



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUJIA DE TERCEROS MOLARES
INCLUIDOS**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

HUGO JESUS OROZCO DE LA ISLA

MEXICO, D. F., 1982.



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.

PAGINA

PROLOGO	1
* CAPITULO I ANATOMIA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA	3
* CAPITULO II POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES	28
* CAPITULO III INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	38
* CAPITULO IV PREOPERATORIO	44
* CAPITULO V ANESTESIA	46
* CAPITULO VI MATERIAL EMPLEADO	52

	PAGINA
* CAPITULO VII TECNICA QUIRURGICA	57
* CAPITULO VIII POSTOPERATORIO	62
CONCLUSIONES	67
* BIBLIOGRAFIA	69

•
P R O L O G O

Este trabajo está basado en la extracción del tercer molar incluido.

Para poder localizar esta pieza dentaria, nos tenemos que valer del conocimiento de la Anatomía del maxilar y de la mandíbula. También de la posición como lo podemos encontrar - dentro de estos huesos, del tejido que lo recubre, del paquete neurovascular que lo irriga e inerva, así como los músculos y ligamentos adyacentes al tercer molar.

Después de conocer la ubicación anatómica de esta pieza dentaria, es necesario un estudio físico-mental de la persona, una historia clínica detallada, pruebas de laboratorio y diferentes tipos de radiografías para el conocimiento más detallado del problema de la implantación dentaria y si es indicada o no su extirpación. Esto nos va a servir para la selección

del material requerido, así como los cuidados y medicamentación preoperatoria, y la anestesia - que utilizaremos en la intervención quirúrgica, ésta debe seguir una serie de procedimientos para la eliminación total del germen dentario.

Al haber concluido la intervención - quirúrgica se tomarán en cuenta las indicaciones y cuidados postoperatorios.

CAPITULO I

A N A T O M I A
D E L
M A X I L A R
Y
L A
M A N D I B U L A

Estos huesos se localizan en la parte media e inferior de la cara respectivamente.

M A X I L A R

Lo forman dos huesos unidos entre sí, ocupan la mayor parte de la cara. Es de forma cuadrangular, presenta dos caras, cuatro bordes cuatro ángulos y en su parte central una cavidad llamada seno maxilar.

* CARA INTERNA

En la parte inferior encontramos la apófisis palatina que forma parte de las fosas nasales y la bóveda palatina que al articularse con la del lado opuesto forman la espina nasal anterior, y por detrás de ésta se observa un surco llamado conducto palatino anterior. En esta cara también encontramos un canal nasal

que su borde anterior esta limitado por la apófisis ascendente esta apófisis interna y externamente tiene la cresta turbial inferior, que se articula con el cornete inferior (hueso de la cara) y por encima de esta se encuentra la cresta turbial superior que se articula con el cornete medio (éste es parte del hueso etmoides que pertenece a los huesos del cráneo).

* CARA EXTERNA

Por la parte superior de la implantación de los caninos se observa la foseta mirti-forme que está limitada por la eminencia canina. Por detrás y arriba de ésta se encuentra la apófisis piramidal, que presenta en la parte superior un canal conocido con el nombre de canal infraorbitario. En su parte interior se encuentran unos conductos que van a terminar en los alvéolos de los dientes anteriores (incisi-

vo central, incisivo lateral y canino). Su parte posterior es convexa y corresponde a la tuberosidad del maxilar, exhibe varios orificios llamados agujeros palatinos posteriores. Esta parte posterior se articula con el ala mayor del hueso esfenoides (hueso del cráneo) formando la hendidura esfenoidal.

* BORDE ANTERIOR

Presenta la apófisis palatina y la espina nasal anterior. Su parte superior con la del lado opuesto forman el orificio de las fosas nasales y el borde de la apófisis ascendente.

* BORDE POSTERIOR

Es grueso y de forma redondeada, constituye la tuberosidad del maxilar. Su parte su

perior forma parte de fosa pterigomaxilar. Su parte inferior se articula con la apófisis piramidal del hueso palatino (hueso de la cara), y borde anterior de la apófisis pterigoides, formando el conducto palatino posterior.

* BORDE SUPERIOR

Esta porción del maxilar forma parte del piso de las cavidades orbitarias y se articula en ese lugar con el hueso unguis (hueso de la cara), el hueso etmoides y la porción orbitaria del hueso palatino.

* BORDE INFERIOR

A este borde también se le conoce con el nombre de reborde alveolar, ya que presentan cavidades cónicas donde se alojan las raíces de los dientes. Presenta un vértice perforado por

donde pasa el paquete neurovascular que irriga e inerva a estas piezas dentarias, los alveólos dentarios se hayan separados por tabiques óseos que se le denominan lámina interradicular que constituye la apófisis ascendente.

Su parte superior presenta rugosidades que se articulan con la apófisis orbitaria interna del hueso frontal (hueso del cráneo).

La región posterior de este borde antes de llegar a la apófisis pteriogoides se localiza el alveolo dentario donde se alojan las raíces del tercer molar superior, en esta zona hay menos condensación ósea.

La pófisis palatina, base de la apófisis ascendente y del borde alveolar están formados por hueso esponjoso y el resto por -

hueso compacto.

* SENO MAXILAR

También se le conoce con el nombre de "Antro de Hidmore". Es una cavidad de gran tamaño y en forma de pirámide cuadrangular, es de base interna y vértice externo. Está en relación con las fosas nasales, hueso malar (formador del pómulos), cavidades orbitarias y las raíces de los dientes (premolares y molares).

* OSIFICACION

Se origina en cinco centros que aparecen después del segundo mes de vida fetal y estos son:

- 1º Externo o malar
- 2º El Orbitonasal
- 3º El Antero Inferior o Nasal

4° El Interno Inferior o Palatino

5° El Incisivo

* MANDIBULA

Está formada por un sólo hueso y se en
cuentra en la parte inferior de la cara. Está -
formado por un cuerpo y dos ramas.

CUERPO: Tiene forma de herradura, en
el se distinguen dos caras, anterior y posterior,
y dos bordes superior e inferior.

1° CARA ANTERIOR: En su línea media -
lleva una cresta vertical llamada sínfisis mento
niana. Su parte inferior y prominente se denomi
na eminencia. Más atrás se encuentra el orifi--
cio mentoniano. En el borde anterior de la rama
emerge una línea saliente que termina en el bor-
de inferior llamada ablfua externa, en ella se
insertan varios músculos.

2° CARA POSTERIOR: Cerca de la línea media hay cuatro tubérculos llamados apófisis geni, partiendo del borde anterior de la rama hay una línea saliente llamada línea oblicua interna o milohioidea se divide hacia delante y termina en el borde inferior, arriba de esta línea y afuera de la apófisis se encuentra la foseta sublingual y más afuera debajo de la línea y cerca del borde inferior la foseta submaxilar.

3° BORDE INFERIOR: Es redondeado, tiene dos fosetas digástricas donde se inserta el músculo digástrico y se encuentran a un lado de la línea media.

4° BORDE SUPERIOR O ALVEOLAR: Presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios que están separados por apófisis interdentarios donde se insertan los ligamentos coronal.

rios.

* RAMAS

Son dos de forma cuadrangular, aplanadas transversalmente tienen un plano vertical y el eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Tiene dos caras y cuatro bordes.

1° CARA EXTERNA: Su parte inferior es rugosa y en ella se inserta el músculo masetero.

2° CARA INTERNA: En la parte media de ésta se encuentra el orificio del conducto dentario por donde pasa el paquete neurovascular inferior. La espina de Spix es una saliente donde se inserta el ligamento fenomaxilar -

que forma el borde anteroinferior del orificio. El borde antero superior continúa hacia abajo formando el canal milohioideo donde se alojan vasos y nervios, en la parte inferior e interna se inserta el músculo pterigoideo interno.

1° BORDE ANTERIOR: Se haya excavado en forma de canal sus bordes divergentes se separan en el reborde alveolar formando las líneas oblicuas respectivamente. Forma el lado - externo de la hendidura vestibulocigomática.

2° BORDE POSTERIOR: Recibe el nombre de borde Parotídeo por su relación con la glándula parótida.

3° BORDE SUPERIOR: En él se encuentra la escotadura sigmoidea situada entre el - cóndilo y la apófisis coronoides. El cóndilo tiene forma elipsoidal, su eje mayor está di-

rigido hacia adelante y afuera, se articula con la cavidad glenoidea del hueso temporal, se une a la mandíbula por el cuello del cóndilo donde se inserta el músculo pterigoideo externo. La apófisis coronoides tiene forma triangular y sobre ella se inserta el músculo temporal. La escotadura sigmoidea comunica la región masetérnica con la fosa cigomática. Está formado por hueso esponjoso y cubierto por una capa gruesa de hueso compacto.

* OSIFICACION

Al primer mes de vida fetal se forma el cartílogo de Meckel del cual se originan dos mitades que se unen formando la sínfisis mentoniana. Tiene seis centros de osificación:

1º Inferior (En el borde Maxilar).

2º Incisivo (Al lado de la línea me-

dia).

3° Suplementario (El agujero Mentoniano).

4° El cuello del Cóndilo.

5° Coronóideo (La apófisis coronóides). y

6° El centro de la espina de Spix.

La unión mentoniana se logra al 3er. mes de vida fetal.

* TERCEROS MOLARES

Estos se localizan tanto en el maxilar como en la mandíbula. En el Maxilar encontramos los terceros molares en el borde inferior y posterior de este hueso, casi cerca de la apófisis pterigoides, en la cara distal del segundo molar, existe un derecho y un izquierdo.

En la mandíbula también encontramos - dos terceros molares y se localizan en el borde superior y posterior del cuerpo de este hueso.

Se localiza en su parte anterior de - la rama mandibular y en la cara distal del se-- gundo molar. (Izquierdo y Derecho).

Son cuatro terceros molares en total, dos superiores y dos inferiores de los cuales - no se conoce una anatomía específica ya que a veces estos molares presentan de 3 hasta 7 cúspides e igualmente en sus raíces presentan des de 2 hasta 4, en ocasiones se observan fusionadas o dilaceradas, es por eso que no se ha esta blecido un patrón anatómico uniforme, en el - cual nos podemos basar para su estudio, ya que también se conocen casos de ausencia de estos - molares sin conocerse la causa exacta.

* NERVIO TRIGEMINO
(QUINTO PAR CRANEAL)

Es un nervio mixto que nace en la protuberancia anular por arriba de la oliva, de la cual emanan las fibras motora y sensitiva, que llegan al temporal donde se encuentra alojado - el ganglio de Gasser (Origen Real), en la fosa trigeminal del peñasco de este hueso. Este ganglio está contenido en un desdoblamiento de la dura madre que forma el Cavum de Meckel.

De aquí parten las tres divisiones -- principales que son:

- a) El Nervio Oftálmico.
- b) El Nervio Maxilar
- c) El Nervio Mandibular

Estos son sensitivos ya que la motora rodea el

ganglio y alcanza la rama mandibular con la que se fusiona.

*NERVIO OFTALMICO

Es la primera rama de ganglio de Gasser sale por la Escotadura Sigmoidea y emite tres ramas colaterales y tres terminales.

1° Ramas Colaterales

- a) Rama meníngea: Inerva la meninges
- b) Rama recurrente de Arnold: Inerva la tienda del cerebello.
- c) Rama Anastomótica del Plexo Cabernoso: Emite ramas al Nervio Patético y al Nervio motor ocular común.

2° Ramas Terminales

a) Rama Nasal: Inervan la lámina - cribosa, el tabique nasal y la piel del lóbulo de la nariz.

b) Rama Frontal: Inerva el perios- tio y la piel de la frente, y el párpado supe- rior.

c) Rama Lagrimal: Inerva la glándu- la lagrimal y el párpado superior.

* NERVIO MAXILAR

Este nervio presenta el ganglio esfe- nopalatino, la segunda rama que emite el gan- glio de Gasser, abandona el cráneo por el agu- jero redondo mayor y penetra al maxilar por la fosa Pterigo maxilar, emite ramas colaterales y terminales.

1 Ramas Colaterales:

1° Rama Meníngica Media: Inerva la

meninges.

2° Rama Orbitaria: Inerva el párpado inferior y la piel del pómulo.

3° Rama esfenopalatino: Este forma el ganglio esfenopalatino el cual se divide en siete ramas terminales:

- a) Nervios Orbitarios.- Inervan las celdillas etmoidales de la nariz.
- b) Nervio Nasal Superior.- Inerva la mucosa de la nariz superior y media.
- c) Nervio Nasopalatino.- Inerva la mucosa que cubre la bóveda palatina y mucosa del tabique nasal.
- d) Nervio Pterigopalatino Anterior.- Inerva la mucosa de la rinofaringe.
- e) Nervio Palatino Anterior.- Inerva el cornete inferior, la bóveda palatina y

velo del paladar.

f) Nervio Palatino Medio.- Inerva la mucosa del velo del paladar.

g) Nervio Palatino Posterior.- Mucosa del velo del paladar, los músculos peristafilino interno, palatogloso y faríngeo es tafílino.

4° Rama Dentaria Posterior: Inerva los molares, la mucosa del seno maxilar y el hueso del mismo.

5° Rama Dentaria Media: Inerva los premolares y a veces el canino.

6° Rama Dentaria Anterior: Pasa por el conducto suborbitario que inerva los incisivos anteriores, caninos y el ala de la nariz.

II. Ramas Terminales:

- a) Rama Parpebral: Inerva el párpado inferior.
- b) Rama Labial: Inerva la mucosa del labio superior y carrillos.
- c) Rama Nasal: Inerva los tegumentos de la nariz.

El ganglio esfenopalatino también se le llama - ganglio de Meckel.

* NERVIO MANDIBULAR

Es el tercer Nervio que emite el ganglio de Gasser, este nervio es mixto, abandona al cráneo por el agujero oval, emite tres ramas colaterales:

- a) Nervio Temporal Bucal: Inerva los músculos pterigoideo externo; el músculo temporal, - el músculo Buccinador y proyecta ramas a la piel

del carrillo.

b) Nervio Temporal Profundo Medio: Inerva la cresta esferotemporal y el músculo temporal.

c) Nervio Temporo Maseterino: Este se divide en dos raciones anterior y posterior.

1. Rama Anterior: Inerva al músculo temporal y al músculo masetero.
2. Rama Posterior: Este a su vez se divide en cuatro ramas.

A) Nervios del Pterigoideo interno, peristafilino y músculo del martillo inerva los músculos anteriormente mencionados.

B) Nervio Aurículo Temporal, inerva el cuello del cóndilo, parte de la Paratiun, la piel de la cien, el conducto auditivo externo y

la articulación temporo mandibular.

C) Nervio Dentario Inferior: Inerva todos los dientes pues pasa por el conducto dentario inferior hasta llegar al agujero mentoniano donde se bifurca y emite una rama interna y una externa que se anastomosan con la del otro lado. Emite una rama antes de que llegue a la cuerda del tímpano, también emanan ramas a los músculos milohideos y digástrico, inerva la encía que cubre los procesos alveolares.

D) Nervio Lingual: Inerva las glándulas submaxilar y sublingual, recorre la lengua hasta llegar a la punta, también inerva los músculos hiogloso y geniogloso, las amígdalas, el velo del paladar y paso de la boca.

El ganglio óptico que también recibe el nombre de ganglio de Arnold y está situado debajo del agujero oval.

ARTERIA MAXILAR INTERNA

La arteria carótida primitiva se bifurca a nivel medio cervical donde nace la arteria carótida externa y se extiende superiormente hasta el cuello del cóndilo de la mandíbula.

Emite seis ramas colaterales y tres terminales.

RAMAS COLATERALES:

- a) Tiroidea superior.
- b) Lingual
- c) Facial
- d) Occipital
- e) Auricular Posterior
- f) Faringia Inferior

RAMAS TERMINALES

- a) Maxilar Interna
- b) Temporal Superficial

Por medio de estas ramas la arteria carótida externa se encarga de irrigar (proveer de sangre a la cabeza (cráneo y cara)).

La arteria maxilar interna provee de - sangre las piezas dentarias, por medio de sus ramas descendentes (dientes inferiores) y sus ra--mas anteriores (dientes superiores). Esta arte-ria también se encarga de irrigar a la mucosa bucal, el ligamento periodontal, el paladar y a - los musculos masetero, pterigoideo externo e in-terno.

VENA MAXILAR INTERNA

La vena yugular externa se origina a

nivel del cóndilo de la mandíbula por la unión de la vena temporal superficial y la vena maxilar interna.

La vena maxilar interna se encarga de recolectar la sangre de las piezas dentarias, mucosa bucal, paladar y musculos masticadores, por medio de dos ramas: la vena facial (superior) - y la vena mentoniana (inferior).

Tanto las venas como las arterias van acompañadas de un nervio (paquete neurovascular) así mismo proveen de sangre, la recolectan y captan la sensibilidad de esa región.

MUCOSA BUCAL

La mucosa que recubre los rebordes alveolares está formada por dos tejidos principales:

Uno mas adyacente al hueso que es el tejido con juntivo denso y otro que lo recubre que es el - tejido epitelial poliestratificado.

El tejido conjuntivo está provisto de irrigación e inervación y sirve como tejido de soporte.

El tejido epiteal está desprovisto de irrigación y sirve como tejido de protección.

C A P I T U L O I I

P O S I C I O N
D E
L O S
T E R C E R O S
M O L A R E S

Cuando los dientes no llegan a tomar su posición normal y funcional dentro de las arcadas dentarias, a éstos se les considera bajo tres teorías.

1a. TEORIA ORTODONTICA:

El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes en dirección anterior, cualquier interferencia con este desarrollo causará división de los dientes, el hueso donde puede provocar retraso dental y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del hueso, las infecciones.

La respiración bucal constante produce contracción de las arcadas, es por eso que los dientes que hacen alguna erupción carecen de espacio, así como la pérdida prematura de dientes ~~desiduos~~ puede provocar falta de desarrollo de los maxilares y mala posición de

los dientes permanentes que dan como resultado inclusión de los dientes.

2a. TEORIA FILOGONICA:

Nuestra civilización avanza y nuestros hábitos materiales con ellos ya que actualmente se producen alimentos en los cuales es más fácil triturar y es por eso la falta de desarrollo y la fuerza de nuestros maxilares, es por eso que el tercer molar ocupa una posición anormal y se considera un órgano sin función. Suele faltar por motivos congénitos.

3a. TEORIA MENDELIANA:

También se toma en cuenta la herencia ya que es un factor que interviene en las inclusiones por ejemplo: la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro. Sabiendo que en la genética no hay nada establecii

do, estas teorías se adaptan para pruebas de laboratorio.

Muchas veces hay personas que presentan casi todos los dientes incluidos y son gérmenes inactivos y cuando llegan a activarse estos provocan enfermedades y dolor.

Para establecer un diagnóstico sobre la posición de los primeros molares incluidos más tenemos que basarnos en puntos de referencia que son: Coronas, raíces, hueso de soporte y conducto dentario inferior.

Se adoptan tres clasificaciones para observar la posición de los terceros molares.

1° Relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula.

*

CLASE I: Cuando existe suficiente espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar para dar cabida a todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II: Cuando el espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III: Cuando toda o la mayor parte del 3er. molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

2° Profundidad Relativa del 3er. Molar - Dentro del Hueso.

POSICION A: Cuando la posición más alta del diente incluido se encuentra al mismo

nivel o por encima de la superficie oclusal del segundo molar.

POSICION B: Cuando la proci3n m3s alta del diente se encuentra bajo la l3nea oclusal, aunque encima de la l3nea cervical del segundo molar.

POSICION C: Cuando la proci3n m3s alta del diente se encuentra al mismo nivel, o por debajo de la l3nea cervical del segundo molar.

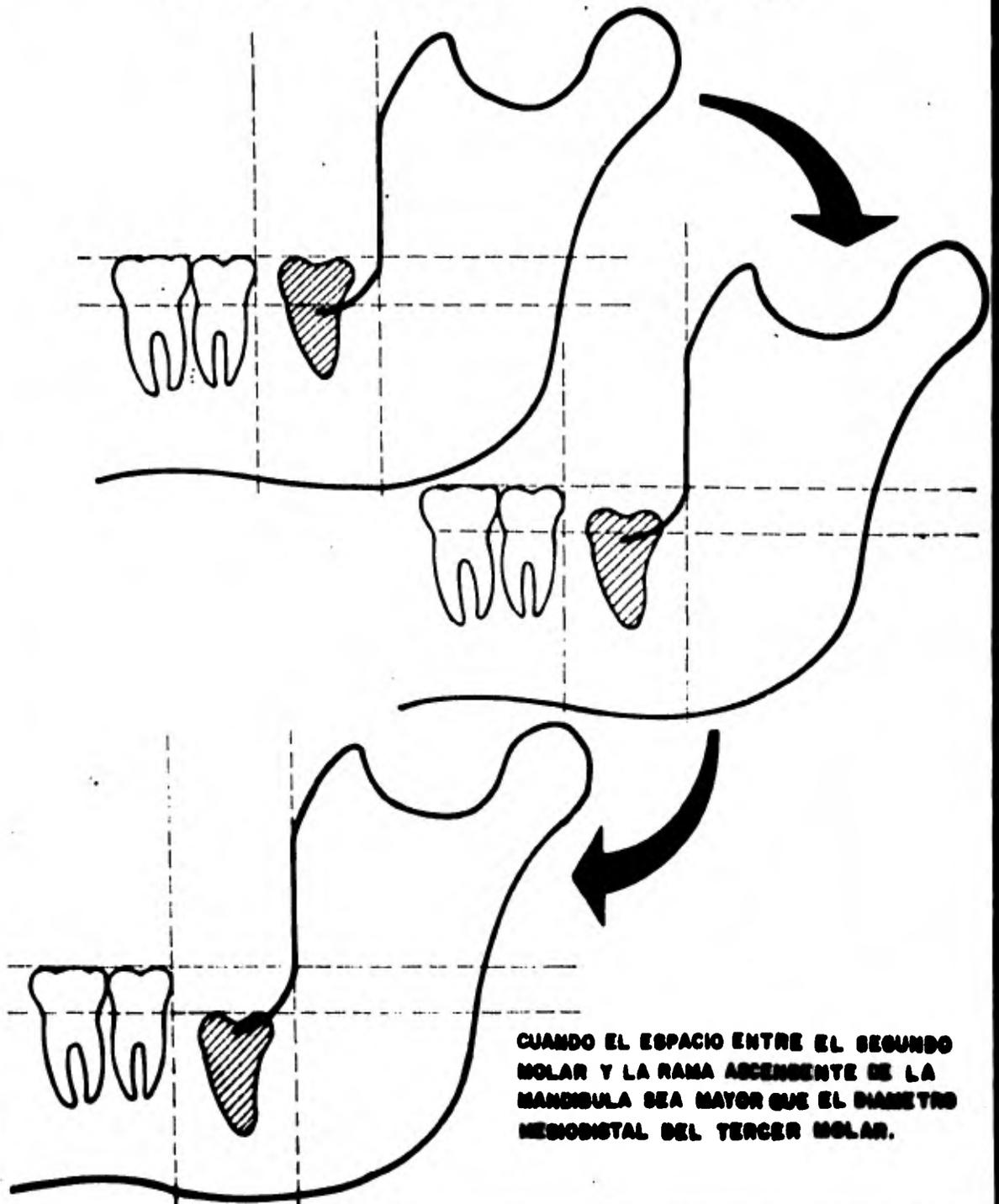
3º Posici3n del diente en relaci3n con el eje mayor del segundo molar

- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Invertido
- d) Mesio angular

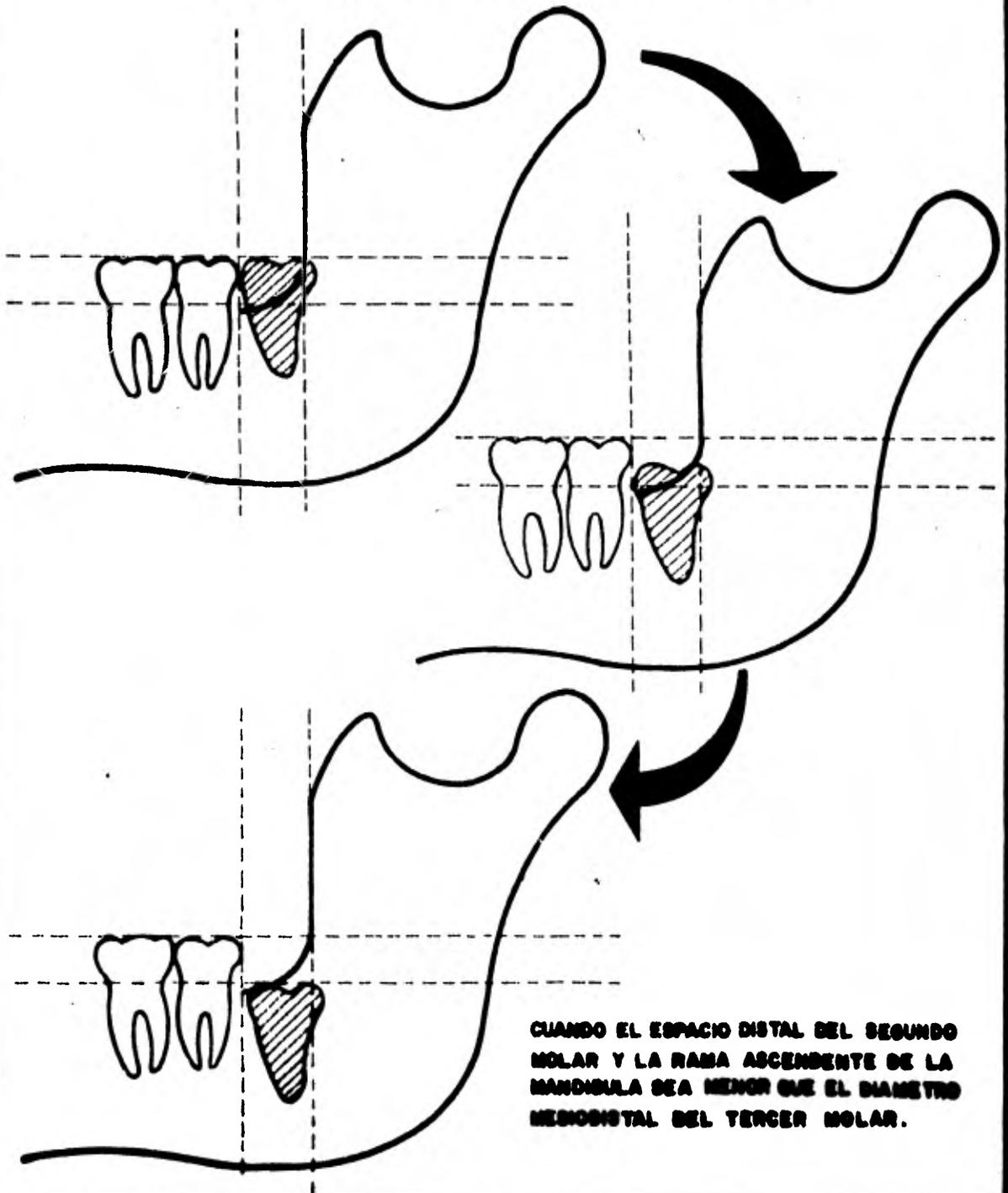
- e) Disto Angular
- f) Vestíbulo angular
- g) Lingua angular.

**CLASIFICACION
DE INCLUSION
DE TERCEROS
MOLARES**

CLASE UNO

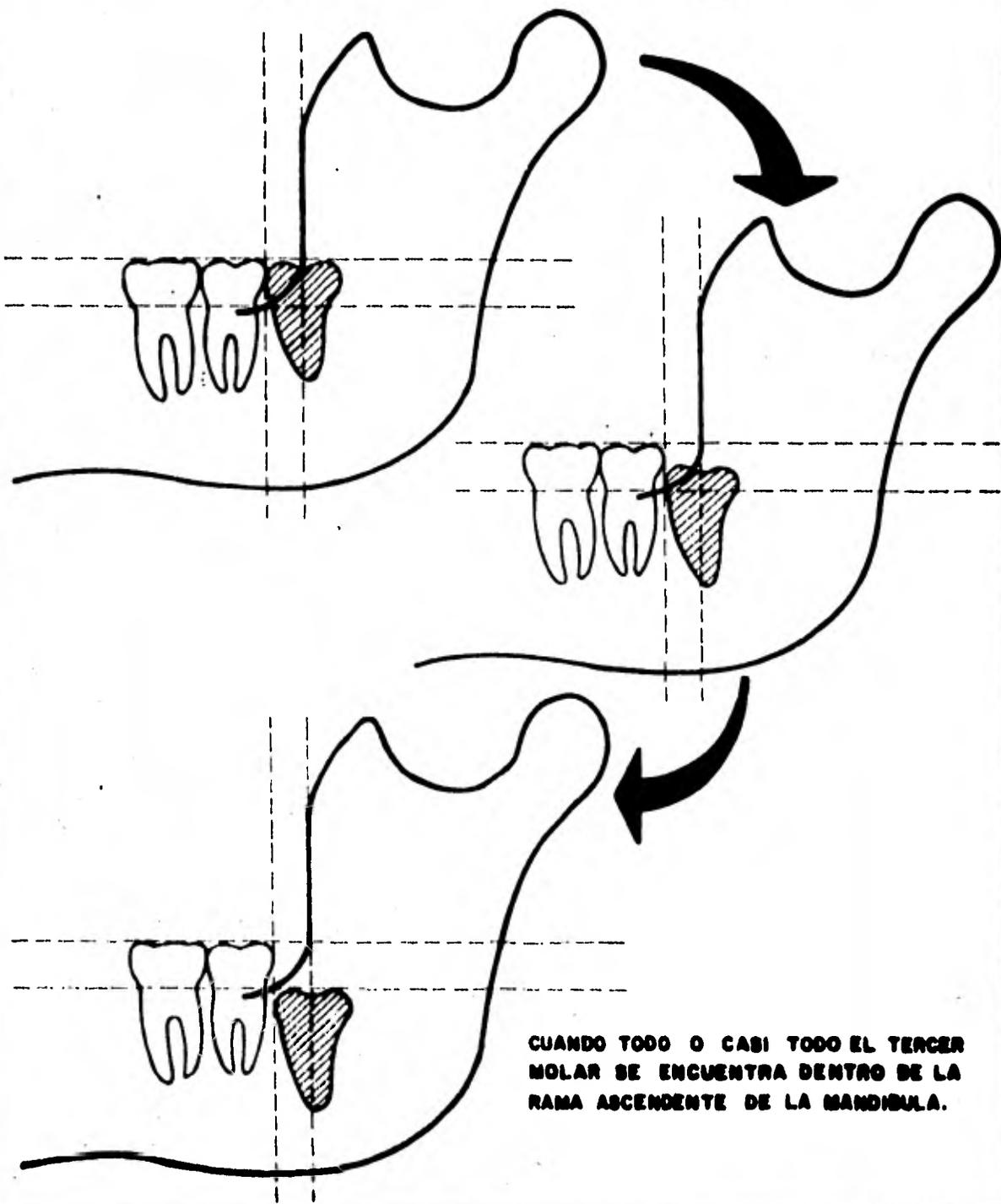


CLASE DOS



CUANDO EL ESPACIO DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA SEA MENOR QUE EL DIAMETRO MESIODISTAL DEL TERCER MOLAR.

CLASE TRES



CUANDO TODO O CASI TODO EL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA DENTRO DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA.

C A P I T U L O I I I

INDICACIONES
Y
CONTRAINDICACIONES

Para poder elegir el tipo de anestesia que se debe emplear así como si es o no indicada la extracción, tenemos que basarnos en una historia clínica que previamente se le debe practicar al paciente, ésta debe constar de lo siguiente:

1) DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- a) Nombre
- b) Edad
- c) Ocupación
- d) Nacionalidad
- e) Sexo
- f) Estado Civil

2) ANTECEDENTES HEREDITARIOS

- a) Parientes con enfermedades cardíacas.
- b) Parientes con deabétes Mellitus
- c) Parientes con enfermedades nerviosas.

3) DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

- a) ¿Ultimamente ha estado Ud. internado en algún hospital?
- b) ¿Estuvo o está bajo vigilancia médica?
- c) ¿Es alérgico a algún medicamento?
- d) ¿Tuvo alguna vez hemorragias abundantes que ameritaron tratamiento especial?
- e) ¿Padeció alguna enfermedad grave?
- f) ¿Toma actualmente algún medicamento?

4) DATOS POR APARATOS Y SISTEMAS

- a) Aparato Cardiovascular.- Discrasias sangúíneas, angina de pecho, trombosis coronaria, hipertensión e insuficiencia cardíaca.
- b) Aparato Respiratorio.- Asma, Disnea, Tuberculosis e insuficiencia

respiratoria.

- c) Sistema Endócrino.- Deabêtes Mellitus, Hipertiroidismo, Insuficiencia suprarrenal.
- d) Sistema Nervioso.- Afecciones de sus facultades mentales, epilepsia
- e) Aparato Digestivo.- Enfermedad Hepática.

5) EXAMEN FISICO GENERAL

- a) Color de piel
- b) Ojos y Conjuntivas
- c) Manos
- d) Dedos
- e) Cuello
- f) Tobillos
- g) Frecuencia Respiratoria
- h) Presi3n arterial
- i) Pulso
- j) Tipo de paciente,- Cooperativo,

Filosófico, Compulsivo, Histérico,
Paranóico y Co-esquizofrénico.

6) PRUEBAS DE LABORATORIO

- a) Biometría Hemática
- b) Química Sanguínea
- c) Química de Orina

7) RADIOGRAFIAS

- a) Periapical
- b) Oclusal
- c) Panorámica

Después de haber realizado esta historia clínica en donde nos podemos dar cuenta del estado de salud del paciente, los dientes incluidos deberán ser extraídos, salvo en aquellos casos en los que no son aconsejable o posible, ya que estos dientes llegan a producir diversas anomalías tales como:

- a) Desarrollo de quistes foliculares.
- b) Migración de los dientes.
- c) Erosión de los dientes adyacentes.
- d) La degeneración del saco folicular puede producir un ameloblastoma y posteriormente un carcinoma.
- e) Infección.
- f) Dolor.
- g) Formación de bolsas piriodontales.
- h) Pericoronitis que si se desarrolla provocará una infección que afecta los espacios aponeuróticos.
- i) Inflamación.

Para evitar estas anomalías que puede producir el diente incluido está indicada su extracción y eliminación del arco pericoronario ya que si éste no se extrae puede producir alguna infección y la formación de algún quiste.

No es aconsejable la extracción en ca
sos como:

1) Pacientes cuyo estado general de salud es tan malo que no se recomienda el procedimiento quirúrgico.

2) En pacientes con edad avanzada y el diente - incluido se presenta asintomático.

3) Una persona muy joven que por razones de caries avanzada o problemas parodontales se tenga que realizar extracciones totales, no es aconsejejable ya que los 3o. molares pueden servir como piezas protéticas para la conservación de la zona retromolar.

C A P I T U L O I V

P R E O P E R A T O R I O

Una vez que el paciente ha sido evaluado, realizado sus estudios correspondientes, se determinará el tipo de anestesia que se va a aplicar, los instrumentos que se van a emplear.

Se le recomienda al paciente que ingiera alimentos por lo menos dos horas antes de la intervención, así como el aseo de su boca con cepillo dental, dentrífico, hilo de ceda y enjuagues de algún antiseptico bucal o de peridoxido de hidrógeno. Cuando la higiene del paciente es muy deficiente deberá realizarse con anterioridad una profilaxis o raspado bucal, con esto lograremos una zona más propicia para la intervencción.

En el caso en que los pacientes sean muy nerviosos es recomendable dosificarlos con algún depresivo del sistema nervioso como: Ba-lium, Diazapén, Activán, etc., desde un día an

tes de la intervención.

Ya habiendo seleccionado los instrumentos y la anestesia establecida, se deben colocar campos alrededor de la cavidad oral, para evitar la introducción de algún agente extraño a la cavidad (pelo, barba, etc..). Es recomendable el colocar una toalla esteril sobre el pecho para - que en un caso dado que llegara a resvalar algún instrumento caiga sobre la toalla y este no se - contamine.

Tanto el operador, así como el o los - ayudantes deben tomar su posición correcta para que pueda realizarse la intervención.

C A P I T U L O V

A N E S T E S I A

Si el paciente presenta algún tipo de enfermedad, el dentista se debe poner en contacto con su médico para que de la autorización de la intervención. Cuando los pacientes son cooperativos se usa generalmente la anestesia local y cuando son histéricos paranóicos o esquisofrénicos se prefiere la general.

La anestesia local va a estar formada de un derivado de cocaína, procaína o anestécicos locales sintéticos. Estos son fármacos que bloquean la conducción nerviosa, cuando hay contacto de ésta con un tronco nervioso, puede causar parálisis sensitiva o motora, su uso es seguido de la recuperación completa de la función sin dejar lesión de las estructuras o las neuronas.

PROPIEDADES

No debe ser irritante al tejido donde se aplica

que sea corto el tiempo para que se produzca la anestesia y el efecto debe ser duradero para permitir la acción quirúrgica, debe ser hidrosoluble y estable en la solución y puede esterilizarse en el autoclave sin que se deteriore.

MECANISMO DE ACCION

Las anestésicas locales van a impedir la conducción del impulso nervioso.

Estos actúan en la membrana celular, bloqueando la conducción de los procesos fundamentales de la generación del potencial del nervio, aumentando el transitorio de la permeabilidad de la membrana a los iones de sodio (Na^+)

EFEECTO DEL PH

Las anestésicas locales se expanden en sales h

drosolubles generalmente clorhidratos y como son bases libres son poco solubles y débiles estas soluciones son muy ácidas y como consecuencia va a aumentar la estabilidad del anestésico y del vasoconstrictor con que se asocia.

Si se llegará a añadir un álcali a una solución anestésica se aumentaría la actividad de ésta, cuando se aplica en algún tronco nervioso aislado.

HIPERSENSIBILIDAD

En algunos pacientes hipersensibles se puede manifestar dermatitis alérgica, ataque asmático o reacción anafiláctica.

Los ésteres son más comunes que pueden producir hipersensibilidad que las amidas y en ocasiones se utiliza antihistamínicos.

DESTINO, ABSORCION Y EXCRESION

Todos los anestésicos se absorben por medio de los vasos sanguíneos en donde se empieza su degradación por medio de la colinesterasa y la oxidación, al llegar al hígado empieza el fenómeno de hidrólisis en donde actúa la esterasa y éste al ser degradado se va a eliminar por medio de la orina.

; PRESENTACIONES FARMACOLOGICAS

1° MARCAINE: Está formado por clorhidrato de leupovacaína que es una amida y hay con adrenalina o sin ella.

2° CARBOCAINA: Está formado por clorhidrato de mepavacaína es una amida, se aplica especialmente en anestesias generales y anestesia raquídea, no contiene leconodefrina.

3° CITANEST: Está formado de prolacaína, es una amida; este tipo de anestesia está indicando en pacientes con afecciones cardiovasculares que están controlados ya que no contine Vasoconstrictor.

4° XILOCAINA: Este anestésico está compuesto de lidocaína, es una amida, éste anestésico es el más comercial tanto para aplicaciones tópicas (Spy), ya que es observado por las mucosas y también tiene presentación en frasco que se utilizan por los médicos cirujanos. Para las anestesis locales y tiene una concentración de 1;50000 de epiefrina.

Hablando de la anestesia general utilizada en odontología podemos mencionar tres tipos:

- Los líquidos volátiles
- Los Gaseosos y

- Anestésico Intravenosos.

- a) Los líquidos Volátiles: Floutane, Eter, y Cloroformo.
- b) Los Gaseosos: Oxido Nitroso.
- c) Los anestésicos intravenosos: Barbitúricos.

Los anestésicos generales son de mucha delicadeza, ya que debe ser controlada por un especialista "Anesteciólogo". El empleo de este tipo de drogas debe considerarse de suma importancia para el paciente, porque puede influir de por medio su estado general.

C A P I T U L O VI

M A T E R I A L
E M P L E A D O
" I N S T R U M E N T A L "

Para la cirugía de los dientes incluidos, se emplea material común tanto para las piezas superiores como para las inferiores.

EL MANGO Y LA HOJA DE BISTURI.- El bisturí que empleamos en la cirugía oral puede ser el mango #3 o #7, la hoja que más se utiliza es la # 12 y # 15, ya que por su tamaño se puede desplazar muy fácilmente dentro de la cavidad oral.

LA ALEGRA O ELEVADOR DE PERIOSTIO.- Para el levantamiento del colgajo, vamos a utilizar la legra # 1 de Woodsan y la # 19. Hay que considerar que hay regiones donde el mucoperiostio está más íntimamente ligado al hueso, ejemplo: Paladar, en la zona de los terceros molares es menos su íntimidad con el hueso, y es de más fácil desplazamiento.

EL RETRACTOR.- El retractor de Austin o retractor Universal son los más utilizados intraoralmente. Con el retractor se nos permite un campo de visión más amplio para la realización de las maniobras quirúrgicas.

LA PIEZA DE MANO.- Se pueden utilizar piezas de mano de alta o baja velocidad, tomando en consideración que la pieza de mano de alta velocidad es más fácil de esterilizar y el corte será más rápido, ventaja que agiliza la operación, tiene que tener irrigación ya que la desventaja de estas piezas es el calentamiento que produce y con ésto puede llegar a necrosar los tejidos.

LAS FRESAS.- Las fresas utilizadas para la eliminación del hueso son fresas quirúrgicas de fisura y para el seccionamiento del diente se utilizan fresas de carburo de alta o baja velocidad.

ESCLOPO Y MARTILLO.- En ausencia de piezas de mano y en lugares donde el hueso es menos denso se utiliza el escoplo ya sea manualmente o con la ayuda del martillo.

ELEVADORES.- Los elevadores son de gran importancia en estos casos ya que son los instrumentos con los cuales se van a eliminar las piezas incluidas. Principalmente se utilizan elevadores rectos, o se puede utilizar los elevadores 3, 4, 190 y 191 que presentan una pequeña curvatura en su extremo activo.

CURETA.- La cureta es un instrumento de gran importancia, que nos permite la exploración del alveolo para enuclear granulomas, quistes y tumores de tejidos blandos, etc..

LIMA PARA HUESO.- La lima se utiliza siempre para la eliminación de esquirlas que puedan

haber quedado en el borde del hueso y que posteriormente pueda dañar los tejidos blandos.

PINZAS.- Existen varias pinzas para los procedimientos quirúrgicos como los de Allis, Kelly Mosco, Carmualt, estas pueden ser curvas o rectas y nos sirven para separar, realiza homeostasia y como porta agujas para la sutura.

JERINGAS.- Las jeringas hipodérmicas, con la aguja doblada a 120°C es de gran utilidad para el lavado de esta región.

SUTURA.- Para la cirugía bucal se utilizan materiales no absorbibles, para que regrese el paciente al retiro de los puntos de sutura y los cuidados postoperatorios, son materiales que tienen mayor resistencia que los materiales absorbibles. Se utiliza seda 000 tres octavos de círculo.

WONDER-PAK.- Es un cemento quirúrgico que sirve como apósito para la protección de la herida y como hemostático en casos de sangrado.

GASA.- En las cirujías siempre debe emplearse gasa estéril.

AGUA BIDEUTILADA Y SUERO FISIOLÓGICO.- En las irrigaciones y lavados de las heridas es recomendable utilizar agua bidestilada o suero fisiológico.

EXTRACTOR O EYECTOR.- Es importante el extractor (eyector) quirúrgico para la eliminación de sangre, fragmentos, porciones pequeñas de tejidos, etc., para mantenerlos lo mejor posible y permitir una buena visión de la parte en la cual se está trabajando.

C A P I T U L O V I I

T E C N I C A
Q U I R U R G I C A

* TERCEROS MOLARES INFERIORES

Una vez que el paciente ha sido evaluado, seleccionada la anestesia y preparado para la intervención:

Se hace una incisión utilizando la técnica de vicel invertido, pasando perpendicularmente a la corona del 3er. molar, se confirma rodeando el cuello del 2o. molar, se recomienda el colgajo de tipo; si el exceso es inadecuado, la insición se podrá extender en cualquier dirección asignándose que la insición se extienda - hasta el hueso, ésto se hace de un solo intento.

Con la logra o con el elevador de periostico, se realizará la elevación total del colgajo por medio de empuje para la separación del pronóstico del hueso alveolar, ya habiendo separado el colgajo y retrayéndolo sobre el - hueso en su parte inferior. Se procederá a la

eliminación del hueso adyacente empleando fuerzas quirúrgicas de alta o baja velocidad (según el operador) con irrigación de agua bidestilada o suero fisiológico. Las perforaciones realizadas en el hueso son unidos para el calentamiento de la tapa de hueso que recibe el diente incluido. Hay cirujanos que emplean - el escoplo y el martillo para este paso.

A consideración del cirujano y de la posición del 3er. molar se puede empezar el - procedimiento de eliminación de la pieza o se puede seccionar para facilitar su extracción. Para el seccionamiento de la pieza se emplea - fresa de carburo de alta o baja velocidad con irrigación y puede ser en 2, 3 o 4 partes. En dos partes dividiendo el molar en su parte media una porción distal, a una porción mesial si se realiza en tres partes no se divide la corona y posteriormente las raíces y por últi-

mo en cuatro partes dividiendo tanto la corona como la raíz en dos porciones.

Siempre para la eliminación de estas piezas se emplean elevadores nunca las forceps ya que en éstas se aplica demasiada fuerza y por la eliminación de una parte de hueso puede llegar a fracturarse.

Una vez efectuada la operación de la pieza se debe verificar también la eliminación del saco pericoronario, si se llega a destruir gran cantidad de hueso se puede emplear el Hel foam (fibrina) para cubrir la perforación en el hueso. Previamente se tiene que lavar con suero fisiológico o agua bidestilada, eliminando todas las esquirlas de hueso, y si llegará a quedar sobre el borde alveólos se lima con una lima para hueso, posteriormente se procede a suturar.

Para la sutura del colgajo se emplean hilos no absorbibles como seda, naylon, Pexon, etc., ya que se va a suturar superficialmente. Se colocan puntas separadas, y dos en región - retromolar, y uno entre cada espacio interme-- diario, se recorta el ascendente de tejido para que los bordes queden continuos y sea más fácil la cicatrización.

Se puede colocar Wander-Pack para - proteger la herida ya que este es un cemento - quirúrgico o sea puede dejar solamente en las puntos de sutura.

* TERCEROS MOLARES SUPERIORES

La técnica empleada para la cirugía de estos dientes impactados es muy similar a la técnica de los terceros molares inferiores.

El colgajo se realiza con una inserción sobre la región del tercer molar y el colgajo se recomienda que sea de tipo sobre. En este lugar existe mayor dificultad de visión y se emplea principalmente el todo.

El cuidado principal en esta región es de evitar ejercicios con demasiada presión sobre el diente, porque puede provocarse una perforación en el seno maxilar y posteriormente una contaminación del mismo.

Pocas son las ocasiones en que se retira gran parte del hueso, solamente en casos donde los molares se encuentran muy por encima del reborde alveolar.

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

P O S T O P E R A T O R I O

No comer alimentos que contengan grasas o irritantes que puedan llegar a infiltrarse en la herida pudiendo infectarla o interferir en el área de cicatrización, es por eso que se les recomienda por lo menos durante dos días guardar dieta líquida.

Es bueno que el paciente se coloque en la parte externa a la zona intervenida, hielo en una bolsa aislada con una tela durante media hora, intercalando descansos de 10 minutos por 5 minutos de compresión para evitar que se inflame y que pueda llegar a desgarrar los tejidos por la sutura que se colocó.

La dosificación de analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios es muy recomendable para evitar el dolor, infección e inflamación, ya que estas son las molestias y complicaciones más comunes en cualquier intervención

quirúrgica.

Si la operación duró demasiado tiempo y el paciente se queja de dolor de las articulaciones temporomandibulares o de dolor de cabeza a nivel de los huesos temporales, es bueno la dosificación de un relajante muscular y el ejercicio de apertura y cierre moderado de la mandíbula sin esfuerzo y evitar la ingesta de alimentos de consistencia dura.

Una de las complicaciones más comunes después de la cirugía de 3o. molares incluidos es alveolitis, edema y equimosis.

LA ALVEOLITIS: Es cuando no hubo formación de cuagulo en el alveolo (alveolo seco) llegándose a infectar y a producir un dolor muy intenso llega a ser tan fuerte el dolor que puede

producir una neuralgia. En estos casos lo mejor es colocar una gasa de pequeño tamaño con una preparación a base de:

- a) Eugenol 46%
- b) Bálsamo del Perú 46%
- c) Clorhobutanol 4%
- d) Benzocaína 4%

Aplicándose sobre Yodoformo en el alveolo durante 3 o 4 días, se retira y se vuelve a colocar otra gasa con la misma preparación 2 o 3 días más.

Después de este procedimiento se lava perfectamente el alveolo y se provocará el sangrado por medio del raspado del hueso alveolar. Se cortan los borde de la encía y se sutura para ayudar a la cicatrización. Es también recomendable la aplicación de un complejo vitamínico

"B" durante varios días para que el tratamiento y la cicatrización sean satisfactorias.

Se le indica al paciente no asolearse, no escupir bruscamente y dormir por esa noche con dos almohadas para que su recuperación sea satisfactoria. Se le cita al paciente después de cuatro días, para el retiro de los puntos ya que como el hilo de sutura no es absorbible posteriormente a cuatro o cinco días puede comenzar a actuar como cuerpo extraño del organismo y producir una infección o alteración de la mucosa.

Después de haber realizado toda esta serie de indicaciones se le dirá al paciente lo importante que es la higiene de su boca, con su cepillo y el uso de un anticéptico bucal tres veces al día, después de cada ingesta de alimentos, tanto para su rehabilitación como para la

conservación en buen estado de sus pinzas o len
tes y el tejido que las sostiene (Periodontó).

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

Para toda intervención quirúrgica es necesario el conocimiento previo de la zona o región en la cual se va a operar, así como el estado de salud que presente el paciente para que pueda realizarse una buena cirugía. Teniendo en cuenta los cuidados y pasos que debemos seguir.

El diagnóstico que se realice deberá ser bajo un estudio minucioso y una valoración adecuada si es o no indicado realizar la extracción.

La comunicación con el médico general para los pacientes que presenten alguna enfermedad sistémica, para que el sea quien autorice la intervención y si es posible acompañe al paciente en esta. Cuando se elija la anestesia general para la operación es recomendable que sea aplicada por un especialista (anestesiólogo).

La mejor manera de tratar una urgencia es impedir que se produzca. La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de la fuerza y sobre todo la concentración en el problema, reducirán el mínimo los riesgos quirúrgicos.

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

- * TRATADO DE ANATOMIA HUMANA
DR. FERNANDO QUIROZ
DECIMA EDICION
EDITORIAL PORRUA

- * BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
MEDICA
GUDMAN-GUILMAN
TERCERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA

- * CIRUJIA BUCAL PRACTICA
DANIEL E. WAITE.
PRIMERA EDICION
EDITORIAL CONTINENTAL

- * EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA
FRANK M. MC CARTHY
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL ATENEO

* ANESTECIA ODONTOLOGICA
NIELS BJORN JORGENSEN - JESS HAYDEN, JR.
PRIMERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA