluación en 10 días y realizar retiro de sutura.

Control Farmacológico: Antibiótico: Amoxicilina más ácido clavulánico 125/875 MG. Cada 12 horas por 7 días. Ibuprofeno 800 MG cada 8 horas. Dexametasona 8mg interdiario por 2 días Ketoprofeno 100mg con 5 ml de agua Estéril.

DISCUSIÓN

el procedimiento quirúrgico realizado, al ocurrir la complicación de la exposición de la bolsa adiposa de Bichat fue manejada con mucha cautela y precisión de tal modo de preservar su posición y ubicación en los tejido subyacentes del colgajo planificado, hasta lograr la avulsión completa de la UD 18, en donde surge una segunda complicación que formaba parte de la misma planificación previa realizada, ya que el molar se encontraba en la adyacencia del seno maxilar. Dicha comunicación bucosinusal fue solventada con la reposición del colgajo afrontando los bordes de la herida permitiendo suturar con puntos simples discontinuos con un material de sutura que asegure su cicatrización, de tal modo que ambas complicaciones íntimamente relacionadas a la posición en la que se encontraba el molar, pudo ser solventada con la planificación de un colgajo con suficiente amplitud que permitiera un campo operatorio visible para la manipulación del diente incluido. Destacando de esta manera que, el diseño de los colgajos es fundamental para el éxito de la cirugía de dientes incluidos, ya que al surgir cualquier accidente o complicación quirúrgica esta pueda ser solventada sin realizar una modificación de las incisiones realizadas en primer momento, lo que afectaría directamente la irrigación del colgado causando su necrosis y compromisos en la cicatrización

CONCLUSION

Una vez presentado el caso clínico referente a describir las complicaciones en extracción de tercer molares se llego a las siguientes conclusiones.: En primer lugar se concluye que la colocación de anestesia es de suma importancia porque le permite al paciente soportar el dolor y poder realizar la cirugía de un modo más cómodo menos traumático y doloroso, se inicia con un 2% de lidocaína y de ser necesario se procede a colocar otro cartucho de anestesia, para disminuir en la medida de los posible el dolor, o su ausencia completa.

De igual modo, se concluye que cuando se presenta exposición de la bolsa adiposa de Bichat se debe llevar al lugar si se puede para no lesionar o perjudicar las comunicaciones buscosinuales.

Además, se le debe indicar al paciente o dar todas las recomendaciones post operatorias para la recuperación de las intervenciones buco dentales, para ello se sugiere al paciente no realizar enjuague bucal, evitar hacer esfuerzo físico no escupir cumplir una dieta líquida y balanceada cumplida el tratamiento farmacológico indicado para luego de 10 días ser reevaluado y retirar las suturas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucal. Disponible en: <https://www.kernpharma.com/es/blog/la-salud-bucodental>, 2023.
2. Bordon Clinic. Ortodoncia y tratamientos. Disponible en: [Tratamientos.ttps://www.google.com/search?q=bordon+clinic&sca_esv=](https://www.google.com/search?q=bordon+clinic&sca_esv=)
3. Gatti P, Santucci y L. Principios fundamentales para el tratamiento de las comunicaciones bucosinusales. Presentación de cuatro casos clínicos. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2022
4. Arellano, Erick. Tipos de incisión y Colgajo. Diplomado en implantología, 2021.
5. Revista de Medicina Oral y cirugía oral. Comparación del colgajo triangular de base bucal y del colgajo triangular de base lingual en el curso postoperatorio de la cirugía del tercer molar mandibular impactado, 2023.
6. Vargas S, Martínez M. Clasificación alternativa para terceros molares. Disponible En https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752023000200017 2023.
7. Batista M, Hernández L, González M, y Ramos M. Comportamiento de la comunicación bucosinusal post exodoncia atendidas a nivel hospitalario. Revista de Ciencias Médicas La Habana, 2015.
8. K.L. Moore, A.F. Dalley & A.M.R. Agur: Moore Clinically Oriented Anatomy, 7th edition, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, p. 951-954
9. Gay-Escoda C., Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: Ergon; 2004.
10. Rivas, L. Complicaciones inmediatas que se presentan durante exodoncia de terceros molares en los estudiantes de noveno semestre de la facultad piloto de odontología. Previo a obtener el título de odontología en la Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2019.
11. Flavio Nicolich, Carlos Montenegro: Extracción de la bola de Bichat. Una operación simple con sorprendentes resultados. Cirugía dermatológica, 2016.