

Luján
579

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TRATAMIENTO DE LOS TERCEROS
MOLARES INCLUIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

GUILLERMO LOPEZ PALACIOS

México, D. F.

1979

14964



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 esta 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.

	INTRODUCCION	1
CAPITULO I	DEFINICION Y GENERALIDADES	3
CAPITULO II	ANATOMIA	6
CAPITULO III	ETIOLOGIA	17
CAPITULO IV	CLASIFICACION	21
CAPITULO V	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	34
CAPITULO VI	ESTUDIO PREOPERATORIO	40
	A) HISTORIA CLINICA	
	B) ESTUDIO RADIOGRAFICO	
CAPITULO VII	ANESTESIA	63
CAPITULO VIII	TECNICAS QUIRURGICAS	73
CAPITULO IX	POSTOPERATORIO	107
	CONCLUSION	112
	BIBLIOGRAFIA	113

INTRODUCCION

Se considera importante el estudio del tratamiento de los dientes retenidos, ya que en el desarrollo de nuestro trabajo profesional, es común encontrarnos con algunos casos de este tipo; debemos estar lo suficientemente capacitados para resolver dicho problema, ya que de lo contrario, nuestro trabajo se vería limitado, al no poder proseguir el trabajo o tratamiento que se tenía destinado al paciente. Tal es el caso de las prótesis, en donde antes de hacer el tratamiento protésico, se debe hacer la extracción del diente o dientes retenidos que se localicen, puesto que a la larga van a provocar problemas, como son de orden mecánico en donde los dientes afectados se moverán de su sitio.

En ortodoncia algunos ortodontistas consideran que se deben extraer los terceros molares impactados debido a que la presión de éste, es un factor importante en la posición de las demás piezas dentarias.

Otra de las alteraciones que pueden provocar es la formación de quistes de origen dentígero, pericoronitis, pudiendo formar ésta una severa infección.

Existe también dolor, que es muy parecido al dolor de muelas u odontalgias e inflamación.

Por lo anterior, se considera que es muy común que los dientes retenidos provoquen problemas.

En este trabajo hago un estudio de los terceros molares retenidos.

CAPITULO I

DEFINICION Y GENERALIDADES

DEFINICION:

El diente o dientes que no han podido hacer erupción normal, en virtud de estar colocados en posición defectuosa o bien por falta de espacio o por algún otro impedimento (podría ser hueso, otro diente vecino, mucosa, -- etc...).

Los dientes incluidos deben ser diferenciados de los dientes que no han hecho erupción (dientes nonatos), -- así como de los que habiéndola hecho, están colocados en posición defectuosa (dientes ectópicos). Los dientes que no han hecho su salida son los que no aparecen en la arcada dental, pero pueden hacer su erupción en un período tardío.

Los dientes mal colocados o ectópicos son los -- que habiendo hecho erupción aparecen en posición defectuosa en el alveolo o la arcada dental.

GENERALIDADES:

Se denominan dientes retenidos, impactados, incluidos, o incluidos.

A veces es difícil hacer un diagnóstico cuidadoso y determinar si un diente está impactado o simplemente no ha hecho erupción. Este es especialmente un caso de los terceros molares.

El término retenido significa que un diente no puede surgir por que está bloqueado por otro diente, dientes, hueso, mucosa u otra causa, que será impidiendo su erupción normal.

En el curso del desarrollo, el diente puede haber tomado una posición poco común, que le impide seguir la vía normal de erupción. Independientemente de la terminología particular, cualquier diente que no halla adoptado una posición funcional normal en el arco alveolar, que no halla hecho erupción o solo una parte y que no tenga ninguna función de utilidad, debe ser extraído para evitar futuras complicaciones, tales como el desarrollo de quistes dentígeros, lesiones periodontales, caries dental e irritación crónica de los dientes adyacentes.

La retención dentaria puede tomar dos aspectos:

- 1) Retención Intraosea.- Completamente rodeados de tejido óseo.
- 2) Retención Subgingival.- Parcialmente cubierto por mucosa gingival.
- 3) Ambas.

Los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos, son los terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores. De los restantes cualquiera de ellos puede, en ocasiones hallar tantos obstáculos a su migración que no llegue a erupcionar normalmente. Tan -- también se pueden presentar molares supernumerarios, son muy raras y plantean problemas semejantes a los que se encuentran en los terceros molares.

Los dientes retenidos no solo pueden presentar en la dentición temporal, aunque es un hecho excepcional.

La eliminación de los dientes retenidos u odontotectomía¹ requiere de gran habilidad técnica y un claro raciocinio. Los problemas que se asocian a estas técnicas, requieren de cuidados absolutos hacia el paciente, -- como terapéutica racional antibiótica, anestesia, medicación, balance nutritivo, juicio quirúrgico y habilidad.

¹ según Thoma.

CAPITULO II

ANATOMIA

La Cirugía Bucal se realiza en la cavidad bucal y en las regiones que le corresponden; huesos maxilares - con sus procesos alveolares y regiones vecinas con las cuales la patología dentaria y peridentaria puede tener relaciones.

Los huesos maxilares forman parte del denominado macizo facial, entidad anatómica formada por varios huesos.

La mandíbula hueso impar, medio y simétrico, está relacionado con el cráneo por intermedio de la articulación temporomaxilar. Los maxilares se articulan con trece huesos dispuestos alrededor, formando un todo único, estos huesos son, además del maxilar opuesto el vómer, el anguls, los palatinos, los cornetes inferiores, los huesos propios de la nariz y el molar; los cinco últimos y el maxilar superior son huesos pares.

1) Maxilar Superior.

Forma la mayor parte del macizo facial y a su rededor, se articulan los huesos de la cara, situado por - debajo del frontal y del etmoides y por delante de la apófisis pterigoides del esfenoides, presenta en su interior una gran cavidad neumática, el seno maxilar, que es la an-

pliación de las fosas nasales con las que se comunican.

Desde el punto de vista quirúrgico en lo que concierne a la extracción dental las partes de los maxilares que más interesan son, los procesos alveolares en los que se encuentran implantados los dientes y que tienen relaciones más o menos íntimas con las fosas nasales, con los senos de los maxilares y con las fosas pterigomaxilar y cigomática.

En los procesos alveolares se insertan los dientes formando entre sí una verdadera articulación.

Los procesos están revestidos por la mucosa gingival que los cubre totalmente y se adhiere a los cuellos de los dientes.

La mucosa gingival en estado normal es de coloración rosada, lisa y resistente al tacto.

La encía que tapiza la cara vestibular y los procesos alveolares es de poco espesor; bien unida al hueso, más espesa cerca del tercer molar reflejándose a la altura del surco vestíbulo gingival, para continuarse con la mucosa que cubre la cara interna de los labios y de los carrillos. En la parte posterior, la mucosa se engruesa considerablemente a nivel del último molar y adquiere una consistencia fibrosa. Por lo que respecta a la encía que ta-

plus la cara interna de los procesos alveolares se continúa con la fibromucosa de la bóveda palatina.

Tanto sobre la cara interna como sobre la externa, la mucosa se adhiere íntimamente al periódontio, sin que en este caso se interponga tejido conjuntivo.

Los vasos sanguíneos son muy abundantes y delgados. Los linfáticos son tributarios de los maxilares y carotídeos, aunque también suelen ser de los genianos. Los nervios sensitivos son más numerosos en la encía vestibular que en la palatina.

Los procesos alveolares están limitados hacia dentro por una lámina de tejido óseo compacto y espeso que se prolonga con la apófisis palatina, la que al unirse con la del lado opuesto forma la parte anterior de la bóveda palatina ósea.

Por fuera, los procesos alveolares están limitados por otra lámina de tejido compacto sumamente delgada y que a veces llega a ser papirácea. En la parte media estos procesos están ahuecados y constituyen las cavidades destinadas a recibir las raíces de los dientes; cavidades que se hallan separadas entre sí por láminas de tejido óseo, de tal manera que cada raíz dentaria está completamente rodeada por tejidos esponjosos más abundantes en la

región de los molares que en la región de los incisivos y caninos.

Los alveolos afectan la forma de las raíces a las cuales alojan y tienen la dirección y la dimensión de las mismas.

Así la de los caninos son casi cónicas, los más profundos y su extremo superior está próximo al ángulo externo de la fosa nasal correspondiente.

De las láminas que lo cubre, la externa es sumamente delgada, mientras que la interna o palatina es sumamente resistente.

Por lo que respecta a los vasos, la arteria alveolar, rama colateral de la maxilar interna, es la encargada de la irrigación superior.

Toda esta irrigación arterial es recogida de los órganos dentarios por el plexo alveolar formado éste por la rama facial y maxilar interna que desembocan, la primera en el tronco tirolinguo-facial, y la segunda junto con la temporal superficial a la yugular externa.

La inervación es efectuada por el trigémino, -- nervio mixto que da tres ramas: el oftálmico, el nervio maxilar superior y el maxilar inferior.

Para el maxilar superior la inervación la efec-

túa el nervio maxilar superior que se divide en:

A) Nervio Orbitario.

Inerva la piel de la porción anterior de la sien y las cercanías del ángulo externo del ojo.

B) Las Ramas Nasales Posteriores.

Que inervan la porción posteroinferior de la mucosa de las fosas nasales. Una de estas ramas, el nervio nasopalatino, se dirige hacia delante y abajo en el septum para luego, a través del agujero incisivo, dividirse a inervar la porción anterior del paladar duro y la región adyacente de la encía.

C) Nervio Palatino Anterior.

Atraviesa el conducto palatino posterior dando ramas a la mucosa del paladar duro.

D) Nervio Infraorbitario.

Continuación directa del nervio maxilar superior. Después de atravesar la hendidura esfenomaxilar, corre en el piso de la órbita formando los nervios alveolares del maxilar superior y de encía, para luego salir a través del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada en

tre la hendidura palpebral y las ventanas naturales.

2) Maxilar Inferior.

Hueso impar, medio y simétrico, de forma de herradura, que posee dos caras y cuatro bordes y constituido por dos elementos anatómicos y funcionales distintos.

La porción Bucal, que se une sin límites visibles con la rama ascendente y la porción alveolar. Esta última no sigue los contornos de la parte basilar y su unión con la rama ascendente se realiza en forma particular; la porción alveolar se desvía hacia el lado interno, permitiendo de este modo que, entre el borde anterior de la rama ascendente y esta porción la apófisis alveolar, quede un espacio acanalado, llamado fosa retromolar.

La cara externa del cuerpo del maxilar está dividida en diagonal por la prolongación del borde anterior, que constituye la línea oblicua externa.

La cara interna del cuerpo está cruzada diagonalmente por una cresta rugosa, prominente y bien visible, la línea milohtioidea; a nivel del tercer molar, la línea milohtioidea corta el molar a nivel del tercio apical. En esta cresta se inserta el músculo milohtioideo.

Por encima de esta línea milohtioidea, la tabla ósea es el límite externo de la región sublingual; por de-

bajo, el hueso está excavado para recibir la glándula submaxilar.

La rama ascendente tiene forma rectangular, con su eje mayor formando un ángulo de 100 grados con el cuerpo del maxilar.

Sus dos caras la interna y la externa, tienen elementos anatómicos en relación con el tercer molar, recibe la inserción del músculo masetero; en la porción inferior de la cara interna se inserta el pterigoideo interno.

En la parte anterior de esta cara interna se nota visiblemente una línea que nace del ángulo superoanterior de la rama (apófisis coronoides) y se dirige rugosa y fuerte, hacia abajo y delante, y luego hacia atrás y abajo para dividirse finalmente hacia la región del tercer molar, en dos crestas bien visibles, bien nítidas y bien marcadas.

La cara externa constituye el borde externo de la apófisis alveolar; la interna su borde interno. Ambas crestas forman un espacio triangular, de base anterior y vértice posterior, conocido con el nombre de trigono retro molar.

La cresta temporal en su porción media y superior, sirve de inserción a los tendones profundos del músculo temporal; en el labio interno de la bifurcación terminal de la cresta temporal o labio externo del triángulo re

tromolar, toma inserción al ligamento pterigomaxilar.

El borde anterior de la rama ascendente, nace - cortante y prominente en la cúspide de la apófisis coronoides y se dirige primero hacia abajo y adelante, luego descendiendo bruscamente hacia abajo ligeramente atrás, para encurvase, a la altura de la cara triturante del tercer molar, hacia adelante y afuera, formando de esta manera la línea oblicua externa.

En esta línea oblicua externa se insertan los músculos cuadro de la barba, triangular de los labios y cutáneo del cuello; por encima de la inserción de estos músculos en el fondo de la fosa retromolar se inserta el músculo buccinador.

El cuerpo de la mandíbula se halla formado en toda su extensión por dos tablas de hueso compacto unidas entre sí por hueso interdentario o interradicular; este hueso es de tipo esponjoso. La cantidad y disposición de hueso varía en las distintas regiones del maxilar.

En la zona de terceros molares la cortical externa e interna varía, debido a factores tales como; posición del tercer molar, ancho del mismo.

La Mucosa, que reviste toda la cavidad bucal, tapiza también la región del tercer molar inferior. Se ob--

se ven en ella dos porciones; una que comienza en el surco vestibular, recubre el alvéolo hasta su reborde o cresta (mucosa alveolar); y la otra, que se extiende desde la cresta alveolar hasta el borde gingival (encía propiamente dicha). La mucosa de la región del tercer molar puede no presentar solución de continuidad, cubriendo por lo tanto el arco alveolar del lado bucal al lingual, o tener una abertura, de grado variable, por donde hagan erupción una o varias cúspides del tercer molar, o el molar en su totalidad.

La Inervación de zona de los terceros molares está bajo la dependencia del trigémino por medio de su tercera rama, el nervio maxilar inferior sobre todo, una de sus ramas terminales, el nervio dentario inferior, tiene bajo su dependencia la inervación de la zona.

Al dentario inferior le corresponde la sensibilidad del hueso, encía y pulpa del tercer molar; la parte bucal de la encía está inervada por el nervio bucal. La encía lingual está inervada por el nervio lingual.

La arteria que irriga la zona del tercer molar es la arteria dentaria inferior. Posee dos ramas; las arterias pulpaes que penetran por el forámen apical de los tabiques interdentarios e interradiculares; estas envían sus ramas menores al periodonto y encía de ambas caras del

maxilar.

La encía externa también está irrigada en parte por ramas de la arteria bucal, otra rama descendente de la maxilar interna. La irrigación de la encía de la cara interna está complementada por la milohtioidea, rama co lateral de la dentaria inferior y rama anastomótica de las arterias lingual y palatina.

Las venas se alojan dentro del conducto dentario, en él se alojan dos o más que recorren el mismo camino que la arteria dentaria; sus tributarias son homólogas y paralelas a las arterias pulpaes, óseas, periodónticas y gingivales, en este caso de la zona correspondiente al tercer molar.

Los gánglios, de esta zona son en número de seis a ocho, están situados en la celda submaxilar, muy próximos a la piel, separados de ella por la aponeurosis y el cutáneo del cuello.

Se localizan por debajo del borde inferior del maxilar y están apoyados contra la cara interna, por debajo del milohtioideo y entre los dos vientres del digástrico. Los ganglios profundos son los subglandulares o retro glandulares, situados entre la glándula submaxilar y el plano muscular profundo. Según varios autores¹ los que -

interviene en la patología del tercer molar inferior son el de Stahr, y el de Chasaignac.

I RIES CENTENO.
(EL TERCER MOLAR RETENIDO)

CAPITULO III

ETIOLOGIA

1) DIETA.

Existe actualmente una teoría en la que se cree, que la falta de espacio, que provoca la inclusión de los terceros molares o de otro diente, se debe a que los maxilares han disminuido de su tamaño en forma gradual evolutiva.

Esta teoría se apoya en que actualmente se observa ausencia congénita de los terceros molares superiores e inferiores, o la presencia de terceros molares rudimentarios.

La falta de desarrollo de los maxilares se debe a la falta de estimulación necesaria para darle espacio necesario o adecuado al diente para su erupción, esta estimulación se va a lograr por medio de la masticación, es decir si la dieta actual es muy blanda y no requiere de mucho esfuerzo en la masticación va a existir poca estimulación en los maxilares, con la consecuente falta de desarrollo. Por lo contrario, anteriormente y en otras civilizaciones la dieta es dura y si existe el espacio adecuado para la erupción de los dientes.

B) ALIMENTACION ARTIFICIAL DE LOS BEBES.

C) ALIMENTOS DULCES Y BLANDOS DE NIÑOS Y JOVENECITOS

D) HABITOS DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ.

El problema que se presenta aquí es un desequilibrio de la tensión muscular externa e interna y es cuando por movimientos mímicos, tics, y otras modalidades, que son consecuencia de hábitos adquiridos o contracciones espasmódicas. Esto produce una presión externa tal que sungada al final del día, muchas veces no ha sido compensada por la presión interna (como la de la lengua), alterándose el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal.

En el caso del tercer molar la presión puede ser transmitida sucesivamente desde los dientes anteriores, hacia atrás, provocando su inclusión. Por estar limitada por delante la expansión de las arcadas y de este modo mantiene disminuido el crecimiento de los maxilares.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

a) Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente.

b) Densidad de hueso que lo cubre.

c) Membrana mucosa muy densa (como resultante de inflamaciones crónicas frecuentes).

d) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.

e) Retención indebida de dientes primarios.

f) Pérdida prematura de la dentición primaria.

g) Enfermedades adquiridas, como infecciones o abscesos. Un quiste puede rechazar o incluir profundamente el diente que se encuentra en su camino, impidiendo su erupción normal.

La bolsa quística que rodea al diente que quiere hacer erupción es la causa precisa de la retención dentaria.

CAUSAS SISTEMATICAS DE RETENCION.

A) CAUSAS PRENATALES.

- 1.- Herencia.
- 2.- Mezcla de razas.

B) CAUSAS POST-NATALES.

(todas las causas que pueden interferir en el desarrollo de un niño).

- 1.- Raquitismo.
- 2.- Anemia.
- 3.- Sífilis congénita.
- 4.- Tuberculosis.
- 5.- Desnutrición.
- 6.- Disendocrinas.

Es decir, todas las enfermedades generales en directa relación con glándulas endocrinas y enfermedades li-gadas al metabolismo del calcio.

C) CONDICIONES RARAS.

- 1.- *Disostosis Clidocraneal.*
- 2.- *Osteofulca.*
- 3.- *Progeria.*
- 4.- *Acondroplasia.*
- 5.- *Paladar Fisurado.*

CAUSAS EMBRIOLOGICAS DE RETENCION.

Ubicación Especial del Germen.

Cuando el germen dentario se localiza lejos de su lugar normal de erupción, por lo tanto por razones mecánicas, el diente que se forma está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

Otras veces ocurre que el germen si se localiza en su sitio, pero en posición angulada, al calcificarse en pieza su trabajo de erupción la corona choca con el diente vecino, y aunque sus raíces se forman, su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en el eje que le permita erupcionar.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Ocupan dentro de los maxilares posiciones diversas y estas posiciones en que está colocado el molar pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

Esta clasificación según los diferentes tipos de retención Winter le ha clasificado de la siguiente manera:

POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO:

a) Retención Vertical.

El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

b) Retención Horizontal.

En este caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

c) Retención Mastoangular.

El eje del tercer molar está dirigido hacia

el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable.

d) Retención Disioangular.

Es una forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje dirigido hacia la rama montante o ascendente; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

e) Retención Invertida.

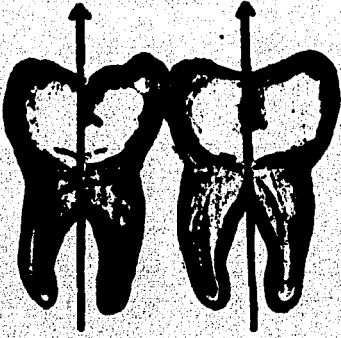
El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención; se denomina también Retención Paranormal.

f) Retención Bucoangular.

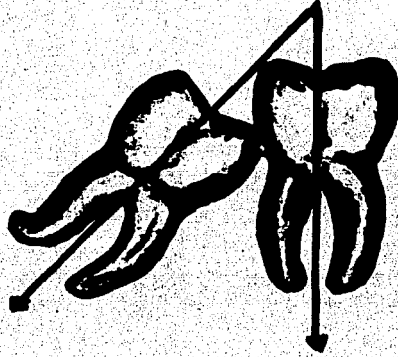
En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o el primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigido hacia la bucal.

g) Retención Linguangular.

Como en la posición anterior, el eje del diente está perpendicular al plano en que están orientados los



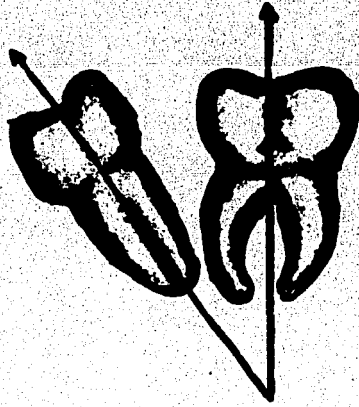
POSICION VERTICAL



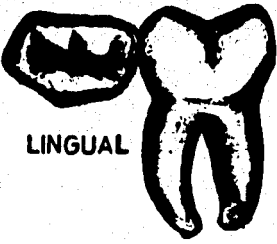
POSICION MESIOANGULAR



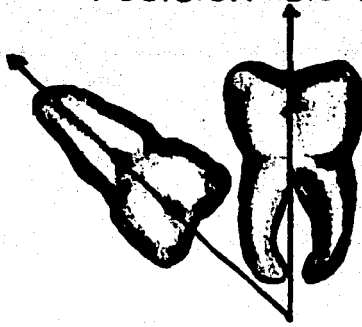
POSICION HORIZONTAL



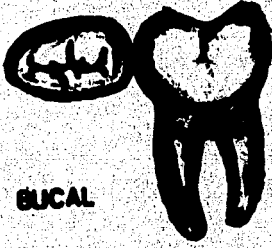
POSICION DISTOANGULAR



LINGUAL



POSICION LINGUOANGULAR POSICION INVERTIDA



POSICION BUCOANGULAR

molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADE.

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviación en relación con la arcada:

a) Normal (sin desviación):

El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

c) Desviación Lingual.

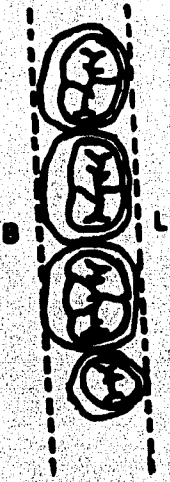
La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

d) Desviación Bucolingual.

El molar dirigido hacia el lado bucal (como en desviación bucal) y su cara oclusal desviada hacia la lengua o lingual.

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama montante del maxilar, una relación variable.



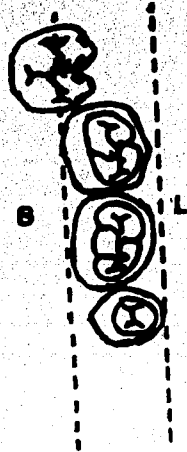
NORMAL



DESVIACION BUCAL



DESVIACION LINGUAL



DESVIACION BUCOLINGUAL

Según Pell y Gregory la han clasificado en tres clases:

CLASE 1a.

Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rana montante y la cara distal del segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiobucal de la corona del tercer molar.

CLASE 2a.

El espacio que existe entre el borde anterior de la rana del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiobucal de la corona del tercer molar.

CLASE 3a.

Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rana.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO

Según Pell y Gregory considerando la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de altura entre la cara triturante u oclusal del tercer molar y la cara triturante del segundo, las clasifican en:



CLASE 1ª



CLASE 2ª



CLASE 3ª

POSICION " A "

La posición más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

POSICION " B "

La posición más alta del tercer molar se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

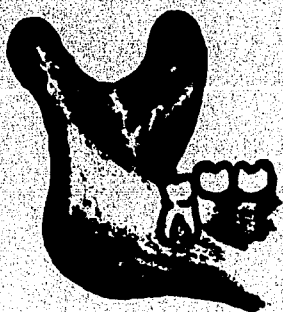
POSICION " B "

La parte más alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Para poder realizar la intervención quirúrgica - es necesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer molar.



POSICION 'A'



POSICION 'B'



POSICION 'C'

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Las variaciones en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser intrabucal o submucosa.

En la retención submucosa, pueden estar total o parcialmente retenidos.

POSICIONES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior son las siguientes:

a) Posición Vertical:

El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

b) Posición Mestangular:

El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar retenido impiden su normal erupción; son frecuentes las caries de la cara distal en la raíz o corona del segundo molar superior.

c) Posición distoangular:

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara triturante del tercer molar está dirigida hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

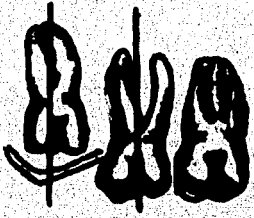
d) Posición Horizontal:

1) El molar está dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto.

2) La cara triturante del molar puede también dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda.

e) Posición Paranormal:

El molar retenido puede ocupar diversas posiciones.



POSICION VERTICAL



POSICION MESIANGULAR



POSICION DISTOANGULAR



POSICION HORIZONTAL



POSICION PARANORMAL

CAPITULO V.

INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

1) *Hipoplasia de los maxilares y desproporción - entre las dimensiones de estos y las de los dientes:*

Este fenómeno es causa de maloclusión en general, pero en particular es la razón por la que al erupcionar el último diente y carecer de espacio, por ello no puede adoptar su posición normal en el maxilar.

En este caso se indica la extracción del tercer molar para evitar complicaciones posteriores, por lo tanto estará indicada, en casi todos los casos que requieran tratamiento ortodóntico, por maloclusión asociado con apiñonamiento de los dientes.

2) *Obstáculo en la Erupción Normal:*

En este fenómeno se presenta la formación precoz del tercer molar, aún cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo, es decir no tiene espacio para desarrollarse y por lo tanto, presiona sobre el segundo molar y lo inclina.

Posteriormente a la extracción del tercer molar, el segundo será llevado a su lugar por medios ortodónticos.

3) *Inclinación Posterior de los Segundos Molares:*

Cuando el tercer molar en desarrollo presiona sobre la superficie distal del segundo molar, provocando su inclinación hacia distal y por lo tanto su superficie oclusal no coincide con la superficie oclusal del molar superior.

Esta inclinación se comprueba ya que las raíces mesiales del segundo molar, están en contacto con las distales del primer molar.

4) *Erupción Parcial y Criptodancia:*

La erupción incompleta esta indicada también si existe un opérculo sobre la corona, si hay signos de traumatismo masticatorio en la encía que lo cubre o hipertrofia de la encía pericoronar, y si no existe posibilidad de que prosiga la erupción.

Estos molares son peligrosos ya que es raro que alguno de ellos no presente complicaciones que exijan la intervención quirúrgica.

5) *Síntomas Neurálgicos:*

Cuando el molar no erupciona y presiona sobre el nervio dentario inferior provoca dolor en ese sitio o el dolor es referido a otra rama del trigémino o nervios -

que se anastomosan con él, dando como resultado síntomas - neurálgicos.

Otra causa puede ser que el tercer molar al tratar de erupcionar se ha detenido por el segundo molar y la fuerza de las tentativas por erupcionar provoca dolores intermitentes. Después en la superficie distal del segundo molar, puede efectuarse procesos de resorción.

Cefaleas frontales y occipitales y una obscura e indefinida sensación de presión, son los síntomas más comunes que puede suprimir la extracción del tercer molar criptodóntico, aunque habrá también que diagnosticar y eliminar otras causas.

6) Formación de Quistes:

En algunos casos el folículo dental de los dientes retenidos forma un quiste, que observa radiográficamente situado alrededor de la corona de la membrana adherida al cuello del diente.

En algunos casos los quistes alcanzan grandes dimensiones, y pueden ser dentígeros (encerrando la corona) o paradónticos (desarrollados en el lado distal del diente).

Los quistes de erupción pasan frecuentemente inadvertidos hasta que llegan a adquirir tales dimensiones,

que por presión desvían los dientes a considerable distancia.

7) Infección Pericoronar:

Esta se presenta cuando hay una infección de los tejidos periodontales del tercer molar. Cuando la encía está perforada y permite la penetración de microorganismos, una vez inflamada la zona afectada, debido a que existe sobre la superficie oclusal un opérculo el cual está tumefacto por la inflamación y traumatización del diente opuesto. La infección pericoronar puede afectar tanto en distal como en mesial del diente y afectar al diente contiguo.

8) Infección de Vincent:

Bajo el colgajo gingival del tercer molar es común que frecuentemente exista un foco de esta infección provocado por gingivitis ulcerosa.

Se debe tener la precaución de no hacer ninguna extracción dental durante la fase aguda de la infección de Vincent, pues produciría graves complicaciones.

La extracción se aplazará hasta que sea eliminada la infección.

9) Caries e Infección Periapical:

La caries puede producirse en los molares par

parcialmente erupcionados llegando a pulpa y provocando alteraciones periapicales. La infección avanza hasta extenderse al hueso por debajo de la inserción del milohtotideo y producir un absceso submandibular.

10) Resorción Interna:

Esta alteración debe distinguirse de la caries. La afección puede desarrollarse en dientes completamente retenidos sin abertura de la encía.

CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

1) En presencia de Gingivitis Ulceromembranosa:

Esta infección crea un muy mal terreno para las intervenciones, debido a su virulencia microbiana. Se deberá tratar la gingivitis antes de la cirugía.

2) Pacientes con problemas Hemorrágicos:

Padecimientos como leucemia, hemofilia etc...

3) Estados Patológicos Agudos:

No debe practicarse la extracción de un diente incluido durante una infección aguda.

4) Pacientes con algún Síndrome:

Como es el caso de los que presentan el Sínd--

drome de Down y no presentan ninguna alteración patológica en la zona del diente retenido.

CAPITULO VI

ESTUDIO PREOPERATORIO

Para cualquier tipo de operación en el organismo, se requiere de una preparación previa, esta preparación consiste en poner al paciente, en las mejores condiciones para soportar con éxito la operación.

En cirugía bucal la preparación es menor que para cirugía general, por tratarse de afecciones locales.

Según Aros se define como:

La aparición del estado de salud de una persona - en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y, en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese desaparezca o sea reducido al mínimo.

En nuestra especialidad aunque el paciente no este absolutamente sano, pero con un estado general normal se puede intervenir, en caso que el paciente esté afectado por alguna alteración general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado por su médico general o especialista, para ponerlo en condiciones necesarias para su intervención.

Las medidas preoperatorias indispensables en todo acto quirúrgico bucal, pueden clasificarse en:

a) Generales

b) Locales

La antibioticoterapia, como medida preventiva, antes del tratamiento quirúrgico, es una útil medida precautoria que se emplea en la actualidad¹.

MEDIDAS GENERALES:

1) Tiempo de Coagulación y Sangría.

Generalmente cuando se atiende a algún paciente con problemas hemorrágicos él nos lo indicará. En caso de que el paciente no nos lo indique, al efectuar la historia clínica sabremos de la existencia de problemas hemorrágicos anteriores. La extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes propensos, debiendo examinar por este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos; gingivitis, epistaxis, excesiva salida de sangre en traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, petequias. En caso de haber existido hemorragias, se volverá su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla. Sólo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que se está frente a una diatesis hemorrágica (hemofilia, púrpuras trombopénicas o vasculares, etc...), o una enfermedad hemorrágica -

¹ Según Ries Centeno.

(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 examen completo de sus hemostasis. Exámenes parciales, y sobre todo, las pruebas más comunes, nos pueden ocultar estados hemorrágicos graves.

De acuerdo con el resultado se resolverá sobre la oportunidad del tratamiento.

Pero como ya se dijo la mayor parte de los casos con antecedentes de este tipo no serán graves y una minuciosa técnica quirúrgica y los apropiados hemostáticos locales serán suficientes.

Si las maniobras hemostáticas locales no son suficientes debemos recurrir a la terapia general, la cual consistirá en la reposición del factor en defecto, por medio de transfusiones de sangre total o la parte de ella que sea necesaria.

Para la hemostasis local se cuenta con elementos mecánicos: La sutura y La presión.

Y hemostáticos orgánicos: La trombina y trombo--plastina.

2) Examen de Orina.

El examen de orina nos informa de la existen-

cia de elementos normales o anormales.

Algunos de los elementos anormales son: la albúmina, la glucosa y la acetona, exigen un tratamiento previo.

3) Biometría Hemática.

VALORES NORMALES

Hematócrito:

VARONES - 40 - 50%

HEMBRAS - 37 - 45%

Contenido en Hemoglobina:

VARONES - 14 - 17.5g%

HEMBRAS - 12.5 - 15.5g%

LEUCOCITOS: 5,000 - 10,000 /mm³

Número de Hematías:

VARONES - 4.5 - 5 X 10⁶ /mm³

HEMBRAS - 4 - 5 X 10⁶ /mm³

MEDIDAS LOCALES:

Estado de la Cavidad Oral.

Deberá estar en óptimas condiciones de limpieza, ya que ésta no puede estar estéril. El tártaro salival, -

los restos radiculares y los dientes cariados, serán extraídos u obturados.

Se exceptúa de esta medida desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituye el objeto principal de la operación.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican una operación, siempre que ésta no sea de gran urgencia. Como las gingivitis y las estomatitis, que son terreno extraordinariamente malo para cualquier operación y que necesitan un tratamiento -- previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sífilíticas contraindican la operación en la cavidad bucal, por el peligro que significa incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Aún en estado normal, la boca, antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada o lagún antiséptico.

Especial cuidado hay que prestarle a los espacios interdentarios y opérculos de los terceros molares. Y además de ser lavadas con un antiséptico, deberán ser pintadas con tintura de merthiolato antes de la operación.

Según Kruger las partes expuestas de la cara y -

del mentón deben ser limpiadas con una solución antiséptica.

Antibioticoterapia.

La antibioticoterapia profiláctica y curativa, - ha sido de enorme provecho a la cirugía. Muchas operaciones que antes se consideraban peligrosas a causa de las - complicaciones que podía acarrear la infección, con la administración de los nuevos medicamentos pueden hoy ejecutarse casi se podría decir sin ningún temor a dichas complicaciones.

Los antibióticos permiten hoy la ejecución de - complicadas operaciones quirúrgicas en la boca sin riesgo de que la contaminación de la flora bacteriana bucal tenga consecuencias graves.

En algunos casos se puede dominar tan eficazmente las infecciones con dosis adecuadas de antibióticos que que es innecesaria la operación quirúrgica, en otros casos la operación mas oportuna y radical puede ser ejecutada - sin riesgo con la operación profiláctica de un antibiótico.

Es necesario comprender la administración correcta y eficaz de estos medicamentos, su acción, sus limitaciones y particularmente su selectividad y su especificidad contra ciertas bacterias patógenas, sólo así se obten-

drá el máximo provecho de ellos en combinación con un buen criterio quirúrgico y la técnica adecuada.

Para que el antibiótico llegue hasta la infección localizada es necesario que penetre en el plasma sanguíneo y se difunda en los líquidos de los tejidos por los vasos - capilares. La gran vascularidad de la cabeza y del cuello son muy favorables para la administración parentérica, con el objeto de combatir infecciones de esas regiones. Contra infecciones superficiales puede ser adecuada la aplicación superficial por medio de pomadas. Sin embargo se ha visto que en casos de ulceración gingival (infección de Vincent) los antibióticos locales no siempre son eficaces, ya que no es muy profunda su penetración, además de que es posible -- que se efectúe su dilución cuando aumenta la circulación de los vasos capilares. En estos casos se ha de combinar la - aplicación tópica con la administración parentérica.

No se recomienda la inyección intrabucal de antibióticos con anestesia local o sin ella, pues la absorción rápida de tejidos tan vasculares como los de la boca impide que perdure la concentración necesaria en la sangre.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico.

MODELO DE HISTORIA CLINICA.

A) Ficha de Identificación.

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Nombre. | g) Estado Civil. |
| b) Fecha de Nacimiento. | h) Ocupación. |
| c) Domicilio. | i) Lugar de Nacimiento. |
| d) Teléfono. | j) Lugar de Residencia. |
| e) Sexo. | k) Fecha de Examen. |
| f) Edad. | |

B) Historia Física del Paciente y sus Antecedentes.

a) Motivo de la consulta.

Es decir, ¿Qué es lo que le lleva a la consulta?.

b) Enfermedad actual.

Una descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento que motivó la consulta, tal y como lo reflejara el paciente.

c) Antecedentes Patológicos.

Un resumen conciso de las enfermedades, exploraciones -

clínicas y hospitalizaciones anteriores.

d) Antecedentes Familiares.

Hechos importantes relacionados o relativos a parientes sanguíneos.

PADRES.- Sanos o enfermos, si han sido tratados alguno de ellos de diabetes o si la presentan.

En caso de que hayan muerto ¿Cuál fue la causa?

HERMANOS.- ¿Cuántos hermanos son?, enfermedades hereditarias que padecen, alguna enfermedad cardiovascular o hemática, etc.

TIOS.- Algún padecimiento hereditario.

ABUELOS.- Finados o vivos, en caso de que hayan muerto - ¿De qué murieron?

e) Antecedentes Personales.

Lugar de residencia, lugar de nacimiento, trabajo, tipo de alimentación, costumbres, habitación, higiene personal, etc...

f) Anestesia y Alergias.

Anestesia local, anestesia general, alergias o algún medicamento, alergias o alimentos.

g) Estado General.

Dolor, astenia, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas, vómitos.

C) Interrogatorio de Aparatos y Sistemas.

a) Respiratorio.

Tos, disnea, expectoraciones, respiración, dolor.

b) Cardiovascular.

Dolor, disnea, palpitaciones, nicturia, vértigos, mareos, cefaleas.

c) Digestivo.

Dolor, náuseas, vómitos, apetito, ingesta de líquidos, dificultad al tragar, diarrea, estreñimiento, sangre en materias fecales.

d) Genitourinario.

Frecuencia de las micciones, disuria, nicturia, alteraciones del ciclo menstrual.

e) Nervioso.

Cefalea, intranquilidad, disminución de la memoria, disminución de la orientación, temblores, problemas emocionales, neuralgias, parálisis, trastornos de los órganos de los sentidos.

f) Hematopoyético.

Palidez, anemia, sangrado en las encías, hemorragias.

D) Examen de la Boca.

a) Labios, lengua, piso de boca, carrillos frenillos, pala

dar y velo del paladar, alteraciones dentarias, mucosa en general.

E) Exámenes de Laboratorio.

Para establecer un diagnóstico seguro, puede ser necesario completar el cuadro clínico, las observaciones - radiológicas y los datos anamnésticos con los resultados de las pruebas de laboratorio, las cuales pueden ser: pruebas de coagulación, pruebas hepáticas, química sanguínea, hematología, inmunología, bacteriología.

F) Estudio Radiográfico.

Es de gran utilidad para poder analizar y establecer la patología que presenta la región, a qué nivel, - cuál es su forma, y cuál es el tipo de técnica quirúrgica que se empleará.

G) Signos Vitales.

Pulso, presión temperatura, respiración.

H) Diagnóstico.

Vendría a ser el reconocimiento o identificación de una anomalía.

I) Plan de Tratamiento.

- a) Físico.
- b) Químico.
- c) Quirúrgico.

J) Pronóstico.

- a) Favorable.
- b) Desfavorable.
- c) Reservado.

K) Operación.

- a) Tratamiento.
- b) Fecha.
- c) Hora.

L) Técnica e Intervención Paso por Paso.

M) Alta del Paciente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIOR E INFERIOR RETENIDOS

Dentro de la valoración preoperatoria también se considera el estudio radiográfico muy importante, ya que es el medio para poder observar la retención y determinar la forma, número e inclinación de las raíces, así como el conducto dentario inferior, es decir su relación con el tercer molar inferior en la región radicular. Y además -- otras porciones que se considerarán más adelante.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

Para este estudio se considera la posición del hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, etc.

1) Posición y Desviación del Tercer Molar.

La radiografía nos da con claridad, la posición (eje del tercer molar) con relación al segundo y el tipo de desviación (sin desviación, desviación bucal, desviación lingual y desviación bucolingual); al realizar el estudio radiográfico, se observará primeramente lo antes mencionado.

2) Posición del Segundo Molar.

La dirección de este molar es importante en el acto quirúrgico, habrá que observar su solidez, estado y posición, ya que la cara distal es de importancia para la aplicación de la fuerza en la extracción del tercer molar.

3) Relación del Molar Retenido con el Borde Anterior de la Rama Ascendente.

La relación del tercer molar con el borde anterior de la rama y las posibilidades de ubicación de la corona en el espacio existente entre el borde y la cara distal del segundo molar.

4) Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso.

Es importante conocer la profundidad donde se encuentra el tercer molar, ya que depende de la profundidad la técnica, la cantidad de hueso a researse, etc.

5) Estudio de la Corona del Tercer Molar.

a) Forma de la corona.- Puede tener distintas formas aún de su forma normal anatómica.

b) Tamaño de la Corona.- Su tamaño es variable, pudiendo ser muy pequeña o muy grande.

c) **Estado de la Corona.**- Puede estar atacada por caries o procesos patológicos que hagan variar su resistencia y solidez.

6) Estudio de las Raíces del Tercer Molar.

Se pueden presentar de la siguiente manera:

a) **Ambas Raíces Dirigidas Distalmente.**- Las raíces dirigidas hacia distal presentan al órgano dentario en posición arqueada.

b) **Raíz Distal Recta, Raíz Mesial Dirigida Hacia Mesial.**- Las raíces dispuestas en esta forma encierran un septum interradicular de tamaño variable.

c) **Raíz Mesial Dirigida Hacia Distal y Raíz Distal Dirigida Hacia Mesial.**- La forma y dimensiones del septum interradicular es variable.

d) **Ambas Raíces Rectas.**- El tamaño de las raíces es variable al igual que el septum interradicular, la forma de éste depende de la disposición radicular.

e) **Ambas Raíces Fusionadas.**- Se presentan las fusionadas y en forma de cono, su tamaño es variable.

f) **Raíz Mesial Recta y Distal Dirigida Hacia Mesial.**- La curvatura de la raíz constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido. El

septum interradicular es variable según la disposición radicular.

g) Ambas Raíces Dirigidas Hacia Mesial.- La disposición de la raíz es en este sentido, crea serias dificultades en el acto quirúrgico.

h) Raíz Distal Dirigida Hacia Distal y Raíz Mesial Dirigida Hacia Mesial.- La divergencia radicular exige el seccionamiento del molar y la separación de sus raíces para vencer el anclaje que tiene los molares que presenta esta forma radicular.

i) Raíces Supernumerarias.- Pueden presentarse en número y disposición variable.

7) El Septum Radicular del Tercer Molar.

Depende de la forma, tamaño y dirección de las raíces; sus dimensiones están en directa relación con el anclaje que el molar tiene en el hueso.

8) El Hueso Distal.

Según sea la posición del molar el hueso que lo cubre por distal se extiende en grado variable sobre su cara distal o sobre la parte de su cara triturante. Por lo

tanto, en los diversos tipos de retención, las dimensiones de hueso distal son distintas.

9) Contacto del Segundo y Tercer Molar.

En los distintos tipos de retención, el contacto entre la corona del tercer molar (cara triturante, cúspides mesiales) y la cara distal del segundo, en su corona o raíz son variables.

10) La Porción Ósea Entre el Segundo y Tercer Molar.

Se conoce también con el nombre de Interseptum. Esta porción entre los dos molares varía según la posición del tercero.

11) La Cara Mesial del Tercer Molar.

Es importante el estudio radiográfico de su cara mesial, ya que la mayoría de las técnicas quirúrgicas colocan al instrumento dedicado a la elevación del órgano retenido, en su cara mesial.

12) Espacio Interdentario.

Es el espacio triangular existente entre la -

cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde libre del hueso, tiene distinta forma disposición y tamaño, según el tipo de retención.

13) La Corona del Segundo Molar.

El estudio radiográfico, con miras a la extracción del tercer molar, debe también comprender un análisis del segundo, su corona y sus raíces. El segundo molar puede en ciertas condiciones ser punto de apoyo útil para los elevadores.

Las coronas pequeñas o excesivamente grandes pueden ser inconvenientes a la aplicación de los elevadores. Las obturaciones, caries y aparatos protésicos, en el segundo molar son en este caso puntos inconvenientes de apoyo.

14) Las raíces del Segundo Molar.

Si las raíces del segundo molar son cónicas o están fusionadas, este diente puede ser fácilmente luxado junto con el tercer molar. Se debe pues, tomar precauciones en el sentido de no apoyar el elevador en la cara distal del segundo, o no permitir que el tercero pueda ejercer presión al ser elevado.

15) El Conducto Dentario.

La posición y la posición y las relaciones del conducto con los ápices del tercer molar se deberán estudiar en la radiografía ya que, en algunos casos su vecindad es - muy próxima y pueden ser lesionados en el acto operatorio - los elementos que en él se alojan.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

En este estudio se deben considerar los siguientes puntos:

1) Posición del Tercer Molar:

Esta posición nos permite clasificarlo.

Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal.

En cambio, en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece cortado en la radiografía, en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos no es visible.

2) Posición del Segundo Molar:

El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, obturaciones, piezas de prótesis), y la posición y la forma de las raíces.

3) Hueso que cubre la cara triturante:

El estado la cantidad y disposición de hueso

que cubre la cara triturante del molar retenido deben ser estudiados en la radiografía, además la existencia o ausencia del saco pericoronario; todas estas condiciones del hueso, indica la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

4) El Fábique Nasal:

En cuanto a su forma y dimensiones, esta dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo o mínimo.

En posición distoangular este espacio tiene forma triangular, a base inferior. En este espacio mesial (previa resección de hueso), deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

5) El Hueso Distal:

También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

6) La Corona del Tercer Molar:

La corona puede ser más pequeña o más grande de lo normal.

La forma también puede apartarse de la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries en grado variable. Aún en retención intradósos total, la corona puede estar profundamente cariada (resorción idiopática).

7) Las Raíces del Tercer Molar.

Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en diferentes direcciones, pueden no estar aún calcificadas.

8) Vecindad con el Seno Maxilar.

El tercer molar en ciertos pacientes está muy vecino al seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer ernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad

9) Vecindad con la Apófisis Pterigoides.

El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es

susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

10) Acceso a la Cara Mesial.

Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que usará al molar. La radiografía se debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

CAPITULO VII

ANESTESIA

ANESTESIA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Anestesia Troncular del Nervio Dentario Inferior:

En la cirugía de la mandíbula, en la mayoría de los casos es necesario anestesar tres ramas del nervio - mandibular o tercera rama del nervio trigémino.

- 1.- Rama alveolar inferior.
- 2.- Rama lingual.
- 3.- Rama bucal larga.

La rama alveolar inferior conduce la sensación - del hueso y de los dientes, la lingual inerva las dos terceras partes de la cara interna de la mandíbula, y la bucal larga inerva el mucoperiostio de la parte posterior - del vestíbulo, la membrana mucosa de la fosa retromolar y los tejidos blandos que cubren esta fosa.

La inyección se hace en el espacio pterigomandibular anestesia la rama alveolar del nervio mandibular, y la inyección en el interior del espacio pterigotemporal - anestesia la rama lingual.

Ambas inyecciones se realizan por el mismo pun-

to de entrada de la aguja, pero a diferentes profundidades y se llaman " inyecciones mandibulares ".

Este tipo de inyección se emplea para bloquear toda la mitad de la mandíbula, pero naturalmente, cuando se trata de operaciones, es necesario anestesiar las fibras comunicantes procedentes del otro lado de la boca.

Para anestesiar el nervio bucal largo se emplea otra inyección separada, cuando se opere sobre dientes mandibulares posteriores generalmente se necesita bloquear el nervio bucal largo.

TECNICA:

Se utiliza el pulpejo digital para hacer la palpación de la línea oblicua; después se palpa la milohioidea y finalmente el área retromolar.

Un sitio conveniente para introducir la aguja es el punto en que se juntan el borde anterior de la rama y la línea milohioidea.

En ocasiones se ve un triángulo de tejido blando en el punto en que la línea milohioidea se une al borde an

terior de la rama. El vértice donde se unen estas dos líneas es el punto en el que la línea milohioidea se fusiona con el borde anterior de la rama y se encuentra situado a 6mm. apróximadamente por arriba de la cara oclusal de los molares inferiores. Sin embargo, esto varía en los diferentes individuos. Usando dicho triángulo como guía y --tratando de visualizarlo en todos los casos se podrá operar con mayor comodidad y confianza.

Después de aplicar al área en que se va a inyectar una solución antiséptica y analgésica, debe advertirse al paciente que no debe cerrar la boca ni mojar el área con saliva.

El cirujano separa el carrillo con el dedo índice izquierdo de manera que los tejidos estén firmes y los límites óseos aparezcan claramente.

La línea oblicua se palpa con el dedo índice. - El dedo colocado en la fosa retromolar descansa sobre la línea oblicua y su punto o la punta de la uña quedan sobre la línea milohioidea. Cuando se introduce la aguja en los tejidos, el dedo se mantiene en esta posición.

Se lleva la jeringa hacia los tejidos para efec-

tuar la punción.

El cuerpo de la jeringa descansa sobre la zona de premolares del lado opuesto de la boca al sitio de la inyección, dirigiendo la aguja hacia el punto de inyección. Se introduce la aguja a una profundidad de 2cm. con lo cual se pone en contacto la aguja con el hueso.

El bisel de la aguja debe estar vuelto hacia el hueso; se retira ligeramente la aguja y se inyecta lentamente la solución anestésica, que no debe salir en forma de chorro, sino gota a gota.

Cuando se está inyectando la última parte de la solución en el tejido del espacio pterigomandibular, se retira la aguja muy lentamente hasta que su punta queda colocada en el espacio pterigotemporal; en este sitio se inyectan 0.5 cm, para anestesiar el nervio lingual.

Bloqueo de las Ramas del Nervio Buccinador o Bucal Largo:

En algunas ocasiones, durante la inyección en el espacio pterigomandibular, se produce la anestesia del nervio buccinador. Otras veces a pesar de practicarse es-

ta inyección no se produce la anestésia de dicho nervio. En la mayoría de los casos es necesario anestesiar el nervio buccinador cuando se quiere hacer una extracción de -- dientes mandibulares.

Dicho nervio inerva el mucoperiostio de la parte posterior del vestibulo, la mucosa de la fosa retromolar y el tejido blando que se encuentra por arriba de éste.

Generalmente se infiltra en forma satisfactoria por una inyección en el vestibulo frente al segundo molar inferior, o bien por una inyección en el carrillo sobre su trayecto o distribución.

ANESTESIA PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES IMPACTADOS.

Anestesia de los Nervios Dentarios Posteriores.

Los nervios dentarios posteriores, nacen del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, antes de la entrada de este último al conducto infraorbitario. En números de uno o dos o varios, se dirigen hacia abajo, abandonando la fosa nombrada anteriormente, recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios en número variable (los agujeros dentarios posteriores y superiores) que se hallan situados en la tuberosidad a 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior. Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervan el tercer molar primero y segundo molar superiores.

TECNICA:

El paciente abre la boca para permitir al operador, con un espejo bucal, estirar la comisura del lado a anestesiar. Se toma la jeringa con la solución anestésica y se punza en el fondo del surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar. (en caso de existir el tercero, ésta es la guía a seguir; faltando el último molar

se debe realizar la punción a nivel de la raíz mesial del segundo).

Después que la aguja ha atravesado, con su bical hacia el hueso, la mucosa bucal y el buccinador, se despo- sitan algunas gotas de anestesia y se avanza, en un ángulo de 45 grados con el plano oclusal de los molares superio- res, llevando la punta de la aguja hacia arriba, atrás y a- dentro, en dirección de los orificios dentarios superiores. Por lo tanto, la jeringa debe ser dirigida afuera y deba- jo, en contacto con la comisura bucal, para lograr dicho - efecto.

La aguja debe penetrar dos centímetros después - que ha atravesado el surco. A nivel de los orificios bus- cados se depositan a 2 c.c. de solución.

Es una guía importante llevar siempre la aguja - en contacto con el hueso, evitando así puncionar órganos - anatómicos importantes, tales como la arteria maxilar inter- na o el músculo pterigoideo externo; esto puede suceder -- cuando la aguja se ha introducido más de dos centímetros - atrás y arriba de los orificios dentarios. La punción de - los vasos trae como consecuencia hematomas de considera- ción.

ANESTESIA AL NERVIJO PALATINO ANTERIOR.

El Nervio Palatino Anterior, desciende a la bóveda, por el conducto palatino posterior, inerva la fibromucosa de la encía palatina y se dirige hacia adelante anastomosándose con el esfenopalatino interno (nasopalatino).

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media del borde gingival. A nivel de este orificio debe buscarse el nervio.

La anestesia de los nervios palatinos se realiza por lo común, como anestesia de complemento o cierre de -- circuito. Los síntomas de la anestesia no son en tales ocasiones muy visibles, porque predominan por síntomas de la anestesia principal.

Nervio Palatino Posterior:

Esta Inyección sirve para anestésiar los tejidos blandos del paladar, desde el comienzo de la parte blanda del mismo, hasta el canino del lado donde se hizo la punción. El área anestésiada está inervada por el nervio palatino posterior para ir adelante por el surco palatino -

hasta el árcos correspondiente del paladar, hasta el diente canino, donde se anastomósa con el nervio nasopalatino,

TECNICA:

La punción se realiza del lado próximo a la bisectriz imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior a lo largo de la de raíz palatina media, insertando la aguja desde el lado opuesto de la boca.

Puesto que solamente se anestesia aquella parte del nervio palatino largo que ya ha traspasado el foramen palatino posterior con la guja, ya que dicha penetración — o el depositar una excesiva cantidad de anestésico, a nivel orifício, haría que la solución alcanzase los nervios palatinos medios y pequeños, anestesiando entonces el paladar blando.

Esta inyección, anestesia la membrana mucosa — del paladar desde la tuberosidad hasta la región canina, y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado.

Existe peligro de introducir la aguja en el conducto al trabajar en esta forma en la boca, además siempre existe el peligro de introducir la aguja en un conducto ce

rrado, además es difícil evitar la penetración de vasos --
con la aguja cuando se encuentran relativamente fijos. Con
este procedimiento es fácil producir hematomas y otras le-
siones traumáticas, así como necrosis.

CAPITULO VIII

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La erodoncia del tercer molar es esencialmente un problema mecánico. además se confabulan una serie de factores para hacer de ésta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad de hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

Esta operación consta de varios tiempos:

a) **INCISION.**- La incisión esta condicionada por el tipo de retención.

b) **OSTEOTOMIA.**- Es la eliminación del hueso, -- puede hacerse con instrumentos de Winter o escoplos y fresas.

c) **EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.**- Es la eliminación del molar retenido una vez practicada la osteotomía, se realiza con palancas apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal -- del segundo molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

El tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocada en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada; normal (sin desviación) desviación bucal, desviación lingual o en desviación bucolingual, cara mesial inaccesible y cara mesial accesible.

En las desviaciones bucal, lingual y bucolingual la variación de las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso 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. Considerando solo la extracción del tercer molar con cara mesial accesible, inaccesible y retención vertical en ausencia de dientes vecinos.

- 1) Retención Vertical, sin desviación, Cara Mesial Accesible:

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA:

Para realizar la osteotomía distal en esta clase de retenciones, se utilizará una fresa cilíndrica gruesa y para realizar la osteotomía se utilizará una fresa redonda de carburo de tungsteno ambas.

INCISION:

Se inicia un centímetro por detrás del segundo molar, llega hasta esta cara y se prolonga hacia adelante, contorneando el cuello de los dientes hasta la cara distal del primer premolar.

OSTEOTOMIA:

Separados los labios de la incisión, y apartando el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde distal óseo a resecarse. La fresa se 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 PROPIAMENTE DICHA:

El elevador recto se introduce en el espacio interdentario y se mueve alrededor de su eje en sentido distal, descansando al borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio entre segundo y tercer molar.

Por el mismo mecanismo de acción el elevador recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás. Puede también ser apoyado sobre la cara distal del segundo molar

y dirigiendo el instrumento (mesial) la hoja del instrumento desplaza entonces al molar hacia atrás. El segundo molar, usado como punto de apoyo deberá estar íntegro en su corona, sólido del macizo radicular.

Está indicada la extracción por odontosección en aquellos casos de raíces divergentes con extraordinaria cementosis.

En caso de que el tercer molar esté muy vecino a la rama, puede extirparse la parte distoclusal de la corona.

2) Retención Vertical, sin desviación:

CARA MESIAL INACCESIBLE.

El ángulo mesio oclusal 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 elevar el diente, no es accesible. Es necesario por lo tanto, preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA:

INCISION. El tipo de incisión es la misma que la anterior.

ANESTESIA AL NERVIIO PALATINO ANTERIOR.

El Nervio Palatino Anterior, desciende a la bóveda, por el conducto palatino posterior, inerva la fibromucosa de la encía palatina y se dirige hacia adelante anastomosándose con el esfenopalatino interno (nasopalatino).

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar y equidistante de la línea media del borde gingival. A nivel de este orificio debe buscarse el nervio.

La anestesia de los nervios palatinos se realiza por lo común, como anestesia de complemento o cierre de circuito. Los síntomas de la anestesia no son en tales ocasiones muy visibles, porque predominan por síntomas de la anestesia principal.

Nervio Palatino Posterior:

Esta Inyección sirve para anestesiarse los tejidos blandos del paladar, desde el comienzo de la parte blanda del mismo, hasta el canino del lado donde se hizo la punción. El área anestesiada está inervada por el nervio palatino posterior para ir adelante por el surco palatino -

OSTEOTOMIA:

El objeto de la intervención es eliminar suficiente cantidad de hueso como para poder ver las resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso. En el tipo de retención vertical cubierta por hueso. La eliminación de este hueso, y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial, para aplicar el elevador, puede ser realizada a fresa (con fresa redonda).

Esta eliminación de hueso se realiza, sobre la tapa ósea, se hace una serie de perforaciones, que lleguen profundamente hasta el molar retenido. Se hacen los orificios creados por la fresa, con una fresa de fisura delgada

La eliminación de tejido óseo debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar.

Resección Osea en Distal:

Con una fresa de fisura gruesa se realiza la osteotomía del 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 Osea en Mesial:

El objeto de esta resección mesial es obtener un espacio suficiente para colocar la hoja del elevador. Se realiza con una fresa redonda.

Hay que tratar de realizar esta osteotomía mesial a expensas del hueso vecino al molar a extraerse, dejando intacto en lo posible el hueso que cubre el segundo molar en lo distal y bucal.

Extracción propiamente dicha:

Es aconsejable usar elevadores de Winter 1, 2, 3 o elevadores de hojas finas. El instrumento penetra con una angulación de 45 grados respecto al eje del molar. El elevador se abre camino en la vía osea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara del tercer molar. Llegando a ésta y con apoyo en el borde óseo y en la cara distal del segundo (siempre que sus condiciones lo permitan) se trata de luxar el diente hacia distal, con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal.

Luxando el molar, se elimina con un elevador de Winter número 10 de aplicación bucal, o haciendo palanca con un elevador de hoja fina, colocado por el lado bucal, entre la corona del molar y la tabla ósea externa. Si no -

Ambiera posibilidades de introducir estos instrumentos a nivel de la cara bucal, se practica con una resa redonda - una muesca u orificio en la parte media del hueso bucal. - Este nueva vía facilita la colocación del elevador y la extracción del molar.

3) Retención Vertical. Ausencia de Dientes vecinos:

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad, o sólo faltar el segundo molar. En el primer caso, generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios. Es frecuente que desdentados totales, portadores de prótesis, sientan molestias originadas por terceros molares retenidos. Su eliminación se impone.

El tercer molar se puede presentar de varios modos; la retención puede ser parcial o total y totalmente - intraósea o subgingival.

Para su extracción es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, como para poder llegar a la cara mesial y aplicar allí los elevadores.

INSICION:

En caso de retención total, se prefiere la insi-

ción angular o la que se ha descrito en los casos anteriores, que permiten descubrir ampliamente el hueso. La rama longitudinal de la incisión es trazada a nivel un poco más adelante del borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular. En las retenciones parciales la incisión se puede hacer como en los casos anteriores.

OSTEOTOMIA:

La osteotomía se hace con fresa redonda grande de carburo y siguiendo la técnica de los casos anteriormente ya descritos.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Los elevadores que se utilizan para este tipo de retención son los de banderas y rectos.

Se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alveolo (la osteotomía prepara la vía). 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, se gira el mango del instrumento en sentido mesial - con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia

distal.

Cuando se presenta con la cara mesial inaccesible, debe emplearse el método de odontosección con fresas, del molar, según su eje menor y la extracción de cada parte por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO. EN POSICION MESIOANGULAR

En la extracción de este molar en esta posición, se aunan dos problemas quirúrgicos, que hay que resolver:

LA OSTEOTOMIA:

En general el molar retenido está alojado más profundamente en el hueso y 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 buenas medidas que evitan traumatismos óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alveolo debe trazar un arco, para la realización del cual se oponen los dos elementos antes mencionado; el punto de contac

to y el hueso distal. En muchas ocasiones, aún eliminando todo el hueso distal, que se opone al trazado del arco, - la extracción se ve impedida por el contacto que las cúspides mesiobucal y mesiolingual del tercer molar realizan sobre la cara distal del segundo en la porción de la corona o en la cara distal de la raíz distal, por debajo de la línea cervical. Resulta en estas ocasiones, un problema mecánico ya que difícilmente se puede elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales.

1) Retención Mesioangular, sin desviación
Cara Mesial accesible o inaccesible.

Extracción por Osteotomía a fresa:

INCISION:

Se puede utilizar cualquiera de las dos mencionadas con anterioridad. 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 distal en una distancia aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar elevadores aplicados 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 traumatismo y laceración del

rodete gingival interdentario se traza una incisión bucal desde el borde de la encía, hacia abajo, y ligeramente adelante.

OSTEOTOMIA:

La fresa está muy indicada en este tipo de retención. La técnica de su uso.

Con una fresa redonda grade colocada en la pieza de mano, se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hasta el molar retenido. El contacto nos dará la sensación necesaria, que entonces nos advertirá la presencia del molar retenido. La porción ósea entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar se elimina con un golpe de escoplo. Este instrumento se coloca con su bisel dirigido hacia distal, tratando de colocarlo entre la cara distal del molar y el hueso a resecar. Con un golpe de escoplo se hace saltar esa porción ósea distal.

La cantidad de hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se elimina mejor con una fresa de fisura.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

El elevador se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual, actuando este primero como una cuña. Con ligeros movimientos giratorios del mango del instrumento dirigidos hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio.

La parte plana de la hoja del elevador se aplica contra la cara mesial del tercer molar; su borde inferior, sobre el borde superior del espacio interdentario.

Dirigiendo el mango del instrumento en sentido mesial, y de acuerdo con la disposición y forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para elevar el molar. La eliminación del molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y vencido el contacto entre el segundo y tercer molar, con una pinza para molares o con el mismo elevador.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION

La odontosección puede aplicarse de dos distintas formas: se divide al diente según su eje mayor, o bien se divide según su eje menor (cortando la porción de la corona).

Ambas operaciones pueden realizarse con o sin ostectomía.

En unos casos ella es imprescindible; en otros -- puede seccionarse el diente sin la resección ósea previa.

Cuando se usan fresas para el seccionamiento del molar retenido (en este caso secciéndolo por su eje menor), se usara una fresa de fisura grande, ésta se dirige de bucal a lingual, tratando de seccionar, en toda su amplitud, la corona del molar retenido.

La extracción de la corona después de seccionar el diente según su eje menor se realiza por medio de elevadores finos. Luego de seccionado el molar, se introduce el elevador en el espacio creado por la fresa. Este espacio es de gran utilidad, pues a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y luego hacia distal.

A esta altura del problema quirúrgico, hay que volver a considerar la cara mesial de la corona, accesible o no a los elevadores. Si se puede fácilmente abordar, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre su cara mesial y el borde óseo y se eleva la corona.

La porción radicular puede extraerse por medio - de elevadores rectos o curvos, se introduce el elevador en

tre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. Se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal. Según el lado bucal. Según la disposición y la forma radicular, será mayor o menor el esfuerzo a realizarse. En caso de gran divergencia radicular o gran cementosis, puede ser de utilidad separar las dos raíces con una fresa de fisura. Cada raíz se extrae por separado con elevadores rectos.

Se inspecciona la cavidad ósea una vez terminada la extracción se retiran las esquiras, se lava perfectamente, se adaptan los labios del colgajo y se practican dos o tres puntos de sutura.

RETENCION MESIOANGULAR, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Puede presentarse algunas veces la ausencia del segundo molar, significando esto la desaparición del punto de contacto mesial.

En este tipo de presentación del molar, la técnica quirúrgica debe vencer solamente las resistencias óseas que cubren el molar. La osteotomía se puede hacer a fresa. La odonto sección solo se aplica en casos de cementosis o divergencia de las raíces.

Es importante el estudio radiográfico del molar

a extraer, ya que en algunos casos, cuando se aplica una fuerza exagerada para su extracción, sin dividir el diente puede originarse fácilmente la fractura de la mandíbula.

INCISION:

Es el mismo tipo de incisión que para cuando existen dientes vecinos.

OSTEOTOMIA:

El lado distal se opera con una fresa de fisura y el lado mesial con una fresa redonda grande.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Se utilizan los elevadores angulares de Ish, que se aplican en mesial. Se coloca la hoja del instrumento hacia mesial, con lo que se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba. La fuerza aplicada al elevador está de acuerdo con el grado de osteotomía o disposición radicular.

Los elevadores rectos, pueden ser colocados en la pared externa del hueso y la cara bucal. Por movimientos rotatorios del mango del instrumento de derecha a izquierda, se consigue luxar el molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR.

La posición distoangular no es frecuente. Cuando así se presenta los métodos para su extracción suelen ser laboriosos.

Las dificultades de la extracción reside en la posición del molar, que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, es decir, hacia la rama ascendente y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con esta rama.

La extracción del tercer molar aislado, se realiza por procedimientos semejantes a los vistos en la retención vertical, con las diferencias que la posición distoangular, origina en las técnicas.

1) Extracción por Osteotomía a fresa y escoplo.

La extracción del tercer molar en distoverción generalmente exige el sacrificio de una considerable cantidad de hueso.

INCISION:

Existiendo o no el segundo molar, debe realizarse una larga incisión que permita un colgajo amplio que

descubra perfectamente el campo operatorio. Esta incisión parte desde dos centímetros por detrás de la cara distal -- del segundo molar y corre próxima a la cara interna del alveolar.

Llegada la incisión a la cara distal del segundo rodea esta cara y la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y adelante. Se separan los labios de la incisión -- y se mantienen los colgajos separados para permitir una -- perfecta visión del hueso a reseca.

OSTEOTOMIA:

Resección de Hueso Distal:

Con un escoplo recto se practica la osteotomía -- de la porción distal y de la que cubre la cara triturante del molar retenido. La cantidad de hueso a reseca, por el lado distal, debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. Con fresa redonda grande puede aumentarse, en dirección distal, el nicho óseo que el escoplo crea.

OSTEOTOMIA MESIAL:

Con una fresa redonda, se reseca el hueso que --

cubre la cara mesial de la corona y tercio superior de la raíz del tercer molar; es decir se elimina el tabique interdentario. Con este modo de proceder se habrá suprimido la resistencia ósea que se oponga a la extracción y disminuído los riesgos de una fractura dentaria o del maxilar, por exceso de fuerza ejercida en el acto de aplicación de los elevadores.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Es necesario valernos de los elevadores de Winter. Un elevador número doce, es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, tratando de moverlo, igual operación se efectúa en distal (apoyando sobre la cara triturante y en lingual).

Estas sucesivas aplicaciones luxan el diente retenido, cuya elevación se completa con un elevador delgado colocado en el lado distal, entre la cara triturante y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia adelante, se eleva el molar, cuya extracción es completada con un elevador # 10 de aplicación bucal (elevador de bandera).

2) Extracción por Odontosección.

Las dificultades que presenta la extracción - del tercer molar en posición distoangular, sobre todo en -

aquellas en que el diente está rodeado en todas sus caras por hueso, exige la aplicación del método de división del diente.

Para ser extraído el tercer molar en posición distoangular debe trazar un arco y dirigirse en dirección de la rama ascendente. La proximidad de la cara triturante o del borde distotriturante del molar con el hueso de la rama ascendente, obliga a suprimir el trozo de diente que se opega a la realización del arco.

La odontosección se realiza como en las otras retenciones con fresas. En esta retención es necesario cortar el diente según su eje menor.

Dada la colocación del molar, la sección de la corona debe realizarse con una fresa de fisura. La fresa debe dirigirse paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce al espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa. Habiendo dificultad para atacar al diente a la altura de su cuello, es necesario desgastar previamente el esmalte coronario con una fresa de diamante, la cual prepara una muesca en el diente, que facilita el corte de la fresa con la que se cortará la corona. La fresa secciona el diente, se

parando la corona de la raíz.

A) Extracción de la Corona:

Para poder efectuarla se introduce un instrumento delgado (un elevador) en el espacio creado por la fresa, y se comprueba si se ha realizado la separación de los dos elementos. Se proyecta la corona todo lo distalmente que le permita el hueso y se vuelve a colocar en contacto con el muñón radicular. La extracción de la corona no es problema, una vez seccionado el molar. Se extrae la corona con un elevador buscando la vía menos de resistencia.

B) Extracción de la Raíz:

Depende la forma y disposición de las raíces.

Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces. Se hace una ligera osteotomía en el tabique interdentario con una fresa de fisura. En esta cavidad se introduce un elevador delgado (#1 de Winter) y girando el mango del instrumento hacia atrás y hacia adelante, la raíz se dirige según la curvatura de sus raíces, en dirección de la cavidad donde estaba alojada la corona.

La extracción se termina con una pinza de algodón o con una pinza de disección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL

Para la extracción del tercer molar retenido en posición horizontal pueden aplicarse iguales técnicas que las usadas en la retención mesioangular. Aunque se prefiere el método por odontosección¹, disminuyendo el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos postoperatorios son menores.

1) Extracción por Osteotomía a fresa y escoplo:

La resección del hueso que cubre el molar, -- puede realizarse por medio de escoplos o fresas.

INCISION:

Se hace una incisión que permita descubrir la cara bucal del segundo molar, se puede usar algunas de las -- enunciadas anteriormente.

OSTEOTOMIA:

Se hace con una fresa redonda grande, se reseca el hueso distal, si la cara mesial no es accesible, se --- practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

Para la extracción del tercer molar retenido en posición horizontal pueden aplicarse iguales técnicas que las usadas en la retención mesioangular. Aunque se prefiere el método por odontosección¹, disminuyendo el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos postoperatorios son menores.

1) Extracción por Osteotomía a fresa y escoplo:

La resección del hueso que cubre el molar, -- puede realizarse por medio de escoplos o fresas.

INCISION:

Se hace una incisión que permita descubrir la cara bucal del segundo molar, se puede usar alguna de las -- enunciadas anteriormente.

OSTEOTOMIA:

Se hace con una fresa redonda grande, se reseca el hueso distal, si la cara mesial no es accesible, se --- practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Con un elevador recto colocado entre la cara me-

sial del molar y el borde óseo, se dirige al molar hacia arriba y hacia el lado distal.

2) Extracción por Odontosección.

Se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, aplicando el procedimiento de la odontosección.

a) Extracción del Molar seccionado según su eje menor:

Se corta el diente a la altura del cuello con una fresa de fisura, la extracción de las partes seccionadas se realiza de la misma manera como se hace en el caso de la retención mesioangular.

b) Extracción del Molar seccionado según su eje mayor:

Este método es aplicable cuando la corona del tercer molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal. Se practica la sección con un escoplo de hoja ancha. Este instrumento se aplica sobre el centro de la cara triturante. Dividido el molar en dos porciones (mesial y distal), se extraen ambas por separado.

EXTRACCION DE LA PORCION MESIAL:

En algunos casos la porción mesial está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo

molar. En estos casos es útil separar en dos partes la -- porción mesial, seccionándola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre la cara distal, con la misma fresa de fisura o con una fresa redonda, en este orificio se introduce un instrumento, puede ser una cucharilla, y se elimina la raíz traccionándola hacia mesial.

RETENCION HORIZONTAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

El molar puede encontrarse en total retención ósea o subgingival. La accesibilidad de la cara mesial determinaría la cantidad de osteotomía necesaria.

No existiendo el segundo molar, la aplicación -- del elevador puede hacerse sobre la cara mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba y hacia distal sin la traba -- que representa el segundo. Por lo tanto el tercer molar, en algunas ocasiones, puede extraerse sin ser seccionado, aplicando las técnicas para la retención mesioangular, con las variantes que impone la horizontalidad del molar.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

Si se presenta en estas condiciones, su cara tritu

rante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

Estos molares se presentan, en un gran porcentaje de los casos, con sus raíces incompletamente formadas.

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, - en cantidad variable. Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior (como el molar está girado, puede ser la cara bucal o distal), el hueso de la tabla interna (que cubre la cara triturante) y la superficie cantidad hueso distal, para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA:

INCISION:

La tabla anterosuperior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso. La rama vertical del segundo molar, y se continúa hacia afuera, adelante y abajo.

OSTEOTOMIA:

Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante.

Levantados los colgajos, se elimina con fresa de figura. Es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletamente formadas (son en realidad coronas), tienden a rodar en el interior de la cavidad alveolar y es difícil lograr elevarlos. La técnica de osteotomía debe ser completamente con la odontosección.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Eliminada suficiente cantidad de hueso que cubre el molar retenido, se introduce un elevador, entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

Extracción por Odontosección:

La técnica de odontosección, aplicada a este tipo de terceros molares es la que da más cantidad de éxitos. Seccionados con fresa redonda a nivel del de su cuello --- (cuando poseen raíces) o seccionando la corona (cuando se trate de corona sin raíces), se elimina cada fragmento con un elevador o una pinza de Kocher curva pequeña; este instrumento logra sujetar y elevar, mejor que el elevador, -- los segmentos seccionados por la fresa.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCAL

La cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla. La extracción del tercer molar en esta posición sigue los mismos principios que la descrita anteriormente. La sección del diente en sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal, simplifica el problema. Las partes se extraen por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

La técnica a emplearse varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen previa resección del hueso que cubre la cara más cercana del borde alveolar, que es la distal. La odontosección se realiza con una fresa de fisura, según el eje mayor del diente, y dividiendo a éste en dos elementos. Según la posición del molar se puede extraer primero la raíz o la corona, y a expensas del espacio creado se elimina la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen -

un serio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y -- una cuidadosa odonto sección del molar, además de una ju- ciosa y bien estudiada conducta para su extracción se pue- den emplear los diversos tipos de elevadores. (bandera, -- recto, etc.)

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Como la extracción del tercer molar inferior y en la de todo diente 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.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION VERTICAL

INCISION:

Puede usarse la incisión de dos ramas, que se llamaran bucal y anteroposterior. La rama anteroposterior 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 periostotomo, y se sostiene con un separador.

OSTEOTOMIA:

El hueso que cubre la cara triturante se elimi-

na con fresa o con escoplos.

En ciertos casos el hueso a nivel de la cara tri- turante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es menester, en todos los tipos de terceros molares superiores, ver por lo menos, la cara bucal y mesial del molar retenido.

VIA DE ACCESO A LA CARA MESIAL:

La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. - Si es accesible no se requiere ninguna maniobra previa. - Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto o con una fresa redonda.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Se penetra la punta de un elevador recto en el espacio existente entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza merced a un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo co

no cuña. En esta primera parte de su movimiento para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar al tercer molar. Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas; el molar debe ser dirigido hacia abajo, hacia afuera y atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante, con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxado el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones eliminarlo con la forma usual de extracción para un tercer molar superior.

Extraído el molar, revisados los bordes óseos, - en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se coloca el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION MESIOANGULAR

La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en la extracción; la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo. A nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin -

necesidad de seccionar el molar 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 triturante 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, por que el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es necesario también eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

INCISION:

Es igual que la incisión para la retención vertical.

OSTEOTOMIA:

Se realiza de la misma manera que en el caso anterior de retención, solo que en este caso se requiere de una mayor escisión de hueso en distal, para descubrir al diente hasta el nivel de su cuello

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial del diente y se hacen movimientos rotatorios para luxarlo, el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mes-

sial, y luego los movimientos del elevador dirigen al diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR: EN POSICION DISTOANGULAR

INCISION:

La rama anteposterior debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarres en la encía.

OSTEOTOMIA:

Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante, ni hacia distal. Solo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA:

Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se emplearán los elevadores de bandera. Estos instrumentos, que actuarán en su función

de cuñao de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero, se empleará en primer lugar, el elevador izquierdo para el lado derecho (y viceversa) y luego el elevador correspondiente. La insuficiencia de espacio interdentario invita a esta maniobra.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION PARANORMAL:

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el tercer molar en posición paranormal, no permite fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos. Algunos indican la extracción del segundo molar y aún del primero. Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión.

CAPITULO IX

EL POSTOPERATORIO

Son el conjunto de maniobras que se realizan -- después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

Tratamiento Local Postoperatorio:

Terminada la operación, se lava la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada de agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución del mismo medicamento.

Fisioterapia Postoperatoria:

El empleo de agentes físicos, como elementos -- postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Son el frío y el calor

Se emplea bajo la forma de bolsas de hielo o -

toallas mojadas de agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios.

El frío se usa por períodos de quince minutos, seguidos de un período de descanso de otros quince minutos. Esta terapéutica sólo se aplica el primer día de operación. Prolongada por más tiempo, su acción es inútil, pero no perjudicial.

La acción del frío puede ser complementada con el empleo de una solución del sulfato de magnesia (100 gramos en medio litro de agua), esta solución se usa fría en lugar del agua, empapando una pequeña toalla y aplicándola en lugar indicado; el resto de la solución se guarda en el congelador, para mantenerla fría; el sulfato de magnesio tiene una acción terapéutica para reducir los edemas.

Calor. Se emplea con el objeto de madurar los procesos flogísticos; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

Cuidados de la Herida:

Las heridas en la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. Ya que la naturaleza misma, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria.

En términos generales un alveolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores. Si hay que extraer los puntos de sutura esto se hará el segundo día en caso de las suturas sobre el alvéolo del tercer molar, ya que después del segundo día la sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones.

Extracción de los Puntos de Sutura:

La técnica es la siguiente; se pasa sobre el hilo a extraerse, un algodón mojado en tintura de yodo o merthiolato, con el objeto de esterilizar la parte del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección, o pinza de algodón, un extremo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo, como para permitir obtener un trizo de éste por debajo de el nudo para poder cortarlo a este nivel.

Con una tijera tomada con la mano derecha, se corta el hilo.

La mano izquierda tracciona el hilo, tomándolo próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos. Es importante procurar que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos. De esta manera se eliminan todos los puntos de sutura, procurando no lastimar la encía, ni entredobrar los labios de la herida.

Alimentación del recién operado:

La primera comida la hará 6 horas después de operado, que consistirá en una taza de té o leche tibia, 6 horas después podrá comer, pero dieta blanda (gelatina pura de papa, jugo de tomate, caldo con jugo de carne - etc.).

Instrucciones para los pacientes:

Antes de despedir al paciente debe dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, anti-inflamatorios, analgésicos etc...).

Instrucciones para los Pacientes:

Cuando llegue a su casa, después de la operación, conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos y quince minutos de descanso, por término de varias horas.

No realizar ninguna clase de enjuagatorios a menos que se hubiera prescrito lo contrario, por el término de tres horas.

Si se hubiera dejado alguna gasa protectora en la boca, retirarla al cabo de una hora.

En caso de sentir dolor tomar una tableta del medicamento que se indique.

Si existiera una hemorragia mayor de lo normal, el paciente puede realizar un taponamiento de urgencia, - colocando sobre la herida un trozo grande de gasa esterilizada, sobre la cual se deberá morder durante treinta minutos.

La alimentación durante las primeras seis horas deberá ser líquida. Después puede tomar alimentación blanda.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- **Archer Williams Harry.**
Atlas de Cirugía Bucal paso por paso de
Técnicas Quirúrgicas. (tomo I).
Editorial : Mundi.
Buenos Aires. 1968.
- 2.- **V. Zegarelli Edward.**
Diagnóstico en Patología Oral.
Editorial ; Salvat.
Mexico 1977.
- 3.- **Costich Emmett R.**
Cirugía Bucal.
Editorial ; Interamericana.
México 1974.
- 4.- **Kruger Gustav O.**
Cirugía Bucal.
Editorial ; Interamericana.
Primera edición. 1960.
- 5.- **Guralnick Walter C .**
Tratado de Cirugía Oral.
Editorial ; Salvat.
Barcelona 1971.
- 6.- **Ries Centeno Guillermo.**
Cirugía Bucal.
Editorial ; Ateneo.
Edición ; Séptima 1975.
- 7.- **Stearling V. Mead.**
La anestesia en Cirugía Dental.
Editorial; UTEHA.
Edición Segunda.

C O N C L U S I O N E S

Los temas desarrollados en este trabajo, son -- las bases para la intervención quirúrgica de los terceros molares incluidos, ya que debemos tener en cuenta que para cada paciente el problema o las características que se observan son variables.

Un estudio adecuado y la valoración de cada caso nos proporcionará las características de la alteración y mediante éste, podremos efectuar el tratamiento a seguir.

El conocimiento y la habilidad son factores importantes para llevar a cabo una intervención quirúrgica con éxito.

8.- Thoma Kurt H.
Cirugía Bucal.
Editorial; UTENA.
México. 1955.

9.- Costich White.
Cirugía Bucal.
Editorial Intramericana.
México. 1974.

10.-G.A. Ries Centeno.
El Tercer Molar Inf. Retenido.
Editorial; El Ateneo.
Buenos Aires. 1960.