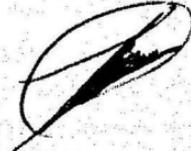


24 717

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

Revisó y Autorizó Tesis



**EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS**

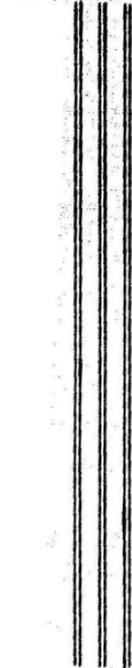
T E S I S

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

José Benigno Ortega Cuevas
Onésimo David Valencia Elías

MEXICO, D. F.

1980





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

S U M A R I O

INTRODUCCION
CAPITULO IINDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS
TERCEROS MOLARES INFERIORES.

- infección y dolor
- pericoronitis y dolor
- consideraciones ortodóncicas
- quistes dentigeros
- técnica quirúrgica.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLA--
RES RETENIDOS.

- posición
- ubicación del tercer molar en la -
arcada (desviaciones)
- relación con el borde anterior de -
la rama ascendente de la mandíbula
- profundidad del tercer molar den--
tro del tejido óseo
- relación de los tejidos que cubren
el tercer molar retenido.

CAPITULO IV

ESTUDIO DE LAS VARIACIONES ANATOMI--
CAS Y PATOLOGICAS DEL TERCER MOLAR -
INFERIOR.

- en su corona
- en sus raíces.

CAPITULO V

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR

- radiografía intraoral
- radiografía oclusal
- radiografía extraoral
- puntos a considerarse en las radiografías de tercer molar.

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

- plan de tratamiento
- factores a cuidar en casos problema
- incisión y preparación de colgajos
- osteotomía
- odontosección
- extracción propiamente dicha
- sutura
- tratamiento post-operatorio e instrucciones a los pacientes.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

En el presente trabajo se muestra la técnica y los medios con lo que cuenta el Cirujano Dentista para hacer la extracción del tercer molar inferior retenido, esto da pruebas que la Cirugía Maxilofacial es uno de los puntos mas importantes dentro del mundo de la Odontología Moderna.

En la actualidad, se cuenta con muchos aparatos que proporcionan ayuda al Cirujano Dentista para el diagnóstico y tratamiento de las piezas incluidas, como son: Radiografías de varios tipos, - Fresas de alta velocidad para odontosección y osteotomía gran variedad de palancas o votadores, estupendas lámparas intraorales para la mayor visibilidad en la operación.

La cirugía de los terceros molares incluidos debe ser hoy en día, una técnica perfectamente conocida por el Cirujano Dentista, ya que existe actualmente una gran tendencia en la humanidad a presentarse este problema en un porcentaje muy elevado y esto es debido a las mutaciones de evolución que ha sufrido el ser humano a través del tiempo donde marca que ya no existe el espacio suficiente para que los terceros molares salgan en una posición perfecta como sucedió en nuestros antecesores sino que por lo regular salen con alguna inclinación o en ocasiones ni siquiera salen, sino que quedan incluidos en la rama ascendentes de la mandíbula provocado dolor y con el peligro de formar quistes y tumores.

Impulsados por esta inquietud hemos tratado de presentar en este trabajo tan importante, la técnica de extracción de los terceros molares inferiores retenidos y esperamos que este mismo sirva en el futuro.

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

En el presente trabajo se muestra la técnica y los medios con lo que cuenta el Cirujano Dentista para hacer la extracción del tercer molar inferior retenido, esto da pruebas que la Cirugía Maxilofacial es uno de los puntos mas importantes dentro del mundo de la Odontología Moderna.

En la actualidad, se cuenta con muchos aparatos que proporcionan ayuda al Cirujano Dentista para el diagnóstico y tratamiento de las piezas incluidas, como son: Radiografías de varios tipos, - Fresas de alta velocidad para odontosección y osteotomía gran variedad de palancas o votadores, estupendas lámparas intraorales para la mayor visibilidad en la operación.

La cirugía de los terceros molares incluidos debe ser hoy en día, una técnica perfectamente conocida por el Cirujano Dentista, ya que existe actualmente una gran tendencia en la humanidad a presentarse este problema en un porcentaje muy elevado y esto es debido a las mutaciones de evolución que ha sufrido el ser humano a través del tiempo donde marca que ya no existe el espacio suficiente para que los terceros molares salgan en una posición perfecta como sucedió en nuestros antecesores sino que por lo regular salen con alguna inclinación o en ocasiones ni siquiera salen, sino que quedan incluidos en la rama ascendentes de la mandíbula provocado dolor y con el peligro de formar quistes y tumores.

Impulsados por esta inquietud hemos tratado de presentar en este trabajo tan importante, la técnica de extracción de los terceros molares inferiores retenidos y esperamos que este mismo sirva en el futuro.

CAPITULO PRIMERO

**INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLA
RES INFERIORES RETENIDOS.**

CAPITULO I

INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La eliminación de los dientes retenidos - - constituyen un capítulo muy importante en la práctica de la cirugía oral.

THOMA propone el término de la ODONTECTOMIA para descubrir la eliminación quirúrgica de los - - dientes y particularmente de los retenidos.

A continuación hacemos un comentario sobre las indicaciones de la extracción de las piezas retenidas; las técnicas empleadas y los cuidados generales que han de tenerse y observarse en los pacientes.

INFECCION Y DOLOR.

Es una razón subjetiva para la Odontectomia y se presenta siempre en todas las infecciones agudas localizadas en los terceros molares aberrantes o con peculiaridades morfológicas; algunos terceros molares, aunque parezcan sumergidos totalmente, pueden desarrollar procesos de resorción semejantes a las caries que dan lugar a dolores pulpares iguales al típico dolor de "muelas". Es de gran importancia la práctica de radiografías para visualisar estas piezas dentarias.

PERICORONITIS Y DOLOR

La infección oral que con mas frecuencia se

observa en los adolescentes es la pericoronitis - que puede variar desde una ligera molestia hasta - una severa infección. Se localiza en tejidos blandos que rodean la corona de un tercer molar parcialmente erupcionado o incluso en los que no han hecho erupción.

El colgajo mucoso que cubre la corona, da lugar a la formación de una bolsa y en el interior de la cual se acumulan dentritus. Se proporciona de esta manera un medio adecuado para el desarrollo adecuado de bacterias con sepsis consiguiente, el comienzo de estos suele ser repentino. La enfermedad varia desde una molestia hasta una severa celulitis. Es obvio que la fuente de infección, el diente, debe ser eliminado, sin embargo antes de practicar la odontectomia debe controlarse la infección, incluso en la sencilla impactación gingival es preciso practicar una incisión y reflexión del tejido en esa zona que permita crear directamente una vía libre de salida para los profundos espacios mucoperiosticos.

La extracción de dientes en presencia de una infección pericoronar aguda se retrasara únicamente hasta el momento en que la infección haya sido controlada mediante terapéutica antibiótica; el procedimiento quirúrgico debiera ponerse en practica si no existen contraindicaciones para ello. Nos referimos al caso de que no exista un tercer molar antagonista puesto que al extraerlo eliminamos una fuente de trauma constante sobre la mucosa inflamada y adematizada de la región del tercer molar inferior. Esto no resuelve directamente la infección, pero no obstante, reduce el dolor en forma rápida,

de esta manera se observa que en un espacio de 12- a 24 horas se ha producido un señalado cambio en el estado del paciente, debido, en parte, a la extracción del diente antagonista, a la sedación del dolor a los antibióticos y a todas las medidas adicionales tales como el régimen alimenticio, etc...

Incluso aunque el edema no halla resuelto totalmente, el enfermo se encontrara en un estado de franca mejoría con la infección prácticamente eliminada y el tercer molar en condiciones de ser extraído con seguridad.

CONSIDERACIONES ORTODONCICAS

Algunos ortodontistas, particularmente los que practican con alguna frecuencia la extracción de bicúspides, recomiendan la eliminación de los terceros molares.

Creer que la presión de un tercer molar impactado es un factor importante en la posición de los dientes.

Por ello la operación de la extracción de los cuatro molares en edades comprendidas entre los 15 a 19 años es bastante recomendada por los ortodontistas. Estos casos se realizan mejor en una sesión con el paciente internado en un hospital y bajo anestesia general; las condiciones mejores se consiguen cuando se realizan con anestesia endotraqueal, con el paciente hospitalizado; resulta mucho menos traumático tanto física como emocionalmente si la intervención se hace en una sesión y con el paciente en un hospital donde se puede

administrar una básica premedicación, una segura - anestesia y unos cuidados posoperatorios adecuados.

QUISTES DENTIGEROS

Las hinchazanes repentinas y el dolor suelen ser los primeros signos que manifiesten la presencia de un problema en la zona del tercer molar - que en ocasiones es de una magnitud superior a la de una pericoronitis. Los quistes se asocian muchas veces a los terceros molares impactados sospechándose la existencia después de un período o episodio agudo.

Para la determinación de la existencia de - algún quiste dentigero se necesitan las radiografías extraorales e intraorales que sirven para situar bien su posición. Los quistes dentigeros se originan a partir de los folículos o saco dentario y pueden ser mas o menos extensos, produciendo lesiones destructivas de mayor significación. Es un hecho que la placa radiográfica no es una arma diagnóstica de absoluta confianza; lo que parece ser un quiste benigno puede ser de hecho un tumor de mucha mayor gravedad.

La posible confusión de los quistes dentigeros con los ameloblastomas y carcinomas debe conseguir que estemos siempre al acecho de la posible - presentación de estos tumores de células gigantes.

TECNICA QUIRURGICA.

La técnica quirúrgica de elección aconsejada para practicar las odontectomias es el secciona

miento del diente impactado, lo cual puede realizarse con el empleo de un martillo y cincel o de una fresa quirúrgica especial.

Como todos los procedimientos quirúrgicos, - la técnica se basa en un cuidadoso planeamiento, - una exposición adecuada, instrumentación apropiada y una buena asistencia auxiliar correcta.

CAPITULO SEGUNDO

HISTORIA CLINICA

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

El propósito de hacer la historia clínica - del paciente a quien se va a operar, es descubrir, por examen sistemático de sus antecedentes, cualquier contraindicación de la cirugía, anestesia o droga que se le tenga que aplicar antes.

La historia no debe de hacerse casualmente, sino debe seguirse un plan, a fin de indagar toda información posible del paciente y llegar, sobre la base de ésta, a conclusiones acerca de la presencia o ausencia de patología ignorada por el paciente. Así, algún paciente dirá que "no" cuando se le pregunta si tiene diabetes pero los síntomas de dicha afección, poliuria, polidipsia, pérdida de peso infecciones varias, etc. Harán sospechar tal enfermedad, que después confirmará el laboratorio.

Hay que aclarar, que el hacer la historia - no debe confundirse con el examen físico del paciente. Al hacer la historia, el examinador deberá sentir simpatía por el paciente y estar seguro de que este entiende la pregunta. Es inútil preguntar al paciente común si ha tenido hemoptisis, pues - los términos técnicos como éste, haya que trasladarlos al lenguaje común, para que los entienda. - Un buen examinador debe de estar al tanto de las diferentes expresiones comunes usadas para diferentes enfermedades, ya que solo las conoce el enfermo; por ejemplo "sangre mala" por sífilis.

LA HISTORIA CLINICA QUE MAS NOS CONVIENE SEGUIR
HISTORIA CLINICA

I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Edad _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Teléfono _____

Ocupación: _____

Trabajo: _____ Teléfono _____

Fecha de la última consulta al Odontólogo: _____

Al Médico: _____

Constitución física: _____

Tamaño de la cabeza: _____

Cara, forma: _____ Tez _____

Estado de la superficie: _____

Deformaciones: _____

Movimientos anormales: _____

Armonía de las porciones de la cara: _____

II.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

Generalidad: _____ Obesidad _____

Hipotensión: _____ Hipertensión _____

Cadiopatías: _____ Hemofilia _____

Diabetes: _____ Nefropatías _____

Sifilis: _____ Tuberculosis _____

Alergias: _____ Neoplasias _____

Padecimientos Nerviosos: _____

Causas de fallecimiento de Abuelos, padres, hermanos,
conyuge y colaterales _____

III.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Alimentación: _____ Peso _____

Deportes: _____ Higiene _____

Tabaquismo: _____ Alcoholismo _____

Toxicomanias: _____ Movimientos anormales _____

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Alteraciones Congenitas: _____

Variaciones en el peso: _____

Astenia: _____

Anorexia: _____

Amigdalitis: _____ Otitis _____

Flebitis: _____ Reumatismo _____

Paludismo: _____ Tuberculosis _____

Parasitos Intestinales: _____

Ulceras Pepticas: _____

Sifilis: _____

Enfermedades Venereas (otras) _____

Fiebres Eruptivas (virosis) _____

Fiebre: _____ Crisis Psiquiatricas

Crisis Neurológicas: _____

Crisis Convulsivas: _____ Neoplasias _____

_____ Anemia _____

Terapéutica Empleada: _____

V. ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS.

Penicilina: _____ Corticoides _____

Ataraxicos: _____ Laxantes _____

Antiacidos: _____ Antireumáticos _____

Anestésicos Generales: _____

Bloqueadores Locales: _____

Estimulantes: _____ Depresores _____

Resistencia a las Infecciones: _____

Intervenciones Quirúrgicas: _____

VI.- MOTIVO DE LA CONSULTA.

Padecimiento Actual: _____

Exploración de la zona afectada: _____

VII.- ESTADO ACTUAL.

a).- Labios: Forma: _____ Volumen _____

Consistencia: _____ Color _____

Estado de la superficie: _____

Temperatura: _____ Movimientos Anorma

les _____ Deformaciones - -

(etiología) _____

b).- Carrillos Volumen: _____

Consistencia: _____ Color _____

Estado de la Superficie: _____

Temperatura: _____ Deformaciones - -

(etiología) _____

c).- Mucosa: Forma: _____ Volumen _____

Consistencia y color: _____

Estado de la Superficie: _____

Deformaciones (Etiología) _____

d).- Maxilar:

Parodonto: Encfa Insertada _____

Borde libre de la Encfa: _____

Forma: _____ Volumen _____

Consistencia: _____ Puntilleo _____

Inflamación: _____

Edema: _____

Calculos: _____ Bolsas Paradonta--
les _____

Placa Dentobacteriana: _____

Paladar: Forma: _____ Volumen _____

Consistencia: _____ Color _____

Estado de la Superficie: _____

Exostosis: _____

Resorciones: _____

Solución de Continuidad: _____

Profundidad de la Boveda: _____

Tuberosidad del maxilar: _____

Extensión Longitudinal: _____

Forma del Arco: _____

Tamaño de las Areas de Soporte: _____

Inserciones Musculares: _____

Glándulas Salivales: _____

e).- Mandíbula:

Parodonto: Encía Insertada: _____ Borde li--
bre de la Encía _____

Forma: _____ Volumen _____

Consistencia: _____ Puntilleo _____

Inflamación: _____ Edema _____ Calculos _____

Bolsas Paradontales: _____ Placa Dentobac-
teriana _____ Forma de la Mandíbula: _____

Volumen: _____ Consistencia _____ Color _____

Estado de la Superficie: _____ Exostosis _____

Resorciones: _____ Solución de -
Continuidad _____

Extensión Longitudinal _____ Espacio Retro-
molar _____

Forma del arco: _____ Tamaño de las-
áreas de soporte _____ Inserciones --
Musculares _____

Piso de la Boca (Glándulas) _____

f).- Lengua: Forma: _____ Volumen _____ Consisten-
cia _____ Color _____ Estado de la Su-
perficie _____ Temperatura _____

Movimientos Anormales: _____

Movimientos Restringidos: _____

g).- Relación de los Maxilares y Mandíbula.

Ortognatico: _____ Pognatico _____

Retrognatico: _____

h).- Saliva: Cantidad: _____ Consistencia _____

Color: _____ Olor: _____

Antecedentes de la Operatoria Dental: _____

Antecedentes Endodonticos: _____

Antecedentes Parodonticos: _____

Antecedentes de Aparatos Protésicos: _____

Antecedentes de Aparatos Ortodóncicos: _____

Antecedentes de Cirugía Bucal: _____

VIII.- EXPLORACION ARMADA.

Diente	Caries (clase y grado)	Parodontopatias	Movilidad	Anomalias Den- tarias
8	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
Sup.				
Der.				
Sup.				
Izq.				

Diente Caries Parodontopatias Movilidad Anomalias Den-
tarias

7
8
8
7
6
5
4
3
2
1
1
2
3
4-

Inf.
Der.

VIII.- EXPLORACION ARMADA.

	Diente	Caries (clase y grado)	Parodontopatias	Movilidad	Anomalias Den- tarias
	8	_____	_____	_____	_____
	7	_____	_____	_____	_____
	6	_____	_____	_____	_____
Sup.	5	_____	_____	_____	_____
Der.	4	_____	_____	_____	_____
	3	_____	_____	_____	_____
	2	_____	_____	_____	_____
	1	_____	_____	_____	_____
	1	_____	_____	_____	_____
	2	_____	_____	_____	_____
	3	_____	_____	_____	_____
	4	_____	_____	_____	_____
Sup.	5	_____	_____	_____	_____
l zq.	6	_____	_____	_____	_____

	Diente	Caries	Parodontopatias	Movilidad	Anomalias Dentarias
Inf.	7	_____	_____	_____	_____
	8	_____	_____	_____	_____
	8	_____	_____	_____	_____
	7	_____	_____	_____	_____
	6	_____	_____	_____	_____
	5	_____	_____	_____	_____
	4	_____	_____	_____	_____
	3	_____	_____	_____	_____
	2	_____	_____	_____	_____
	1	_____	_____	_____	_____
	1	_____	_____	_____	_____
	2	_____	_____	_____	_____
Der.	3	_____	_____	_____	_____
	4	_____	_____	_____	_____

Diente Caries Parodontopatías Movilidad Anomalías Dentarias

Inf.	5	_____	_____	_____	_____
Izq.	6	_____	_____	_____	_____
	7	_____	_____	_____	_____
	8	_____	_____	_____	_____

IX.- ORGANOS DE LOS SENTIDOS.

Gusto: _____ Olfato _____ Visión _____
Audición: _____ Tacto _____

X.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Antecedentes Traumáticos: _____
Ruidos: _____ Dolor _____ Anquilosis _____
Bruxismo: _____ Alteraciones Patológicas _____
Otros: _____

XI.- ESTUDIO DE APARATOS.

A).- Digestivo:

Anorexia: _____ Desnutrición _____

Tránsito Esofágico: _____

Dispepsia: _____ Hipercloridia _____

Tránsito Intestinal: _____

Alitosis: _____ Evacuación Intesti
nal _____

Hipovitaminosis: _____ Ictericia _____

Dolor: _____ Neoplacias _____

B).- Respiratorio:

Obstrucción Nasal: _____

Sinusitis: _____ Epistaxis _____

Tos: _____ Expectoración _____

Sibilancia: _____ Hemoptisis _____

Disnea: _____ Cianosis _____

Dolor: _____ Disfonia _____

Lenguaje: _____ Ozena _____

C).- Circulatorio:

Precordialgias: _____

Presión Arterial: _____

Palpitaciones: _____ Disnea _____

Cianosis: _____ Lipotimias _____

Sincope: _____ Varices _____

Edema: _____ Otros _____

D).- Genito-Urinario:

Inicio de la Pubertad y Evolución en el Hombre.

Inicio de la Pubertad y Evolución en la Mujer.

Menstruación: _____ Embarazos _____ Abortos _____

Lactancia: _____ Menopausia _____

No. de Micciones: _____ Diuresis en 24 Hrs. _____

Dolor Lumbar: _____ Otros _____

XII.- ESTUDIO DE SISTEMAS.

A).- Endocrino.

Desarrollo Estatural: _____

Hipertricosis: _____ Acne: _____

Bocio: _____ Diabetes _____

Otros: _____

B).- Nervioso.

Paralisis: _____ Paresis _____

Parestesis: _____ Hipoestesia _____

Anestesia: _____ Hiperestesia _____

Atrofia: _____ Temblores _____

Sensibilidad: _____ Alergias _____

Cefalea: _____ Exitabilidad _____

Depresión: _____ Ansiedad _____

Sueño: _____ Memoria _____

Problemas Psicosomáticos: _____

XIII.- ESTUDIOS RADIOGRAFICOS E INTERPRETACION.

Periapicales o Interproximales: _____

Oclusales: _____

Extraorales: _____

Panoramica: _____

Cefalometria: _____

Otras: _____

XV.- RESULTADOS DE LABORATORIO.

Biometria Hematica: _____

Quimica Sanguinea: _____

Tiempo de Sangrado: _____

Tiempo de Coagulación: _____

Tiempo de Protrombina: _____

Tificación Sanguinea: _____

Pruebas Sero-Lueticas: _____

Antiestreptolisinas: (Cultivos): _____

General de Orina: _____

Otras: _____

Diagnóstico: _____

XVI.- PRONOSTICO.**XVII.- PLAN DE TRATAMIENTO:.**

Fecha de Iniciación del Tratamiento.

Fecha de Terminación del Tratamiento.

Nombre del Cirujano.

CAPITULO TERCERO
-----**CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES -
RETENIDOS**

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES - RETENIDOS.

Existen dentro de la mandíbula diversas posiciones en que podemos encontrar al tercer molar y estas pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

POSICION

1.- RETENCION VERTICAL.- El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso, pero lo característico reside en que su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar. (FIG. 1)

2.- RETENCION HORIZONTAL. En este caso el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar. (FIG. 2)

3.- RETENCION MESIOANGULAR. El eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grados variable, alrededor de 45 grados. (FIG. 3)

4.- RETENCION DISTOANGULAR.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa un lugar casi dentro de esta rama. (FIG. 4)

5.- RETENCION INVERTIDA.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención y la llamaremos

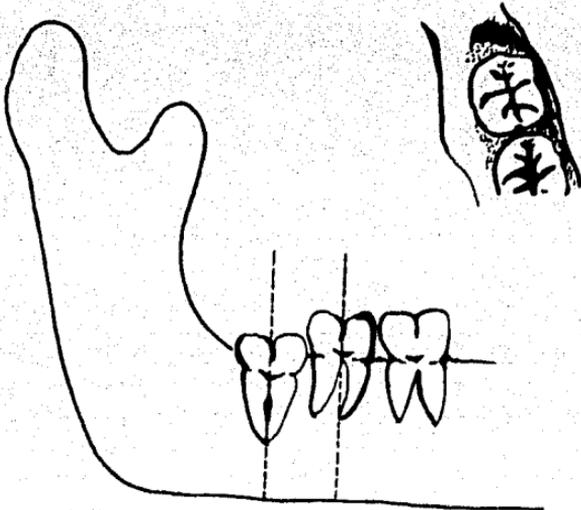


FIG._ 1

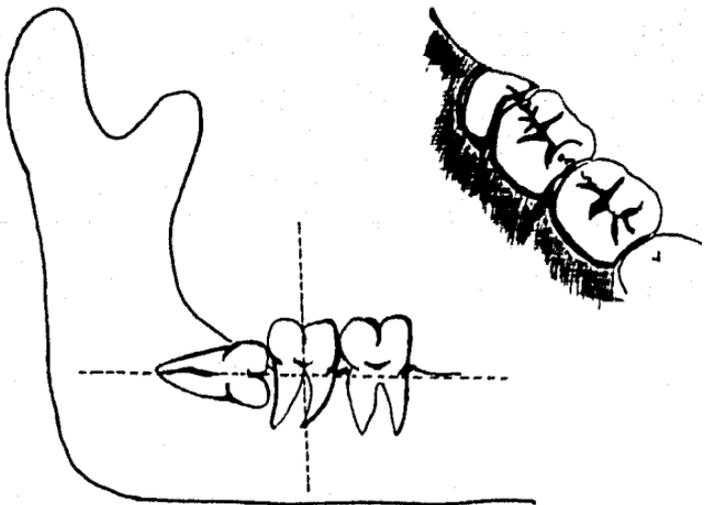


FIG._ 2

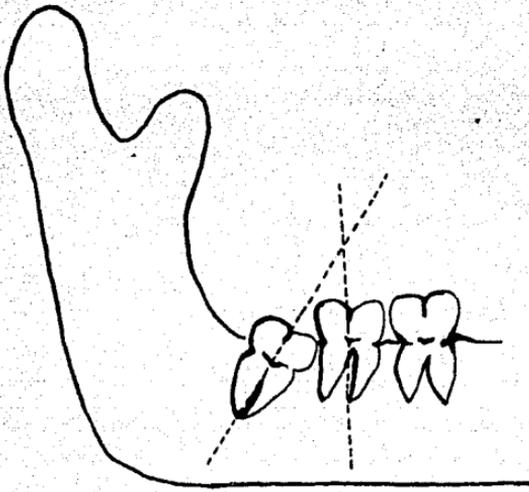


FIG._3

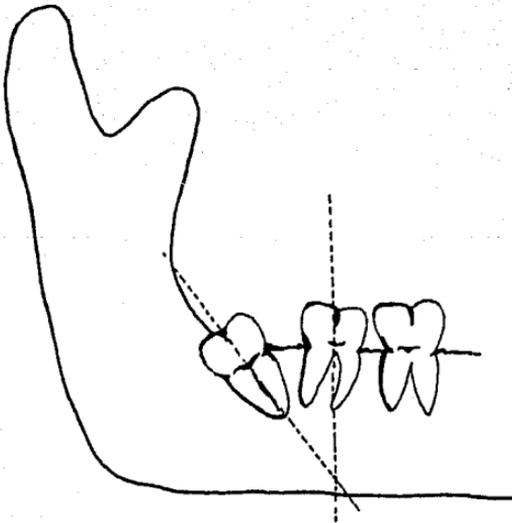


FIG._4

también RETENCION PARANORMAL. (FIG. 5)

6.- RETENCION BUCOANGULAR. En este tipo de retención, el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo molar, - sino que su eje es perpendicular al plano en que - están orientados los demás dientes. La corona del molar retenido esta dirigida hacia bucal. (FIG. 6)

7.- RETENCION LINGUANGULAR. Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares, - pero la corona del tercer molar esta dirigida hacia el lado lingual. (FIG. 7)

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA - (DESVIACIONES)

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con la arcada.

1.- NORMAL. El tercer molar sigue la forma - ya sea oval, cuadrada o redonda de la arcada. (FIG. "N")

2.- DESVIACION BUCAL. El molar esta dirigido hacia afuera de la forma de la arcada. (FIG. 8)

3.- DESVIACION LINGUAL. La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada. (FIG. 9)

4.- DESVIACION BUCOLINGUAL. El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua. (FIG. 10)

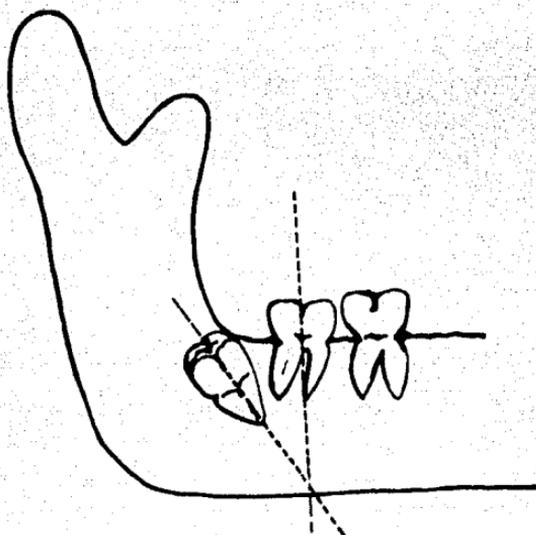


FIG._5

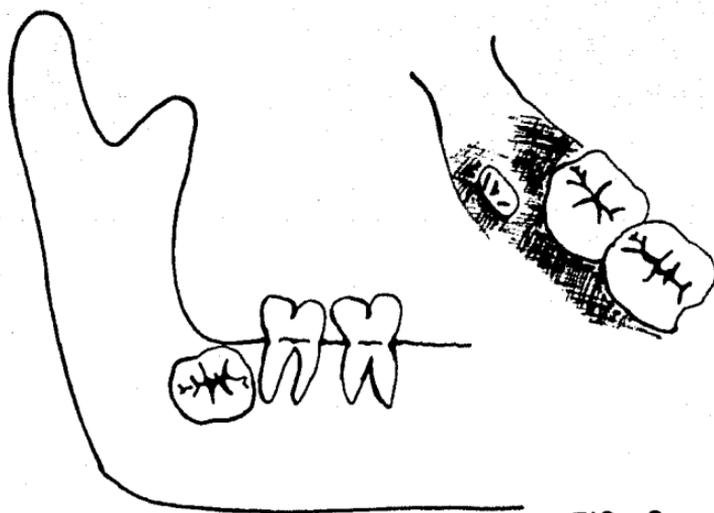


FIG._6

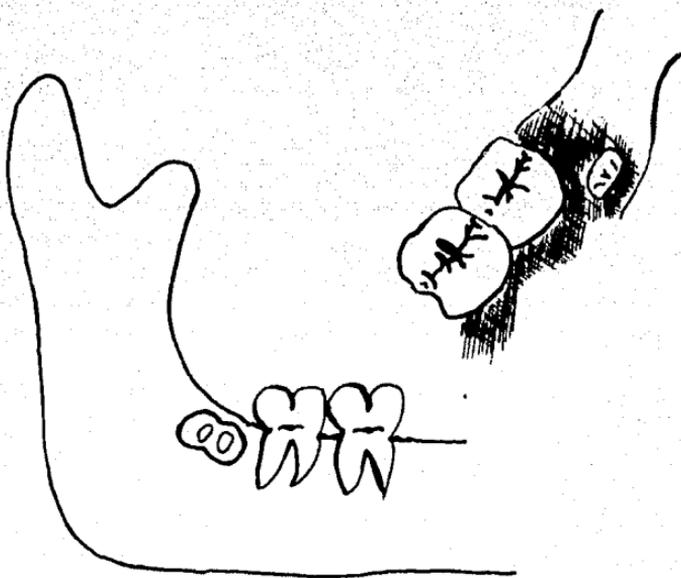


FIG. 7

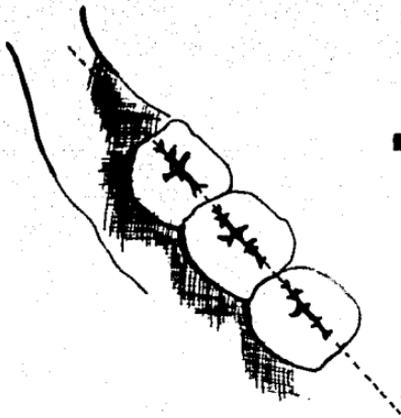


FIG. "N"

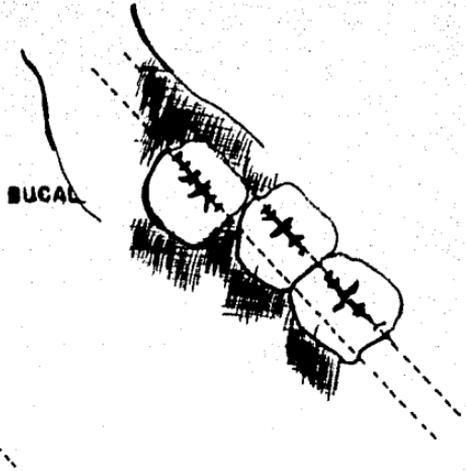


FIG. 8

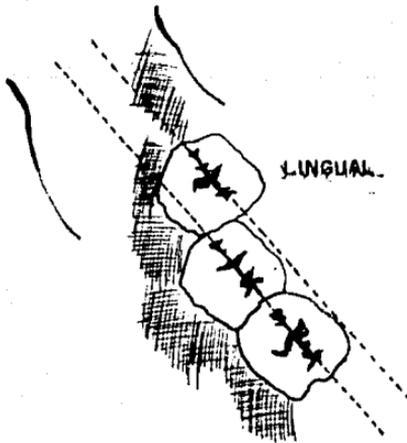


FIG. 9

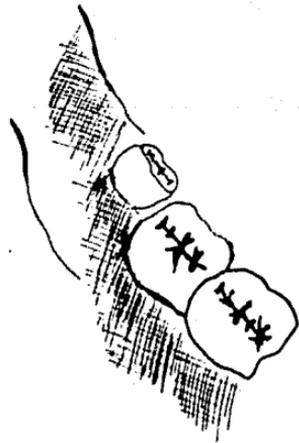


FIG. 10

RELACION CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA - DE LA MANDIBULA

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama del maxilar una relación variable, relación que Pell y Gregori han clasificado en tres - clases, las que estan en directa dependencia con - el acto quirúrgico.

1.- CLASE PRIMERA. En esta clase el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar, es - - igual al diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. (FIG. 11)

2.- CLASE SEGUNDA. En esta clase el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la cprona del - tercer molar. (FIG. 12)

3.- CLASE TERCERA. En esta clase, todo o la mayor parte del tercer molar se encuentra ubicado en la rama del maxilar. (FIG. 13)

PROFUNDIDAD DEL TERCER MOLAR DENTRO DEL TE- JIDO OSEO

Considerando la profundidad del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de la cara triturante del tercer molar y la cara triturante - del segundo molar, hay tres posiciones y son las - siguientes.

POSICION "A". La parte más alta del tercermolar se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal. (FIG. 14)

POSICION "B". La parte más alta del tercermolar retenido se encuentra debajo de la línea oclusal del segundo molar. (FIG. 15)

POSICION "C". La parte más alta del tercermolar retenido se encuentra al mismo nivel, o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (FIG. 16)

RELACION DE LOS TEJIDOS QUE CUBREN AL TERCER MOLAR.

CLASE "X". En esta clase se comprende a aquellos molares que están relativamente incluídos ya que están erupcionados y no los cubre ningún tejido ya sea óseo o de la encía.

CLASE "Y". En esta clase se comprende a aquellos molares que están incluidos y que están cubiertos por encía exclusivamente.

CLASE "Z". En esta clase se comprenden a aquellos molares que están cubiertos por dos tejidos que son el óseo y por encía, y en este caso se utiliza la osteotomía.

Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer molar; de esta manera se consigue ubicar radiográficamente y mentalmente la po

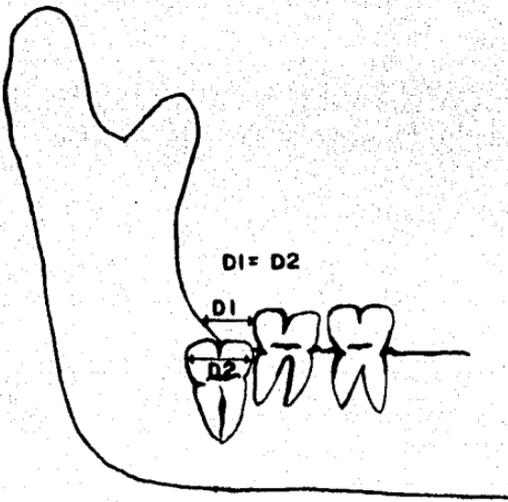


FIG. 11

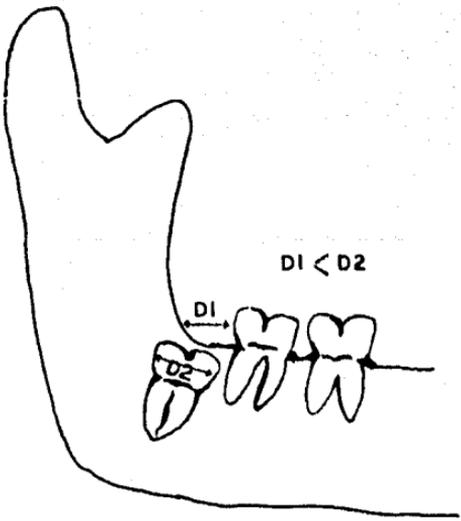


FIG. 12

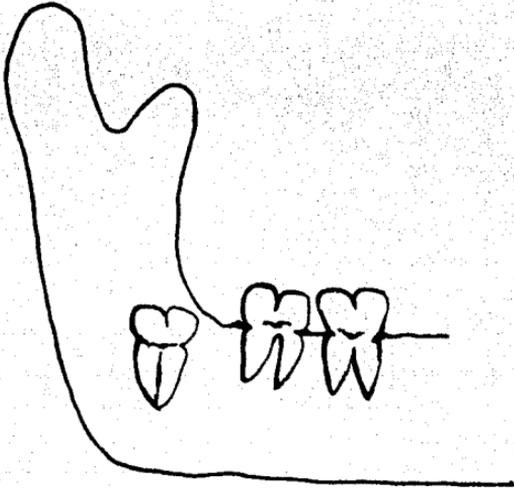


FIG. 13

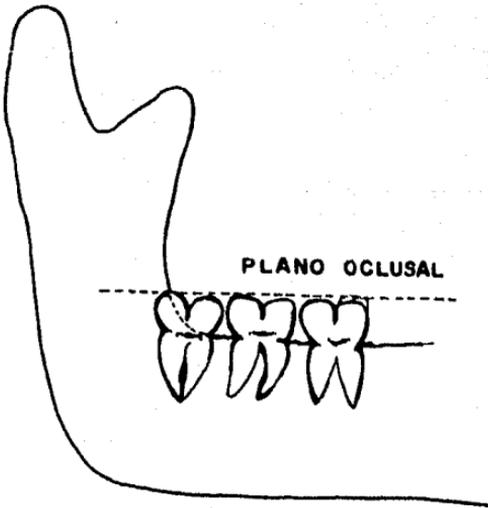


FIG. 14

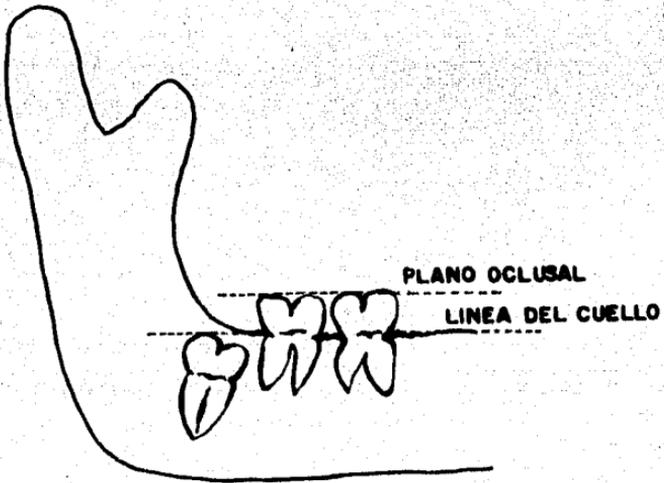


FIG._ 15

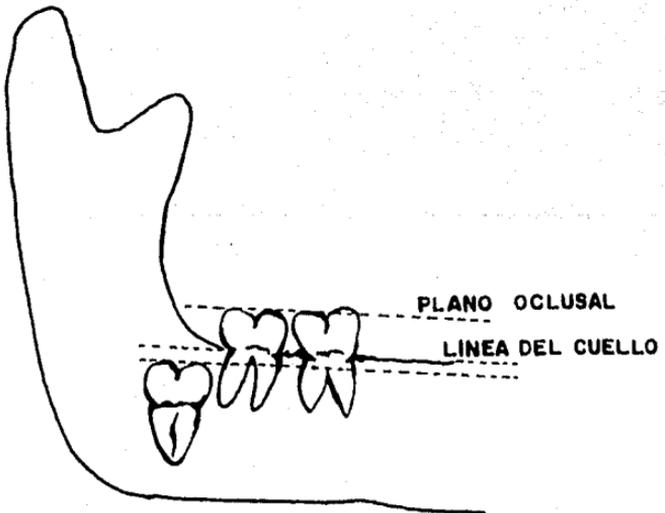


FIG._ 16

sición real del tercer molar en el interior del ma
xilar y las relaciones con el segundo molar y el -
hueso circunvecino.

CAPITULO CUARTO
-----**ESTUDIO DE LAS VARIACIONES ANATOMICAS Y PATOLOGICAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR**

CAPITULO IV

ESTUDIO DE LAS VARIACIONES ANATOMICAS Y PATOLOGICAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

EN SU CORONA

La corona del tercer molar retenido puede tener distintas formas apartandose en grado variable de la forma normal anatómica.

El tamaño de la corona del tercer molar puede ser variable. Existen molares con una gran corona y molares con corona muy pequeña.

La corona del tercer molar puede ser atacada por la caries o procesos patológicos que hagan variar la resistencia y solides de dicho órgano dentario.

La corona del tercer molar debe considerarse, en el acto quirúrgico el punto más útil para la aplicación de la fuerza; la cara mesial, en especial, es el lugar en donde se apoya el elevador en el trabajo mecánico de la extracción. Si la corona está afectada por caries, la resistencia que presenta a la fuerza que se aplica puede estar disminuida; en tal caso, la corona se fractura, originando una complicación para la extracción. Este problema debe ser considerado antes de la intervención, para planear el tratamiento y aplicar la técnica conveniente.

La corona del tercer molar retenido puede presentar fracturas de grado variable, con exposi-

ción de la cámara pulpar, originadas en maniobras previas de extracción.

El grado de fractura, como de caries, condicionarán una técnica particular para evitar nuevos fracasos.

La causa de la fractura de la corona, parcial o total, se debe a distintos factores, que Winter clasifica en la siguiente forma.

1.- Aplicación del elevador con gran presión sin realizar previamente. En el sitio óseo de resistencia, la osteotomía necesaria.

2.- La aplicación del elevador en una superficie que no es lo suficiente fuerte para resistir la presión necesaria.

3.- Impropia aplicación del instrumento.

4.- Incorrecto estudio de la disposición radicular.

5.- El uso, como punto de apoyo, de una parte de la osiestructura que no puede ser empleada con ese objeto. La fuerza sin control origina la fractura del maxilar y puede ser originada por los puntos estudiados más arriba.

EN SUS RAICES

El reconocimiento de la anatomía radicular tiene una importancia capital de la exodoncia del tercer molar.

Las raíces en el tercer molar retenido, se pueden presentar de la siguiente forma:

1.- **AMBAS RAICES DIRIGIDAS DISTALMENTE.** Las raíces dirigidas hacia distal presentan al órgano dentario una disposición arqueada: Las maniobras de exodoncia consisten en hacer describir al órgano retenido un círculo en el cual quede inscrito el arco radicular y coronario. Se permite que el molar siga esta línea, practicando la osteotomía necesaria para que pueda desarrollar el movimiento.

2.- **RAIZ DISTAL RECTA, RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL.** Las raíces dispuestas en esta forma encierran un septum interradicular de tamaño variable. Las raíces pueden estar fucionadas en su extremo apical. En tal caso, todo el septum queda en cerrado entre las dos raíces.

Como para la extracción del molar normalmente erupcionado, la fuerza aplicada para extraer el molar ha de ser la suficiente como para vencer la curvatura de la raíz mesial, pero no tan intensa como para poder fracturar la raíz distal recta. La osteotomía permitira al molar el movimiento necesario. Esta fuerza debe vencer la resistencia del septumo óseo y fracturarlo.

3.- **RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y - - RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA MESIAL.** Puede presentar distintas variaciones. La forma y dimensiones del septum interradicular es también variable. Este septum debe ser vencido en el acto quirúrgico.

4.- **AMBAS RAICES RECTAS.** Tipo poco común. -

El tamaño de las raíces pueden variar.

5.- **AMBAS RAICES FUNCIONADAS.** Presentan en tal caso la forma de cono cuya base de implantación es la línea del cuello del molar. El tamaño de tales raíces funcionadas pueden variar.

6.- **RAIZ MESIAL RECTA Y DISTAL DIRIGIDA HACIA MESIAL.** La curvatura de la raíz distal constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido. El tamaño del septum varia según la disposición radicular y la resistencia que opone a la extracción está de acuerdo con el grado de curvatura hacia mesial, de su raíz distal.

7.- **AMBAS RAICES DIRIGIDAS HACIA MESIAL.** La disposición de las raíces en este sentido crea serias dificultades en el acto quirúrgico.

8.- **RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA MESIAL.** Como para el tercer molar normalmente erupcionado, la divergencia radicular exige el seccionamiento del molar y la separación de sus raíces para vencer el anclaje que tienen los molares que presentan esta forma radicular y a este procedimiento se le da el nombre de Odontosección.

9.- **RAICES SUPERNUMERAREAS.** Estas pueden presentarse en número y disposición variables.

Todas estas disposiciones de la corona y raíces del tercer molar solo pueden apreciarse por medio de la radiografía y que más adelante se estudiaran los tipos y las técnicas necesarias.

CAPITULO QUINTO
-----**ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RE-
TENIDO**

CAPITULO V

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

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

RADIOGRAFIAS INTRAORAL

POSICION DEL PACIENTE. Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará perpendicular al suelo.

POSICION DE LA CABEZA. La cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás, de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

POSICION DE LA PELICULA. La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten. En la radiografía debe verse con precisión el diente a extraer con toda su ex-

tensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X. El cono - del aparato debe ser colocado perpendicular a la - película. El ángulo vertical correcto es el de 0 - (cero) grados. El rayo central debe ser dirigido - al centro de la película, aproximadamente ubicada - a nivel del espacio interdentario entre el segundo y el tercer molar.

RADIOGRAFIA OCLUSAL

POSICION DEL PACIENTE. Sentado en el sillón, cuyo respaldo estará inclinado hacia atras.

POSICION DE LA CABEZA. La cabeza reclinada - hacia atras y descendiendo el cabezal todo lo que - le permita la comodidad del paciente, luego se ro - tara la cabeza hacia el lado opuesto al molar a ra - diografiarse.

POSICION DE LA PELICULA. La película ha de - ser colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más - distalmente posible, el paciente mordera con suavi - dad la película. Su ángulo distobucal ha de encon - trarse ligeramente hacia arriba, con el fin de per - mitirle insinuarse entre la rama montante del maxi - lar inferior y la tuberosidad del maxilar superior. De esta manera la película gana un poco de terreno y puede ser llevada más hacia atras.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X. El cono - del aparato se coloca por debajo del borde infe - - rior de la mandíbula, de manera que el rayo cen - -

tral sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido. La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad del hueso existente del lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar.

Es necesario correlacionar las radiografías intraoral y oclusal, con el objeto de presionar las relaciones anatómicas y las condiciones del hueso que rodea al molar retenido.

RADIOGRAFIA EXTRAORAL

Puede existir ciertas condiciones que impida o dificulten la colocación intraoral de la película (trismus, procesos inflamatorios, intolerancia del paciente).

En tales casos esta indicado la radiografía extraoral, a pesar de que los detalles y precisión de esta última nunca logran los efectos y la exactitud de la radiografía intraoral.

Con todo, cuando no hay otro recurso, la placa extraoral consigue su objetivo.

POSICION DEL PACIENTE SENTADO. Y el respaldo del sillón verticalmente colocado.

POSICION DE LA CABEZA. Ligeramente inclinada hacia atras, y en un ángulo de 20 ó 30 grados - con respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

POSICION DE LA PELICULA. La película para radiografía extraoral se guarda en el chasis, con pantalla reforzadora. El chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse, tomando amplio contacto con la rama ascendente. El paciente sostiene el chasis con la palma de la mano. La nariz debe guardar con el chasis las siguientes distancias, según L. Greenfield:

- a.) Región molar. Nariz 2.5 cm de chasis
- b.) Región bicuspeida. Nariz 1.5 cm de chasis
- c.) Región canina. Nariz tocando el chasis
- d.) Región incisiva. Nariz y mentón tocando el chasis
- e.) Rama ascendente. Colocar la película de plano al lado de la cara.

POSICION DEL APARATO DE RAYOS X. El tubo del ángulo de 0° se coloca, por debajo del ángulo del maxilar, opuesto al que se va a radiografiar, con objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película. El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar, siendo sensiblemente perpendicular a la película.

PUNTOS A CONSIDERAR EN LA RADIOGRAFIA DEL TERCER MOLAR.

El primer detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido, se refiere

a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, osioestructura, etc.

POSICION Y DESVIACION DEL TERCER MOLAR. La radiografía nos da con perfecta claridad la posición (eje del tercer molar) con relación al segundo y el tipo de desviación que presente (sin desviación, con desviación bucal, desviación lingual y desviación bucolingual). Al realizar el estudio de la radiografía oclusal se consideran los detalles radiográficos para identificar y diferenciar las desviaciones.

POSICION DEL SEGUNDO MOLAR. La dirección de este molar es de gran interés en el acto quirúrgico; siendo como es, la cara distal del segundo molar un "punto útil" en la aplicación de la fuerza, debe ser cuidadosamente estudiado, clínicamente y radiográficamente, su solidez, estado y posición.

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA MONTANTE. Ya ha sido estudiada la relación del tercer molar con el borde anterior de la rama y las posibilidades de ubicación de la corona en espacio existente entre el borde y la cara distal del segundo molar.

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO. Será considerada en el examen radiográfico la profundidad relativa del tercer molar respecto a las dos líneas que ya fueron estudiadas: la línea oclusal y la línea cervical. Se clasificara en esta manera el tercer molar en la posición A, B o C.

El estudio de la profundidad del tercer molar tiene capital importancia, porque el grado de profundidad depende de la aplicación de la técnica, la cantidad de hueso a researse.

CAPITULO SEXTO
-----**TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCER
ROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS**

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCER
ROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

PLAN DE TRATAMIENTO

Toda operación quirúrgica que se realiza en el organismo consta de varios tiempos, que pueden y deben ser correctamente sincronizados y sistematizados. La cirugía bucal sigue todos los preceptos de la cirugía general, y sólo se desvía escasamente, por la indole del terreno, de la línea quirúrgica clásica. En el campo de la cirugía bucal - la exodoncia del tercer molar inferior retenido - participa de los principios generales y se amolda a los principios locales de una cirugía de especialidad.

Las operaciones en la cirugía general constan, salvo de excepciones, de varios tiempos quirúrgicos: diéresis de los tejidos, la operación - propiamente dicha y la síntesis de los tejidos para restituirlos a su normal anatomía y función.

La cirugía bucal sigue estos mismos tiempos quirúrgicos; la extracción del tercer molar retenido propone, abrir por medios quirúrgicos la mucosa que tapiza la región de este diente, preparar los colgajos resultantes de la primera maniobra, eliminar el hueso que protege el molar retenido y terminar la operación realizando la total integración - de los tejidos afectados por las maniobras quirúrgicas por lo tanto la extracción consta de los - - tiempos siguientes:

- Incisión
- Preparación de los colgajos
- Osteotomía
- Operación propiamente dicha
- Tratamiento de la cavidad ósea y tejidos-
aledaños
- Sutura
- Tratamiento posoperatorio.

Todos estos tiempos se realizan según el orden y sistematización que ya fueron señalados y que deben gobernar el curso de la intervención.

INCISION Y PREPARACION DE COLGAJO

INCISION

La incisión tiene por objeto abrir los teji
dos para llegar a planos más profundos donde debe-
realizar el objeto de la intervención. En la cavi-
dad bucal el término tiene el mismo fin: abre por-
medios mecánicos o físicos el tejido gingival.

Las incisiones en la cavidad oral deben cum
plir los proceptos que da la cirugía; la incisión-
y el colgajo que es su resultante, reunirán una se
rie de condiciones, que Shiele, fundandose en los-
principios de Wassmund, Zilkens y Hauentein, seña-
la sucitamente. Nuestro criterio y experiencia si-
guen dichos enunciados por eso será menester afir-
mar, que al trazar la incisión y circunscribir un-
colgajo, es necesario que este tenga una base, lo-
suficientemente ancha para su irrigación, que esta
no se encuentre perturbada ni impedida. Los vasos-
sanguíneos siguen un trazado anatómico, y las inci
siones no deben seccionarlos, su riesgo de produ--

cir necrosis o esfacelos en tal colgajo. Las incisiones que proponemos no lesiona, o lo hacen en mínima extensión y el curso de los pasos por otra parte da mayor y más fácil acceso y visión del lugar de la operación propiamente dicha.

Esta es una importante indicación: tener en el curso de la operación una buena visualización, de modo que el colgajo obtenido permita ver correctamente lo que se hace y que no se oponga o interfiera a las maniobras quirúrgicas posteriores.

Las inserciones deben ser hechas de un solo trazo, sin líneas secundarias, que permitan una correcta adaptación. Será menester que el colgajo --descanse, en lo posible, sobre hueso sano e íntegro, y que la sutura final repose sobre una base segura y firme; a nivel del tercer molar inferior, este último concepto difícilmente se logra.

Sintetizando para la extracción del tercermolar inferior retenido empleamos dos tipos de incisión; en realidad, el segundo es una prolongación del primero; tal vez puede decirse que se emplea un tipo de incisión; con la adaptación de ella hemos subsanado los inconvenientes quirúrgicos de otras formas de incisiones y los resultados postoperatorios fueron más felices.

La incisión se presenta con un bisturí de hoja corta, se traza una incisión en la parte más alta de la cresta distal del segundo molar.

La longitud anteroposterior de la incisión estará dada por el tipo de retención del tercer mo

lar. Por lo tanto se funda en los detalles que se obtengan de los exámenes radiográficos.

Puede ser útil, identificado el molar retenido clínica y radiológicamente, trazar la incisión distal superponiéndola al centro de la cara oclusal del molar.

El trazado de la incisión deberá ser hecho por el bisturi, energicamente hasta percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de la cara dentaria.

Este primer paso de la incisión puede san-
grar copiosamente por las razones anatómicas, que hemos señalado en su oportunidad se cohibe la hemorragia comprimiendo la región con una torunda de gasa. La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar; desde allí contornea el cuello del segundo en su cara distal y continua festoneando la encaja a su adaptación al cuello del segundo y del primer molar, llegando también profundamente hacia el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes; esta incisión se detiene en el espacio interdentario. Ya esta trazada la incisión para la mayor parte de los terceros molares retenidos.

Es importante que con el bisturi se perciba nitidamente los tejidos duros subyacentes; esto indicará que se ha seccionado la mucosa y el periostio, facilitando de este modo la maniobra posterior de despegamiento del colgajo, que se estudiará a continuación.

Para los terceros molares retenidos con au-

sencia del segundo molar, o en desdentado total, - la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, - deteniéndose a nivel de la cara distal del primer-molar, contorneando el cuello de este diente o prolongándose sobre la región vestibular. Ambos tipos de inserciones permiten un colgajo amplio y útil.

En caso de la ausencia de todos los dientes de la arcada, la incisión corre por el borde hasta 2 cm. aproximadamente del límite mesial del molar-retenido, pudiéndose realizar una prolongación vestibular de la incisión.

Es de suma utilidad el examen radiográfico-con puntos de referencia que nos permiten ubicar - la posición del molar retenido y por lo tanto el - trazado de la incisión.

PREPARACION DE LOS COLGAJOS

Trazada la incisión, se hace la hemostasis-comprimiendo por breves instantes la región. Se toma el periostótomo o en su defecto una pequeña legra, o la espátula de Freer y se introduce entre - los labios obtenidos por la incisión progresando - desde el lado distal hacia el mesial.

El periostótomo toca francamente el hueso y apoyándose en el y merced a suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento, se desprende el labio bucal de la incisión para facilitar la maniobra puede apoyarse el instrumento en el ángulo bucodistal del segundo molar; desplazando el - instrumento hacia la línea media del paciente, con este punto de apoyo se logra desprender el colgajo

en toda la extensión que se desee; ya veremos que límites tendrá este desprendimiento.

A esta altura del procedimiento puede tomarse con la mano izquierda una pinza de disección adientes de ratón, la cual perderá el labio externo o bucal de la incisión, colaborando en las maniobras que siguen. El periostótomo, siempre con apoyo en el ángulo bucodistal del segundo molar, separa o diserta la encía que cubre la cara externa del segundo molar, continuando el periostótomo en esta función, desinserta la encía bucal del primer molar, deteniéndose a nivel del espacio interdentario entre primer molar y segundo molar.

Este desprendimiento del colgajo se realiza en distinta extensión, según el tipo de retención de que se trate, para la extracción de los terceros molares sin desviación o en desviación lingual cualquiera que sea su posición de desprendimiento a nivel del hueso se hace una línea mitad del canino entre el borde alveolar externo y la línea oblicua externa. Para la extracción de los terceros molares o en desviación bucal o bucolingual. La maniobra se realiza a través del retenido, hasta encontrar el borde anterior del maxilar y su prolongación que es la línea oblicua externa la extensión bucal del desprendimiento del colgajo no disminuye del lado distal al mesial; a nivel del espacio interdentario entre el primer molar y el segundo premolar esta maniobra es mínima.

El periostótomo sirve en las maniobras operatorias posteriores para mantener fijo el colgajo desprendido; igual función puede desempeñar el se-

parador del Austin.

El labio interno del colgajo se separa del hueso subyacente o del saco pericoronario con el mismo periostótomo y con idénticas maniobras que las realizadas para separar el colgajo externo. La extensión del desprendimiento está regida por el tipo de retención, procurando alcanzar el límite de la cara lingual del molar retenido. En algunas oportunidades (retenciones linguangulares y desviaciones linguales acentuadas) el labio interno del colgajo puede ser mantenido fijo con un "hilo rienda", que se obtiene atravesando el labio interno del colgajo con una aguja curva provista de su respectivo elemento de sutura, según la técnica que se señalara más adelante al hablar de la sutura.

Se pasa la aguja y se toman los dos extremos del hilo que mantiene el ayudante o se toma o se prende con una pinza de Kocher sobre la compresa del pecho del paciente; este mismo hilo puede servir para completar la sutura, sin necesidad de volver a realizar la toma del colgajo interno.

OSTEOTOMIA

Se le denomina Osteotomía al tiempo operativo que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja el objeto de la operación; en la cirugía del tercer molar el término se aplica a la eliminación del hueso en relación con el tercer molar inferior retenido.

El objeto de la Osteotomía es eliminar la necesaria cantidad de hueso como para tener ac-

ceso al molar y disminuir la resistencia, que esta dada precisamente. Como ya fue señalado en su oportunidad, por la cantidad y calidad del hueso contiguo. Tiempo importante en la cirugía del tercermolar, la osteotomía, junto con la odontosección, simplifica extraordinariamente un problema, que de otra manera sería altamente traumatizante.

Como se menciona anteriormente que es necesario eliminar hueso en cantidad suficiente, siendo menos grave, como sostiene Durbeck, pecar por exceso de osteotomía reducida; es preferible eliminar más hueso que el necesario, quitando de este modo la resistencia, que eliminar menos, empleando como compensación la fuerza traumática para extraer el molar. La osteotomía colabora en la realización de la cirugía fisiológica: la fuerza puede tener como resultado la fractura del maxilar o lesiones alveolares de distinta intensidad.

La osteotomía se realiza en cirugía bucal por intermedio de escoplos, fresas y pinzas gubias, instrumentos cuya descripción ya fue realizada.

OSTEOTOMIA CON FRESAS

La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía: su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito. Cumpliendo con ciertos principios: éstos se refieren a evitar el calentamiento por el excesivo y prolongando frotado y evitar el embotellamiento del instrumento por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes: en ambas contingencias se observan las molestias postsoperatorias consiguientes, debi-

das a este motivo puede usarse las fresas comunes-
empleadas: en dentística redondas del No. 5 al 8 o-
de fisura No. 560 aplicadas en la pieza de mano o-
de ángulo recto, son sumamente útiles las fresas -
de carburo de tungsteno, que rescatan el hueso con
precisión y rapidez. El empleo del torno de altas-
velocidades simplifica aún más las técnicas para -
las osteotomía y la odontosección. Velocidades de-
150,000 revoluciones por minuto pueden emplearse -
con el fin señalado.

La fresa con cualquier procedimiento elimi-
na el hueso en total, o lo hace practicando peque-
ños orificios, vecinos los unos de los otros orifi-
cios que se unen entre si por medio de una fresa -
de fisura o redonda o por un golpe de escoplo rec-
to o de media caña.

En todas las circunstancias es sumamente im-
portante para evitar el calentamiento del hueso -
que se menciona más arriba, practicar la osteoto-
mia realizando golpes sucesivos e intermitentes pa-
ra no producir precisamente el frotamiento que ori-
gina calor.

Resulta también de utilidad irrigar la zona
en operación con un chorro de suero fisiológico ti-
bio, por medio de una jeringa o un frasco de suero
adaptado a este menester.

Regiones óseas que deben eliminarse.- Para-
realizar la extracción del tercer molar inferior -
retenido, el hueso lo cubre total o parcialmente -
debe ser eliminado el grado y cantidad de la osteo-
tomía está distinguido por el tipo de retención, -

cantidad de huesos y forma radicular.

Las normas generales de técnica quirúrgica con respecto a la resección ósea serán dadas en se guida:

En primer término estudiaremos el nombre de la osteotomía se rige simplemente por el nombre de la región ósea a resecarse, que ya fue considerado en las partes primera y segunda.

En algunos casos de terceros molares muy profundamente situados se necesitara realizar la osteotomía mesial por intermedio de escoplos finos, de media caña, para poder introducir el elevador a nivel de la osteotomía.

OSTEOTOMIA BUCAL

Se realiza con escoplos la extracción instrumental del hueso bucal desde el borde alveolar hasta el lugar que la desviación molar indique. Puede actuar el instrumento dirigiendo su borde cortante paralelamente a la cara bucal, o puede hacerlo cuando este borde perpendicular a dicha cara.

En ambos casos el instrumento (con el bisel dirigido hacia arriba secciona el hueso) yendo en procura del diente.

El hueso bucal es útil como punto de apoyo y debe ser conservado todo lo que permitan las circunstancias. La osteotomía bucal puede también realizarse como osteotomía de acceso, para facilitar la introducción del elevador de aplicación bucal -

(No. 10 R y L y No. 14 R y L de Winter) y el consiguiente punto de apoyo sobre la cresta del hueso bucal.

OSTEOTOMIA DISTAL

La más útil y efectiva de todas las regiones óseas es la que se realiza en el hueso distal - la eliminación del hueso permite que el elevador - cumpla su cometido, dirigiendo el molar retenido - hacia el espacio creado por la correspondiente osteotomía distal.

Esta maniobra se realiza con fresas (de fisura en el ángulo recto, para las retenciones verticales de fisura o redonda No. 8 en el ángulo recto o en la pieza de mano para los otros tipos de - retención) o con escoplos como el de Barry o el de Sorensen.

Puede efectuarse con el escoplo perpendicular a la cara superior del hueso distal el bisel - dirigido hacia el lado distal o puede actuarse tangencialmente al borde óseo distal realizandose la - resección desde el lado bucal hácia el lingual.

La cantidad de hueso distal a resecarse está dirigida a la posición del molar retenido y la forma y disposición de sus raíces. El objeto de esta osteotomía es lograr el espacio suficiente para permitir el desplazamiento del molar sin emplear - la fuerza traumática.

Ya fue señalado este concepto, por eso la -

dimensión de la osteotomía estará regida por los elementos de la resistencia (cantidad de hueso distal, posición del molar, forma y posición radicular).

La osteotomía distal requerirá que se realice en primer término la osteotomía oclusal (de existir hueso oclusal) para luego continuar con la del hueso distal.

En términos generales, en cualesquier tipo de retención de osteotomía distal liberará de hueso la cara distal del retenido, por lo menos hasta el nivel del cuello dentario, en casos particulares (posición mesioangular, horizontal y paranormal), la osteotomía distal debe alcanzar límites mayores, siendo necesario descubrir parte de la cara distal de la raíz distal.

La presencia de procesos patológicos a nivel de la cara distal del tercer molar simplifica en algunas ocasiones la extensión de la maniobra sin embargo en algunas oportunidades (raíz con gran cementosis) la eliminación del hueso distal debe llegar hasta el límite vecino al lugar de la mayor curvatura.

OSTEOTOMIA LINGUAL

En algunos tipos de retención del tercer molar será necesario eliminar una porción del hueso lingual que puede oponerse a las maniobras operativas. (No confundir osteotomía lingual con osteotomía del hueso oclusal que cubre el hueso del tercio lingual con osteotomía del hueso oclusal de la

cara triturante del retenido).

Cuando es necesario la osteotomía lingual - se realiza con escoplos o con pinzas gubias puede ser también útil la fresa (fresa redonda No. 8 en la pieza de mano mucho cuidado con desgarrar el - colgajo lingual).

OSTEOTOMIA OCLUSAL

El hueso oclusal requiere su eliminación -- con fines de abordaje el objeto de la operación: - se realiza con fresas redondas (en la pieza de mano) o con escoplos. En el primer caso se labran - orificios, formando entre ellos un rectángulo - cuyos lados externo e interno coinciden aproximadamente con los ángulos bucooclusal y linguoclusal - del molar retenido se unen las perforaciones por - intermedio de un escoplo y se retira total o parcialmente "la tapa ósea".

En el segundo caso el escoplo realiza perforaciones y elimina fragmentos de hueso, lográndose el objeto de la osteotomía por tal procedimiento. - El escoplo de Barry es útil en las retenciones profundas, en las cuales es abundante el hueso oclusal.

Realizada la osteotomía oclusal. El operador se encuentra directamente en presencia del saco pericoronario: Este saco está profusamente irrigado y sangra abundantemente. Habrá que eliminar - un segmento de él por intermedio de una pinza gubia, para seguir los tiempos posteriores de la operación.

La resección de la porción oclusal del saco pericoronario nos relaciona inmediatamente con la cara oclusal del molar retenido. Esta maniobra es importante y necesaria: la visión de la cara oclusal guía al operador los posteriores pasos de la osteotomía.

En términos generales, el orden en que deben realizarse la resección ósea en los distintos segmentos es el que se siguió para la descripción en el curso de la obra.

Cuando el hueso oclusal cubre todo el molar, cualesquiera la porción será conveniente realizar la osteotomía en la cara oclusal con el fin ó el objeto de descubrir el molar retenido. Después de realizada la osteotomía oclusal, puede seguirse la operación con la eliminación de los huesos mesiales, bucal, distal y lingual. Cuando el hueso oclusal cubra parcialmente la cara homónima en sus tercios distal, bucal o lingual, la osteotomía también se iniciará sobre el hueso oclusal que cubre el tercio mesial de la cara oclusal. En algunas retenciones mesioangulares con la cara mesial inaccesible es conveniente que sea resecado antes de que el mesial con el fin de facilitar la remoción de los últimos.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

Eliminadas ya las estructuras óseas que significa la resistencia se inicia la operación propiamente dicha, que consiste en la extracción del tercer molar retenido merced a la aplicación de la palanca.

El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y allí su hoja aplicada a la cara mesial, el instrumento con punto de apoyo en el borde óseo y con una fuerza ejercida en el mango, eleva el molar siguiendo el molar el canino de menor resistencia. En términos generales está es la mecánica de la extracción, cuyos detalles se representan. No siempre se puede aplicar en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de sus raíces.

La odontosección en la cirugía del tercer molar inferior retenido. Como ya se indicó repetidas veces, en tales casos será menester disminuir el volumen del cuerpo a extraerse es decir se realizara la sección del molar retenido en varios fragmentos con el objeto de simplificar la operación.

Esta es la técnica denominada de odontosección útil y fácil procedimiento que proporciona una eficaz ayuda en el acto operatorio. Convenientemente realizado, substancialmente dirigido y eficazmente controlado, el método de seccionar el diente cumple los rigurosos requisitos de la cirugía fisiológica la extracción resultante se realiza a merced a la aplicación de una mecánica ingeniosa, que transforma la fuerza masiva aplicada a la extracción en un acto sencillo, elegante y productivo.

El método no es rápido ni fácil pero es humano requiere un menor sacrificio de un tejido útil, como es el óseo se realiza sobre un tejido dentario. Exige eso si un grado de habilidad y pre

cisión y un instrumental adecuado para realizar - las maniobras con eficacia.

El método de la odontosección tiene muchas- ventajas, que Pell y Gregory, tanto se han ocupado de su divulgación concreta en los siguientes pun- tos:

1o.- Se disminuye el tamaño del campo opera- torio, lo cual se produce en menor edema postopera- torio.

2o.- Se acorta el tiempo operatorio.

3o.- Se disminuye o reduce la cantidad de - hueso a eliminarse.

4o.- Se suprime casi por completo el tris- mus postoperatorio.

5o.- Se realiza una lesión mínima sobre el- hueso vecino, pues en la extracción se usan eleva- dores de hoja pequeña que no traumatizan las es- tructuras peridentarias.

6o.- No hay lesión sobre los dientes veci- nos.

7o.- El peligro de fractura queda muy dismi- nuido pues no emplea la fuerza mecánica como único factor.

8o.- En un gran número de casos se disminu- ye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.

9o.- El método previene la fractura en las- tablas alveolares externa o interna.

La Odontosección puede realizarse sobre el-

molar en dos distintas formas: se divide según su eje menor. Ambas maniobras tienden a la finalidad de hacer un cuerpo único, varios otros cuerpos de menor volumen, sobre los cuales la aplicación de fuerza logran el fin propuesto. El éxito de la técnica es la resultante de la disminución mecánica de uno de los factores de la resistencia.

La odontosección se realiza en el campo quirúrgico que estamos considerando con distintos instrumentos una estudiada selección nos capacita para señalar de utilidad práctica los siguientes: escoplo, escoplo automático, fresas de carburo de tungsteno (No. 8) o de fresas de diamante.

En síntesis para la odontosección según el eje mayor del molar deben emplearse con menores fuerzas deben emplearse las fresas excepcionalmente los escoplos. Cuando fueran empleadas se requieren maniobras previas de desgastos del diente.

ODONTOSECCION CON FRESAS

La fresa se emplea para seccionar el diente según su eje menor en algunos trazos puede usarse para la sección longitudinal.

Para la odontosección según su eje menor el corte del diente debe hacerse a nivel de su cuello. Se emplearan fresas redondas o de fisuras.

El uso de fresas de carburo tungsteno y torno de alta velocidad simplifica el problema. Debe evitarse el calentamiento del molar en el frasco, calor que se terminara el tejido óseo vecino, le--

sionandolo es útil irrigar la zona con suero fisiológico.

El corte del molar puede iniciarse desde el lado bucal al lingual seccionando el diente en su totalidad, o las fresas se detiene a la altura que lo permita el acceso. Si la sección con la fresa es incompleta, el corte se termina con un golpe de escoplo, o con un elevador, el cual se incinua entre los bordes de la sección. La dirección que debe darse el corte de molar la fresa es dirigida de atrás hacia adelante, moviendo el ángulo recto hacia todo lo que se le permita los tejidos blandos distales y la abertura de la boca.

Esta dirección que se da al corte tiene por objeto que la parte distal de la corona del molar seccionando sea mayor que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda desplazarse en las maniobras comodamente hacia arriba en algunos casos su desviación bucolinguales con la cara mesial inaccesible. Será menester realizar con la corona ya seccionada un nuevo corte mesiodistal corte que dividira la corona en una porción bucal y en otra lingual las cuales se eliminaran por separado. Con objeto de separar las partes incompletas seccionadas puede usarse el aparato denominado "Disyuntor" la parte activa, desviada un ángulo recto, se introduce en el surco labrado por la fresa.

Moviendo el mango del aparato de derecha a izquierda, se logra fracturar el trozo del esmalte dentina que se conserva intacto.

El movimiento del instrumento logra también

otro fin, es el movilizar la porción coronaria separada, para permitir las maniobras quirúrgicas - posteriores.

EXTRACCION DE LAS PORCIONES SECCIONADAS

Dividiendo el molar por los dos procedimientos señalados y siguiendo cualesquiera de los dos sentidos, las partes resultantes deben extraerse - por separado y con un instrumental adecuado.

Extracción de las porciones en la sección - según el eje mayor.- El estudio radiográfico del - molar retenido que da las indicaciones para la - - odontosección, informara cual a de ser la porción - a extraerse primero. Un ejemplo aclarara el proble - ma supongamos un tercer molar retenido en porción - mesioangular, desviación bucal, con la cara mesial - accesible, ambas raíces dirigidas hacia el lado - distal. Se han realizado los tiempos operatorios - previos y se ha dividido el molar retenido según - su eje mayor. La disposición radicular obliga a mo - vilizar el molar en el sentido de la curvatura de - sus raíces, para facilitar su eliminación siguiendo - do la ley de menor resistencia.

Un elevador de Clev-dent derecho o izquier - do, de acuerdo al lado en que se opere se introdu - ce a nivel de la cara bucal entre los segmentos - seccionados y se torsiona el mango del instrumento, - tratando de desplazar hacia el lado distal la por - ción distal este primer intento nos informará si - está realmente dividido el molar de no estarlo, se - realizará una nueva aplicación del escoplo. Se in - siste en el elevador de Cli-dent o se emplea el 14

L o R de Winter, aplicandolo en el mismo lugar mencionado y se ejerce fuerza en el sentido de desplazar hacia el lado distal la porción distal de -- acuerdo con la curvatura que presenta la rafez distal, está describiendo un movimiento en arco al elevarse y desplazarse en el sentido señalado.

Vacio el alvéolo distal se aplica el mismo elevador del Cliv-dent, 14 de Winter o el recto en el espacio interdentario a nivel de la cara mesial (cara mesial accesible) y rotando el instrumento - en el sentido de su eje se dirige la porción mesial hacia el lado distal. La ausencia de la rafez distal y el movimiento hacia el lado distal que se imprime a la rafez con el elevador, desplaza la porción mesial hacia el alvéolo vacio.

Extracción de las porciones en la sección - según el eje menor.- Supongamos como en el caso anterior que se trata de un molar retenido en porción horizontal sin desviación en la cara mesial - accesible.

1o.- Extracción de la corona.- Se ha realizado las maniobras quirúrgicas previas y se ha movilizad^o la corona seccionada.

Se introduce el elevador No. 2 L o R de Winter a nivel de la cara mesial en el espacio interdentario (cara mesial accesible y se nota el instrumento en el sentido de su eje). Si está manioobra no consigue elevar la corona porque la sección no logró un paralelepipedo a base inferior menor - que la superficie o por que existe un sólido anclaje de las cúspides mesiales por debajo del cuello-

del segundo molar se procede a imprimir el elevador su función de palanca de primer género y con apoyo en la cima del hueso mesial se desciende el mango del instrumento procurando elevar la corona seccionada. Si aún se mantiene la imposibilidad de extraerse la corona por razones señaladas será conveniente seccionarla de nuevo con una fresa en el sentido mesiodistal.

Los fragmentos bucal y lingual de esta misma y nueva sección se desplazan en el sentido bucal y lingual respectivamente introduciendo un elevador 14 L o R Winter entre los bordes de la sección mesiodistal.

2o.- Extracción de la raíz. La extracción de la porción radicular está gobernada por la forma y disposición de este elemento. En una rápida síntesis presentaremos algunos casos posibles su descripción sistemática se dará.

a) Raíces funcionadas: El macizo radicular se elimina con un elevador 11 L o R de Winter introduciendolo entre el hueso y la cara mesial de la raíz girando el mango del instrumento en el sentido que permita desplazar hacia el lado distal la raíz esté se elimina en esa dirección. Es útil la aplicación de una técnica sencilla que consiste en realizar una fresa redonda en el ángulo recto de un orificio sobre la cara distal sobre la raíz en este orificio se introduce la punta de un elevador de Cliv-dent o 14 de Winter (derecho o izquierdo según el caso) y apoyando el lomo de la hoja en el borde óseo distal (punto de apoyo muy importante) y girando el mango del instrumento en el sentido -

de desplazar la raíz hacia el lugar dejado por la corona se realiza tal maniobra.

b) Dos raíces individualizadas (divergentes o convergentes) en términos generales puede extraerse aplicando el elevador II de Winter de Cleveland (o tipos similares) por debajo de la cara mesial con el mismo movimiento ya indicado para las raíces funcionadas.

Puede realizarse el orificio sobre la cara distal de la raíz y eliminarlas también en la misma técnica, o se procedera a separar las raíces con una fresa de fisura en la pieza de mano separación que puede estar indicada por el examen radiocal obteniendo la división, se extrae cada uno de los elementos por separado. La raíz distal, realizando orificios ya comentados: la raíz mesial con elevadores aplicados en la cara mesial y a extenderse del alvéolo vacío. En todos los casos la forma y disposición radicular gobernara la técnica y los movimientos.

SUTURA

El cierre con una sutura es ideal quirúrgico esta indicando, como se dijo antes en la extracción de terceros molares sin procesos infecciosos aparentes a excepción de los casos de pericoronaritis practicando la sutura sistemática de la herida operatoria.

Se revisa inspecciona la cara interna del colgajo, eliminando tejidos de granulación o restos óseos o dentarios, se adapta cuidadosamente el

periostio se vuelve el colgajo a su sitio de normal ubicación. El operador toma la pinza portagu--
 jas con una aguja curva enhebrada con naylon o se--
 da y se procede, según arte atravesar un primer -
 término el colgajo lingual, después el bucal (para
 el lado derecho, a la inversa para lado izquierdo)
 retirandose la aguja y practicando luego el nudo, -
 valiendose de la pinza portaguas según la técnica
 que es la siguiente: pasando los hilos, se toma -
 con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda
 al cabo portador de la aguja se apoya este cabo -
 con el portaguas y se hace dar dos vueltas comple--
 tas al hilo alrededor del extremo del instrumento--
 se enhebra ligeramente el portaguas y se toma en--
 tre sus mordientes cavo libre se tracciona el por--
 taguas de manera que las dos vueltas del hilo se--
 deslicen hacia la punta del instrumento y que el -
 cavo libre pase entre ellos se ajusten el hilo a -
 nivel de la herida operatoria y se tiene de este -
 modo realizada la primera parte del nudo. Para com--
 pletar el nudo que realizara nuevamente la manio--
 bra pero en sentido inverso y se ajusta nuevamente
 el segundo seccionando los cavos del hilo con una
 tijera si se cree necesario puede realizarse otro
 punto de sutura distal del primero.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIOS

El tratamiento se realiza después de la ex--
 tracción debe ser estudiado en dos aspectos el tra--
 tamiento inmediato y el tratamiento mediato, el -
 tratamiento postoperatorio como sostiene Mead es -
 la fase más importante de nuestra labor contribuye
 al éxito de la operación y al bienestar del pacien--
 te y aún puede mejorar o modificar los inconvenien--

tes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica el tratamiento postoperatorio inmediato terminará la operación se limpia la cara del paciente - con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un automizador el que lleva una solución de agua oxigenada o aromático - con el fin de eliminar sangre y restos blandos, - óseo o dentarios que pudieron haberse depositado - en los espacios intermediarios, en los cursos vestibulares, debajo de la lengua en la boveda palatina, evitando este modo que los cuábulos entren en putrefacción.

Se aplica un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción invitando al paciente a morder sobre ella. En caso de haberse realizado la intervención bajo anestesia general, el momento de colocar la gasa es al retirarse el mantenedor bucal; se cierra la boca del paciente forzándole a morder el apósito.

Bajo cualquier forma de anestesia se 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 general la necesidad del descanso postoperatorio es obvia en las intervenciones bajo anestesia local es útil para volver al paciente a su estado fisiológico normal. Una taza de café o estimulante mejorarán las condiciones que aún ocultas puede presentar un paciente normal después de una intervención quirúrgica.

Puede colocarse una bolsa de hielo en la cara del lado operado durante algunos minutos, este-

tratamiento repetira el paciente en su domicilio - según las instrucciones impresas que es útiles entregar al paciente para que el mismo cuide su postoperatorio. El frío reduce congestión, el edema y la hinchazón postoperatoria, tiene acción sobre la prevención de los hematomas y el dolor postoperatorio.

El tratamiento postoperatorio 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 24 horas sería un tiempo ideal. Esta noción choca un poco con el espíritu desaprensivo de los pacientes, pero el reposo ayuda a restaurar las condiciones físicas que naturalmente y sin advertirlo han sido vulneradas. Por otra parte el reposo previene la posible hemorragia secundaria.

El paciente continuará colocando en su cara en el lado operado una bolsa de hielo que mantendrá en el sitio durante 15 minutos con otros 15 minutos de descanso; en caso de haberse realizado la extracción en ambos lados alternara la posición de la bolsa de hielo. No es necesario que practique ningún tipo de enjuagatorios durante las tres primeras horas, es menester conservar la integridad del coágulo, el mejor obturador de la cavidad alveolar. En caso de hemorragia colocara en su boca del lado operado un trozo de gasa seca que mantendrá en su sitio durante media hora.

Alimentación.- El paciente necesita someterse a un régimen de alimentación blando durante las primeras 48 horas siguientes a la operación es ne-

cesario cumplirlo. Muchos de los trastornos postoperatorios se deben al hecho de los alimentos duros lesionan la región o el acto masticatorio y la succión pueden modificar el estado local.

Analgésico.- El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal. Está en relación directa al grado de trauma aplastamientos, desgarros, dislaceraciones, 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 B 12 colabora a la restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

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

El paciente debe regresar a nuestra consulta a las 24-48 horas.

Se revisara el lugar de la intervención y se practicara un lavaje sobre el sitio operado y sus vecindades, este lavaje se realiza con comodidad por medio del atomizador del equipo dental en el cual se colocará una solución antiséptica débil y tibia. Sobre la región operada y en las vecindades se coloca una capa blanquecina de difícil ex-

tracción. Los lavajes con el atomizador lograrán desprenderlas en su defecto se limpiara la región con una torunda de gasa.

También resulta práctico el lavaje de la cavidad bucal por medio de una irrigación bucal común o con una jeringa metálica, el paciente se muestra aliviado y más confortables después de una limpieza correcta de la boca que elimina el mal gusto y el mal aliento.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.- Los hilos deben retirarse recién el 4o. ó 5o. 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.

BIBLIOGRAFIA

- I.- Guralnick, Walter c.
Tratado de Cirugia Oral
Barcelona, Salvat, 1971
1 Cirugia Bucal 1 T.
- II.- Cirugia Bucal
Ries Centeno Guillermo A.
El tercer molar inferior retenido
Buenos Aires, Ateneo, 1950
334 P. Ilus.
- III.- Cirugia Bucal.
W. Harry Archer.
Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas
2a. edición Castellana,
Buenos Aires, Mundi, 1968
614 P. Ilus 2 tomos
- IV.- Vila, Torret, José
Cirugia Bucal y de los Maxilares
Barcelona, Labor, 1953
- V.- Apuntes de Cirugia Bucal
Prof. Guillermo Baños Aparicio
Clínica Vallejo, 1976
U.N.A.M.
- VI.- Cirugia Bucal
Guillermo A. Ries Centeno
Séptima Edición
Editorial Atenea. 1971