

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



---

---

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de:  
CIRUJANO DENTISTA  
P r e s e n t a n:

ROSALIA GONZALEZ VAZQUEZ  
RICARDO WILLIAM QUIJANO REYES





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

		Pág.
	INTRODUCCION	1
I	EMBRIOLOGIA.	2
II	ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL.	8
III	DEFINICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.	19
IV	ETIOLOGIA Y FRECUENCIA	34
V	DIAGNOSTICO	36
	a).- Historia clinica.	
	b).- Estudios de laboratorio.	
VI	INSTRUMENTAL.	40
VII	TRATAMIENTO PREOPERATORIO	49
VIII	TECNICAS ANESTESICAS.	52
IX	TECNICAS QUIRURGICAS	58
	a).- Operación propiamente dicha.	
	b).- Sutura.	
X	TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.	67
XI	COMPLICACIONES QUIRURGICAS DURANTE LA OPERACION.	69
XII	TRATAMIENTO POSOPERATORIO.	74
XIII	COMPLICACIONES DESPUES DE LA OPERACION.	76
	a).- Tratamiento general del paciente.	
XIV	TERCER MOLAR SUPERIOR	79
	CONCLUSIONES.	81
	BIBLIOGRAFIA.	82

**INTROUCCION**

## INTRODUCCION

El tercer molar incluido, ocupa en la patología-quirúrgica de los maxilares una importancia de interés considerable.

Las situaciones que su retención origina se re-suelven por medio de la extracción, dicha extracción debe-rá estar encaminada a evitar complicaciones para los demás dientes, ya que por las variadas posiciones y variaciones-que presenta el molar en el maxilar viene a trastornar la-correcta posición de los dientes adjuntos a él, inclusive-al organismo mismo, de ahí la importancia de que el ciruja-no dentista tenga los conocimientos adecuados para poder -manejar este tipo de patologías que se presentan frecuente-mente en el consultorio dental.

Para poder realizar este tipo de extracciones, -el cirujano dentista debe tener en cuenta los tres puntos-básicos: la Anatomía, la Radiología y la Cirugía, que le -ayudaran a llevar a cabo una correcta intervención sin complicaciones.

EMBRIOLOGIA

## EMBRIOLOGIA

Es la ciencia que estudia el origen y desarrollo individual de un organismo.

Desarrollo, se entiende la descripción de los cambios que se suceden, durante la formación de un organismo.

Los metazoarios comienzan su desarrollo desde el momento de la integración del huevo o cigoto. Los procesos que se efectúan posteriormente, comprenden las siguientes fases:

- a).- PROLIFERACION CELULAR.
- b).- CRECIMIENTO.
- c).- DIFERENCIACION.
- d).- INTEGRACION.

a).- PROLIFERACION CELULAR.- Es la división celular que se presenta en los organismos superiores.

b).- CRECIMIENTO.- Es el aumento en las dimensiones espaciales y en el peso de un organismo en desarrollo. El crecimiento está condicionado a factores como: Síntesis protoplasmática, metabolismo de agua y sales minerales de las células y el depósito de las sustancias intercelulares.

c).- DIFERENCIACION.- Es el aumento en la complejidad y organización de un ser vivo en desarrollo.

d).- INTEGRACION.- Comprende la morfogénesis y la histogénesis, que da por resultado la coordinación anatómica y funcional de los tejidos, órganos, aparatos y sistemas de un individuo, dicho control depende del funcionamiento normal de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso.



## PERIODOS DE LA VIDA HUMANA

**VIDA PRENATAL.-** Huevo o cigoto.- De la fertilización al final de la primera semana.

Embrión.- Del final de la primera semana a la octava semana.

Feto.- Del tercer mes al noveno.

Nacimiento.

**VIDA POSNATAL.-** Rección nacido.- Del nacimiento al final del primer mes.

Infancia final.- Del primer mes hasta -- que mantiene la postura erecta.

Infancia.- De 2 a 6 años.

Edad escolar.- Niños y niñas de 6 a 12 años.

Período prepuberal.- Mujeres de 10 a 12 años, hombres de 12 a 14 años.

Pubertad.- Mujeres de 12 a 14 años y en los hombres de 14 a 16 años.

Adolescencia.- Comprende los 6 años siguientes.

Edad adulta.- De los 21 a los 60 años.

Senectud.- De los 60 años en adelante.

Una vez depositado el líquido seminal en la vagina, pasan a través del cérvix o cuello, de la cavidad externa y ascienden hasta la trompa de falopio, donde se realiza la fecundación. La fecundación tiene importancia biológica, pues es la base de una serie compleja de fenómenos que en conjunto reciben el nombre de herencia.

Al final de la tercera semana después de la fecundación el embrión tiene 3 mm. de longitud. Al final - del segundo mes se asemeja ya a un ser humano.

El desarrollo de la cara principia con el establecimiento de la boca primitiva, que se forma mediante - la invaginación del ectodermo, a nivel del ángulo de unión entre la pared superior y posterior de la boca primitiva, se forma un fondo de saco que se conoce como bolsa de --- Rathke que da origen a los lóbulos anterior y medio de la pituitaria.

La cavidad bucal está separada por la membrana bucofaringea, esta membrana se rompe durante la cuarta se- mana estableciendo la comunicación entre boca y tracto di- gestivo.

Por arriba de la cavidad oral primitiva se en- cuentra una prominencia llamada prolongación fronto nasal y por debajo se localizan los 5 pares bronquiales.

El primer arco bronquial se divide en dos pro- cesos, el maxilar y el mandibular; al segundo se le cono- ce como arco hioideo y el tercero como arco tirohioideo. Las estructuras de la cara derivan el proceso fronto na- sal y del primer arco bronquial, al unirse el arco bran- quial hioideo y tirohioideo al arco branquial dan lugar a - la lengua.

La porción superior del primer arco branquial - está constituido por dos yemas laterales que reciben el - nombre de procesos maxilares, que dan origen a la por- - ción superior de las mejillas, paladar duro, paladar blan- do y arcada maxilar superior.

La porción inferior del arco bronquial da ori- gen al maxilar inferior, porción inferior de las paredes- laterales de la cara, mentón y porción anterior de la len- gua. Una vez formados los procesos maxilares, el creci- miento de la porción inferior de la cara se retarda y el- crecimiento fronto nasal principia rápidamente, para dar-

origen a la frente y agujeros olfatorios procesos nasal - medio origina un crecimiento interior secundario que forma el tabique o séptum nasal que es la separación de las fosas nasales.

Por debajo del proceso nasal medio se originan dos mamelones llamados procesos globulares, estos mamelones dan origen a la porción central del labio superior. La fusión de los procesos maxilares con los procesos globulares dan origen a todo el labio superior, ésto queda concluido al final del segundo mes.

El desarrollo del paladar da comienzo a la mitad del segundo mes, a partir de los procesos palatino - laterales. Toma su dirección por la presencia de la lengua.

Los procesos globulares dan lugar a la formación de los procesos palatino medios.

A principio del tercer mes se desarrolla activamente el maxilar inferior desalojando la lengua hacia abajo y a los lados, al final del mes los procesos palatino laterales crecen de tal manera que se unen entre sí, con procesos palatino medios, con el séptum nasal. Así quedan definitivamente separados, la cavidad oral primitiva de las fosas nasales primitivas.

La premaxila se deriva de la fusión de los procesos palatino medio con el palatino lateral. La premaxila sirve de implantación de los dientes incisivos superiores.

La lengua se desarrolla en el segundo mes de vida intrauterina por unión de los tres primeros arcos branquiales.

La base de la lengua se desarrolla posteriormente a partir de un abultamiento situado en la parte media y al que se conoce con el nombre de cúpula.

En la parte media, entre los arcos hiodeos y tirohideo se desarrolla la glándula tiroides.

El principio del conducto tirogloso temporal está representado por el fóramen cecum lingual del adulto - (en esta región pueden desarrollarse quistes del conducto tirogloso). La formación de un diente comienza alrededor de la sexta semana de la vida embrionaria. Aquí es donde el epitelio bucal está compuesto por dos capas: una basal compuesta por células epiteliales de forma cilíndrica, y otra capa superficial, compuesta por células epiteliales planas. Estas y las células epiteliales de forma cilíndrica, están separadas de la capa de tejido subyacente, - por una membrana basal.

Alrededor de la séptima semana, la capa epitelial empieza a dar una consistencia desfibrante o espesante, debido a la rápida proliferación de algunas células - de la capa basal.

El precursor del órgano del esmalte será la lámina o listón dental, que al poco tiempo aparecerán en él diez pequeños engrosamientos redondeados en cada maxilar, los cuales irán a formar los brotes dentarios.

Una proliferación rápida y desigual de células - por parte del epitelio, viene a dar como resultado la etapa de casquete. La cara profunda del brote se empieza a invaginar donde aparecen varias capas, las cuales representan el epitelio adamantino interno, que está formado - por una capa de células epiteliales altas, que darán forma cóncava al tejido.

El epitelio adamantino externo es la única capa de células epiteliales cortas, que darán la convexidad en la formación del tejido. La separación entre ambos tejidos, le dará una cantidad creciente de líquido intercelular mucoso, rico en glucógeno.

Estas células son conocidas como retículo estrellado o pulpa del esmalte. El epitelio proliferado mencionado, está adherido a la lámina dental por una banda - de epitelio y sigue creciendo y proliferando dentro del - tejido conjuntivo.

A inicios de la octava semana se observan los comienzos de la papila dental (pulpa dental), que es el producto de una papila del tejido conjuntivo, que está -- por debajo del epitelio adamantino interno.

Las células de la papila dental, primero son -- grandes, redondas o poliédricas, con citoplasma pálido y de núcleos grandes y al madurar la pulpa, dichas células adquieren un aspecto fusiforme. Al mismo tiempo, el tejido mesenquimatoso que rodea la parte externa del diente -- en formación, se condensa y se hace más fibroso para formar el saco dentario (ligamento periodontal).

La etapa de cambios del esmalte es la de campana, en la cual la invaginación se adentra más y produce -- cambios a nivel celular.

En las células del epitelio adamantino interno se produce una diferenciación en las células cilíndricas-altas, que darán lugar a los ameloblastos; éstos serán -- los formadores del esmalte.

Las células que forman la papila dental y que -- están debajo de los ameloblastos dan lugar a los odontoblastos que elaboran dentina. A continuación aparecen va rias capas de células pavimentosas bajas que formarán la -- capa intermedia.

Las células del epitelio adamantino externo, se aplanan y la superficie adquiere pliegues.

La lámina dental prolifera en su parte profunda para dar origen al germen dentario permanente.

ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL

## ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL

La boca forma parte del aparato digestivo, y -- está formada por los siguientes elementos.

- a).- Un tubo largo muscular que comienza en los labios y termina en el ano.
- b).- Varias glándulas salivales situadas fuera del tubo digestivo: las parótidas, el páncreas, vesícula biliar y cáncoras.

## PARTES DEL APARATO DIGESTIVO

Las partes del aparato digestivo son: boca, faringe, esófago, estómago, los intestinos delgado y grueso.

La función del aparato digestivo es tomar de -- los alimentos ingeridos los metabolitos necesarios para el desarrollo y mantenimiento del organismo.

**CAVIDAD BUCAL** - Está revestida por epitelio estratificado plano y presentan gránulos de queratina. El techo de la boca está formado por paladar duro y paladar blando. El paladar duro descansa en tejido óseo y el paladar blando en músculo estriado esquelético.

**LABIOS.** - Constituido por fibras musculares estriadas y tejido conectivo fibroelástico. Están cubiertos de piel, que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

**MEJILLAS.** - Están revestidas por epitelio grueso del tipo plano estratificado no queratinizado, constituyendo papilas elevadas.

**LENGUA.**- Compuesta de músculo estriado, dispuesto en tres planos. La mucosa que reviste la superficie dorsal comprende dos partes. Una que cubre el cuerpo de la lengua; y la otra, que cubre la raíz de la lengua.

La mucosa contiene papilas de tres tipos:

- 1.- Filiformes
- 2.- Fungiformes
- 3.- Calciformes

**DIENTES.**- Se encuentran insertados en los huesos del maxilar superior y mandíbula respectivamente.

La masa de cada diente está formada de tejido conectivo denominado dentina.

**DENTINA.**- Los odontoblastos forman dentina, que comprende fibras colágenas, llamadas fibras Korff. La dentina limita a pequeños conductos llamados túbulos dentinarios. La colágena constituye 90% de la dentina, 10% por fosfoproteína, con pequeñas cantidades de glucoproteína y mucopolisacáridos.

**ESMALTE.**- Los ameloblastos producen esmalte, está constituido por una matriz que posee proteína y carbohidratos, con fosfato de calcio en forma de apatita. Los extremos de los ameloblastos reciben el nombre de prolongaciones de tomas.

**MEMBRANA PERIODONTICA.**- Se desarrolla del mesénquima del saco dental, que rodea al diente en desarrollo, está formado por haces gruesos de fibras colágenas.

**PULPA.**- Es un tejido conectivo, que proviene del mesénquima de la papila dental, ocupa las cavidades pulpares de los canales radiculares.

**GLANDULAS SALIVALES.**- Son tres: Parótida, Submaxilar y Sublingual. La saliva es la secreción mezclada de todas las glándulas salivales, contiene sales, gases y



materia orgánica (ptialina, amilasa salival y maltas), y mucina.

**PAROTIDA.**- Incluida entre la apófisis mastoides y la rama ascendente de la mandíbula, se extiende debajo del arco cigomático y de la glándula, su conducto de Stenon atraviesa al músculo buccinator a nivel del segundo molar superior.

**SUBMAXILAR.**- Situada contra la cara interna del cuerpo de la mandíbula y su conducto de Wharton se abre delante de la lengua y por detrás de los incisivos inferiores.

**SUBLINGUAL.**- Situada debajo de la mucosa del piso de la boca, sus secreciones se vacían por el conducto de Rivinus.

**FARINGE.**- Sirve de paso a los aparatos respiratorio y digestivo y consta de tres partes:

- a).- Faringe nasal situada encima del nivel del paladar blando.
- b).- Faringe Bucal.
- c).- Faringe Laríngea va desde el nivel del hioides hasta el esófago.

**AMIGDALAS PALATINAS.**- Son masas ovoides de tejido linfático que se extiende entre los arcos glosopalatino y faringopalatino.

**ESOFAGO.**- Es un tubo recto muscular que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Su función es transportar el alimento de la boca al estómago.

**ESTOMAGO.**- Tiene como funciones, suministrar líquidos digestivos al bolo alimenticio para licuarlo e ini

ciar la digestión, que es efectuada por el jugo gástrico.

Este jugo contiene tres enzimas (Pepsina, reni-  
na y lipasa) ácido clorhídrico y mucó.

**INTESTINO DELGADO.**- Tiene forma de herradura al  
rededor de la cabeza del páncreas, se continúa con el ye-  
yuno y termina en el íleon.

**INTESTINO GRUESO.**- Está formado por: ciego, - -  
apéndice, colon ascendente, transverso, descendente, pel-  
viano y recto; terminando en el ano.

#### **MAXILAR (SUPERIOR).**

Es de forma cuadrangular, presenta dos caras, --  
cuatro bordes cuatro ángulos y seno maxilar.

**CARA INTERNA.**- Presenta la apófisis palatina, -  
forma parte del piso de fosas nasales y de la bóveda pala-  
tina.

**CARA EXTERNA.**- Presenta la foseta mirtoforme, -  
donde se inserta el músculo mirtoforme.

**BORDE ANTERIOR.**- Forma el orificio anterior de-  
las fosas nasales y borde superior de la rama ascendente.

**BORDE POSTERIOR.**- Constituye la tuberosidad del  
maxilar.

**BORDE SUPERIOR.**- Se articula con el unguis, et-  
moides.

**BORDE INFERIOR.**- Presenta los alveolos denta-  
rios.

#### **HANDIBULA.**

Presenta un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo tiene dos caras y dos bordes.

**CARA ANTERIOR.**- Presenta la sínfisis mentoniana.  
hacia afuera y atrás se encuentra el agujero mentoniano, --

por donde sale nervio y vasos mentonianos.

CARA POSTERIOR.- Presenta las apófisis geni. -- por fuera de la apófisis presenta la foseta sublingual -- que aloja la glándula sublingual.

BORDE INFERIOR.- Presenta las fosetas digástricas.

BORDE SUPERIOR.- Presenta los alveolos dentarios.

BORDE POSTERIOR.- Presenta las apófisis interdientarias.

RAMAS.- Forma cuadrangular, tiene dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA.- Se inserta el músculo macetero.

CARA INTERNA.- Presenta el orificio superior -- del conducto dentario.

BORDE ANTERIOR.- Forma la hendidura vestibulogomático.

BORDE POSTERIOR.- Está en relación con la glándula parótida.

BORDE SUPERIOR.- Presenta la escotadura sigmoidea entre la apófisis coronoides y el cóndilo.

BORDE INFERIOR.- Forma el ángulo de la mandíbula.

#### MUSCULOS MASTICADORES.

Estos músculos son: temporal, macetero, pterigoideo interno, pterigoideo externo, los cuatro intervienen en movimientos de elevación y lateralidad de la mandíbula.

#### TEMPORAL.

Ocupa la fosa temporal.

Inserciones: Por arriba en la fosa temporal, apo

neurosis temporal y en el arco cigomático. Por abajo en la apófisis coronoides.

Relaciones: Con la aponeurosis temporal, vasos y nervios temporales, arco cigomático y macetero.

Inervación: Por nervios temporales profundos -- (anterior, medio y posterior) ramas del nervio maxilar inferior.

Acción: Eleva y dirige atrás la mandíbula.

#### MACETERO.

Va de la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo de la mandíbula.

Inserciones: El haz superficial, por arriba en el borde inferior del arco cigomático y por abajo en el ángulo de la mandíbula.

El haz profundo, por arriba en la apófisis cigomática y por abajo en la cara externa de la mandíbula.

Relaciones: Con el canal de Stenon, cigomático-mayor y menor, risorio y cutáneo del cuello.

Inervación: Por el nervio maceterino, ramo del maxilar inferior.

Acción: Elevador de la mandíbula.

#### PTERIGOIDEO INTERNO.

Este músculo comienza en la apófisis pterigoides y termina en el ángulo de la mandíbula.

Inserciones: Por arriba de la fosa pterigoidea y apófisis piramidal del palatino. Por abajo en el ángulo de la mandíbula.

Relaciones: En su cara externa tiene relación - con el pterigoideo externo. Por su cara interna pasan -- los nervios lingual, dentario inferior y vasos dentarios.

Inervación: Por el nervio pterigoideo interno.

Acción: Elevador de la mandíbula.

#### PTERIGOIDEO EXTERNO.

Es un músculo que va de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo. Tiene dos haces, uno superior o - esfenoidal, y otro inferior o pterigoideo.

Inserciones: El haz superior en el ala mayor -- del esfenoides el haz inferior en el ala externa de la -- apófisis pterigoides.

Relaciones: Con la fosa cigomática, nervio temporal profundo medio, maseterino, escotadura sigmoides y - bola de Bichat.

Inervación: Dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción: Cuando se contraen los dos originan movimientos hacia adelante, y la contracción de uno solo, - origina movimientos de lateralidad.

#### ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Es una articulación diartroidea, tanto desde el punto de vista morfológico, como funcional.

La articulación temporomandibular, en el hombre difiere de otras articulaciones en:

- a).- Articulación doble, en forma de bisagra.
- b).- Articulación a presión.
- c).- Una articulación de cóndilo y eminencia ar ticular.

## ANATOMIA.

La articulación temporomandibular es la articulación de la mandíbula con el cráneo. Está formado por:

Superficies articulares.- Una pertenece a la mandíbula y otra al temporal.

a).- Superficie maxilar.- Constituida por el cóndilo que es la parte móvil de la articulación.

b).- Superficie temporal.- Es la parte fija de la articulación y presenta:

1.- una eminencia transversal convexa de delante atrás, llamada cóndilo del temporal.

2.- La cavidad glenoidea, de forma elipsoidal, por detrás del cóndilo.

3.- Menisco interarticular. Está relacionado con el cóndilo, que lo acompaña en todos sus movimientos.

4.- Cápsula articular, que se inserta en el cuello del cóndilo, evitando la salida de líquido sinovial, que lubrica la articulación.

5.- Medios de Unión.

a) Ligamento Capsular.- Se articula en el cuello del cóndilo.

b) Ligamento Lateral Externo.- Se inserta en el tubérculo cigomático.

c) Ligamento Lateral Interno.- Va de la cavidad glenoidea a la parte posterior interna del cuello.

d) Ligamentos Accesorios:

1. Ligamento Pterilogomaxilar.

2. Ligamento Esfenomandibular.

3. Ligamento Estilomaxilar.

**TRIGEMINO.**

Nervio mixto que da sensibilidad a la cara y en la masticación consta de:

- a).- Filete sensitivo.
- b).- Filete motor.

a).- FILETE SENSITIVO.- Inerva la cara, mitad anterior de la cabeza, órbita y fosas nasales.

b).- FILETE MOTOR.- Inerva los músculos masticadores.

**ORIGEN APARENTE.**

Se origina por dos raíces colocadas en la cara inferior de la protuberancia anular y son:

- 1.- La Voluminosa es sensitiva.
- 2.- La pequeña es motriz.

**ORIGEN REAL**

De rama motora y rama sensitiva.

a).- Rama Motora.- Su origen real procede un núcleo principal y un núcleo accesorio.

- 1.- Núcleo principal o masticatorio.- Es una pequeña columna gris situada profundamente en la protuberancia.
- 2.- Núcleo Accesorio.- Está representado por un conjunto de células nerviosas. Las células vesiculares que comienzan a nivel del núcleo principal y que pueden seguir hacia arriba hasta el lado interno del tubérculo cuadrigémino anterior.

De estos dos núcleos se originan:

Una raíz superior que parte del núcleo accesorio.

Una raíz inferior que parte del núcleo principal.

Ambas raíces se fusionan y se dirigen hacia su punto de emergencia (cara inferolateral de la protuberancia).

b).- Rama Sensitiva.- Se origina en el ganglio de Gasser situado en la fosa de Gasser (cara anterosuperior de la boca).

#### RAMAS TERMINALES DEL TRIGEMINO.

OFTALMICO.- hace en el ángulo anterointerno del ganglio de Gasser llegando a la órbita por la pared externa del seno cavernoso, se divide en tres ramas que son:

Nervio Nasal.- Forma el nasal interno y nasal externo.

Nervio Frontal.- Da lugar al nervio frontal externo e interno.

Nervio Lacrimal.- Alcanza la glándula lacrimal.

#### NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

Es un nervio sensitivo nace de la parte media del borde anteroexterno del ganglio de Gasser. Sale del cráneo para el agujero redondo mayor y al llegar al agujero suborbitario se divide en: Ramas palpebrales, ramas labiales y ramas nasales.

#### NERVIO MANDIBULAR.

Nervio mixto que nace del borde anteroexterno -



del ganglio de Gasser y se forma de la unión de la raíz mo  
tora y la raíz sensitiva que proviene del ganglio, se divi  
de en sus ramas terminales:

- a). Tronco Anterior.- Da lugar al temporobucal,-  
temporal profundo y temporo maseterino.
- b). Tronco Posterior.- Da lugar al dentario infe  
rior, nervio lingual, auriculotemporal, ner  
vios pterigoideos interno y externo.

DEFINICION Y CLASIFICACION DE  
TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

## DEFINICION Y CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

Se considera un diente incluido aquél que una vez llegada la época normal de su erupción quedan capsulados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La retención dentaria puede presentarse en dos formas:

- I).- El diente está completamente rodeado por un tejido óseo (retención ósea).
- II).- El diente está cubierto por la mucosa gingival (retención subgingival).

Los molares inferiores retenidos se presentan en el maxilar en distintas posiciones y en diferentes desviaciones, con su cara mesial libre o cubierta.

### POSICION VERTICAL, SIN DESVIACION.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**.- Se denomina así a el tercer molar alineado detrás del segundo molar sin desviaciones en sentido bucal o lingual y con su cara mesial libre de hueso, o sea accesible.

El hueso distal en estas retenciones puede terminar a nivel del cuello del tercero, cubrir su cara distal o continuarse con el hueso oclusal.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- De iguales características anatómicas que las del anterior, la diferencia radica en que la cara mesial está cubierta por hueso, (y lo -- pueden estar también las otras caras del molar, haciendo -- que éste se encuentre en retención ósea parcial o total). La inaccesibilidad del molar explica que no haya triángulo o espacio interdentario.

#### POSICION VERTICAL CON DESVIACION BUCAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- El tercer molar está dirigido hacia fuera (lado bucal); el hueso mesial se detiene a nivel del cuello del tercero y deja libre su cara mesial. El hueso bucal en su extremo mesial, deja libre la cara mesial, aunque no lo haga su extremo posterior ni el hueso distal, ni el oclusal, ni el lingual, que pueden cubrir parte de las caras homónimas del molar. Por lo demás éste puede estar parcial o totalmente cubierto por la mucosa: en el primer caso sólo sus cúspides mesiales se hallan al descubierto.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- La diferencia con el anterior estriba en que la cara mesial del retenido está-- cubierta por el hueso mesial (no existe espacio interdentario), y con los huesos vecinos cubren a su vez en grado diverso las otras caras, el molar puede presentarse en retención intra-ósea parcial o total.

#### POSICION VERTICAL CON DESVIACION LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- El molar se presenta dirigido hacia adentro, siendo su cara oclusal francamente lingual. El hueso mesial deja al descubierto la cara me--

sial; sin embargo el molar puede estar cubierto en su cara oclusal, distal, lingual y bucal por cantidades variables de hueso.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- Semejante al tipo anterior, la diferencia reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial (falta de espacio interdentario), y los huesos vecinos, (bucal, lingual, distal y oclusal), pueden cubrir las caras homónimas a tal punto que por regla general estos molares son totalmente intra-óseos.

#### POSICION VERTICAL CON INCLINACION BUCOLINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- Si bien se presenta verticalmente colocado, el tercer molar está dirigido hacia la parte externa (hacia bucal), y al mismo tiempo su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual. La cara mesial, libre de hueso mesial (accesible), estando desviada hacia el lado bucal la parte media del ángulo mesioclusal está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar y aun con la raíz de éste.

Clinicamente estos molares se presentan totalmente cubiertos por la mucosa, o sólo asoma la cúspide mesio-bucal.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- Su diferencia del tipo anterior es que la cara mesial está cubierta por el hueso mesial y los huesos vecinos pueden extenderse sobre las distintas caras, hasta el extremo de ofrecer molares en retención intra-ósea total.

### POSICION MESIO ANGULAR SIN DESVIACION.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** El eje mayor del tercermolar forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo; sus caras bucal y lingual coinciden con los planos-homónimos de los molares anteriores y la cara mesial está libre de hueso mesial. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir, en parte, las caras respectivas; lo común es que las dejen libres.

La mucosa puede cubrir todas las caras del molar dejando la oclusal libre o sólo son visibles las cúspides-distales.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.-** La diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial se presenta protegida por hueso; las caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertas por hueso.

### POSICION MESIO ANGULAR CON DESVIACION BUCAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** Su masa está dirigida -- hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva; en este tipo de retención el hueso distal se comporta de manera distinta con respecto a la cara distal, del molar retenido, como que llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara distal y se continúa en grado variable con el hueso oclusal.

Clinicamente el molar se presenta por lo general con su cara oclusal, libre de mucosa o bien ésta cubre su tercio distal.

CARA MESIAL INACCESIBLE.- Se presenta como detalle diferencial el hueso mesial cubriendo la cara homónima del molar, que por otra parte puede encontrarse en completa retención ósea y por lo tanto cubierto también por la mucosa. Por supuesto, no es visible el espacio interdentario.

#### POSICION MESIO ANGULAR CON DESVIACION LINGUAL.

CARA MESIAL ACCESIBLE.- La cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual. En estas condiciones la cúspide mesio bucal del tercer molar está colocada aproximadamente a nivel del centro de la cara distal del segundo molar el plano lingual de los molares vecinos corta al tercero, a nivel de un tercio lingual. El hueso mesial deja libre la cara mesial; el extremo mesial del hueso bucal deja también al descubierto esta cara; el hueso distal puede -- proteger la cara distal del molar.

Clinicamente se presenta cubierto totalmente por mucosa, y es raro que alguna cúspide como la disto bucal, o parte del ángulo disto oclusal pueden emerger en la cavidad bucal.

CARA MESIAL INACCESIBLE.- A diferencia del tipo anterior la cara mesial está recubierta por el hueso homónimo; el hueso bucal puede llegar hasta el ángulo buco-oclusal o rebasarlo, para continuarse con el hueso oclusal, hueso que por su parte cubre parcial o totalmente la cara oclusal (retenciones intra-óseas totales); el distal protege la totalidad de la cara distal del retenido, pudiendo continuarse o no con el hueso oclusal.

Clinicamente estos molares están totalmente cubiertos por la mucosa.

### POSICION MESIO ANGULAR CON DESVIACION BUCO-LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.** - Raros en la práctica, dado que por regla general los molares angulares, horizontales, en desviación buco-lingual, presentan su cara mesial inaccesible, estos molares están dirigidos de arriba y hacia adelante, de abajo arriba y de fuera adentro. Por lo tanto su cara oclusal está desviada hacia el lado lingual, de tal forma que el punto medio del ángulo mesio-oclusal de su corona está en contacto con el ángulo disto-bucal de la corona del segundo molar.

Clinicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna lámina, como el descubierto.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.** - Naturalmente la diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial. Las angulaciones son semejantes, el punto medio del ángulo mesio-oclusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar: con el ángulo disto-bucal de la corona con el cuello, por debajo de la curvatura de la cara distal o con el ángulo disto-bucal de la raíz distal, detalles que presentan un sólido anclaje al molar retenido. El hueso mesial cubre la cara mesial y los demás huesos protegen parcial o totalmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intra-ósea.

Clinicamente en su mayoría están cubiertos por la mucosa, desde el punto de vista quirúrgico crean generalmente serios problemas, derivados en gran parte de la frecuencia con que el ángulo mesio-oclusal de la corona del tercero se sitúa por debajo del cuello del segundo.



## POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- Situado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor forma con el del segundo, un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos horizontales de los molares vecinos. Su cara mesial está libre del hueso mesial, sin embargo, estas retenciones horizontales, en cualquier tipo de desviación, con la cara mesial accesible, son poco frecuentes; la mayoría tienen su cara mesial accesible.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.** La diferencia con el tipo anterior reside en la altura en que se encuentra la cara mesial por debajo de la línea cervical del segundomolar y en la presencia del hueso sobre esta cara, lo cual la hace inaccesible. Los molares en estas condiciones presentan las caras restantes cubiertas parcial o totalmente por hueso, de modo que ofrecen una retención intra-ósea total pero dejan sus cúspides distales al descubierto.

## POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- El tercer molar se presenta con la angulación similar a la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. En estas condiciones un trozo de la corona del tercero, se superpone a un segmento de la corona del segundo.

Su cara mesial, libre de hueso homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.-** La diferencia con el tipo anterior reside en que el molar, más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano -- oclusal de los molares vecinos y su cara mesial (cubierta por el hueso homónimo), se encuentra próxima, a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar. El tercero puede presentarse parcial o totalmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

#### POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** El tercer molar forma con el segundo el ángulo que le corresponde, por el eje mayor de aquél se presenta dirigido de atrás adelante y de fuera adentro, detalle que permite que su cara oclusal desviada hacia el lado lingual, esté presente en la radiografía.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.-** En estos molares, con su cara mesial cubierta por hueso homónimo, la mayor parte de los restantes están cubiertas por hueso.

#### POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCO-LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** El molar retenido, con la angulación propia de su posición está dirigido hacia el lado bucal, y su cara oclusal, desviada hacia el lado lingual. Esta cara oclusal se pone en intenso contacto con el ángulo buco-distal del segundo; en otras palabras la cara oclusal aloja a el ángulo señalado del segundo molar, lo cual significa un sólido anclaje del molar retenido, sobre todo cuando el centro o parte del ángulo mesio-oclusal se relacionan con el ángulo disto-bucal de la co-

rona o raíz del segundo molar.

Clinicamente se presentan totalmente cubiertos por la mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- Naturalmente la diferencia con el tipo anterior reside en que la cara mesial está cubierta por hueso mesial, las angulaciones son semejantes. El punto medio del ángulo mesio-oclusal del tercero puede ponerse en fuerte contacto con distintas porciones del segundo molar: con el ángulo disto-bucal de la corona, con el cuello, por debajo de la curvatura de la cara distal o con el ángulo disto-bucal de la raíz distal, detalles que presentan un sólido anclaje al molar retenido. El hueso mesial cubre la cara mesial y dos demás huesos protegen parcial o totalmente las caras respectivas. Estos molares pueden presentarse en total retención intraósea y clínicamente en su mayoría están cubiertos por la mucosa.

Del punto de vista quirúrgico crean generalmente serios problemas, derivados en gran parte de la frecuencia con que el ángulo mesio-oclusal de la corona del tercero se sitúa por debajo del cuello del segundo.

#### POSICION HORIZONTAL SIN DESVIACION.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- Situado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor, forma con el segundo, un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás.

Como corresponde a un molar sin desviación, la cara bucal y la lingual no sobrepasan los planos homónimos de los molares vecinos. Su cara mesial está libre de hueso mesial. Sin embargo estas retenciones horizontales en cualquier tipo de desviación, con la cara mesial acce-

sible, son poco frecuentes; la gran mayoría tienen su cara mesial inaccesible.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- La diferencia con el tipo anterior reside en la altura en que se encuentra la cara mesial, por debajo de la línea cervical del segundo molar y en la presencia de hueso sobre esta cara, lo cual la hace inaccesible. Los molares en estas condiciones -- presentan las caras restantes cubiertas parcial o totalmente por hueso, de modo que ofrecen una retención intraósea total o bien dejan sus cúspides distales al descubierto.

#### POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- El tercer molar se presenta con la angulación similar a la del tipo anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal.

En estas condiciones un trozo de la corona del tercero, se superpone a un segmento de la corona del segundo. Su corona mesial, libre de hueso homónimo, se ubica por lo general debajo del plano cervical de los molares vecinos.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- La diferencia con el tipo anterior reside en que el molar, más profundamente colocado, presenta su cara distal por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y su cara mesial cubierta por el hueso homónimo se encuentra próxima, a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar. El tercero puede presentarse parcial o totalmente cubierto por los huesos vecinos y por las partes blandas.

### POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** El tercer molar forma-- con el segundo el ángulo que le corresponde, por el eje -- mayor de aquél se presenta dirigido de atrás adelante y -- de fuera adentro, detalle que permite que su cara oclusal desviada hacia el lado lingual esté presente en la radio-- grafía.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.-** En estos molares, con su cara mesial, cubierta por hueso homónimo, la mayor par-- te de los restantes están cubiertas por hueso.

### POSICION HORIZONTAL CON DESVIACION BUCOLINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.-** El molar retenido, con-- la angulación propia de su posición, está dirigida hacia-- el lado bucal y su cara oclusal, desviada hacia el lado -- lingual. Esta cara oclusal se pone en íntimo contacto -- con el ángulo buco--distal del segundo; en otras palabras-- la cara oclusal aloja el ángulo señalado del segundo mo-- lar, lo cual significa un sólido anclaje del molar reteni-- do sobre todo cuando el centro o parte del ángulo mesio-- oclusal se relacionan con el ángulo disto--bucal de la co-- rona o raíz del segundo.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.-** Naturalmente la cara-- mesial está cubierta por hueso mesial. Por regla general la retención intra--ósea es total y hay también, por lo -- tanto, cubierta mucosa. Su cara oclusal está en íntimo -- contacto con el ángulo disto--bucal del segundo, su cara -- distal se presenta por debajo del plano oclusal de los mo-- lares vecinos y su cara mesial puede estar a la altura o--

por debajo del ápice distal del segundo molar.

Estas íntimas relaciones originan caries en la corona o raíz del segundo molar. El mayor problema quirúrgico en esta retención radica en que el ángulo mesio-oclusal de la corona del retenido está ubicada por debajo del cuello del segundo molar, anclaje que le da una sólida retención.

#### POSICION DISTO ANGULAR SIN DESVIACION.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- El eje mayor del tercero, forma con el segundo un ángulo agudo cubierto hacia atrás y arriba, en tanto que la corona del retenido, está dirigida hacia la rama ascendente, el ángulo disto-oclusal de esta corona se sitúa en plena rama ascendente y la cara mesial está libre de hueso homónimo; el hueso distal cubre la cara distal, pero con interposición del saco pericoronario (normal o patológico). En virtud de la falta de desviación, las caras dentarias bucal y lingual no sobrepasan los planos respectivos de los molares vecinos. - El detalle de interés está en el ángulo disto-oclusal del tercero cubierto generalmente por el hueso oclusal, prolongación del hueso distal; constituye el punto de anclaje o retención del molar, obstáculo insalvable para la extracción si no se elimina el hueso oclusal o no se secciona el molar.

**CARA MESIAL INACCESIBLE.**- Presentación frecuente y serio problema quirúrgico, la diferencia con el tipo anterior radica en la cubierta ósea de toda la cara mesial; son además, en su mayoría, molares en retención intra-ósea total. El espacio interdentario existe en es-

te caso (del molar con la cara mesial inaccesible), en razón de la angulación dada por la posición disto-angular, tiene la forma de U, o V, variablemente según el grado de desviación distal.

#### POSICION DISTO ANGULAR CON DESVIACION BUCAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- Estos molares presentan una doble inclinación en su eje mayor; en efecto este último forma, con el eje mayor del segundo, un ángulo abierto hacia arriba y atrás tal como el caso anterior, pero al mismo tiempo se desvía hacia fuera (hacia bucal) porque el tercer molar no se desplaza en bloque hacia el vestibulo, sino que sus ápices están aproximadamente en la línea curva que une los ápices del primero y segundo molar.

**CARA MESIAL INACESIBLE.**- La diferencia con el tipo anterior reside en la falta de acceso a la cara mesial, cubierta por el hueso homónimo. Por lo general el molar se encuentra en retención intra-ósea total.

#### POSICION DISTO ANGULAR CON DESVIACION LINGUAL.

**CARA MESIAL ACCESIBLE.**- Además de su angulación correspondiente, el tercer molar presenta su eje mayor -- desviado hacia el lado lingual, y así su cara oclusal se dirige hacia la lengua.

CARA MESIAL INACCESIBLE.- La diferencia con el tipo anterior reside en que estos molares están cubiertos por hueso (retención intra-ósea total), y lo están también por la mucosa.

#### POSICION LINGUO-ANGULAR.

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.- Bastante-frecuentes en la práctica diaria, estos molares retenidos presentan un eje mayor horizontal, pero dirigido de fuera adentro, de modo que la cara oclusal que es vertical esté dirigida hacia el lado lingual. Son más frecuentes los terceros que presentan su cara mesial inaccesible; por regla general estos molares tienen sus raíces incompletamente formadas.

#### POSICION BUCC-ANGULAR.

CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE.- El tercer molar retenido, en posición buco-angular es una forma excepcional; su eje mayor horizontal como en el caso anterior; pero dirigido hacia la cara externa o vestibular -- del maxilar. En general, tales molares están en retención intra-ósea total con la cara mesial inaccesible. Obsérvese la clásica forma de disco o moneda.

#### POSICION PARANORMAL (INVERTIDA, ECTOPICA, HETEROTOPICA).

El tercer molar inferior puede presentarse en posiciones que no encuadran en la clasificación que antecede; se consideran fuera o apartados de los tipos norma-



les de retención y por eso se denomina paranormales (y -- también con sus sinónimos). Se pueden encontrar con la - cara oclusal dirigida hacia la zona basal del maxilar y - sus raíces, hacia la apófisis coronoides o hacia el cóndi- lo. Otros molares pueden hallarse en cualquier sitio del maxilar, cerca del cóndilo, de la apófisis coronoides o-- en las vecindades del ángulo. Se encuentran por lo gene- ral acompañados de procesos patológicos (quistes dentí- geros). Todos tienen su cara mesial inaccesible.

#### AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

Todas las posiciones estudiadas pueden presen-- tarse estando ausente el segundo molar o todos los dien-- tes de la arcada. La cara mesial del retenido puede ser-- accesible o inaccesible. Es natural que faltando el dien-- te anterior no haya posibilidades de verificar la superpo-- sición de imágenes y por lo tanto de establecer tipo algu-- no de desviación.

Serán accesibles o no según presenten su cara - mesial libre o cubierta de hueso.

ETIOLOGIA Y FRECUENCIA.

## ETIOLOGIA Y FRECUENCIA

El problema de la retención dentaria es ante todo de índole mecánico. El diente que está destinado a hacer su normal erupción y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un obstáculo que impide su normal aparición.

La erupción dentaria, en consecuencia se encuentra impedida mecánicamente por este obstáculo.

RODASH, dice que los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriogénico. Sostiene que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar, durante las diversas fases de su evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación de tejido óseo y que hace --desplazar el folículo dentario.

Se pueden considerar varias posibilidades que impiden la erupción normal:

Primero; la falta 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.

La presión mesial del segundo molar en su erupción es transmitida de un diente a otro hasta el canino de siduo, causando su acunamiento o retardando su retención--por un período de tiempo considerable, aun estando su ---raíz casi reabsorbida.

Segundo; hueso con una condensación tal que no puede ser vencida en el trabajo de erupción, procesos óseos que originan una imagen lechosa o blanquecina.

Tercero; el impedimento que opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos que por extracción prematura del temporáneo han acentuado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente; posición de un diente retenido que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

Cuarto, elementos patológicos, pueden oponerse a la normal erupción dentaria, dientes supernumerarios, tumores odontogénicos constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

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, que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

En individuos de raza blanca, la falta de espacio desempeña un papel preponderante.

La raza negra, por su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos los molares.

El sexo femenino tiene ligero predominio (mujeres 51.6% y hombres 48.4%). Los estados fisiológicos femeninos despiertan los accidentes.

Para nosotros la edad en que se presenta con mayor frecuencia este proceso, varía entre los 18 y 25 años.

DIAGNOSTICO

## DIAGNOSTICO.

Diagnóstico.- Es el reconocer un proceso de enfermedad a partir de sus signos y síntomas; el término -- también puede significar la decisión a la que se ha llegado.

Un cuidadoso diagnóstico es el fundamento en -- que se basa toda la terapéutica médica y dental. Se debe obtener tanta información como sea posible respecto al paciente y sus quejas antes de empezar el tratamiento definitivo. Habrá ocasiones en que la urgencia de la situación no permitirá un estudio detallado del paciente y en las que sólo podrá hacerse una historia preliminar abreviada, antes de prestarle asistencia.

Hay también casos en los que no puede llegarse al diagnóstico hasta conocer los resultados de laboratorio o de rayos X, y surgirán otros en que para llegar o establecer el diagnóstico se deberá esperar la reaparición de signos y síntomas que desaparecieron antes de que el paciente fuera visto por el dentista.

Lo que es importante recordar es que no puede administrarse la terapéutica definitiva hasta que no se haya establecido un diagnóstico cuidadoso, basado en historia y exploración completas. A veces, esto hará necesario una demora en el tratamiento y requerirá la cooperación de especialistas en los campos de la Medicina y la Odontología.

Para llegar al diagnóstico, el dentista deberá seguir un patrón constante en cada caso.

## HISTORIA CLINICA

Cada vez en que vea a un paciente, el dentista-deberá obtener una historia completa o poner al día lo -- que ha hecho previamente. Si el paciente tiene una queja específica, deberá ser interrogado detalladamente acerca-- de su duración, sintomatología, etc.

La historia que se hace cuando un paciente es -- visto por primera vez o anualmente puede ser en forma de-- cuestionario sobre la salud. Este puede ser largo o cor-- to, incluye la declaración del padecimiento principal, la historia de la enfermedad presente y la descripción de -- las experiencias médicas y dentales pasadas, después se -- empezará una exploración general, que se empieza por la -- cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, cavidad bucal, cue-- llo; y luego se continúa con aparatos y sistemas, cardio-- respiratorio, gastrointestinal, genitourinario, muscular-- nervioso y endocrino. Esto es seguido por historia fami-- liar, personal y social que incluye ocupación, situación-- socioeconómica y hábitos.

## EXPLORACION FISICA

La exploración física del paciente dental debe-- empezar anotando peso, estatura, temperatura, pulso, res-- piración y presión arterial. Debe incluir palpación de -- ganglios linfáticos de cabeza y cuello y examen de la -- piel, de la cara, cuello y manos.

Cuando el padecimiento del paciente incluye do-- lor en la región de la unión temporomaxilar o de los se-- nos maxilares, deben examinarse los oídos, para poner en--

evidencia cualquier lesión externa o molestia cuando se les manobra suavemente. El dolor o el edema que afecta al maxilar superior indica la necesidad de un examen de todos los tejidos nasales, desde las fosas hasta la faringe.

### SIGNOS VITALES

Estos son importantes, no solo para los propósitos de determinación de anomalías y de asociación de los mismos con posibles afecciones médicas que pueden influir en la terapéutica, sino también para los propósitos de establecimiento de medidas básicas como puntos de referencia en el caso de que pueda plantearse cualquier situación de urgencia, mientras el paciente es tratado en el consultorio dental. Anotar la presión arterial es extremadamente importante, ya que es el signo vital que más se emplea para llevar control del paciente durante urgencias.

La presión arterial varía con la edad, patología, ejercicio, estado emocional y postura del paciente.

### EXAMEN BUCAL

Deberá hacerse un examen bucal completo de cada paciente en toda visita. Todas las membranas, mucosas bucales deberán inspeccionarse y palpase.

Debe seguirse un patrón de rutina sistemático, para asegurarse de que ninguna superficie bucal es pasada por alto. Ya que la regeneración del epitelio ocurre continuamente y no debe dejarse de buscar cualquier cambio -



anormal en cada visita.

Cuando se localice una zona anormal, ya sea en área laríngea, cavidad bucal, cavidad nasal o piel, deberán anotarse cuidadosamente tamaño, color y otras características, de manera que la información esté al alcance para poder comparar más tarde. Los límites de toda lesión deberán investigarse por inspección y palpación y los resultados anotarse cuidadosamente.

También debe registrarse si la lesión puede moverse libremente, si está fija a las estructuras que quedan debajo de ella, si es dura, blanda, firme o fluctuante; con este examen puede detectarse el cáncer.

#### EXAMEN RADIOLOGICO

El estudio radiológico de la zona del tercer molar debe proveernos de detalles útiles para la aplicación exitosa de las técnicas exodóncicas.

Las radiografías deben ser tomadas correctamente. Se estudiarán prolijamente la corona, la porción radicular, las estructuras vecinas. Sólo entonces podrá -- planearse el procedimiento quirúrgico.

#### ESTUDIO DE LABORATORIO

Además de la historia y la exploración, debe -- llevarse a cabo cualquier examen de laboratorio que se -- considere necesario, basándose en los detalles de histo--

ría y exploración física: como pruebas de coagulación, -- química sanguínea, biometría hemática, pruebas de susceptibilidad bacteriana para la selección de antibióticos, - análisis de orina.

Las pruebas mencionadas pueden ser necesarias, - simplemente para obtener información adicional para el -- tratamiento de un problema dental: Ejemplo, la extrac-- ción de un diente puede estar claramente indicada, pero - el paciente puede estar tomando un medicamento que contenga morfina sódica, debido a un problema cardiovascular. Está situación podría ser una contraindicación de la cirugía, en este caso se recomienda la obtención del tiempo - de protombina, para tener alguna idea acerca de si el paciente podrá presentar dificultad de sangrado si el diente se extrae. En forma semejante, el paciente puede tener historia de artritis reumatoide que haya sido tratado con salicilatos durante largo tiempo. Dado que los salicilatos se distoxican, transformándolos en una sustancia de tipo cumadínico de la morfina sódica, pueden inhibir - la formación de protombina.

El tiempo de protombina indicará que precauciones adicionales deberá tomarse después de la extracción.

#### INSTRUMENTAL

La cirugía especializada, la cirugía bucal necesita un instrumental también especializado. En términos generales toda cirugía bucal, se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación (un diente, - un tumor, un proceso patológico), conseguido esto, se ---

vuelven los tejidos a su sitio normal y se da por termina da la instrumentación.

#### INSTRUMENTOS PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS

**BISTURI.**- En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños, se elige según la clase de operación a realizar.

**TIJERAS.**- Se le emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de paradentosis.

**PINZAS DE DISECCION.**- Se emplean para sostener el colgajo firmemente.

**INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO.**- Permite efectuar la sección de los tejidos gingivales, asimismo pueden abrirse abscesos o destruirse capuchones que cubren el tercer molar.

**LAGRAS, PERISTOTOMOS, ESPATULAS ROMAS.**- Se emplean para separar y desprender la fibra mucosa seccionada. También se emplea para despegar las bolsas de los quistes, del hueso que los aloja.

**SEPARADORES.**- Se les emplea para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados.

## INSTRUMENTOS PARA SECCIONAR LOS TEJIDOS DURES

**ESCLOPOS Y MARTILLO.**— Se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía), y aún la resección (osteotomía), del hueso que cubre el objeto de la intervención: la tabla externa de las extracciones del tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que protege a los caninos, para eliminar quistes desarrollados en los máxilares.

El escopio, barra metálica con un extremo cortado a bisel, a expensas de una de sus caras y convenientemente afiladas, actúa a presión manual o a golpes de martillo.

**PINZAS GUBIAS.**— Para realizar la resección del hueso (osteotomía), podemos utilizar las denominadas pinzas gubias rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos, elimina bordes cortantes, crestas óseas.

**FRESAS.**— La fresa puede abrir el hueso de por sí, o bien abrir camino a otros instrumentos.

**PINZAS DE KÖCHER.**— En cirugía general se usará para hemostasia. Comprime la arteria o vena seccionada. En cirugía bucal con fines hemostáticos es reducido, dadas las pocas oportunidades que existen en ella de ligarvasos.

**LA PINZA DE KÖCHER.**— Se usan en cirugía bucal como sostenedoras de colgajos o para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, en este caso se usan como hemostáticos.

**CUCHARILLAS PARA HUESO.**- Las colecciones patológicas, granulomas, fungosidades, quistes, etc., se retiran del interior de la cavidad con cucharillas.

**PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS.**- Son instrumentos indicados para la exodoncia.

**ELEVADORES.**- Son instrumentos que, basados en principios de física, tienen aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

Como palanca, deben ser considerados en el elevador tres factores: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

**PINZAS PARA EXTRACCIONES.**- Es un instrumento basado sobre el principio de la palanca, con el cual se toma el diente a extraer y se le imprimen movimientos destinados a eliminar el órgano dentario del alveolo.

Existen dos tipos de pinzas para extracciones, - las destinadas a extraer dientes superiores y los dedicados a extraer dientes del maxilar inferior.

**AGUJAS PARA SUTURA.**- Las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas pero de dimensiones pequeñas.

Las hay de dos tipos: cóncavas y convexas, en cirugía bucal se usan las cóncavas por dejar una herida paralela al trazado de la incisión.

**PORTA AGUJAS.**- Destinadas a dirigir las agujas pequeñas.

SONDAS.- Se usan para drenar abscesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos en forma precisa y delicada, en cuyo caso el hueco de la sonda sirve de gufa.

### INSTRUMENTOS PARA PUNCIÓN

La punción exploradora con fines de diagnóstico o en el curso de una operación, exige el empleo de agujas de calibre suficiente como para permitir el paso de las colecciones líquidas, muchas veces de consistencia siruposa, como en los quistes supurados. Se necesita una jeringa de vidrio para desagotar el líquido mediante el vacío.

### INSTRUMENTOS PARA DRENAJE

Para vaciar al exterior colecciones purulentas o líquidas existen dos procedimientos, usados en cirugía bucal: El drenaje por tubos y drenaje por gasas.

DRENAJE POR TUBOS: de empleo restringido en cirugía bucal se limita a ciertos casos: drenaje de focos de osteomielitis y abscesos óseos. El tubo es incómodo, molesto y prácticamente no se puede sostener en la boca; su inclinación está dada en caso de drenaje por vía extraoral de focos óseos cutáneos y ganglionares.

DRENAJE POR GASA.- Una tira de gasa con los bordes dobladillos permite, gracias a la capilaridad de la gasa, drenar cavidades y puede alcanzar algún efecto medicamentoso si se le impregna con sustancias como el fenol alcanforado, bálsamo de Perú, tintura de Benjuí, etc.

## INSTRUMENTAL PARA LA LIMITACION DEL CAMPO OPERATORIO

**PINZAS DE CAMPO.**- Con ellas se toman y se fijan las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

## CONSULTORIO DENTAL

**SILLON DENTAL.**- Debe contar con el mecanismo necesario para su ascenso y descenso de modo que el cirujano realice con comodidad y eficiencia las intervenciones.

**TORNO DENTAL.**- Se les emplea en cirugía para seccionar dientes o raíces o para la ostectomía.

**MESA PARA INSTRUMENTOS.**- Se usa principalmente para colocar el instrumental esterilizado, que se va a emplear en la cirugía.

**CAJAS DE INSTRUMENTOS.**- Su uso es guardar instrumentos limpios y esterilizados.

**NEGATOSCOPIO.**- Es de gran utilidad en el consultorio, sobre todo cuando la intervención requiere de consultar varias veces las radiografías.

## MATERIAL QUIRURGICO

( Ropas para el cirujano y sus ayudantes)

**DELANTAL.**- Sin botones, se cierra por detrás con cintas, mangas hasta las muñecas.

CUBRE CABEZA.- Del género protege la cabeza.

TAPA BOCA.- Cubre también la nariz del operador evita que la flora del cirujano llegue al campo operativo y protege a éste de infecciones y salpicaduras de -- sangre, pus, agua o que salten restos óseos o dentarios. Los ojos se pueden proteger con anteojos.

GUANTES DE GOMA.- Completan las medidas de asepsia de la cirugía.

CEPILLOS.- Indispensables para limpieza de las manos.

Jabón, alcohol, tintura de yodo, tintura de merthiolate. De uso común y necesario en cirugía bucal.

COMPRESAS.- Son trozos cuadrados, de género de-hilo o algodón, blancos o verdes, con las que se cubre la mesa de instrumentos.

GASAS.- Son útiles para nuestra cirugía, para cohibir la sangre o limpiar las cavidades óseas grandes.

#### MATERIAL DE SUTURA

CATGUT.- Material reservable obtenido del intestino de oveja y se le emplea en la ligadura de vasos o como simple elemento de sutura.

HILOS DE SEDA.- En cirugía bucal son los más usados. Es bastante económico, de ahí estriba su importancia.



NYLON.- Es el material que menos lesiona la delicada trama gíngival.

## ESTERILIZACION

Para que sea exitosa una intervención, todos -- los elementos que en ella intervienen deben de estar perfectamente estériles, o sea libre de gérmenes vivos. La asepsia es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Comprende este término elementos como: sitio donde se realiza la operación, manos, ropa, instrumentos, etc.

La esterilización se hace por medios químicos y físicos:

- a).- Agentes químicos: Antisépticos y desinfectantes.
- b).- Agentes físicos: Calor seco y húmedo.

### ESTERILIZACION DE INSTRUMENTOS Y MATERIAL QUIRURGICO.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO METALICO.- Requiere estufa seca y temperatura de 130° durante 30'. Los instrumentos de filo (bisturries, esclavos, etc), pueden esterilizarse por métodos químicos.

TUBOS DE GOMA.- Se esteriliza por medio de ebullición durante 20', se guarda en frascos con solución antiséptica.

JERINGAS.- Lo ideal para su esterilización es -  
usar estufa seca.

DELANTAL, COMPRESAS Y GASAS.- Se esterilizan en  
autoclave.

GUANTES DE GOMA.- Se lavan con agua y jabón y -  
pasar al autoclave debidamente protegidos.

CEPILLOS.- Ebullición de 20'

HILOS DE SEDA Y LINO.- La esterilización se lo-  
gra mediante ebullición 20\*o 30\*y se conservan en frascos  
con solución antiséptica.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

## TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Se define como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede realizarse sin riesgo, -- en caso contrario, adoptar medidas para que el riesgo desaparezca o sea reducido a su más mínima expresión.

Las medidas preoperatorias las podemos dividir en generales y locales.

Las medidas generales es la evaluación del estado general del paciente, interesa establecer si el paciente recuerda haber tenido algún inconveniente en intervenciones bucales o de cirugía general, antes, durante o después de ellas; si tolera la medicación preanestésica, la anestesia, la medicación posoperatoria

Si tuvo algún tipo de tratamiento o si hubo necesidad de interrumpir, con cierta alteración el tratamiento o alguna medicación habitual que venía tomando.

Si soporta bien los esfuerzos, ¿se agita o siente palpitaciones al subir escaleras?, ¿tiene sensación de falta de aire, duerme bien, y con cuántas almohadas?, -- ¿se levanta de noche a orinar?, ¿orina más de noche que -- de día?, ¿se le hinchan los pies?, ¿nota las venas del --- cuello muy llenas?, ¿su pulso es acelerado o lento?, ¿se -- sabe hipertenso o hipotenso?, ¿nota las uñas o labios mo-- rados?, ¿padece reumatismo, que medicamentos le dieron?, -- ¿se siente débil, es diabético?.

Pacientes femeninos, ¿nacieron sus hijos?, ¿algún familiar es cardíaco o padece alguna enfermedad venérea?

¿Si ha tenido hepatitis?, ¿Si es alérgico y está sometido a tratamiento con corticoides?

Si junto con palpitaciones siente nerviosismo, temblores, manos calientes y sudorosas (signos hipertiroidismo).

Mas o menos con este tipo de preguntas nos orientaremos hacia la existencia o ausencia de alguna patología que pueda comprometer el éxito de una intervención o que la torne muy riesgosa.

#### POSIBLES ALTERACIONES EN LA HEMOSTASIA.

Al efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes sobre el particular y en todo caso se profundizará el examen en la medida conveniente. Como la extracción dentaria es la causa más común de hemorragias en pacientes predispuestos, deberá indagarse acerca de gingivitis, epistaxis, hemoptitis, hematuria, excesiva extravasación sanguínea ante traumatismos aún leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

En caso de haber existido hemorragias, se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla. Solo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que se está frente a una diastosis hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia, etc), en tales casos será preciso solicitar colaboración médica especialista pues este tipo de hemorragias escapan a nuestro manejo.

Las medidas locales es el estado de la cavidad bucal, además del diagnóstico de la patología quirúrgica que motiva la intervención, debe hacerse el examen complementario del estado de la cavidad bucal.

Las afecciones de las partes blandas de la cavidad bucal contraindican asimismo toda operación en esta - región, por el peligro de contagio.

Por lo demás, la cavidad bucal deberá reunir -- condiciones óptimas de limpieza y desinfección, ya que no de esterilización.

El tártaro salival, las raíces y los dientes -- con caries serán removidos o obturados. Aún en caso normal debe lavarse cuidadosamente la boca con una solución de agua oxigenada o soluciones jabonosas que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada.

Los espacios interdentarios, las lengüetas gingivales y los capuchones de los terceros molares se lavarán con igual solución o con un antiséptico con tintura - de merthiolate.

Con tales medidas antisépticas preoperatorias - la cavidad bucal quedará en condiciones bastante óptimas.

TECNICAS ANESTESICAS.

## TECNICAS ANESTESICAS

Anestesia local es la supresión, por medios terapéuticos de la sensibilidad de una región del organismo o cavidad bucal.

La consciencia del paciente permanece intacta.

No hay que olvidar, que las distintas zonas de la cavidad bucal están bajo el dominio del V par, el -- trigémino, con sus tres ramas: el oftálmico, maxilar superior y maxilar inferior.

### INSTRUMENTA.

Para la práctica de la inyección de anestésicos se utilizan, jeringa de tipo cápsula, agujas cortas y largas de distintos calibres y por supuesto, el cartucho de anestesia.

### TECNICA DE BLOQUEO DE LA RAMA DEL NERVIO SUPERIOR.

#### NERVIO INFRAORBITARIO.-

Anatomía: Este nervio es continuación directa del nervio maxilar superior. Se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma, primero en el surco y luego en el canal infra-orbitario y se distribuye por la piel del párpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como la mucosa del vestíbulo nasal.



#### TECNICA.-

Se palpa con el dedo medio la porción media - del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente cerca de un centímetro; por debajo de este punto, donde por lo general se palpa el paquete vasculo nervioso - que sale por el agujero infraorbitario, manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce - la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral y se deposita la anestesia, de 2 a 3 milímetros.

Indicaciones, intervenciones quirúrgicas en - el lugar del nervio infraorbitario.

Diagnóstico diferencial para localizar zonas - de disparo del nervio trigémino.

Extracciones complicadas con resección de col - gajo sobre uno o varios incisivos o caninos.

Extirpación de quistes radicales o granulo - ma dentario.

#### NERVIO DENTARIO POSTERIOR

Anatomía. Estos nervios nacen del nervio maxi - lar superior en la fosa pterigo-maxilar, antes de la entra - da al conducto infraorbitario. Recorren la tuberosidad -- del maxilar y penetran por orificios situados en la tubero - sidad de 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo disto cervical -- del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomo - san con los dentarios medios y anteriores; innervando, pri - mero, segundo y tercer molar superior.

**TECNICA.-**

La punción se realiza en el fondo del surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar.

Después de que la aguja se ha introducido, se deposita la anestesia, la aguja debe penetrar 2 cm.

**RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES, NERVIOS PALATINOS ANTERIORES Y --  
NERVIO NASOPALATINO.**

**Anatomía:** Las ramas alveolares superiores se desprenden del nervio infraorbitario, antes de que atravesé se la hendidura esfeno-maxilar, ya originan a las ramas alveolares posterosuperiores, que corren en la superficie de la tuberosidad del maxilar superior, penetran en ella para inervar los molares superiores.

Durante su trayecto por el conducto infraorbitario, el nervio infraorbitario da origen a la rama alveolar superior media y a varias ramas anteriores, inervando los premolares, caninos e incisivos superiores.

**El nervio palatino anterior:** Corre desde la fosa pterigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inervar la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.

**El nervio nasopalatino:** Es la mayor de las ramas nasales postero-superiores, corre hacia abajo y delante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y da ramas a la porción más anterior del paladar duro y a la encía que rodea los incisivos superiores.

#### TECNICA.-

Las ramas alveolares superiores posteriores - se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar superior, después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce de 2 a 3 cm., bastando para dibujar una curva aplanada de concavidad superior.

Las ramas alveolares superiores medias y anteriores: se bloquean separadamente para cada diente en particular, introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea al diente y buscando la extremidad de la raíz, donde se inyecta de 1 a 2 ml.

Nervio palatino anterior: se bloquea inyectando unas décimas de ml. de anestésico al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, 1 cm. por encima del reborde gingival.

El nervio nasopalatino se bloquea inyectando unas décimas de ml. de anestésico en el conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos.

#### INDICACIONES.

Se utiliza para la anestesia de los dientes de la mandíbula superior. Para tratamiento conservatorio, en donde generalmente sólo se necesita anestésicar la pulpa dentaria, la infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente.

Si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario completar con infiltración palatina para cada diente en particular. Cuando se va a practicar la extracción de todos los dientes de la mitad de la mandíbula, es necesario el bloqueo tanto del nervio palatino anterior co

mo el nasopalatino.

#### BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIIO MAXILAR INFERIOR.

**Anatomía:** el nervio alveolar inferior se desprende del nervio maxilar inferior cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo medio, entre éste y la rama del maxilar inferior. El nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo medio; aquí se divide dando ramas para los dientes y en la de la mandíbula inferior.

#### TECNICA.-

Con el dedo índice procurando se localiza la línea oblicua o sea el borde interno de la rama del maxilar inferior. Se hace la punción en este punto, por encima del plano oclusal del tercer molar.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes.

Desde este punto, se introduce la aguja lentamente pegada a la cara interna de la rama del maxilar, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, manteniendo en el mismo plano horizontal.

La punta de la aguja estará siempre en contacto con la rama, inyectando de 1.5 a 2 ml. de anestesia.

#### INDICACIONES.-

Cirugía bucal y tratamientos en mandíbula.

Intervenciones quirúrgicas en los alveolos si

tuados en el costado del borde lingual, en el surco comprendido desde el primer molar hasta casi la línea media, y si el nervio lingual está también anestesiado, en el borde lateral de la lengua.

Cuando se ha complementado la anestesia con el bloqueo del nervio bucal, inclusive intervenciones en la encía correspondiente a los molares 1, 2, 3, extractos y reses de los maxilos.

#### NERVIO MENTONIANO

Anatomía: Este nervio se encuentra en el conducto dentario inferior a partir de los molares inferiores, sale por el agujero mentoniano a la altura del premolar. Inerva parte mucosa del labio inferior.

#### TÉCNICA

El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo oral por dentro del labio inferior, por detrás del primer premolar.

Con el dedo índice se palpa el paquete vasculonervioso o su salida del agujero mentoniano. La aguja se introduce hacia dicho agujero, hasta que la punta está en cercanía con el paquete vasculonervioso.

#### INDICACIONES.-

Tratamiento de los incisivos, caninos o primer premolar de la mandíbula inferior.

Intervenciones quirúrgicas en el labio inferior, mucosa gingival o porción labial del proceso alveolar.

TECNICAS QUIRURGICAS

## TECNICAS QUIRURGICAS

La extracción de terceros molares inferiores-retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso (mandíbula).

La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva, lo que hace necesario el uso continuo de aparatos de aspiración.

Hay que mantener estricta asepsia. La operación debe ser planeada con cuidado por adelantado, con planes de procedimientos diferentes, para decidir si en el curso de la operación deben cambiarse los originales.

### PASOS BASICOS DEL PROCEDIMIENTO SEPARADO

- 1.- Verificar si las radiografías muestran -- el tamaño exacto y completo, el número, -- tamaño y curvatura de las raíces y la proximidad de las raíces o coronas del diente adyacente o estructuras vitales.
- 2.- Clasifique la retención.
- 3.- Estúdiese la radiografía oclusal para establecer la relación vestibulolingual del diente.
- 4.- Examine la posición de las raíces en relación con el conducto dentario inferior.
- 5.- Revisar todos los exámenes practicados.

- a).- Bosquiejese la extensión del colgaje, manteniendo buena irrigación y un aporte adecuado.
- b).- Decídase si el diente retenido, puede ser extraído o no por medio de
- 1.- Seccionamiento del diente.
  - 2.- Combinación de remoción ósea y división dentaria
  - 3.- Solamente por la reséxis del hueso vecino.
- c).- Crear un espacio por el cual el diente retenido pueda ser movido adecuadamente sin eliminar tejido óseo excesivamente.
- d).- Determinése el mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación de hueso.
- e).- Determinése la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos adecuados con trauma mínimo.

#### FACIORES QUE COMPLICAN LA TÉCNICA OPERATORIA.

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis
- 3.- Proximidad del conducto dentario.
- 4.- Pacientes ancianos que presentan densidad ósea.



- 5.- Espacio foliular lleno de hueso.
- 6.- Anquilosis entre el hueso y diente (remoción completa de todo el hueso alrededor de la corona).
- 7.- Acceso difícil causado por:
  - a).- Músculo orbicular de los labios pequeños.
  - b).- Incapacidad para abrir bien la boca.
  - c).- Lengua grande incontrolable.

#### COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS.

La incisión para el colgajo se inicia en la parte lingual de la línea oblicua externa, se continúa por vestibular alrededor del cuello del segundo hasta el espacio interproximal, entre el primero y segundo molar, de ahí se extiende hacia abajo en dirección al fondo del surco en ángulo de 45°. Con el peristótomo se separa cuidadosamente el colgajo, teniendo presente que el periostio debe acompañar a la mucosa bucal.

El colgajo debe tener los siguientes requisitos:

- 1.- Permitir una buena exposición.
- 2.- Tener base ancha.
- 3.- Ser bastante grande para no causar trauma a los tejidos blandos y la cicatrización se apoye sobre una base ósea amplia.
- 4.- Un solo trazo, sin líneas secundarias --- exige una buena incisión.
- 5.- Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo. de otra manera los puntos se desprenden, la incisión se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la-

cavidad ósea realizada, con los trastornos de cicatrización.

#### DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibra mucosa y la arcada dentaria, una legra o una espátula de Irwin o un periostótomo. Todos ellos se esgrimen de la misma manera que el bisturí, o sea entre el pulgar índice y medio; apoyándose decididamente contra el hueso y con suaves movimientos de lateralidad, con los cuales gira la espátula o el periostótomo sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando, por lo tanto, fibra mucosa y periostio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria. Los planos musculares de poco volumen y extensión (martiforme, canino, buccinador, cuadrado de la barba).

Deberán desinsertarse mediante legrado y ser separados de tal modo de la superficie ósea, que ésta quede al descubierto.

Este colgajo se mantiene levantado con un separador romo, sin dientes que pudiesen traumatizarlos; el colgajo palatino, a fin de que no impida ver el objeto a operar, se fija a los dientes vecinos con un hilo de sutura, que se pasa con una aguja por su borde libre, si el paciente es desdentado, estos hilos riendas se fijan con pinzas de Kocher a la compresa protectora.

No todos los colgajos vuelven a su lugar de origen, en ciertos casos el colgajo puede deslizarse e ir a ocupar otras regiones, para cubrir perforaciones buco-na

sales o buco-senales, o en las estafilorrafias. En ciertos casos, conocida de antemano tal contingencia, deberá dársele al colgajo una base suficientemente ancha como para que su nutrición no resulte perturbada.

### OSTECTOMIA Y OSTATOMIA

La ostectomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso, la ostatomía es la extracción del hueso que cubre el orificio de la operación.

Este tiempo de la operación se realiza con escoplos, pinzas, gubias y frenos.

Ostectomía con escoplos, pueden presentarse - distintas circunstancias: el operador maneja escoplo y martillo, o el operador escoplo y ayudante de martillo.

Si el cirujano maneja ambos instrumentos, toma el primero con su mano izquierda entre la cara palmar, - del dedo pulgar y los pulgares de los dedos índice y medio.

El martillo se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos pero efectivos; es preferible un golpe con resultados prácticos, que una sucesión de éstos sin otro resultado que molestar al paciente.

Si el operador no esgrime el martillo, sino que el ayudante, entonces toma el escoplo con su mano derecha en la misma forma que la izquierda.

Algunas veces, cuando el hueso es papiráceo - o está adelgazado por procesos patológicos, el escoplo puede ser usado a presión manual.

## OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA CON PINZAS GUBIAS.

La pinza gubia se emplea para agrandar orificios previamente preparados con los escoplos. Puede asimismo utilizársele para ostectomía: resección de hueso sobrante del borde alveolar e de puntas óseas que quedan después de las extracciones.

La pinza gubia se apoya en todo el hueso de la mano, con el pulgar sobre una de las ramas y las 4 restantes contra la otra. Estas pinzas poseen un mecanismo que permite abrirse espontáneamente después de cerrada por la mano del operador.

La pinza gubia, con forma de L como se ve en el modelo, es un sacabocados y es cortante por el filo de la punta de sus ramas, según el modelo, se introduce dentro de la cavidad ósea, se cierra, el hueso que va circundando las ramas es así eliminado, los bordes afilados y las crestas se eliminan por medio de una osea hueso.

## OSTEOTOMIA CON FRESA.

La fresa es un instrumento muy útil para practicar la osteotomía, pues evita el desagradable golpe del escoplo.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizado o suero fisiológico proyectado con la ringa de vidrio, para evitar recalentamiento del hueso.

## OPERACION PRÁCTICAMENTE DICHA.

La extracción del molar retenido se realiza después de ser eliminados o disminuidos los factores de la

resistencia (por osteotomía).

Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un elevador, con puntos de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio-bucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba siguiendo las posiciones mecánicas de palanca, de primer y segundo género.

Este es un enunciado general, por cada caso requiere un tratamiento individual según el operador.

La odontosección definitiva, para facilitar la operación, puede realizarse en dos formas distintas según su eje mayor o su eje menor, para la primera usar el escople preferentemente de hoja ancha, de un solo baseles, muy bien afilada, y para la segunda, de forma redonda o de fisura.

El uso de escople para cortar con un solo golpe intenso para el tratamiento al paciente, el borde cortante del escople se aplica sobre la cara bucal del molar o sobre el hueso.

La odontosección de fisura, se realiza a nivel del cuello para un efecto de curro fisiológico para evitar sobrecalentamiento. El corte debe permitir que la parte distal sea más ancha que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda ser elevada cómodamente.

La extracción de las partes seccionadas se realiza según las posiciones que tenga el tercer molar inferior, pero todas siguen el mismo plan de tratamiento y el mismo instrumental, escoplos, fresas, botadores rectos de hoja fina, por ejemplo posición mesio angular desviación bucal con cara mesial accesible, ambas raíces dirigidas hacia el lado distal. En su eje mayor se introduce entre las porciones divididas, un elevador recto, se gira el instrumento tratando de desplazar hacia el lado distal la porción distal de la odontosección.

Eliminada esta porción se aplica un elevador número dos de Winter por debajo de la cara mesial girando el instrumento en sentido de su eje, se dirige la porción mesial hacia el lado distal.

Extracción de la porción seccionada según su eje menor. Se introduce un elevador número dos I o R de Winter o un recto en la cara mesial, se gira en sentido de las agujas del reloj y se eleva la corona.

Si la corona no esciende, se procede con el elevador como una palanca de primer género con el apoyo del hueso mesial; se desciende el instrumento y la corona se levantará en sentido opuesto.

Para la eliminación de la porción radicular se tendrá en cuenta si se trata de raíces fusionadas o de raíces que conservan su individualidad.

a).- Raíces fusionadas. El macizo radicular se extrae con un elevador número 11 I o R de Winter, el elevador se introduce en el espacio dejado por la corona entre el hueso y la cara mesial del macizo radicular, se dirige hacia arriba y hacia el lado distal. Es útil la aplicación de una técnica sencilla, que consiste en colocar la punta de un elevador de elev-dent en un orificio practicado previamente en la cara distal de la raíz con una fresa redonda y desplazar la porción radicular hacia el espacio dejado por la corona girando el instrumento en sentido deseado, después de apoyar el lomo de la hoja en el borde óseo distal.

b).- Raíces no fusionadas. Pueden extraerse con un elevador número 11 por debajo de la cara mesial o se procede a separar las raíces con una fresa de fisura para extraer las porciones en dos tiempos:

- 1.- La raíz distal según como se explica en el párrafo anterior.
- 2.- La raíz mesial con elevadores aplicados sobre la cara mesial y a favor del alveolo vacío.

#### SUTURA.

Maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión, para tal finalidad se utiliza una portaagujas, aguja y material de sutura.

En cirugía bucal se comienza iniciando la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en bucal. En incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es, de distal a mesial.

En el caso de extracción de tercer molar utiliza más el porta agujas y la pinza de Fischer.

Se toma con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, el cabo que tiene la aguja; se le apoya en el instrumento y se le hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo del porta agujas. Se entreaabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre, se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta a nivel de la herida y se tiene la primera parte del nudo, para completarlo se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse también en sutura de puntos separados, en alveolectomía y heridas extensas.

TRATAMIENTO DE CAVIDAD OSEA



## TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella:

- a).- Medicamentos directamente, como por ejemplo las sustancias preparadas para el tratamiento de alveolitis, cementos quirúrgicos, los lavajes de los alveolos o cavidades con soluciones anestésicas y antisépticas.
- b).- Gasas con medicamentos, taponamiento. Gasa sola o impregnada con medicamentos, gasa yodo formada, xero formada, euro formada, al Rivanol con fenol alcanforado - bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc. se usan para taponar cavidades de distinto volumen: alveolos, posextracción, cavidades de quistes o tumores.

El taponamiento se hace con el fin de evitar la entrada de sustancias o cuerpos extraños y prevenir -- hemorragias y dolor.

Drenaje de afecciones que exigen la comunicación por tiempo variable, se realiza con drenes de gasa o de goma.

## SUBSTANCIAS USADAS PARA LA OBTURACION DE CAVIDADES EN CIRUGIA BUCAL.

La penicilina es un medicamento que colocado dentro de los alveolos o cavidades óseas, contribuyen en alto grado al mejoramiento de las condiciones locales posoperatorias.

El fibrinfean agente terapéutico de acción -- hemostática, se usa para la prevención de la hemorragia po

soperatoria, en sujetos con hemofilia y hemorragiparos.

Oxigel, se obtiene trasformando la gasa o el algodón común en un ácido orgánico, por la acción del dióxido de nitrógeno.

Se emplea como hemostático y obturador de espacio, éste último es útil en intervención de quistes y tumores.

Gelfoam, es una matriz esponjosa derivada de la gelatina. Insoluble pero absorbible, se esteriliza por calor seco a 150 C de aspecto lechoso, es muy liviana, pero tiene propiedades hemostáticas.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS  
DURANTE LA OPERACION

## COMPLICACIONES QUIRURGICAS DURANTE LA OREPACION.

Muchas complicaciones pueden evitarse mediante la valorización preoperatoria del paciente. Pero a pesar de todos los esfuerzos, pueden presentarse complicaciones.

El más frecuente es el síncope simple (desmayo), que puede ocurrir durante la inyección del anestésico.

Debe recordarse que el desmayo rara vez es -- una indicación de alergia al anestésico.

Los signos y síntomas son: gotitas de sudor -- en la frente y alrededor de la boca, palidez peribucal que ocasiona coloración verdosa alrededor de la boca, así como pérdida de color de mejillas y frente, sensación de hormigueo en dedos y manos y pies, debilidad, náuseas, a veces vómito y pérdida de conocimiento, a veces acompañado de -- convulsiones por algunos segundos.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición supina, de preferencia debe bajarse la cabeza al nivel del tórax inclinando el sillón hacia atrás, debe valorarse el pulso y tomar presión arterial, colocar -- compresas de agua fría sobre la frente.

Si el paciente no responde en 15" debe administrársele oxígeno, suelen reponerse rápidamente, estar -- alertas en segundos y responder a preguntas. Si el paciente está de acuerdo, el dentista debe seguir el tratamiento si no, debe fijarse una nueva cita.

La hiperventilación, ocupa el segundo lugar, -- en este caso el paciente extremadamente nervioso respira -- rápida y superficialmente, disminuyendo así el nivel de -- bióxido de carbono en la sangre y produciéndose una elevación del Ph sanguíneo y un estado de alcalosis, así disminuye la disociación de la oxihemoglobina y por lo tanto, -- reduce la oxigenación del cerebro, produciéndose pérdida --

del conocimiento.

Los signos y síntomas son: además de las respiraciones rápidas y superficiales, el paciente presenta espasmo corporal y se queja de sensación intensa de hormigueo en manos y pies, los dedos de la mano adquieren posición de goma y los pies de rotación interna y extensión.

El manejo de esta situación suele ser difícil porque el paciente se encuentra al borde de la histeria. Puede decirsele que detenga la respiración tanto tiempo como sea posible para elevar el nivel del ácido de carbono en la sangre y con ello bajar el  $pH$ , pero su nerviosismo lo traiciona.

La inyección intravenosa de pentobarbital para sedar al paciente es el método de la mejor selección al problema. Al terminar el tratamiento, recostar al paciente, dándole nueva vida, con esto se puede terminar el episodio de hiperventilación.

Después del síncope simple o atestado con hiperventilación, el paciente puede experimentar un prolongado período de asplensión.

Recupera el conocimiento en forma completa, pero al intentar ponerse de pie, se desmaya otra vez, en estos casos la inyección intramuscular o intravenosa de 0.02 a 0.3 ml. de una solución de 1:1000 de adrenalina, ayudará a restaurar y mantener una adecuada presión arterial.

#### OCCLUSIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS

La oclusión de arterias coronarias o ataque cardíaco puede ocurrir en el consultorio dental. Los pacientes con historia de angina de pecho pueden ser candidatos a trombosis coronaria, pero hay muchos pacientes con

enfermedad coronaria que nunca han experimentado una angina. El ataque puede sobrevenir cuando el paciente está -- completamente descansado o seguir un período de esfuerzo -- emocional o físico y ésto hace muy difícil predecir tal -- ataque.

El primer síntoma puede ser una sensación de opresión que causa intenso dolor subesternal, este dolor -- puede irradiarse al hombro izquierdo, al brazo, o al área del maxilar inferior.

En ocasiones, puede haber vómito, pero lo más frecuente es que sólo haya arritmia. El paciente suele estar angustiado, de color blanco, con la piel fría y húmeda muy débil, y a veces puede expresar que siente temer a -- que su muerte sea inminente.

El tratamiento del paciente que presenta una oclusión coronaria es de sostén, hasta que pueda atenderlo un médico o sea llevado a un hospital.

Debe colocarse al paciente en posición en que pueda respirar más fácilmente, hay que tranquilizarlo y -- administrarle oxígeno con mascarilla.

Si el paciente después del ataque o junto con él presenta paro cardíaco, debe colocarse en el proneo administrarle masaje cardíaco externo para mantener la circulación.

La respiración debe mantenerse mediante el -- uso de mascarilla o con respiración de boca a boca. A veces se administra morfina o meperidina para mitigar el dolor, aún cuando estas dos drogas son depresores respiratorios, su uso está permitido, ya que la respiración se ve -- inhibida más por el dolor que causa respirar, que por la -- acción de estas drogas, sin embargo, este tratamiento sólo debe instituirse bajo la dirección de un médico.

### PARO CARDIACO.

Cualquiera de los estados mencionados puede degenerar en paro cardíaco. Si las pupilas de un paciente inconsciente están dilatadas y fijas o contraídas y fijas, si no hay pulso y no puede descubrirse respiración, la situación es grave y debe comunicarse al paciente inmediatamente. El paciente se coloca en posición supina sobre el piso, con la cabeza extendida para flexar la mandíbula hacia adelante, y se tiran las vías aéreas.

Inmediatamente los miembros del equipo deben trabajar para mantener la circulación y respiración, se tiene que dar respiración artificial a boca a boca, masaje externo hasta que el paciente pueda ser trasladado a un hospital. También puede administrarse fisiológica de sodio cada 5' hasta que el paciente recupere el rítmico al miocardio es repentino y a menudo se efectuará maniobras para interceptarlo.

### ACCIDENTES DE LOS DIENTES

Incluso extracción equivocada, movilidad de un diente vecino, fractura de una porción de corona de un diente vecino, extracción o fractura del diente vecino, pérdida del sostén osec alveolar.

### FRACTURAS DE MANDIBULA.

Se produce durante la extracción, debido al uso incorrecto de elevadores o falta de reconocimiento de la gran fuerza que es preciso hacer.

## HEMATOMA.

Es un derrame de sangre en los tejidos, que da por resultado una masa de aspecto tumoral

Se produce por un pinchazo de vasos sanguíneos por la aguja al inyectar el anestésico.

## EMFISEMA.

Es una tumefacción por aire en los intersticios del tejido conjuntivo, se palpa como una sensación de crepitación o crujido que lo distingue de la hinchazón por el edema.

## AGUJAS ROTAS.

La mayoría de las agujas rotas se produce durante la anestesia troncular; una mala técnica es la causa más frecuente de la rotura, más la mala calidad de las agujas.

## HEMISTASIS.

La sección de vasos provoca hemorragias de distinta importancia, según a los tejidos a los que pertenece: gingivales, bóveda palatina; los vasos heridos pueden pertenecer a la arteria dentaria inferior o a ramas del maxilar interna.

Las hemorragias pequeñas se cohiben con presión, con alguna gasa impregnada con adrenalina, agua oxigenada etc.



La hemostasia de vasos mayores es excepcional en cirugía bucal.

#### TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

Posoperatorio es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, separar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza para el perfecto estado de salud.

En cirugía bucal los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida misma, al campo operatorio y al estado general del paciente. Tomando en cuenta de que hablamos de un paciente ambulatorio que no necesita hospitalización.

#### TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO.

Higiene de la cavidad bucal. Terminada la operación, el ayudante debe lavar perfectamente la cara del paciente, de la sangre que pudo depositarse.

La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento que limpiará y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente puedan depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

El paciente en su domicilio, hará lavajes suaves de su boca cuatro horas después de la operación con una solución antiséptica; también es recomendable que el paciente ponga sobre su cara frente al sitio de la operación toallas empapadas en agua fría, esto evita la congestión.

tión y el dolor posoperatorio, previene hematomas y las -  
hemorragias.

La compresa se usa por espacio de 15' y 15'-  
de descanso durante los primeros tres días.

COMPLICACIONES DESPUES DE LA  
OPERACION

## COMPLICACIONES DESPUÉS DE LA OPERACION

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole; el operador debe prevenirlas.

En la precisión de las técnicas, en la aserpsia de la operación, encuentran escudos los accidentes nosoperatorios.

Dentro de las complicaciones locales tenemos la hemorragia que se presenta inmediatamente (primaria), o un tiempo después (secundaria).

Hemorragia primaria: el tratamiento se realiza por medio de dos mecanismos, uno instrumental y el otro mecánico. El primero tiene su aplicación en la ligadura o en el aplastamiento del vaso que sangra con un instrumento romo.

El otro se logra por taponamiento con un trozo de gasa y su compresión, por lo regular, volviendo el colgajo a su lugar cede la hemorragia, pero si no cede y continúa brotando sangre habrá que llenar la cavidad quirúrgica con una mecha de gasa impregnada para aumentar su acción hemostática de medicamentos como trombina, adrenalina, percloruro de hierro.

Hemorragia secundaria: aparece algunas horas o algunos días después de la operación; puede obedecer a la caída del coágulo luego de un esfuerzo del paciente, -- que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia.

El tratamiento de tal accidente se realiza -- por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales: se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente o se hace practicar al paciente un enjugatorio de su boca para retirar los restos -- del coágulo y la sangre.

Una vez limpia la zona, se realiza el tapenamiento a presión con gasa (simple o medicamentosa). Encima de la herida y comprimiendo sus bordes se deposita un trozo de gasa seca la cual se mantiene bajo la presión -- masticatoria. Esta presión debe mantenerse durante media hora.

Para realizar cómodamente la técnica adecuada debe colocarse una anestesia local.

Métodos Generales. Según la cantidad de sangre perdida, el estado del paciente estará más o menos comprometido. En general las hemorragias en cirugía bucal son mortales.

Se mejorará el estado general administrando analépticos y ante pérdidas considerables se tratará de normalizar la volemia mediante la infusión de líquidos adecuados (suero, plasma, etc.) y en casos más graves, -- sangre.

En ocasiones se completará con coagulantes -- (vitamina K, calcio, etc.).

## TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

El tratamiento se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial, emantorios, alimentación y a las medidas terapéuticas de orden general de las complicaciones posoperatorias.

Alimentación del recién operado, la primera comida la hará seis horas después de operado y consistirá en una taza de té con leche tibia, caldo y naranjada, después de estas horas puede tomarse el siguiente menú: extracto de carne, puré de papa, gelatina, compota de manzana, jugo de tomate, huevos pasados por agua y dulce de leche.

El paciente deberá guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

Colocar una bolsa con hielo en la cara, sobre la región operada, durante 15 minutos alternados con 15 minutos de descanso.

No realizar enjuagues, por el término de tres horas, después se pueden realizar con una solución de agua y sal, éstos se repetirán cada dos hora.

En caso de sentir dolor, tomar una tableta del medicamento que se le haya indicado. Se puede repetir esta tableta cada dos horas, si el dolor no cesa.

TERCER MOLAR SUPERIOR

### TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO

Los terceros molares superiores retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores.

El tercer molar superior presenta una dentadura de erupción que le es propia. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo.

Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose por este hecho dolores de gran intensidad. Los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas, acompañada de trismus y ganglios inflamados, lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está impedida y la función dificultada.

El proceso no termina hasta que no realice la extracción del molar, o se suprime el factor traumático -- que significan sus cúspides. Se puede aliviar y curar en pocas horas un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carburo las cúspides del tercer molar. La úlcera, suprimida las cúspides debe ser atacada con licor de bonaen, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

### CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS.

**POSICION VERTICAL:** - El eje mayor del tercer molar, se encuentra paralelo al eje del segundo molar superior. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.



**POSICION MESIO-ANGUIAP.** - El eje del molar retenido está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis -- pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

**POSICION HORIZONTAL.** - El molar está dirigido hacia el canalico, con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto.

La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina y presentarse horizontal, forma rara, paralela a la arista dentaria, con su cara oclusal hacia mesial o distal. El molar puede erupcionar -- en la bóveda.

**POSICION VARIAS.** - El molar retenido puede ocupar diversas posiciones.

En el estudio de la radiografía el tercer molar superior se pueden tomar varios puntos de interés, por ejemplo: posición del tercer molar superior, esto nos sirve para clasificarlo, las posiciones que tiene con los demás dientes vecinos, el estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar retenido, tamaño y forma de la corona y las raíces, también la proximidad con la apófisis pterigoides y seno maxilar.

#### **EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.**

Como en la extracción del tercer molar inferior y en todo diente incluido o retenido, para realizar dicha extracción es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria, para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

El cirujano dentista tiene la obligación en una intervención quirúrgica de suprimir hasta donde sea posible el dolor y el stress a su paciente, por lo que debe conocer el mecanismo del dolor.

El uso de bloqueadores locales, es por excelencia el indicado para todos los tratamientos bucodentales.

También se debe tener en cuenta el estado general del paciente, ya que cuando se va a intervenir quirúrgicamente se tiene la obligación de conocer los estados que se pueden presentar como son: tendencias hemorrágicas, afecciones cardiovasculares, diabetes, etc.

El cirujano dentista puede enjuiciar el estado de salud general del paciente observando su estado físico, antes de proceder a la exploración oral.

Antes de comenzar una intervención quirúrgica han de correlacionarse la historia clínica y dental, la exploración clínica, radiografías y resultados de pruebas de laboratorio, con el fin de hacer un diagnóstico diferencial y plan de tratamiento.

Se debe trabajar de acuerdo con el médico general cuando los pacientes tengan riesgo en enfermedad sistémica.

**BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIografía.

- 1.- CIRUGIA BUCAL.  
Guillermo Ries Centeno  
Edit. Ateneo.
- 2.- CIRUGIA BUCAL.  
Costich White.  
Edit. Interamericana.
- 3.- CIRUGIA BUCAL.  
W. Harry Aronson  
Edit. Mundó.
- 4.- PROPEDEUTICA MEDICA  
De Mayor.  
Edit. Interamericana.
- 5.- TRATADO GENERAL DE DENTISTIA MODERNA  
Fritz Brösler  
Tomo III vol. 2  
Edit. Alina.
- 6.- MANUAL DE ANATOMIA  
Winthrop.
- 7.- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA  
Fernando Linares Gutierrez  
Edit. Porruá.
- 8.- MANUAL ILUSTRADO DE TOXICOLOGIA.  
Astra.
- 9.- HISTOLOGIA BASICA.  
L.C. Junqueira  
J. Carneiro  
Edit. Salvat.

- 10.- EMBRIOLOGIA CLINICA.  
Keith L. Moore  
Edit. Interamericana.
- 11.- TRATADO DE HISTOLOGIA.  
Arthur W. Han  
Edit. Interamericana.
- 12.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL.  
Kruger  
Edit. Interamericana.
- 13.- CIRUGIA BUCA.  
Kurt W. Thom  
Edit. Steta.