

761 742

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS
SUS COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DULCE MARIA RIVERA CORTES

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PAG.

INTRODUCCION. 1

CAPITULO I

RELACION ANATOMICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR E IN
FERIOR 3

3er. MOLAR SUPERIOR
3er. MOLAR INFERIOR.

CAPITULO II

POSICIONES QUE PUEDEN ADOPTAR LOS 3er MOLARES 6

POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR
POSICION VERTICAL.
POSICION MESIOANGULAR
POSICION DISTOANGULAR
POSICION HORIZONTAL
POSICION PARANORMAL

POSICIONES QUE PUEDEN ADOPTAR LOS TERCEROS MOLARES
INFERIORES.

RETENCION VERTICAL
RETENCION HORIZONTAL
RETENCION MESIANGULAR
RETENCION DISTOANGULAR
RETENCION INVERTIDA
RETENCION BUCOANGULAR
RETENCION LINGUANGULAR

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA,
RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR
DE LA RAMA.
PROFUNDIDAD RELATIVA EN EL HUESO.

CAPITULO III

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR RETENIDO..	12
MOLAR INFERIOR.	
ANALISIS DE LA RADIOGRAFIA INTRAORAL.	
POSICION Y DESVIACION.	
ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA OCLUSAL.	
ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL MOLAR SUPERIOR.	

CAPITULO IV

CONSECUENCIAS POR INCLUSION O ERUPCION PARCIAL...	29
VARIACION DE INCLUSION SEGUN RAZA O SEXO.	
PATOLOGIA CLINICA DE LOS ACCIDENTES DEL 3er MO-- LAR INFERIOR.	
CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.	
COMPLICACIONES MUCOSAS LOCALES Y REGIONALES.	
ACCIDENTES NERVIOSOS.	
ACCIDENTES VASCULARES.	
QUISTES DENTIGERO.	
QUISTE PRIMORDIAL.	

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA	45
------------------------	----

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL QUIRURGICO	53
INSTRUMENTOS DE SECCION DE TEJIDOS BLANDOS.	
INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.	
INSTRUMENTOS PARA DRENAJE.	

CAPITULO VII

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS 3eros. MOLARES RETENI DOS	65
---	----

MOLARES SUPERIORES.

EXTRACCION EN POSICION VERTICAL.

EXTRACCION EN POSICION MESIOANGULAR.

EXTRACCION EN POSICION DISTOANGULAR.

EXTRACCION EN POSICION PARANORMAL.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES, CON SUS RAI
CES INCOMPLETAMENTE FORMADAS.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS 3eros. MOLARES INFE
RIORES RETENIDOS.

RETENCIONES MESIOANGULARES U HORIZONTALES.

TECNICA A SEGUIR EN POSICION VERTICAL.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION, CARA MESIAL AC
CESIBLE.

RETENCION VERTICAL AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

RETENCION MESIOANGULAR AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

RETENCION EN POSICION MESIOANGULAR.

RETENCION MESIOANGULAR SIN DESVIACION CARA MESIAL
ACCESIBLE O INACCESIBLE.

RETENCION EN POSICION DISTOANGULAR.

RETENCION EN POSICION HORIZONTAL.

RETENCION EN POSICION LINGUOANGULAR.

RETENCION EN POSICION BUCAL.

RETENCION EN POSICION INVERTIDA.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ADONTOSECCION
EN LOS MOLARES RETENIDOS.

INTRODUCCION

En esta tesis trato de exponer lo más claro posible desde la situación anatómica con la que nos encontraremos al intervenir quirúrgicamente a un paciente, hasta la posición que pueda adoptar el tercer molar retenido, ya que de la posición depende la técnica que seguiremos en la intervención, como es la incisión, tipo de palanca, instrumental osteotomía, etc.

Al tratar de ubicar el molar en relación con los elementos anatómicos que lo rodean es necesario, tomar varias radiografías e interpretar correctamente, si existe patología alguna, como pueden ser quistes, el grado de desarrollo de estos. ó alguna otra anomalía que se observe.

No solo es útil el aspecto radiológico, ya que también nos es muy importante observar con detenimiento la zona afectada, con una buena iluminación, para observar así, el color, el grado de deformación, a la vez deberemos palpar la zona, y palpar el grado de deformación, la textura, y si presenta temperatura y dolor a la palpación.

La historia clínica es un gran complemento en estos casos, pues nos ayudará para una mejor conducción de el paciente, tanto en el campo clínico, como en el psicológico, ya que al entablar conversación con el paciente romperemos un poco la tensión nerviosa de este, logrado nosotros darnos cuenta de su-

grado de susceptibilidad, y de su estado de salud. Teniendo así cierto margen de seguridad, pues si ésta es bien aplicada nos-dara datos que pudiesen acarrear complicaciones tanto al paciente como a nosotros.

Como se puede apreciar los puntos anteriores se complementan unos a otros siguiendo estos cuidadosamente podremos llevar a cabo una intervención exitosa, pero sin dejar de conocer el instrumental adecuado en cada caso.

El punto final a tratar es la extracción quirúrgica, en la cual describo las técnicas que me parecieron más convenientes, tanto como para el paciente como para el cirujano dentista.

CAPITULO I
RELACION ANATOMICA

RELACION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.

La relación del tercer molar superior con el seno es variable pero siempre interesante. En la mayoría de los casos es pequeña. Dada la gran variabilidad que presenta la porción radicular del tercer molar en cada caso son distintas las relaciones dentosinusales. Pero en regla general los terceros molares que presentan sus raíces funcionadas y convergentes, la distancia es mínima. En los casos en que el tercer molar tiene -- sus raíces separadas, divergentes o dilaceradas hacia distal -- la distancia puede ser mayor.

Es interesante recordar los terceros molares en total o parcial retención. Su alveolo puede encontrarse vecino -- no solo al suelo sinusal sino a sus paredes posterior o externa.

Aquellos terceros molares que no tienen calcificados los cuerpos radiculares (gérmenes del tercer molar), poseen -- por encima del cráter radicular una masa de tejido blanco, que va a originar los tejidos dentarios adultos. Este más blando -- se identifica radiográficamente por una imagen radiolúcida que separa la imagen del seno, de la porción radicular calcificada.

Estos terceros molares superiores que poseen un saco pericoronario grueso, ejercen presión en su afán eruptivo, sobre la línea dentario (accidente dentario de la erupción); deben por lo tanto ser extraídos, por razones ortodóncicas. En tales oportunidades el estudio radiográfico de las relaciones del diente retenido con el seno, debe ser prolijamente realizado con fines quirúrgicos y para evitar accidentes operatorios-tales como la penetración del tercer molar en el seno maxilar.

RELACION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Se presenta como en el maxilar superior una lámina - osea externa y otra interna con la característica de que éstas laminillas son más espesas y mas fuertes que en el maxilar superior.

El bloque de dientes anteriores hace excepción, pues la cortical externa es delgada y en ocasiones casi transparente.

Desde el canino hasta el tercer molar, la tabla externa va aumentando su espesor.

Al nivel del tercer molar las relaciones se cambian y por regla general el alveolo de este diente esta mucho más próximo a nivel de la tabla interna que a la externa. De ésta última lo separa un espesor de tejido óseo considerable, algunas ocasiones. La línea oblicua externa viene a reforzar éste-

espesor de la tabla externa: En cambio, por el lado lingual, - el albeolo del tercer molar desplazado hacia esta dirección y - con poco tejido óseo se asemeja a un balconcillo o púlpito. En los terceros molares inferiores reducido el espesor de ambas - tablas puede variar.

Sin embargo la línea oblicua interna o línea milohioi dea, da consistencia y espesor a toda la tabla interna, que a la altura del primero y segundo molar es sólida, resistente y - bastante espesa.

CAPITULO II

POSICIONES QUE PUEDE ADOPTAR LOS TERCEROS MOLARES

TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior presenta un accidente de --erupción, que le es propio. Ocurre por lo general en los molares que erupcionan del lado del carrillo, es decir bucoversión.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos: al hacer su erupción, el molar pone su cara trituyente en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos masticatorios, la cara trituyente del molar, o una de sus cúspides, termina -- por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra -- continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produ-- ciéndose por este hecho dolores de gran intensidad, los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se pro-- duce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganclios infartados, todo lo cual repercute sobre el estado-- general. La masticación está impedida y la fonación dificultada.

El proceso no termina hasta que no se realiza la ex-

tracción del molar, o se suprime el factor traumático que lo -
 causan las cúspides. Se puede curar en pocas horas la molestia
 desgastando con una piedra de carborundo las cúspides que están
 dañando la mucosa. La úlcera puede pasar inadvertida, porque -
 queda escondida tras el tercer molar, o el doctor la oculta al
 inspeccionar la zona con el espejo.

Cuando son suprimidas las cúspides que estaban trau-
 matizando la zona se recomienda poner licor de Bonain, con lo-
 cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

Como en el tercer molar inferior, el superior es sus-
 ceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las varia-
 ciones en la posición del molar son menores en el maxilar supe-
 rior que en el inferior.

a) Posición Vertical. El eje mayor del tercer molar-
 superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El --
 diente puede estar parcial o totalmente recubierto por hueso.

B) Posición Mesioangular. El eje del molar retenido-
 esta hacia adelante, o sea hacia la cara distal del segundo mo-
 lar. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apó-
 fisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides
 mesiales del molar superior retenido impiden su normal erupción;
 son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o coro-
 na del segundo molar superior.

C) Posición distoangular. El eje del tercer molar es

tá dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

D) Posición horizontal. El molar esta dirigido hacia el carrillo, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto dando los accidentes antes mencionados respecto a la micosa.

D') La cara triturante del molar suele también dirigirse a la bóveda palatina.

E) Posición paranormal. El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no se encuadran en la clasificación dada.

POSICIONES QUE PUEDEN ADOPTAR LOS TERCEROS MOLARES INTERIORES.

Se pueden encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones.

A) Retención Vertical. El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero la característica reside en que el eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

B) Retención horizontal. En este caso el eje mayor del tercer molar es sensible perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

C) Retención Macioangular. El eje del tercer molar - esta dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de es

te diente un ángulo de grado variable (alrededor de los 45°).

D) Retención Distoangular. Es una forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo que ésta desviado.

E) Retención invertida. El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención la denominamos también retención paranormal.

F) Retención bucoangular. En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en el que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal; Posición Bucoangular.

G) Retención Linguoangular. Como en la posición anterior, el eje del diente está perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA.

Puede presentar cuatro tipos de desviación.

1.- Normal (sin desviación). El tercer molar sigue -

la forma oval de la arcada.

2.- Desviación Bucal. El molar está dirigido hacia - afuera del óvalo de la arcada.

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

4.- Desviación bucolingual. El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

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

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

Clase 1 En esta clase hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2. El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

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

PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

Los mismos autores considerando la profundidad rela-

va del hueso, es decir, la relación de altura entre la cara -- triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo, -- estudian tres posiciones que son las siguientes.

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

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

Posición C. La parte más alta del diente se encuen-- tra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar:

Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer-- molar; de esta manera se conside ubicar radiograficamente la -- posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino. En la práctica la clasificación dada por Winter-- (posición y desviación) reúne todos los requisitos necesarios. Para una mayor comprensión del problema se puede agregar, a -- ella la clase a que corresponde.

CAPITULO III

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR RETENIDO

TERCER MOLAR INFERIOR.

Este estudio exige, como se comprende ciertas condiciones con el fin de que la radiografía no de imágenes que no representen con toda fidelidad el objeto real; así por lo tanto, radiografías deformadas o que no se encuentran en condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

ANALISIS DE LS RADIOGRAFIA INTRAORAL.

En el estudio de la película intraoral debe ser considerada una serie de puntos de gran importancia en la relación con la exodoncia.

El primer detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar, se refiere a la posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, o si estructura, etc.

A) Posición y desviación del tercer molar.- La radiografía nos da con perfecta claridad, la posición (eje del tercer molar) con relación al segundo y el tipo de desviación que presenta o (sin desviación, desviación bucal, desviación lingual, y desviación bucolingual); al realizar el estudio de la radiografía oclusal se consideran los detalles radiográficos pa

ra identificar y diferenciar las desviaciones.

De la consideración de la posición y desviación del tercer molar, se realiza el estudio del primer punto importante: la clasificación de retención.

B) Posición 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, debe ser cuidadosamente estudiado, clínica y radiográficamente, su solidez, estado y posición.

C) Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama montante.- Ya ha sido estudiada la relación del tercer molar con el borde anterior de la rama y las posibilidades de ubicación de la corona en el espacio existente entre el borde y la cara distal del segundo molar. Así, según Pell y Gregory, se clasifica la retención del molar en relación con la rama montante.

D) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.- Será considerada la profundidad relativa del tercer molar respecto a las dos líneas que ya fueron estudiadas: la línea oclusal y la línea cervical. Se clasificará de esta manera el tercer molar en la posición A, B ó C.

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

etc.

E) Estudio de la corona. La corona del molar retenido puede tener distintas formas, apartándose en grado variable de la normal forma anatómica.

b)' Tamaño de la corona. En el mismo sentido, el tamaño de la corona del tercer molar puede ser variable. Existen molares con gran corona y molares con coronas muy pequeñas; entre los dos tipos extremos caben todos los intermedios.

c)' Estado de la corona. Considerada en si puede estar atacada de caries o procesos patológicos que hagan variar la resistencia y solidez del órgano dentario.

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

e)' Fractura de la corona. La corona del molar retenido puede presentar fractura del grado variable, con exposición de cámara pulpar, originadas en, la maniobra previa de la ex---

tracción.

El grado de fractura, como el de caries, condicionará una técnica particular para evitar nuevos fracasos. La causa de la fractura de la corona, parcial o total, se debe a distintos factores que Winter clasifica de la siguiente forma:

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

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

3.- Impropia aplicación del instrumento.

4.- Incorrecto estudio de la disposición radicular.

5.- El uso, como punto de apoyo, de una parte de la estructura que no puede ser empleada con ese objeto.

Hay que tener presente por otra parte, que un accidente frecuente es la fractura total del maxilar, originada por los puntos estudiados anteriormente: sobre todo la fuerza sin control, origina este tipo de accidente.

F) Estudio de las raíces del tercer molar.- Las distintas posiciones que pueden presentar las raíces de este diente, es de una importancia capital en la exodoncia del tercer molar.

Las raíces del tercer molar retenido, así como en el-

normalmente erupcionado, se pueden presentar de la siguiente manera:

a) Ambas raíces dirigidas distalmente.- Forman frecuentemente de disposición radicular. Las raíces dirigidas hacia distal presentan al órgano dentario una disposición arqueada: las maniobras de exodoncia consisten en hacer describir al órgano retenido un círculo en el cual quede inscripto el arco radicular y coronario. Se permite que el molar siga esta línea, practicando la osteotomía necesaria para que pueda desarrollar el movimiento.

b) Raíz distal recta raíz mesial dirigida hacia distal.- Es el tipo más común según Winter. Las raíces dispuestas en esta forma encierran un séptum interradicular de tamaño variable. Las raíces pueden estar fucionadas en su extremo apical. En tal caso como ya fue considerado para el tercer molar normal, todo el séptum queda encerrado entre las dos raíces.

Como para la extracción del tercer molar erupcionado normalmente, la fuerza que se le aplicará para extraerlo es lo suficiente como para vencer la curvatura de la raíz mesial, pero no tan intensa como para fracturar la raíz distal recta. la osteotomía le dará al molar el movimiento necesario. Esta fuerza debe también vencer la resistencia del séptum óseo y fracturarlo.

C) Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal -- dirigida hacia mesial. Puede presentar distintas variaciones. La forma y dimensiones del séptum interradicular es también variable. Este séptum debe ser vencido en el acto quirúrgico.

D) Ambas raíces rectas. Tipo poco común. El tamaño de las raíces puede variar. El interceptum también tiene distintas formas según la disposición radicular.

E) Ambas raíces funcionadas. Presentan en tal caso -- la forma de un cono cuya base de implantación es la línea del -- cuello del molar. El tamaño de tales raíces funcionadas puede variar.

F) Raíz mesial recta y distal dirigida hacia mesial.- La curvatura de la raíz distal constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido. El tamaño del séptum varia según la -- disposición radicular y la resistencia que opone a la extacción está de acuerdo con el grado de curvatura hacia mesial de su -- raíz distal.

G) Ambas raíces dirigidas hacia mesial. La disposi-- ción de las raíces en este sentido crea serias dificultades en el acto quirúrgico.

H) Raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial-- dirigida hacia mesial. Como para el tercer molar normalmente erup cionado, la divergencia radicular exige el seccionamiento del-- molar y la separación de sus raíces para vencer el anclaje que-

presenta esta forma radicular.

1) Raíces supernumerarias. Estas pueden presentarse en número y disposición variables.

Errores de interpretación en las raíces del tercer molar retenido.

Los errores en la interpretación radiográfica, en lo que respecta a la parte radicular depende de varios factores.

Técnica radiográfica insuficiente: Con técnica no correcta, las raíces del molar pueden parecer de distinta dirección y de distinta forma a la que originalmente corresponden.

Técnica radiográfica insuficiente: Con técnica no correcta las raíces de molar pueden parecer de distinta dirección y de distinta forma de la que exactamente corresponden.

Debe también considerarse como radiografía incorrecta aquella que no abarca en su totalidad el órgano dentario al extraerse. Radiografías en las cuáles no se logra observar los ápices, ya que en esta zona pueden presentarse anomalías. En tal caso puede ocurrir la fractura de los ápices. Pasando estos desapercibidos, sin explicación aparente.

Anomalías radiculares no visibles en la radiografía: Algunas anomalías en la forma radicular, dilaceraciones hacia bucal o lingual, cementosis en los mismos sentidos, curvaturas de los ápices, pueden no estar exactamente reproducidas en la radiografía, por superposición de planos o porque las distorcio

nes tienen lugar en la misma dirección de los rayos y originan - muy pocas variantes en la radiografía.

1) El séptum radicular del tercer molar.

El séptum de Winter, es decir el espacio interradicu- lar de el tercer molar, debe ser prolijamente estudiado en la ra diografía.

Depende del tamaño, forma y dirección de las raíces: sus dimensiones estan en directa relación con el anclaje que el molar tiene en el hueso.

Cuando las raíces convergen pero encierran gran canti- dad de hueso, el séptum es sólido y ofrece gran resistencia al - acto quirúrgico.

2) El hueso distal.- Segun sea la posición del molar, el hueso que lo cubre por distal se extiende en grado variable - sobre la cara distal o sobre la cara triturante. Por lo tanto en los diversos tipos de retenciones las dimensiones del hueso dis- tal son distintas; su espesor y consistencia a también varían. - La porción distal puede estar afectada por procesos patológicos (osteitis granulosa posterior) que hace variar el grado de resis- tencia de esta porción ósea. Para eliminación quirúrgica del mo- lar, este hueso distal debe ser eliminado también en grado varia- ble, con el fin de vencer la resistencia mecánica que el hueso - opone a la extracción del diente.

Ya dijimos que el problema de la extracción del tercer molar es mecánico. En lo que respecta a la cantidad y calidad del hueso distal, la contribución al trabajo mecánico consiste en la extirpación del hueso que impide el acto mecánico de su extracción, como se verá cuando tratemos la osteotomía.

3) Contacto del segundo y tercer molar.- En los distintos tipos de retención, el contacto entre la corona del tercero (cara triturante, cúspides mesiales) y la cara distal del segundo, en su corona o raíz, son variables.

Del distinto grado y tipo de contacto varia la técnica a realizar en cada caso. Cuando este es amplio, debe ser eliminado (odontosección) con el objeto de vencer la resistencia mecánica, que se opone al giro del tercer molar con punto de apoyo en su ápice radicular. En ciertas ocasiones, entre la cara triturante, del tercer molar en retención horizontal o mesioangular y la cara distal del segundo persiste el saco dentario, a expensas de cuyo espacio puede describir el molar el arco necesario para ser elevado.

4) La porción ósea entre el segundo y el tercer molar (interséptum).- La porción ósea entre los dos molares varia según la posición del tercero. El intercéptum es el lugar conveniente como punto de apoyo para los elevadores. Por lo tanto, su disposición será considerada con este fin.

El espacio puede ser afectado por procesos patológi-

cos (osteitis, saco pericoronario infectado, granuloma anterior del tercer molar). Tales procesos deben ser relacionados, desde el punto de vista mecánico, con las posibilidades de utilización de interceptum como punto de apoyo; en muchas ocasiones, las refacciones óseas en el espacio anterior permiten un fácil acceso a la cara mesial del molar retenido.

5) La cara mesial del tercer molar.- Tiene una gran importancia en la extracción de este diente. La mayoría de las técnicas quirúrgicas colocan el instrumento requerido en para la elevación del diente en la cara mesial. Por lo tanto las posibilidades de acceso a esta cara mesial deben ser estudiadas radiográficamente. Desde el punto de vista de su accesibilidad, existen dos tipos de caras mesiales: Aquellas que son prácticamente accesibles y las inaccesible. Para llegar a estas últimas será necesario preparar un camino para elevar la pieza (osteotomía).

6) El espacio interdentario.- El espacio triangular existe entre la caramesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde libre del hueso, tiene distinta forma, disposición y tamaño, según el tipo de retención. Este espacio es el sitio donde debe ser introducido el elevador y de su tamaño y forma depende la clase de instrumento a usarse. En algunas ocasiones, este espacio puede ser virtual, por hallarse las caras proximales de los molares en íntimo contacto; en caso de retención distoangular, este espacio está abierto ampliamente hacia

arriba. Por otra parte, puede estar modificado por procesos patológicos a su nivel.

7) La corona del segundo molar.- Tamaño, forma, disposición estado clínico.

El estudio radiográfico, con miras a la extracción -- del tercer molar, debe también comprender el análisis del segundo y de su corona y sus raíces. El segundo molar puede en ciertas ocasiones ser punto de apoyo útil para los elevadores.

Los resultados de la extracción previa del segundo molar para permitir la normal erupción del tercer molar no siempre resultan buenos. En otras ocasiones el molar retenido llega a -- ocupar el lugar del segundo, o a favor del espacio creado por la extracción, puede deslizarse hacia mesial. Esto sucede en las retenciones verticales o mesioangulares. Para las otras es inútil el sacrificio del segundo molar.

En el caso de tener que extraer ambos molares en la misma sesión por caries no tratables o procesos de parodontosis, en ambos, deberá estudiarse prolijamente la conveniencia de extraer en primer término el segundo molar. El segundo como punto de apoyo puede ser necesario. Extraído el tercero, se procederá a la eliminación del segundo. En otros casos deberá extraerse el segundo y esperar un tiempo prudencial para extraer el tercero -- "cuando la regeneración ósea haya creado un mejor soporte para elevarlo.

Esta indicación a criterio de otros autores no es razonable ni tampoco con la de la odontosección del molar retenido; puede ser valedera, cuando se pretende extraer el molar sin seccionarlo.

En cuanto al tamaño y forma del segundo molar, tales condiciones deben ser previstas antes de la extracción, por el exámen clínico y radiográfico. Las coronas pequeñas o excesivamente grandes pueden ser inconvenientes en la aplicación del elevador. La dirección del molar es de interés porque la angulación mesial o distal del segundo molar condiciona técnicas particulares. El segundo molar puede encontrarse también, parcial o totalmente retenido.

Estado clínico de la corona del segundo molar. Caries: La corona del segundo molar puede ser portadora de caries en grado variable, cuya extensión y profundidad pueden comprometer la resistencia de este diente y fracturarlo al ser usado como punto de apoyo, o al ser presionado por la corona del tercero, en el acto quirúrgico.

Obturaciones: Igualmente, obturaciones distotriturantes de el segundo molar pueden ocasionar a su corona tal fragilidad, que la presión del elevador o de la corona del tercero desplace la obturación o fracture el diente.

Aparatos de prótesis: El segundo molar puede estar -- cubierto con una corona de oro, como prótesis restauratriz o co-

mo corona pilar del puente. En ambos casos la corona del segundo molar no es útil como punto de apoyo. El desplazamiento de la prótesis es la regla por presión del instrumento o por la corona del tercer molar al ser elevado. Si ello no sucede la resorción ósea o gingival en la región distal del segundo deja al desnudo porciones del molar cuyos resultados son hiperestésias a los cambios térmicos o caries por retenciones, entre la corona artificial y la encía.

Las raíces del segundo molar.- Si éstas son cónicas o están funcionadas este diente puede estar con mayor posibilidad de ser luxado junto con el tercero. Se debe, pues tomar precauciones en el sentido de no apoyar el elevado en la cara distal del segundo, o no permitir que el tercero pueda ejercer presión al ser elevado.

El conducto dentario.- La posición y las relaciones del conducto dentario de los ápices del tercer molar deben ser estudiadas en la radiografía. En algunos casos su vecindad puede ser muy próxima y pueden ser lecionados en el acto operatorio los elementos que en él se alojan. Al girar el molar sobre un supuesto eje colocado a la altura de su porción cervical, la región apical desplazada puede aplastar el conducto con los trastornos posoperatorios consiguientes (Neuritis, Neuralgias, Anestésias o parestesias).

ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Este estudio puede darnos detalles de importancia, - en relación con la extracción del tercer molar retenido; no siempre es impresindible. Sirve para conocer la relación del molar con las tablas interna y externa y la distancia y cantidad de hueso entre las caras bucales y linguales con las caras externa e interna del maxilar. Las desviaciones del molar retenido en el sentido bucal, lingual o bucolingual, pueden también ser registradas en esta forma radiográficas. Es preciso por lo tanto relacionar la radiografía intraoral con la oclusal, para ubicar con exactitud del molar y conocer sus relaciones.

En la práctica diaria basta la radiografía intraoral reservando la oclusal para aquellos casos de excepción (retención distoangular y linguobucal o bucoangular).

En el tercer molar retenido, inferior se estudió -- -- exhaustivamente el problema: de la identificación radiográfica -- de las desviaciones cuya disposición anatómica fueron las si--- guientes:

A) Sin desviación: No hay superposición de las imágenes del tercer molar, con el segundo; no es visible la cara --- oclusal del tercero.

B) Desviación bucal: Hay superposición de las imágenes del tercer molar con el segundo; no es visible la cara oclu sal del tercero.

C) Desviación Bucolingual. Se presenta superposición de las imágenes de Law dos coronas: es visible la cara oclusal del tercer molar.

ESTUDIO DEL TERCER MOLAR RETENIDO SUPERIOR RADIOGRAFICAMENTE.

Este estudio puede ser considerado de gran interés ya que en él se trata lo más detallado posible las radiografías.

A) Posición del tercer molar. Cuando el tercer molar presenta su cara vestibular, verticalmente dirigida, aunque el molar se encuentre en posición mesio o distoangular, su imagen radiográfica es aproximadamente normal. En cambio en las desviaciones hacia bucal o lingual, el molar aparece cortado en la radiografía, y en ciertos casos su parte radicular, por superposición de planos, no es visible.

B) Posición del segundo molar. El segundo molar puede estar desviado hacia distal. Deben ser considerados, además de la posición del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries, piezas de prótesis), y la posición y forma de las raíces.

C) El hueso que cubre la cara triturante. El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar retenido deben ser prolijamente estudiados en la radiografía. La existencia o ausencia del saco dericoronario deben ser consideradas todas estas condiciones del hueso, indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

D) El tabique mesial. Su forma y dimensión esta dada por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo y mínimo. En la posición distoangular este espacio tiene una forma triangular a base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

E) El hueso distal. La cantidad de hueso distal puede ser variable. En algunas ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con, la apófisis pterigoides.

F) La corona del tercer molar: Tamaño, forma y estado de la corona. La corona puede ser más grande o más pequeña de lo normal.

La forma puede apartarse de la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuida de su resistencia por caries de grado variable. Aun en retención intraoceca total la corona puede estar profundamente cariada.

G) Las raíces del tercer molar. Generalmente estan -- fucionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones; pueden aun no estar calsificadas.

H) Vecindad con el seno maxilar. El tercer molar en -- ciertos pacientes esta muy vecino al seno y en algunos casos -- sus raíces llegan a hacer ernia en el piso sinusal. La extrac--

ción del tercer molar puede ocasionar en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar, o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

1) Vecindad con la apófisis pterigoides. El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fracturar en los esfuerzos operatorios la apófisis. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún en la de un molar normalmente erupcionado.

J) Acceso a la cara mesial. Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al molar normalmente erupcionado, o incluido. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento.

CAPITULO IV

CONSECUENCIAS POR INCLUSION O ERUPCION PARCIAL.

En su retención, o en el intento de erupción, el tercer molar inferior produce una serie de accidentes patológicos- diversos de variado aspecto e intensidad.

Estos accidentes de erupción del tercer molar tiene lugar en todas las razas en edades muy distintas, en ambos sexos, y en los dos maxilares.

Raza.- Los accidentes estudiados son en la raza blanca, en los cuales por razón mecánica, será considerada la falta de sitio juega un papel preponderante.

La raza negra está por lo general libre de todos estos procesos. Su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos los molares (y aún del cuarto).

En la raza blanca los accidentes de erupción aumentan en número y en intensidad, en las últimas generaciones.

Sexo.- Creemos encontrar un ligero predominio en el sexo femenino. Un estudio que se hizo en 1939 se dió como cifra:

MUJERES	101	48,4%
HOMBRES	108	51.6%

EN LA RAZA JAPONESA:

HOMBRES	&\$ A	85%
HOMBRES		69%

Los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan los accidentes.

Edad.- En el estudio efectuado se vió que estos procesos varían entre los 18 y 28 años. Se han observado casos de pacientes de 15 años, y ancianos de 73 78 82 años.

Wirth presenta un cuadro con las edades y su porcentaje en la frecuencia de estos accidentes.

14 años	1	0,47 %
15 A 20 "	35	17,2 "
21 A 25 "	112	53 "
26 A 30 "	34	16,3 "
31 A 35 "	13	6,7 "
36 A 40 "	4	2,4 "
41 A 45 "	3	1,4 "
46 A 50 "	1	0,47 "
51 a 55 "	2	0,90 "
56 "	1	0,47 "
62 "	1	0.47 "

Nishimura da como edades entre las cuales se producen los accidentes, de 20 a 25 años (58%): Williger a su vez:- 17 a 20 años (13%): 21 a 25 años (49 %): 26 a 30 años (25 %).

PATOLOGIA Y CLINICA DE LOS ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Los accidentes de erupción se deben a la infección -

del saco dentario (saco pericoronario). La infección de este -saco (pericoronaritis) tiene repercusiones locales, generales-regionales y adistancia. Para producirse la infección del saco se relacionan dos factores: aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo; 2o. El establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada, -por factores mecánicas: traumatismos sobre el capuchón que cubre el tercer molar, originados por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas, o por lación conjunta de ambos.

El doctor Capdepont (1910) explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1o. La existencia de una cavidad virtual, al rededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular de Capdepont). Para Capdepont, esta cavidad pericoronaria tendria un significado diferente -- que aquel que nosotros admitimos; pero cualquiera que sea su -significado anatómico, los hechos clínicos y su interpretación patogénica no sufren modificaciones.

Esta cavidad por numerosas influencias patológicas, -puede hacerse real (Transformandose en quista dentífero) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2o. Los mecanismos banales que ocupan la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada exacerban su

virulencia.

Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular.

Escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica que hace posible la retención microbiana, parece ser la condición primordial, causante de los accidentes.

3o. La falta de sitio: ocupa el primer lugar en la producción de accidentes de los terceros molares retenidos. El molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar; a estas razones debe agregarse la oblicuidad, en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR - INFERIOR.

Los accidentes 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 flemon gangrenoso del suelo de la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse-clinicamente en:

1o. Accidentes mucosos; 2o. Accidentes nerviosos; --
3o. Accidentes celulares; Accidentes óceos; 5o. Accidentes lin-
fáticos o ganglionares; 6o. Accidentes tumorales.

1o. Accidentes mucosos.

Se denominan así a las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis. Todos los autores hacen derivar de esta lesión inicial, los procesos patológicos de la erupción del tercer molar. De esta primera etapa clínica parten los distintos y variados accidentes, que presentan gamas tan variables.

La pericoronaritis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Está caracterizada por hechos clínicos que son--
particulares. Este accidente se origina en una época en rela--
ción con la erupción del molar de juicio. Su comienzo puede ser brusco o insidioso. Brusco aparece sin anuncio previo. Al ni--
vel del capuchón que cubre al molar retenido, total o parcial-
mente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos caracte-
rísticos dolor tumor, calor y rubor.

Dolor. Caso siempre precoz; adquiere todas las varie-
dades. Puede quedar localizado a la región del capuchón o irra-
diarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distin-
tas vías. En ocasiones el dolor se ubica a nivel del oído o a-
nivel del tragus.

El dolor es generalmente nocturno, aumenta con el ro-
ge de los alimentos o con su cambio de temperatura. El dolor se

debe a la compresión del caso pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una úlcera bajo el capuchón, originada por el roce de una cúspide de el molar en erupción. Las características de esta úlcera serán evaluadas mas tarde.

TUMOR. La encía que cubre el molar se encuentra edematizada aumentada de volúmen 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 encía ha cambiado su color normal y se presenta un color rojizo o rojo violáceo. Cubierta de abundante--placa bacteriana, 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 reginales son atacados. (adenitis de el ganglio de Chassaignac). El trismus acompaña a el proceso. La masticación esta dificultada, teniendo todo este conjunto de manifestaciones una fisonomía particular.

El comienzo insidioso dela pericoronaritis esta 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 de erup-

ción brotan unas gotas de pus y sangre y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorios.

COMPLICACIONES MUCOSAS LOCALES Y REGIONALES.

Los gingivoestomatitis ulcerosas y ulceromembranosas. El capuchón del tercer molar inferior, sus regiones vecinas y los fondos de sacos vecinos al diente retenido, pueden ser sitios propicios a la exacerbación de la virulencia microbiana y en los cuales las condiciones para la realización de la simbiosis fusoespirilar alcanza su plenitud.

Por estas razones el tercer molar en erupción, el saco pericoronario o la pericoronaritis, son el punto de iniciación de una gingivoestomatitis que puede presentar todo el aspecto de las ulceromembranosas. Esta afección que tiene por lo general amplia repercusión ganglionar y general, se caracteriza por su unilateralidad, del lado del tercer molar en erupción.

Las úlceras debajo del capuchón. El capuchón que cubre al tercer molar en erupción es traumatizado por dos factores que se complementan a los cuales se unen la inflamación de los tejidos blandos por los mecanismos antes mencionados. Las cúspides del tercer molar inferior por debajo y las cúspides de los dientes superiores, o la acción de los alimentos, producen en la cara inferior del capuchón una ulceración extremadamente dolorosa, que es la fuente de dolores locales e irradiados.

dos; se acompaña en general de un trismus, con reacción colateral. Los dolores causados por esta úlcera ceden rápidamente --- suspendiendo el factor traumático superior (desgaste a piedra -- de las cúspides de los dientes superiores) y anesteciando y tratado la úlcera: se coloca debajo del capuchón una tira de gasa impregnada en licor de Bonain o en líquido de Vander Gintz. Estos medicamentos actúan anesteciando la cara inferior del capuchón y cauterizando la úlcera. La tira con medicamento debe permanecer una o dos horas en el lugar donde fué colocada. Es útil tocar la úlcera con una torunda impregnada con ácido crómico -- al 25%.

2o. Accidentes nerviosos.

Estos accidentes originados por el tercer molar en -- erupción son idénticos a los producidos por los dientes retenidos. Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en herpes.

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el -- trismus como reacción antogónica.

3o. Accidentes celulares.

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 variables

B) Hacia atrás y arriba. Entre los fascículos del mús-
 culo temporal, el absceso puede abrirse camino a la fosa tempo-
 ral. Vía extremadamente rara, es citada sin embargo se han dado
 casos.

C) Hacia adentro. Es una vía en la que las disposicio-
 nes anatómicas permiten la prolongación de los procesos supura-
 tivos. Entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órga-
 nos 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 morta-
 les: angina de Ludwig, Flemones Circunscriptos difusos del pi-
 so de la boca.

D) Hacia afuera y atrás. Rodeando el borde anterior -
 de la rama del maxilar inferior, el proceso infeccioso puede --
 abrirse camino en dirección del músculo masetero. Atravesando--
 la vaina muscular puede dar un flemon maseterino o un absceso -
 caracterizado por un trismus intenso y la aparición sobre la --
 cara externa de la rama montante, de una tumefacción a gran eje
 vertical paralela a la dirección general del cuerpo del macete-
 ro.

E) Hacia afuera y adelante. Siguiendo también disposi-
 ciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta

se dirige hacia adelante, dando un absceso estudiado por J. Chompret y C. L'Hidrondel.

La disposición anatómica de esta región permite con facilidad esta colección purulenta. La región donde se colecciona el absceso está limitada por el hueso maxilar inferior (cara externa) y músculos. Estos son, por detrás el borde anterior de el masetero: por delante el borde posterior del triangular de--barba arriba, el borde inferior del bucinador. Por debajo cierra este espacio el borde inferior del maxilar. Este absceso -- que no es una afección rara sigue el camino que le facilita la vertiente de el bucinador. Se caracteriza por formar un proceso supurativo en comunicación real con el saco pericoronario del--molar de juicio (una sonda introducida a nivel del molar puede ser dirigida hacia adelante; por compresión del absceso, el pus refluye a nivel del saco pericoronario).

"El absceso busccinatomaxilar asienta en la parte media del maxilar inferior, delante del masetero. A este nivel la mejilla se levanta exteriormente, por la tumefacción más o menos voluminosa, de tamaño aproximado de una nuez o de una man--darina. La piel esta tensa, su color permanece normal en cier--tos casos; en otros esta roja o violenta. La palpación del pe--queño tumor es dolorosa, pero el menton y el ángulo del maxilar--son indoloros. En la región infrahioidea lateral no hay reacción ganglionar. Ni empastamiento; la tumefacción, con la reacción -

edematosa periferica, es netamente facial".

4o. Accidentes óseos.

Como complicación de una pericoronaritis son sumamente raros; podríamos agregar, son excepcionales.

Los pocos casos que se han observado fueron en general, extraordinariamente ruidoso: Graves ósteomielitis con grandes secuestros.

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

Con todo, son posibles accidentes óseos que se convierten en verdaderas osteitis, osteoflemones y osteomielitis.

Se han encontrado pacientes portadores de terceros molares retenidos, que infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentigeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteitis y osteomielitis.

En tales casos, el proceso óseo fue 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 o sin dientes, en el sitio del accidente.

Otra forma de accidente óseo, que se encuentra con relativa frecuencia, consiste en el proceso de osteitis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en me--

sioversión. El foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible a 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 a dar procesos óseos locales, y en algunos casos con repercusión a distancia.

5o. Accidentes linfáticos o ganglionares.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan del cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subangulos maxilares o submaxilares. 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 condiciones anteriores una vez terminada la afección de el saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran virulencia o cuando el estado general del paciente está resentido, la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio con el cuadro clínico consiguiente. Se tiene instalado el adenoflemón. En estas circunstancias, el ganglio esta considerablemente aumentado de volúmen, 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 de por sí 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.

6o. Accidentes tumorales.

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos. Estos tumores son quistes dentígeros, estos pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con procesos (osteitis y osteomielitis). En otras oportunidades y sin llegar a quiste dentígero, el saco pericoronario puede seguir igual vía: la infección. Sus consecuencias son las mismas.

Los restos del caso dentario, ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar, pueden no desaparecer del todo, originando un granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar. La patogenia de estas formaciones está en 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 puedan reabsorberlo. Este saco no está íntegramente conservado, sino que son 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 (semejan

tes a los quistes dentígeros) 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 y el granuloma o quiste consiguiente, originan procesos muy parecidos a la pericoronaritis (osteitis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos a distancia), Actuando como 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 mal oliente.

A continuación se dará una pequeña síntesis de los quistes que pueden presentarse por retención de los terceros molares:

Quiste dentígero: Este quiste rodea a la corona del diente no salido de la dentadura regular, (o supernumerarios). Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente. Sin embargo este quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental.

Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentígero. Normalmente se considera que es neces-

ria una anchura del espacio pericoronar de 2,5 mm o más como requisito mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentígero. Las localizaciones usuales son el tercer molar del maxilar inferior, el canino, y el tercer molar del maxilar superior, aunque también aparece en cualquier otro diente sin salir.

La corona del diente se proyecta dentro de la cavidad quística. El quiste puede tener cualquier tamaño, desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior. Los quistes mayores se encuentran en el maxilar inferior, posiblemente a la causa de la anatomía de los maxilares superior e inferior. Aunque el quiste se desarrolla sobre un solo diente, puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. Por otra parte puede alejar a los dientes en posiciones alejadas de su localización normal, especialmente en el maxilar superior. Los dientes no afectados retienen su folículo lo cual puede ayudar a la diferenciación durante la operación.

Los quistes dentígeros pueden provocar una considerable dilatación, generalmente indolora de la lámina externa.

La cápsula está casi siempre compuesta de un tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cual puede haber algunas células inflamatorias hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños. Otras veces se encuentra revesti

do de un epitelio respiratorio, o por lo menos, de células que producen modo. Generalmente se encuentran restos de células -- odontogénicas dentro del corión subyacente. También se han observado casos con células sebáceas y folículos linfoides. El quiste dentígeno también es un ameloblastoma potencial.

QUISTE PRIMORDIAL.

El término de quiste primordial se ha utilizado para designar un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior de el esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado. Este tipo de quiste se encuentran con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar inferior y por detrás del mismo -- en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Se ha creído que tiene su origen en gérmenes dentales supernumerarios.

Malas posiciones dentarias también se pueden observar en pacientes con los terceros molares incluidos, ya que estas piezas provocan el apiñamiento de los dientes por la fuerza de erupción sacando así de oclusión funcional a los pacientes.

No solo causa los problemas antes mencionados, ya -- que también provoca algunas veces fuertes dolores reflejados, -- al oprimir los nervios.

CAPITULO V

HISTORIA CLINICA

En la historia clinica se lleva a cabo por medio de el interrogatorio, es una serie ordenada, o mejor dicho lógica, de preguntas, que se dirigen al enfermo o a sus familiares en caso de incapacidad de responder del enfermo, esto tiene por objeto - ilustrar al cirujano dentista sobre aquellos datos que no se pueden aprender por la observación personal del paciente. Estos datos son relativos a los antecedentes hereditarios y personales, costumbres y género de vida, principio y evolución de su padecimiento actual hasta el momento en que se examina al paciente.

El interrogatorio puede variar pero siempre es conveniente que el cirujano dentista siga ciertas normas generales -- que al mismo tiempo que lo hace metódico, le facilitan el ser completo.

Toda pregunta debe tener una finalidad precisa, para lo cual es necesario que el cirujano dentista tenga idea clara -- del dato que desea investigar y de la utilidad de él; nunca deben hacerse preguntas cuya inutilidad pueda calcularse de antemano.

Las preguntas deben ser concretas, de acuerdo con lo que se trata de investigar, no deben sugerir la respuesta y hay que hacerlas de acuerdo con la capacidad intelectual de el enfermo y su modo de expresarse. Conviene notar la tendencia habitual

de los pacientes a usar términos técnicos, que casi nunca comprende y a los que dan una significación falsa, induciendo al dentista a el error; hay por lo tanto evitar al paciente las palabras que no va a comprender.

Nunca debe pasarse a investigar otro dato clínico -- mientras no este bien identificado el anterior.

En la historia clínica deberemos de determinar inmediatamente la molestia o la causa que determina la consulta, ya que es con el objeto de encontrar alivio de el mal por lo que el enfermo se pone en manos del dentista.

El orden de la formulación de la historia clínica de bera de ser la siguiente:

Ficha de identidad.

Nombre.

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Ocupación.

Lugar de origen.

Lugar de residencia.

Escolaridad.

Religión.

Antecedentes Heredo-Familiares.

Viven sus padres?, gozan de buena salud?. o de que -

murieron.

Cuántos hermanos son, si alguno murió, alguna enfermedad que padezcan, enfermedades congénitas malformaciones, enfermedades mentales o nerviosas, neoplasias.

Número de embarazos de la madre, (abortos, partos -- prematuros, muertes neonatales deformaciones congénitas en hermanos) .

Si algún pariente de el cercano padece o padeció: -- Neoplasias, cardiopatías hipertención, tuberculósis sífilis, -- diabetes, artritis hemofilia, alergias, epilepsia.

Abuelos paternos y maternos: padecimientos o causa - de defunción y fechas.

Si alguno de los familiares antes mencionado falleció causa de su muerte y fecha de ésta.

Antecedentes personales no patológicos.

Higiene personal, y general, habitación, tipo de alimentación, (desayuno, comida y cena). Cantidad de líquidos ingeridos.

Deportes que practique, alcoholismo tabaquismo, otras toxicomanías. Vacunas que se le hayan aplicado, B.C.G. Antivaricelosa, antipoliomelítica, otras. Pruebas inmunológicas, tuberculina diftérica miótica, otros.

Antecedentes personales patológicos.

Fiebres eruptivas. Tuberculósis, Paludismo, Reuma--

tismo, infecciones, parasitosis, disentería hemorragias (hepítaxis, Hemoptísis, hematemesis, melenas). Icterisias, diabetes, crisis convulsivas, Neurológicos y psiquiátricos, Alergia, sífilis, otro.

Enfermedades venéreas, Flebitis, Infarto al miocardio, accidentes vasculares, cerebrales, amigdalitis, Adenopatías, Úlcera péptica.

Intervenciones quirúrgicas, Transfusiones, Traumatismos, (lugar y fecha). Ginecológicos obstétricos Número de embarazos peso de los productos, abortos, Partos prematuros, embarazos múltiples, toxemias gravídicas.

Antecedentes de tratamientos médicos. Alergia a la penicilina, uso previo de corticoides, ataraxicos laxantes, Psicostimulantes, Antiácidos, Antirreumáticos, u otros.

Padecimiento actual.

Principales molestias, fecha de comienzo, causa aparente descripción y análisis de la evolución de los síntomas, - fecha de evolución.

Interrogatorio de aparatos y sistemas.

DIGESTIVO:

Anorexia. Tránsito esofágico. Dispepsia. Dolor. Tránsito intestinal. Caracteres de evacuación. Ictericia.

Respiratorio.

Destrucción Nasal. Epistaxis. Tos. Expectoración. Dolor. Disnea. Sianosis. Disfagias.

Aparato circulatorio.

Disnea. Dolor. Palpitaciones. Edema. Insuficiencia - arterial. Síncope. Colapso. Choque Sianosis. Petequias. Infar--tos. Arritmias.

Aparato Urinario.

Diuresis en 24 hrs. Número de mixiones. Carácter - de la micción y de la orina. Incontinencia. Disurias. Piurias. - Hematurias. Dolor lumbar.

Aparato Genital.

Ciclo menstrual. (última menstruación) Síndrome pre-menstrual. Menopaus. Metrorragias. Leucorrea. Líbido. Perturba-ciones sexuales.

Hemático y linfático.

Manifestaciones de anémia; de hemolisis. Tendencias hemorrágicas. Menor resistencia a las infecciones. Adenopatias.

Endocrino.

Perturbaciones somáticas. Desarrollo estatural. Evolu-ción de la curva ponderal. Diabetes, Bocio. Hipertricosis. Acne Otras.

Sistema nervioso.

Motilidad. Parálisis. Temblores. Atrofias sensibili--dad. Hipoestesis. Hiperestesia. Cefáleas. Organo de los senti--

dos. Visión Audición. Equilibrio. Olfato. Gusto.

Personalidad. Sueño. Excitabilidad. Depresión. Ansiedad. Memoria.

Musculo-esquelético.

Limitaciones de movimientos. Atrofia. Deformaciones articulares.

Piel mucosas y anexos.

Sintomas generales.

Fiebre. Diaforesis. Varaciones en el peso. Astenia.

Anorexia.

Diagnosticos anteriores. Exámenes Previos. Terapeutica empleada.

Inspeccion General.

Constitución, conformación, actitud, racies, movimientos anormales, marcha estado de la conciencia, estatura peso, color de piel, de pelo, y de ojos. Alguna seña en particular.

Exploracion de Cabeza.

Forma y volumen del craneo. Implantacion del pelo Posición de los ojos, conjuntivas, pupilas, córnea, reflejos. Nariz, Oidos Boca, simetría de esta, labios, mucosas, coloración de estas hidratación, lecciones que puedan presentar localización de glándulas salivales. Implantación de los frenillos. Laterales superiores e inferiores, frenillo lingual, superior e -

inferior.

Piso de la boca. Este se palpara con los dedos índice y medio de las dos manos para localizar zonas infartadas. O anomalías.

Lengua: Coloración, tamaño, forma textura, distribución de las papilas sensibilidad a los cambios térmicos, y a los sabores hidratación de ésta, presentación de saburra, u otra anomalía.

Implantación de las encías. Límites de éstas en los cuatro cuadrantes, bolsas parodontales, conformación de las papilas.

Paladar duro y blando: Coloración, formación conformación de estos y textura.

Región Tonzilar: Coloración, Edematisación, textura. Tejidos duros.

Cuadrante superior derecho, Cuadrante superior izquierdo, Cuadrante inferior derecho, Cuadrante inferior izquierdo.

En estos se describirán las caries que presenten, placa bacteriana, estructura del diente, dientes faltantes, si es por inclusión, o por anodoncia, supernumerarios, tamaño, textura, color, prótesis, tratamientos. Bioherciones. etc.

Radiografías: Se deberán tomar toda una serie de periapicales, interproximales si el caso lo requiere, y oclusal su

perior e inferior.

Se debe de interpretar en ellas: el implante óseo des
cripción de crestas alveolares cuerpos radiculares de las piezas
dentarias (normalidad o anomalías de éstas) Densidad del tejido.

Elementos anatómicos que se observan y localización -
tratamientos que se observen.

Cuello

Deformaciones, Movilidad. Laringe, Traquea, Tiroides,
Vasos, Ganglios, Puntos dolorosos, forma, volumen, deglución, to
nicidad muscular, pulso carotideo hómocrotos y sincróticos con -
respecto a la radial.

Exámenes Previos.

Si estos son requeridos: Biometria hemática, química
signea, general de orina, tiempo de coagulación, tipo de sangui-
neo.

Signos vitales.

Pulsaciones: Temperatura. Presion Arterial.

Impresiones diagnosticas:

Plan de tratamiento.

Firma de el paciente

Firma del cirujano dentis
ta.

Fecha.

CAPITULO VI
INSTRUMENTAL QUIRURGICO

La cirugía bucal necesita un instrumental también especializado. Estos instrumentos pueden seleccionarse en las casas del ramo, escogiendolos entre los de otras especialidades o los de cirugía general.

En términos generales, una operación de cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por esta ventana eliminar el objeto de la operación (un diente, un tumor, un proceso patológico).

Consiguiendo el objetivo, se vuelven los tejidos a su sitio normal dándose por terminada la intervención.

La inmensa mayoría de las operaciones de cirugía bucal se practican dentro de via bucal, sin hacer intervenir la piel de la cara, ni los músculos de la región. Es decir que la técnica quirúrgica intraoral es distinta de las técnicas de cirugía general, donde, para lograr el objeto de la operación, es necesario abrir la piel, separar o seccionar músculos, hacer hemostásis, eliminar órganos, parcial o totalmente, y reintegrar los tejidos a sus funciones normales.

Para realizar los trabajos manuales que significa -- una operación, es menester valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados.

Instrumentos para sección de tejidos blandos.

Bisturí; En cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja; esta puede tener distintas formas y tamaños. Existen estos instrumentos con hojas intercambiables, las cuales se eligen según la clase de operación a realizar. En nuestra práctica preferimos este bisturí con la hoja número 15, ya que esta hoja es de punta redondeada y nos evita los cortes innecesarios que pueden suceder con las hojas en punta.

Mead ha creado un bisturí cuya característica importante consiste en la curvatura de su hoja, en forma de hoz, y del filo de esta hoja en sus dos bordes; con este bisturí se pueden realizar incisiones en sitios poco accesibles, pues corta por los dos filos.

El bisturí llamado sindesmótomo se usa para separar la encía de el cuello del diente.

Tijeras: Las tijeras como instrumento de sección de tejidos, tienen escaso uso en nuestra especialidad. Se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales y tozoz de encía en el tratamiento de la parodontosis. Aun cuando se pueden utilizar las tijeras de Neumann para tal operación, pues son tijeras curvas que se adaptan al trabajo que han de realizar, pudiendo alcanzar la región palatina y lingual, de difícil acceso.

Las tijeras rectas se utilizan para seccionar brin--

das fibrosas cicatrices y trozos de colgajos.

Para cortar los puntos de sutura se utilizan tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

Pinzas de disección: Para ayudarse en la preparación de los colgajos y en otras maniobras, el cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas con las cuáles se toma las - fibras mucosas sin lesionarlas, o las pinzas de diente de ratón, con tres pequeños dientes que se encargan y permiten sostener el colgajo.

Para tal fin también se utilizan las pinzas de Kocher o la pinza atraumatica de Chaput, de cirugía gastrointestinal, - que permite tomar la fibromucosa bucal siempre delicada, sin lagarla ni desgarrarla.

Instrumentos de galvano y termocauterío; radiobisturí o electrómo. La sección de los tejidos gingivales puede realizar se así mismo por métodos térmicos o eléctricos. Para tal fin se utilizan el galvano o termocauterío o el radiobisturí.

Con estos instrumentos también se puede incidir absesos, o destruir los capuchones que cubren el tercer molar.

Legras, periostómos, espátulas romas: El desprendi--- miento y la separación de la fibromucosa primariamente incidida por el bisturí con el objeto de preparar lo que se denomina colgajo, se efectúa con instrumentos de los cuáles existen varios - tipos: puede emplearse las pequeñas legras las que se insinuaran

en los labios de la herida y entre mucoperiosted y el hueso apartando aquel elemento hasta donde fuera necesario., aunque con -- los periostomos de mead puede cumplirse con este cometido.

Para sitios de difícil accesotales como la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior, utilizaremos las espátulas rectas o acordadas, estos instrumentos también se emplean para despegar las bolsas de los quistes, del hueso que las aloja.

Separadores: En el curso de una operación en la cavidad bucal, es necesario mantener apartados los labios, con el -- propósito de no herirlos, o los colgajos para que no sean traumatizados. Para tal fin se pueden emplear los separadores de Farabeuf cuyos dos extremos estan acordados. Los separadores de Volkmann, que constan de un mango y de un tallo que termina en forma de dientes, los cuáles se insinúan debajo del colgajo al cuál -- mantienen fijos. Otros tipos de diseños de separadores no se utilizan frecuentemente en cirugía bucal.

Hay un separador en forma de ángulo, uno de sus extremos es dentado, pudiendo insinuarse así debajo de los tejidos. - Lo empleamos para separar el colgajo, en la extracción del tercer molar inferior. La misión del separador también puede ser -- cumplida con un periostomo o con una espátula, con los cuáles se sostiene y aparta el colgajo.

Instrumentos para sección de los tejidos duros.

Escoplos y martillo: El empleo de los escoplos en cirugía bucal es muy frecuente, tales instrumentos se usan para retirar el hueso que cubre el objeto de la intervención. La tabla externa en las extracciones de el tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que cubre a los caninos u otros dientes retenidos y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los ---quistes de distinto tipo, que se desarrollan en los maxilares.

El escoplo es una barra metálica, uno de cuyos extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado. Actúa a presión manual o son accionados a golpe de martillo, dirigidos sobre la extremidad opuesta al filo. Este martillo consta de una maza y de un mango que permite esgrimarlo con facilidad. El martillo debe ser dirigido por el mismo operador, quien toma este instrumento con la mano derecha y el escoplo con la izquierda, o por el ayudante, quien golpea en el escoplo a pedido de el cirujano.

El escoplo puede ser tambien accionado por el torno dental. Este escoplo se designa con el nombre de escoplo o martillo automatico. Su funcionamiento, mecanismo y manera de actuar deben de ser cautelosas. Este escoplo tiene puntas cambiables, las cuáles de distinta forma están dirigidas en sentido diverso y tienen distinta función.

Los escoplos también se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas de odontosección.

Hay varios tipos de escoplos que varían entre sí en detalles. La hoja del escoplo puede ser recta o estar ahuecada en media caña.

Los escoplos de Barry son los que por lo regular se utilizan para la extracción o sección de el hueso de los terceros molares.

Un instrumento que tiene la característica del escoplo y es utilizado a presión manual es el osteotomo de Winter que se emplea en exodoncia.

Pinzas gubias: Para realizar la resección del hueso (osteotomía) podemos utilizar las pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, o directamente, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óceas o trozos óceos que emergen de la superficie del hueso. Existe variación en el tipo de estas que reside en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante.

Fresas: El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La osteotomía es sencilla, no trae inconvenientes cuando es aplicada con ciertos cuidados. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos. Pueden usarse las fresas comunes empleadas en dentística., redondas del número 5 al 8 o de fisura número 560. La fresa se coloca en la pieza de mano o en el contrángulo

segun las necesidades.

También son útiles las fresas quirúrgicas de Schamberg las fresas para labrar el caucho y las de Allport.

Limas para hueso: (escofinas), para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, o para aislar bordes y eliminar puntas óceas, se usan las limas para hueso.

Pinzas para tomar algodón, gasa, etc. En el curso de la operación hay que limpiar el campo operatorio que es la sangre que mana de los vasos vecinos. Por tratarse de vasos pequeños su ligadura es imposible. Es necesario por lo tanto, eliminar la sangre con trozos de gasa, que se puede llevar a la herida con pinzas para algodón o pinzas con sus ramas en bayoneta, - este instrumento es de uso frecuente en otorrinolaringología.

Pinzas de Kocher: Es un instrumento que esta destinado en cirugía para hacer hemostasis, comprimiendo una arteria o una vena que ha sido seccionada. Una ligadura con catgut obtura el vaso que sangra. Su empleo en cirugía bucal, con fines hemostáticos, es reducido. Son pocas las oportunidades de ligar vasos, por tratarse de vasos pequeños, de la fibromucosa, o vasos grandes intraoceos cuya prehensión es imposible. Con todo en algunos casos puede emplearse.

Hay dos tipos de tales pinzas la común, y la de mosquito.

Las pinzas de Kocher se utilizan en cirugía bucal co-

mo sostenedora de los colgajos, o para tomar bolsas quísticas o tejidos patológicos. En tal caso puede actuar como hemostática, tomando a un epulis por su pedículo. Empleamos la pinza hemostática mas larga con los bocados ligeramente acordados, este instrumento además de servir para tal uso, es útil para eliminar trozos de hueso o de dientes, del interior de una cavidad.

Cucharillas para hueso: Las colecciones patológicas, granulomas fungosidades, quistes, etc. deben de ser eliminados del interior de las cavidades óceas con cucharillas para hueso (curetas).

Existe infinita variedad de estos instrumentos. Los hay rectos o acodados, cuya parte áctiva puede tener formas y diámetros distintos.

Pinzas para extracciones dentarias. Son los instrumentos indicados para la exodoncia.

Elevadores. Su descripción y uso es el siguiente: --- consta de mango o zona de apoyo y de este sale una barreta finalmente acabada en la punta, ya que de la punta nos vamos a valer para luxarlo para debridar la pieza de elección.

Agujas de sutura: La sutura es una parte sumamente importante en la operación. Nosotros la empleamos en casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia.

Para sostener los finos y delicados tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, es necesario emplear agujas --

que estan en proporción con tal delicadeza; agujas sencillas, -- curvas orectas de pequeñas dimensiones.

Las agujas de sutura son de dos tipos: Concavoconve-- xas en el sentido de sus caras, y concavoconvexas en el sentido de sus bordes. Preferimos las primeras. La herida que dejan en la mucosa al perforarla es paralela al trazo de la incisión. La linea que dejan las segundas es perpendicular a la linea de inci sion. La tracción que el hilo de sutura ejerce en el labio de la perforación producida por el paso de la aguja, no tiene acción - sobre la herida del primer tipo; en cambio en el segundo la brecha tiende a agrandarse y desgarrarse.

Portaagujas. Agujas tan pequeñas como las indicadas - no pueden ser dirigidas a mano, sino excepcionalmente. Para ha-- cer práctico y preciso su uso, debemos valernos de un portaagu-- jas; tal instrumento es una pinza que toma a la aguja en el sen-- tido de su superficie plana y la guia en sus movimientos.

Sondas. Pueden emplearse distintas clases de sondas - ya sea durante el curso de una intervención quirúrgica, o bien - con fines diagnósticos. En nuestra práctica se usan las sondas - acanaladas, que consiste en una tallo en forma de canal y que se emplea para drenar abscesos, una vez que han sido incididos por el bisturí, o para practicar cortes de tejido que requieren cier ta delicadeza, realizándose en dicho caso la incision sobre el - hueco de la sonda la cual sirve de guia; la sonda de conductos,

para trayectos fistulosos finos, como guía en el curso de una--
apicetomía; Las sondas de plata, con su extremidad en forma de
oliva también para trayectos, para investigar secuestros y estu-
diar cavidades óceas.

INSTRUMENTOS PARA PUNCION.

La punción exploradora con fines de diagnóstico o en
el desarrollo de una operación tiene que ser realizada con agu-
jas de calibre suficiente como para permitir el paso de las co-
lecciones líquidas, muchas veces de consistencia espesa como los
quistes supurados. Para tal fin se usan las agujas calibre 44.-
Se necesita una jeringa de vidrio para hacer, por el vacío, el-
desagotamiento de el líquido.

En otras ocasiones, deben llevarse al interior de las
cavidades líquidos opacos, para realizar radiografías de contras-
te. Una jeringa que se usa para este objeto es la de Wassmundo.

INSTRUMENTOS PARA DRENAJE:

Las cavidades que poseen colecciones purulentas o lí-
quidas, al ser vaciadas necesitan ser comunicadas al exterior,
para mantenerlas libres del líquido patológico. Tal es el fin-
de drenaje. Este se efectúa por diversos procedimientos. En ci-
rugía bucal, dos son los principales métodos empleados: El dre-
naje por tubos y el drenaje por gasas.

Drenaje por tubos: en cirugía intraoral su empleo--

está restringido a ciertos casos: Drenaje de focos de osteomielitis, de abscesos óseos; el tubo es incómodo, molesto y prácticamente no se le puede sostener en la boca: su indicación está dada para drenar focos óseos, cutáneos y ganglionares para el medio de vía extraoral.

Los tubos que se usa son de caucho, de diámetro variable, pero menor que medio centímetro y de un largo de acuerdo con el proceso a drenar.

Puede aumentarse la capacidad de drenaje de el tubo, practicándosele orificios con una tijera, cada centímetro. El tubo debe mantenerse fijo a la piel en el huso extraoral., atravesándolo con un alfiler de gancho, el cual se sostiene con una tira emplástica. Cuando se usa dentro de la cavidad bucal, se atraviesa con un hilo el cual se anuda alrededor de un diente.

En el tratamiento conservador de los quistes maxilares, se presenta el método de tubo para disminuir el volumen de estos procesos; con ese fin se emplean tubos de goma o polietileno, de los que se introducen en la cavidad quística para permitir el drenaje de su contenido y por este procedimiento, la disminución del volumen de los quistes odontogénicos. Estos tubos se fijan con puntos de sutura a las estructuras gingivales vecinas. Asimismo se suele emplear con idénticos fines un trozo de tubber-dam. Se corta una tira de 1 centímetro de ancho, la cual

se arrolla sobre si misma. Esta goma se introduce en la cavidad a drenar y su función es la misma que la del tubo.

También puede prepararse la goma, practicando con una tijera cuatro o cinco cortes en las caras mayores del cuadrilátero. Este trozo de goma se tuerse sobre su eje mayor, dándole una forma helicoidal. Esta goma se introduce en la cavidad que se ha de drenar.

Drenaje por gasa: Se emplea una tira de gasa con los bordes dobladillos. Esta gasa actúa por capilaridad, permitiendo drenar cavidades como con el procedimiento del tubo. La gasa puede ser simple o con medicamentos, tales como yodoformo o xeroformo. La gasa simple puede impregnarse de medicamento en el momento de usarse: fenol alcanforado, Bálsamo del Perú, tintura de Benjuí.

INSTRUMENTO PARA LA LIMITACION DEL CAMPO OPERATORIO.

Pinzas de campo. Son instrumentos que se usan para tomar y fijar las compresas esterilizadas que se emplean en la protección de el campo operatorio.

CAPITULO VII

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

MOLARES SUPERIORES:

Para la extracción del tercer molar retenido superior, es necesario practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo contiene.

EXTRACCION EN POSICION VERTICAL.

A) Incisión. Puede usarse la incisión de dos ramas, que la llamaremos bucal y anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en longitud de un centímetro. La incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera. Rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del vestíbulo donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende según se mencionó, con el periostómo, y se sostiene con un separador.

B) Osteotomía. El hueso que puede estar cubriendo la cara triturante se elimina con escoplos rectos o con fresa

En ciertos casos el hueso a nivel de la cara tritu-

rante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para yeso, o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es necesaria en todos los tipos de terceros molares superiores, ya que debemos tener a la vista por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de acceso a la cara mesial: Esta cara sera la -- superficie donde se hará la palanca para retirar el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra. Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel - se hace con un escoplo recto o una fresa redonda.

C) Extracción En Sí. Empleo de elevadores: Cualquiera de los elevadores rectos pueden ser usados en la extracción.

Técnica de Empleo de los Elevadores: Se penetra la - punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza a expensas de un ligero movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo como cuña. En esta primera parte de su movimiento para llegar a - punto de aplicación, el elevador consigue luxar el tercer molar.

Aplicación del Elevador: El elevador recto se aplica con su cara plana, sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara.

Punto de Apoyo: En general el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.

Movimiento de Elevador: Aplicado el elevador, separado el labio y el carrillo con un espejo, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido. (Recordar que hay que ejecutar un movimiento al maxilar inferior, para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción).

Para abandonar su alvéolo, el molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de tres direcciones de fuerzas: - el molar debe ser dirigido abajo y hacia afuera y atrás. Por lo tanto debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba, adentro y adelante con punto de apoyo en la cara distal del segundo molar. Luxando el molar y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo, puede ser tomado con una pinza para extracciones y eliminado con la señalada para la extracción del tercer molar superior normal.

D) Sutura. Extraído el molar, revisado los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, el saco piriforme con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practica uno o dos puntos de sutura.

POSICION MESIOANGULAR:

Esta extracción debe estar condicionada por la direc-

ción del molar y la cantidad de hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción: La cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo. A nivel de maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar. Sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía de la zona distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical, por que el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin es menester también parte de la table ósea vestibular, que cubre la cara bucal del molar retenido.

La incisión es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados., sólo que requiere una mayor excisión de hueso en distal, para descubrir al diente hasta el nivel de su cuello.

Empleo de los Elevadores: Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial de el diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos del elevador dirigen al diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilacerados, este movimiento debe ser hecho con len

titud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION DISTOANGULAR.

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse - más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarros de la encía.

OSTEOTOMIA. Generalmente no hay hueso sobre la cara tri turante, ni hacia distal, sólo es necesario preparar la vía de ac ceso en el lado mesial.

Empleo de los Elevadores:

Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer - molar y este dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado - hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la - apófisis pterigoides. Movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se emplean elevadores para luxar la pieza, que actúen en función - de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse - se fácilmente entre la cara distal del segundo molar y la cara me sial del tercero. Para cumplir con este cometido será útil emplear en primer lugar, el el elevador izquierdo para el lado derecho -- (y viceversa y luego el elevador correspondiente. La estrechez -- del espacio interdentario no brinda dificultad sino permite ejecu - tar esta maniobra.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION PARANORMAL.

Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el

tercer molar en ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposición - que presente el molar en el hueso y su relación con los molares-vecinos. Rara vez algunos casos indican la extracción del segundo molar y aún de el primero. Los molares colocados por encima - de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión de buena amplitud.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES, CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS (GERMENES DEL TERCER MOLAR SUP.).

Estos también se pueden ubicar en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la serie dentaria, siendo indicada su extracción. Su extracción acondiciona -- una serie de problemas, que es menester resolver; la incisión de -- be permitir un amplio colgajo, que descubra en gran extensión -- el hueso, para abordar el molar (su corona) que por lo general -- está ubicada muy alta; en algunas oportunidades, a nivel de los -- ápices del segundo molar. La osteotomía podrá hacerse con el es- -- coplo a presión manual o impulsado por el martillo, en una exten- -- ción suficientemente como para descubrir las caras oclusal, me- -- sial y bucal, esto también se podrá ejecutar con fresa de bola -- con suficiente irrigación para no causar necrosis en tejidos du- -- ros.

En la posición distoangular será necesario eliminar --

también el hueso distal; la osteotomía de acceso a la cara mesial, debe ser lo suficientemente extensa, como para permitir la introducción de un elevador fino en su hoja; ésta se aplica sobre la cara mesial del germen a extraerse, y girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el molar hacia distal y hacia abajo. El germen en posición paranormal, requiere un detallado trabajo de disección, para liberarlo de sus paredes óseas.

El secreto de éxito en la extracción de estos germenos de terceros molares, es realizar una extensa osteotomía que permita a el operador, ver por lo menos la cara mesial y bucal del retenido. En algunos casos no es suficiente la osteotomía bucal con este fin, sino que habrá de buscar una puerta de entrada para los elevadores, realizando con escoplo, a presión manual, o con fresa redonda la eliminación del hueso que cubre la cara mesial, en la extensión y amplitud suficiente como para permitir la colocación de los elevadores.

Hay que recordar la proximidad de la apófisis pterigoides y de el seno maxilar, para evitar la fractura de la primera o la introducción intempestiva del tercer molar en el seno, accidente común cuando no se procede con debido cuidado.

Los molares con sus raíces incompletamente formadas, poseen, por lo general, un amplio saco pericoronario que es necesario sacar completamente con pinzas gubias y cucharillas para -

huesos.

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye, la mayoría de las veces, una tarea sumamente difícil, -- exhaustiva y complicada.

Esta extracción es esencialmente un problema mecánico, -- como lo es cualquier diente retenido; pero a nivel de tercer molar inferior, se confabulan una serie de factores para hacer de esta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. -- Estos factores se refieren al sitio de ubicación de el molar, de difícil acceso, mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

En las siguientes líneas consideraremos el estudio de las técnicas conocidas para lograr su extracción con las menos dificultades posibles.

Incisión. Está condicionada por el tipo de retención. -- En general se deberán hacer incisiones amplias, que permitan un extenso colgajo, que descubra con holgura el hueso a eliminar.

El tipo de incisión común es la angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con el tipo de reten--

ción. La otra rama se inicia en el mismo punto de la cara distal del reborde gingival y se dirige hacía abajo, adelante y afuera, en una extensión aproximadamente de un centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no hacer una maniobra que lacere los tejidos gingivales en el acto de la aplicación de los elevadores.

El tejido gingival aplastado y lecionado por los instrumentos es fuente de infección y asiento de molestias y dolores postoperatorios.

RETENCIONES MESIOANGULARES U HORIZONTALES.

El colgajo puede ser mayor; en tal caso la segunda incisión se realiza en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende también hacía abajo y afuera. El tejido gingival debe en este caso ser desprendido de las caras bucal y distal del segundo molar.

El tejido gingival incidido, en cualquier tipo de incisión trazada, se separa con un instrumento apropiado (el periostomo es el instrumento más útil), obteniéndose de tal modo los colgajos.

Osteotomía: La eliminación de hueso puede hacerse con escoplo y fresas.

Extracción propiamente dicha: eliminación del molar retenido una vez practicada la osteotomía, se realiza con palancas

apropiadas que toman punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

La Palanca: Para la extracción de el molar retenido debe emplearse elevadores, ya sea rectos o de bandera según sea el caso.

El Punto de Apoyo: Este punto destinado a aplicar la palanca esta en general dada por el lado inferior o base de el triangulo interdentario. Del ancho y disposición de este triángulo, según los distintos tipos de retenciones, depende la forma como se aplica el elevador.

Otras porciones óseas, en otros tipos de retenciones, pueden servir como puntos de apoyo. Tales pueden ser el borde bucal de el maxilar, el borde distal (en contadas ocasiones) y el segundo molar.

La Potencia: La fuerza destinada a movilizar el molar depende de el tipo de retención. Su intensidad debe ser cuidadosamente considerada, con el objeto de no fracturar el molar o el maxilar. Para evitar estos accidentes se practica la suficiente eliminación ósea, con el fin de facilitar la operación, disminuyendo en lo necesario la fuerza a emplearse.

La Resistencia: Para la eliminación de la pieza retenida se necesita vencer los factores que para ello se oponen; forma y disposición de el molar (de su corona y sus raíces); cantidad de hueso que cubre el molar retenido.

La anulación de estos factores puede lograrse por dos métodos mayor cantidad de osteotomía, aplicación de la técnica de odontosección.

TECNICA A SEGUIR EN POSICION VERTICAL:

El tercer molar inferior retenido en posición vertical puede estar colocado en distintas formas, con respecto a la curvatura de la arcada, normal (sin desviación), desviación bucal, desviación lingual o en desviación bucolingual. Tendremos pues cuatro tipos principales, con los subtipos principales, con los subtipos consiguientes, de acuerdo con la accesibilidad de la cara mesial. Veremos solamente el tipo vertical sin desviación. En las desviaciones bucal lingual, y bucolingual, la variación en las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal en el punto de aplicación de el elevador y la dirección en que debe moverse el molar retenido que estar de acuerdo a la forma de desviación.

RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION, CARA MESIAL ACCESIBLE.

A) Incisión en este tipo de retención se utiliza según la conveniencia de el operador para fácil acceso y menor traumatismo, puede ser siguiendo el trayecto de la cara oclusal del segundo molar, o bien cargada hacia la cara bucal de la pieza incluida.

Cuando se va a necesitar como punto de apoyo la cara mesial de el tercer molar, para aplicar el elevador, se realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival, llegando en el sentido distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar.

En caso de valerse de la cara bucal para aplicar el elevador, se realiza una incisión coincidente con el borde bucotruturante de la corona de le tercer molar y que extiende hacia distal en la misma proporción que la incisión anterior.

Con el objeto de proteger el festón gingival de los -- traumatismos operatorios, se realiza una pequeña incisión perpendicular a la primera señalada, y que se traza sobre la lengüetamesial del molar retenido.

B) Este tipo de incisión nosotros la aplicamos en todos los tipos de retenciones, para no lacerar la lengüeta interdientaria. Después de la incisión, el colgajo es separado con un periostotomo como la lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios. Por otra parte la cicatrización origina una retracción de la lengüeta, que deja al descubierto parte de la cara distal del segundo molar; dolores a los cambios térmicos son el efecto, además de la posibilidad de desarrollo de una caries.

Osteotomía. El movimiento que el tercer molar inferior

retenido debe efectuarse para abandonar el alveolo donde está -- alojado. La corona de el molar debe ser dirigida hacia la rama - montante de el maxilar. Por lo tanto todo el hueso que exista -- por la cara distal, en contacto con la corona de el tercer molar retenido en posición vertical debe ser eliminado para que el --- diente pueda desarrollar este arco en círculo.

En caso de existir en esta porción ósea distal que se - esta considerando, un proceso patológico tal como focos de ostei- tis, la osteotomía no será necesaria, porque el diente puede des- plazarse hacia distal, a expensas de el espacio creado por el -- proceso patológico.

La cantidad de hueso a eliminar será indicada por la - forma radicular, la relación de el borde superior de la osies--- tructuración la bifurcación de las raíces y la distancia que el- diente puede ser dirigido fuera de su alvéolo, hacia distal y -- hacia arriba por la aplicación de el elevador en la superficie - mesial o mesiobucal.

La forma de la raíz indica el movimiento del molar y - la cantidad de hueso a eliminarse de la siguiente manera:

Ambas raíces dirigida hacia distal: la cantidad de hue- so a eliminar debe ser suficiente como para que el diente pueda- describir el arco que corresponde a la forma radicular y no en-- cuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta:

La cantidad de hueso a eliminarse debe ser tal, que permita a el molar dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal hacia-mesial: El hueso debe ser eliminado en tal cantidad que el diente pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura de el septum.

Raíces rectas: Este tipo no necesita una gran eliminación de hueso distal. Con la aplicación de el elevador en la cara mesial se dirige al diente en sentido distal.

Después de que se hizo la eliminación ócea, ya sea con fresa redonda o con osteotomo se procede a la extracción propiamente dicha, con el empleo de elevadores.

Los elevadores que se apliquen en la zona de mejor anclaje o maniobra tienen como función la de luxar y elevar el molar de su alvéolo.

La elección de el elevador debe de ser de acuerdo con el ancho de el espacio interdentario o de el punto de apollo.

Ya elegido el tipo de elevador que se utilizará, se introduce suavemente en el espacio interdentario, entre los labios de la incisión de la mucosa. Este instrumento actua en su primer tiempo como cuña. En esta función penetra en el espacio interdentario; así permite en algunos casos, el desplazamiento de el molar hacia distal, elevando y luxando el molar retenido.

Movimiento de el elevador: Aplicado éste en el espacio

interdentario y en perfecto contacto la parte plana de la hoja - con la cara mesial de el molar, se inicia el movimiento destinado a elevar el diente, para tal objeto se hace girar el mango de el instrumento en sentido de las agujas de el reloj, para el lado izquierdo.

Con este movimiento hacia distal en molar se eleva y - se desplaza hacia distal en la misma proporción con que fué girado. El nuevo movimiento del mango de el elevador hacia distal -- permite un desplazamiento en grado mayor del molar retenido en - esa dirección.

Si la luxación no ha sido terminada con ese movimiento entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo y se vuelve a repetir el movimiento a distal.

Cuando la hoja de el elevador resulte insuficiente --- (por su tamaño) para dirigir el molar hacia distal se emplea un elevador de hoja más grande con lo que se logra el fin propuesto.

La fuerza a emplearse y la extensión de el movimiento-distal estan dados por la forma radicular.

Eliminación de el molar: Luxado el diente este puede - ser extraído del alvéolo con pinzas para extracciones o con el - mismo elevador. También puede ser eliminado con el elevador, colocando el instrumento en la cara bucal del molar a nivel de la bifurcación radicular; girando el instrumento hacia afuera, sobre su eje, con punto de apoyo en el borde óseo bucal, se levantan

ta el molar hacia arriba y adentro.

Extracción por osteotomía a fresa: La fresa es un instrumento poco traumatizante usándola con las prevenciones debidas.

El corte con fresa se debe hacer con refrigeración a base de suero fisiológico o agua esterilizada para evitar un calentamiento de el hueso y a su vez necrosis ósea.

Incisión: Debe ser amplia con ángulos de 90° para evitar necrosis o lastimamiento de el colgajo, que la parte de el objetivo quede al descubierto, con amplio acceso, y visibilidad, el colgajo debe descansar sobre hueso sano.

Osteotomía: Separados los labios de la incisión y apartados el carrillo y la lengua, se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a eliminarse. La fresa se introduce a expensas de el espacio que ella misma logra crearse, entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal, realizando tanta osteotomía como sea necesaria, por la extensión radicular.

Empleo de elevador recto: Se introduce en el espacio interdentario y se mueve alrededor de su eje, en sentido distal, descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio entre el segundo y tercer molar. Por el mismo mecanismo de acción (palanca de primer genero) el elevador recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás. Puede también ser apoyado sobre la cara distal de el segundo molar y dirigiendo

do el instrumento hacia adelante (mesial) la hoja de el instru--
 mento desplaza entonces el molar hacia atrás. El segundo molar,-
 usado como punto de apoyo, debe reunir ciertas condiciones, como
 es integridad en su corona, solidez del macizo radicular.

Extracción por odontosección.- Este tipo de extracción
 tiene indicación en aquellos casos de raíces divergentes con ---
 extraordinaria cementosis. En caso de que el tercer molar esté -
 muy vecino a la rama. Puede extirparse la parte distoclusal de -
 la corona con el escoplo. Este instrumento debe ser colocado, su
 parte activa sobre la cara oclusal a nivel de los surcos para --
 que el golpe de el escoplo sea efectivo, o bien se seccionará --
 con fresa.

RETENCION VERTICAL. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad
 dad, o solo faltar el segundo molar.

Cuando los dientes vecinos estan ausentes generalmente
 el molar retenido produce accedentes inflamatorios. Es frecuente
 que desdentados totales, portadores de protesis, sientan moles--
 tias originadas por los terceros molares retenidos. Su elimina--
 ción es necesaria.

Incisión: En caso de retención total espreferible la -
 incisión angular, que permite descubrir ampliamente el hueso. La
 rama longitudinal de la incisión es trazada a nivel o un poco --

más adentro de el borde lingual del molar y sobrepasa los límites del borde mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades de el surco vestibular. En las retenciones parciales, la incisión se limita a las indicaciones hecha para -- los casos de arcada normal.

Osteotomía: Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, como para poder llegar hasta la cara mesial y aplicar allí los elevadores.

El hueso se retira con escoplos o con fresas redondas, para hacer esta operación se siguen las reglas dadas anteriormente.

Extracción propiamente dicha: Se introduce la hoja de el elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial de el alvéolo (la osteotomía prepara la vía). Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial con punto de apoyo en el borde óseo mesial, se gira el mango de el instrumento en sentido mesial con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal.

En las presentaciones, con la cara mesial inaccesible, debe emplearse el método de odontosección con fresas, del molar, según su eje menor, y la extracción de cada parte por separado.

RETENCION MESIOANGULAR. AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

La ausencia tipo de presentación del molar, la técnica quirúrgica debe vencer solamente las resistencias óseas que cu---

bren el molar. La osteotomía puede hacerse a escoplo o a fresa.

Es sumamente importante estudiar radiográficamente el problema antes de intentar la extracción de estos molares aislados; cuando se aplica sobre ellos una fuerza exagerada, para intentar extraerlos, sin seccionar el diente, puede originarse fácilmente la fractura de el maxilar. La odontosección es por lo tanto una útil indicación.

Incisión: En caso de retención completa es de preferencia la incisión angular. Si el molar esta parcialmente erupcionado se aplica el mismo tipo de incisión.

Osteotomía: (a escoplo) Con un escoplo fino o de media caña se elimina el hueso distal para dejar al descubierto por lo menos la cara distal de corona.

El corte de hueso por la cara mesial esta condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial, sobre la cual se --- aplicará el elevador.

(A fresa:) La fresa corta identicas porciones de hueso El lado dista se opera con una fresa de fisura, en el angulo recto; la osteotomía mesial puede realizarse con fresa redonda.

Extracción propiamente dicha: Para efectuarla son bastante útiles los elevadores rectos o de bandera.

Se coloca la hoja de el instrumento entre la cara mesial de el molar y la superficie anterior de el alvéolo. Una vez aplicado en el lugar necesario, se gira el mango de el instrumento

to hacia mesial con lo que se consigue elevar el molar hacia --- atrás y arriba la fuerza aplicada a el elevador está de acuerdo con el grado de osteotomía o disposición radicular.

Los elevadores rectos pueden ser colocados entre la ca ra bucal y la pared externa de el hueso. Por movimientos rotatorios del mango del instrumento de derecha a izquierda, se consigue luxar el molar.

RETENCION EN POSICION MESIOANGULAR.

En esta extracción se aunan dos problemas quirúrgicos, que es preciso resolver.

Osteotomía. En general el molar retenido esta alojado más profundamente en el hueso y la cantidad de hueso distal suele estar dispuesta con más abundancia en las retenciones meioangulares, que en las verticales.

El contacto con el segundo molar constituye uno de los más solidos anclajes del molar retenido. La eliminación de tejido dentario y la odontosección, son sabias medidas que evitan -- traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

El molar retenido para ser elevado de su alvéolo debe trazar un arco, para la realización del cual se oponen los dos - elementos anteriormente mencionados el punto de contacto y el - hueso distal. En muchas ocasiones, aún eliminando todo el hueso distal que supone al trazado del arco, la extracción se ve difi-

cultada o impedida por el contacto que las cúspides mesiobucal y mesiolingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la corona del segundo o en la cara distal de la raíz distal, por debajo de la línea cervical. Resulta en estas ocasiones, un problema mecánico insalvable elevar un diente en tales condiciones, si no se suprime el obstáculo que representan las cúspides mesiales (superficie mesial de contacto).

RETENCION MESIOANGULAR SIN DESVIACION. CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.

Hay diferentes indicaciones para las incisiones en retención mesioangular. Cuando no se necesita aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión que partiendo de la cara distal del molar retenido, se extiende en sentido distal en una distancia aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar los elevadores aplicados a la cara mesial, se practica una incisión sobre el borde bucal de el molar retenido y en las mismas proporciones que en la anterior. Con el fin de evitar el traumatismo y laceración del rodete interdental, se traza una incisión bucal desde el borde de la encía hacia abajo, y ligeramente adelante.

Osteotomía: El triángulo óseo distal es eliminado con una fresa redonda u osteotomo.

La cantidad de hueso esta indicada por el grado de girover-

ción de el molar (a mayor inclinación mesial, mayor cantidad de hueso distal, y por lo tanto mayor osteotomía) y por la forma radicular, siguiendo las normas que ya han sido señaladas en retención vertical.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Elección del elevador: La forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar,-- la cara distal del segundo y el borde superior de el interséptum son los que rigen el tipo de elevador que se debe emplear. Espacios interdentarios pequeños exigen una hoja del elevador de escasas dimensiones, un espacio grande necesita una hoja grande y ancha. Colocando un elevador de hoja chica en un espacio grande, el trabajo es improductivo, debido a que no se logra el punto de apoyo necesario.

Introducción de el elevador; el elevador se introduce en el espacio interdentario dirigido hacia abajo y en sentido -- lingual, actuando en este primer tiempo como cuña. Con ligeros -- movimientos giratorios el mango de el instrumento dirigido hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio.

Aplicación del elevador la parte plana de la hoja de -- el elevador es aplicado contra la cara mesial del tercer molar;-- su borde inferior sobre el borde superior del espacio interdentario.

Movimiento de el elevador: Dirigiendo el mango de el elevador en sentido mesial, y de acuerdo con la disposición y forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para elevar el molar. La eliminación de el molar se realiza una vez colocado el diente verticalmente y venciendo el contacto entre el segundo y el tercer molar., con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

Extacción por osteotomía a fresa.- La fresa esta muy indicada en este tipo de retención.

Con una fresa redonda de número 4, 5, u 8, colocada en la pieza de mano o en el ángulo, según las facilidades de acceso que se tengan al campo operatorio (preferimos el ángulo recto, porque permite dirigir con mayor perfección el instrumento), se practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales deben llegar hacia el molar retenido. El tacto nos dará la sensación necesaria, que entonces nos advertirá la presencia de el molar retenido. La porción ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar, se elimina con un golpe de escoplo. Este instrumento se coloca con bisel dirigido hacia distal, tratando de insinuarlo entre la cara distal del molar y el hueso a eliminar. Con un golpe de escoplo se hace saltar la porción ósea distal. La cantidad de hueso a eliminar esta de acuerdo con la posición de el molar, la forma y la disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior. El hueso distal se -

elimina mejor con una fresa de fisura número 560.

Extracción por osteotomía a escoplo.- Se usa para realizar la osteotomía distal un escoplo de media caña. Perpendicularmente dirigido hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso en pequeñas porciones, hasta descubrir la suficiente cantidad del molar, con el fin de que sean vencidas las resistencias (hueso distal y punto de contacto). Se recomienda que en este tipo de retención resolver el problema de anclaje distal y el punto de contacto, eliminando siempre que haya fácil acceso al molar retenido, las cúspides mesiobucal y mesiolingual con una fresa de fisura. En el caso de que el molar este muy profundo, es más sencillo seccionarlo longitudinalmente.

En este tipo de retención, con la cara de el molar mesial accesible, si no se elimina el punto de contacto de las cúspides, habrá que extirpar hueso por lo menos hasta la mitad de la raíz.

En caso de hacer una osteotomía insuficiente, la eliminación de le molar debe hacerse por lo tanto, a expensas de la fuerza ejercida sobre el elevador, con los consiguientes inconvenientes postoperatorios. El exeso de presión ejercida sobre el hueso distal o sobre el mesial, trae consecuencia de dolores de gran intensidad (alveolitis). El dolor esta en relación con el grado de trauma.

Extracción propiamente dicha: Se raliza como en la ex-

tracción por osteotomía a fresa.

Extracción por odontosección.- Este método está muy indicado en la retención mesioangular. La odontosección puede --- aplicarse de dos formas: se divide el diente según su eje mayor, o bien se le divide según su eje menor.

Ambas operaciones se pueden realizar con o sin osteotomía. En unos casos es imprescindible: en otros puede seccionarse el diente y extraerlo sin la resección ósea previa.

La odontosección de los molares retenidos se puede realizar con piedras de carborundo, fresas, escoplo recto, de media caña, o el escoplo automático.

RETENCION EN POSICION DISTOANGULAR.

Esta posición no es frecuente. Cuando el tercer molar así se presenta, los métodos para su extracción suelen ser laboriosos. La dificultad de la extracción reside en la posición de el molar, que para ser extraído debe ser dirigido en sentido dig tal, es decir hacia la rama ascendente y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar -- con esta rama.

La extracción de el tercer molar aislado, se realiza - por procedimientos semejantes a los tratados en la retención ver tical.

A) Incisión. Si el molar esta parcialmente erupcionado

puede efectuarse el mismo tipo de incisión ya señalada para otras clases de retenciones.

En retenciones profundas y completas, preferimos la incisión angular, o recta según amerite el caso.

B) Osteotomía. El hueso que cubre la cara triturante es eliminado con fresa de fisura o fresa de bola. El hueso de la cara bucal debe también ser eliminado en suficiente cantidad, para permitir la colocación de los elevadores para extraer el molar.

C) Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores: Existiendo suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercero, es decir un ancho espacio interdentario, -- puede emplearse el elevador de más conveniencia.

El instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca de el borde bucal, e introduciendo el elevador como si fuera una cuña, entre el molar y el hueso se logra elevar el molar. Si la cantidad de hueso distal eliminado no es suficiente, deberá practicarse una mayor osteotomía. El elevador es nuevamente colocado en el mismo punto y con la misma acción de cuña el molar se des--cía hacia arriba y hacia atrás.

D) Extracción por odontosección: Las dificultades que presenta la posición distoangular el tercer molar, son muy variadas, sobre todo cuando esta rodeado en todas sus caras por hueso, esto exige el método de la división de el diente.

La cantidad de hueso a cortar y el tipo de la odontosección

sección, estaran dados por la cantidad de hueso distal, el grado de inclinación del molar, y la forma y disposición de sus raíces.

La técnica de odontosección en la retención distoangular.

Se debe trazar un arco y dirigirse en dirección de la rama montante. La proximidad de la cara triturante o de el borde distotriturante del molar con el hueso de la rama ascendente, -- obliga a suprimir el troso de diente que se oponga a la realización de el arco.

La odontosección se realiza con fresas o con escoplo automático en la retención distoangular es necesario cortar al --- diente según su eje menor.

Dada la colocación de el molar, la sección de la corona debe realizarse con una fresa de fisura. La fresa debe diri-- girse paralela a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal de el molar y la cara ósea externa. Habiendo dificultad para atacar al diente a la altura de su cuello, es necesario desgastar - previamente el esmalte coronario con una piedra montada la cual prepara una muesca en el diente separando la corona de la raíz.

Extracción de la corona: Para poder efectuarla se in-- troduce un instrumento delgado (elevador) en el espacio creado - por la fresa, y se comprueba si se ha realizado la separación de los dos elementos. Se proyecta la corona todo lo distalmente que

le permita el hueso y se le vuelve a colocar en contacto con el muñon radicular. La extracción de la corona no es problema una vez seccionado el molar. Con una cuchara o un elevador angular buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona de el molar.

Extracción de la raíz: La conducta a seguir depende de la forma y disposición de las raíces.

Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces.

TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

En esta posición pueden aplicarse tecnicas iguales que las usadas en la retención mesioangular. De estas son de preferencia las que simplificar el problema.

Los métodos de odontosección disminuyen el esfuerzo operatorio y el traumatismo y los riesgos postoperatorios son menores.

Incisión: Para la retención horizontal es de preferencia una incisión que permita descubrir la cara bucal del segundo molar.

Se preparan los colgajos según los requerimientos de las maniobras.

Osteotomía: Con una fresa redonda de número 5 ó 6 se reseca el hueso distal.

Si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación de el elevador.

Extracción propiamente dicha. Con un elevador recto colocado en la cara mesial del molar y el borde óseo, se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal.

La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

Extracción por odontosección.- Se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, aplicando el procedimiento de la odontosección.

La técnica puede realizarse por dos metodos:

Extracción de el molar seccionado según su eje menor: - Se corta el diente a la altura de el cuerllo con una fresa de fi sura, montada en el ángulo recto. La extracción de las partes seccionadas se efectúa con un elevador recto de hoja muy fina.

Extracción del molar seccionado según su eje mayor: Es te método es aplicable cuando la corona de el tercer molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal.

Se práctica la sección con una fresa sobre la cara triturante. Dividido el molar en dos porciones (mesial y distal). se extraen ambas por separado.

Extracción de la porción mesial: En algunos casos la porción mesial está solidamente retenida por debajo de la línea-

cervical de el segundo molar. En estos casos es útil separar en dos partes la proci3n mesial, seccionandola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal, con la misma fresa de fisura o con una fresa redonda. En este orificio se introduce un instrumento (cucharilla) y se elimina la raíz traccionándola hacia mesial.

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

Si se presenta en estas condiciones, cu cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

Estos molares se presentan, en una gran porcentaje de los casos con sus raíces incompletamente formadas.

El molar puede estar cubierto por hueso en cantidad variable. Para realizarse la extracción debe eliminarse el hueso -- que cubre la cara superior (como el molar esta girado puede ser la cara bucal o distal), el hueso de la tabla interna (que cubre la cara triturante) y la suficiente cantidad de hueso distal para poder dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

Incisión: La rama anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna de el hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar, y se continúa hacia afuera adelan

te y abajo.

Osteotomía: Se elimina el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante.

Levantados los colgajos, se elimina el hueso de la cara lingual con una fresa de fisura o una fresa redonda. El hueso que cubre la cara superior también es eliminado de la misma manera que el anterior. Es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje. Pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletas (son en realidad solo coronas), tienden a rosar en el interior de la cavidad alveolar y es tarea muy difícil lograr elevarlos. La técnica de la osteotomía debe ser complementada con la de la odontosección.

Extracción propiamente dicha. Empleo de los elevadores eliminada la suficiente cantidad de hueso que cubre el molar retenido, se introduce un elevador de tamaño según el requerimiento entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar hacia arriba y hacia atrás.

Extracción por odontosección. La técnica de odontosección, aplicada a este tipo de terceros molares es la que da más cantidad de éxitos. Seccionados con fresa redonda a nivel de su cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona con el mismo instrumento o con un escoplo colocado entre su cara oclusal ---- (cuando se trata de corona sin raíces), se elimina cada fragmento con un elevador o con una pinza de Kocher curva pequeña; este

instrumento logra asir y elevar, mejor que el elevador, los segmentos seccionados por la fresa. La odontosección con escoplo de be realizarse en caso de molares con sus raíces completas, antes de que se movilice la corona; como asientan sobre una base mue--lle, el bulbo dentario, el golpe de el escoplo no es muy efectivo, cuando la corona se ha desubicado aún parcialmente. La odontosección con fresa número 8 origina un espacio que resulta muy--útil para el desplazamiento de las partes seccionadas.

EXTRACCION DE EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BU--CAL:

Exámen radiográfico: La cara triturante de halla diri--gida hacia la mejilla. El molar aparece en la radiografía como --un disco.

Extracción.- La extracción de el tercer molar inferior retenido en posición bucal sigue los principios ya mencionados.- La sección de el diente de su eje menor, dividiéndolo con una --fresa de fisura de mesial a distal, simplifica el problema. Las--partes se extraen por separado.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVER--TIDA:

La técnica a emplearse para la extracción varía de --- acuerdo con la profundidad de el molar en el hueso y su accesibi--lidad a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen pre via resección del hueso que cubre la cara más cercana al borde - alveolar, que es la distal. La odontosección se realiza con una fresa de fisura, según el eje mayor de el diente, y dividiendo a éste en dos segmentos. Según la posición del molar se puede ex-- traer primero la raíz, o la corona, y a expensas de el espacio - creado se elimina la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen un se-- rio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar, además de una juiciosa y bien estudiada conducta se puede emplear con los dos distintos tipos de elevado res, ya sea recto, o de bandera.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ODONTOSECCION EN LOS MOLARES-RETENIDOS.

Para que los instrumentos destinados a cortar el dien-- te puedan cumplir su función, sin causar trauma a las partes --- blandas, ni lesionar hueso, es impresindible preparar una vía de acceso.

Instrumental: Piedras montadas (puede emplearse las -- piedras montadas número 5 para cortar esmalte; son de gran utilid ad los discos o piedras de diamante).

Fresas: Se pueden usar para este fin las fresas de fi-- sura número 560 y las fresas redondas número 8.

Piedras Montadas: Estas pueden emplearse con el fin de cortar el esmalte, como maniobra previa a el uso de las fresas y para facilitar la acción de este instrumento.

Fresas: En el ángulo diedro que ha preparado la piedra montada se introduce una fresa de fisura número 570. Esta se dirige de bucal a lingual, tratando de seccionar en toda su amplitud la corona de el molar retenido. Especial atención hay que -- prestar a la parte mesial del tercer molar, porque dos problemas pueden presentarse en estos pasos.

1) Sección insuficiente de la corona: No se corta todo el tejido dentario y la corona queda unida a sus raíces por esmalte, en cantidad variable, pero suficiente, como para impedir la separación y la eliminación de la corona.

2) La fresa pasa los límites de la corona: Es útil recordar la anatomía coronaria, tener buena eluminación y hemostasis en el acto operatorio y servirse del tacto que nos indica el tejido sobre el que estamos actuando. La fresa llevada fuera de los límites de la corona, puede lesionar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos de la cara interna del maxilar. Dirigida hacia abajo puede lesionar el dentario inferior y los vasos que lo acompañan con los trastornos consiguientes (hemorragia y parestesia).

Extracción de las partes seccionadas. Dividido el diente, las partes seccionadas son extraídas por separado; conside--

rando las dos formas de división; según su eje menor y según su eje mayor.

Extracción del molar seccionado según su eje menor: --

1) Extracción de la corona: La extracción de la corona después de seccionar el diente según su eje menor se realiza por medio de elevadores finos. Luego de seccionado el molar, se introduce el elevador en el espacio creado por la fresa. Este espacio es de gran utilidad, ya que a sus expensas se desplaza la corona -- hacia mesial y luego hacia distal.

A esta altura de el problema quirúrgico hay que volver a considerar la cara mesial de la corona, accesible o no a los -- elevadores. Si es inaccesible, se practica una vía para el elevador, con fresa si se puede facilmente abordar, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre la cara mesial y el borde óseo, y se eleva la corona.

2) Extracción de la Raíz: La porción radicular puede extraerse por medio de elevadores rectos, curvos, o bien los de bandera. En algunos tipos de retención empleamos los elevadores curvos derecho o izquierdo; este se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. Se gira el mango de el -- instrumento hacia lado bucal. Según la disposición y la forma radicular, será mayor o menor el esfuerzo a realizarse. En el caso de gran divergencia radicular (raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal dirigida hacia distal) o gran cementosis, puede --

ser de utilidad separar las dos raíces con una fresa de fisura - colocada en la pieza de mano. Cada raíz se extrae por separado - con los elevadores que según el caso se requieran.

Terminación de la Extracción: Se inspecciona la cavi--dad ósea, se retiran las esquirlas, se adaptan los labios de el - colgajo y se practican dos o tres puntos de sutura.

Posteriormente se le darán indicaciones al paciente -- para su higiene bucal deberá cepillarse los dientes cuidando no- leccionar la zona afectada.

Que acostumbra para inhibir las molestias; deberá se--guir dieta líquida las primeras 12 hrs, después podrá iniciar una dieta a base de papillas (blanda) sin grasa ni picante hasta nuevo aviso del Cirujano Dentista, ó nueva inspección de éste.

CONCLUSIONES

En esta tesis trato de dar un enfoque lo más sencillo posible para que la intervención de el tercer molar sea exitosa.

En mi corta experiencia como estudiante tuve la oportunidad de practicar algunas de las técnicas que mencione, obteniendo buenos resultados.

Como explique en los capítulos anteriores, existen una serie de complicaciones en la extracción del tercer molar, para estas complicaciones se deberá seguir toda una serie de procedimientos, que nos ayudará a tener mayor éxito en el tratamiento, desde su inicio hasta su terminación.

Cada caso nos brindará pequeñas o grandes variantes, que no deben de pasar sin darles la importancia debida, ya que todas son clave para seguir una técnica adecuada.

No dudo que al pasar el tiempo se desarrollen técnicas mejores, tornándose estas antiguadas, esto me daría mucho gusto pues mientras más avanza el tiempo cada odontólogo toma mayor experiencia y aportando así nuevos logros que mejoran la práctica de el cirujano dentista, contribuyendo así al avance de la Odontología.

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Maxilofacial. Guillermo A. Ries Centeno.
Editorial el Ateneo.
Séptima Edición.
Buenos Aires.

El tercer molar inferior retenido. Guillermo A. Ries Centeno.
Editorial el Ateneo.
Primera Edición 1960.
Reimpreso 1968.
Argentina.

Propedeutica fundamental. Manuel Ortega Cardona.
Editor y Distribuidor. Francisco Méndez Oteo.
Undécima Edición. 1975.
México. D.F.

Thoma Patología Oral. R.L. Gorlin, H.M. Goldman.
Editorial Salvat S.A.
Sexta Edición.
Barcelona.

Tratado de Patología Bucal. Dr. William G. Shafee.
Nueva Editorial Interamericana.
Tercera Edición 1977.
México D.F.

Diccionario Odontológico. Ciro Duarte Avellanal
Editorial Mundi
Buenos Aires