

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR  
D. G. B. - UNAM

Terceros Molares Inferiores  
Incluidos

T E S I S

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

AVIID RODRIGUEZ BETANCOURT

México, D. F.

1981



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.

## T E M A

### TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

	Pág.
1.- DEFINICION	1
2.- CLASIFICACION	3
3.- ETIOLOGIA	6
4.- ACCIDENTES DE EXPOSICION	8
5.- DIAGNOSTICO	12
6.- PRONOSTICO	18
7.- INDICACIONES	18
8.- CONTRADICCIONES	22
9.- ANATOMIA DE LA REGION	25
10.- INSTRUMENTAL	34
11.- ANESTESIA	35
12.- TECNICA QUIRURGICA	36

<b>13. - INDICACIONES AL PACIENTE</b>	<b>Pág. 43</b>
<b>14. - ACCIDENTES OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS</b>	<b>44</b>
<b>15. - CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>16. - BIBLIOGRAFIA</b>	<b>49</b>

## DEFINICION

Dientes incluidos son aquellos que pasadas su época normal de erupción quedan dentro del hueso en la mandíbula o cubiertos por los tejidos blandos de la región, y por lo tanto no llegan a ponerse a la vista en la cavidad bucal.

Todos los órganos dentarios temporales, permanentes o supernumerarios pueden quedar retenidos en los huesos, pueden ser totales o parciales estas retenciones.

Inclusión parcial es aquella en que una parte de la corona está en contacto con el medio bucal; los dientes pueden estar cubiertos en parte por el hueso y la mucosa o libres totalmente y cubiertos en parte por mucosa bucal.

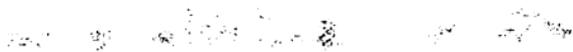
Inclusión total, el diente se encuentra íntegramente cubierto por los tejidos blandos o duros de la región. Pueden encontrarse en retención intradentaria total, mixta o submucosa.

Inclusión intradentaria total, están completamente cubiertos por hueso sin contacto con los tejidos blandos.

Inclusión mixta, están cubiertos parcialmente por hueso y totalmente por la mucosa.

**Inclusión submucosa, libres de hueso y totalmente cubiertas por la mucosa.**

**Inclusión parcial, libres de hueso y dejan ver gran parte de la placa dentaria a través de la mucosa.**



## CLASIFICACION

La clasificación está dada por las distintas posiciones que ocupa el diente dentro de la mandíbula, con respecto a la dirección del eje longitudinal del diente y son las siguientes:

- a). - Posición vertical
- b). - Posición Mesioangular
- c). - Posición Horizontal
- d). - Posición Distoangular
- e). - Posición Linguoangular
- f). - Posición Buccoangular
- g). - Posición Invertida.

Son dignas de mencionar la relación que guardan las terceras molares con el diente vecino y partes que le rodean.

1. - Posición del tercer molar con respecto a la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente.
2. - Profundidad del tercer molar con respecto al plano occlusal del segundo.
3. - Distintas posiciones ectópicas en que se presenta el tercer molar.

Posición del tercer molar con respecto a la cara distal del segundo molar y al borde anterior de la rama ascendente .

El tercer molar retenido puede guardar con respecto a la cara montante del maxilar una relación variable y está clasificado en tres clases.

Clase 1a. - En la primera clase el espacio que existe entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del 2do. molar para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

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

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

Profundidad del tercer molar con respecto al plano oclusal del segundo. Algunos autores consideran la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir la relación de la altura entre la cara triturante del segundo. Mencionaremos tres posiciones que son las siguientes:

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

**Posición B.** - La posición más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea media oclusal del segundo molar.

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

## ETIOLOGIA

Diversas teorías con respecto a la etiología de las retenciones dentarias.

**Retenciones en general.** - Todas las enfermedades generales en relación directa con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria.

**Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (osteoporosis) y enfermedades propias de ésta.**

**Causas Locales de Retención.** - Obstáculos mecánicos que pueden interponerse a la erupción normal.

- a). - Falta material de espacio, el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible (cara distal del segundo molar y la rama montante del maxilar).
- b). - Hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de erupción (Ectostosis).
- c). - El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario, dientes vecinos que por ex-

extracción prematura del temporario han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico.

- d). - Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria.

Las anomalías de desarrollo del diente pueden ser la causa de inclusión, pero las más frecuentes en dientes permanentes son:

- a). - Falta de desarrollo de la mandíbula.
- b). - Falta de espacio en el sitio correspondiente.
- c). - Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- d). - Mala posición del germe dentario.
- e). - Desarrollo incompleto de la raíz.
- f). - Presencia de dientes supernumerarios.
- g). - La falta de desarrollo del maxilar puede producir inclusiones y puede atribuirse a razones hereditarias, a influencias patológicas de orden general, o a causas locales como extracción prematura de dientes.

## ACCIDENTES DE ERUPCION

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

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

1. - Accidentes mecánicos.
2. - Accidentes Mucosos
3. - Accidentes Nerviosos
4. - Accidentes Celulares
5. - Accidentes Óseos
6. - Accidentes Linfáticos
7. - Accidentes Tumorales.

1. - Accidentes Mecánicos. - Los dientes retenidos actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

2. - Accidentes Mucosos. - Se denominan así a las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al diente retenido. Su

primer tipo es la pericoronaritis, de esta primera etapa clínica parten los - - distintos y múltiples accidentes, que presentan gamas tan variables a nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o parcialmente se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos; dolor, calor, tumor y rubor,

Dolor. - Casi siempre precoz; adquiere todas las variedades. Puede quedar localizado en la región del capuchón o irradiarse en la línea del - nervio dentario inferior. o tomar distintas vías, en ocasiones el dolor se ubica a nivel del tragua.

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

Tumor. - La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen "con la impresión de los dientes antagonistas". - Una sonda introducida debajo del capuchón descubre la corona del diente retenido.

Rubor. - La encía ha cambiado su color normal y tiene color rojizo. o rojo violáceo, cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor. - La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región, este cuadro inflamatorio no queda circunscrito al plano rama local, el estado general es prontamente afectado: fiebre, anorexia, astenia, los ganglios regionales son atacados. El trismus acompaña el proceso, la masticación está dificultada, teniendo todo este conjunto de manifestaciones una fisionomía particular. Entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de sangre y de pus y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

3. - Accidentes Nerviosos. - Los accidentes Nerviosos 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 eczemas.

4. - Accidentes Celulares. - La inflamación y el absceso consiguiente siguen distintas vías.

5. - Accidentes Oseos. - Los accidentes Oseos propiamente dichos, como complicación de una pericoronaritis.

6. - Accidentes Linfáticos o Ganglionares. - La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis un hecho frecuente y común, podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar.

Los ganglios tributarios de la región se trata, por lo general de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericor-

nario, el ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afección del saco pericoronario.

7.- Accidentes Tumoriales.- Los terceros molares pueden originar tumores odontogénicos de variada especie: los más comunes son los quistes dentíferos estos quistes llegan a infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable complicándose con procesos óseos.

Los tumores llamados odontomas constituyen un impedimento mecánico de erupción dentaria.

Por otra parte un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que encuentra en su camino impidiendo su normal erupción.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades -  
orales están condicionados a los métodos de interrogatorio y exploración que  
nos sirven para descubrir los signos, síntomas y evolución de estas enferme-  
dades. Partiendo desde el punto de vista de que el paciente llega por primera-  
vez a consulta, procederemos a nuestro interrogatorio.

Motivo de la consulta. - Dolores, tumefacciones, haciéndole  
precisar el sitio de la lesión.

Antecedentes hereditarios que pueden influir en la salud gene-  
ral del paciente como: Diabetes, Hemofilia.

### Antecedentes Personales:

No patológicos. - Higiene general del paciente, habitación, --  
alimentación.

Patológicos. - Alergias, cardiopatías, hemorragias, reuma--  
tismo. Antecedentes de tratamientos médicos, alergia a la penicilina, uso pre-  
vio de corticoides y psicoestimulantes y otros.

Padecimiento Actual: comienzo de la afección, fecha de ini-  
ciación, signos que han llamado la atención del paciente, tiempo de evolución

estado actual de los síntomas y tratamientos que haya recibido.

**EXAMEN ENDOBUCAL.** - Se pasa el examen de la cavidad bucal. fijándose en principio en las modificaciones de la apertura de la boca, aquí se verifica si existe o no trismus, síntoma frecuente que se produce en ocasiones de accidente aún leves como la retención de los terceros molares y que a veces se origina en una simple estomatitis, debe observarse el grado de la apertura bucal ya que existen diversos grados de trismus desde el extremadamente intenso que no permite al enfermo abrir la boca ni separar las arcadas más de un milímetro.

Se observará si el enfermo abre la boca en dirección vertical o si existe una desviación hacia un lado.

En el examen endobucal se comienza por el sistema dentario; pero no se adopta el mismo orden en el examen y se guiará por la razón que trae al paciente a la consulta; por ejemplo un paciente viene a consulta por un accidente que anteriormente se reconoció inmediatamente la región del tercer molar y se reconoció por accidente de erupción se pasará a examinar las otras partes de la cavidad oral.

**Sistema Dentario.** - Se verá en los dientes si existen cavidades por caries, cual es su grado, si son superficiales o penetrantes; movilidad de los dientes en las arcadas, ausencia de dientes en éstas.

Se deberá investigar la región del tercer molar, y se toma -

nota del grado de evolución de estas piezas, ver si hay oclusión traumática o -  
anoclusión, piezas supernumerarias, anomalías de sitio, posición o dirección,  
gigantismo o enanismo, dientes de Huchison.

Encías. - Ver posibles lesiones ulcerosas en la zona del ca-  
puchón de las terceras molares.

#### EXAMEN DEL ESTADO GENERAL.

Se debe considerar las Facies del enfermo su estado de debi-  
lidad de dinámica más o menos marcada.

Diagnóstico. - El diagnóstico como ya se dijo antes estará --  
basado en el perfecto conocimiento de los signos distintivos de una enfermedad;  
que en nuestro tema se trata de los terceros molares inferiores retenidos, sus  
accidentes de erupción y su tratamiento.

El diagnóstico no estaría completo en nuestro tema, sin la --  
utilización de un estado radiográfico, que nos dé la posición de la tercera molar  
retenida de la mandíbula, sus relaciones con ella y los demás dientes, su pro-  
fundidad y su dirección.

#### EXAMEN RADIOGRAFICO. -

Se lleva a cabo el examen radiográfico por medio de la técnica  
ortopantal, que en caso de no dar los detalles completos sobre la situación de la

pieza se recurrirá a la técnica oclusal, también en nuestro examen estará --  
auxiliado por la técnica-extraoral, para los casos en que el paciente presente  
dificultad en abrir la boca por trismus procesos inflamatorios, fracturas o --  
intolerancia del paciente.

#### ESTUDIAREMOS EN LA RADIOGRAFIA:

- a). - La posición del tercer molar
- b). - La disposición de las raíces
- c). - Profundidad del tercer molar en el hueso
- d). - Contacto con el segundo molar
- e). - Porción ósea entre el segundo y tercer molar
- f). - Conducto dentario, y su relación con los ápices del tercer molar.

#### EXAMEN CLINICO

Examen exobucal: De la región cervico facial, - Utilizaremos la inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección. - Debemos verificar si ambos lados de la cara -  
son simétricos, ya que en el curso de accidentes infecciosos crónicos y sobre  
todo en agudos, las inflamaciones desempeñan un papel considerable y se tra--  
ducen casi siempre por aumento del lado enfermo. Ver las modificaciones de  
la coloración de la piel, que estarán relacionados con fenómenos inflamatorios;  
-er la existencia de tumores, fístulas que son frecuentes en la región cervical

v facial: se debe tener presente el sistema piloso de la región cérvico-facial - si es normal o presenta áreas alopécicas como las que se encuentran en cierta neuritis cuyo origen puede ser dentario.

**Palpitación.** - En la palpación de esta región procederemos por comparación y primero estudiaremos el lado sano, cuyos caracteres normales es preciso conocer bien antes de palpar la zona enferma; por ejemplo si se percibe una tumefacción del lado izquierdo de la cara, se debe palpar primero el lado derecho. Si existen fenómenos dolorosos que han sido revelados por el paciente, se debe realizar la palpación con muchas precauciones para no determinar más dolores que los indispensables para establecer el diagnóstico: el dolor se debe analizar con cuidado en su intensidad, la localización, la difusión o la limitación.

Otro signo derivado de la palpación, es la noción de consistencia, ya sea en el curso de la evolución de fenómenos crónicos ó subagudos o bien aun en el curso de la evolución, de síntomas agudos; la consistencia variable será tumefacción blanda, tumefacción dura que se trata de una evolución - más o menos avanzada hacia la supuración; también habrá una dureza de tumor leñoso, esta sensación existe sobretudo en infecciones agudas; los flemones leñosos se encuentran especialmente en región cervical, pero también en región maxilo-facial.

#### EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio se deben llevar a cabo antes de toda intervención, aunque no se descubran en el paciente signos de enfermedad.

des generales ya sea por la exploración o el interrogatorio. Estos exámenes son:

Tiempo de Coagulación

Tiempo de Sangrado

Biometría Hemática

Química Sanguínea

Tiempo de Protrombina

Examen de Orina.

## P R O N O S T I C O

Es malo para la pieza, pues se pierde en la totalidad de los casos. Es bueno para el paciente en la mayoría de los casos de inclusión y sus accidentes.

## I N D I C A C I O N E S

Los terceros molares inferiores, tienen interés clínico desde que se forman hasta que se extraen, la erupción de estas piezas puede ir acompañada de dolor y lesiones de las estructuras que las rodean; también dice que con frecuencia son hipoplásicas y tiene predisposiciones a las caries, su reconstrucción es difícil y tienden a perturbar el alineamiento de los otros dientes, restándoles espacio, y espionándolos.

Todas las terceras molares inferiores en mal posición o que no pueden erupcionar por falta de espacio deben extraerse; sin embargo existen algunas divergencias respecto a la conveniencia de la extracción de estas piezas cuando no producen síntomas ni hay signos radiológicos de lesiones.

Las posibles complicaciones y las dificultades de la extracción, aumentan en grado considerable con la edad del paciente. La extracción precoz-

elimina esas peligrosas consecuencias, que pueden presentar en el momento oportuno, existe siempre el peligro de fractura accidental de la mandíbula y los dientes incluidos.

La extracción del tercer molar inferior incluido, es más fácil cuando el paciente es joven, y la ocasión ideal para extraerla es cuando se han formado los dos tercios o tres cuartos aproximadamente de las raíces.

En los individuos de mayor edad, la extracción se torna un problema más difícil, el hueso es duro y frágil.

Las indicaciones para la extracción de las terceras molares inferiores incluídas y no erupcionadas son las siguientes:

1). - Erupción Parcial. - La erupción incompleta es una de las indicaciones para la extracción profiláctica de las terceras molares si hay signos de traumatismo masticatorio en la encía que lo cubre e hipertrofia de la encía pericoronaria.

2). - El tercer molar inferior, en ocasiones puede erupcionar primero que la segunda molar y ser un obstáculo para la erupción de este último de tal manera que ejerce presión y lo inclina; en este caso también es aconsejable la extracción de la misma pieza.

3). - Hipoplasia de los maxilares y mandíbula y desproporción entre las dimensiones de éstos y los dientes; este fenómeno filogénico es causa de maloclusión general, pero en particular es la razón por la que al erupcio-

nar el dítimo diente y de carecer de espacio para ello no puede tomar su posición normal en el proceso. Si tenemos pruebas de que estas piezas no pueden tomar su posición normal en la mandíbula, deberemos pensar en la extracción profiláctica para evitar muchas de las complicaciones posteriores que acompañan a su erupción incompleta.

4). - Síntomas de Dolor. - La compresión del nervio dentario inferior por el tercer molar incluido origina a veces ciertos síntomas dolorosos; en ocasiones ese dolor es referido a zonas inervadas por cualquier otra rama del quinto par o de los nervios a que se anastomosan con él. En sujetos de más de treinta años es quienes con mayor frecuencia se producen síntomas neurológicos por esta causa puesto que la presión es más probable que se ejerza durante la etapa de desarrollo del molar, cuando las raíces crecen sin erupción compensadora del diente incluido.

La causa de la irritación puede ser un molar que en lugar de hacer erupción a través del hueso que lo cubre, llega a detenerse en una pieza contigua.

La caries se desarrolla también en dientes parcialmente --erupcionados y a veces se extiende a la pulpa e incluso a la del tercer molar, la patología de la pulpa es una de las causas más comunes del dolor reflejo, cefaleas frontales y occipitales y una oscura e indefinida sensación de presión son los síntomas más comunes: el dolor puede ser ligero y localizado en la región inmediata del diente incluido puede ser grave o aún agudísimo, incluyendo todos

los dientes inferiores y superiores en el lado afectado; el oído y la zona postauricular, cualquier zona innervada por el quinto par craneal o aún toda la zona completa esto incluye el dolor momentáneo. El dolor puede ser intermitente-constante o periódico, puede ser una neuralgia intermitente trifacial que simula el tic doloroso, este tic se distingue en que el dolor es agudísimo, y súbito como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o labios. Los terceros molares incluidos producen frecuentemente Otitis, otalgia.

5). - Infección pericoronar. - Uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares incluidos, es la infección de los tejidos paradontales lo que sucede cuando la encía ha sido perforada y permite la penetración de los microorganismos. En las infecciones plégicas se puede formar un absceso pericoronar, que en la mandíbula es frecuente que vaya acompañado de trismus, disfagia, celulitis y absceso submaxilar en todos estos procesos la extracción es el objetivo principal del tratamiento. Es preciso posponer la extracción hasta que haya pasado la etapa aguda de la enfermedad, solo en caso de urgencia se procederá a intervenir siempre y cuando sea ayudado con la quimioterapia adecuada.

6). - Caries e infección periapical. - La caries puede producirse en piezas parcialmente erupcionadas e invadir gradualmente la pulpa con la consiguiente infección periapical. Esta infección puede prosperar y producir absceso submandibular, los terceros molares estando en posición normal pero cariados, deberán obturarse o extraerse antes de que llegue a infectarse.

## CONTRAINDICACIONES

Antes de extraer estas piezas, es indispensable hacer un reconocimiento general del paciente, esto es especialmente necesario cuando se va a extraer un diente infectado; serias complicaciones por extracción como endocarditis bacteriana subaguda, pueden ser precipitadas por una extracción. Naturalmente las posibilidades de producir exacerbaciones agudas de las diferentes alteraciones generales son mayores cuando mayor es la cantidad de bacterias y sus toxinas liberadas, la extracción sin peligro depende del estado físico del paciente, y del tipo de la infección que presente.

La extracción al realizarse en pacientes que presentan cualquiera de las enfermedades que en seguida mencionaré debe ser propuesta hasta que el médico general del paciente indique que la operación pueda realizarse con cierta seguridad.

Enfermedades cardiacas, reumatismo cardiaco, dicracias --  
sanguíneas, leucemia, púrpura hemorrágica, hemofilia, anemia, diabetes.

## ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En el curso de la somera descripción anatómica de la región, del tercer molar inferior hemos hecho el estudio analítico de los elementos relacionados con el molar retenido. Consideremos ahora la anatomía topográfica de la región,

circunscribiéndonos a un estudio, de las regiones en relación con este diente.

Maseterica geniana de la fosacigomática y glososuprahioides.

Región Maseterica. - Situadas en las partes laterales de la cara, esta región tiene aproximadamente los límites del músculo masetero; -- arco sigomático, por arriba; el borde posterior de este hueso, por detrás y el borde anterior del músculo que da nombre a esta región, por delante. En este tejido celulo-graso se investigan importantes elementos anatómicos: la arteria transversal de la cara, las ramas terminales del nervio facial, la glándula parotida, con su conducto excretor, fascículos de los músculos risorios de Santorini y cuñaseo del cuello y la arteria y vena faciales.

Más profundamente se halla la sponerosis maseterica, la -- cual se inserta en el arco cigomático y en el borde anterior de la rama ascendente, rodeando el borde anterior de el masetero.

Región Geniana. - Se halla situada a ambos lados de la cara y son sus límites: el posterior, el borde anterior de la rama; el superior, el -- borde inferior de la órbita; abajo, el borde inferior de el maxilar y adelante -- los surcos nasogeniano y labiogeniano,

Y la bucal y la arteria transversal de la cara, rama de la -- temporal superficial, está en relación con la zona del tercer molar inferior,

Vena. - La vena facial, que desemboca en la yugular interna, cruza en diagonal, junto con la arteria homónima, la región geniana.

Región de la fosa Cigomática. - Pertenecientes a las regiones profundas desde la cara, la región de la fosa cigomática se halla situada por dentro de la rama ascendente del maxilar inferior; tiene escasa relación con la región en estudio.

Región Glososuprahíodea. - La región sublingual, o piso de la boca, y la región suprahíodea. Estas regiones son indivisibles tanto desde el punto de vista anatomoclínico como del quirúrgico. Con respecto al problema de estudio, la región glososuprahíodea es asiento de afecciones dependientes del tercer molar, aunque desde el punto de vista de la endodoncia propiamente dicha, no tiene ningún papel.

## ANATOMIA DE LA REGION

Anatomía de la región. - La región del tercer molar inferior está circunscrita a la zona comprendida entre los siguientes límites:

1. - En la parte anterior del tercer molar se traza un plano que pasa por la cara distal del primer molar en dirección vertical y que coita la rama horizontal.
2. - En la parte posterior se encuentra el borde posterior de la rama ascendente.
3. - En la parte superior un plano horizontal que pasa por la espina de Spix y paralelo al plano de oclusión de los molares.
4. - En la parte inferior de la rama horizontal del maxilar el borde inferior.
5. - El espacio cuadrilátero comprendido entre estos planos presenta dos zonas diferentes; la correspondiente a la -- porción básica de la mandíbula y de la rama ascendente que es estable y la porción alveolar cuya vida depende de los dientes, que crece y se forma de acuerdo con la erupción de ellos y que se atrofia y desaparece cuando se produce su pérdida la porción alveolar que ocupa toda la extensión de la rama horizontal terminada en el triángulo - retromolar.

Esta región tiene dos caras; externa e interna, dos bordes -- anterosuperior o alveolar y posteroinferior.

**Cara externa.** - Es plana en su mayor parte, su borde anterior corresponde al borde anterior de la rama ascendente que desciende abajo y adelante continuándose en la cara externa de la rama horizontal y forma la línea oblicua externa, esta línea divide a la cara externa en dos porciones: --- Anterosuperior, de menor tamaño y con una depresión que es el principio de la fosa retromolar; posteroinferior amplia y rugosa donde se inserta el músculo masetero.

**Cara interna.** - Corresponde al conducto dentario inferior por el cual pasan el nervio dentario inferior y los vasos dentarios inferiores, en el límite anterior de este agujero se encuentra la espina de Spix, se localiza en -- esta cara en su porción anterosuperior, la parte inferior del borde anterior de la apófisis coronoides que se continúa sobre la cara externa de la rama hori-- zontal y forma la línea oblicua interna que forma un espacio denominado triángulo retromolar.

**Borde anterosuperior o alveolar.** - Está formado por delante por el rebordalveolar y el alveolo del tercer molar, por el triángulo retromolar de forma triangular y de vértice superior.

**Borde posteroinferior.** - Este borde no tiene importancia desde el punto de vista quirúrgico y está formado por el gonión.

**Estructura Interna.** - Practicando un corte a la mitad del tercer molar encontraremos una lámina gruesa de tejido óseo compacto que forma la tabla externa por dentro una lámina de tejido compacto mucho más delgada que forma la tabla interna, entre estas dos láminas compactas encontraremos tejido esponjoso, y en el cual, se encuentra el alveolo del tercer molar y el conducto dentario. La porción ósea que corresponde a la zona del tercer molar está constituida por dos tablas de tejido esponjoso compacto la externa que es más gruesa y la interna mucho más delgada.

#### **Anatomía del Nervio Dentario Inferior.** -

**El nervio dentario inferior es una de las cinco ramas que** emerge entre el tronco posterior del nervio maxilar inferior que es rama del trigémino el nervio dentario es el más voluminoso de los originados del maxilar inferior, y continúa en la misma dirección del tronco y desciende entre la cara externa del pterigóideo interno y el músculo pterigóideo externo acompañado de la arteria dentaria inferior con la cual penetra el conducto dentario, corre por éste hasta el agujero mentoniano donde se divide en sus ramas terminales.

Las ramas dentarias, nacen en el conducto dentario y están destinadas a inervar los gruesos molares, los premolares y el canino, así como la mandíbula y la encía que la cubre.

Las ramas terminales son dos: El nervio incisivo que continúa la dirección del tronco, se mete en el conducto incisivo y proporciona a los incisivos el canino.

**Anatomía del Nervio Lingual.** - El nervio lingual casi tan voluminoso como el dentario inferior, se encuentra por delante de éste, del que se separa para dirigirse a la punta de la lengua; al principio se encuentra entre los dos pterigoides cruzando por detrás de la arteria maxilar interna, sigue después entre la inserción externa del pterigoideo interno y de la sponsois-interpterigoides hasta alcanzar el piso de la boca. Se dirige entonces hacia adelante, sobre el hipogloso y el genogloso colocándose entre este último y el músculo lingual inferior y cruza el conducto de Warthon por debajo y fuera, se ramifica finalmente por la mucosa de la lengua situada por la V Lingual.

**El nervio Lingual se divide en numerosos ramos terminales, destinados a la mucosa de la cara inferior y del dorso de la lengua etc:**

#### **ANATOMIA QUIRURGICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.**

En el maxilar inferior, según las clásicas descripciones anatómicas, se encuentra la denominada región del tercer molar inferior, asiento de la patología, clínica y terapéutica del molar retenido, tema que es el objeto substancial de este trabajo, esta región se halla constituida por el hueso maxilar, el molar que aloja y las partes blandas que lo cubren, revisten y circundan.

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo diédrico de unión de las dos partes componentes de la mandíbula: la rama montante y el cuerpo.

Vamos a describir, según nuestras exigencias quirúrgicas, denominada región del tercer molar inferior.

Del cuerpo del maxilar sólo nos interesa recordar además de su forma de herradura, que posee dos caras y cuatro bordes y que está constituido por dos elementos anatómicos y funcionales distintos, la porción basal, - que se une sin límites visibles con la rama ascendente y la porción alveolar - entre el borde anterior de la ascendente esta porción o apófisis alveolar, queda un espacio acanalado o fosa retromolar, que desempeña un papel importante en la evolución, patología y cirugía del tercer molar. La rama ascendente tiene mucha relación con el tercer molar retenido, tiene forma rectangular: - en la cara externa, rugosa en su parte inferior y a la altura del tercer molar se inserta el músculo masetero, en la cara interna en la porción inferior se inserta el pterigideo interno.

La cara externa constituye el borde externo de la apófisis alveolar interna, su borde interno, ambas crestas forman el trigono retromolar de importancia en la cirugía que estamos estudiando.

El Conducto Dentario. - Este se inicia en la cara interna de la rama ascendente del maxilar, el conducto usa el interior del hueso, está protegido por una cortical, el conducto dentario se desliza por debajo de las raíces del tercer molar, recorre por lo tanto en el plano horizontal un trayecto de adentro a afuera llegando hasta la tabla externa a nivel del orificio mentoniano.

**El Periostio.** - El maxilar inferior como todo hueso, está --  
recubierto por una membrana fibrosa llamada periostio, este tejido presenta -  
en el maxilar inferior una firme adherencia alrededor de los cuellos dentarios,  
inserción que es preciso vencer quirúrgicamente para desprender el periostio  
de su inserción ósea. El color del periostio en este hueso es blanco pálido,

**Mucosa alveolar.** - Está formada por epitelio y corion tiene-  
las características de la mucosa bucal, la mucosa se implanta en la submucosa  
la cual a su vez se asienta directamente sobre la cara externa del periostio  
que no impiden en el acto quirúrgico, la separación de su tejido vecino.

**El Saco Dentario.** - Rodea al folículo y acompaña al diente en  
el período de la erupción dentaria, retenido un diente en el maxilar, el saco -  
dentario rodea su corona y se inserta a nivel del cuello dentario, en algunas -  
oportunidades, el saco puede comunicar con el medio bucal e infectarse.

La pericoronaritis como proceso infeccioso, se inicia y sigue  
su marcha y evolución, los restos epiteliales que contiene el saco dentario y -  
pericoronario pueden iniciar evoluciones tumorales de características de índole  
e intensidad variable,

**Músculos.** - Masetero. músculo masticatorio, la relación --  
desde el punto de vista quirúrgico es la que tiene con el músculo buccinador, -  
del cual lo separa la bolsa adiposa de Bichat.

**Temporal.** - Es un ancho abanico muscular que se extiende-

desde la fosa temporal hasta el maxilar inferior, sólo su inserción inferior tiene relación con la región del tercer molar.

**Buccinador.** - Forma la pared lateral de la cavidad bucal en el maxilar inferior, el músculo buccinador tiene directa relación con la región del tercer molar, la inserción inferior está en íntima relación con el alveolo del tercer molar en algunos casos la proximidad del músculo con el molar obliga a desprender parte del buccinador en las maniobras quirúrgicas.

**Pterigoideo Interno.** - Este músculo corto y poderoso, sólo en escasas oportunidades tiene alguna relación importante con el tercer molar, en las reacciones disosculares, con gran desviación lingual, la tabla interna - - puede estar lo bastante adelgazada como para que la corona del tercer molar - esté muy próxima a la inserción inferior del músculo.

**Milohioideo.** - Este músculo par, de forma cuadrilátera se extiende desde el maxilar inferior al hueso hioides formando entre ambos un plano muscular que constituye el piso de la boca.

Los molares en linguoverción pueden tener su corona en íntimo contacto con la inserción posterior del músculo.

## NERVIOS

La región que nos ocupa está bajo la dependencia del trigémino por intermedio de su tercera rama, el nervio maxilar inferior o mandibular

sobre todo, una de sus ramas terminales, el nervio dentario inferior tiene bajo su dependencia la inervación sensitiva de la zona, este nervio atraviesa el espacio ptarigomandibular y entra al conducto dentario por el orificio superior, junto con la arteria.

Al dentario inferior le corresponde la sensibilidad del hueso, encía y pulpa del tercer molar; la parte bucal de la encía no está inervada por esta rama, sino que depende del nervio bucal. La encía interna está bajo la dependencia del lingual.

Arterias. - La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral descendente de la maxilar inferior; la arteria dentaria inferior nace cerca del cóndilo se dirige hacia abajo y afuera, recorre el espacio ptarigomaxilar y se introduce con el nervio dentario inferior en el conducto. Desde dos clases de ramas: las arterias pulpareas que penetran por el foramen apical a los dientes inferiores y las arterias alveolares, que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares; estas envían ramas menores al periostio y encía de ambas caras del maxilar.

Vena. - Dentro del conducto dentario se alojan dos o más venas que recorran el mismo camino que la vena dentaria, las venas dentarias desembocan en el plexo ptarigóideo, situado en la región cigomática el cual tiene una importante función en el desagüe de la circulación venosa, y en la marcha, desarrollo y evolución de los procesos patológicos que tiene lugar en la zona que son tributarias de este plexo.

Linfática. - Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea al diente dan origen a conductos linfáticos que van a desembocar en una serie de ganglios situados en la región suprahioides; en la celda submaxilar, para ser más precisa. Los procesos inflamatorios originados a expensas del capuchón del tercer molar, la pericoronaritis y las distintas y variadas afecciones y que se desarrollan en los maxilares, a expensas de este diente tienen inmediata repercusión ganglionar, provocando adenitis de distinto tipo en los ganglios tributarios de la región suprahioides, que está por delante de la V lingual.

Anatomía del Nervio Bucal. - Después de su nacimiento se dirige hacia afuera y adelante, pasa entre los dos arcos del pterigoideo externo y cambiando su dirección hacia abajo y adelante desciende hacia el buccinador, sus ramos terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carillo y sus ramos profundos perforan el buccinador e inervan la mucosa bucal desde el tercer molar inferior hasta el primer molar.

## INSTRUMENTAL

Los instrumentos que usamos para la extracción quirúrgica - del tercer molar inferior incluído, son los siguientes:

**I). - De Asepsia y Antisepsia.**

- a). - Solución de mercurocloro benzal u otro antiséptico.
- b). - Pizmas de curación.
- c). - Espejo bucal.

**II). - De Anestesia.**

- a). - Jeringas hipodérmicas tipo Luer de 4cc, o jeringa tipo - carpula.
- b). - Cartuchos de solución anestésica.

**III). - De Sección de Tejidos Blandos.**

- a). - Bisturí de hoja intercambiable.
- b). - Hojas rectas y curvas.
- c). - Tijeras rectas y curvas.
- d). - Pizmas de disección.
- e). - Separadores para colgajo.

**IV). - De Sección de Tejidos Duros.**

- a). - Cucharcilla para hueso.
- b). - Fresas: de figura quirúrgica # 560 redondas del número 5 al 8.

V). - Elevadores

- a). - Rectos y de bandera.

VI). - Forceps.

- a). - Para terceros molares.

VII). - De Sutura:

- a). - Pinza porta aguja
- b). - Aguja curva
- c). - Hilo, seda o cargut

VIII). - Campo Operatorio.

- a). - Compresas para el paciente y mesa
- b). - Gorro, cobre boca, bath, guantes, deberán estar perfectamente esterilizados.

### ANESTESIA

Se produce la anestesia de los nervios dentarios inferior, --  
lingual y bucal largo, el paciente debe estar correctamente sentado, su cabeza  
ligera y inclinada hacia atrás; la cavidad bucal estará a la altura de nues--  
tro hombro.

Se pincha el sitio a inyectar con benzal diluido o tintura de -  
merthiolate y se aplica un anestésico tópico.

Para aplicar la anestesia debemos tomar en cuenta los siguien-

res reparos anatómicos; borde anterior de la rama ascendente (línea oblicua -- externa, línea oblicua interna, triángulo retromolar), y el ligamento pterigomaxilar se calcula 1 cm. , arriba de la cara oclusal del último molar en el espacio retromolar parte interna de la línea oblicua interna, con el bicef mirando al -- hueso se pone 1 o 2 veces en la punción, estamos a la altura de premolares, en el siguiente tiempo la aguja debe ser paralela a las caras oclusales descargamos 1 cm. para anestesiar el lingual.

### TECNICA QUIRURGICA

Existen diferencias de criterios con respecto a la forma de -- eliminar el tercer molar inferior retenido, algunos autores aconsejan extraer la pieza en un solo bloque, eliminando sistemáticamente y en todo lo que sea -- posible el hueso que lo rodea, otros creen que la extracción se facilita después de haber dividido la pieza en dos o más fragmentos y respetando la mayor cantidad de hueso posible.

Tomando en cuenta este principio establecen que la pieza se -- debe eliminar fraccionada, pero después de haber hecho una osteotomía adecuada para eliminar la resistencia deca.

Pell y Gregori, fueron los primeros autores en establecer la -- técnica de odontosección y hacen mención de las ventajas siguientes:

El campo operatorio es más pequeño, ya que al trabajar poco o nada en la zona posterior al diente las incisiones son menos extensas; esto -- significa menos inflamación y trismus operatorio; sin embargo es preferible -- hacer una incisión bastante amplia para tener más visión del campo operatorio. La resección del tejido óseo es reducida.

No se lesionan las piezas adyacentes ni el tejido óseo; no se fuerza la pieza para pasar la convexidad de la pieza anterior, ni el tejido óseo se somete a grandes presiones cuando se le usa como punto de apoyo.

El riesgo de una fractura es menor, ya que muchas fracturas de la mandíbula son el resultado de extracciones forzadas, generalmente puestas retenidas en posición vertical en los cuales no se ha eliminado suficiente cantidad de tejido óseo y el operador trata de forzar la pieza a través de este tejido.

Cuando se usan excesivas presiones en la pieza, se lesiona el nervio dentario inferior y se produce insensibilidad del labio.

También se mencionan sus desventajas:

Molares con hendiduras bajas no se seccionan, como en algunos pacientes ancianos que son difíciles de fracturar.

La técnica quirúrgica a seguir consta de las siguientes etapas:

- a). - Incisión
- b). - Legrado del Colgajo

- c). - Osteotomía
  - d). - Odontosección
  - e). - Extracción propiamente dicha
  - f). - Regularización de bordes
  - g). - Curetaje y lavado de la cavidad
  - h). - Sutura
- a). - Incisión. - Hacemos la incisión con un bisturí de hoja curva, iniciándola desde la línea oblicua interna, y siguiendo la paralela al eje de la rama horizontal hasta llegar al ángulo distovestibular del segundo molar, de aquí se continúa la incisión por la cara distal de esta pieza y hacia bucal; después por bucal se va continuando los cuellos del segundo y primer molar, hasta llegar por distal del primero. Este tipo de incisión nos permite una visión bastante amplia de la zona a operar.
- b). - Legado del Colgajo. - Una vez realizada nuestra incisión introducimos en el ángulo distovestibular del segundo molar, -- entre la fibromucosa y el tejido óseo con suaves movimientos de lateralidad se va despegando la fibromucosa de su inserción en el tejido óseo con una legra roma, levantando por lo tanto fibromucosa y periostio.
- Terminado el desprendimiento, el ayudante separará ampliamente el carrillo con un separador o con el espejo bucal, y el colgajo se separará por medio de sutura o separador. El

# TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

coigajo debe reunir los siguientes requisitos. Debe tener una base ancha para asegurar una buena irrigación sanguínea al tejido blando, debe permitir una exposición adecuada del sitio a operar, debe ser bastante grande para que los tejidos blandos que rodean el sitio a operar no sean traumatizados, y que cuando se vuelva a colocar en su sitio, los bordes se apoyen sobre una base ancha de tejido óseo.

- c). - Osteotomía. - Osteotomía a Fresa. - Utilizamos fresas de carburo y bajo enfriamiento con agua esterilizada o suero fisiológico para evitar recalentamiento con necrosis y mortificación del hueso.
- Generalmente se elimina el hueso en la porción vestibular, para tener acceso a la cara mesial de la pieza con los elevadores; para facilitar su movimiento hacia distal se elimina el hueso por distal, a tal grado que esta porción nos ofrezca un punto de resistencia al elevar la pieza o sus fragmentos.
- d). - Odontosección. - Una de las más valiosas ayudas en la remoción de muchos terceros molares incluidos, es la técnica de Odontosección o sea la reducción de la corona en piezas pequeñas, permitiendo la creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz. Por este proceso se conserva mucha sustancia ósea que tendrá que ser regenerada en la cicatrización postoperatoria, en algu-

nos casos no es necesario seccionar la pieza, pero esta técnica nos ahorra tiempo operatorio y molestias postoperatorias.

- e). - Extracción Propiamente dicha. - Si la pieza ha sido dividida en dirección de su eje menor, se procede a extraer la corona por medio de elevadores, se introduce el elevador en el espacio -- cruzado por la fresa y se desplaza la corona primero hacia mesial y luego hacia distal, después de cruzada se introduce el elevador por debajo de la corona entre su cara mesial y el borde deo, y se eleva; la porción radicular puede extraerse por medio de elevadores rectos o curvos. Este último se introduce entre la porción radicular y el tejido deo subyacente se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal -- según la disposición y la forma radicular será mayor o menor el esfuerzo a realizarse, en caso de gran divergencia radicular o gran cementosis, es de utilidad separar las dos raíces con fresa de fisura, cada raíz se extrae por separado con elevador recto. Al realizarse la sección se la pieza según su eje mayor, quedan dos porciones mesial y distal; la porción distal es la primera que se elimina introduciendo un elevador recto, entre las dos porciones y por debajo de la línea cervical para evitar una posible fractura de la porción distal; aplicando a este nivel, se gira hacia mesial el mango del instrumento dirigiendo la raíz hacia arriba y hacia atrás. Elimina-

de la porción distal, se introduce el elevador entre la cara --  
mesial y el borde óseo se gira el mango hacia mesial con esta  
manobra, esta porción desplaza hacia distal.

f). - Regularización de Borde. - Se regularizan los bordes óseos -  
con la escotina y en caso de que exista un borde muy saliente  
y agudo se elimina con la pinza gubia; los movimientos deben  
ser de adentro hacia afuera para evitar lesionar el paquete -  
vasculonervioso.

g). - Curataje y lavado de la Cavidad. - Se hace el Curataje con -  
una cucharilla para hueso abarrotado todas las paredes del al-  
veolo; se extraen con la cucharilla restos del saco pericoronario  
y esquiria ósea, se lava con suero fisiológico a presión -  
se afrontan los bordes del colgajo procurando que no cabal--  
guen uno sobre otro, si esto sucede se corta una porción de -  
mucosa con tijeras y se afronta el colgajo.

## S U T U R A

Por regla general se usa la técnica de puntos aislados; utiliza-  
mos para este paso aguja curva, portaguñas, hilo, seda o catgut. Se perfora la  
fibromucosa por el lado lingual a medio centímetro del borde de la incisión, se  
sigue la aguja en una misma dirección hasta perforar el colgajo bucal; retra--  
mos la aguja hasta que el hilo quede tenso y se afrontan los labios de la herida;-  
tomamos con los dedos índice y pulgar el cabo que tiene la aguja, lo apoyamos  
en el porta-agujas y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del --

extremo libre de éste: se abre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre. se tracciona el porta-agujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y el cabo libre pase entre ellas, y se ajusta a nivel de la herida. Hasta aquí se tiene realizada la primera parte del nudo, para completarlo se hace nuevamente la misma maniobra pero en sentido inverso y se ajusta el nudo.

## INDICACIONES AL PACIENTE

Después de terminada nuestra intervención, se le dirá al paciente que una operación en la cavidad bucal requiere una serie de cuidados postoperatorios, se le indica que cuando llegue a su casa guarde reposo por algunas horas y con la cabeza en alto, que se coloque una bolsa de hielo en la cara y sobre la región operada durante quince minutos alternando con quince minutos de descanso, por el término de varias horas, que no realice ninguna clase de enjuagatorios, por el término de tres horas. Si se dejó alguna gase protectora en la boca que la retire al cabo de una hora, en caso de sentir dolor, que tome una tableta de analgésico y repetirlo cada 6 horas en caso de que no cese el dolor. La alimentación deberá ser líquida durante las primeras 6 horas, después de este tiempo podrá tomar alimento semisólido. Se le indica al paciente que en caso de algún problema se vuelva inmediatamente a consulta para tomar las medidas necesarias al caso.

## ACCIDENTES OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

En el curso de nuestro tratamiento, es posible que ocurran accidentes operatorios y postoperatorios; para lo cual debemos prevenirlos en lo que sea posible, ayudándonos de un correcto estudio del paciente y también de manipulaciones correctas en nuestra intervención quirúrgica. En este capítulo mencionaré algunos de estos accidentes que en ocasiones no se pueden prevenir.

**Lipotimia.** - Es un accidente frecuente; durante la realización de la anestesia o algunos minutos después el paciente presenta: palidez, taquicardia, sudores fríos, náuseas. De este estado el paciente puede recuperarse en pocos minutos o entrar en un cuadro más serio que es el síncope en el cual se hace filiforme o imperceptible con respiración angustiosa. Para el tratamiento de la lipotimia, se coloca al paciente con su cabeza más baja que su cuerpo en la posición de Trendelenburg, y en corto tiempo el paciente se recupera, su color vuelve a su estado normal.

**Hemorragia.** - Puede ser mediana o inmediata, y deberse a causas generales o locales.

**Causas Locales.** - Procesos congestivos en la zona de la región o sea de la extracción, lesiones gingivales ocasionadas por paradentosis, gingivitis herida y desgarros de la encía, vasos sanguíneos anormales, lesio-

nados o enfermos, infección y esfacelo de los tejidos.

**Causas Generales.** - Hemofilia; se observan grados inferiores de retardo en la coagulación en el escorbuto, fiebre tifoidea, distintas formas de anemia. El retardo en la coagulación es común en pacientes con bocio y en distintas infecciones de las glándulas endocrinas, en la púrpura el sangrado es prolongado. **Hemorragia inmediata.** - Es aquella que sigue a la operación; su tratamiento consiste en suprimir el foco congestivo sangrante, después se - - tapona la herida con gasa, la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamento hemostáticos, de acuerdo con la intensidad de la hemorragia; se coloca la gasa dentro del alveolo y sobre ella otra gasa para que el paciente la -- muerda y haga presión, y se deje quince minutos.

**Hemorragia Mediana.** - Es aquella que se presenta cuando - el paciente ha dejado nuestro gabinete y después de varias horas presenta este cuadro. Para su tratamiento primero se aplica un enjuagatorio con una solución de agua oxigenada con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar operado del coágulo que flota sobre la herida para poder ver con claridad y precisión por donde sangra y cual es el sitio de mayor afluencia sanguínea, se seca con una torunda de gasa y se tapona con una tira de gasa y con algún medicamento o también se puede tratar la hemorragia practicando una sutura sobre los bordes de la herida y bajo anestesia local previa.

**Hematoma.** - Consiste en la difusión de la sangre siguiendo planos musculares o a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso

los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la operación, se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado con cambio de color de la piel, que empieza por el rojo vinoso, violeta, amarillo violeta, este cambio dura varios días y termina por desaparecer en algunos días, en caso de infección produce dolor local, rubor y fiebre intensa.

Para su tratamiento se indica al paciente que se aplique bolsas con hielo en la zona afectada y se recetan antibióticos.

Fractura de mandíbula. - Es debida a la aplicación incorrecta de los instrumentos y a la fuerza exagerada en la extracción; así como a la disminución de la resistencia ósea debida al gran alveolo del molar, también el hueso puede estar debilitado a causa de las afecciones generales y los estados fisiológicos debidos al metabolismo o del calcio.

Lesión del Nervio Dentario Inferior. - Tiene lugar por presión del conducto que se realiza al girar el tercer molar retenido; al ápice trazando un arco se pone en contacto con el conducto y presiona a éste y sus elementos. Esto puede dar por resultado la pérdida temporal o parcial de la función, y en algunos casos definitiva; la lesión está caracterizada por el entumecimiento de la porción proximal del maxilar inferior; los síntomas son más pronunciados en las encías y en la mucosa de la región de los bicuspídes, en los dientes mesiales con respecto al punto de la lesión, incluyendo el incisivo central y labio inferior; la anestesia puede extenderse en cierto grado al mentón y a la piel de la línea media, algunas veces puede existir parestesia, o sea

una mezcla de entumecimiento del dolor, sensación de incomodidad y sensaciones neurálgicas convulsivas y lacrimantes.

**Parálisis Facial.** - Se produce cuando se ha llevado la aguja por detrás del borde parotídeo del hueso, inyectando la solución en la glándula parotídea, caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular, y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios; la parálisis es temporal y dura el tiempo de la anestesia por lo tanto no requiere mayor tratamiento.

**Alveolitis.** - Cuando consecutivamente a la operación sobrevienen fenómenos dolorosos en la zona operada se pensará en una alveolitis.

**Alveolitis infecciosa.** - En esta clase hay supuración purulenta que es una verdadera osteítis circunscrita; esta infección pútrida del alveolo, tiene como característica principal el dolor constante; el alveolo queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes o sea desnudas o cubiertas con una capa gris verdosa maloliente y está llena de detritus, y restos alimenticios y pus, los bordes están tumefactos y ligeramente edematizados. Tratamiento. - El tratamiento más usual de la alveolitis, consiste en lavar el alveolo con suero fisiológico a presión, para después aplicar agua oxigenada, seca la cavidad suavemente con gasa esterilizada, se aísla con rollos de algodón para evitar que entre la saliva al alveolo y diluya el medicamento por aplicar, se introduce en la cavidad una mecha de gasa impregnada de sustancias antisépticas con analgésicos y se deja de 3 a 5 minutos, se prepara el cemento en la loseta agregándole gasa cortada, y se introduce en la cavidad sin que llegue hasta el fondo del alveolo para dejar espacio al tejido de granulación en formación.

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

La tercera molar inferior incluida, presenta para su extracción un grado de dificultad mayor que en la extracción de piezas en posición normal: esta dificultad nos debe llevar a hacer un examen más minucioso o de esta inclusión, de tal forma que se pueda hacer un tratamiento de la pieza en el menor tiempo posible y con un mínimo de trauma.

En todas estas piezas incluidas, su extracción está indicada, - porque son factores potenciales de complicaciones posteriores.

La técnica de Odontosección es la más indicada en la mayoría de los casos de inclusiones, porque reduce el campo operatorio y se produce menor traumatismo así como también se reduce el tiempo operatorio.

Los accidentes operatorios y postoperatorios descritos en el trabajo pueden ser evitados haciendo un estudio completo del enfermo, y valiéndose de manipulaciones correctas en el tiempo operatorio.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Cirugía Odonomaxilar.  
Ciro Durante Avellanal.
2. - Manual de Técnica Médica Propedéutica.  
Dr. Francisco Cuevas A.
3. - Anatomía Humana.  
Fernando Quiróz Gutiérrez.
4. - Clínica y Cirugía Maxilofacial.  
Gerard Maurel.
5. - Cirugía Bucal.  
Gustavo O. Kruger.
6. - Cirugía Bucal.  
Guillermo A. Ries Cambano.
7. - Cirugía Bucal.  
Kurt Hermann Thoma