

580

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO**

**T E S I S**

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

**MARIA DEL SOCORRO LOPEZ RENTERIA**

**México, D. F.**

**14965**

**1979**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# I N D I C E

	PAG.
<b>CAPITULO I. GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS.</b>	
a).- Definición	1
b).- Patogenia	2
c).- Accidentes causados, por los dientes retenidos	3-6
<b>CAPITULO II. EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.</b>	
a).- Particularidades	7
b).- Clasificación	8-16
c).- Indicaciones y Contraindicaciones	16-17
<b>CAPITULO III. PREOPERATORIO.</b>	
a).- Historia Clínica.	18-21
b).- Pruebas de laboratorio	21-22
c).- Consideraciones Radiográficas	22-25
d).- Diagnóstico	25
<b>CAPITULO IV. TRANSOPERATORIO.</b>	
a).- Instrumental	26-27
b).- Técnicas Quirúrgicas	27-42
<b>CAPITULO V. POSTOPERATORIO.</b>	
a).- Tratamiento Inmediato	43-44
b).- Tratamiento Mediato	44-46

## I N T R O D U C C I O N

Este trabajo que presento persigue como finalidad fundamental, servir como guía y fuente de consulta, pero sobre todo la obtención de un criterio maduro por parte del lector, capacitar al estudiante de la materia a fin de que conozca el panorama tan amplio que, los métodos quirúrgicos ponen a su alcance en el tratamiento de éstos pacientes.

Para lograr en esta forma una aplicación y un manejo eficiente durante el ejercicio, y la práctica de la profesión.

No solo al tratar estados anormales, sino que lo utilizan como medida preventiva y terapéutica, ya que los terceros molares considero tienen interés, clínico desde que se forman hasta que se extraen.

Por lo que respecta a la medida terapéutica dejare al criterio del odontólogo, el tratamiento ya que para algunos considero piensan en la posibilidad de que el tercer molar sirva como apoyo, a un puente o emigrar ocupando el lugar del segundo molar que se haya perdido por caries.

En síntesis la cirugía del tercer molar inferior, requiere una gran habilidad técnica y un claro raciocinio, y que los problemas asociados a estas técnicas requieren cuidados absolutos hacia el paciente, una terapéutica racional antibiótica -- anestesia, baño nutritivo, habilidad y juicio quirúrgico.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

#### A).- DEFINICION.

Se denominan "dientes retenidos" (dientes incluidos, impactados) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas retención intraósea, y retención gingival.

Retención intraósea.- Cuando el diente está completamente rodeado por tejido óseo.

Retención gingival.- Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

El número de dientes retenidos en un paciente es variable.

#### B).- PATOGENIA.

El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico, el diente está destinado a hacer su erupción normal, y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización del normal trabajo que le está encomendado.

Razones por las cuales el diente no hace erupción.

1.- Razones embriológicas. La ubicación especial de un ger

men dentario, en un sitio muy alejado del de normal erupción; el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción, en posición viciosa sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

2.- Obstáculos mecánicos. Que pueden interponerse a la erupción normal.

a).- Falta material de espacio se pueden considerar varias posibilidades, el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar), y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene su germen situado en lo más elevado de la fosa canina.

Completada la calcificación del diente, y en los maxilares de dimensiones reducidas no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada, se lo impiden el incisivo lateral y el premolar ya erupcionados.

b).- Hueso de tal condensación que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción.

c).- El impedimento que se opone a la normal erupción pue

de ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición viciosa de un diente retenido que choca contra las raíces de los - dientes vecinos.

d).- Elementos patológicos, pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos etc.

3.- Causas generales. Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar - trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de - dientes.

Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raqui tismo y las enfermedades que le son propias) tienen también in- fluencia sobre la retención dentaria.

#### C).- ACCIDENTES CAUSADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.

Todo diente retenido es susceptible de producir trastor- nos de indole diversa a pesar de que muchas veces pasan inadver- tidas y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

Esos accidentes pueden clasificarse en:

1.- Accidentes mecánicos.- Los dientes retenidos, actuan- do mecánicamente sobre los dientes vecinos pueden producir tras- tornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar- y en su integridad anatómica.

a).- Transtornos sobre la colocación normal de los dientes.

El diente retenido en su intento de "desinclusión" produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún - - trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivos, a los cuales desvia de su normal dirección, produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

b).- Transtornos sobre la integridad anatómica del diente.

La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino se traduce por alteraciones en el cemento (rizalitis) en la dentina y aun en la pulpa de estos dientes, como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole.

c).- Transtornos protéticos. Los pacientes portadores de prótesis que sus chapas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados.

Realizando un examen clínico y radiográfico descubrimos una protuberancia en la encía y nos aclara el diagnóstico de una retención dentaria.

El diente, en su trabajo de erupción, cambió la arquitectura del maxilar con las naturales molestias.

2.- Accidentes infecciosos.- Estos accidentes están dados, en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericóroneo



rio.

La infección de este saco puede originarse por distintas vías.

a).- Al hacer erupción el diente retenido, su saco se abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

b).- El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c).- La infección del saco folicular puede originarse por vía hemática, la infección del saco se traduce por procesos de distinta índole; inflamación local, con dolores, aumento de temperatura local, absceso y fistula consiguiente, osteítis, y osteomielitis, adenoflemones, y estados sépticos generales, procesos de pericoronitis de los terceros molares inferiores.

Los procesos infecciosos del saco folicular, que acabamos de considerar pueden actuar como infección focal produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia, sobre los órganos vecinos (como por ejemplo, el seno maxilar o las fosas nasales). La presencia de un diente retenido de trastornos diversos.

3.- Accidentes nerviosos.- Los accidentes nerviosos son bastante frecuentes por los dientes retenidos.

La presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos sobre sus nervios o sobre sus troncos mayores es posible se origine algias de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigémino).

La presión que el tercer molar ejerce en sus diversas formas de retención produce, a veces sobre el nervio dentario inferior, puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole.

4.- Accidentes tumorales.- Quistes dentigeros. Todo diente retenido es un quiste dentigero en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran del sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste en su crecimiento rechaza centrifugamente el diente originador.

## C A P I T U L O   I I

### **EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.**

#### **A).- PARTICULARIDADES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.**

Para una mejor comprensión de este capítulo antes que nada voy a mencionar sus particularidades del tercer molar.

La calcificación de la corona comienza a los 8 años y termina a los 12 años, en esta época da principio la calcificación de la raíz que llega a su término entre los 17 y 21 años generalmente al terminar la calcificación de la raíz la corona se encuentra al nivel del plan de oclusión, pero está cubierto por una mucosa cuyo espesor es variable.

Después de la calcificación y de que la corona se encuentra en el plano de oclusión el diente se haya colocado más próximo, a la cara interna que la externa, su cara mesial esta en contacto con la cara distal del segundo molar y su cara distal está separada del borde anterior de la rama ascendente por un espacio de 1 cm aproximado.

Su forma y tamaño de este molar tanto de su corona como de su raíz, es muy variable ya que en ocasiones se asemeja al de segundo molar y en otras al primero; lo más frecuente es que sea atípico.

Generalmente tiene una sola raíz que es de forma cónica -- puede tener dos raíces de las cuales una es mesial y la otra dis-

tal encontrándose en diferentes posiciones de las mismas.

En ocasiones se observan tres o cuatro raíces parcialmente desarrolladas. La mucosa que se encuentra tapizando la región del tercer molar se inserta a la altura del cuello de éste cuando ha hecho erupción, formando un anillo fibroso más espeso y resistente en la cara vestibular que por la lingual.

### B).- CLASIFICACION.

Dentro de los maxilares ocupan diversas posiciones como es ta colocado el molar y se clasifica con fines quirúrgicos.

El Dr. WINTER ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar, basandose en cuatro puntos esenciales.

1.- La posición de la corona.

2.- La forma radicular.

3.- La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar - retenido.

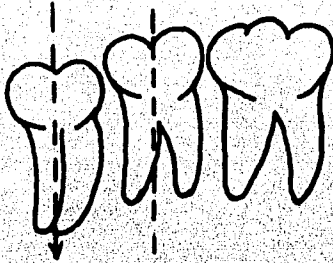
4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

## LA POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO

### I.- RETENCION VERTICAL.

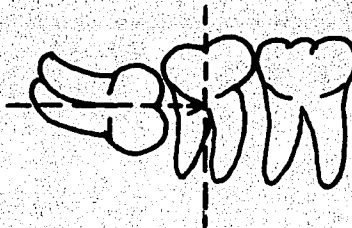
El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; su eje mayor es sensiblemente-

paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.



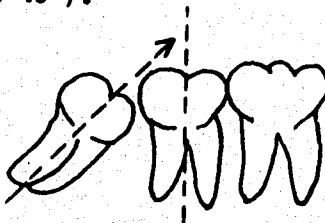
## II.- RETENCION HORIZONTAL.

El eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer, molar.



## III.- RETENCION MESIONAGULAR.

El eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable (al rededor de los 45°).



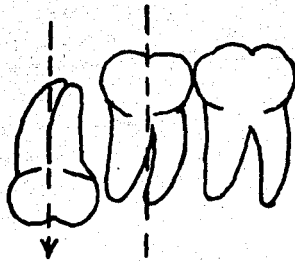
#### IV.- RETENCION DISTOANGULAR.

El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo que está desviado.



#### V.- RETENCION INVERTIDA.

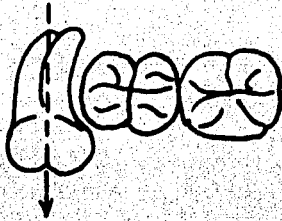
El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal.;



#### VI.- RETENCION BUCOANGULAR.

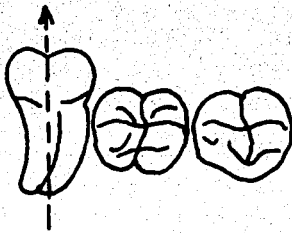
El tercer molar ya no ocupa como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es -

perpendicular al plano en que están orientados el segundo y el --  
primero, la corona del molar retenido está dirigido hacia bucal.



#### VII.- RETENCION LINGUOANGULAR.

El eje del diente es perpendicular al plano en que están-  
orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido -  
está dirigida hacia el lado lingual.



#### UBICACION DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADA.

Puede ocupar tres posiciones:

1.- NORMAL. El tercer molar sigue su posición oval de la-

arcada.



2.- PROYECCION BUCAL. El molar está dirigido hacia afuera del plano de la arcada.



3.- PROYECCION LINGUAL. La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

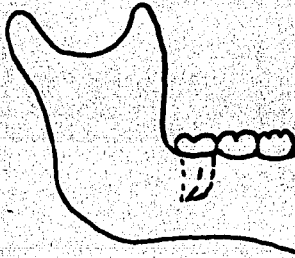




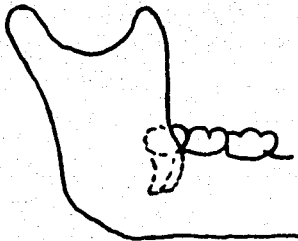
**RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.**

PELL y GREGORY, han clasificado en tres clases, las que están en directa dependencia con el acto quirúrgico.

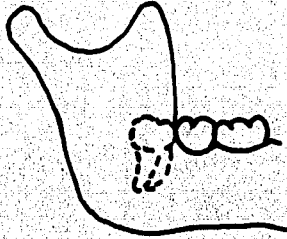
**CLASE I.** Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.



**CLASE II.** El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.



**CLASE III.** Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama.

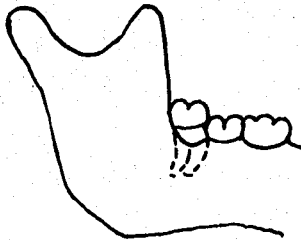


**PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.**

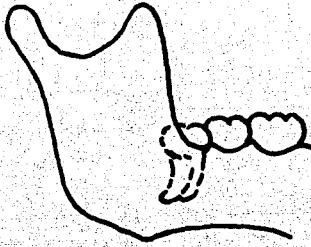
Los mismos autores estudian, la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo molar.

Estudian tres posiciones.

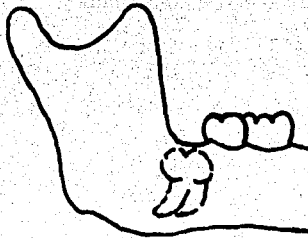
**POSICION A.** La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.



**POSICION B.** La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.



**POSICION C.** 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, de esta manera se consigue ubicar radiográficamente la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar, y el hueso circunvecino.

En la práctica, la clasificación del Dr. WINTER reúne todos los requisitos necesarios, para una mayor claridad se puede agregar a dicha clasificación la clase a que corresponde.

### C).- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Como en todas las intervenciones existen indicaciones y -  
 contraindicaciones para llevarse a cabo, en este caso son para -  
 la extracción del tercer molar inferior.

#### INDICACIONES.

a).- ANOMALIAS DE SITIO: Cuando el tercer molar se encuen-  
 tra retenido totalmente o semiretenido.

b).- Cuando el molar retenido cause molestias.

c).- Ostáculo para la erupción normal del segundo molar.

d).- Presencia de accidentes durante su erupción.

e).- Formación de infecciones, quistes, caries, necrosis-  
 de la pulpa, absceso periapical, resorción de raíces, irritación  
 crónica de los tejidos adyacentes etc.

f).- Por consideraciones ortodóncicas se cree causen pre-  
 sión en la posición de los demás dientes.

#### CONTRAINDICACIONES.

a).- Enfermedades locales y estados generales perturbados-  
 por la afección dentaria.

b).- Afección con el estado general del paciente.

c).- Estados patológicos: fiebre, alteración en algún ap  
rato sistema y estados infecciosos agudos.

## CAPITULO III

### PREOPERATORIO

Después de haber realizado un estudio cuidadoso del tercer molar y conocer a que tipo de retención pertenece con el fin de extraerlo, con un mínimo de traumatismo, tanto al tejido blando adyacente como al hueso de sostén y principalmente al propio paciente.

Así mismo realizar la intervención en un tiempo -- tan corto como sea posible. Para una mejor utilización de los medios que nos proporciona la técnica quirúrgica dividiremos al tratamiento en tres estadios, los cuales son:

- a).- PREOPERATORIO.
- b).- TRANSOPERATORIO.
- c).- POSTOPERATORIO.

#### PREOPERATORIO.

Son todas aquéllas medidas que se llevan a cabo desde el momento en que el paciente entra al consultorio, se determinan los requisitos de ingreso, diagnostica la operación hasta el momento de efectuar la asepsia de la región por operar.

#### A).- HISTORIA CLINICA.

Es el estudio de un organismo con el objeto de deter

minar su estado de salud o enfermedad, estableciendo un diagnóstico, y sentar un pronóstico e instituir un tratamiento.

Una historia clínica bien elaborada, con datos veraces, nos lleva a una buena conclusión, se elabora generalmente cuando el paciente es visto por primera vez, dependerá del odontólogo el usar formas en blanco o seguir un patrón tradicional de la historia clínica.

#### INCLUYE.

a).- Filación.- Nos proporciona datos sobre la identidad del paciente. Nombre, edad, sexo, nacionalidad, ocupación, dirección, estado civil, etc.

b).- Antecedentes familiares. Nos predispone herencia o posibilidad de adquirir la enfermedad tales como sífilis, diabetes, obesidad, alergias, enfermedades mentales, nevrosas, hemofilia anemia, etc.

c).- Antecedentes personales. Alimentación, mencionando cantidad, calidad y horario, hábitos higiénicos, aseo, vestido, habitación, aire, luz, alcoholismo, tabaquismo y otras.

Ocupación.- Tipo, ambiente, y jornada de trabajo.

Inmunizaciones.- DPT, antídifterica, TB, fiebre reumática salmonelosis, y otras.

d).- Antecedentes personales patológicos. Hepati---

tis, amigdalitis otitis, parasitosis, diabetes, alergia, epilepsia, traumatismos, intervenciones quirúrgicas.

e).- Padecimiento actual. Fecha de iniciación síntomas.

Evolución.- Se interroga al paciente sobre los síntomas que nos servirán de base para la elaboración del cuadro clínico.

f).- Aparatos y sistemas. Estudio ordenado y extensión del interrogatorio del cual nos convenga más. Aparato -- cardio-vascular, renal, sistema nervioso, digestivo, respiratorio, estados fisiológicos de la mujer, radiográfico, estado general.

g).- Síntomas generales. Como deshidratación peso, - etc.

h).- Terapéutica. La más empleada y exámenes previos relacionados con el padecimiento actual.

#### EXPLORACION FISICA.

PALPACION.- Es el método exploratorio que se efectúa por medio del tacto y nos va a dar como resultado:

- 1.- Sensación del estado de superficie
- 2.- Temperatura
- 3.- Cambios de volúmen
- 4.- Movimientos
- 5.- Puntos dolorosos



**FUNCION.-** Es el método exploratorio que se efectua por medio de un instrumento punzante y nos da como resultado:

- 1.- Sensación de dolor.
- 2.- Movimientos.

**PERCUSION.-** Es aplicar un golpeteo ritmico metódico con una fuerza controlada de menos a más y puede ser:

- a).- Directa o,
- b).- Indirectamente por medio de un plexímetro o - el dedo mismo vamos a obtener:

- 1.- Ruidos
- 2.- Movimientos

**MEDICION.-** Se mide si se tiene ya un patrón de (medida) conocido.

**VISION.-** Es la observación y nos da.

- 1.- Cambios de volúmen
- B).- PRUEBAS DE LABORATORIO.

**TIEMPO DE SANGRADO.-** Valor normal, de 1 a 2 min.

**TIEMPO DE COAGULACION.-** " " de 8 a 10 min.

**QUIMICA SANGUINEA.-** Valores normales técnica

**GLUCOSA** ----- 70 a 100 mg/100 ml. en suero ORTOTOLUIDINA.

**UREA** ----- 16 a 35 mg/100 ml. en suero BERTHELOT

**CREATININA** ---- 0.5 a 1.5mg/100 ml. en sangre F. NEWTON

**COLESTEROL TOTAL**--150 a 250 mg/100 ml. en suero BLOOR

## BIOMETRIA HEMATICA.

## VALORES NORMALES EN ADULTOS

	HOMBRES	MUJERES
Hemoglobina en gr. por 100 cc. de sangre -----	15.5 - 20	13.5-17
Eritrocitos por $\text{mm}^3$ -----	5.0 - 6.0	4.5-5.5
Hematocrito -----	47 - 56	42 -48
Volumen globular medio, en micras cúbicas -----	84 - 103	84 -103
Concentración media hemoglobina globular en %-	31	37
Hemoglobina globular media en gamas -----	29	32
Leucocitos por $\text{mm}^3$ -----	de 5,000 a 10,000	

Para la extracción del tercer molar estos exámenes son necesarios solamente cuando se sospecha la presencia de alguno de los padecimientos mencionados anteriormente.

## c).- CONSIDERACIONES RADIOGRAFICAS.

Se considera como un método impresindible para llegar al diagnostico; pues determina la posición en que se encuentra la pieza retenida así como los obstáculos que existen a la remoción de la misma.

Este método exige fidelidad de las imagenes para evitar datos falsos, y un fracaso en el acto operatorio. Una buena radiografía nos da la posición exacta del molar, la relación existente con el segundo molar, tipo de retención y la implantación de la pieza.

El tipo de radiografias que se utilizan en está ---

operación las dividiremos en: intrabucales y extrabucales.

**INTRABUCALES.** Dentro de estas radiografías encontramos las, periapicales, que nos proporciona datos exactos y acertados por la adaptación que tiene la región, así mismo el rayo puede proyectarse directamente dándonos como resultado detalles y contrastes correctos y cantidad de tejido óseo que cubre la pieza.

Nos da la posición a el hueso; relación del molar con respecto a los molares vecinos, forma de su corona y --- raíz así como la posición del eje mayor, tipo de desviación, dirección del segundo molar ya que es de suma importancia, --- por ser uno de los puntos de apoyo en la extracción, profundidad de los molares que se tomará en relación con la línea oclusal y cervical.

**OCCLUSAL.**--- Por la extensión tan grande de esta radiografía nos da la posición bucolingual; la dirección antero-posterior del tercer molar y la relación que existe con la rama ascendente.

El rayo central pasa paralelo a la película a través del maxilar y se debe de llevar lo más hacia atrás posible para una mejor observación del campo por operar.

La radiografía oclusal nos proporciona la distancia y cantidad de hueso que existe entre las caras bucal y --- lingual; desviación del molar con respecto a estas caras, ---

en la desviación bucal no es visible la cara oclusal del molar, hay superposición de las imágenes del tercer molar con el segundo, en la desviación si no hay superposición, es visible la cara oclusal del tercer molar.

**EXTRABUCALES.-** Son empleadas en aquellos casos en los cuales el paciente no puede abrir la boca lo suficiente para la toma de la intrabucal como en el caso de la existencia del trismus, inflamación etc.

Estas radiografías no son muy exactas por lo que no son muy utilizadas, el rayo central atraviesa piso de boca, lengua cara interna del maxilar y organo dentario en una forma perpendicular.

**ALETA MORDIBLE.-** Técnica interproximal, aunque casi no se usa para la extracción del tercer molar, cabe mencionarla.

Es aquella que se caracteriza porque la placa tiene un sosten propio de ahí que se le llame radiografías de aleta mordible, ya que ahí es donde van a descansar las piezas--antagonistas.

Esta técnica nos sirve:

- 1.- Para observar la densidad de hueso que existe.
- 2.- Para detectar caries proximales incipientes que en una técnica periapical no podríamos detectar.
- 3.- Controlar la penetración de la caries próxima -

les y oclusales respecto de la cámara pulpar.

4.- Conocer la topografía de la cámara pulpar previamente a la preparación de una cavidad.

5.- Controlar el borde cervical de las coronas y obturaciones.

6.- Examinar los tabiques o crestas interdenciales.

7.- Controlar o determinar caries secundaria.

D).- DIAGNOSTICO.

Es considerado como el arte de reconocer un proceso de enfermedad, y la base fundamental de la terapéutica dental a partir de la historia clínica, exploración completa basándose en sus síntomas y signos: dándonos como resultados la decisión a que se ha llegado el diagnóstico se elabora después de conocer el resultado de los rayos X y la historia clínica.

## C A P I T U L O   I V .

### TRANSOPERATORIO

#### PROCEDIMIENTOS GENERALES.

Con el fin de simplificar la descripción de las técnicas para la extracción del tercer molar en sus variadas posiciones. Empezaremos describiendo los procedimientos que son aplicables a cualquier técnica que adoptemos.

#### A).- INSTRUMENTAL.

Instrumentos cortantes.

Fresas redondas de carburo No. 8, 9, y 10.

Fresas de fisura de carburo No.560.

Fresas de carburo en forma de flama.

Cinceles.

Hoja de bisturi No. 11 o 15.

Bisturi No. 3 bard-parker.

Micelaneos.

Separadores de Mead.

Gubias.

Legra.

Elevadores de raices curvos y rectos.

Martillo.

Portaagujas.

Agujas.

Hilo de seda.

#### ANESTESIA.

Practicamos la anestesia regional bucal largo a la altura de la espina de Spix, complementada con anestesia local para facilitar la diéresis de los tejidos blandos o (campo blanco).

#### INCISIONES.

En toda insición deberemos observar los siguientes requisitos:

Deberá ser nitida y de un solo trazo.

Deberá ser lo suficientemente amplia para permitir un acceso adecuado al campo operatorio y no traumatizar los tejidos blandos durante la operación.

Deberá tener una base amplia para permitir buena irrigación sanguínea al colgajo.

Deberá descansar sobre tejido óseo sano.

#### TENICA.

La técnica que describiré a continuación es útil para casi todas las retenciones, por cuya razón es frecuentemente usada.

La incisión se empieza en el área retromolar sobre la parte lingual de la línea oblicua externa con una longitud de -- 2cms por la cara distal del segundo molar inferior.

Continuamos por vestibular de 2-3 mm por abajo del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal entre el segundo y el primer molar, de allí continuamos hacia abajo en dirección al fondo de saco en ángulo de 45°.

Con legra separamos el colgajo teniendo cuidado de que el periostio acompañe a la mucosa.

#### TENICA.

Otra de las técnicas que más se usa es la siguiente:

Se traza sobre la mucosa que cubre la cara oclusal del molar retenido, iniciándose algunos milímetros por detrás del -- ángulo distooclusal de su corona; el trazado de la incisión debe ser firme, llegando francamente a tocar hueso o cara dentaria; se requieren unos milímetros distales al ángulo distooclusal, con el objeto de permitir la osteotomía distal con el escoplo y el -- cómodo pasaje del molar en el acto quirúrgico.

La incisión festonea la cara oclusal, en caso de presentarse un segmento de esta cara visible, o llega hasta la cara distal del segundo, estando cubierta aquélla. La incisión festonea la cara bucal (y distal) del segundo y se detiene a nivel de la lengüeta entre segundo y primer molar.



**DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.**

Se desprende el colgajo en toda su extensión, dejando correctamente descubiertas las correspondientes caras dentarias.

Deben ser visibles las estructuras óseas, para poder aplicar los instrumentos que luego se utilizarán y realizar la correcta osteotomía en los lugares que este indicado.

**OSTEOTOMIA.**

Requisitos para una osteotomía:

- 1.- Deberá eliminarse suficiente hueso para permitir luxar y -- elevar el diente sin necesidad de ejercer excesiva fuerza.
- 2.- La cantidad de hueso que deberemos eliminar está condicionada por los siguientes factores:
  - Tipo de retención.
  - Posición y acceso a la zona donde está el diente.
  - Tamaño del diente retenido.
- 3.- Deberemos utilizar fresas y cinceles bien afilados para evitar traumatizar el tejido óseo, con el consiguiente dolor -- posoperatorio.
- 4.- Deberemos limpiar é irrigar el campo operatorio con agua esterilizada suero fisiológico, durante la operación.

**TECNICA.**

Con una fresa en forma de flama o de bola haremos una-

serie de agujeros separados por 2-3 mm uno del otro, formando un trazo ovoide. Los agujeros se pueden unir con ayuda de una fresa de fisura o con un cincel, este último según Archer es el método menos traumático.

Para levantar el opérculo óseo así formando, nos valdremos de un golpe de cincel. Enseguida descubrimos la corona del diente quitando el tejido óseo esponjoso que la cubre con cincel o con fresas redondas de carburo.

Libraremos la corona del diente en su totalidad hasta 1 mm aproximadamente abajo del cuello dentario.

Además deberemos quitar suficiente hueso distal para lograr un espacio por el cual pueda moverse el diente.

Es necesario también librar los flancos interno y externo hasta media altura del diente hasta obtener suficiente espacio para permitir la entrada del elevador.

#### ODONTOSECCION.

Esta técnica fue creada por Pell y Gregory y consiste en la sección del diente en partes que puedan ser extraídas sin dificultad. Este procedimiento tiene las siguientes ventajas y desventajas:

- 1.- Reducción del campo operatorio.
- 2.- Osteotomias menos extensas.
- 3.- Ahorro de tiempo en la operación quirúrgica.

- 4.- El hueso y el segundo molar no se lesionan.
- 5.- Se evita la necesidad de aplicar grandes fuerzas para desalojar al diente de su lecho.
- 6.- Menor riesgo de fracturas o luxaciones a la mandíbula y articulación temporomandibular, respectivamente.

#### DESVENTAJAS.

- 1.- La principal desventaja se nos presenta cuando no podemos controlar la dirección del corte por lo inaccesible del campo--operatorio.

#### SUTURAS.

##### Material e instrumental.

Hilo de seda (000)

Aguja y portaaguja.

#### TECNICA.

Sutura discontinua.

Los pasos a seguir son:

- 1.- Cada puntada debe cruzar en ángulo recto los bordes de la--herida.
- 2.- Cada puntada se hará a intervalos de 6 a 12 mm.
- 3.- El nudo lo dejaremos a un lado de la incisión para que no haga presión sobre los bordes.
- 4.- No debemos invertir ni sobreponer los bordes, ya que ésto hace más lenta la cicatrización.

5.- Después de cinco días podremos retirar las suturas.

#### TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR.

En esta parte del presente capítulo mencionaré únicamente a las técnicas quirúrgicas para la extracción propiamente dicha.

#### POSICION VERTICAL ALTA.

El diente esta retenido por un espolón óseo distal que lo cubre en parte (Fig. 1).

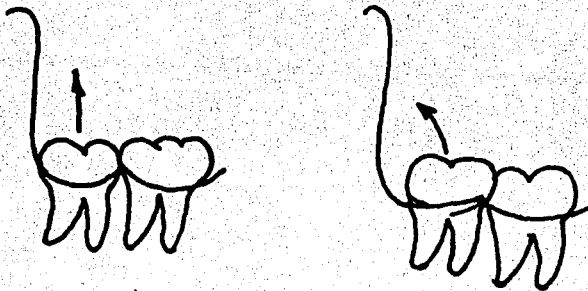


Fig. 1.

#### TENICA.

En la osteotomía liberaremos al diente de las retenciones óseas en la porción distal.

Con el elevador colocado en la parte mesial del área vestibular del alvéolo, trataremos de luxar el diente deslizándolo hacia atrás si sus raíces son curvas hacia distal.

Si no optaremos por la odontosección.

**POSICION VERTICAL BAJA.**

Diente cubierto por hueso. (Fig. 1.2).

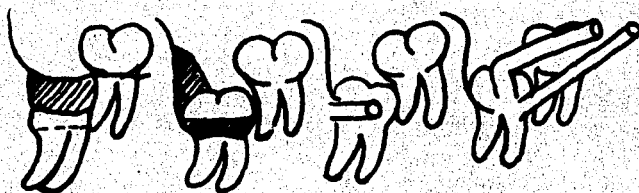


Fig. 1.2.

**TECNICA.**

Osteotomía del techo óseo y profundización de los sugcos laterales hasta más abajo del ecuador de la corona dentaria.

Igual que en la anterior, trataremos de luxar el diente primero con un elevador curvo y después con el elevador rec-  
to, apoyándose en el área mesial vestibular. En caso contrario-  
utilizaremos la odontosección.

Variante.- Desviación lingual.

Mitad interna visible, obstáculo óseo posterior y ex-  
terno.

**TECNICA.**

Osteotomía del obstáculo óseo, con excavación del surco vestibular.

Con elevador luxaremos el diente hacia lingual con -- frecuencia cede fácilmente (Fig. 1.3.).

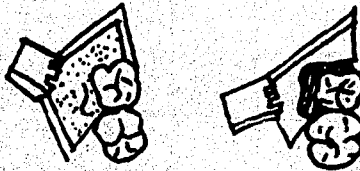


Fig. 1.3.

**POSICION MESIO-ANGULAR.**

Se encuentra el diente con su posición distal libre, y la mesial cubierta por hueso y en ligero contacto con la corona del segundo molar. (Fig. 1.4.).

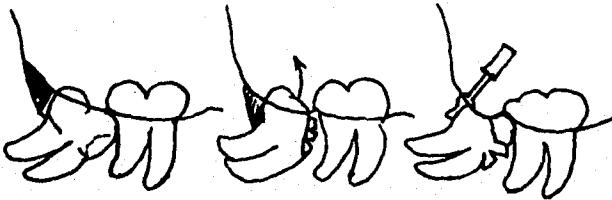


Fig. 1.4.

**TECNICA.**

Osteotomía del techo óseo y profundización del surco mesial más abajo de la corona, luxaremos el diente con un elevador curvo y luego con uno recto, siguiendo la curva natural del diente posteriormente, tomarlo con el fórceps y exfoliarlo o en su defecto, la odontosección cuando el diente no puede ser luxado.

**POSICION HORIZONTAL.****Inclusión superficial.**

La porción oclusal del diente está en contacto con la corona y raíz del segundo molar; el diente se encuentra rodeado por hueso excepto en una pequeña porción distal de la corona.

(Fig. 1.5.).

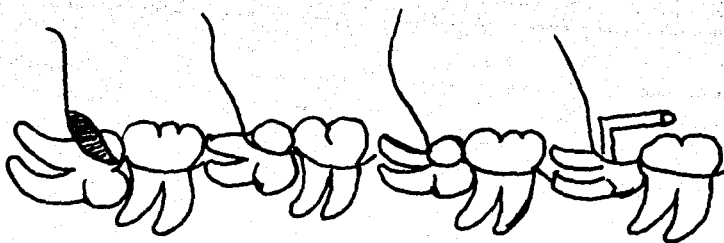


Fig. 1.5.

**TECNICA.**

Primero osteotomía del techo óseo odontosección con una fresa de bola a nivel de la región cervical y con un elevador hacemos un movimiento de rotación para desalojar la corona y posteriormente las raices; pero si hay retención las seccionamos en forma transversal y con elevador las luxamos, primero la superior y luego la inferior, podemos hacer una pequeña excavación en la raiz para que nos sirva de retención para poder enganchar un elevador y poderla desalojar con más facilidad.

**POSICION HORIZONTAL.****Inclusión profunda.**

El diente está cubierto totalmente por hueso y tiene un techo óseo que varia de 5 a 10 mm de grosor. (Fig. 1.5.).

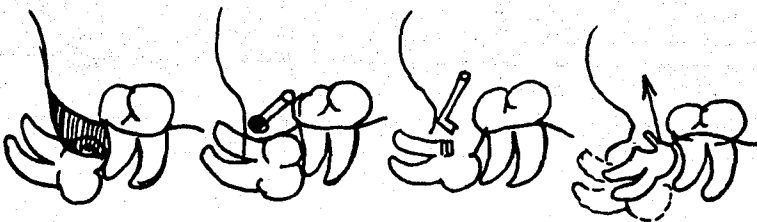


Fig. 1.5.

**TECNICA.**

Osteotomía para descubrir la corona hasta la mitad superior de la misma y el comienzo de la raiz 2 ó 3 mm más allá -



de la unión esmalte-cemento, con fresa reseca el hueso que cubre la raíz hasta eliminar la retención radicular ( dada por la curvatura de la raíz).

Es menos traumático si efectuamos la odontosección.

Seccionaremos la corona desprendiéndola completamente de la raíz extraeremos la corona con elevador o con fórceps.

Después haremos una rielera o muesca sobre la porción radicular que tenemos expuesta para apoyar el elevador y efectuar la extracción de las raíces.

#### POSICION DISTOANGULAR.

Diente cubierto totalmente por hueso con mayor densidad hacia distal (Fig. 1.6.).

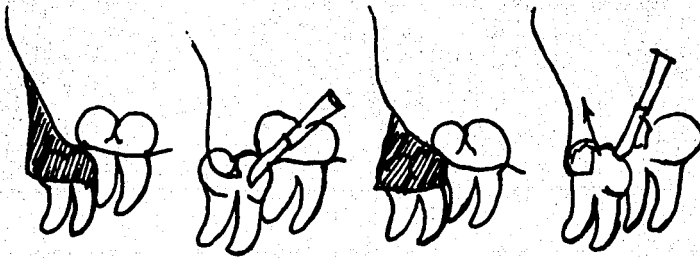


Fig. 1.6.

#### TECNICA.

Osteotomía para liberar la corona del hueso que la cubre, incluyendo las caras mesial y distal. Excavar los surcos-- laterales hasta debajo del cuello dentario.

Apoyando el elevador recto en el área mesial vestibular de la corona trataremos de luxar el diente en caso contrario nos valdremos de la odontosección y procederemos de la siguiente manera: con fresa seccionaremos las cúspides distales de la corona y completaremos la extracción con el elevador recto, luxando el diente hacia atrás y arriba. Con este procedimiento evitamos la destrucción extensa en la región distal ósea.

#### POSICION MESIAL INVERTIDA O PARANORMAL.

Estas extracciones son de las más delicadas por la destrucción ósea extensa y por la cercanía del conducto del nervio dentario inferior.

Generalmente el molar está cubierto por 5 o 10 mm de hueso las raíces, están en la parte superior, pero con su curvatura invertida. (Fig. 1.7.).

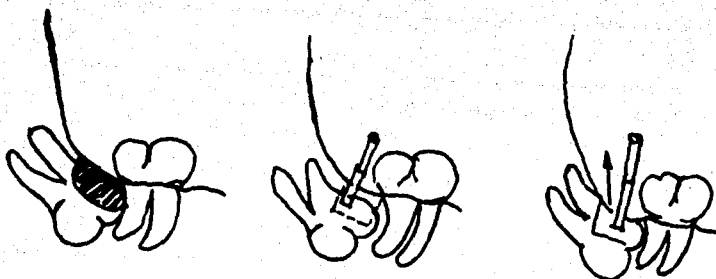


Fig. 1.7.

**TECNICA.**

Osteotomía, para poner al descubierto la corona procurando no mutilar las tablas externa e interna del hueso.

El corte del hueso mesial lo haremos cuidándonos de no descubrir la raíz distal del segundo molar, enseguida excarvamos el surco externo.

Odonsección con fresa de fisura o de bola para seccionar la corona y extraer las raíces con el elevador recto, haciendo una muesca como la descrita anteriormente, para apoyar el elevador y poderlas atraer hacia adelante y después hacia arriba.

A continuación describiré las técnicas útiles para extraer el tercer molar inferior incluido cuando las raíces, de éste representan un obstáculo para su extracción.

**MOLARES CON RAICES CONVERGENTES.**

Osteotomía para liberar la corona profundizando por -- distal hasta librar la retención representada por la curva radicular.

Odontosección con fresa de fisura o de bola longitudinalmente hasta obtener dos porciones del diente: mesial y distal, enseguida con fresa de bola eliminar todo lo posible de la porción radicular.

Primero extraeremos la raíz distal luxándola hacia adelante con un elevador curvo. Después seguiremos con la raíz mesial luxándola hacia atrás, apoyándonos en su porción mesial --

vestibular con un elevador recto ó curvo. (Fig. 1.8.).

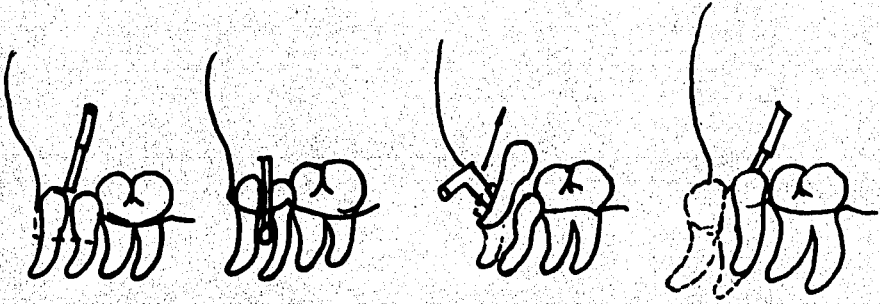


Fig. 1.8.

**MOLARES CON RAICES DIVERGENTES.**

El ángulo óseo triangular interradicular es el principal obstáculo. (Fig.1.9.).

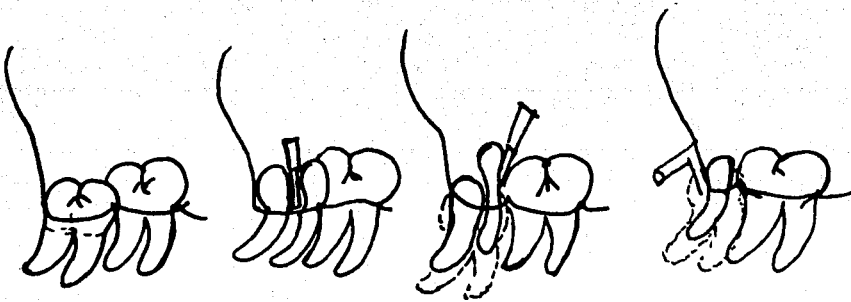


Fig. 1.9.

**TECNICA.**

Osteotomía siguiendo el procedimiento descrito anteriormente.

Odontosección con fresa de bola o de fisura para separar al diente en dos porciones: mesial y distal, teniendo precaución de dejar suficientemente amplia la hendidura entre las dos porciones corona-raíz.

Primero, luxar la raíz mesial por su forma expulsiva.

Eliminar el triángulo óseo interradicular para evitar la retención apical de la raíz mesial y luxarla con elevador -- recto o curvo en dirección mesial.

**MOLARES CON RAICES EN CURVATURA INVERTIDA (mesial).**

La curvatura de la raíz distal representa el obstáculo retentivo (fig. 1.10.).

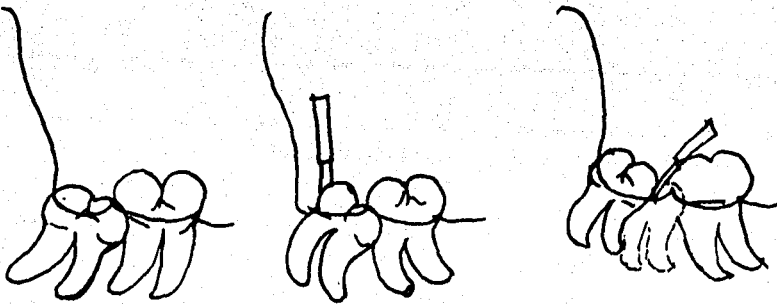


Fig. 1.10.

**TECNICA.**

Osteotomía hasta librar el obstáculo de la curva de la raíz distal excavando el surco externo en dirección oblicua ascendente hasta la porción mesial de la corona.

Si el espacio entre la corona y el segundo molar es -- muy reducido seccionaremos la cúspide mesial para poder luxar -- el diente empujándolo con el elevador hacia adelante con apoyo-- distal y con apoyo mesial lo luxaremos hacia atrás hasta obtener su total extracción.

## C A P I T U L O V.

### POSTOPERATORIO.

El tratamiento postoperatorio como sostiene Mead, es la fase más importante de nuestra labor. Contribuye al éxito de la operación y al bienestar del paciente y aún puede mejorar o modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Debe ser estudiado en dos aspectos:

Tratamiento inmediato.

Tratamiento mediato.

#### A).- TRATAMIENTO INMEDIATO.

Terminada la operación se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador, que lleva una solución de agua -- oxigenada o aromática con el fin de eliminar sangre y restos --- blandos, óseos o dentarios, que pudieran haberse depositado en -- los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares debajo-- de la lengua, en la bóveda palatina, evitando de este modo que -- los cuáguos entren en putrefacción.

Se aplica un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción, invitando al paciente a morder sobre ella.

Bajo cualquier forma de anestesiase lleva al paciente a una sala adjunta, para que descanse un tiempo prudencial; este

reposo postoperatorio es conveniente, si se realiza la operación bajo anestesia local, es útil para volver al paciente a su estado fisiológico normal.

Puede colocarse una bolsa de hielo sobre la cara, del lado operado, durante algunos minutos; este tratamiento repetirá el paciente en su domicilio, según las instrucciones impresas -- que es útil entregar al paciente, para que el mismo cuide su postoperatorio.

El frío reduce la congestión, el edema y la hinchazón postoperatoria, tiene acción sobre la prevención de los hematomas y del dolor postoperatorio.

#### B).- TRATAMIENTO MEDIATO.

De regresó al paciente a su domicilio, es útil que -- guarde cama por algunas horas, el reposo ayuda a restaurar las condiciones físicas que naturalmente sin él advertirlo han sido vulneradas.

Por otra parte el reposo previene la posible hemorragia secundaria.

El paciente continuará colocando sobre su cara, en el lado operado una bolsa de hielo que mantendrá en su sitio durante los 15 minutos con otros 15 minutos de descanso, unas 3 ó 4 veces durante las primeras 24 hrs.

No es necesario que practique ningún tipo de enjuagato



rios durante las primeras tres horas, es necesario conservar la integridad del cuáguilo, es el mejor obturador de la cavidad alveolar.

A las 24 hrs. se colocará el paciente pomientos calientes de igual magnitud y a las 48 y 72 hrs, (esto ayudará a madurar la inflamación).

Alimentación.- El paciente necesita someterse a un -- regimen de alimentación blanda durante las primeras 48 hrs. siguientes a la operación.

Analgésico.- El dolor posoperatorio es la consecuencia logica de una operación en la cavidad bucal, está en relación directa con el grado de trauma; aplastamientos, desgarres, dislocaciones originandolorosas consecuencias, de presentarse debe ser combatidos por los distintos medicamentos que dispone la terapéutica.

VITAMINOTERAPIA.- La ingestión de vitaminas B y B<sub>12</sub> -- colabora a la restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

También los rayos infrarrojos a distancia de 60 cm durante 5 min, protegiendo los ojos al paciente.

Antibióticos.- La prevención de los procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como -- punto de partida el sitio de extracción, deber ser prevenidos o tratados con los distintos medicamentos.

Antiflamatorios. Al haber un traumatismo se presenta una inflamación ó infección, los antiflamatorios se usan si presenta el paciente alguna de las características mencionadas.

Algunos autores refieren que el antiflamatorio no tiene utilidad alguna pero hasta la fecha no se ha demostrado.

El paciente debe regresar a las 48 horas a nuestra -- consulta, se revisará el lugar de la intervención y se practicará un lavado sobre el sitio operado y sus alrededores, con una -- solución antiséptica débil y tibia. Sobre la región operada se deposita una capa blanquecina, se limpiará con una torunda de -- gasa con solución.

Extracción de los puntos de sutura.- Los hilos deben retirarse recién al 4 o 5 día de la operación, la eliminación -- prematura puede originar hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo, con los siguientes trastornos.

El respeto por el coágulo es la base del éxito postoperatorio.

## CONCLUSIONES

- Appreciar el estado de salud de una persona mediante el estudio de las diversas regiones que lo constituyen así como aparatos y sistemas.

- Para determinar si se puede efectuar la intervención y así mismo poder mantener su perfecto estado de salud.

- Los dientes retenidos no erupcionados o en mal -- posición deben extraerse para evitar infecciones, reabsorción patológica de estructuras adyacentes, dolor y otras complicaciones.

- Evitar las molestias que ocasiona el tercer molar inferior cuando se encuentra retenido, utilizando balance nutritivo y una buena rehabilitación postoperatoria.

- Extraer el molar en forma indolora, con el menor traumatismo posible y las menores molestias postoperatorias, mediante un acceso adecuado.

- Básicamente la inclusión del tercer molar inferior es debida a la falta de estimulación que excite un desarrollo adecuado con el cuerpo mandibular y provea el suficiente espacio para su erupción normal.

- En presencia de infección es aconsejable posponer la extracción del tercer molar inferior hasta haber logrado un absoluto control de la misma.

- Durante el acto quirúrgico debemos ser sumamente-

cuidadosos para evitar las lesiones iatrogénicas ya que algunas de ellas pueden poner en peligro la vida del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

**CIRUGIA BUCAL.**

Ries Centeno, Guillermo.  
5ta, ed. tomo 1.  
Edit, Buenos Aires.

**CIRUGIA BUCAL.**

W. Harry Archer.  
edit, mundi. S.A.  
Buenos Aires, Arg. 1968.

**CIRUGIA BUCAL.**

Edward V, Zegarelli.  
Edit, Salvat, S.A.  
Barcelona España.

**TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.**

Walter C. Guralnick.

**EL TERCER MOLAR INFERIOR  
RETENIDO**

Ries Centeno, Guillermo  
Edit. El Ateneo.  
Buenos Aires, Arg.