

1073



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

ODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

RETENIDO

DIRIGI Y REVISO
26-Jul-79

(C.) JOSÉ T. ESCOBAR P.

T E S I S

Que para obtener el título de.
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a :
GILBERTO VILLA GOMEZ



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

CAPITULO I.

Definición y Etiología.

CAPITULO II.

Anatomía del Tercer Molar Inferior y de la región que lo rodea.

CAPITULO III.

Clasificación del Tercer Molar Inferior - Retenido.

CAPITULO IV.

Indicaciones y Contraindicaciones para la Odontectomía del Tercer Molar Inferior Retenido.

CAPITULO V.

Estudios Pre-operatorios.

- A) Historia Clínica
- B) Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- C) Diagnóstico.
- D) Plan de Tratamiento.
- E) Medicación Pre-anestésica.

CAPITULO VI.

Técnica Quirúrgica e Instrumental.

CAPITULO VII.

Tratamiento Postoperatorio.

CONCLUSI ONES.

BI BLI OGRAFI A.

PROLOGO

Este trabajo ha sido con el esfuerzo y cariño que le tengo a la hermosa profesión de la Odontología como a mi querida facultad.

Esperando que sea útil este trabajo, para mis compañeros de profesión.

Es para dar a conocer algunos de los estudios que han hecho a cerca de la odontectomía del tercer molar inferior retenido.

Dando a conocer su anatomía, indicaciones y contraindicaciones instrumental que se utiliza, - técnica quirúrgica a seguir y cuidados postoperatorios.

CAPITULO I

DEFINICION Y ETIOLOGIA

La palabra Odontectomía, se deriva de las raíces griegas ODONTOS, diente Techne Arte Tome in cisión.

ODONTECTOMIA, se define como la intervención quirúrgica de una pieza dental para su extracción mediante el levantamiento de un colgajo mucoperióstico adecuado y la remoción de una cantidad de hueso que rodea el diente, incluyendo hueso interradicular por medio de fresas, cinceles, gubias, etc.

En la literatura casi siempre nos encontramos con varios términos para denominar a los dientes que no han hecho erupción y que en cierto modo se encuentran atrapados dentro de los maxilares, es común encontrar términos como "Dientes retenidos", "Dientes incluidos", "Dientes impactados", he recurrido a los diccionarios de la lengua española para poder encontrar un término adecuado en el caso de los terceros molares que pueda ser usado y entendido, para lo cual enseguida detallo brevemente algunas definiciones:

RETENIDO.- Implica, Detener-Conservar-Guardar.

Detener: Es suspender una cosa, impedir que adelante.

Conservar: Es mantener una cosa o cuidado de su permanencia.

Guardar: Es cuidar y custodiar algo.

INCLUIDO.- Se define como poner una cosa dentro de otra, o dentro de sus límites, comprender un número menor entre otro mayor, materia extraña que se encuentra dentro de un cuerpo, de un metal o englobado en la mesa de un cristal: incluir es tomar en cuenta una cosa dentro de otra.

IMPACTADO.- Choque de un proyectil en un blanco; - impactado es huella o señal que deja un objeto.

De esto se deduce que el término mejor entendible es el de retenido, pero esto no quiere decir que muchos otros casos el término "Retenido" - sea aplicable. Algunos autores como los Norteamericanos diferencian "Retenido" de "Impactado" así:

Retenidos son aquellos dientes que no erupcionan por falta de fuerza eruptiva; impactados - son aquellos dientes impedidos de erupcionar por - alguna barra física en su vía de erupción, pero - otros autores como los argentinos no hacen diferenciación y generalizan el término "Impactado" como - todo aquel diente que no erupciona.

En términos generales se entiende por diente retenido a la pieza dental cuya erupción encuentra resistencia a su paso.

Esto quiere decir que la erupción esta impedida por dientes adyacentes o hueso o porque tiene mal posición hacia lingual o vestibular con respecto al arco maxilar o están en intraoclusión o bien, dientes que no han erupcionado después de su tiem-

po normal de erupción.

En si la palabra "Retenido" se usa imprecisamente para definir a un diente en el verdadero sentido de la palabra, pues es obvio que un diente retenido puede también estar erupcionado totalmente, en parte o no y estar retenido o no, y un diente no erupcionado puede estar en mal posición retenido o bien en posición normal para la erupción.

ETIOLOGIA

CAUSA - ORIGEN

La retención de las piezas dentarias es debida a diversos factores, en igualdad de circunstancias tanto a piezas anteriores como a posteriores.

- 1.- Hay una reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos.
- 2.- Causas locales:
 - A) Irregularidad en la posición de un diente - adyacente.
 - B) Densidad del hueso que lo recubre.
 - C) Inflamación crónica continuada con su resultado.
 - D) Membrana mucosa muy densa.
 - E) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
 - F) Indebida retención de los dientes primarios.
 - G) Pérdida prematura de la dentición primaria.

3.- Causas Sistemáticas:

A) Causas Pre-Natales.

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

B) Causas Post-Natales.

Se consideran aquellas que pueden intervenir en el desarrollo del niño tales como:

- 1.- Raquitismo.
- 2.- Anemia.
- 3.- Sífilis congénita.
- 4.- Tuberculosis.
- 5.- Disenterias (insuficiencia de secreción interna).
- 6.- Desnutrición.

C) Condiciones raras.

- 1.- Disostosis cleidocraneal. Dys, difícil; -osteon, hueso, osificación defectuosa.- Es una anomalía congénita y hereditaria, caracterizada por una aplasia de la clavícula, la cual hasta puede faltar completamente y un desarrollo exagerado - del diámetro transversal del cráneo, cuyas fontanelas se osifican tardíamente.
- 2.- Oxicefalia. Oxy, puntiaguda; Kephale, -cabeza. Alargamiento de la frente, que permanece saliente y elevada. Se acompaña lo más a menudo de trastornos oculares; es consecuencia de sinostosis (soldadura de dos huesos) prematura de la - sutura del cráneo que se desarrolla en altura.

- 3.- Progeria. Pro-Prefijo; geraios, viejo.- Aspecto envejecido de los insuficientes endócrinos.
- 4.- Acondroplasia. Achondros, sin cartilago; plasis, formación. Enfermedad debida a una detención de desarrollo por calcificación de los cartilagos de conjunción de hueso largos, el sujeto afecto presenta una cabeza muy voluminosa (macrocefalia) en relación al tronco.
- 5.- Paladar fisurado. Deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media, desde el punto de vista embriológico la retención está ocasionada por una alteración en la angulación normal del germen dentario por lo que llegado el momento de la erupción, el diente toma contacto con la pieza vecina la que le impedirá su salida normal constituyéndose una fijación de dicho diente en posición viciosa.

Los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia.

- 1.- Terceros molares superiores.
- 2.- Terceros molares inferiores.
- 3.- Caninos superiores.
- 4.- Premolares inferiores.
- 5.- Caninos inferiores.
- 6.- Premolares superiores.
- 7.- Incisivos centrales superiores.
- 8.- Incisivos laterales superiores.

El apiñamiento de los arcos dentales o la pérdida prematura de los dientes primarios con la subsecuente pérdida del espacio, es un factor común en la etiología de los dientes retenidos.

CAPITULO II

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR Y DE LA REGION- QUE LO RODEA.

En la corona vamos a considerar forma y tamaño, entre las diferentes piezas dentarias la que ofrece forma más variada es el tercer molar inferior.

Vista por su cara oclusal adopta los tipos-cuadrangular, trapezoidal o triangular.

El volumen varía desde la corona pequeña - con enanismo de igual dimensión que el segundo molar o bien presentan gigantismos coronarios.

Habitualmente la corona es más pequeña que la del segundo molar y el número de cúspide que - tiene es igualmente variable.

Previamente a la odontectomía ha de considerarse el tamaño de la corona punto de capital importancia para la técnica que habrá de emplearse.

Raíz: Consideraremos igualmente forma y tamaños; ningún molar llega a presentar la diversidad de anomalías que llegamos a encontrar en la raíz de la pieza que nos ocupa. Generalmente es birradicular dispuestas las dos raíces mesial y distalmente.

La primera es aplastada en sentido mesiodistal, siendo más ancha en su porción bucal que en la lingual, la raíz distal es semejante pero su dimensión mesiodistal suele ser menor que la de la -

raíz mesial.

No son raros los molares multirradiculares con tres, cuatro y cinco raíces dispuestas sin norma alguna, en muchas ocasiones la raíz mesial es bifida, o bien encontraremos raíces supernumerarias con enasismo o gigantismo.

También las raíces pueden presentarse fusionada con sus conductos radiculares de modo único, doble o triple.

Por lo que a tamaño se refiere existen todos los grados desde el pequeño hasta el gigantismo radicular.

En ellas se ven irregularidades frecuentes, especialmente en su tercio apical, que se tuerce distalmente en diversos ángulos con el eje longitudinal del diente esto se debe a menudo al apiñamiento de los dientes en la mandíbula y a la falta de espacio suficiente para su desarrollo completo; por esta misma razón, el tercer molar inferior está a menudo incluido en el hueso, algunas veces esta inclusión es parcial y otras total, según el grado de obstrucción.

La inclusión total del tercer molar inferior es relativamente frecuente, y en tales casos el órgano dentario se coloca en la posición que ofrece menor resistencia para su desarrollo. La frecuencia de los terceros molares incluidos o su falta congénita, nos ha llevado a pensar que están en camino de desaparecer sea como fuere, no hay que extraer innecesariamente los terceros molares-

bien formados o colocados adecuadamente cuando faltan nunca se reponen artificialmente.

ANATOMIA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo de unión de la rama ascendente y del cuerpo de la mandíbula. De forma cúbica se describe en ella seis paredes de acuerdo con las exigencias quirúrgicas.

La pared anterior es la cara distal del segundo molar y su prolongación hasta el borde inferior del maxilar, la cara posterior está paralela a la cara anterior, esta superficie puede hallarse ubicada a nivel de la raíz o corona del tercer molar y su extensión varía según la posición del mismo.

La cara superior del cubo se forma con la prolongación de un plano situado sobre la cara oclusal del segundo molar, la cara bucal es la cara externa del maxilar, la cara inferior formada por un plano paralelo al plano oclusal de los molares inferiores.

Se debe estudiar separadamente las superficies óseas que rodean al molar retenido e insistir en el espesor de las mismas, pues como ya hemos mencionado de ello depende la técnica que habrá de emplearse para la odontectomía.

Consideraremos la estructura ósea que lo separa del segundo molar o "Interseptum" la cresta ósea interradicular o "Septum" y la estructura - -

ósea que cubre las caras vestibular, lingual, distal y oclusal.

Cuando el molar retenido adopta el tipo vertical, el interséptum se puede presentar:

- A) Parecido al normal.
- B) Borrado en toda su extensión; en estos casos la superficie distal del segundo molar queda sin pared ósea.
- C) Constituido solamente en el tercio apical.
- D) Muy amplio en los casos en que el segundo y el tercer molar no están en contacto.

En las retenciones mesioangulares variará con la altura del tercer molar, si la superficie mesial es accesible; si la superficie mesial no es accesible, el interséptum desaparece en la parte superior reduciéndose a una región apical del segundo molar. En las retenciones distoangulares el interséptum varía con la inclinación y la altura de la corona, presenta un espesor mayor en el tercio gingival, disminuyendo paulatinamente hacia abajo. En los casos que hay punto de contacto entre las coronas del segundo y tercer molar, el interséptum es tan reducido que prácticamente no existe.

En las retenciones horizontales el interséptum se haya situado entre la raíz distal del segundo molar y la cara oclusal del tercero.

No existe cuando estas dos superficies es--

tán en contacto, y el grosor varía con la separación de las mismas.

La cara mesial se haya en relación con la estructura ósea que rodea el conducto dentario.

Séptum es la cresta ósea interradicular. Es fácil estudiarlo cuando se trata de retenciones verticales, mesio y distoangulares y aún en las horizontales, pero cuando se trata de retenciones vestibuloangulares o torsión de la corona sobre el eje principal no es posible observarlo.

El espesor depende de la dirección y aproximación de las raíces, si estas se encuentran más o menos separadas el séptum será más o menos amplio.

ESTRUCTURA OSEA QUE CUBRE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL DE LA CORONA.

Clinicamente puede determinarse y depende de la altura de la corona con relación a la línea de oclusión, cuando más baja esté, mayor será la superficie cubierta.

El espesor de las tablas óseas no es igual, en general es el vestibular, exceptuando las retenciones vestibuloangulares en que es mayor el lingual.

ESTRUCTURA OSEA EN EL LADO DISTAL DE LA CORONA

El hueso pertenece a la rama ascendente y en especial a la parte inferior de la cresta temporal que forma el trígono retromolar; la altura a -

que llega es variable, en cualquier tipo de retención, la cara distal de la corona puede hallarse - cubierta por hueso, hasta el cuello, el tercio gingival, la mitad y toda la cara hasta el plano oclusal.

ESTRUCTURA OSEA EN LA CARA OCLUSAL

Si el molar se halla situado por debajo del reborde alveolar, la estructura ósea recubrirá toda la cara oclusal, el espesor variará según los - casos, en ocasiones se tratará de una laminilla - delgada y a veces de una tabla ósea dura y resis--tente.

El alvéolo del tercer molar presenta su eje vertical dispuesto de manera distinta a la de los ejes verticales de los dientes mesialmente dispuestos a dicho molar, la relación con las tablas - - óseas externa e interna que constituyen al maxilar inferior es también diferente.

Por otra parte el maciso óseo que aloja el tercer molar se proyecta lingualmente con respecto a la arcada dentaria y al trayecto del cuerpo del maxilar, por lo que el hueso a este nivel presenta forma de balcón.

RELACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON EL CONDUCTO DENTARIO

Pueden existir relaciones de contacto simplemente de vecindad que en el momento quirúrgico pueden producir complicaciones de mayor o menor - gravedad como serían neuralgias, neuritis o pares-

tesias.

Anatómicamente se presentan numerosas variedades.

1.- COMUN.- Las raíces están en relación con la pared superior del conducto (retenciones vertical, mesio y distoangulares).

En las retenciones horizontales, es la cara mesial la que se relaciona con la pared superior.

2.- MENOS FUERTE.- Las raíces en la región se sitúan por fuera del conducto dentario en relación con la pared externa de éste.

En la radiografía las imágenes se observan supuestas, impresionando como si la raíz perforara el conducto dentario.

3.- RARA.- Las raíces se sitúan por dentro en relación con la cara lingual del conducto como en el caso de retenciones vestibulo angulares.

Con el uso de elevadores y a la técnica adecuada es muy difícil que el conducto dentario y los elementos que corren por el sean lesionados.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES -
RETENIDOS

La clasificación del tercer molar inferior-retenido, es muy necesaria para el cirujano dentista, pues ésta le sirve para determinar:

- 1.- El grado de dificultad que encontrará - para la odontectomía;
- 2.- Le permite planear con inteligencia sus procedimientos quirúrgicos.

Winter, ha clasificado los distintos tipos-de retención del tercer molar, basándose en cuatro puntos esenciales:

- a).- La posición de la corona.
- b).- La forma radicular.
- c).- La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
- d).- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

Las retenciones pueden ser clasificadas según el tejido involucrado en intraósea, o sublingual, según el diente, esté completamente rodeado por tejido óseo, o mucosa gingival exclusivamente.

Dentro de la región que ocupan el tercer molar, se clasifican según la posición que adopta: - en vertical, mesioangular, horizontal, distoangular, linguangular, lingual completa y posición parnormal (invertida, ectópica y eterotópica).

INCLUSION VERTICAL: Es aquella que presenta el eje mayor de la corona en dirección vertical y la superficie oclusal paralela a la línea de oclusión.

La superficie triturante puede hallarse a diversas alturas; a nivel o por encima de la oclusión, en la parte media de la corona del segundo molar, a nivel o por debajo del cuello. La cara vestibular puede estar alineada con la misma cara del segundo molar o bien desplazada hacia la carolingual, la corona puede sufrir una rotación o torsión sobre su eje principal lo que hay que diagnosticar cuidadosamente para evitar una fractura en el momento de la extracción.

La cara mesial puede estar en contacto o no con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar.

INCLUSION MESIANGULAR

El eje longitudinal se halla dirigido de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás; la corona se haya a alturas variables con relación a la línea de oclusión.

- a).- Por encima de esta línea pero solamente las cúspides distales, pues debido a la inclinación propia de este, las cúspides mesiales se hayan siempre por debajo.
- b).- A nivel de la línea.
- c).- Por debajo de ella.

La corona puede hallarse a continuación de la del segundo molar, desviada hacia vestibular o hacia lingual, o bien presentar ligera rotación.

INCLUSION HORIZONTAL

El eje principal dirigido de adelante hacia atrás es horizontal, aunque a veces ligeramente ascendente. La cara oclusal de dirección vertical mira a la cara distal del segundo molar, en la mayoría de estas inclusiones, la cara triturante tiene algún punto de contacto con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar.

Lo raro es que entre ambos exista un tabique óseo esponjoso de espesor variable y la corona puede estar en la línea del arco o sufrir desviaciones hacia vestibular o lingual. La torsión de la corona sobre el eje longitudinal ha sido observado bien en estas inclusiones.

INCLUSION DISTOANGULAR

El eje principal está dirigido de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante. La cara oclusal inclinada hacia atrás y abajo, mira a la rama ascendente del maxilar, este plano de inclinación es variable pero dentro de pequeños límites. Cuando la inclinación es intraósea, la corona y la raíz ocupan la rama ascendente de la mandíbula. Es raro encontrar puntos de contacto.

INCLUSION VESTIBULOANGULAR

El eje principal está dirigido de arriba ha

cia abajo y de lingual a vestibular. La cara oclusal mira a lingual, las raíces se hayan dirigidas hacia vestibular y los ápices se encuentran en con tacto con la cara externa.

INCLUSION LINGUAL COMPLETA

Cuando la inclusión linguoangular acentúa - la inclinación del eje principal hasta el plano ho rizontal, el molar ocupa una posición transversal - con relación al cuerpo del maxilar, la cara tritu - rante es vertical y está en contacto con la tabla - interna y las raíces son perpendiculares.

POSICION PARANORMAL

(Invertida- Ectópica- y Heterotópica).

Cuando el tercer molar inferior retenido ad quiere con la clasificación que antecede, se colo - ca abajo del título de paranormal, abarcando esta - denominación a los terceros molares invertidos ec - tópicos y heterotópicos y aún más, la diversidad - de posiciones que adoptan dichos molares para norma les que escapan a todo ordenamiento, en ocasiones - su inclinación puede acompañarse con la del segun - do molar inferior y demás piezas ausentes de la ar cada en cuyo caso generalmente participan en proce - sos patológicos de diverso carácter, como quistes - odontogénicos. Estos molares paranormales los pode mos encontrar tanto con su cara oclusal dirigida - hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces - contrariamente a ella como ubicados en cualquier - otro sitio de la rama ascendente, apófisis coronoi - des o cóndilo. De la ubicación del molar y de la -

presencia de procesos patológicos a su nivel, depende la cantidad y calidad de hueso que lo cubre, lo que se definirá con la radiografía.

A) RELACION DEL DIENTE CON LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR Y EL SEGUNDO MOLAR.

CLASE I.- Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II.- El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.

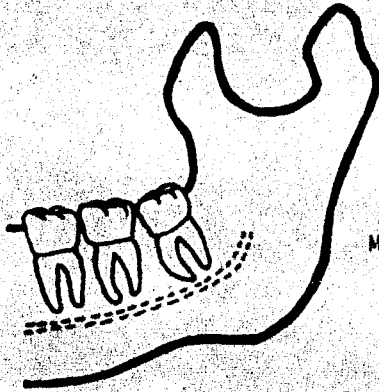
CLASE III.- Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

B) PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

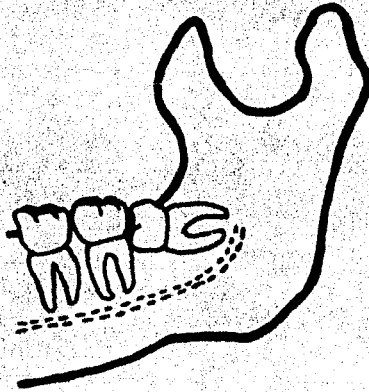
POSICION "A" La porción más alta del diente está a nivel de la línea oclusal o por sobre ella.

POSICION "B" La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

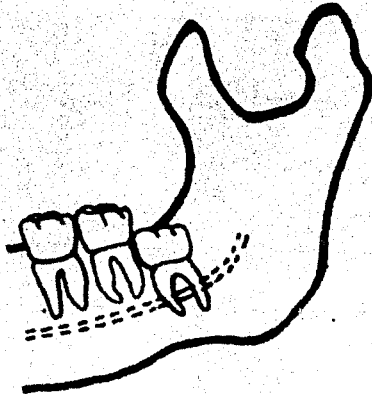
POSICION "C" La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.



MESIOANGULAR



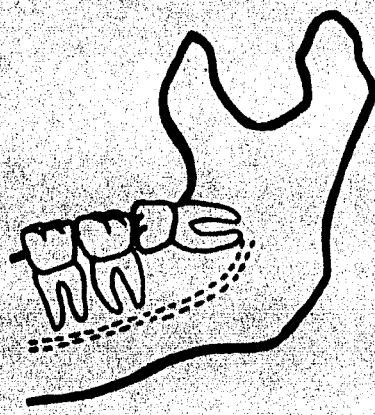
HORIZONTAL



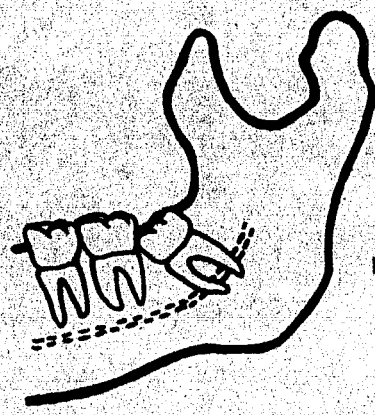
VERTICAL

CLASE I

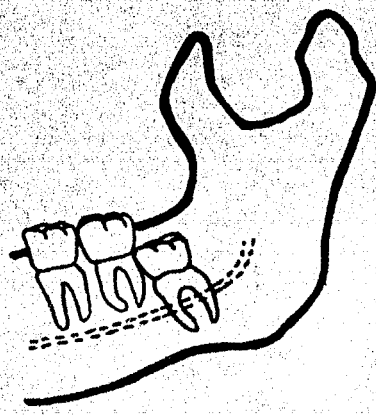
21



HORIZONTAL

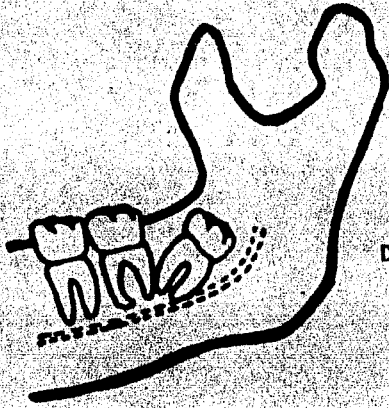


MESIOANGULAR

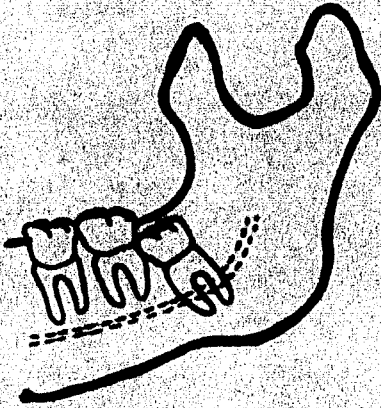


VERTICAL

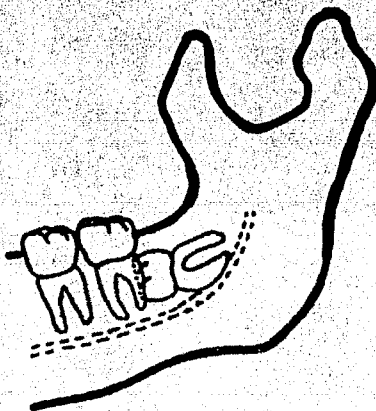
CLASS I



DI STOANGULAR



NESE OANGULAR



HORIZONTAL

CLASE III

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA ODONTECTOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Todo diente retenido en el adulto deberá ser extraído, con excepción de aquellos casos en que esta contraindicado para el paciente cualquier tipo de intervención bucal. El paciente debe comprender las razones por las que es conveniente dicha extracción; las consecuencias que puede acarrear al no efectuarlo y las secuelas que pueden seguir después de la intervención. Debe dejarse establecido en primer lugar que un diente permanente sin haber hecho erupción después de los dieciocho o veinte años no es un caso normal, por lo que indudablemente producirá trastornos. La infiltración de saliva hacia la corona puede ocurrir aún cuando el diente retenido no se puede ver en la boca, produciéndose caries, que ante la imposibilidad de ser curadas terminará ocasionando fuertes dolores o bien ser causa de la pericoronitis o de cualquier otro trastorno de los que a continuación se mencionan.

Si bien es cierto que no todo diente retenido causa obligatoriamente todos los inconvenientes descritos, en realidad con una película radiográfica no se puede prever en forma radical en que pieza va a ocasionar trastornos, los que generalmente se presentan inesperadamente y en ocasiones pocas veces favorables; los ancianos por ejemplo no soportan la intervención tan bien como los jóvenes. Si el paciente con un diente retenido espera a que éste cause trastornos tendrá que ser tratado prime

ramente la infección u otra complicación antes de hacer la extracción, lo que significa mayor pérdida de tiempo, como también cierto riesgo.

De lo que se deduce que la extracción del tercer molar inferior retenido está indicada pero la mayoría de las veces estas son extraídas a causa de trastornos que pueden convertirse en locales o de repercusión general, según la magnitud de la alteración patológica que logren alcanzar, entre estas tenemos:

- 1.- Infecciones.
- 2.- Dolor.
- 3.- Fracturas.
- 4.- Tumores.
- 5.- Trismus.
- 6.- Otras complicaciones.

Todos estos trastornos se presentan en individuos de raza blanca, pues en general la raza negra no los padece por las dimensiones propias de su mandíbula. Por lo que a sexo se refiere existe ligero predominio en las mujeres.

Las estadísticas han demostrado que las alteraciones que mencionaremos se presentan entre los dieciocho y los veintiocho años generalmente.

1.- Dentro de las infecciones se pueden mencionar las siguientes:

Pericoronitis infecciosa o Abscesos

Alveolares crónicas o agudos u Osteítis.

Supurativa crónica o Necrosis u Osteomilitis. En el caso de las infecciones tenemos que dar primero un tratamiento a base de antibióticos para lograr un mejor estado antes de empezar el tratamiento.

2.- Dolor. Es definido como una sensación desagradable percibida por el paciente.

Generalmente en los jóvenes el dolor provocado por los molares retenidos es reflejado por un dolor en los músculos más que en los dientes y curan por la extracción de los mismos. El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente retenido. Puede ser una neuralgia intermitente facial que simule un tic doloroso.

El dolor puede afectar el oído, zona posauricular; puede afectar también cualquier zona inervada por el nervio trigémino, y aún toda la zona inervada por este nervio.

El dolor puede ser intermitente, constante o periódico.

3.- Fracturas. Las Estadísticas revelan que las fracturas de mandíbula, se pueden deber en gran parte al debilitamiento que hay en las zonas ocupadas por dientes retenidos pues desplazan al hueso mandibular.

Las fracturas en la región del tercer molar puede incluir a la misma pieza debiéndose hacer la extracción de inmediato para evitar la infección.

4.- Tumores. Los tumores llamados odontomas constituyen en ocasiones un impedimento mecánico - formal a la erupción dentaria.

En general los quistes de origen dentario - son causa de retenciones, ya que envuelven a la corona al hacer erupción. Por lo que a sexo se refiere, notamos que en el femenino hay cierto predominio.

5.- Trismus. Como consecuencia de la infección localizada del tercer molar inferior, las fibras maseterinas sufren una contracción que ocasiona la limitación de los movimientos mandibulares, - manifestando el paciente dificultad para abrir la boca. El trismus mandibular, puede también presentarse asociado con otras infecciones más o menos - agudas como por ejemplo la inflamación del piso de la boca, mejillas, faringe, glándula parótida, tumores, fracturas. La limitación de los movimientos puede presentarse súbita o gradualmente y se asocia en la mayoría de los casos con dolor, inflamación y tumefacción. Su pronóstico es favorable. El trismus puede ser tratado mediante anestesia general, con lo que se consigue abrir la boca del paciente y efectuar la odontectomía del molar causante del mismo.

6.- Otras complicaciones. Entre estas tenemos:

A).- Sonido tintinante-susurrante-zumbante - del oído, (Tinnitus Aurium).

B).- Otitis

C).- Afecciones de los ojos.

- 1.- Disminución de la visión.
- 2.- Ceguera.
- 3.- Iritis.
- 4.- Dolor parecido al glaucoma.

La extracción del tercer molar inferior retenido esta indicada también por tratamientos de ortodoncia y prótesis.

Respecto a las contraindicaciones se puede decir en términos generales que no hay absolutamente ninguna contraindicación para poder llevar a efecto la odontectomía del tercer molar retenido en un individuo físicamente sano, pero es frecuente encontrarnos con estados patológicos que nos obligan a posponerla con el objeto de preparar al paciente para ello.

Entre los estados patológicos más importantes que nos impiden realizar la odontotectomía del tercer molar inferior retenido tenemos los siguientes:

- 1.- Cardiopatías.
- 2.- Discrasias Sanguíneas.
(anemia-leucemia-púrpura hemorrágica-hemofilia).
- 3.- Diabetes.
- 4.- Nefritis.
- 5.- Sífilis.

1.- CARDIOPATIAS.- Datos Clínicos: Insuficiencia respiratoria fatiga crónica-palpitaciones producidas por actividades que antes eran tolera--

das sin fatiga-sueño alterado si la cabeza no está colocada a nivel más elevado que el cuerpo cefá- - leas-vértigos.

Si se encuentran estos datos el paciente de- - berá recibir antes de someterse al tratamiento bu- - cal, una terapia antibiótica dirigida por su car- - diólogo.

2.- DISCRASIAS SANGUINEAS.- Anemia. Reduc- - ción de Hemoglobina o de eritrocitos en sangre. - Síntomas principales: Palidez (Uñas, labios, con- - junctiva, lengua) disnea-somnolencia-vértigo adina- - mia anorexia-vómito-glosodinia-glositis.

A estos pacientes hay que tratarlos con cui- - dado ya que se perturban fácilmente con el miedo, - preocupaciones o procedimientos quirúrgicos y pue- - den tener repentinamente una marcada caída en el - recuento globular.

LEUCEMIA: Aumento en la sangre de glóbulos- - blancos;

Síntomas principales: Debilidad y fatiga en aumento adenopatías generalizadas-pérdida de peso- - hepatomegalia-Esplenomegalia-Hemorragias excesivas, - etc.

Podemos encontrar dos tipos de leucemia: - Mieloide y Linfoide, variando los síntomas en am- - bas, por lo que es recomendable, si se llega a te- - ner un paciente con leucemia la ayuda de un hemató- - logo el cual hará las indicaciones necesarias para - hacer o no el tratamiento dental que requiera.

HEMOFILIA. Es una enfermedad congénita transmitida por las madres, caracterizada por Hemorragias excesivas a consecuencia del menor trauma posible, su padecimiento es una contraindicación poderosa para la odontectomía, para poder efectuarla en estos pacientes deberá ser en casos extremos y previa medicación con vitamina K y coagulantes, según lo indique el hematólogo.

3.- DIABETES. Enfermedad caracterizada por la presencia anormal de glucosa en sangre.

Sus síntomas principales son: Poliuria-polidipsia-polifagia pérdida de peso-astenia, etc.

Una diabetes no controlada es una contraindicación pues predispone al desarrollo de infecciones en las heridas y por lo tanto antes de cualquier intervención bucal en un paciente diabético éste deberá tener glucemia controlada por dieta o insulina y hacer una consulta médica.

4.- NEFRITIS. Síntomas principales: Oliguria-Hematuria-Fiebre-Albuminuria-, etc.

La odontectomía en estos pacientes puede precipitar una nefritis aguda por lo que es recomendable que estos pacientes sean diagnosticados y tratados por su médico antes de realizar cirugía bucal.

5.- SIFILIS. Es causada por el treponema pallidum; estos pacientes tienen disminuida su resistencia física estando predispuestos al desarrollo de infecciones postoperatorias por un retraso en -

la cicatrización.

Es recomendable hacerles a estos pacientes el tratamiento antisifilítico antes de cualquier procedimiento bucal.

CAPITULO V

ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS

Los estudios pre-operatorios son los cuidados o precauciones que el cirujano dentista debe tener para evitar que su paciente ambulatorio presente durante el tratamiento dental trastornos relacionados con algún padecimiento orgánico o funcional, así como relaciones atribuibles a medicamentos bajo cuya acción farmacológica se encuentre el paciente en el momento de visitar al Cirujano - Dentista.

Los estudios pre-operatorios comprenden:

- 1.- Historia Clínica.
- 2.- Estudios de Laboratorio y Gabinete.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Plan de Tratamiento.
- 5.- Medicación Pre-anestésica.

1.- HISTORIA CLINICA.

Para realizar la Odontectomía del tercer molar inferior.

La historia clínica es de vital importancia porque por medio de ella nos daremos cuenta y podremos descubrir cualquier contraindicación de la cirugía, anestesia o drogas.

Actualmente la Historia Clínica debe ser un requisito de todo Cirujano Dentista que no debe pasar inadvertido, pues el desconocimiento de ella trae a veces accidentes y fracasos que bien se pue

den evitar haciendo a tiempo una buena Historia Clínica, la cual no debe hacerse casualmente sino que debe seguir un plan a fin de indagar toda la información posible y sacar conclusiones acerca de la presencia o ausencia de la Patología ignorada por el paciente.

A través de la Historia Clínica también vamos a lograr inspirar en el paciente cierta confianza y seguridad hacia nosotros, además podremos aprovechar esa confianza tanto para identificarnos con nuestro paciente, así como para lograr valorar algunos aspectos del mismo. Tales como Hábitos, nivel cultural, estado emocional, grado de cooperación para con nosotros durante el tratamiento, ya que estos factores nos ayudarán tanto en el tratamiento dental, como para guiarnos y saber en que forma tenemos que dirigirnos al paciente cuando le expliquemos que es lo que procede hacer para restablecer la salud de la boca.

Debemos recordar también que en la mayoría de los casos las personas que acuden al consultorio lo hacen impulsadas por un dolor o una molestia que los ha estado aquejando durante algunas horas o bien durante días, razón por la cual desde el primer momento que entremos en contacto con el paciente debemos procurar que la plática y nuestra conducta tiendan a tranquilizarlos; no debemos llevarlo inmediatamente al sillón, sino recibirlo en un lugar que resulte cómodo para el paciente y ayudarle a tranquilizarse y así iniciar una plática que servirá de introducción a la relación Paciente-Cirujano Dentista, así haremos que el paciente sienta que el Cirujano Dentista al que acudió no solo-

se preocupa por su boca sino que considera la misma com parte de un organismo que está íntimamente-relacionada con sus demás aparatos y sistemas y como resultado de ello el paciente verá que se le trata como una entidad orgánica que merece un trato o una atención muy especial, con lo cual habremos logrado ganarnos su confianza y por lo tanto su cooperación para contestar el interrogatorio que forma parte de la Historia Clínica, ya que comprenderá que todos los datos que aporte serán en su propio beneficio y que perdurará a través de todo el tratamiento, pues sabrá que mientras más coopere mayores serán los beneficios que reciba al quedar restablecida su salud bucal.

Podremos ya entonces al terminar la Historia Clínica dar un diagnóstico de presunción el cual desde luego no será definitivo hasta no tener los resultados de los estudios que se le indique hacer.

A continuación presento un cuestionario de una Historia Clínica, el cual es breve pero que contiene las preguntas más indispensables para conocer el estado orgánico funcional del paciente antes de su intervención bucal.

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre del paciente.....

Edad..... Sexo..... Estado civil.....

Ocupación..... Lugar de origen.....

Lugar donde radica..... Fecha.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.....

.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.....

.....
.....

PADECIMIENTO ACTUAL.....

FECHA DE INICIACION.....

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.....

.....
.....

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO.....

APARATO RESPIRATORIO.....

APARATO CIRCULATORIO.....

APARATO GENITO URINARIO.....

SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS.....

SISTEMA LINFATICO.....

SISTEMA OSTEOMUSCULAR.....

PIEL Y ANEXOS.....

SINTOMAS GENERALES.

ANOREXIA.....

FIEBRE.....

PERDIDA DE PESO.....

PALIDEZ.....

ASTENIA.....

ADINAMIA.....

TERAPEUTICA EMPLEADA.

TRATAMIENTO EMPIRICO.....

TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DEL PADECIMIENTO--
ACTUAL.....ESTUDIOS REALIZADOS PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
.....

EXPLORACION FISICA.

SIGNOS VITALES.....

TENSION ARTERIAL.....

PULSO PERIFERICO.....

FRECUENCIA RESPIRATORIA.....

TEMPERATURA.....

PESO CORPORAL.....

ESTATURA.....

INSPECCION GENERAL.

ENCAMADO O AMBULANTE.....

SEXO.....

EDAD APARENTE.....

MOVIMIENTOS ANORMALES.....

ACTITUD.....

FACIES.....

ADAPTACION AL MEDIO.....

MARCHA.....

CONFORMACION.....

CONSTITUCION.....

INTEGRIDAD.....

INTERROGATORIO DE LA CAVIDAD ORAL.

MOTIVO DE LA CONSULTA.....

.....

TEJIDOS DUROS.....

TEJIDOS BLANDOS.....

TAMAÑO DE LA LENGUA.....

OCCLUSION.....

TRATAMIENTO DENTALES A LOS QUE HA SIDO SOMETIDO Y-

RESULTADOS OBTENIDOS.....

DIAGNOSTICO.....

ETIOLOGIA.....

EXAMENES ORDENADOS.....

RESULTADO DE LOS EXAMENES.....

INTERPRETACION RADIOGRAFICA.....

PLAN DE TRATAMIENTO.....

PRONOSTICO.....

TERAPEUTICA EMPLEADA.....

.....

2.- ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

Los estudios de laboratorio y gabinete es otro de los requisitos que no debemos pasar inadvertidos, estos estudios complementan a la Historia Clínica y nos ayudan a dar un diagnóstico definitivo y a la vez prepararnos para poder llevar con éxito cualquier tratamiento.

En los Estudios de laboratorio se pide:

1.- BIOMETRIA HEMATICA. Elementos figurados eritrocitos:

Hombres de 5-5 y medio millones/mm³.

Mujeres de 4-4 y medio millones/mm³.

Función principal. Intercambio de gases a nivel celular y pulmonar.

LEUCOCITOS: de 7-8 Mil/mm³.

Función Defensa. Si están aumentados pueden haber problemas de infección.

Si están bajos (leucopenia) puede haber falta de defensa.

PLAQUETAS: de 200-400,00

Si se encuentran bajas se puede presentar hemorragia.

HEMATOCRITO: Normal 45% (45 mm).

Suero. Líquido inerte que contiene sales, sodio-potasio.

PLASMA. Se encuentran proteínas, encontrándose factores de la coagulación (fibrinas, globulinas),

de las proteínas vamos a sacar las pruebas de tendencias Hemorrágicas.

2.- TIEMPO DE SANGRADO Y COAGULACION.

Va de 1 a 3 minutos, hasta 5 minutos con retracción del coagulo a las 24 horas.

3.- TIEMPO DE PROTROMBINA.

Se mide en porcentajes; Normal de 85 a 100% y se reporta en: Ejemplo 12"-Quick=100%.

Lo normal es de 10 a 15 segundos.

4.- GRUPO SANGUINEO.

O (Universal)
A
B
AB

5.- RH.

Puede ser positivo (+) o negativo (-) el positivo (+) Nos aglutina, el negativo (-) no aglutina con ninguna sangre.

Ejemplo de (-) Negativo A (+) Positivo si se puede transferir de (+) positivo A (-) negativo no se puede transferir.

6.- QUIMICA SANGUINEA.

Urea. Va de 28 a 32 mg/100 cc. Acido Urico. de 4 a 6 mg/100 cc.

Creatinina. 1-2; 4-6 mg/100 cc.

Glucosa. Normal es de 80 a 120 mg/100 cc.

En los Estudios de Gabinete Tenemos:

1.- ELECTROCARDIOGRAMA.

Está indicado cuando el paciente pase de - más de 30 años; y éste vaya a ser hospitalizado pa ra su tratamiento dental.

2.- ELECTROENCEFALOGRAMA.

Se hace en sujetos que tienen problemas con vulsivos.

3.- ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

Son de vital importancia las radiografías - bucales por lo que se detalla más ampliamente este tipo de estudios.

Las radiografías necesarias para localizar- la posición del TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- Radiografías intrabucales.
- 2.- Radiografías Oclusales.
- 3.- Radiografías de Bitewing o de Aleta de- Mordida.
- 4.- Radiografías Extrabucales Laterales.

1.- Las radiografías intrabucales o periapi cales casi siempre no dan con mucho detalle la posición anatómica del tercer molar inferior retenido porque el paciente puede presentar:

- A- Náuseas
- B- Desviación de la película radiográfica-

por los tejidos blandos de la rama ascendente.

Pero este tipo de radiografías nos pueden ayudar mucho a la localización del conducto dentario inferior es decir si este se encuentra hacia lingual o hacia vestibular, o si está bajo las raíces del tercer molar inferior retenido.

La técnica para localizar el conducto dentario inferior es tomando dos radiografías (Técnica de Clark) en la misma posición de la boca, es decir, el borde mesial de la placa radiográfica debe llegar a la mitad del primer molar y el borde superior será paralelo a la superficie, oclusal de los molares.

La primer radiografía se toma en posición normal; la segunda radiografía se toma dirigiendo el tubo en ángulo de 25 grados negativos.

Después se comprueban las dos radiografías y veremos si el conducto dentario inferior se extiende hacia lingual, hacia vestibular o está en la misma posición; si se extiende hacia lingual en la retención se moverá hacia abajo en relación con las raíces del tercer molar; si el conducto está sobre el lado vestibular de las raíces del tercer molar parecerá moverse hacia arriba sobre las raíces; en comparación con las dos radiografías si el conducto permanece en la misma posición este está directamente debajo de las raíces.

2.- Las radiografías oclusales revelan la posición vestibulolingual de la corona del tercer-

molar inferior, se puede usar una placa radiográfica intrabucal o la placa radiográfica oclusal común.

3.- Las radiografías de Bitewing o de Aleta de Mordida son recomendables en las clases I y II, éstas radiografías nos sirven para visualizar las relaciones de las coronas del segundo y tercer molar.

En este caso el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la placa radiográfica con "0" grados de angulación vertical.

4.- Las radiografías laterales de maxilar inferior están indicadas en la clase II de terceros molares inferiores retenidos horizontales.

Estas radiografías se obtienen por una imagen lateral de la mandíbula correctamente ubicada.

Siempre hay ventajas en hacer un examen radiográfico completo pues cada radiografía añade información útil al operador lo cual no da la relación del molar retenido.

En conclusión las radiografías bucales nos permiten saber con mayor certeza los siguientes puntos:

- 1.- La relación o posición del conducto dentario inferior.
- 2.- Posición anatómica del tercer molar in-

ferior retenido en la mandíbula.

3.- Cantidad de Hueso que lo recubre.

4.- Relación con los dientes adyacentes.

3.- DIAGNOSTICO.

La palabra diagnóstico deriva del griego; -
dīa, a través de; GNOSIS, conocimiento.

Literalmente significa conocimiento de sa-
lud y de enfermedad.

El diagnóstico es el resultado de la inves-
tigación de los signos y síntomas patológicos que
hemos encontrado al hacer la Historia Clínica y de
los resultados de los exámenes de laboratorio.

El diagnóstico se anotará en la Historia -
Clínica del paciente y nos servirá para determinar
el tipo de tratamiento a seguir tomando en conside-
ración todos y cada uno de los estudios realizados
en el paciente.

Pronosticando satisfactoriamente a nuestro-
juicio el caso.

4.- PLAN DE TRATAMIENTO.

Este se hará según el diagnóstico dado, con-
siderando el estado orgánico funcional del pacien-
te.

El plan de tratamiento en el caso de la - -
Odontectomía del tercer molar inferior retenido - -
puede ser el siguiente:

1.- Estudio cuidadoso de las radiografías - para determinar la posición del tercer molar y sus relaciones con los otros dientes y el macilar inferior.

2.- Clasificación de la Retención.

3.- Determinación de la Retención.

4.- Decidir si la Odontectomía facilitará - su extracción y al mismo tiempo la conservación - del hueso.

5.- Medicación Pre-Anestésica.

Es considerada como parte componente de la anestesia.

Cuando se va a usar anestesia general, el - anestesista, antes de realizar la anestesia es informado sobre las condiciones físicas del paciente, cirugía a realizar, si hay presencia de alergias y el plan quirúrgico que se va a seguir, de acuerdo a esto el anestesista hará un programa y la medicación pre-anestésica será de acuerdo a su programa.

En nuestro caso podremos decir que no usaremos anestesia general, sino local, pues realizaremos nuestra odontectomía en el consultorio y no en el hospital, pero si es seguro que vamos a usar medicación pre-anestésica, la cual es usada para:

1.- Aliviar el dolor y la aprensión.

2.- Elevar el umbral del dolor.

Al usar anestesia local es necesario que -

nuestro paciente coopere y este consciente durante el acto quirúrgico, por lo que la medicación pre-anestésica no deberá deprimir la corteza cerebral, y la dosis de drogas usadas deberá ser baja y no alta.

Para aliviar el dolor y la aprensión es recomendable usar barbitúricos por vía oral pudiéndose combinar con ataraxicos (tranquilizantes), generalmente los barbitúricos en dosis que no sean - - anestésicos disminuyen el umbral del dolor.

El uso de ataraxicos tienen baja toxicidad y ausencia de efectos colaterales y ayudan a emplear una dosis menor de barbitúricos.

A continuación presento algunas dosis sugeridas para medicación Pre-Anestésica, para uso de anestesia loca.

PREMEDICACION PARA ANESTESIA LOCAL

Barbituricos (oral, intramuscular y endovenosa)
 Pentobarbital (Nembutal) 50-100 mg. (Acción corta)
 Secobarbital (seconal) 50-100 mg. (acción corta)
 Amobarbital Sódico (amital) 100-180 mg. (acción in
 termedia)
 Fenobarbital Sódico (Luminal) 50-100 mg. (acción -
 larga).

NARCOTICOS

Sulfato de Morfina (IM o EV) 8-15 mg. en dosis di-
 vididas)

Sulfato de Codeína (IM o EV) 30-60 mg.

Meperidina (Demerol) (IM o EV) 40-75 mg. en dosis-
 divididas 10 mg/ML.

Alfaprodina (Nisentil) (IM o EV) 10-40 mg. en do--
 sis divididas 3.5 mg/ML.

Anileridina (Leritina) (IM o EV) 25-50 mg. en dosis
 divididas 0.5-1mg/ML.

Atarácicos (tranquilizantes).

Clorhidrato de prometazina (fnergáñ) (oral, IM o -
 EV) 25-50 mg. en dosis divididas.

Hidroxizina (vistaril) (oral, IM o EV) 25-100 mg.-
 en dosis divididas.

Después de haberle dado a nuestro paciente-
 la medicación pre-anestésica lo llevaremos al si--
 llón, lo sentaremos, ajustaremos respaldado y cabe

za de manera que esté comodo y que al abrir la boca los dientes puedan ser tomados sin que el cirujano dentista o su brazo esten en posición incomoda.

La visibilidad bucal debe ser clara para - que el operador no tenga necesidad de encorvarse, - doblarse, retorcerse, por lo que es necesario tener una buena fuente de luz.

Después que el paciente esté perfectamente- ubicado en el sillón, el cirujano dentista vestirá su gorro y cubreboca, si no usa lentes se recomienda usar anteojos de vidrio neutro para proteger - sus ojos de los restos que salten, ajusta la fuente la luz (lámpara) se quite anillos, reloj, se la va las manos y brazos, y se pone guantes estériles.

Enseguida al paciente se le cubrirá la cabeza, hombros y tórax con un lienzo verde de 76 cm.- de ancho por 120 cm. de largo, con una abertura a 50 cm. de la parte superior de 16 cm. por 10 cm.

Enseguida se le inyectará al paciente el - anestésico, estando ya limitado perfectamente la - zona peribucal, previa a la asepsia y antisepsia - de la región por intervenir; antes se lubrican los labios y comisuras con vaselina blanca estéril para evitar lesionarlos.

Hecho esto se iniciará propiamente el acto- quirúrgico para lo cual ya tendremos preparado todo el instrumental que requiera la intervención y- también tendremos a la mano medicamentos neces- - rios en caso de urgencia, a la vez tendremos pre--

sente que tipo de tratamiento dar si se nos presentara dicha urgencia.

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA E INSTRUMENTAL

Toda operación quirúrgica que se realiza en el organismo consta de varios tiempos, que pueden y deben ser correctamente sincronizados y sistematizados:

- 1.- Asepsia y Antiseptia..
- 2.- Colocación de Campos.
- 3.- Anestesia.
- 4.- Incisión.
- 5.- Legrado.
- 6.- Osteotomía.
- 7.- Odontotomía.
- 8.- Luxación.
- 9.- Extracción.
- 10.- Limado, curetaje y lavado.
- 11.- Sutura.

Dadas las diferentes posiciones adoptadas - por el tercer molar inferior retenido, no sería posible dar normas quirúrgicas aplicables a todos los casos por lo que las técnicas que mencionaré - deberán tener un buen juicio de aplicación a cada caso en particular que se presente.

Técnica Quirúrgica.

Delineando la conducta a seguir se administra en primer lugar la anestesia local o general - que se haya elegido, la anestesia local en éste caso será de índole regional administrada al nervio - dentario inferior a través de la espina de spix.

La anestesia general se reserva para los casos en que esta contraindicada la anestesia local.

Separando el carrillo con un retractor, se procede a realizar la incisión para el colgajo, se empieza en la parte lingual de la línea oblicua externa a una distancia de 2 cm; por distal del segundo molar inferior, y se dirige hacia adelante, hasta que contacte la línea media de la superficie distal del segundo molar. Se continúa la incisión por vestibular alrededor del cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal entre el primero y segundo molar, y de allí se extiende hacia abajo en dirección al fondo de surco en ángulo de 45° grados; inmediatamente se procede al despegamiento (legrado) de mucosa, submucosa, y periostio, para lograr un buen acceso a la zona del molar retenido; una vez retraído el colgajo con el separador, se hace la Osteotomía. Mediante el uso de fresas quirúrgicas, haciendo un círculo de orificios con la fresa en la zona donde se estima que estará la corona del molar retenido cuidando de no dañarla raíz distal del segundo molar. Este paso debe ejecutarse rápidamente para economizar tiempo y disminuir el trauma operatorio teniendo la precaución de irrigar la zona con suero fisiológico, con el fin de evitar el calor friccional y la necrosis ósea:

El círculo de orificios deberá ser de diámetro mayor que la corona del molar para evitar tener que ensancharlo luego.

Se conectan las excavaciones entre sí y se elimina el trozo de hueso. Con la fresa se termi--

na de eliminar los obstáculos óseos que puedan interferir la extracción.

y El saco perio coronario. A esta altura pueden elegirse tres caminos.

A) Extracción del molar entero para lo cual se talla una nueva excavación al costado de la raíz para poder apoyar mejor el elevador. Al emplear el elevador debe tenerse especial cuidado con el segundo molar que puede ser lesionado y prevenir la fractura del maxilar que puede producirse a raíz del empleo de una fuerza exagerada.

B) División del molar con cincel y martillo.

C) División del molar con fresa.

Siempre que exista alguna duda en lo referente a la fuerza que ejerza con el elevador, el operador debe elegir el método más delicado, esto es dividir el diente y extraerlo por secciones (odontotomía).

El uso de fresas quirúrgicas es lo más indicado en este tipo de remociones, el cincel y el martillo son algo traumáticos y muy molestos para el paciente por lo que su uso deberá limitarse hasta donde sea posible; se procederá a efectuar la luxación de la pieza y a medida que se van extrayendo las porciones del molar deben examinarse con buen luz para comprobar la integridad de las raíces, si ha quedado algún ápice en el fondo del alvéolo, debe ser eliminado con la mayor delicadeza posible dada su proximidad al paquete vasculoner-

vioso dentario inferior; se tratará de localizar - el saco pericoronario, si es que existe para lograr su eliminación; posteriormente se practicará con una lima la regularización de la cavidad ósea y se procederá a hacer un lavado de la misma con - un suero fisiológico o con agua bidestilada usando una sonda de Gilman, hasta que la cavidad ósea se encuentre completamente limpia; se toman radiografías post-operatorias que se examinan inmediatamente; y finalmente se hará la sutura del colgajo que deberá de ser con hilo de seda de 000 ó 0000.

Como medicación post-operatoria, se le prescriben al paciente, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

INSTRUMENTAL.

Se divide en:

- A) Instrumental de Cirugía General.
- B) Instrumental de Cirugía Especial

A) Los de cirugía general son, imprescindibles en cualquier tipo de intervención, y se les clasifica en:

- 1.- Instrumental de Diéresis
- 2.- Instrumental de Hemostasia
- 3.- Instrumental de Disección
- 4.- Instrumental de Sutura.

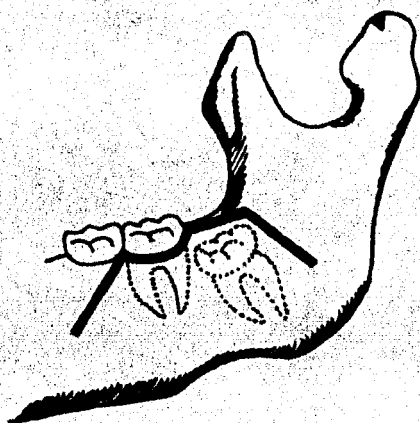
B) Entre el instrumental de cirugía especial tenemos:

Legras.

Fresas.
Cinceles.
Elevadores.
Cucharillas.

El instrumental que habitualmente se utiliza en éste tipo de intervención es el siguiente:

- 1.- Bisturí con hoja No. 15.
- 2.- Separador.
- 3.- Cinceles.
- 4.- Martillo.
- 5.- Sonda de Gilman.
- 6.- Pinza Gubia.
- 7.- Fresas para hueso.
- 8.- Lima para Hueso.
- 9.- Pinza para tejidos.
- 10.- Porta agujas y agujas para sutura.
- 11.- Tijeras.
- 12.- Extractor Quirúrgico.
- 13.- Pinza para extracción de molares.
- 14.- Periostótomos.



INCISION



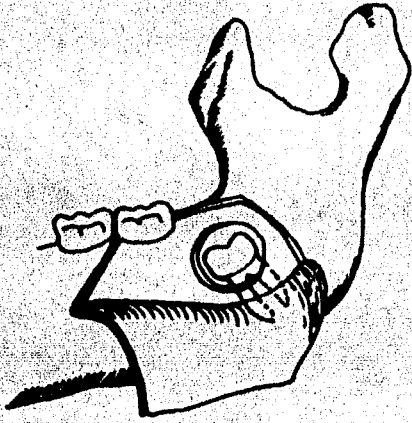
LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO
MARCANDO CIRCULO DE ORIFL
CIOS.



UNION DEL CIRCULO DE
ORIFICIOS CON FRESA
DE FISURA.



ELIMINACION DE LA
TABLA EXTERNA.



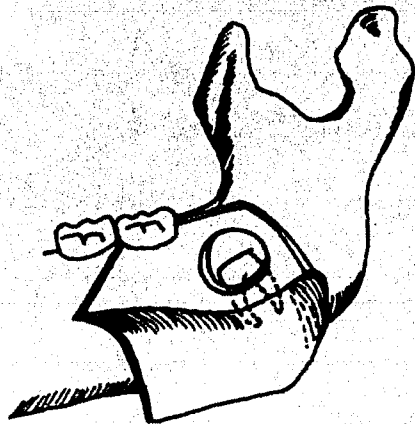
VISTA DE LA CORONA.



CORTE DE LA CORONA.



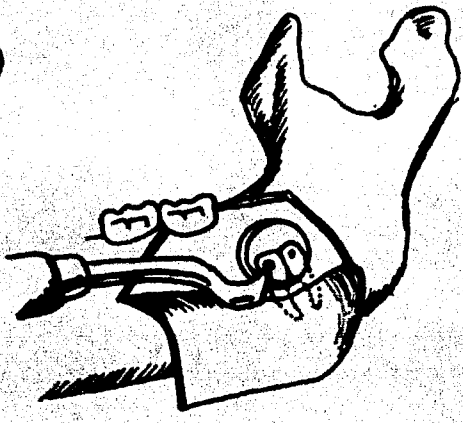
LUXACION DE LA
CORONA CON ELE
VADOR.



VISTA CERVICAL DEL MOLAR.



ODONTOTOMIA PARA SEPARAR RAICES.



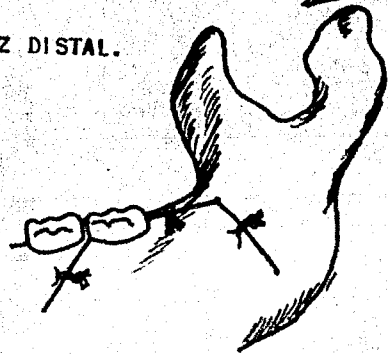
LUXACION DE LA RAIZ MESIAL.



VISTA DE RAIZ DISTAL.



REGULARIZACION DE LOS BORDES OSEOS.



SUTURA.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El tratamiento que se realiza después de la extracción debe ser estudiado en dos aspectos:

Tratamiento inmediato y el mediato.

El tratamiento postoperatorio 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.

A) EL TRATAMIENTO INMEDIATO:

Terminada la operación se limpia la cavidad bucal con un atomizador, el 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 coágulos entren en putrefacción.

Se aplica un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción, indicando al paciente que muerda sobre ella.

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 engregar al paciente, para que él mismo cuida su

postoperatorio.

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

B) TRATAMIENTO MEDIATO.

De regreso el paciente a su domicilio, es - útil y se acomoda a los principios de la cirugía - fisiológica que guarde, cama por algunas horas; - por otra parte el reposo previene la posible hemo- rragia secundaria.

El paciente continuará colocando sobre su - cara en el lado operado, una bolsa de hielo que - mantendrá en su sitio durante 15 minutos con otros 15 minutos de descanso.

No es necesario que practique ningún tipo - de enjuagatorios durante las primeras 3 horas; es- menester conservar la integridad del coágulo, el - mejor obturador de la cavidad alveolar. En caso de hemorragia colocará en su boca, del lado operado, - un trozo de gasa seca, que mantendrá en su sitio - durante media hora.

Alimentación.- El paciente necesita someter - se a un régimen de alimentación blando durante las primeras 18 horas siguientes a la operación.

Muchos de los trastornos postoperatorios se deben al hecho de que los alimentos duros lesionan la región.

Analgésico.- El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal.

Esta en relación directa al grado de trauma; aplastamientos, desgarros, dilaceraciones, originan dolorosas consecuencias. Heridas limpias y operación sin traumatismo raramente ocasionan dolor, de presentarse, debe ser combatido por los distintos medicamentos que dispone la terapéutica.

Vitaminoterapia.- La ingestión de vitamina B y B12 colabora a la restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

Antibióticos.- La prevención de procesos infecciosos que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como punto de partida el sitio de la extracción, deben ser prevenidos o tratados con el nutrido arsenal terapéutico a cargo de los antibióticos.

Extracción de los puntos de sutura.- Los hilos deben retirarse recién al 4° ó 5° día de la operación; la eliminación prematura puede originar hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo con los consiguientes trastornos. El respeto por el coágulo es la base del éxito postoperatorio. Los hilos se retiran previa sección con tijera; sobre la zona operada se proyecta un delicado chorro de agua tibia.

Todo cirujano dentista tiene la responsabilidad moral y legal de dar de alta al paciente hasta la culminación del tratamiento postoperatorio.

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

El tercer molar retenido es una de las anomalías más frecuentes que aqueja al Hombre civilizado.

La extracción de los terceros molares es un procedimiento quirúrgico que debe ser llevado a cabo de acuerdo con una técnica específica y planeada en relación al tipo de retención con la cual el cirujano oral ha de tratar.

No debería ser un procedimiento dejado al - azar cada paso debe ser planeado y ejecutado con - precisión y exactitud.

El odontólogo ha de recordar que ligado al - diente se encuentra un ser humano que reacciona - frente al trauma físico y emocional, por lo tanto - ambos deben ser reducidos al mínimo.

B I B L I O G R A F I A

- 1) G. A. RIES CENTENO. EL TERCER MOLAR INFERIOR -
RETENIDO.
Segunda edición. Editorial EL ATENEO BUENOS -
AIRES.
- 2) G. A. RIES CENTENO. CIRUGIA BUCAL.
Séptima edición. Editorial EL ATENEO. BUENOS -
AIRES.
- 3) GUSTAVO KRUGER. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
Segunda edición. Editorial Interamericana.
- 4) W. H. ARCHER, CIRUGIA BUCAL.
Vol. I Segunda edición. Editorial Mundi. BUE--
NOS AIRES.
- 5) M. BRAVO PUENTE. Profesor Exodoncia UNAM, Im--
portancia de la Historia Clínica Rev. ENO. Vol.
1 No. 6.
- 6) E. DABOUT. DICCIONARIO DE MEDICINA.
Editorial Nacional México.
- 7) M. DIAMOND. ANATOMIA DENTAL.
Editorial Hispano Americana.
- 8) DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA..
Editorial Porrúa.
- 9) MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA ASTRA.

- 10) L. F. ROSE. PRACTICA DENTRAL EN EL HOSPITAL.
Primera edición. Nueva Editorial Interamericana.
na.
- 11) K. H. TOMA CIRUGIA BUCAL.
Editorial Salvat. Barcelona.
- 12) APUNTES DE CIRUGIA BUCAL, FAC. ODONTOLOGIA - -
1978.
Dr. Jauregui.