

*Lej. 768*

**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAF**



**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 :

**Jorge Pérez Amaro  
Antonia Gutiérrez Castelán**



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.

## I N D I C E

## PROLOGO

## CAPITULO I.- GENERALIDADES

Definición  
Clasificación  
Etiología de retención.  
Frecuencia de retención.

## CAPITULO II.- TRASTORNOS DE RETENCION

Accidentes Mucosos  
Accidentes Nerviosos  
Accidentes en tejidos blandos  
Accidentes óseos  
Accidentes linfáticos o ganglionares.

CAPITULO III.- REGION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR -  
INFERIOR.

## CAPITULO IV.- EVALUACION PREOPERATORIA.

Historia clínica  
Estudio radiográfico.

## CAPITULO V.- TECNICA OPERATORIA.

Indicaciones  
Contraindicaciones.  
Instrumental  
Extracción  
Postoperatorio.

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

## PROLOGO

Tomando en cuenta que la cirugía de los ter  
ceros molares retenidos, es una de las intervencione  
nes quirúrgicas mas comunes dentro de la práctica-  
odontológica; hemos querido realizar este trabajo-  
esperando sea útil a nuestros compañeros.

Hacemos resaltar la importancia que tiene -  
la evaluación preoperatoria para evitar complica-  
ciones.

## CAPITULO I.- GENERALIDADES

### DEFINICION

Se denominan dientes retenidos a aquellos - que llegada la época de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

También la expresión dientes retenidos se - utiliza para aquellos dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso, y dientes en malposición, o bien, todos los dientes que no toman su debida posición y función en el arco - que no se encuentran debidamente erupcionados se - les considera dientes retenidos.

La retención se puede presentar en dos formas:

a) Cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival, es decir, hay retención gingival.

b) Cuando el diente está completamente rodeado de tejido óseo, a ésta se denomina retención intraósea.

### CLASIFICACION.

El molar está colocado en diversas posiciones en los maxilares, las cuales pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

Winter ha clasificado a los distintos tipos de retención del tercer molar, basándose en cuatro

puntos esenciales que son: la forma radicular, la posición de la corona, la naturaleza de la osioestructura que rodea al molar retenido, y la posición del tercer molar en relación con el segundo.

En el maxilar inferior se pueden encontrar distintas posiciones:

1<sup>º</sup> Retención Vertical: En este tipo de retención el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

2<sup>º</sup> Retención Horizontal: En este caso el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

3<sup>º</sup> Retención Distoangular: El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de con el ángulo en que está desviado.

4<sup>º</sup> Retención Mesioangular: El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de aproximadamente 45°.

5<sup>º</sup> Retención Invertida: El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar, y sus raíces hacia la cavidad bucal. Esta retención es poco común y también se le denomina retención paranormal.

6<sup>º</sup> Retención Linguoangular: El eje del diente es perpendicular al plano en que están orienta-

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

7<sup>º</sup> Retención Bucoangular: Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del lingual retenido está dirigida hacia el lado lingual.

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

a) Normal: El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

b) Bucal: El molar está dirigido hacia fuera del óvalo de la arcada.

c) Lingual: La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

d) Bucolingual: El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

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

Clase 1a.- Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar, para ubicar el diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

Clase 2a.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesio-distal de la

corona del tercer molar.

Clase 3a.- Todo o la mayor parte del molar, se encuentra ubicado en la rama.

Considerando la profundidad relativa del tercer molar de el hueso se estudian tres posiciones:

Posición A: La porción mas alta del tercermolar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición B: La porción mas alta del tercermolar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C: La parte mas alta del diente se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar o al mismo nivel.

#### ETIOLOGIA DE RETENCION.

La causa más lógica de la incidencia de dientes retenidos es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos. A consecuencia de esto se presentan maxilares demasiado pequeños para dar espacio a los terceros molares.

Ayoyando esta teoría observamos la ausencia congénita de terceros molares superiores o inferiores, o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

La dieta actual no requiere un esfuerzo con

siderable en la masticación, y esto es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Otra causa importante de retención sería - por razones embriológicas: La ubicación especial - de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

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

También pueden oponerse a la erupción dentaria normal, elementos patológicos como son dientes supernumerarios y tumores odontogénicos.

#### Causas Generales de Retención.

##### 1o.- Causas Prenatales:

- a) Herencia
- b) Mezcla de razas.

2o.- Causas Postnatales: Todas las causas-- que puedan intervenir en el desarrollo del niño:

- a) Raquitismo
- b) Anemia
- c) Sfilis Congénita
- d) Tuberculosis
- e) Disendocrinas
- f) Desnutrición

### 3o.- Condiciones raras:

a) Disostosis Cleidocraneal: Condición congénita rara, en la que hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

b) Oxicefalia: Llamada cabeza cónica, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

c) Progeria: Envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizado por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris, y en el aspecto facial, actitudes y maneras del anciano.

d) Acondroplasia: Enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

e) Paladar Fisurado: Deformidad manifestada, por una fisura congénita en la línea me-

dia.

### Causas Locales de Retención.

Según Berger son:

Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, la densidad de hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas continuadas con su resultante, una membrana mucosa muy densa, falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantémicas en los niños, hábitos que cambian la dirección de crecimiento.

### FRECUENCIA DE RETENCION.

Cualquiera de los dientes de la primera dentición permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares. Pero hay un conjunto de ellos, los cuales tienen una mayor predisposición para quedar retenidos; tales como los terceros molares y caninos.

#### Raza

Los dientes retenidos son mas frecuentes en individuos de raza blanca, en los cuales la falta de sitio juega un papel importante.

La raza negra está en general libre de retención dentaria ya que su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares, inclu-

sive el cuarto.

### Sexo

Se encuentra un ligero predominio del -  
sexo femenino en la producción de ésta afección.

### Edad

La edad en que tiene lugar esta afección -  
varfa entre los 18 y 28 años.

Según las estadísticas de Berten-Cieszynski,  
la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior	35%
Canino superior	34%
Tercer molar superior	9%
Segundo premolar inferior	5%
Canino inferior	4%
Incisivo central superior	4%
Segundo premolar superior	3%
Primer premolar inferior	2%
Incisivo lateral superior	1.5%
Incisivo lateral inferior	0.8%
Primer premolar superior	0.8%
Primer molar inferior	0.5%
Segundo molar inferior	0.5%

<b>Primer molar superior</b>	<b>0.4%</b>
<b>Incisivo central inferior</b>	<b>0.4%</b>
<b>Segundo molar superior</b>	<b>0.1%</b>

## CAPITULO II.- CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes originados por el tercer molar son de variedad clínica e intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos; desde el proceso local de escasa importancia, hasta el flemón gangrenoso del suelo de la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

- 1.- Accidentes Mucosos.
- 2.- Accidentes Nerviosos.
- 3.- Accidentes en Tejidos Blandos.
- 4.- Accidentes Oseos.
- 5.- Accidentes Linfáticos o Ganglionares.

### 1.- ACCIDENTES MUCOSOS.

Son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido, principalmente es la pericoronitis, de la cual se derivan los procesos patológicos de erupción del tercer molar, y que se caracteriza por hechos clínicos que le son particulares. Este accidente se origina en una época en relación con la erupción del tercer molar. Su comienzo puede ser brusco o insidioso, y aparece sin anuncio previo. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos; dolor, tumor, calor y -

rubor.

**DOLOR:** Es precoz y adquiere todas las variedades, puede quedar localizado a la región del capuchón, o irradiarse en la trayectoria del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías en ocasiones el dolor se ubica en el oído o al nivel del tragus.

Este dolor es generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamados, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

**TUMOR:** La enca que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen, con la impresión de los dientes antagonistas.

Una sonda introducida debajo del capuchón descubre la corona del diente retenido, cuya forma y ubicación comprobará la radiografía.

**RUBOR:** La enca ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo, o rojo violáceo, cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

**CALOR:** La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región.

Este cuadro inflamatorio no queda circunscrito al panorama local.

El estado general es prontamente afectado; - fiebre, anorexia, astenia.

Los ganglios regionales son atacados (adenitis del ganglio de Chassaignac).

El trismus acompaña el proceso (reacción an tálgica); la masticación está dificultada, teniendo todo este conjunto de manifestaciones una fisonomía particular.

El comienzo insidioso de la pericoronitis - está caracterizado por la aparición de dolores generalmente leves: ligeros procesos inflamatorios - que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados. Entre el capuchón y el molar en erupción - brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

## 2.- ACCIDENTES NERVIOSOS.

Los accidentes nerviosos originados por el tercer molar en erupción, pueden insidiar trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, eczemas, etc.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus, como reacción antálgica.

## 3.- ACCIDENTES EN TEJIDOS BLANDOS.

No podemos menos que seguir a THIBAUT y a BERCHER en sus magníficas descripciones clínicas - de la complicación celular de la pericoronitis.

La inflamación y absceso consiguiente pueden tomar varias vías:

a) Hacia adentro, arriba y atrás: La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino, de intensidad y gravedad variable.

b) Hacia atrás y arriba: Entre los fascículos del músculo temporal, el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal, vía rara, es citada sin embargo por BERCHER, que se funda en trabajos de OLIVIER, LEBEDENSKY, y LETTERI.

c) Hacia adentro: Es una vía que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la cara interna de la mandíbula y la mucosa y los órganos de la región sublingual, el absceso puede ganar el suelo de la boca, entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves, algunas veces mortales: Angina de Ludwig, flemones circunscriptos o difusos del piso de la boca.

d) Hacia afuera y hacia atrás: Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso puede abrirse camino en dirección del músculo masetero. Atravesando la vaina muscular puede dar un flemón maseterino o un absceso caracterizado por un trismus intenso y la aparición sobre la cara externa de la rama ascendente, una tumefacción a gran eje vertical, pa-

ralela a la dirección general del cuerpo del masetero.

e) Hacia afuera y adelante: Siguiendo también disposiciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso estudiado y clasificado por J. Chompret y C. L. Hirondel.

#### 4.- ACCIDENTES ÓSEOS.

Los accidentes óseos propiamente dichos, como complicación de una pericoronitis, son sumamente raros; son excepciones.

CABANNE en 35 años de practica ha encontrado muy pocos casos de complicación ósea. Pero los pocos casos fueron, en general, extraordinariamente ruidosos: graves osteomielitis, con grandes sequestros.

Hay autores que sostienen, OMBREDANNE - Entre ellos, que el tercer molar actuaría como un bulbo óseo, fisiológicamente congestionado. La infección en tal caso sigue la vía hemática.

Con todo, son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteftis, osteóflemones y osteomielitis.

Tenemos varios pacientes portadores de terceros molares retenidos que, infectados sus sacos-pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes-dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteftis y osteomielitis.

En tales casos, el proceso óseo fué una complicación inmediata de la infección del saco folicular. Una característica muy importante en tales procesos, estriba en el hecho de tratarse de terceros molares inferiores aislados, en personas desdentadas totalmente en el sitio del accidente.

Otra forma de accidente óseo, que se en-cuentra con relativa frecuencia, consiste en el -proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo y el tercer molar retenido en medioversión.

El foco óseo que se desarrolla a ese nivel, es susceptible de propagarse y de dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.

La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente es también susceptible de dar procesos óseos locales, y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia (infección local).

#### 5.- ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES.

La repercusión ganglionar en el curso de -una pericoronitis es un hecho frecuente y común. -Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar.

Los ganglios tributarios de la región del -tercer molar son los subángulos mandibulares, (ganglios de Chassaignac) o submandibulares.

Este accidente ganglionar se trata, por lo

general, de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario. El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afección del saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran virulencia, o cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis siempre puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio, con el cuadro clínico consiguiente. Se tiene instalado el adenoflemón. En esas circunstancias, el ganglio está considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpación y espontáneamente; el proceso tiene repercusión sobre el estado general. El ganglio en tales condiciones tiende a la supuración que se abre camino por si solo, o el ganglio es abierto por el cirujano.

El adenoflemón es un accidente común. Su marcha y evolución se ha modificado favorablemente con los antibióticos.

En 1938, presentó el Dr. G. Bajraj, un caso de adenitis y sus consecuencias son las mismas.

Los restos del saco dentario, ubicado en el lado mesial o distal del tercer molar, puede no desaparecer del todo, originando lo que los autores franceses denominan granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar. La patogenia de estas formaciones está en directa relación con la embriología dentaria.

El saco pericoronario permanece adherido al

cuello del diente en la porción distal o mesial al abrigo de las presiones que pueden reabsorberlo; - este saco, naturalmente, no está íntegramente conservado sino que son sus hemisferios posterior o - anterior los que se mantienen.

Estos hemisferios, cerrados y sin contacto con el medio bucal, permanecen un tiempo con la - misma identidad. Pueden aumentar de volumen, adquiriendo caracteres quísticos (semejantes a los quistes dentígenos) o infectarse por el mecanismo co--mún como se infectan los fondos de saco; se produ- ce una solución de continuidad entre el molar y la enca.

La infección del saco remanente origina su- transformación en tejido de granulación, el cual - sigue la vía que le es característica.

Este saco coronario infectado y el granulo- ma o quiste consiguiente, originan procesos muy pa- recidos a los de la pericoronitis (osteítis loca- les, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia), actuando por la infección focal. Intro- duciendo una sonda entre la corona del molar y la enca se llega a una cavidad de tejidos blandos, - por el camino abierto por la sonda, brota un pus - amarillo de olor fétido.

cuello del diente en la porción distal o mesial al abrigo de las presiones que pueden reabsorberlo; - este saco, naturalmente, no está íntegramente conservado sino que son sus hemisferios posterior o - anterior los que se mantienen.

Estos hemisferios, cerrados y sin contacto con el medio bucal, permanecen un tiempo con la misma identidad. Pueden aumentar de volumen, adquiriendo caracteres quísticos (semejantes a los quistes dentígenos) o infectarse por el mecanismo común como se infectan los fondos de saco; se produce una solución de continuidad entre el molar y la encía.

La infección del saco remanente origina su transformación en tejido de granulación, el cual sigue la vía que le es característica.

Este saco coronario infectado y el granuloma o quiste consiguiente, originan procesos muy parecidos a los de la pericoronitis (osteítis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia), actuando por la infección focal. Introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía se llega a una cavidad de tejidos blandos, - por el camino abierto por la sonda, brota un pus - amarillo de olor fétido.

### CAPITULO III.- REGION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR - INFERIOR.

Esta zona es la clave de severos procesos - inflamatorios que se desarrollan localmente o bien se asientan en regiones de la cabeza y el cuello - distintas completamente de su primitiva génesis. - Es indudable que en la patogenia de los mismos intervienen primordialmente las relaciones anatómicas del punto donde se originan. No debiendo dejar atrás otros factores que influyen en la evolución y terminación de estas infecciones como son: La virulencia del germen y el grado de inmunidad o de - defensa del organismo.

Las presentes consideraciones se basan fundamentalmente en las relaciones y comunicaciones - que tienen con regiones vecinas de la cara, el cráneo y el cuello. Conocimiento que nos dará la clave de las graves complicaciones sépticas que se desarrollan en estas últimas regiones que ponen muchas veces en peligro la vida.

#### ANATOMIA DE LA MANDIBULA.

Encontrándose el tercer molar implantado en la mandíbula comenzaremos por describir a ésta:

Es un hueso impar, presenta un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo es de forma de herradura, cuya - concavidad se haya vuelta hacia atrás. Se distinguen en él dos caras y dos bordes.

**CARA ANTERIOR.-** Lleva en la línea media una cresta vertical, soldadura de las dos mitades del hueso llamada sínfisis mentoniana, su parte inferior más saliente se denomina eminencia mentoniana. Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos, más atrás aún, se observa la línea oblicua externa del maxilar dirigida hacia abajo y adelante que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va a terminar en el borde inferior del hueso insertándose sobre ella los músculos triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

**CARA POSTERIOR.-** Presenta cerca de la línea media las apófisis geni de las cuales las dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos y en las dos inferiores se insertan los geniohioideos. La línea oblicua interna o milohioidea parte del borde anterior de la rama vertical y se dirige abajo y adelante terminando en el borde inferior de ésta cara, sirve de inserción al músculo milohioideo. Por fuera de las apófisis geni y por encima de la línea oblicua se observa la foseta sublingual, que aloja la glándula correspondiente.

Más afuera aún por debajo de dicha línea y en proximidad del borde inferior se encuentra la foseta submaxilar que aloja a la glándula del mismo nombre.

**BORDES.-** El borde inferior es romo y redondeado, lleva dos fosetas digástricas donde se inserta el músculo digástrico situadas una a cada lado de la línea media.

El borde superior o alveolar presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios. Mientras los anteriores son simples los posteriores están compuestos de varias cavidades y se hayan separados entre si por puentes óseos o apófisis interdentarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

**RAMAS.**- Son dos derecha e izquierda, planas transversalmente y cuadrangulares, el plano definido es vertical por cada una de ellas y su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Tienen dos caras y cuatro bordes.

**CARA EXTERNA.**- Su parte inferior es mas rugosa que la superior, ya que sobre aquella se inserta el músculo masetero.

**CARA INTERNA.**- En la parte media de ésta cara se encuentra el orificio superior del conducto dentario por donde se introduce el nervio y los vasos dentarios inferiores.

Un saliente triangular o espina de spics, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde antero-inferior de aquel orificio. Tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y hacia adelante, hasta el cuerpo de el hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos, en la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

**BORDES.**- El anterior se dirige oblicuamente

hacia abajo y adelante, se haya excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar y se continúan en las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulo cigomática.

El borde posterior es llamado parotídeo, por sus relaciones con la glándula parótida.

El superior posee la escotadura sigmoidea situada entre la apófisis coronoides por delante y el cóndilo de la mandíbula por detrás.

El inferior de la rama ascendente se continúa con el borde inferior del cuerpo. Por detrás al unirse con el borde posterior forma el ángulo de la mandíbula.

### ESTRUCTURA.

Esta formado por tejido esponjoso recubierto por una gruesa capa de tejido compacto que se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo. Se haya recorrido interiormente por el conducto dentario inferior que comienza en el orificio situado detrás de la espina de spix y se dirige hacia abajo y adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar. Aquí se divide en un conducto externo que termina en el agujero mentoniano y otro interno que se prolonga hasta el incisivo medio.

## INERVACION.

Depende del tercer ramo del trigésimo el nervio maxilar inferior o mandibular, sobre todo el dentario inferior dando la inervación sensitiva de la zona de este nervio, atraviesa el espacio pterigomandibular y entra al conducto dentario por el orificio superior, junto al conducto dentario por el orificio, junto con la arteria al dentario inferior le corresponde la sensibilidad del hueso, enca y pulpa del tercer molar, la parte bucal de la enca no está inervada por esta rama sino que depende del nervio bucal, rama del maxilar inferior del que se separa después que este abandona el agujero oval.

## ARTERIA.

La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral ascendente de la maxilar interna la arteria dentaria inferior nace cerca del cóndilo, se dirige hacia abajo y afuera, recorre el espacio pterigomaxilar y se introduce en el nervio dentario inferior en el conducto, posee dos clases de ramas: a) Las arterias pulpares que penetran por el forámen apical a los dientes inferiores, b) Las arterias alveolares, que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares, estas envían ramas menores al periodonto y enca de ambas caras de la mandíbula.

## VENAS.

Dentro del conducto dentario se alojan dos o mas venas que recorren el mismo camino que la ar

teria dentaria; sus tributarias son homólogas y paralelas a las arterias pulpaes, óseas, periodónticas y gingivales.

Las venas dentarias desembocan en el plexo pterigoideo situado en la región cigomática, el cual tiene una importante una función en la circulación venosa y en la marcha, desarrollo y evolución de los procesos patológicos que tienen lugar en las zonas que son tributarias de este plexo.

### LINFATICOS.

Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea al tercer molar inferior dan origen a conductos linfáticos que van a desembocar en una serie de ganglios situados en la región suprahioidea; en la celda submaxilar para ser mas precisos. Los procesos inflamatorios originados a expensas del capuchón del tercer molar inferior, la pericoronitis y las distintas afecciones que se desarrollan en la mandíbula a expensas de este diente, tienen inmediata repercusión ganglionar, provocando adenitis de distinto tipo en los ganglios tributarios de la región suprahioidea. Estos ganglios en número de 6 a 8, están situados en la celda submaxilar, proximos a la piel, separados de ella por la aponeurosis y el cutáneo del cuello constituyen los ganglios preglándulares, fácilmente identificables a la palpación en el sujeto sano y muy visibles e individualizables en los procesos inflamatorios a que se han hecho referencia. El método clínico, que consiste en inclinar la cabeza del paciente del lado afectado, permite, por la relajación de los músculos, palpar y reconocer los gan--

glios.

Se localizan por debajo del borde inferior del maxilar y estan apoyados contra la cara interna, por debajo del milohioideo y entre los dos - - vientres del digástrico. Los ganglios profundos - son los subglándulares o retroglándulares situados entre la glándula submaxilar y el plexo muscular - profundo. Entre los ganglios mencionados, son dignos de considerarse el mayor de ellos denominados de STAHR; y el Chassaignac, el cual según varios - autores interviene en la patologia del tercer molar inferior.

## CAPITULO IV.- EVALUACION PREOPERATORIA

### HISTORIA CLINICA

#### IMPORTANCIA.

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

El objetivo del cirujano dentista en el examen previo, consiste simplemente en evaluar la capacidad física y emocional de un determinado paciente para tolerar un tratamiento odontológico específico.

La intención del cirujano dentista es presentar factores de evaluación que permitan determinar si es posible proseguir un tratamiento con relativa seguridad o que nos indiquen la conveniencia de una consulta médica previa.

El cirujano dentista es responsable ante su paciente de consultar al médico y de ser orientado, aunque no dirigido, por el consejo de este.

El cirujano dentista tiene la obligación de someter a un paciente a un examen riguroso, especialmente cuando planea llevar a cabo una anestesia general, incluso en la práctica odontológica -

general; ya que los riesgos de la anestesia local o de cualquier otro tratamiento pueden ser muy grandes en ciertos casos.

## HISTORICA CLINICA.

Para profundizar el estudio clínico y para contar con un examen completo consideramos de suma importancia utilizar el siguiente esquema para registrar el interrogatorio:

### Ficha de identificación.

- 1.- Nombre
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Estado civil
- 5.- Ocupación
- 6.- Lugar de origen
- 7.- Domicilio
- 8.- Fecha de examen
- 9.- Grado de escolaridad

### Antecedentes

#### A) Antecedentes Hereditarios.

- 1.- Antecedentes físicos.
- 2.- Antecedentes neoplásicos.
- 3.- Antecedentes reumáticos.

- 4.- Antecedentes endócrinos (mixedema, - diabetes).
- 5.- Antecedentes neuropsiquiátricos.
- 6.- Antecedentes luéticos.
- 7.- Antecedentes alérgicos.

B) Antecedentes Personales no Patológicos.

Habitación.- Construcción, ventilación, - servicios sanitarios.

Alimentación.- Número de tomas de alimentos en las 24 horas, horario, hábitos, cantidad y calidad de los alimentos ingeridos.

Hábitos.- Alcoholismo y tabaquismo, edad e inicio, frecuencia, cantidad tomada en las 24 horas, tipo de bebidas ingeridas, higiene personal.

Toxicomanías.- Marihuana, morfina, herofna, tranquilizantes y estimulantes, edad de inicio, frecuencia, vía de administración, cantidad tomada en las 24 horas, etc.

C) Antecedentes Personales Patológicos.

1.- Enfermedades durante la infancia.

a) Enfermedades exantemáticas (viruela, sarampión, escarlatina, rubola, etc.).

b) Enfermedades congénitas (persistencia del conducto arterio venoso, transposición-

de los grandes vasos).

2.- Antecedentes fímicos.

3.- Antecedentes reumáticos.

4.- Antecedentes alérgicos.

5.- Antecedentes traumáticos.

6.- Antecedentes quirúrgicos.

Estado actual.

1.- Padecimiento actual.

a) Noción de tiempo.

b) Noción de sitio.

c) Causa desencadenante.

d) Tribuna libre.

e) Recopilación de signos clínicos.

f) Modo de principio.

g) Evolución de cada signo clínico.

2.- Organos, aparatos y sistemas.

a) Aparato digestivo.

b) Aparato respiratorio.

c) Aparato circulatorio.

d) Aparato genito-urinario.

- e) Sistema nervioso y órganos de los sentidos.
- f) Sistema linfático.
- g) Sistema osteomusculoarticular.
- h) Piel y anexos.

### 3.- Síntomas Generales.

- a) Anorexia
- b) Fiebre
- c) Pérdida de peso
- d) Palidez
- e) Astenia
- f) Adinamia.

### 4.- Terapéutica empleada.

- a) Tratamiento empírico.
- b) Tratamiento médico y quirúrgico - de la enfermedad actual.
- c) Estudios especiales realizados - (radiografías, citoscopia).

### EXPLORACION FISICA.

#### A) Signos Vitales.

- a) Tensión arterial
- b) Pulso periférico

- c) Frecuencia respiratoria
- d) Frecuencia cardíaca
- e) Temperatura.
- f) Peso corporal y estatura.

**B) Inspección General.**

- a) Encamado o ambulante.
- b) Sexo.
- c) Edad aparente.
- d) Edad cronológica.
- e) Actitud.
- f) Facies.
- g) Conformación.
- h) Constitución.
- i) Movimientos anormales.
- j) Adaptación al medio.
- k) Marcha.

**C) Estudio de cada uno de los segmentos del cuerpo.**

- a) Cabeza.
- b) Cuello.
- c) Tórax.
- d) Glándula mamaria.

- e) Región precordial.
- f) Vascular periférico.
- g) Abdomen.
- h) Organos genitales.
- i) Dorso y extremidades.
- j) Sistema nervioso.

### Organos, aparatos y sistemas.

#### 1.- Aparatos digestivo.

**Boca.-** Sed, masticación, deglución, hematemesis, tejidos blandos y duros.

**Esófago.-** Disfagia, odinofagia, regurgitaciones, esofagorrea, pirosis, ptialismo, cialórrrea.

**Estómago.-** Dolor en epigastrio o mesogastrio, agruras, náuseas, vómitos, etc.

**Intestinos.-** Diarrea, estreñimiento, dolor de tipo cólico, distensión abdominal, pujo y tenesmo rectal, melena, hematoquesis.

**Hígado.-** Dolor en hipocondrio derecho, ictericia, hipocolia, coluria, ascitis, edema de los miembros inferiores, anorexia, astenia, etc.

**Vías biliares.-** Dolor en hipocondrio derecho, ictericia, coluria, acolia, prurito generalizado, etc.

## 2.- Aparato respiratorio.

Tos, espectoración, disnea, cianosis, disfonía, dolor torácico, hemoptisis, vómica, etc.

## 3.- Aparato circulatorio.

Corazón y grandes vasos.- Dolor precordial-palpitaciones, disnea, cianosis, tos, espectoración, edema de los miembros inferiores (tipo vespertino), taquicardia, bradicardia, taquisfigmia, bradisfigmia.

Vascular periférico.- Los miembros torácicos o pélvicos pueden estar pálidos o enrojecidos, aumento o disminución de volumen, modificaciones de la temperatura local, calambres, adormecimientos, dolor y edema distal de los miembros unilateral generalmente y de preferencia en los miembros pélvicos.

## 4.- Aparato genito-urinario.

Dolor en la región dorso lumbar derecha o izquierda, mareos, vértigos, palpitaciones, desmayos, acúfenos y fosfenos, (estos últimos signos clínicos son secundarios anefropatía hipertensiva), edema parpebral de los miembros inferiores de predominio diurno.

Estudio de la micción.- Frecuencia en las 24 horas, nicturia, disuria, polaquiuria, poliuria, cantidad, color, olor, pujo y tenesmo vesical.

Antecedentes Ginecoobstétricos.

- a) Menarca.- (inicio de la menstruación).
- b) Ritmo.
- c) Duración.
- d) Trastorno de la menstruación.
- e) Inicio de las relaciones sexuales.
- f) Número de embarazos.
- g) Número de abortos.
- h) Nacidos a término por vía vaginal.
- i) Nacidos muertos a término.
- j) Nacidos a término por vía abdominal,- (césarea).
- k) Fecha de la última regla.
- l) Flujo o escurrimiento vaginal.
- m) Cesación de la menstruación (menopausia).

#### 5.- Sistema nervioso.

Movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, -  
emotividad, tics, parestesias, hormigueos.

#### 6.- Sistema linfático.

Presencia de nodulaciones o tumoraciones de  
las cadenas ganglionares del cuello, de la región-  
inguinal, del hueco axilar.

## 7.- Sistema osteomusculoarticular.

Artralgias, mialgias, deformaciones articulares, limitaciones de los movimientos, etc.

## 8.- Piel y anexos.

Coloración de la piel, erupciones cutáneas, trastornos del sistema excretor, del sistema piloso, heridas, cicatrices, manchas, etc.

## ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido exige que sean considerados una serie de puntos de vital importancia en relación con la odontectomía. El primer detalle de interés se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, -oseoestructura.

### POSICION Y DESVIACION DEL TERCER MOLAR.

La radiografía nos da con perfecta claridad, la posición, o sea, el eje del tercer molar con relación al segundo y el tipo de desviación que presenta.

### POSICION DEL SEGUNDO MOLAR.

La dirección de este molar es de interés en el acto quirúrgico; siendo como es, la cara distal del segundo molar un punto útil en la aplicación de la fuerza.

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

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

## PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Será considerada con respecto a dos líneas: la oclusal y la cervical, este punto es de vital importancia por que del grado de profundidad depende de la aplicación de una técnica, la osteotomía a realizarse.

## ESTUDIO DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR.

a) Forma de la Corona.- Puede tener distintas formas, apartandose en grado variable de la forma normal anatómica.

b) Tamaño de la Corona.- Puede ser variable desde el molar con gran corona hasta el molar con corona muy pequeña existiendo entre los dos tipos extremos todos los intermedios.

c) Estado de la Corona.- Puede estar afectada por caries o procesos patológicos que hagan variar la resistencia y solidez del órgano dentario:

1.- Caries de la Corona.- 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 odontectomía.

2.- Fractura de la Corona.- Se pueden presentar fracturas de grado variable con exposición de cámara pulpar, originadas en maniobras previas de extracción.

### ESTUDIO DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Las raíces se pueden presentar hacia mesial, hacia distal e indistintamente cada una de ellas.

### EL SEPTUM RADICULAR DEL TERCER MOLAR O DE WINTER.

El espacio interradicular debe ser estudiado radiográficamente. Cuando las raíces convergen, pero encierran gran cantidad de hueso, el séptum es sólido y ofrece gran resistencia al acto quirúrgico.

Según sea la posición del molar el hueso que lo cubre por distal se extiende en grado variable sobre su cara o en parte de ella. En los diversos tipos de retenciones, las dimensiones del hueso distal son distintas en espesor y consistencia. La posición distal puede estar afectada por procesos patológicos que hacen variar el grado de resistencia de esta porción.

**EL CONDUCTO DENTARIO.**

Se estudiará la posición y las relaciones - del conducto dentario con los apices del tercer molar. En algunos casos su vecindad con los dientes es muy próxima y los elementos de el conducto que en él se alojan pueden ser lesionados en el acto - operatorio causando trastornos postoperatorios con siguientes: neuritis, neuralgias, parestesias, etc.

## CAPITULO V.- TECNICA OPERATORIA

### INDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

- 1.- Un germen que no da origen a raíces de un diente hace que se forme un quiste dentígero.
- 2.- Provocar ameloblastos (células formadoras iguales al esmalte), se puede considerar un tumor maligno localizado por lo tanto no da metástasis.
- 3.- Cuando provoca operculitis, opérculo es la mucosa que recubre a una pieza includa, operculitis es la inflamación del opérculo.
- 4.- Cuando provoca giroversión de otras piezas dentarias.
- 5.- Cuando se vaya a hacer una prótesis y - que exista una intrusión.

## CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS- MOLARES INFERIORES.

- 1.- Cuando existan enfermedades sistémicas-  
(diabéticas)
- 2.- Procesos infecciosos agudos.
- 3.- Anomalías del desarrollo.
- 4.- Defectos congénitos.
  - a) Síndrome de Down.
  - b) Fisura palatina y/o labial.

## INSTRUMENTAL

Por tratarse de una cirugía de alta especialidad, la cirugía bucal requiere instrumentos también especializados.

En el mercado existe un número extraordinario de instrumentos para ser aplicados en las distintas técnicas y métodos que se han preconizado para este objeto; para la cual es absurdo adquirir los todos, solo se logra después de unos años de práctica, tener un almacén de instrumentos sin utilidad o innecesarios. La práctica es la que nos -- llevará a la selección del instrumental, o sea que en síntesis podemos decir que no son necesarios muchos instrumentos y los pocos que empleamos son el producto de una meditada selección. Por lo siguiente el instrumental que habitualmente se utiliza en este tipo de intervención es el que sigue:

**BISTURI.-** Para la incisión de la mucosa, a nivel del tercer molar retenido se emplea el bisturí de Bard-Parker, de hoja intercambiable. Existe también el de Austin, que es útil para dicho propósito.

**SEPARADORES.-** El labio del paciente y eventualmente el colgajo son mantenidos por separadores. Los de Farabeuf se usan frecuentemente. Austin diseñó un instrumento parecido al periostotomo que sirve como retractor del colgajo y del labio superior. El periostotomo cumple ésta misión muy delicadamente, es útil por que no lesiona los tejidos y tampoco se opone a la visión del campo operatorio.

**ESCOPLOS.**- Hay tres tipos de estos; a) Los de presión manual que están contraindicados por ser peligrosos, b) El escoplo y martillo de mano que resulta satisfactorio si se tiene un asistente competente, c) El martillo automático, que es el más recomendable.

El escoplo siempre debe tener un buen filo con bisel agudo, el doble bisel se utiliza en odontosección.

**PINZAS GUBIAS.**- Destinadas al mismo fin que las fresas o escoplos, se empean en la osteotomía del hueso bucal o lingual y tiene aplicación en un tiempo quirúrgico importante que es la eliminación del saco pericoronario.

**FRESAS PARA HUESO.**- Se usan bien afiladas - del número 560, cuando los bordes cortantes se observan con las astillas óseas, la fresa debe limpiarse para evitar que se recaliente y queme el hueso, igualmente se hace mientras se está trabajando con ella, debe irrigarse la región constantemente la región con agua estéril y al mismo tiempo la punta del aspirador debe colocarse en un lugar próximo para absorber el agua. Es mejor hacer girar la fresa constantemente a alta velocidad aplicándola en forma intermitente para permitir que el agua alcance la punta de la fresa y la refrigere.- El periostio de los demás tejidos blandos deben ser firmemente alejados de la fresa para evitar que esta los lesione.

**ESCARIADORES DE HUESO.**- Se usan con presión manual y movimiento rotatorio, perforando y quitando

do el hueso.

**TIJERAS.**- Puede emplearse tijeras rectas o curvas para seccionar inserciones musculares o excesos de tejido, o bien para cortar los puntos de sutura.

**LIMAS PARA HUESO.**- Se usan para limar los bordes óseos después de la extracción.

**AGUJAS PARA SUTURA.**- Se requiere de agujas apropiadas para ser ejecutado el tiempo final de la operación, son pequeñas agujas curvas cóncavo-convexas en el sentido de sus caras.

**PORTA-AGUJAS.**- Instrumento empleado para su jetar y dirigir la aguja.

**OSISECTORES.**- Son escoplos de mano modificados de modo que cumplan dos funciones, la de eliminar el hueso y la de actuar de elevadores.

## INSTRUMENTAL.

El instrumental para tejido blando es:

- a) 1 X 4
- b) Mango para bisturí No. 3, el 4, 7, y-8 son para cirugía mayor.
- c) Hojas para bisturí No. 11, 12 y 15.
  - El No. 11 se utiliza para drenar abscesos.
  - El No. 12 para hacer incisiones en proximales.
  - El No. 13 levantar colgajo y hacer incisiones.
- d) Legra o elevador de periostio.
- e) Pinzas de mosquito, para hemostasia.
- f) Pinzas de Kelly.
- g) Pinzas de disección (dentadas).
- h) Pinzas dientes de ratón.
- i) Pinzas de Adsón.
- j) Porta-agujas.
- k) Tijeras para enca.

El instrumental para tejido duro es el antes mencionado y además:

- 1.- Motor de baja.
- 2.- Alta velocidad.

- 3.- Fresas de baja velocidad, para pieza de mano de bola 5, 6, 7, 8, y de figura de carburo de tuxteno.
- 4.- Fresas de alta.
- 5.- Instrumental para exodoncia.
- 6.- Cureta o cucharilla.
- 7.- Limas para hueso.
- 8.- Sierra de Striker.
- 9.- Sierra gigly.
- 10.- Escoplo y martillo.

#### Equipo quirúrgico

- 1.- Oxígeno.
- 2.- Eyector quirúrgico.
- 3.- Unidad y sillón.
- 4.- Medicamentos quirúrgicos.

#### Material

- 1.- Gasas estériles.
- 2.- Suero fisiológico.
- 3.- Jeringa desechable.
- 4.- Sutura.
- 5.- Campo de algodón de 1.20 m de ancho por 1.50 m de largo.

## EXTRACCION.

Para hacer la extracción del tercer molar inferior incluido, usaremos el método del colgajo para descubrir y ampliar nuestro campo operatorio. La incisión debe hacerse sobre el espacio retromolar de adelante a atrás y de abajo de arriba. Una buena incisión debe llenar los siguientes requisitos:

Bisturf bien afilado, posición precisa, menor longitud posible, corte sistemático y regular que sea mayor que el corte de hueso. La incisión debe hacerse de un solo trazo por deslizamiento y sin gran presión para que los bordes sean regulares y faciliten la cicatrización.

El segundo tiempo es desprendimiento del colgajo, que será siempre del lado vestibular, con la legra roma se desprende la fibromucosa dejando al descubierto el maxilar.

El tercer tiempo es la trepanación ósea que tiene por objeto descubrir la corona del diente; para ello se eliminará tanto hueso como sea necesario, debe considerarse siempre la cantidad de hueso que hay que rescatar dependiendo del tamaño de la pieza incluida, de la profundidad a que este alejada y la textura del hueso.

Si la superficie oclusal se encuentra también cubierta ha de procederse ante todo a liberar lo del hueso que lo cubre, además la sección debe rebasar las partes mas salientes de los puntos mas convexos de la corona. En la superficie vestibular

y distal debe dejarse a mayor profundidad y el lado lingual debe permanecer intacto, si no se descubre bien la corona se hace mayor fuerza para su extracción por que además de levantar la pieza de su alvéolo hay que vencer la retención. Esta parte descubierta servirá para la aplicación del botador y facilitará la luxación del diente o pieza incluida.

Para cortar la cantidad necesaria de tejido óseo se utiliza el cincel, martillo ó una fresa para hueso o con el impactor con punta apropiada que nos dará bordes mas o menos homogéneos. En cambio con la fresa para hueso es de un valor muy práctico porque se corta rápidamente con una mínima traumatización de los tejidos.

Ya cortado el hueso lo necesariamente posible se introduce el elevador apropiado poco a poco por el lado mesial haciendo palanca hacia arriba y atrás aplicando sobre el reborde alveolar, deberá hacerse con gran cuidado y usando los dedos índice y pulgar izquierdo para limitar, poco a poco se va viendo si la pieza incluida pasa y si no hay que ir midiendo hasta que la pieza pase, se sigue usando el elevador hasta que la pieza se mueva, y ya que se ha movido o la hemos levantado se ayuda uno con la pieza propia o con el elevador.

Una vez hecha la extracción del tercer molar incluido hay que proceder a la regularización de los rebordes óseos, con limas y con cucharillas hay que quitar todo dejando limpio el alvéolo sin dejar ninguna esquirla ósea que haya podido desprenderse al limar. Se levanta el colgajo y se ha-

ce bien el adosamiento para que el periostio quede perfectamente adaptado a la superficie ósea. Cuando el colgajo es amplio y no se detiene bien, se debe suturar.

La sutura por lo general impide la circulación y la cicatrización rápida, al despedir al paciente, se le dan las instrucciones necesarias para los cuidados que debe tener en su casa y se le hace volver al día siguiente, para comprobar si se ha formado el coágulo, si este está bien constituido y si la herida no se ha infectado.

## POSTOPERATORIO.

Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo, por que una vez terminada la operación puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

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

### INDICACIONES POSTOPERATORIAS.

- 1.- Reposo general y local (intervención quirúrgica).
- 2.- Dieta líquida las primeras nueve horas (se controlan posibilidades de dolor y hemorragia).
- 3.- Dieta blanda sin irritantes por 3 días.
- 4.- El resto de el día de la intervención se aplicará hielo que produce vasoconstricción evitando dolor, edema, hemorragia e infección.
- 5.- Analgesia.

En ocasiones se usa calor en procesos infecciosos, pero es con el fin de agravar el problema y tratarlo más rápidamente.

#### Indicaciones especiales postoperatorias.

Si se llegan a hacer extracciones múltiples, se receta cortisona bajo estricta vigilancia médica y antibióticos.

Cuando se presenta un hematoma (sangre muerta) se usan antibióticos con el fin de evitar la infección del hematoma.

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

- a) Dolor.
- b) Edema.
- c) Hemorragia. (Hematoma, e infección).

Dolor y Edema.- No se consideran complicaciones porque son una respuesta quirúrgica natural.

Hemorragia.- Casi no existe, si existe es porque el paciente no cumplió con las indicaciones postoperatorias, que tienen por objeto que no se presenten estas manifestaciones quirúrgicas.

## CONCLUSIONES

El conocimiento de los problemas causados por los terceros molares retenidos es generalmente relacionada hacia degeneraciones quísticas, maloclusiones, fracturas mandibulares, infecciones focales y problemas relacionados con su extracción y por lo antes expuesto, debe tenerse presente que puede ser beneficiosa la extracción temprana de los terceros molares como medida profiláctica preventiva de futuros problemas de diversa índole, quedando a juicio del Cirujano Dentista la conducta a seguir ya que es el quién puede valorar el trastorno, y el que tiene la responsabilidad de tratar con éxito las complicaciones que pudieran surgir como consecuencia de sus procedimientos.

Hasta el momento en que se da de alta al paciente, es cuando termina la responsabilidad del cirujano sobre la salud del mismo.

## BIBLIOGRAFIA

RIES C.G.A.  
CIRUGIA BUCAL  
EDITORIAL EL ATENEO, BUENOS AIRES, ARGENTINA 1973.

KRUGER GUSTAVO  
CIRUGIA BUCAL  
1960 Vol. I Tomo I.

QUIROZ G. FERNANDO  
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA  
1950 Vol. I Tomo I.

DIAMOND MOSES  
ANATOMIA DENTAL  
1962 Vol. I Tomo I.

C. ALCALAYA  
ALAZABAL R. ROBERTO  
COMPENDIO DE EXODONCIA  
EDITORIAL EL ATENEO, BUENOS AIRES.