

278
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TÉCNICAS QUIRURGICAS PARA TERCEROS MOLARES
RETENIDOS Y NO RETENIDOS**

T E S I S

Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a



**EXAMENES
PROFESIONALES**

JUDITH MARTINEZ VILLA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I.- DESCRIPCION DE LOS HUESOS DEL CRANEO

CAPITULO II.- HUESOS DE LA CARA

CAPITULO III.- ARTICULACION DE LOS HUESOS DEL CRANEO ENTRE SI Y DE
LA CARA ENTRE SI .

CAPITULO IV.- ARTICULACION TEMPOROMAXILAR .

CAPITULO V.- MUSCULOS DE LA CABEZA.

CAPITULO VI.- ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIO-
RES RETENIDOS ,RADIOGRAFIA INTRA ORAL, RADIOGRAFIA
OCLUSAL Y RADIOGRAFIA EXTRAORAL .

CAPITULO VII.-GENERALIDADES .

CAPITULO VIII.- TECNICAS QUIRURGICAS .

CAPITULO IX.- TERCEROS MOLARES SUPERIORES,RETENIDOS O NO ERUPCIO-
NADOS .

CAPITULO X.- PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSOPERATORIO.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Presento este trabajo, con la inquietud que causa el ver como una gran mayoría padece de los terceros molares retenidos o no, la mayoría se inclina por una Técnica Quirúrgica adecuada para cada caso.

En este trabajo pretendo hacer la recopilación de la Generalidad de las Técnicas Quirúrgicas más útiles y usadas dentro del campo de la Cirugía de los Terceros Molares, ya que con el conocimiento de las mismas podemos expresar al paciente la seguridad de la Cirugía y la recuperación del posoperatorio .

Consciente que actualmente día a día las Técnicas Quirúrgicas se van modificando y perfeccionando en tal forma, que sin duda las ideas y Técnicas aquí expuestas, cambiarán y parecerán obsoletas . Pero considero que es necesario referirlas ya que cambiarán como principio y fundamento para las Técnicas Quirúrgicas más avanzadas que lleguen a surgir en el futuro campo de la Odontología.

TEMA I

DESCRIPCION DE LOS HUESOS DEL CRANEO

DESCRIPCION DE LOS HUESOS DEL CRANEO

En la cabeza se distingue el esqueleto del cráneo, del de la ca
ra el primero forma la caja que contiene el encéfalo y el se-
gundo se haya situado por abajo y adelante del cráneo .Las ca
vidades orbitarias, nasales y bucal se habren principalmente
en la cara.

HUESOS DEL CRANEO .- El esqueleto del cráneo esta formado
por ocho huesos, dos temporales y dos parietales, son pares e
simetricamente colocados. Los otros cuatro, Frontal, Etmoides
Esfenoides, y occipital , son impares y estan situados en la
línea media.

FRONTAL.- Es un hueso plano e impar, situado en la parte
anterior del cráneo. presenta una porción vertical superior -
que contribuye a formar la bóveda craneana y otra horizontal
inferior que constituye parte de la bóveda de las cavidades -
orbitarias .

ETMOIDES.- Es un hueso de forma irregular, situado en la
parte anterior y media de la base del cráneo y encajado parci-
almente en la escotadura etmoidal del hueso frontal se distin-
guen en el una lámina vertical, atravezada por otra lámina -
horizontal que la divide en dos partes, y dos más laterales -
que se desprenden de los extremos de la lámina horizontal .

ESFENOIDES./ Es un hueso impar colocado en la parte me-
dia a y anterior de la base del cráneo, por detrasd del etmoi-
des y del frontal y delante del occipital . lateralmente limi-
ta con los huesos temporales aunque esta situado algo más ade-
lante que ellos . Posee un cuerpo que ocupa la parte central

y tiene forma mas o menos cúbica de el parten, cuatro apofisis hacia los lados simetricamente colocadas por pares y llamadas pequeñas y grandes alas . otras dos dirigidas hacia abajo reciben el nombre de apófisis pterigoides.

PARietales ! .-Son dos huesos situados simetricamente - en las partes laterales y superiores del cráneo, por delante del occipital, atras del frontal encima de los temporales y - articulados entre si en la línea media. cada uno de ellos presenta dos caras, de las cuales una es externa o exocraneana y la otra interna o endocraneana. Ademas cuatro bordes, anterior posterior, superior e inferior y cuatro angulos, dos anteriores y dos posteriores .

OCCIPITAL .- Es un hueso impar mediano, situado en la - parte posteroinferior del cráneo. en su parte inferior destaca un gran orificio de diámetro anteroposterior mayor que el - transverso llamado agujero occipital . por delante de este - hay una superficie cuadrangular o apófisis basilar. por detras un segmento de esfera, conocido como la escama del occipital y a los lados dos masas oseas, con superficies articulares por su cara inferior, o masas laterales del occipital .

TEMPORALES.- Los huesos temporales estan situados a los - lados de las partes media de la base del cráneo, extendiendose por las caras laterales de este, cada uno de ellos se articula por delante con el esfenoideas , por detras con el occipital y por arriba con el parietal .

El Temporal del adulto resulta de la soldadura de tres - piezas independientes en el embrión, la escama el hueso timpánico y la roca, estas tres piezas, al soldarse unas con - otras, en su desarrollo originan una serie de suturas mas o

menos visibles y permanentes . Así, la porción escamosa crece hacia abajo y atrás formando la porción mastoidea, la cual al soldarse con la base de la roca da origen a la cisura petroescamosa posterior . La misma porción escamosa, al unirse con la cara anterosuperior de la roca produce la cisura petroescamosa superior, visible en la cara endocraneana . El anillo timpanico se suelda con la porción escamosa, originando la cisura , timpanoscamosa anterior o cisura de Glaser. El mismo anillo forma, al unirse por detrás con la apófisis mastoidea la cisura timpanoscamosa posterior.

Como consecuencia del desarrollo, pueden distinguirse en el temporal tres porciones . La parte anterosuperior es aplanada , transversalmente y recibe el nombre de región escamosa o escama . Por detrás de esta destaca una masa voluminosa o región mastoidea . Entre ambas y por debajo de ellas existe una prolongación piramidal, de dirección horizontal, llamada región petrosa o roca del temporal.

TEMA II
HUESOS DE LA CARA.

LOS HUESOS DE LA CARA.- Se dividen en dos porciones llamadas mandíbulas, la inferior está integrada únicamente por el maxilar inferior, la superior, en cambio, es muy compleja y esta constituida por trece huesos doce de ellos están dispuestos en pares a un lado y a otro del plano sagital o de simetría mientras el restante es impar coincide con este plano .

Los huesos pares son los maxilares superiores, los maxilares, los ungües, los cornetes inferiores, los huesos propios de la nariz y los palatinos, el impar es el vómer.

MAXILAR SUPERIOR . - Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior su forma se aproxima a la cuadrangular siendo algo aplanada de fuera hacia dentro, presenta las siguientes partes, dos caras cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar .

HUESO MALAR .- Forma el esqueleto del pómulos y está situado entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoideas y la escama del temporal. De forma cuadrangular, se pueden distinguir dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos .

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ O HUESOS NASALES .- Son huesos planos, de forma cuadrangular, situados entre el frontal por arriba y las ramas ascendentes de los maxilares superiores por fuera y atrás. Se distinguen en ellos dos caras y cuatro bordes .

El borde superior es dentado y grueso y se articula con el frontal .

El borde inferior, más delgado se une al cartilago de la nariz

El borde anterior es grueso y rugoso, articulándose por arriba con la espina nasal del frontal y con la lámina perpendicular del etmoides, mientras en el resto de su extensión lo hace con el hueso del lado opuesto.

El borde externo o posterior, biselado a expensas de su cara interna, se articula con la apófisis ascendente del maxilar superior.

UNGUIS O HUESO LAGRIMAL .- Es un hueso plano de forma cuadrilátera colocada en la parte anterior de la cara interna de la orbita, entre el frontal, el etmoides y el maxilar superior. Presenta dos caras y cuatro bordes. La cara externa lleva una cresta vertical o cresta lagrimal posterior, que termina inferiormente en una apófisis en forma de gancho (Hamulus lacrimalis) . Esta apófisis integra el orificio superior del conducto nasal.

HUESOS PALATINOS .- Están situados en la parte posterior de la cara, por detrás de los maxilares superiores . Se pueden distinguir en cada uno de ellos dos partes o láminas: una horizontal, más pequeña, y una vertical . El borde posterior sirve de inserción a la aponesurosis del velo del paladar . y al unirse con el borde del lado opuesto forma la espina nasal posterior, dirigida hacia arriba y atrás, sobre la cual se inserta el músculo palatoestafilino.

La parte vertical . Es igualmente cuadrilátera, su cara interna lleva dos crestas anteroposteriores, la de arriba o cresta turbinal superior se articula con el cornete medio, en tanto que la de abajo , llamada cresta turbinal inferior lo hace con el cornete inferior . La cara externa presenta tres

zonas , la anterior, que se articula con la tuberosidad del maxilar superior formando con ella el conducto palatino posterior . Otra zona rugosa situada más atrás va a articularse con la apófisis pterigoides . Entre ambas zonas rugosas existe una superficie lisa, no articular, que en el cráneo articulado forma el fondo de la fosa pterigomaxilar.

CORNETE INFERIOR. - Es un hueso de forma laminar adherido a la pared externa de las fosas nasales. De contorno ligeramente romboidal, se puede distinguir en el dos caras, dos bordes y dos extremidades . La cara vuelta hacia el tabique de las fosas nasales, es convexa su mitad superior es más o menos lisa, mientras la inferior lleva diversas arrugas y surcos vasculares . La cara externa es concava y forma la pared interna del meato inferior . El borde superior se articula con la cara interna del maxilar superior y con la misma cara de la lámina ascendente del palatino. Comenzando por delante se puede observar en el una laminilla delgada de forma cuadrangular que se articula al mismo tiempo con el unguis y con los bordes del canal nasal y recibiendo por eso el nombre de apófisis lagrimal o nasal. Por detrás de esta existe una ancha lámina dirigida hacia abajo llamada apófisis maxilar o auricular la que al articularse con el borde inferior del orificio del seno maxilar, lo reduce. Por último en la parte posterior se encuentra todavía otra pequeña lámina, dirigida hacia arriba y atrás que se articula con la apófisis etmoidal .

El borde inferior es libre, grueso y convexo y no presenta apófisis la extremidad anterior se articula con el maxilar superior mientras que la posterior, más aguda, lo hace con -

el palatino . Ambas se apoyan en las crestas turbinales inferiores de dichos huesos .

VOMER.- Es un hueso, impar en el plano sagital, junto con la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago forma el tabique de las fosas nasales . Es de forma cuadrangular y muy delgado . Se distinguen en él dos caras y cuatro bordes. Sus caras forman parte de la pared interna de las fosas nasales y presentan varios surcos vasculares o nerviosos de los cuales uno, dirigido hacia abajo y adelante es profundo y aloja al nervio esfenopalatino interno . El borde superior se abre en forma de ángulo diedro , dejando un canal dirigido de adelante a atrás, cuyas vertientes llamadas alas del vómer, se articulan con la cresta inferior del cuerpo del esfenoides . Como la cresta no alcanza el fondo del canal, se forma un conducto que recibe el nombre de esfenovomeriano, y por el atraviesa una arteriola que riega el cuerpo del esfenoides y el cartílago del tabique . El borde inferior, delgado y rugoso, se encaja en la cresta media que forman en unión las ramas horizontales de los palatinos por atrás , y las apófisis palatinas de los maxilares superiores por delante. El borde anterior es oblicuo hacia abajo y hacia adelante articulandose su parte superior con la lámina perpendicular del etmoides, en tanto que el resto lo hace con el cartílago del tabique . El borde posterior , delgado y afilado , forma el borde interno de los orificios posteriores de las fosas nasales o coanas .

MAXILAR INFERIOR .- Forma el solo la mandíbula inferior y se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas . El cuerpo tiene forma de herradura , cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás . Se distinguen en el dos caras y dos bor -

des .

La cara anterior lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades de hueso y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana. Su parte inferior, más saliente se denomina eminencia mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, agujero mentoniano, por donde sale el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún se observa una línea saliente, dirigida dirigida hacia abajo y hacia adelante que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso , se llama línea oblicua externa del maxilar y sobre ella se insertan los siguientes músculos . El triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba .

Cara posterior .-Precenta cerca de la línea media, cuatro tuberculos llamados apófisis geni, de las cuales las dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, mientras sobre los dos inferiores se insertan los genioides . Partiendo del borde anterior de la rama vertical se encuentra una línea saliente , línea oblicua interna o milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de esta cara; sirve de inserción al músculo milohioideo . Inmediatamente por fuera de las apófisis geni y por encima de la línea oblicua se observa una foseta o foseta sublingual que aloja la glandula del mismo nombre . Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde del borde inferior, hay otra foseta más grande, llamada foseta submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

BORDES.- El borde inferior es romo y redondeado . Lleva

dos depresiones o fosetas digastricas, situadas una a cada lado línea media. En ellas se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, como el inferior del maxilar superior presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios. Mientras los anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias cavidades y todos ellos se hallan separados entre si por puentes óseos o apófisis interdenta - rias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas .- En número de dos, derecha e izquierda son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, el plano de - finido de cada una de ellas es vertical y su eje motor está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás . Tienen - por consiguiente dos caras y cuatro bordes .

Cara externa .- Su partr inferir es más rugosa que la - superior, ya que sobre aquélla se inserta el músculo masetero
Cara interna .- En la parte media de esta cara, hacia la mi - tad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comien - zo del borde alveolar , se encuentra un agujero amplio, deno - minado orificio superior del conducto dentario, por el se in - troducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. Una sa - liente triangular o espina de Spiz, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde anteroinferior de aquel orificio. Tanto este borde como el posterior se contin - nuan hacia abajo y adelante, hasta el cuerpo del hueso, for - mando el canal miloioideo, donde se alojan el nervio y los - vasos miloioideos, En la parte inferior y posterior de la - cara interna, una serie de rugosidades bién marcadas sirven

de inserción al músculo pterigoideo interno .

BORDES.- El borde anterior está dirigido oblicuamente - hacia abajo y adelante . Se halla excavado en forma de canal cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes , este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulooigomática. El borde posterior, liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida . El borde superior posee una amplia escotadura denominada escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes, la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás, la primera es de forma triangular con vertice superior, sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal . La escotadura sigmoidea esta vuelta hacia arriba comunica - la región maseterica con la fosa sigomática, dejando paso - a los nervios y vasos masetericos . El condilo es de forma - elipsoidal, aplanado de adelante atrás, pero con eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia adelante y afuera , convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo .

El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo del maxilar inferior, o gonión.

CAPITULO III

ARTICULACION DE LA CABEZA

ARTICULACION DE LA CABEZA .- Son inmóviles en su mayoría -
pues sólo la articulación del maxilar inferior con el tempo
ral goza de amplia movilidad. Se puede dividir en tres gru -
pos; 1º, articulaciones de los huesos del cráneo entre sí; 2º
articulaciones de los huesos de la cara entre sí y con el crá
neo .

ARTICULACION DE LOS HUESOS DEL CRANEO ENTRE SI .- Corres
ponden al grupo de las sinartrosis y están constituidas por
superficies óseas muy variables en su configuración pero uni
das unas y otras por tejido fibroso, cuando la osificación se
a verificado en tejido conjuntivo, constituyendo las sinfi -
brosis, o bién por tejido cartilaginoso, cuando la osifica -
ción se ha hecho a expensas de esta clase de tejido, origi -
nándose las sicondrosis, en las cuales el pericondrio se con
funde con el periostio.

En las primeras la superficies articulares pueden ser :
dentadas, como sucede con la articulación frontoparietal, la
biparietal y la occipitoparietal; escamosas, cuyas superficie
es biseladas en sentido opuesto se superponen, como ocurre e
en la articulación del parietal con la escama del temporal -
armónicas, con superficies lisas y más o menos planas, como
acontece con la articulación de los huesos de la nariz entre
sí y con las ramas ascendentes de los maxilares superiores -
etc.; por último, la esquindelesis, en que una superficie -
tiene la forma de ángulo diedro y la otra de cresta que en -
caja en él, como sucede con la articulación del esfenoides -
y el vomér .

El tejido fibroso que une estas superficies articulares

se osifican en la vejez, y desaparece en muchos casos. La época de osificación es muy variable según los individuos - y las razas .

ARTICULACION DE LOS HUESOS DE LA CARA ENTRE SI Y CON EL CRANEO.- Los huesos de la cara se hallan articulados en su mayoría mediante suturas armónicas, aunque muchas de ellas - puedan presentar rugosidades y depresiones que se adaptan - perfectamente .

En cambio, las articulaciones de los huesos de la cara o con el cráneo presentan suturas dentadas como acontece la a articulación frontomalar; algunas son armónicas, como la - articulación esfenovomeriana .

CAPITULO IV

ARTICULACION TEMPOROMAXILAR.

ARTICULACION TEMPOROMAXILAR. - Pertenece al género de las bi
condíles . . Superficies articulares. Por un lado los cóndi-
los del maxilar inferior, que son dos eminencias ovoideas de
eje mayor dirigido hacia atrás y adentro y unidos al resto -
del hueso por una porción estrecha llamada cuello; éste es re-
dondeado por su parte posterior y con algunas rugosidades en
la parte anterointerna, donde se inserta el pterigoideo ext-
erno. Los cóndilos presentan una vertice anterior vuelta ha -
cia arriba y adelante y otra posterior vuelta hacia atrás -
y arriba; ambas están separadas por un borde como casi trans-
versal y cubiertas por tejido fibroso .

Por el otro lado, las superficies articulares son el -
cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea del mismo. El cón-
dilo se halla constituido por la raíz transversa de la apó-
fisis cigomática, la cual es convexa de adelante atrás y se
halla vuelta hacia abajo y afuera . La cavidad glenoidea es-
ta situada detrás del cóndilo y es una depresión profunda -
de forma elipsoidal, cuyo eje mayor se dirige hacia atrás -
y adentro. Se halla limitada anteriormente por el cóndilo y
posteriormente por la cresta petrosa y la apófisis vaginal;
por fuera limita con la raíz longitudinal de la apófisis ci-
gomática y , por dentro, con la espina del esfenoideas . La -
cavidad glenoidea está dividida en dos partes por la cisura-
de Glaser, de las cuales sólo la anterior es articular, cons-
tituyendo la cavidad glenoidea propiamente dicha, y se halla
recubierta por tejido fibroso: la posterior, extraarticular, -
carece de revestimiento y forma la pared anterior del conduc-
to auditivo externo .

La superficie articular del temporal, convexa por delan

te y cóncava por atrás, no se adapta directamente al cóndilo del maxilar, sino con la adaptación se realiza por intermedio de un menisco interarticular, de forma elíptica y de eje mayor paralelo al cóndilo. Este menisco posee dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara anterosuperior es cóncava por delante, donde está en relación con el cóndilo del temporal, mientras su parte posterior es convexa y corresponde a la cavidad glenocidea. La cara posteroinferior, cóncava en toda su extensión puede cubrir todo el cóndilo o solamente la vertiente anterior de él. De los bordes, el posterior es más grueso que el anterior. La extremidad es más gruesa que la interna y ambas se hallan dobladas hacia abajo, emitiendo prolongaciones fibrosas que las fijan a las partes laterales del cuello del cóndilo. Por esta razón, el menisco sigue al cóndilo en sus movimientos, como se puede ver con claridad. Un corte transversal del menisco muestra que es más grueso en la periferia que en el centro, donde puede presentar una perforación más o menos amplia. En este caso existe una sola articulación con una sola sinovial, pues cuando el menisco no se halla perforado, la articulación está dividida en dos y es portadora de dos sinoviales independientes.

Medios de unión. Comprenden una cápsula articular y dos ligamentos laterales, considerados como los ligamentos intrínsecos de la articulación; también se incluyen tres ligamentos auxiliares o extrínsecos.

Cápsula articular. Posee forma de manguito, cuya extremidad superior se inserta, por delante, en la raíz transversa de la apófisis cigomática, por atrás en el labio anterior de la cisura de Glaser, por fuera en el tubérculo cigo-

mático y en la raíz longitudinal de la apófisis cigomática, y por dentro, en la base de la espina del esfenoides. Su extremidad inferior se inserta en el cuello del cóndilo, descendiendo más en su parte posterior que en la anterior. Su superficie interna, tapizada por la sinovial, sirve de inserción al reborde del menisco, quedando así dividida la cavidad articular en una porción suprameniscal y otra inframeniscal.

Ligamento lateral externo . Se inserta por arriba en el tubérculo cigomático y en la porción contigua de la raíz longitudinal, desde donde desciende para terminar insertándose en la parte posteroexterna del cuello del cóndilo .

Ligamento lateral interno . Este ligamento, tiene su punto de inserción por fuera de la base de la espina del esfenoides; después desciende para ir a insertarse en la porción posteroexterna del cuello del cóndilo .

Ligamentos auxiliares. Son el ligamento esfenomaxilar y el pterigomaxilar.

El ligamento esfenomaxilar tiene su inserción superior en la porción externa de la espina del esfenoides y en la parte, más interna del labio anterior de la cisura de Glaser desde donde desciende, nutriendo al ligamento lateral, para terminar en el vértice y en el borde posterior de la espina de Spix. Este ligamento recibe el nombre de ligamento lateral interno largo de Morris.

El ligamento estilomaxilar se inserta por arriba cerca del vértice de la apófisis estiloides, y por abajo, en el tercio inferior del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

El ligamento pterigomaxilar es un puente aponeurótico que se extiende desde el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides hasta la parte posterior del borde alveolar del maxilar inferior, y da inserción al músculo buccinador por delante y al constrictor superior de la faringe por detrás.

Sinovial. Es doble en la mayoría de los casos, existiendo una suprameniscal y otra inframeniscal. Ambas tapizan la cápsula correspondiente por su cara interna y terminan por un lado en el lugar de inserción del menisco sobre la cápsula, y por el otro, en el borde del revestimiento fibroso de la superficie articular correspondiente.

Relaciones . Por su cara externa la articulación temporomaxilar se halla recubierta por tejido celular, el cual está atravesado por la arteria transversal de la cara y por el nervio temporofacial; a su vez, este tejido celular está cubierto por la piel . Por su cara interna se relaciona con los nervios dentario inferior, lingual y cuerda del timpano, y con la arteria maxilar interna y sus ramas timpánica, meníngea media y meníngea menor y con la inserción del pterigoideo externo. Por delante está en relación con haces del músculo masetero y con la escotadura sigmoidea, por donde atraviesan la arteria y el nervio maseterinos. Por atrás se relaciona con el conducto auditivo externo, pero no directamente, sino por intermedio de la prolongación superior de la parótida.

Compuesta propiamente por dos articulaciones, una meniscotemporal y la otra meniscomaxilar, verifica su movimiento bilateral simultáneo por deslizamiento que realizan el desplazamiento de los cóndilos, gracias a la interposición del me-

nisco, a la laxitud de la cápsula y a la poca resistencia que presentan los ligamentos, factores que favorecen la luxación del maxilar inferior .

Las articulaciones temporomaxilares funcionan simultáneamente y presentan movimientos de abatimiento y de elevación. En el primero el mentón se dirige abajo y atrás; cóndilo y menisco forman un conjunto que desliza de atrás adelante, sobre el cóndilo temporal, girando ligeramente el menisco hasta tomar una posición horizontal, movimiento que limita los haces posteriores del menisco hasta tomar una posición que se realiza por la acción del pterigioideo externo inervado por el maxilar inferior ; y cuando el menisco queda fijo sólo el cóndilo continúa su deslizamiento por debajo del menisco realizando en el maxilar inferior un movimiento de rotación sobre un eje transversal que pase por la espina de Spix, permitiendo que el cóndilo del maxilar inferior se coloque por debajo del temporal .

Resulta de lo anterior que el maxilar en su abatimiento realiza un movimiento de deslizamiento y de rotación, siendo la porción menos móvil el orificio dentario por donde penetra el paquete neurovascular dentario inferior, y produciendo en los incisivos una simple translación de adelante hacia atrás .

Los músculos abatidores de fuerza menor que los elevadores son el vientre anterior del digástrico, el moloideo y el genchioideo .

El movimiento de elevación se realiza en sentido contrario el mecanismo de abatimiento y alcanza su máximo cuando se

encuentran los arcos dentarios. Intervienen en éste los potentes músculos temporales, masetero y pterigoideo interno que desarrollan una fuerza de 300 libras y están inervados por el maxilar inferior .

Los movimientos de propulsión se realizan en la articulación meniscotemporal, pues tanto el cóndilo como el menisco sufren el deslizamiento de atrás adelante colocando el cóndilo maxilar por debajo del cóndilo del temporal, e intervienen en este movimiento la contracción simultánea de los pterigoideos externos y secundariamente el pterigoideo interno y el masetero inervados por el maxilar inferior .

El movimiento de retropulsión se realiza en sentido inverso a la propulsión y se limita por el choque del cóndilo sobre la pared anterior del conducto auditivo e intervienen en éste los haces posteriores del temporal y secundariamente el digástrico .

El movimiento de diducción o de lateralidad se mueven las dos articulaciones alternativamente; mientras uno de los cóndilos sufre con su menisco un movimiento de traslación el otro pivotea alrededor de un eje vertical que pasa por su cuello, resultando que en cada movimiento un cóndilo se desaloja y el otro sirve de punto de apoyo o de pivote. Intervienen en éste los pterigoideos externos contrayéndose alternadamente .

La combinación de los movimientos de abatimiento, elevación y diducción realiza, el movimiento de circulación que permite el frotamiento de los arcos dentarios, consiguiendo la trituración de los alimentos.

CAPITULO V

MUSCULOS DE LA CABEZA

MUSCULOS DE LA CABEZA. Los músculos de la cabeza comprenden - un grupo de músculos masticadores que se insertan por una de sus extremidades en el maxilar inferior y otro grupo de músculos cutáneos, uno de cuyas extremidades, por lo menos, se inserta en la cara profunda de la piel.

Los músculos masticadores son cuatro e interviene en - los movimientos de lateralidad del maxilar inferior, son los siguientes: El temporal, el masetero, el pterigoideointerno y el pterigoideo externo, existen otros músculos relacionados con el maxilar inferior y son aquellos que originan sus movimientos de descenso, pero debido a su situación serán ca talogados entre los músculos del cuello.

EL TEMPORAL.- Ocupa la fosa temporal y se extiende en - forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis - coronoides del maxilar inferior. Se fija por arriba en la - línea curva temporal inferior, en la fosa temporal y, mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde estos lugares, sus fibras convergen sobre una lámina - fibrosa, la cual se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón nacarado que acaba - en el vértice, bordes y caras interna de la apófisis coronoides.

Por su cara superficial, este músculo se relaciona con a - ls aponeurosis temporal, los vasos y nervios temporales su - perificiales, y el arco cigomático y la parte superior del mace tero. Su cara profunda, en contacto directo con los huesos de la fosa temporal, se halla también en relación con los - nervios y arterias temporales profundos anterior, media y - posterior, esta cara se relaciona por dentro con los pterigoides.

deos, el buccinador y la bola grasosa de Bichat .

De la inervación del temporal se hallan encargados los nervios temporales profundos, que son ramos del maxilar inferior . Su acción consiste en elevar el maxilar inferior y también en dirigirlo hacia atrás ; en esta última actividad del temporal intervienen sus haces posteriores .

MASETERO.- Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Se halla constituido por un haz superficial, más voluminoso, dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás, y otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante . Ambos haces se hallan separados por un espacio relleno adiposo, donde algunos investigadores han señalado la existencia de la bolsa serosa.

El haz superficial se inserta superiormente sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa de éste. Su inserción superior se realiza a expensas de una fuerte aponeurosis, la cual se origina mediante numerosas láminas aguzadas hacia el tercio medio de la masa muscular. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y también en la cara interna de la apófisis cigomática; sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante, yendo a terminar sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

La cara externa del masetero se halla recubierta totalmente por la aponeurosis maseterina, por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara, la prolongación maseterina de la parótida, el canal de Stenon, los ramos nerviosos del facial y los músculos cigo -

máticos mayor y menor, risorio de y cutáneo del cuello .

La cara profunda del masetero está en relación con el hueso donde se inserta, además, con la escotadura sigmoidea y con la arteria maseterina, que la atraviesan; con la apófisis coronoides con la inserción del temporal y, por último con la bola adiposa de Bichat, interpuesta entre este músculo y el buccinador.

La parte inferior del borde anterior se relaciona con la arteria y la vena faciales en tanto que su borde posterior se halla en relación con la arteria y la vena faciales, delante del maxilar y la glándula parótida.

Por su cara profunda penetra el nervio maseterino, el cual es un ramo del maxilar inferior y que atraviesa, como ya se ha dicho, por la escotadura sigmoidea. Acción como la del temporal, la misión del masetero consiste en elevar el maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO.— Comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior . Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoides, en parte de la cara externa del ala interna, y por medio de un fascículo bastante fuerte, denominado fascículo palatino de Juvara, en la apófisis piramidal del palatino. Desde estos lugares, sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar merced a láminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente. Sus fibras se prolongan a veces tan afuera sobre el borde del maxilar, que producen la impresión de unirse con las del masetero .

Por su cara externa se halla en relación el pterigoideo interno con el externo y con la aponeurosis interpterigoidea. Con la cara interna de la rama ascendente del maxilar constituye este músculo un ángulo diedro, por donde se deslizan el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios. Entre la cara interna del pterigoideo interno y la faringe se encuentra en el espacio maxilofaríngeo, por donde atraviesan muy importantes vasos y nervios; entre éstos el neumogástrico glossofaríngeo, espinal e hipogloso; y entre aquéllos, la carótida interna y la yugular interna,

Por su cara interna se introducen el músculo y el nervio del pterigoideo interno, el cual procede del maxilar inferior. Es principalmente un músculo elevador del maxilar inferior, pero debido a su posición, también proporciona a este hueso pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO.— Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoideal y otro inferior o pterigoideo. El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera y terminan por fundirse al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente del menisco interarticular. Por arriba del pterigoideo externo se halla en relación con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo media y con el maseteri

no. Entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal .

Su cara antero externa está en relación con la escotadura sigmoidea, con la inserción coronóidea del temporal y con la bota grasosa de Bichat . Su cara postero interna se relaciona con el pterigoideo interno, con el que se entrecruza por la cara anterior de éste y también con los nervios y vasos linguales y dentarios inferiores. Su extremidad externa se corresponde con la arteria maxilar interna, la cual puede pasar por el borde inferior o entre sus dos fascículos bordeando el cuello del cóndilo . Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal .

La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior . Si se contraen aisladamente, el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado; cuando estos movimientos son alternativos y rápidos, se llaman de diducción y son los principales en la masticación.

MUSCULOS CUTÁNEOS DEL CRÁNEO .-Será estudiado en este músculo de tipo digástrico, el músculo occipitofrontal, pues los otros músculos cutáneos del cráneo son músculos motores del pabellón de la oreja y se estudiarán en el capítulo correspondiente al sentido del oído.

MUSCULO OCCIPITOFRONTAL .- Se halla formado por dos vientres musculares: el occipital y el frontal, unidos por una aponeurosis intermedia, la aponeurosis epicraneal. El vientre occipital se inserta en el labio superior de los dos tercios externos de la línea de inserción se extiende hasta la apófisis mastoideas; sus fibras se dirigen después hacia arriba y adelante para ir a insertarse en el borde posterior de la -

aponeurosis epicraneal. El vientre frontal se inserta por abajo en la porción interciliar del frontal y en la cara profunda de la piel correspondiente al borde superior de la órbita, o sea en la región de las cejas, donde sus fibras se entrecruzan con las del orbicular de los párpados y con las del superciliar. Desde dichos lugares, las fibras del frontal se dirigen hacia arriba y atrás para insertarse en el borde anterior de la aponeurosis epicraneal. Por su cara superficial, este músculo está en relación con la piel de la cabeza a la cual adhiere por medio del tejido celular compacto. Su cara profunda se desliza sobre el cráneo, del que se halla separado por medio del tejido celular flojo.

El vientre occipital está inervado por el auricular posterior, ramo del temporofacial, en tanto que el vientre frontal terminan los ramos frontales derivados del mismo nervio temporofacial. Son músculos tensores de la aponeurosis epicraneal, cuando se contraen al mismo tiempo; si sólo se contraen al mismo tiempo; si sólo se contrae el occipital, entonces la aponeurosis y los tegumentos que la cubren se desplazan hacia atrás; la contracción del frontal aisladamente eleva las cejas y forma arrugas transversales en la frente dando expresión a la fisonomía durante la atención, la sorpresa la admiración y el espanto.

LOS MUSCULOS CUTANEOS DE LA CARA .- Comprenden los músculos de los párpados, músculos de la nariz y músculos de los labios. En los párpados se encuentran dos músculos el orbicular y el superciliar.

ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS.- Es un músculo aplanado y ancho que rodea el orificio palpebral.

Por dentro se inserta por medio de un tendón, denominado tendón del orbicular, el cual se halla dividido en dos porciones. La porción directa se inserta en la borde anterior del canal lacrimonasal y la otra, o porción refleja, lo hace en el borde posterior de dicho canal; en el ángulo que forman las dos porciones está el saco lagrimal. De esas dos ramas de inserción, se origina un tendón único, dirigido hacia afuera, que no tarda en dividirse en dos ramas divergentes, una superior y otra inferior, que se dirigen hacia el párpado correspondiente. Los bordes del tendón directo, la cara anterior y borde superior del ramo superior y el borde inferior de la rama inferior son los lugares de inserción de la mayor parte de las fibras del orbicular. También van a insertarse algunos haces en la parte superior de la apófisis ascendente del maxilar superior y en la apófisis orbitaria interna del frontal. Desde estos múltiples puntos de inserción, las fibras superiores del orbicular se dirigen hacia arriba y afuera, mientras las inferiores llevan dirección oblicua hacia abajo y afuera; ambas describen arcos de círculo y se entrecruzan unas con otras en la comisura externa de los párpados, terminando en la cara profunda de la piel de esa región.

En tanto que la cara superficial está en relación con la piel por medio de un tejido celular más o menos laxo, la cara profunda se relaciona con el reborde orbitario, con el músculo superciliar, con la arteria y los nervios supraorbitarios, con los ligamentos anchos de los párpados y con los cartílagos tarsos.

A menudo se observa el reborde palpebral una cintilla -

muscular de uno o dos milímetros de ancho, aislada del resto del músculo orbicular y en relación con la implantación de las pestañas; esta cinta muscular se extiende de comisura a comisura de los párpados y recibe el nombre de músculo de Riolano .

Más constante es un haz muscular de forma cuatrilátera - que se inserta en la cresta del unguis cerca del tendón reflejo, desde donde se dirige hacia afuera, al tiempo que se divide en dos fascículos, cada uno de los cuales acompaña a una de las ramas del tendón del orbicular y termina en los puntos lagrimales; en honor de su descubridor, este haz muscular lleva el nombre de músculo de Honer .

Los nervios que penetran en el orbicular proceden de la rama superior del facial. Funciona a manera de esfínter del orificio palpebral, cerrándolo cuando se contrae, también se cierra dicho orificio, merced a la tonicidad del orbicular, cuando el elevador del párpado deja de contraerse .

El músculo de Honer funciona como dilatador y orientador hacia atrás de los puntos lagrimales, favoreciendo la entrada de las lágrimas de hacia las vías lagrimales.

SUPERCILIAR.- Se halla situado en el plano profundo que el orbicular y ocupa la parte interna del arco superciliar.

Se inserta en la parte interna del arco superciliar, donde su inserción se confunde casi con la inserción del superciliar del lado opuesto; desde este lugar se dirigen sus fibras hacia afuera y arriba, forman un arco de concavidad inferoexterna y se entrecruzan con las del orbicular .Por último, van a terminar en la cara profunda de la piel de las cejas.

Su cara superficial está en relación con los músculos -

frontal y piramidal por dentro, y con el orbicular por fuera en tanto que su cara profunda se halla en contacto con el hueso frontal, y con la arteria y el nervio supraorbitarios. El - superciliar se halla inervado por los nervios palpebrales procedentes de la rama superior del facial.

Por su contracción se juntan y se desplazan hacia las cejas, produciendo la expresión de la cara conocida vulgarmente como ceño fruncido .

MUSCULOS DE LA NARIZ .- Son los siguientes: Piramidal, - transverso de la nariz, mirtiforme y dilatados de las aberturas nasales.

PIRAMIDAL .- Es un músculo se halla situado en el dorso de la nariz y parece continuar hacia abajo al músculo frontal por lo cual ciertos investigadores le dan el nombre de pilar interno del frontal . Se inserta por abajo en los cartílagos laterales de la nariz y en el borde inferior de los huesos propios de la misma; desde esos lugares, u sus fibras se dirigen hacia arriba hasta la región interciliar, donde se mezclan con las del frontal, pero sin confundirse con ellas. Se inserta finalmente en la cara profunda de los tegumentos de dicha región . Ambos músculos piramidales se hallan cubiertos por la piel y a su vez cubren a los huesos propios de la nariz permanecen separados uno de otro en los lugares de contacto por una delgada capa de tejido celular. Recibe un filote nervioso procedente de los nervios suborbitarios de la rama superior del facial. Es antagonista del frontal y desplaza hacia abajo la piel de la región superciliar produciendo en ella pliegues transversales.

TRANSVERSO DE LA NARIZ.- Posee este músculo una forma tri

angular y está colocado en el ala de la nariz. Por dentro se inserta sobre el dorso de la nariz, donde parcialmente se confunde con el lado opuesto; sus fibras se dirigen luego hacia abajo y afuera y a nivel del ala de la nariz se divide en un haz anterior que termina en la piel y otro posterior que se continúa con el músculo mirtiforme. Su cara superficial está en relación con la piel y su cara profunda con el ala de la nariz. Recibe filetes de los ramos suborbitarios del facial. La contracción de sus haces posteriores aplasta el ala de la nariz reduciendo la amplitud de los orificios, en tanto que la contracción de sus fascículos anteriores levanta la piel del ala de la nariz.

MIRTIFORME. - Se extiende del maxilar inferior al borde posterior del ala de la nariz. La inserción inferior del mirtiforme se hace en la fosa del mismo nombre y en parte de la giba canina; desde estos lugares se dirigen hacia arriba y van a insertarse las anteriores al tabique nasal, las medias se fijan en el borde posterior del cartílago del ala de la nariz; por último, las posteriores se continúan con las fibras posteriores del transverso de la nariz. La cara superficial de este músculo está en relación con la mucosa de las encías o gingival y con semiorbicular superior de los labios, mientras su cara profunda se halla en contacto directo con el maxilar superior. Como los músculos anteriores, el músculo mirtiforme se halla inervado por los nervios suborbitarios que proceden de la rama superior del facial. Es depresor del ala de la nariz y constrictor de sus aberturas.

DILATADOR DE LAS ABERTURAS NASALES. - Es un músculo radi

mentario en el nombre; se halla situado en el ala de la nariz y en su parte inferior. Se inserta en el borde posterior del cartílago del ala de la nariz, desde donde sus fibras se dirigen hacia adelante y abajo para fijarse en la piel que cubre el borde inferior del mismo cartílago. Por fuera por la piel y por dentro con el cartílago del ala de la nariz. Recibe filletes del facial, la contracción de este músculo desplaza hacia afuera el ala de la nariz, dilatando las aberturas nasales en sentido transversal.

MUSCULOS DE LOS LABIOS. - Los músculos de los labios cuya denominación se incluyen a todos los músculos que convergen en la abertura de la boca, son los siguientes: el orbicular de los labios, el elevador común del ala de la nariz y del labio superior, y el elevador propio del labio superior, el canino, el cigomático mayor y menor, angular de los labios, - el cuadrado de la barba y el músculo borla de la barba. Todos ellos convergen desde lugares más o menos lejanos de la boca hacia el orbicular, el cual circunscribe la abertura bucal.

ORBICULAR DE LOS LABIOS. - Este músculo se halla situado en el orificio de la boca y se extiende de una comisura labial a la otra. Por lo común se considera a este músculo como dividido en dos: el superior o semiorbicular superior y el inferior semiorbicular inferior. El primero se extiende de una comisura a otra a lo largo del labio superior. Sus fibras principales se originan a los lados de la línea media de la cara profunda de la piel y de la mucosa labial; se dirigen luego a un lado y otro hacia la comisura correspondiente donde se entrecruzan con las fibras del semiorbicular inferior. Además -

de este haz principal existen otros dos haces: uno, llamado nasocomisural, se extiende desde el subtabique hasta la comisura correspondiente; el otro, o haz incisivo comisural superior, se origina en la fosa mirtiforme y se dirige después a la comisura de los labios. Semiorbicular inferior posee un haz principal que se extiende de una comisura a la otra y forma por sí solo la casi totalidad del labio inferior. Como el haz principal del semiorbicular superior, se inserta a los lados de la línea media en la cara profunda de la piel y de la mucosa del labio inferior; se dirige hacia afuera y en la comisura correspondiente entrecruza sus fibras con las del superior. Tiene un solo haz accesorio o haz incisivo inferior que se inserta a los lados de la sínfisis mentoniana y se dirige luego a la comisura correspondiente de los labios donde sus fibras se mezclan con las de los otros músculos que convergen allí. Ocupa el espesor de los labios, se halla recubierto por la piel y está en relación con la mucosa bucal por su cara profunda. El orbicular superior se relaciona con los elevadores del labio superior y con el cigomático del menor, el inferior, con el cuadrado de la barba. La arteria coronaria pasa por su cara profunda.

Una rama del nervio temporo-facial inerva el semiorbicular superior; el inferior se inerva mediante un nervio procedente del cervicofacial. modificandola, interviniendo en el la pronunciación de las letras lla madas bucales y en la acción de silvar, mamar o besar .

BUCCINADOR .- Se extiende desde ambas mandíbulas a la comisura de los labios y constituye la pared lateral de la cavidad bucal (región de los caninos o región geniana).

Por atrás se inserta en la parte posterior del reborde alveolar de los dos maxilares, en la parte correspondiente a los tres últimos molares, en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la rama ascendente; desde esos lugares, sus fibras convergen hacia la comisura de los labios y terminan en la cara profunda de la piel y de la mucosa de esa comisura. Al nivel de su inserción posterior, el buccinador está en relación con el constrictor superior de la faringe, que se inserta en el mismo ligamento pterigomaxilar. En su porción comisural se relaciona con el orbicular de los labios-el canino, y el triangular de los labios y el gran cigomático. Su cuerpo muscular está interiormente en contacto con la mucosa bucal y por fuera con la rama ascendente del maxilar inferior, con la apófisis coronoides del mismo, con el músculo temporal, con el masetero del que está separado por la bolsa de Bichat, con el nervio bucal, con la arteria y la vena faciales y con el canal de estenon, que atraviesa el buccinador para desembocar al nivel del segundo grueso molar superior. Se halla cubierto el buccinador por la aponeurosis del mismo nombre, la cual se inserta por atrás, al mismo tiempo que la aponeurosis maseterina, en el borde anterior de la apófisis coronoides; por arriba y por abajo se fija en los rebordes alveolares correspondientes. La aponeurosis del buccinador, gruesa y resistente en su parte posterior, se adelgaza paulatinamente hacia adelante. Recibe los ramos nerviosos del temporofacial y cervicofacial; en cambio, el nervio bucal, rama del maxilar inferior que lo atraviesa, no interviene en su inervación motora, pues se trata de un nervio puramente sensitivo. Por su contracción, estos músculos mue-

ven hacia atrás la comisura de los labios, ampliando el diámetro transversal del orificio bucal. Por otro lado, cuando los carrillos se hallan distendidos, la contracción de los buccinadores los comprime contra los arcos alveolares e influye, - por consiguiente, en los movimientos de la masticación y en el silbido.

ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR.

Es un músculo colocado en sentido vertical que se extiende de la apófisis ascendente del maxilar superior al labio superior. Se inserta por arriba en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior y en ocasiones su inserción se extiende a los huesos propios de la nariz y a la apófisis orbitaria interna del frontal; se dirige después verticalmente hacia abajo y al nivel de la base de la nariz se divide en dos fascículos; el interno termina en la piel de la parte posterior del ala de la nariz y el externo continúa más abajo hasta fijarse en la cara profunda de la piel del labio superior. Se halla recubierto por la piel y a su vez cubre parcialmente a la rama ascendente del maxilar superior, al transverso de la nariz, al piriforme y al orbicular de los labios. Recibe su inervación del temporofacial. Eleva el ala de la nariz y el labio superior.

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR. - Se extiende de la porción suborbitaria al labio superior. Superiormente toma inserción por debajo del reborde orbitario inferior y por encima del agujero suborbitario del maxilar superior; se dirige luego hacia abajo para insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior. Está cubierto por el orbicular de los párpados en su parte superior y por la piel en su parte -

superior y se relaciona con el cigomático menor y por dentro con el elevador común del labio superior y del ala de la nariz. Esta inervado por ramos del temporofacial .

Eleva el labio superior.

CANINO.-Esta situado en la fosa canina, desde donde se extiende a la comisura de los labios. Toma inserción en la parte superior de la fosa canina y sus fibras se dirigen luego hacia afuera para terminar en la cara profunda de la piel y de la mucosa de la comisura de los labios; en este lugar se mezclan con las del orbicular de los labios, las del cigomático y orbicular de los labios, y triangular de los labios. Su cara superficial se relaciona con el elevador propio del labio superior, con los vasos y nervios suborbitarios y con la piel; su cara profunda cubre parte del maxilar superior . Recibe ramos del temporofacial . Levanta y dirige hacia dentro la comisura de los labios.

CIGOMATICO MENOR .-Se extiende del hueso malar al labio superior. Por arriba se inserta en el hueso malar; se dirige luego hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda en el la piel del labio superior, por fuera del elevador propio del mismo . Se halla parcialmente cubierto en su origen por el orbicular de los párpados y la piel lo cubre en el resto de su extensión; su cara profunda está en relación con el hueso malar y con los vasos faciales. Recibe filetes del temporofacial .Desplaza hacia arriba y hacia afuera la parte media del labio superior.

CIGOMATICO MAYOR. -Se extiende del malar al labio superior . Por arriba se fija sobre la cara externa del hueso malar, por fuera del anterior, se dirige luego oblicuamente ha

cia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel de la comisura labial correspondiente . Está cubierto por una densa capa de grasa y por la piel, y a su vez cubre por su cara profunda a parte del masetero, del buccinador y de la vena facial. Recibe, como el anterior, filetes del temporofacial , desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial.

RISORIO DE SANTORINI.- Es el más superficial de la pared lateral de la boca y se extiende de la región parotídea a la comisura labial . Por atrás, se inserta en el tejido celular que cubre a la región parotídea; después sus fibras convergen hacia delante, y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura labial . Su cara superficial está cubierta por la piel, en tanto que su cara profunda se halla en relación con la parotídea, con el masetero y con el buccinador. Recibe filetes del nervio cervicofacial. Desplaza hacia atrás la comisura labial. Cuando se contraen los dos al mismo tiempo producen la sonrisa, de donde deriva el nombre de este músculo.

TRIANGULAR DE LOS LABIOS. Se extiende del maxilar inferior a la comisura labial . Se inserta por medio de láminas aponeuróticas en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior; sus fibras convergen luego hacia la comisura de los labios, donde se mezclan con las del cigomático mayor y las del canino, para ir a terminar en la cara profunda de los tegumentos . Por su cara superficial está en relación con la piel, mientras su cara profunda cubre al cuadrado de la barba y al buccinador. Está inervado por filetes procedentes del cervicofacial. Desplaza hacia abajo la comi-

sura de los labios. Es por lo tanto, el músculo que proporciona a la cara expresión de tristeza. Se extiende también del maxilar inferior al labio correspondiente, se origina en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar, inferior. Después se dirige arriba y adentro hasta alcanzar por su borde interno, y en la línea media, a su homónimo del lado opuesto; termina, finalmente, en la cara profunda de la piel del labio superior. Se halla cubierto por el triangular en su tercio inferior y está en relación con la piel en sus dos tercios superiores. A su vez cubre la cara externa del maxilar y a su vez se entre cruza con el semiorbicular inferior. En el espacio triangular limitado por los bordes internos de los dos cuadrados y el borde de la barbilla se encuentran situados los músculos borlas de la barba. Recibe filetes del nervio cervicofacial. Desplaza hacia abajo y afuera el labio inferior.

BORLA DE LA BARBA.—Se halla colocado al lado de la línea media y se extiende de la sínfisis mentoniana a la piel del mentón. Por arriba se inserta en el maxilar inferior, a los lados de la línea media y por abajo de la mucosa gingival sus fibras se dirigen después hacia abajo y adelante y adentro para terminar en la cara profunda de la piel del mentón. Está cubierto por la piel y en relación por su parte más superior con el semiorbicular inferior. Se halla separado del opuesto por un tabique fibroso, que se extiende de la sínfisis del mentón a la piel que cubre la eminencia mentoniana. Recibe filetes del nervio cervicofacial. Al contraerse los músculos de ambos lados levantan la piel del mentón y la aplican contra la sínfisis.

CAPITULO VI

ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LOS TER
CEROSMOLARES INFERIORES RETENI
DOS, RADIOGRAFIA INTRA ORAL,
RADIOGRAFIA OCLUSAL Y RADIO
GRAFIA EXTRA ORAL.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Salario: _____

Motivo de la consulta: _____

Padecimiento Actual: _____

HA PADECIDO:	SI	NO	EDAD	En trata- -miento.	
				SI	NO
Sarampión:					
Tosferina:					
Viruela:					
Varicela:					

HA PADECIDO:	SI	NO	EDAD	En trata- -miento.	
				SI	NO
Escarlatina:					
Parálisis:					
Otras:					

Aparato Respiratorio: _____

Aparato Circulatorio: _____

Aparato Digestivo: _____

Aparato Reprodutor: _____

1.- LABIOS

Boca Semiabierta, textura: _____

Descanso: _____

Superficie interna: _____

2.- ENCIAS

3.- POSICION DEL VESTIBULO: _____

4.- INSERCIÓN DE FRENILLOS: _____

5.- MUCOSA DE LOS CARRILLOS: _____

6.- ORIFICIOS DE GLANDULAS SALIVALES: _____

7.- _____

8.- AMIGDALAS: _____

9.- PALADAR DURO: _____

10.- PALADAR BLANDO: _____

11.- MARGEN PALATINO: _____

12.- PISO DE LA BOCA: _____

13.- OCLUSION: _____

14.- GINGIVA: _____

5.- REGION YUGAL: _____

16.- REBORDE GINGIVAL PALATINO: _____

17.- ESPACIOS RETROMOLARES: _____

18.- PAPILAS INTERDENTARIAS: _____

9.- DATOS GENERALES:

SI

NO

a) Absceso Parodontal: _____

b) Migraciones: _____

c) Pseudobolsas: _____

d) Fisuras de Stelman: _____

e) Sangrado: _____

f) Exudado: _____

g) Epulis: _____

h) Tumores: _____

j) Abscesos Periapicales: _____

OBSERVACIONES: _____

ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido exige como se comprende, ciertas condiciones, con el fin de que la radiografía no de imágenes que no representan con toda fidelidad el objeto real; así por lo tanto, radiografías deformadas o que no se encuadran y en las condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

TECNICA PARA LA TOMA RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR . RADIOGRAFIA INTRAORAL. Posición del paciente.- Sentado en el sillón, cuello respaldado está perpendicular al suelo; - la cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentra horizontal. La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros. El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten. En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar . Muchos fracasos en la extracción del tercer molar inferior, se debe a que no fueron señaladas con precisión las condiciones del diente retenido, por insuficiencias radiográficas, debidas a fallas en la colocación de la película, película movida, insuficiente exposición o fallas en el revelado. No advirtiendo de antemano los detalles que exige una radiografía perfecta, la operación quirúrgica no -

puede ser planeada con exactitud ni con éxito.

El cono del aparato debe estar colocado perpendicularmente a la película. El ángulo vertical correcto es de 0°. El rayo central debe ser dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar .

RADIOGRAFIA OCLUSAL.- El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás, la cabeza reclinada descendiendo el cabezal todo lo que le permita la comodidad del paciente. Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse la película ha de ser colocada entre ambas arcadas dentarias lo más distalmente posible . El paciente morderá con mucha suavidad la película. Su ángulo bucodistal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior. De esta manera la película gana un poco de terreno y puede ser llevada más hacia atrás. El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido. La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad de hueso existente de lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar. Es necesario correlacionar las radiografías intraoral y oclusal con el objeto de precisar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido .

RADIOGRAFIA EXTRAORAL. Pueden existir ciertas condiciones

que impiden o dificultan la colocación intraoral de la película (trismus, procesos inflamatorios, intolerancias del paciente). En tales casos está indicada la radiografía extraoral, a pesar de que los detalles y precisión de esta última nunca logran los efectos y la exactitud de la radiografía intraoral. Cuando no hay otro recurso, la placa extraoral consigue su objetivo, estando el paciente sentado, el respaldo del sillón verticalmente colocado, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, y en un ángulo de 20 o 30° respecto al eje central hacia el lado a radiografiar. La película para radiografía extraoral se guarda dentro del chasis, con pantalla reforzada. el chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar. La película, debe estar en lo posible, paralela al plano vertical de la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de la mano. La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias según L. Greenfield:

- a).- Región molar. Nariz 2.5 centímetros del chasis
- b).- Región bicuspídea. Nariz, 1.25 centímetros del chasis
- c).- Región canina. Nariz tocando el chasis
- d).- Región incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis
- e).- Rama ascendente. Colocar la película de plano, al lado de la cara.

El tubo en ángulo 0°. Se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que resta nitidez a la película. El rayo central atraviesa de esta manera la

las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar, el organo dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película. Los resulta-dos de la radiografía extraoral, no pueden ser comparados con los de la intraoral. La exodoncia del tercer molar inferior -retenido exige una cantidad de datos radiográficos, cuya exactitud de datos radiográficos, soló la de la película intraoral

ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA INTRAORAL .- En el estudio de -la radiografía intraoral debe ser considerada, como ya fue di-cho, una serie de puntos, de gran importancia, en relación con la exodoncia .

El primer detalle de interés en el estudio radiográfico -del tercer molar retenido, se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radioular osioestructura etc. La radiografía nos da una perfecta claridad, la posición (eje del tercer molar) con relación al segundo, y el tipo de desviación que presenta. Al realizar el estudio de la radiografía oclusal se consideraran los detalles -radiográficos para identificar y diferenciar las desviaciones. De la posición y desviación del tercer molar, se realiza el estudio del primer punto importante .

LA CLASIFICACION DE LA RETENCION . La dirección del segundo molar es de interés en el acto quirurgico, siendo como es -la cara distal un punto útil en la aplicación de la fuerza, debe ser propiamente estudiado, clinicamente y radiográficamente su solidez, estado y posición.

Otros puntos de interes a estudiar en el examen radiográfico son:

- a) .- Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama.
- b).- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso
- c).- Estudio de la corona del tercer molar
 - 1.- Tamaño
 - 2.- Estado (normal, caries, fractura).
- d).- Estudio de las raíces del tercer molar
 - 1.- Ambas dirigidas distalmente
 - 2.- Raíz disral recta, mesial distalizada
 - 3.- Raíz mesial hacia distal y hacia mesial
 - 4.- Ambas raíces rectas
 - 5.- Ambas raíces fusionadas
 - 6.- Raíz mesial recta y distal mesializada
 - 7.- Ambas raíces mesializadas
 - 8.- Raíz distal distalizada y mesial mesializada
 - 9.- Raíces supernumerarias.
- e).- El septum radicular del tercer molar y el hueso distal.
- f).- Contacto del segundo y tercer molar

CAPITULO VII

GENERALIDADES . . .

ETIOLOGIA DE LOS MOLARES RETENIDOS.- Los accidentes de erupción del tercer , molar inferior se deben a la infección del saco dentario. La infección de este saco tiene repercusiones locales, regionales y a distancia. Para producirse la infección del saco se relacionan dos factores:

1º.- Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo

2º.- El establecimiento de una puerta de entrada, la que esta condicionada por factores mecánicos: Traumatismos sobre el capuchón que cubre el tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas, op por la acción conjunta de ambos.

CAUSAS DE RETENCION.- La existencia de una cavidad virtual, al rededor de la corona del diente retenido, (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular, de Capdepont) Esta cavidad, por numerosas influencias patológicas puede hacerse real, transformandose en quistes dentígeros, y ser el asiento de procesos infecciosos. Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerban su virulencia . Cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular, escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica que hace posible la retención microbiana, parece ser la condición primordial, causa de los accidentes.

La falta de sitio ocupa el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos, el molar ha de emerger entre dos paredes inextencibles como son la cara distal del segundo molar y el borde de la rama del maxilar

a estas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo. Los accidentes originales por el tercer molar son de variedad clínica e intenciadad distinta; alcanzan todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos: desde el proceso local de escasa importancia, hasta el flemón gangrenoso del suelo de la boca. Estos accidentes pueden clasificarse clínicamente en :

- 1º.- Accidentes mucosos
- 2º.- Accidentes nerviosos
- 3º.- Accidentes celulares
- 4º.- Accidentes oseos
- 5º.- Accidentes linfáticos o ganglionares
- 6º.- Accidentes tumorales

1º.- Los accidentes mucosos son complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido, su primer tipo es la pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Está caracterizada por hechos clínicos que le son particulares . A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos, dolor, tumor, color, y rubor. Entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio .

El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de saco vecinos al diente retenido, pueden ser sitios propicios a la exacerbación de la virulencia microbiana, y en los cuales las condiciones para la realización de la simbiosis fusoespirilar alcanzan su plenitud. Por estas ra

zones, el tercer molar en erupción el saco pericoronario o la pericoronitis, son el punto de iniciación de una gingivitis o gingivostomatitis que puede presentar todo el aspecto de las úlceraciones úlcero-membranosas. Esta afección, que tiene generalmente amplia repercusión ganglionar y general, se caracteriza por su unilateralidad, del lado del molar en erupción. El capuchón que cubre el tercer molar en erupción es traumatizado por dos factores que se complementan, a los cuales se unen la inflamación de los tejidos blandos, por los mecanismos recién estudiados. Las cúspides del tercer molar inferior por debajo y las cúspides de los dientes superiores, o la acción de los alimentos, producen en la cara inferior del capuchón una ulceración extremadamente dolorosa que es la fuente de dolores locales e irradiados.

2°.- Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción, son idénticos a los producidos por los dientes retenidos sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eczemas. Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus como reacción an-tálgica.

3°.- En la complicación celular de la pericoronaritis, la inflamación y el absceso pueden tomar varias vías.

- a).- Hacia adentro, arriba y atrás
- b).- Hacia atrás y arriba
- c).- Hacia adentro
- d).- Hacia afuera y atrás
- e).- Hacia afuera y adelante.

Para Alvarez y Figúin Lacomme, el recorrido del proceso in -

flamatorio entre el foco originador o capuchón y el reservado o paralelepípedocolector, puede hacerse por dos vías distintas que denominan externa partiendo del tejido celular submucoso, d del capuchón gingival del tercer molar, se insinuaría a través del tejido conjuntivo que envuelve los haces de inserción inferior del buccinador, más o menos a la altura del espacio comprendido entre la rama externa de la cresta temporal y la línea oblicua externa y ya en la cara externa del buccinador, e correría por la gotera buccinatomaxilomaseterina para desembocar finalmente en el paralelepípedo. Y la vía anterior, la fusión purulenta se desarrollaría a lo largo del tejido submucoso del surco vestibular inferior, desde el tercer molar hasta el segundo molar y el segundo premolar, y aquí no existiendo la barrera que representa la inserción osea del buccinador, - se correría por debajo del borde anteroinferior de este músculo, pasando entre el y la cara interna del triangular de los labios hasta llegar al paralelepípedo.

4.- Accidentes ocosos .- Son muy raros, podríamos agregar que so excepcionales, pero los pocos casos que se encuentran son muy graves, presentan graves osteomielitis, con grandes secusstros .

Los accidentes ocosos se convierten en osteitis, osteoflomonesy osteomielitis .

54 - La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y muy común. Los ganglios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares (ganglio de Chassaignac) o submaxilares. Este accidente ganglionar se trata, por lo general, de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario. El ganglio -

vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afección del saco pericoronario. Pero en las infecciones de gran virulencia, la adenitis simple puede convertirse en un verdadero flemón del ganglio. En estas condiciones el ganglio está aumentando de volumen, doloroso a la palpación - tiende a la supuración, que se abre camino por sí o el ganglio es abierto por el cirujano .

6°.- Accidentes tumorales ./ Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos , estos tumores son los quistes dentígeros, que pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos como la osteítis, y la osteomielitis.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS. Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar basandose en cuatro puntos esenciales:

- 1°.- La posición de la corona
- 2°.- La forma radicular
- 3°.- La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido
- 4°.- La posición del tercer molar en relación con el segundo .

La posición del tercer molar retenido .- se puede encontrar:

- a).- Retención vertical , puede estar total o parcialmente - cubierto por el hueso pero su eje mayor es paralelo al eje mayor de los 1° y 2° molares.
- b).- Retención horizontal. En este caso el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes de los 1° y 2° molares
- c).- Retención mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo , molar formando con el eje de este -

diente un ángulo de grado variable (alrededor de 45°).

D) Retención distoangular , el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama, por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo es que esta desviado.

e) Retención invertida . El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal.

f) Retención bucoangular. En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal : posición bucoangular

g) Retención lingual angular . El eje del diente es perpendicular a el plano en que están orientados los otros molares pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual .

DESVIACIONES DEL TERCER MOLAR .Puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada :

a).- Normal. Sin desviación . El tercer molar sigue la forma oval de la arcada

b).- Desviación bucal . Dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada

c).- Desviación lingual . dirigido hacia lingual de la arcada

d).- Desviación bucolingual. El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

CAPITULO VIII

TECNICAS QUIRURGICAS.

TECNICAS QUIRURGICAS . / La extracción del tercer molar retenido constituye un problema mecánico, consiste en eliminar un cubo (el diente) de otro cubo (el hueso). Para realizar tal operación es preciso llegar hasta el hueso que aloja el molar, resecar o eliminar porciones óseas que lo cubren y abarcar el diente, empleando palancas para eliminarlo del hueso. Esta operación, como todas las de cirugía bucal, consta de varios tiempos :

- a).- Iniciación
- b).- Osteotomía
- c).- Extracción propiamente dicha .

a).- La Iniciación está propiamente dicha y condicionada por el tipo de retención. Son preferibles las incisiones amplias, que permiten un extenso colgajo, que descubra con holgura el hueso a resecar. .

El tipo común de incisión es el angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con el tipo de retención. La otra rama se inicia en el mismo punto de la cara distal o en la porción distal del reborde gingival y se dirige hacia abajo, delante y fuera, en una extensión aproximada de un centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival, en el acto de aplicación de los elevadores .

En las retenciones mesioangulares u horizontales el colgajo puede ser mayor, en tal caso la segunda incisión se realiza en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende también hacia abajo y afuera. El tejido gingival debe en este caso ser desprendido de las caras bucal y distal del segundo

molar . El tejido gingival incidido, se separa con el periostio para de esa manera obtener los colgajos .

b).- Osteotomía. La eliminación del hueso puede hacerse con los instrumentos de Winter (osisectores) o escoplos y fresas.

c).- Extracción propiamente dicha la eliminación del molar retenido, se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES :

1º.- Retención vertical, sin desviación, cara mesial accesible, el tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocado en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada normal, desviación bucal desviación lingual o desviación bucolingual; Para la aplicación de la palanca, la cara mesial puede ser accesible o inaccesible.

La técnica a describir será el tipo vertical, sin desviación en las desviaciones bucal, lingual y bucolingual, la variación en la técnica reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador, y la dirección en que debe moverse el molar retenido, que estará de acuerdo a la forma de desviación. Los tres últimos tipos de desviaciones, también indican diferentes formas de odontosección que puede realizarse en cada una de ellas. Estas consideraciones son aplicables a otros tipos de retenciones.

En la retención vertical, sin desviación, cara mesial accesible, Winter emplea las siguientes incisiones:

Cuando solo necesita usar la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, realiza una incisión que se extien-

de sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el sentido distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar. En el caso de valerse de la caza bucal para aplicar el elevador, realiza una incisión coincidente con el borde bucotriturante de la corona del tercer molar y que se extiende hacia distal en la misma proporción que la incisión anterior.

Con el objeto de proteger el festón gingival de los traumatismos operatorios Winter realiza una pequeña incisión perpendicular a las primeras señaladas y que se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido; este tipo de incisión se debe aplicar a todos los casos de retención, el colgajo es separado con una periostómo. La lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios.

La Osteotomía.- El movimiento que el tercer molar retenido debe efectuar para abandonar el alvéolo donde está alojado, como ya fué dicho, puede ser traducido gráficamente en un arco del círculo, Es decir la corona del molar ha de ser dirigida hacia la rama del maxilar, por lo tanto todo el hueso que exista por el lado distal, en contacto con la corona del tercer molar retenido en posición vertical, debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollar éste arco de círculo. Winter elimina este hueso distal con los instrumentos llamados osteótomos. En caso de existir, en esta porción ósea, distal que estamos considerando, un proceso patológico tal como focos de osteitis, granuloma posterior o el saco dentario de dimensiones suficientes, la osteotomía no será necesaria, porque el diente, puede desplazarse hacia distal, a expensas del espacio creado por el proceso patológico.

La cantidad de hueso a resecarse esta indicada por la forma radicular, la relación del borde superior de la osioestructura con la bifurcación de la raíces y la distancia que el diente puede ser dirigido, fuera de su alvéolo, hacia distal y hacia arriba por la aplicación del elevador en la superficie mesial o mesiobucal. La forma de las raíces indica el movimiento del molar a la cantidad del hueso a resecarse.

El osteótomo se empuja solidamente con la mano derecha, dirigiendo el bicel de la hoja hacia el hueso a resecar. la función de este instrumento consiste en extraer o resecar las partes óseas que se hallan colocadas sobre los lados del molar retenido. Una vez realizada la inscisión, el instrumento se coloca entre los labios de la herida y se dirige en busca del hueso a resecar, aplicando en el sitio destinado, el borde cortante descansando en la Osioestructura, se ejerce suficiente presión para resecar esa porción ósea.

La cantidad de escisión debe ser suficiente como para poder dirigir al tercer molar hacia distal, en tal grado como para vencer la curvatura distal de las raíces y eliminar la resistencia en esta región.

la extracción propiamente dicha .Los elevadores de Winter estan numerados del 1 al 8 para aplicación mesial;9 para aplicación mesiobucal y 10 al 13 para aplicación bucal.

Los elevadores de aplicación mesial están destinados a ser introducidos entre el 2º y el 3ºer. molar, tienen como función la de luxar y elevar el molar de su alvéolo .

El elevador debe estar de acuerdo con el ancho del espacio interdentario, elegido el elevador según las dimensiones del espacio interdentario, este se toma como ya fué indicado y s

introduce suavemente en el espacio interdentario, entre los -
labios de la incisión de la mucosa, actúa primero como cuña
distalizando el molar retenido elevandolo y luxandolo. Intro-
ducida completamente la hoja del elevador en el espacio in-
terdentario, la parte plana de la hoja es aplicada contra la
cara mesial del tercer molar y su borde sobre la estructura
ósea. Se inicia el movimiento destinado a elevar el diente -
para tal objeto se hace girar el mango del instrumento en -
sentido de las agujas del reloj, en el lado derecho es a a -
la inversa del movimiento de las agujas del reloj al actuar
en el izquierdo. En esta función el instrumento actúa como -
una palanca de primer género. Con este movimiento hacia dis-
tal, el molar se eleva y se desplaza hacia distal en la mis-
ma proporción con que fue girado. Un nuevo movimiento del -
mango del elevador hacia distal, permite un desplazamiento -
en un grado mayor del molar retenido en esa dirección. Si la
luxación no ha sido terminada con ese movimiento, entonces se
se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir
el movimiento a distal. Cuando la hoja del elevador resulte -
insuficiente para dirigir el molar hacia distal, se emplea
el número siguiente con lo que se logre fin propuesto.

Luxando el diente, éste puede ser extraído del alvéolo con -
pinzas para extracciones o con el mismo elevador. También -
puede ser eliminado con el elevador del número 10 de aplica-
ción bucal colocando está instrumento en la cara bucal del -
molar, a nivel de la bifurcación radicular; girando el instru-
mento hacia afuera, sobre su eje, con punto de apoyo en el
borde óseo bucal, se levanta el molar hacia arriba y adentro
EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA./La fresa es un instrumento

poco traumatizante usándola con las prevenciones debidas. Estas se refieren al empleo de un instrumento nuevo y constantemente renovado en la misma extracción, y su refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar su recalentamiento. Empleado así nunca se tendran inconvenientes de necrosis, mortificaciones del hueso, los cuales se originan por elevación de la temperatura. Para realizar la osteotomía distal en esta clase de retenciones es preferible usar fresa número .560 colocada en el ángulo recto. Las fresas redondas número 8 de carburo de tungsteno realizan fácilmente la osteotomía.

INCISION .- La incisión que se inicia un centimetro por detrás de la cara distal del segundo molar, llega hasta esta cara y se prolonga hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes, hasta el primer premolar, permite un amplio colgajo que da un amplio acceso y visibilidad; por otra parte el colgajo no es seccionado verticalmente, ni traumatizado, y descansa sobre hueso sano.

OSTEOTOMIA .- Separados los labios de la incisión y apartado el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resacarse la fresa introduce, merced al espacio que ella misma consigue crearse, entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizando tanta osteotomía cuanto requiera la extensión del hueso y la disposición radicular .

EXTRACCION PROPIA ENTE DICHA .- Uso del elevador (de preferencia de Winter .) puede usarse también los de Barry, los elevadores rectos, o cualquier otro elevador parecido .

2°.- RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION , CARA MESIAL INACCESIBLE./ El ángulo medioclusal de la corona del tercer molar puede encontrarse situado por debajo de las estructuras óseas, de tal modo que la cara mesial, sobre la cual se aplica el instrumento destinado a llevar el diente, no es accesible. Es necesario, por lo tanto preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

INCISION.- LA incisión debe ser, de dos ramas; una bucal, trazada en la lengüeta interdientaria bucal, similar a la rama bucal de las otras incisiones y otra rama distal, trazada sobre el ángulo buccoclusal del molar retenido .Otro tipo de incisión muy útil es empezarla a un centímetro de la cara distal del segundo molar y continuartla hasta la cara mesial del segundo premolar para así obtener un amplio colgajo.

OSTEOTOMIA .- Se practica como en la retención vertical con la cara mesial accesible. Con los osteótomos 1R y 1L se extirpa el hueso distal. Para la aplicación del elevador en la cara mesial del molar, es necesario resecar parte de la estructura mesial, para tal fin se emplea el osteótomo número 8R u 8L.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA .- La técnica del uso del elevador es la misma que en el caso anteriormente expuesto.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA.- El objeto de la intervención es eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder vencer las resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso. En el tipo de retención vertical, el molar puede presentarse con su cara triturante totalmente cubiorta por el hueso. La eliminación de este hueso y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para aplicar el elevador, puede -

ser realizadas a fresa, con una fresa redonda número 6 a 8 - montada en el ángulo . Se realizan sobre la tapa ósea a eliminarse, una serie de perforaciones que lleguen profundamente - hasta el molar retenido. Se unen los orificios creados por la fresa, con ligeros golpes de escoplo o con una fresa fisurada número 557.

La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier instrumento de suficiente solidez. La eliminación del tejido óseo debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar . Con una fresa de fisura número 560 se realiza la osteotomía en el lado distal del tercer molar, llegando hasta la altura del cuello del diente; la técnica es la misma - que la descrita en el tipo anterior de retención. El objeto de la resección distal es permitir, a este nivel, el suficiente espacio como para poder desplazar hacia distal el órgano dentario .

Resección ósea en mesial . El objeto de esta resección mesial es obtener un espacio suficiente para colocar la hoja de un elevador, se realiza con una fresa redonda número 5 montada - en la pieza de mano. Hay que tratar de realizar esta osteotomía mesial a expensas del hueso vesino al molar a extraerse, dejando intacto, en lo posible el hueso que cubre el segundo molar por el lado distal y bucal .

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA . - Es aconsejable el uso de los elevadores de Winter número 1,2,3. o elevadores de hojas finas. El instrumento penetra con una angulación de 45° respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar. Llegando a ésta y con apoyo en

el borde óseo y en la cara distal del segundo, se trata de luxar el diente hacia distal del segundo, se trata de pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal. Luxado el molar, se elimina del alvéolo con un elevador de Winter número 10 R o L. de aplicación bucal o haciendo palanca con el elevador de hoja fina, colocado por el lado bucal, entre la corona del molar y la tabla ósea externa si no hubiera posibilidades de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal, se practica con una fresa redonda una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal. Esta nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar .

3° .- RETENCION VERTICAL, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS .-

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad, o solo faltar el segundo molar. En el primer caso, generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios. Es frecuente que en edentados totales totales, portadores de protesis sientan molestias originadas por los terceros molares retenidos su eliminacion se impone.

El tercer molar puede presentarse de varios modos: la retención puede ser parcial o total y totalmente intraósea o subgingival. La técnica para la extracción debe ser y estar guiada por los mismos principios ya señalados. Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder llegar hasta hasta la cara mesial y aplicar allí los elevadores.

INCISION .- En estos casos es preferible la incisión angular, u alguna otra que permita descubrir ampliamente el hueso. La rama longitudinal de la incisión es trazada a nivel o un poco más adentro del borde lingual del molar sobrepasa los

límites del borde mesial. La otra rama corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular. En las retenciones parciales, la incisión se atiene a las indicaciones hechas para los casos de arcada normal.

OSTEOTOMIA.— El hueso que cubre el molar es resecaado con escoplos, osteótomos de Winter, escoplos a mano o fresas redondas de número 5,6, y 8.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA .— Los elevadores para este tipo de retención son los números 11,12 o 13 (LoR) de Winter o sus similares. Se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo. Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial, con punto de apoyo en el borde óseo mesial se gira el mango del instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal .

En las presentaciones, con la cara mesial inaccesible, debe emplearse el método de la odontosección con fresas, del molar según sueje menor y la extracción de cada parte por separado.

4º EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR .— En esta extracción se aunan dos problemas quirúrgicos, que hay que resolver:

LA OSTEOTOMIA .— En general el molar retenido está alojado más profundamente en el hueso y en la cantidad de hueso distal suele estar dispuesta con más abundancia en las retenciones mesioangulares, que en las verticales .

EL CONTACTO CON EL SEGUNDO MOLAR .— Constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido . La eliminación de tejido dentario y la odontosección, son sabias medidas que evitan traumatismos y sacrificios óseos inútiles .

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo debe traer un arco para la realización del cual se oponen los dos elementos que acabamos de citar: el punto de contacto y el hueso distal. En muchas ocasiones, aún eliminado todo el hueso distal que se opone al trazado del arco, la extracción se ve dificultada o impedida por el contacto que las cúspides mesiobucal y mesioangular y lingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la raíz distal por debajo de la línea cervical. Resulta en estas ocasiones, un problema mecánico insalvable - elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales (superficie mesial de contacto).

5°.- RETENCION MESIOANGULAR. SIN DESVIACION. CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.- INCISION.- Winter ha indicado diferentes tipos de incisiones para abordar la retención mesioangular. Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión, que partiendo de la cara distal del molar retenido, se extiende en sentido de la cara distal en una distancia aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar los elevadores aplicando a la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido y en las mismas proporciones que la anterior. Con el fin de evitar el traumatismo y laceración del rodete gingival interdentario, se traza una incisión bucal desde el borde de la encía, hacia abajo y ligeramente adelante .

OSTEOTOMIA .- El triángulo óseo distal es eliminado con un osteótomo número 2R o 2L, el borde cortante del cincel se apoya en la superficie a escindir y bajo presión manual se elimina, a pequeños trozos, todo el hueso necesario. La cantidad

de hueso a eliminarse está indicada por el grado de vertición del vel molar y por la forma radicular, siguiendo las normas que ya han sido señaladas en la retención vertical .

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- La forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del son los que rigen el tipo de elevador que se debe emplear. Espacios interdentarios pequeños exigen una hoja del elevador de escasas dimensiones; un espacio grande necesita un elevador de hoja ancha. Colocado un elevador de hoja chica en un espacio grande, el trabajo es inproductivo, debido ha que no se logra el punto de apoyo necesario. El elevador se introduce en el es pacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual actuando en este primer tiempo como cuffa. Con ligeros movimi - entos giratorios del mango del instrumento, dirigidos hacia me sial y distal, el elevador ocupa el espacio . La parte plana d de la hoja del elevador es aplicada contra la cara mesial del tercer molar; su borde inferior, sobre el borde superior del - espacio interdentario .

Dirigido el mango del instrumento en sentido mesial y de acuer do con la disposición y forma radicular se gradúa la fuerza ne cesaria para elevar el molar. La eliminación del molar se real iza una vez colocado el diente verticalmente y vencido el con tacto el segundo y el tercer molar, con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR OSTECTOMIA A FRESA. .- La fresa está indi cada en este tipo de retención vertical.

Con una fresa redonda 4,5 8. colocad en la pieza de mano o en el ángulo, según las facilidades de acceso que tengan al campo

operatorio, se practican algunos pequeños orificios en el hueso los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El tacto nos dará la sensación necesaria, que entonces nos advertirá la presencia del molar retenido. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escople. Este instrumento se coloca con su bico dirigido hacia distal, tratando de insinuarlo entre la cara distal del molar y el hueso a resecar. con un golpe de escople se hace saltar esta porción ósea distal. La cantidad de hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma de disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se elimina mejor con fresa de fisura número 560.

Para la extracción propiamente dicha son insustituibles los elevadores de Winter.

6° .- EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL .- Para la extracción de este tipo de retención, los métodos de odontosección disminuyen el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos posoperatorios son menores, aunque Winter sostiene lo contrario basandose en que lo contrario y en la superficie de la corona del tercer molar constituye un punto de apoyo para el uso y aplicación de los elevadores, necesitando una mayor escisión de la osiestructura para tener acceso con el fórceps o elevadores a la parte del diente que queda. La técnica del Winter es la siguiente ;

INCISION .- De preferencia un alto colgajo que permita la aplicación de diversos instrumentos sin lastimar el tejido gingival.

OSTEOTOMIA .- Con una técnica parecida a la empleada en la retención mesioangular con los osteótomos 2 y 4 RoL se elimina la cantidad de hueso distal que sea necesaria.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. La forma y el tamaño del espacio mesial indica el número del elevador a usarse. Se introduce entre la cara mesial y el borde óseo y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal. Puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores, conforme se consigue ir aumentando el tamaño del espacio. La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

CAPITULO IX

TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETE

NIDOS O NO ERUPCIONADOS.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS .- Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores, Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presenta bucoversión. Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos al hacer su erupción, el molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara triturante del molar, o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo.

Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, todo lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está inpedida y la fonación dificultada. El proceso no termina hasta que no se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático que significan sus cúspides .

Se puede aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carborundo las cúspides del tercer molar. La úlcera puede a veces pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar, o el profesional la oculta con el espejo al hacer el examen . La úlcera, suprimidas las cúspides, debe ser tocada con licor de Bonain, con lo cual

los dolores desaparecen , la úlcera cicatriza.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.-

El tercer molar superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores que en el inferior .

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa, En la retención submucosa pueden ser total o parcialmente retenidos

Las porciones que puede ocupar el tercer molar superior son:

- 1.- Posición vertical.
- 2.- Posición mesioangular
- 3.- Posición distoangular
- 4.- Posición horizontal

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Para la extracción del tercer molar superior es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

INCISION.- Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y ánteroposterior. La rama ánteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende según se ha señalado, con un perostótomo y se sostiene con un separador .

OSTEOTOMIA .- Con una técnica parecida a la empleada en la retención mesioangular con los osteótomos 2 y 4 RoL se elimina la cantidad de hueso distal que sea necesaria.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. La forma y el tamaño del espacio mesial indica el número del elevador a usarse. Se introduce entre la cara mesial y el borde óseo y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal. Puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores, conforme se consigue ir aumentando el tamaño del espacio. La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

lar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción: la cantidad del maxilar superior la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturantes y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, porqu el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin, es menester eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La iniciación es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados para los otros tipos de retenciones (escoplo o fresa), requiriendo sólo una mayor escisión de hueso en distal, para descubrir al diente hasta el nivel del cuello.

Se introduce profundamente el elevador hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen el diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, esta movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION DISTOANGULAR. - La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distal-

mente que en los casos anteriores para evitar desgarrros de la encía .

OSTEOTOMIA .- Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante, ni hacia diatal solo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial. Se coloca es menester el elevador - sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoideas. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se elevaran los elevadores de Clev-dent o de Winter número 14. Estos instrumentos actuaran como cuña o palanca y cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre el segundo y tercer molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION HORIZONTAL .-

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo - SON MEJOR INTERVENIDOS PRACTICANDO UNA INCISION . Parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell-Luc, como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar .

CAPITULO X

PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO

Y

POSCOPERATORIO.

PREOPERATORIO, TRANSOPERATORIO Y POSTOPERATORIO .

Para realizar una operación en el organismo, se requiere en es este una preparación previa, es decir, ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención . Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones aunque, indudablemente, por tratarse por lo general de una paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicadas para la cirugía general.

Esta preparación previa es la que en cirugía se llama el preoperatorio, definido como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de estableceer si la operación puede ser realizada sin peligro, en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo .

Estas medidas preoperatorias pueden clasificarse en generales que son las que se refieren al organismo totales, y locales - las que se realizan en el campo operatorio, antes de la intervención . La antibioticoterapia, como medida preventiva, antes del tratamiento quirúrgico, es una útil medida precautoria que se emplea en la actualidad; su indicación, oportunidad y dosis va en relación con la mayor o menor intensidad de la infección .

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que se señalan en la práctica odontológica: el examen de orina y el tiempo de coagulación y sangrado . Por lo general, quien ha tenido inconvenientes hemorrágias en intervenciones anteriores nos pondrá sobreaviso, pero si no fuese, al efectuar la historia clínica podemos averiguar los

antecedentes sobre el particular y en caso de existencia de a anteriores sucesos se profundizará el exámen en la medida con veniente, para encontrar : gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, hematomas, equimosis, o petequias, se valorará su intenciadad, momento de producción y terapéutica empleada para cubrirla y cohibirla. Solo en contadas ocaciones se llegará a la conclusión de que se está frente a una diástesis hemorrágica (Hemofilia, púrpuras trombopenicas o vasculares etc.) o a una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia etc.) todos estos estados nos llevarán a solicitar la consulta médica para profundizar el estudio clínico, y para poder contar con un exámen completo de hemostasis. Para la hemostasis local efectiva, contamos con elementos mecánicos como la sutura y la presión, ambos efectivos, como elementos químicos sustancias estípticas y hemostáticas orgánicas, tales como la trombina y la tromboplastina; esta última, provendrá de tejido que la poseen en gran grado de concentración, principalmente la placenta humana, el cerebro del conejo, la leche de mujer, pura o desecada, y el veneno de ciertas víboras.

EXAMEN DE ORINA .- Nos informa de la existencia de los elementos normales o anormales. Algunos de estos últimos, tales como la albúmina la glucosa y la acetona exigen un tratamiento previo.

MEDIDAS LOCALES .- Estado de la cavidad bucal . Para realizar una operación en la cavidad bucal, se exige que se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, El tártaro salival, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos u obturados, según el caso.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad

bucal contraindican una operación, siempre que no sea de urgencia (gingivitis, estomatitis, en especial la ulceroneumbrana). En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas, contraindican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representan para el cirujano.

Aún en estado normal, la boca antes de una operación, debe ser lavada con solución de agua oxigenada, o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua.

Espacios interdentarios y lengüetas gingivales, deberán ser pitadas con tintura de mercurio antes de la operación.

ASCEPCIA Y ANTISEPCIA.— La esterilización es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Toda intervención, para ser coronada por el éxito, exige que todos los elementos en dependencia con la operación estén libres de microbios.

Dentro del término elementos deben ser considerados: el sitio donde se realiza la operación las manos, ropas y utensilios de los que realizan la operación, los instrumentos, materiales, maquinarias o cuerpo de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico. La cavidad bucal, a pesar de su riquísima flora microbiana y a pesar de su extraordinario mecanismo de defensa, el rigorismo quirúrgico, ordena aplicar en ella las medidas precautorias de esterilización.

El instrumental quirúrgico metálico debe ser esterilizado en la estufa seca a 130° durante 30 minutos como mínimo.

Los instrumentos con filo como bisturíes y escoplos se esterilizan con agentes químicos. Los tubos de goma, material de

de drenaje, se esteriliza por ebullición, durante 20 minutos y se conservan en un frasco de boca ancha esterilizado con alcohol o alguna solución antiséptica, Las geringas se esterilizan en la estufa seca.

El delantal del cirujano y de sus ayudantes, compresas y gasas se esterilizan en el autoclave al igual que los guantes de goma, cepillos, hilos de seda y lino y naylon a una temperatura de 128° mínimo . El lavado quirúrgico de las manos son distintos procedimientos de que se vale el cirujano y sus ayudantes, para esterilizar sus manos y antebrazos, antes de tocar cualquier material o instrumental ya estéril y antes de realizar cualquier operación. Para ello, se valen de cepillo jabón , agua y alcohol . Se anjuagan las manos y antebrazos se jabonan y se enjuagan, se toma luego un cepillo esteril y se frota con éste durante cinco minutos antebrazos y manos - deteniendose con especial empeño en los sitios de más propensos a albergar microorganismos coma las regiones sub y periungueales, surcos de flexión y extensión y los espacios interdigitales. Terminado el lavado se frota del tambor que los contiene,,se lo coloca un enfermero lo anuda por detrás de de su espalda, toma un par de guantes de su medida, deshidrata sus manos con la gasa que contiene talco, calza los guantes, coloca los puños por encima de los puños del delantal, y se encamina a la sala de operaciones para iniciar su cometido El ayudante toma un pedazo de gasa, lo moja en agua y jabón y laba la cara, labios y orificios nasales del paciente; toma otra gasa mojada de alcohol y repite la operación . Dispone las compresas este rilizadas sobre el paciente y dispone su mesa auxiliar con el instrumental que va a necesitar.

EL TRANSFORMATORIO .- Toda operación quirúrgica consta de varios tiempos; la cirugía bucal adquiere modalidades particulares por lo que se compone de cinco tiempos:

- 1º.- Incisión
- 2º.- Osteotomía
- 3º.- Operación propiamente dicha
- 4º.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 5º.- Sutura

1º.- La incisión es una maniobra mediante la cual se abre en los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. El instrumento es el bisturí. Una incisión y el colgajo que se forma a expensas de ella deben reunir una serie de condiciones, para que este colgajo, una vez repuesto conserve su vitalidad y se reincorpore a las funciones que le corresponden.

- a).- Incisión de base ancha para proveer suficiente irrigación
- b).- Que permita perfecta visualización del objeto a operarse
- c).- Suficientemente extensa para descubrir el campo operatorio
- d).- Hecha en un solo trazo, sin líneas secundarias
- e).- Trazada de modo que se adapte al volver a su sitio primitivo

2º La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso, la osteotomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. Se realiza con escoplos, pinzas gubias y fresas.

3º .-La operación propiamente dicha es la ejecución del tiempo objeto de la operación. Ya sea la extracción de un diente retenido de un granuloma, una apicectomía, de un quiste denta

rio de un secuestro en una ósteomielitis. En el curso de una operación se necesita cohibir la hemorragia de los vasos - seccionados. Los distintos orígenes de refieren al tejido a - que pertenecen los vasos heridos: gingivales de la bóveda palatina, óseos de la vena o arteria dentaria inferior o ramas de- pendientes de la maxilar interna .

Las hemorragias de las pequeñas arterias se cohiben fácilmen- te por presión con una torunda de gasa impregnada de medica - mentos estípticos: adrenalina, antipirina, percloruro de hie - rro etc. La hemostásis de los vasos mayores seccionados, se - realiza obturando con un instrumento el vaso que sangra y re- emplazando en seguida el instrumento con una ligadura, el instrumental indicado en este caso es la pinza de Kocher.

4º- Tratamiento de la cavidad ósea.- Se realiza colocando dentro de ella medicamentos en forma directa, gasas con medica - mentos o un drenaje .

5º.- La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por incisión. Los principales métodos son 2 por puntos separados o sutura continua, siendo el más usado el método a puntos separados y se asegura el hilo por medio de nudos ya sean simples o nudos de cirujano.

EL POSTOPERATORIO .-Es el conjunto de maniobras que se reali- zan después de la operación con el objeto de mantener los fi- nes logrados por la intervención, reparar los daños y colabo- rar al logro de salud.

1º.- Tratamiento local postoperatorio

a).- Higiene de la cavidad bucal con agua oxigenada

2º.- Fisioterapia postoperatoria

a).- Fric (bolsas de hielo) evita la congestion y el do

lor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias. Se usa por periodos de quince minutos seguidos de descansos de quince minutos, durante los tres primeros días después de la operación .

b).- Calor .- Se emplea con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

c).- Rayos infrarojos, son fuentes de calor interesantes, se emplean después de la apicectomias o de extracciones laboriosas, y las alveolitis.

3º- Extracción de los puntos de sutura .- Al cuarto o quinto día después de la operación se pasa un algodón mojado en tintura de yodo sobre las suturas a extraerse, se toma con una pinza de disección un extremo del nudo y se fracciona el nudo o el hilo se hace tracción con la pinza extrayendo el hilo del lugar donde se encontraba.

DIETA O ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO .- La primera comida la hará 6 horas después de operado, consistirán una taza de té con leche tibia, naranjada, caldo tibio ; a las 6 horas siguientes :Extracto de carne o caldo con jugo de carne, gelatina de aves, compota de manzanas; a las 6 horas siguientes deberá tomar jugo de tomates, fideos, huevos pasados por agua, dulce de leche puré de papas.

QUIMIOTERAPIA ./En casos de infección, septicemia, bacteremia es recomendable el uso de 500,000 U diarias de penicilina.

CONCLUSIONES .-

La relación médico paciente es de vital importancia, para la seguridad y confianza de nuestro paciente, ya que si hay desconfianza o recelo a los conocimientos del médico, el paciente teme a toda intervención .

Después de haber leído el texto, nos damos cuenta de varios puntos importantes en la relación de cualquiera tipo de cirugía para terceros molares .

Debemos conocer a fondo el funcionamiento y mecanismo de nuestra constitución anatómica y funcional del cráneo para facilitar nuestro trabajo Odontológico. Es de gran importancia tomar una buena radiografía para tener éxito en nuestro campo de la cirugía bucal. La radiografía debe tener una buena angulación correcta cualquiera que sea el tipo de radiografía, enfocando siempre la comodidad del paciente, ya que sin está nuestro campo de trabajo se ve reducido y hay poco éxito en nuestra cirugía .

No debiendo olvidar el uso específico de nuestro instrumental quirúrgico para los diferentes casos y el buen uso y manejo de estos en la intervención .

Debemos conocer el estado de salud de nuestro paciente a intervenir, la preparación que se necesita para ello es mínimo pero a la vez es de suma importancia para la Odontólogo así como para su paciente, hay dos indicaciones preoperatorias muy considerables: Examen de orina, el tiempo de coagulación y tiempo de sangrado .

Renar cuidado en el posoperatorio con el objeto de mantener la salud del paciente así como el tratamiento apropiado y dieta adecuada para cada caso para el éxito de la cirugía .

BIBLIOGRAFIA

FERNADO QUIROZ .--TRATADO DE ANATOMIA HUMANA , DECIMA SEXTA

EDICION TOMO I , PAGINA 100-317.

SICHER HARRY LLOYD DUBRUL,-ANATOMIA DENTAL, SEXTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA , PAGINA 109-116

ARCHER WILLIAM HARRY .-- CIRUGIA BUCAL , ATLAS PASO A PASO DE

TECNICAS QUIRURGICAS, SEGUNDA EDICION, BUE

NOS AIRES ; MUNDI, 1968.

RIES CENTENO ; CIRUGIA BUCAL , CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEU

TICA SEPTIMA EDICION, EDITORIAL BUENOS AI/

RES , MEXICO.

HAUPL KARL.-- OROFEOA FUNCIONAL DE LOS, DE LOS MAXILARES POR

KARL HAUPL WILLIAM S. GROSSMAN Y PATRICK C

CLARSON, BUENOS AIRES, MUNDI 1969. Y CIRU /

GIA DENTAL.