



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CIRUGIA APLICADA EN TERCEROS  
MOLARES RETENIDOS**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**CRISTOBAL VICTOR IBARRA GONZALEZ**

**MEXICO, D. F.**

**1983**





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.

Dedicatorias

I N D I C E  
INTRODUCCION

CAPITULO I

HISTORIA DE LA CIRUGIA Y DE LA ODONTOLOGIA

- Prehistoria y antigüedad, origen y evolución de la historia de la Odontología ..... 1
- Cirugía Odontológica en la Era Primitiva ..... 2
- Cirugía Odontológica en el Antiguo Egipto ..... 2
- La Cirugía Odontológica en la Edad Media, Moderna y Contemporánea ..... 3
- Odontología en México ..... 5
- Los Aztecas ..... 5
- Epoca Post-Colombina ..... 7

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

- Interrogatorio ..... 9
- Tejidos duros ..... 16
- Tejidos blandos ..... 17
- Clínico Radiológico ..... 18

CAPITULO III

ANATOMIA DENTAL Y ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA MANDIBULA Y DEL MAXILAR

- Anatomía dental, tercer molar inferior ..... 20
- Anatomía Topográfica de la mandíbula ..... 21
- Anatomía dental, tercer molar superior ..... 24
- Anatomía Topográfica del maxilar ..... 25

## CAPITULO IV

### CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS

-	Teoría Filogénica .....	30
-	Teoría Mendeleana .....	30
-	Terceros molares retenidos .....	30
-	Terceros molares inferiores retenidos .....	31
-	Clasificación de Pell y Gregory .....	34
-	Clasificación de George B. Winter .....	36
-	Clasificación de Raíces de terceros molares .....	39

## CAPITULO V

### TECNICAS QUIRURGICAS

-	Bases .....	42
-	Consideraciones preliminares .....	42
-	Asepsia .....	47
-	Lista de instrumental para cirugía de terceros molares retenidos .....	49
-	Limpieza y esterilización de instrumentos.....	49
-	Aislamiento del paciente .....	53
-	Técnica adecuada y aplicada en extracción de terceros molares retenidos .....	55
-	Terceros molares con raíces incompletamente formadas	59
-	Técnica adecuada y aplicada en la extracción de --- terceros molares inferiores retenidos .....	59
-	Cuidados posoperatorios .....	69

## CAPITULO VI

### ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

-	Accidentes .....	70
---	------------------	----

-	Complicaciones .....	73
-	Conclusiones .....	77
-	Bibliografía .....	78

## INTRODUCCION

Esta investigación es con el fin de estudiar la importancia de las retenciones dentarias. Establecer y realizar la importancia de un diente retenido, ya que dicho diente puede presentar complicaciones; por lo cual debe tenerse un conocimiento pleno de la zona que se va a intervenir quirúrgicamente.

El cirujano dentista debe estar capacitado para poder ---- diferenciar el estado patológico, que se presenta en la boca. - Además de conocer las técnicas para realizar cualquier intervención que se lleve a cabo.

En la práctica diaria del cirujano dentista se presentará casos de terceros molares retenidos. En esta investigación se - expondrán las técnicas más usadas para realizar este tipo de -- intervenciones, con favorables resultados.

Trataré de enfocar este trabajo hacia los casos que se presentan con mayor frecuencia, y al mismo tiempo explicarlos como se debiera realizar la cirugía de terceros molares retenidos.

CAPITULO I

## CAPITULO I

### HISTORIA DE LA CIRUGIA Y ODONTOLOGIA

Las ciencias y las artes en general nacieron con el primer grado de civilización alcanzado por la especie humana. Deben haber pasado cientos de años entre la aparición del hombre primitivo --- sobre la tierra y aquél en que pudo dar muestra de sus manifesta-- ciones artísticas y científicas.

La medicina, en cambio, que es arte y ciencia a la vez, tiene que haber nacido al aparecer la primera pareja de seres humanos -- sobre la tierra, al sentir el primer dolor uno de ellos, el otro -- ha hecho todo lo posible por aliviar el sufrimiento. Es evidente -- que la medicina nació en ese momento, por lo tanto, es la más anti-- gua de las ciencias y las artes.

La historia de la Odontología está unida a la historia de la Medicina, desde los orígenes de ésta hasta el siglo XVIII, el dolor ha sido preocupación de todos los tiempos y sitio de elección son -- los dientes. La Odontología marchó al igual que la cirugía bucal -- llevada de la madre, la Medicina; luego se convirtió en su hermana menor y posteriormente se ha independizado, adquiriendo autonomía y mayoría de edad. A lo largo veremos la evolución de la Odontología, acompañada por la cirugía bucal.

#### Alimentación :

Una vez que el hombre, conoció el fuego y se adiestró en su -- uso y conservación, lo empezó a utilizar para la preparación de sus alimentos, el pescado y las carnes fueron su principal dieta y el -- hornado y asado su método usual de preparación.



Posteriormente este régimen alimenticio fué remplazado en partes por el trigo, maíz, cebada y arroz, y a consecuencia de ello sus dientes y encías sufrieron transformaciones, también la mandíbula era más prominente ( larga ) que en la actualidad, los molares, que en sus antecesores duraban toda la vida, comenzaron a caer; las encías a inflamarse y reblandecerse y muchas veces se desarrollaban tumefacciones en el rostro.

En los Papiros Egipcios, 37 siglos A.C. se encuentran referencias de dolores y abscesos de encías en incisivos y prescripciones para su cura. Así mismo, hay evidencia de enfermedad parodontal en las momias embalsamadas por los Egipcios hace 400 años.

#### Cirugía Odontológica en la Era Primitiva

El hombre primitivo heredó a la civilización la idea del uso de medicamentos para curar el tratamiento a base de masaje, baños, aplicación de calor o frío, origen de la fisioterapia. El médico moderno recogió la fisioterapia y la sugestión.

La cirugía y el uso de antibióticos tuvo su origen en los pueblos primitivos, practicaban orificios para que por ahí huyera el espíritu maligno y aplicaban el fuego con brasas candentes sobre heridas a las que cauterizaban destruyendo los microbios, cosa para ellos desconocida.

#### Cirugía Odontológica en el Antiguo Egipto

En Egipto los principales hallazgos se encuentran en las momias y Papiros.

Las momias anteriores a la primera Dinastía tienen dientes sanos debido a la alimentación vegetal primitiva de aquellos tiempos, demostrada por los restos encontrados en los intestinos.

Las momias correspondientes al período del Nuevo Imperio, debido a las condiciones más fáciles de vida y más evolucionadas se encuentra ya el sarro dentario, caries, fracturas y --- gota.

Imhotep, famoso médico del año 3,000 A.C. fué considerado Dios de la Cirugía.

Herodoto, historiador Griego ( 500 años A.C. ), refiere - que ya había especialización en la cirugía Egipcia y así habla de médicos de ojos, cabeza y especialistas cirujanos de afecciones dentarias. Esta es la primera referencia a la especialización de nuestra disciplina. Estos últimos se dedicaban a la --- sedación del dolor y la extracción.

El Papiro de Ebers habla acerca de la ciencia dental y -- cirugía , da consejos acerca de la conservación de los dientes.

En un Papiro del año 1,400 A.C. se habla de un gusano que come los dientes. Habla de tratamientos de dientes y encias. - En otro Papiro hacen referencia a una fractura del maxilar y a heridas de la nariz, algunos autores creen que fué en Egipto - donde se inició el arte dental y cirugía dental, ya que es ahí donde se encuentran los documentos más antiguos que hablan del mismo.

### La Cirugía Odontológica en la Edad Media Moderna y ----- Contemporánea

Panorama científico de la Edad Media, mientras Europa se sumergía en la noche espectral de la Edad Media, con su escuela de atraso y de horror, y en la que parecía que todas las conquistas de las civilizaciones pasadas quedarían relegadas al olvido, hubo un pueblo que tomó bajo su protección la ---- herencia civilizadora y luego la irradió al Occidente agonizante.

El principal hombre de la medicina fué nuevamente el mago, quien sabía decir oraciones que ahuyentaran al demonio, causando de enfermedades.

La necesidad les enseñó escasos conocimientos de cirugía, colocaban vendajes y apósitos con ramas y musgo, cauterizaban con hierro candente, abrían absesos y detenían la hemorragia -- con tela de araña. Creían que algunos gusanos eran los causantes de la caries dental, sus remedios eran de lo más absurdos.

En la Edad Media no hay ningún adelanto en la Odontología.

La Escuela de Salerno fué el despertar de los antiguos -- conocimientos, posteriormente se transformó en Universidad.

La Odontología fué regida en esa Escuela. La extracción -- estaba encomendada a peluqueros y bañeros, colocaban medicamentos en la cavidad cariosa y la recubrían con cera.

La Universidad de Oxford es creada en el siglo XII y ---- Cambridge en el siglo XIII, de tendencia más liberal.

En la Edad Media usaron el hierro candente, cuando fracasa ba otro tratamiento. Ambrosio Paré en el siglo XVI reacciona -- contra el uso inmoderado del cauterio para la extracción dentaria, aconsejaban posturas absurdas y sometían a los pacientes a verdaderos martirios.

Edad Contemporánea.- En el siglo XIX la Odontología continúa progresando y es en Francia donde mejora su brillo. Las mayores -- repercusiones las tiene en América, principalmente en Estados --- Unidos de Norteamérica.

Lafargue, Cirujano Dentista de París en 1800 publica 17 artículos relacionados con las afecciones dentales, habló sobre el escorbuto y la erupción del tercer molar.

En 1859 Preterre inventa el fórceps universal.

J. Lefolon, en 1841, describe tres formas de fórceps; uno recto, curvo y pico de loro, dice que la llave de Garenget es el mejor instrumento de extracción. Afirma por primera vez la posibilidad de corregir la atresia de los maxilares con aparatos de extensión.

Con la Revolución Francesa surge un decreto que suprime todas las Facultades y Colegios de Cirugía; da rienda suelta a la charlatanería.

### Odontología en México

Era Precolombina de los Mayas y Aztecas en México y en el Perú. Los aborígenes tenían la costumbre de afilar los dientes anteriores en punta de lanza.

En el Museo Yucateco de Mérida, Yucatán, se conservan viejos cráneos con mutilaciones dentarias y otros perforados con incrustaciones realizadas con pequeños cilindros de metal o piedras --- preciosas.

Los Aztecas.- La Odontología en el territorio Mexicano tiene una historia muy amplia, que se remonta desde los tiempos prehistóricos hasta el presente.

La salud dental de los primeros aborígenes de América no -- era tan apreciable como es de suponer; padecían la caries, piorrea y todas las afecciones dentales conocidas en la actualidad.

Los Aztecas y sus precesores de los tiempos mitológicos de las antiguas razas Mexicanas, hablaban la lengua Nahuatl, teniendo dioses especiales para los dientes llamados "Tlan-qui-ce-mil" que eran los asistentes del gran Dios Tolteca Quetzalcoatl, la -- Serpiente Emplumada, y que ayudaban a aliviar los dolores humanos, especialmente la piorrea, puesto que eran, " los que daban los -- dientes en un día ".

Según ellos el germen que causa la caries es el gusano del diente o " Tlan-a-cuil-in ". Trataban la caries dental con la -- hierba " Tle-patli", patli significaba que la hierba poseía virtudes curativas; que es plumbago scandenslinn; la tomaban con un poco de agua para aliviar el dolor.

Hacían la punción de la encía y aplicaban de inmediato hojas de " achiotl", ( Hern Bixd Arellana ) o cenizas de hojas de ---- " Tempixquitzli", hojas de " yoyotli", hojas de tabaco; raíces de " quimich patlin " o polvo de flores de " cocoyotli ", polvo de - " aloltic ", un trozo de raíz de " tlancoch-patli ". Todos estos nombres pertenecen a la famacopea dental de los Aztecas.

Dieron varios nombres a la gingivitis, tales como " que-quet-olpach-inh-qui", " que-quet-al-inh-qui", el tratamiento era a base de " tla-chi-chi-no-ax-thu-itl" en esencia y usado como colutorios. Usaron con fin terapéutico las hierbas " tlan-quez-pe-petla ", ---- " tezca-patli ", " tla-tlanch-ca-papli " y otras muchas, que aplica**ba**n los primitivos médicos sobre las encías inflamadas para aliviar el dolor y hacer que los dientes permanecieran firmes.

Las plantas que utilizaban los Aztecas, procedían de verdaderos jardines botánicos, los más conocidos se encontraban en Chapultepec, Atzacapotzalco, El Peñón, Ixtapalapa, Texcoco y la antigua Cuauamahuac, hoy Cuernavaca y Oaxtepec. Estos jardines desempeñaban una labor ---- social.

En el Museo Nacional de Antropología e Historia de México, se encuentra una colección que sobrepasó de 600 dientes que presentan mutilaciones de carácter étnico. Estos especímenes se han recopilado de varios centros arqueológicos de todo el país.

### Epoca Post-Colombina

Odontología en México.- La Odontología en México es una profesión de creación reciente. La Escuela de Odontología tomó a raíz de la formación de la primera Sociedad Dental Mexicana el año de 1896.

El proceso de organización de la Escuela dura algunos años, -- casi ocho, pero al fin los Cirujanos Dentistas, Dres. Ricardo Combé, Juan Falero, Alfredo Reguera, José Rojo, Teófilo Váldez y Ricardo Figuero, formaron el cuerpo de profesores que hicieron factibles su inauguración el día 19 de abril de 1904. El cuerpo de profesores -- quedó completado con profesores médicos del primero, segundo y ----- tercer año de Medicina.

En el año de 1907, en el mes de diciembre, tuvieron lugar los primeros exámenes profesionales en el orden siguiente : 6 de diciembre; alumno Miguel Pavía Espinoza; 16 del mismo mes y año; Pedro -- Alemán y 26 del propio mes y año el alumno Ernesto Acuña, los cuales recibieron sus respectivos títulos de Cirujanos Dentistas.

Escuelas.- La más importante es la Escuela Nacional de Odontología, de la U.N.A.M., cuenta esta Escuela ( hoy Facultad ) con el -- mejor equipo, instalada en su propio edificio de la Ciudad Universitaria, posee amplias aulas y clínicas, biblioteca, Departamento de -- Investigación Científica, circuito cerrado de televisión para la --- enseñanza.

Tiene un Departamento de Post-Graduados, en el que se dictan -- cursos sobre las principales especialidades de la carrera, estos --- cursos están a cargo de maestros Nacionales y Extranjeros.

La carrera de Cirujano Dentista comprende 4 años de estudio tanto en la Facultad de Odontología U.N.A.M., como en las 13 -- Escuelas que existen en los Estados:

- 1.- Universidad de Guadalajara
- 2.- Universidad Autónoma de Guadalajara
- 3.- Universidad Autónoma de Puebla
- 4.- Universidad Veracruzana
- 5.- Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
- 6.- Universidad de Coahuila
- 7.- Universidad de Yucatán
- 8.- Universidad de Monterrey
- 9.- Universidad de Zacatecas

Universidades nuevas a nivel de Odontología

- 10.- Universidad Tecnológica
- 11.- Universidad Latino Americana
- 12.- Escuela Médico Militar
- 13.- Instituto Politécnico Nacional

Enseñanza.- La carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encuentra en el mismo nivel científico y cultural que la de las - mejores Universidades del mundo.

CAPITULO II



## CAPITULO II

### HISTORIA CLINICA

Historia Clínica es considerada como la narración de los acontecimientos relativos al estado actual de salud del ----- paciente, ya que es un documento indispensable para poder --- diagnosticar correctamente el síntoma o llevar a cabo una --- intervención quirúrgica correcta.

La historia clínica debe comprender únicamente los datos que hayan sido recogidos, sin hacer la menor interpretación de los mismos.

Tiene por objeto hacer un relato fiel de los datos que - sean encontrados y no la interpretación que haga el relator - de dichos hechos , para tener la seguridad de que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente, ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de algunos medicamentos destinados a su tratamiento - puedan entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente, para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial, para conservar un documento gráfico -- que pueda resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

a) Interrogatorio. - En esta etapa se deberá tener en cuenta que los datos narrados por el paciente son muy importantes, - al igual que las preguntas que realiza el médico cirujano dentista. Para poder diagnosticar correctamente el pronóstico de su - tratamiento, se deberán seguir las siguientes normas.

- 1.- Nombre del paciente: es importante el nombre ---- completo del paciente, para poder identificarlo -

correctamente, para obtener su archivo clínico.

2.- Sexo

3.- Edad.- En la edad sabremos si la intervención quirúrgica de terceros molares retenidos es necesaria o no.

Con la edad podremos saber por ejemplo: padecimientos que son privativos de los niños, otros lo son de personas en edad adulta y algunos más de los ancianos, - por ello, es importante señalar la edad del paciente, pues algunas veces pudiera encontrarse alguna enfermedad que constituya verdadera anomalía, de acuerdo con la edad del paciente.

4.- Peso.- El peso será anotado y saber si ha sufrido -- variación, ya sea exceso o en defecto en relación con la edad del paciente. Una pérdida acentuada en el peso de una persona, hace pensar en padecimientos consuntivos, si dicha pérdida es duradera y progresiva ----- ( diarrea crónica, tuberculosis o cáncer ).

El exceso de peso permanente constituye obesidad, cuando es muy exagerado y es por sí mismo, una causa predisponente a otro padecimiento ( diabetes, alteraciones -- cardiovasculares ).

5.- Estado civil.- En este punto es muy importante si se es casado o soltero, principalmente en la mujer, ya que si la paciente es casada es natural que haya tenido relaciones sexuales, ya que pueden existir padecimientos que --- deriven de la actividad sexual. En este caso el cirujano dentista deberá realizar esta inquisición con la mayor - discreción y comedimiento.

- 6.- Ocupación habitual.- Existen ocupaciones en las que se encuentran personas que por inhalaciones de gases o polvos tóxicos, estos se encuentren en malas condiciones de salud.

En algunos casos, personas que tienen costumbres en su trabajo de morder o sostener objetos con los dientes o labios, estas personas están expuestas a alguna infección bucal o anomalías patológicas.

Otras que se encuentran en mal estado de salud que son transmisoras de infecciones u otra enfermedad ( ejemplo paludismo ).

- 7.- Costumbres.- Estos pacientes tienen la costumbre o -- hábito de ingerir bebidas alcohólicas, fumar pipa o -- cigarro, y el mal uso de drogas.

Condiciones generales de vida:

- 8.- Alimentación.- Es importante la alimentación de una - persona, con esta pregunta que se realice al paciente, sabremos si su alimentación es balanceada en cuanto a vitaminas, minerales, protefínas.

Es importante saber su alimentación, para poder valorar si estará en buen estado de salud y poder realizarle un tratamiento correcto.

- 9.- Habitación.- En la habitación, es muchas veces el reflejo del paciente, tanto en salud psicológica, como en el - estado general de salud.

Existen hábitas en mal estado como la falta de agua, falta de ventilación; en estas situaciones, se refleja el mal estado de la persona en cuanto a su salud general.

- 10.- Antecedentes Patológicos.- En la historia clínica es importante anotar las enfermedades que padeció el paciente, ya que algunas enfermedades dejan secuelas y más las enfermedades infecciosas o tumores malignos.

Pueden provocar en un futuro el renacimiento de cualquier enfermedad patológica o provocar otros estados patológicos.

- 11.- Antecedentes Hereditarios y Familiares.- Estos datos es de gran importancia anotarlos en la historia clínica, ya que las enfermedades de una persona, fueran -- transmitidas por herencia, así como cáncer diabetes, - hemofilia, sordera.

- 12.- Aspecto General del Enfermo.- Es importante observar al paciente en su estado o aspecto físico, ya que será la edificación de un criterio para empezar a saber su estado de salud.

- 13.- Estatura.- Cuando exista un promedio de talla anormal del paciente, podríamos pensar en que exista disfunción de glándulas endócrinas (enanismo, gigantismo).

- 14.- Constitución.- Es notable la alteración de debilidad, en un paciente, por lo que se podría diagnosticar una alteración negativa de salud.

- 15.- Conformación.- Se puede observar al paciente con una mala conformación de la columna vertebral, esto puede causar una mala respiración, el cual puede repercutir en el funcionamiento del corazón.
- 16.- La Actitud.- La actitud puede ser ilustrativa; así - como, por ejemplo, en el derrame pleural unilateral, los enfermos adoptan instintivamente el decúbito --- lateral del lado del derrame para mejorar su respiración.
- 17.- La Facies.- Cuando el paciente se encuentre con una fisonomía especial en el color de la piel ( pálida, cianótica, vultuosa, etc. ), se deberá apuntar en la historia clínica.
- 18.- Movimientos Anormales.- Cuando existan los síntomas de temblor digital, convulsiones, disnea y latidos - exagerados, habrá que anotarlos en la historia clínica.
- 19.- La Marcha.- Este padecimiento se puede observar o -- localizar en el músculo esquelético y en padecimientos del sistema nervioso.
- 20.- Adaptación de Conducta.- La conducta de un paciente es por funcionamiento intelectual, adquiere importancia capital en el estudio neuropsíquico del paciente.
- 21.- Indumentaria.- En esta parte se puede juzgar el funcionamiento neuropsíquico o también para sospechar -- algún otro trastorno como en el caso de ( zapatos desatados en caso de edema maleolar ).

22.- Ruidos y Olores.- En algunos casos no es de gran importancia la presencia de ruidos, como en el caso de ( quejidos, tos, respiración estertorosa, etc. ).

La persona puede desprender olores como ( olores, bronquitis fétida, gangrena, etc. ).

#### Exploración General

23.- Exploración de la Extremidad Cefálica - Es de importancia anotar en la historia clínica los movimientos anormales que pueden tener asiento en la extremidad cefálica en conjunto.

Modificación en el volumen y las formas anormales, escases o abundancia y coloración de pelo. Registros generales de la cara, como algunas anomalías notadas en la frente, los globos oculares, córnea, pupilas, agudeza visual, etc.

En la nariz: anomalías de volumen, forma, tamaño, implantación de las orejas, así como en los pabellones, agudeza auditiva.

En la boca: Forma o desarrollo de los labios, dirección de la hendidura labial, malformaciones que puedan ser encontradas en los labios, como : movimientos, pérdida de substancias, coloración y cicatrices, mucosa gingival y de las mejillas.

Lengua: forma, color, movilidad, cicatrices y humedad.

Estado del paladar: color, forma, cicatrices.

Istmo de la Garganta: Presencia de amígdalas y pilares.

Cuello: Volumen, pulsaciones arteriales y forma, abultamientos circunscritos ( cuerpo, tiroides, ganglios ).

Tórax: Movimientos, forma y volumen.

Aparato Respiratorio: Transmisión de vibraciones vocales, sonoridad de la percusión, puntos dolorosos, fenómenos audibles agregados y murmullo respiratorio.

Región Precordial: Choque de la punta del corazón, abultamiento y movimientos generalizados.

Estremecimiento catárico: Se tomará en cuenta la exploración del pulso, si existen alteraciones en el ruido del corazón, modificaciones del timbre, frecuencia y ritmo.

Vientre: Volumen, forma, abultamientos, presencia de cicatrices de víbices ( cuarteaduras ), cicatriz umbilical, circulación venosa, movimientos, pulsaciones de la aorta, movimientos de intestinos, sonoridad a la percusión, zonas dolorosas. En algunos casos se llevará a cabo la auscultación.

Aparato Genitourinario: En esta parte se deberá realizar preguntas como: número de micciones, cantidad de orina, dolor, etc.; en algunos casos se deberá consignar a la palpación del riñón, citoscopia, exploración de la uretra, exploración de la próstata, esto es referente al sexo masculino y en el de la mujer, sería exploración de la vagina y de la matriz, tanto por instrumentos como manual, si para ello no hay ninguna contraindicación.

Sistema Nervioso: Exploración general de la sensibilidad, de los reflejos, de la deambulacion, del lenguaje y de alguna sensibilidad especial.

Exploración de los Miembros: En casos de algunos pacientes observaremos ciertas anomalías en la movilidad, desarrollo muscular, presencia de várices en los miembros inferiores o artritis en los miembros superiores.

En algunos casos será necesaria una remisión por medio de análisis de laboratorio, ya sea de función de los órganos o sistemas. De partes histológicas o patológicas de alguna región, en donde exista alguna duda de síntomas infecciosas o tumorales ( benignos o malignos ).

Se anotarán los datos en la historia clínica los hechos, - analizando los datos encontrados, para así designar un --- diagnóstico para fijar un buen pronóstico.

Para que el paciente esté conciente del tratamiento al que será intervenido del cual va a ser su salud del futuro.

- b) Exploración Oral.- En la exploración oral, tendremos exclusiva mente explorar esta parte del cuerpo, ya que en esta región ---- haremos nuestro tratamiento, el cual tendremos que explorar minuciosamente cada una de las regiones bucales como son las ---- siguientes:

### Tejidos Duros

- 1.- Estado de salud de los dientes.- Como este objetivo de --- exploración oral nos vamos a percatar exclusivamente a los dientes terceros molares, tendremos que observar muchas características clínicas de posición de terceros molares, ya



que posteriormente hablaremos más específicamente.

En la historia clínica anotaremos color de los dientes, - caries y posiciones que existan en la cavidad oral del --- paciente.

### Tejidos Blandos

- 2.- Color de encías.- Se anotará en la historia clínica - el color de la encía, ya que es importante para saber si existe alguna malformación o coloramiento en la - encía, así como el estado parodontal de las mismas, ya que pudiera existir bolsas parodontales o retracción - gingival.
- 3.- Carrillos.- Al igual que la encía anotaremos alguna - alteración patológica que exista y su color ( herpulis )
- 4.- Paladar.- Se anotará el color y alguna alteración ana- tómica que exista ( paladar hendido, paladar fisurado , o alguna neoplasia como el torus palatine ).
- 5.- Lengua.- Exploración encontrando diferentes caracterís ticas de lengua patologías, así como su forma y tamaño ( ovoide, grande ).
- 6.- Amígdalas.- Exploración de éstas, encontraremos y anota remos, primero si existen, color, forma y tamaño o alguna alteración patológica.
- 7.- Frenillos.- Se tomarán en cuenta todos estos, ya que son de gran importancia, como son: frenillo bucal, frenillo labial, frenillo lingual.

Cuando existe alguna alteración de los frenillos, puede existir una defectuosa fonación - ( frenillo corto en la parte lingual ), también existiría por causa de uno de los frenillos, -- una retracción de encía.

Es importante anotar en la historia clínica si el paciente utiliza o no alguna prótesis total, ya que algunas prótesis no permiten la movilidad normal de los frenillos.

#### Clínico Radiológico

c) Estudio.- El estudio radiográfico es de gran importancia para todo tratamiento dental, ya que en la mayoría de --- tratamientos, es indispensable ( endodoncia, cirugía, exodoncia, prótesis, odontopediatría, algunos casos de operatoria dental, ortodoncia ).

Es de gran importancia para el cirujano dentista, el estudio radiográfico, ya que con este estudio podremos aplicar un buen diagnóstico y pronóstico, ya que en casi todos los tratamientos, nuestra visualidad no nos permite observar - algunas partes del cual vamos a realizar un tratamiento.

Existen una variedad de radiografías ( a nivel odontológico )

- 1.- Periapical
- 2.- Oclusal
- 3.- Lateral de cráneo
- 4.- Encefalometría

- 5.- De frente cráneo aislado
- 6.- De frente mento-naso placa
- 7.- Panorámica
- 8.- Extra oral

Para el tratamiento quirúrgico de terceros molares, utilizaremos las siguientes radiografías:

- 1.- Periapicales.- Se utilizarán estas radiografías como inicio de nuestro tratamiento, ya que en algunos casos no son de mucha precisión, del cual nos auxiliaremos de las radiografías siguientes :
- 2.- Oclusales.- En este tipo de radiografías se observarán las caras, oclusales de los dientes y la posición de los mismos.
- 3.- Lateral del cráneo.- Con esta radiografía nos auxiliaremos para una mejor precisión.

Esta nos indicará la posición de un tercer molar retenido ( superior e inferior ), como también el mal ocasionado, que provocan dichos terceros molares, observaremos alguna alteración de la A. T. M. ( Articulación Temporo Mandibular ).

- 4.- Panorámica.- En esta radiografía observaremos la mal posición que van obteniendo los dientes posteriores y anteriores, por la causa de un tercer molar retenido.

Por medio de este estudio, sabremos si un tercer molar retenido está impactado o no al hueso y la clasificación a la que le corresponde ( clasificación de Pell y Gregori, Clasificación de George B. Winter, Clasificación de Rafces de Terceros Molares ).

CAPITULO III

### CAPITULO III

#### ANATOMIA DENTAL Y ANATOMIA TOPOGRAFICA

##### a).- Anatomía Dental, Tercer Molar Inferior

El tercer molar inferior es el octavo diente del arco desde la línea media, en el odontograma se le designa con el número 48 al derecho y el 38 al izquierdo.

Su corona, en un 40% de los casos, posee cuatro eminencias y el resto puede tener cinco o ser tricuspídeo. Se considera que tiene forma semejante al segundo molar aunque de dimensiones más reducidas; pero en gran porcentaje, la corona es más grande.

La raíz, lo mismo es bífida o se le puede encontrar unirradicular muchas veces es multirradicular, en forma indescriptible o fusionadas. Existen raíces más cortas que la corona o desproporcionalmente más grande.

La evolución de crecimiento del folículo ocurre cuando ya el arco dentario ha tomado un funcionamiento normal y su erupción o esfoliación no es necesaria para desempeñar ninguna función; no obstante es posible encontrar a los terceros molares superiores e inferiores en una correcta oclusión.

La región mandibular en que se encuentra ubicado el tercer molar inferior, es un ángulo diedro formado por la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula.

b).- Anatomía Topográfica de la Mandíbula

Esta región suele describirse con el nombre de triángulo submandibular cuyos límites son: vientre posterior del digástrico y estilohioideo, vientre anterior del digástrico y borde inferior de la mandíbula.

El piso está formado en su parte anterior por el milohioideo y más atrás por el hiogloso y el constrictor medio. Sobre un plano más profundo se encuentran el músculo estilofaringeo- y estructuras conexas y aunque no se describen en relación con esta región, están comprendidos en la misma área general.

La bóveda está tomada por el músculo cutáneo del cuello, la aponeurosis superficial y la piel. La glándula salival --- submaxilar ocupa una gran parte del triángulo. A lo largo del borde superior de la glándula, entre este y el borde del maxilar inferior, se encuentran los ganglios linfáticos submaxilares, - sus linfáticos aferentes, provienen de los lados de la cara y de la lengua; sus linfáticos aferentes se dirigen hacia los ganglios cervicales profundos pasando a lo largo de la vena yugular ----- interna.

La arteria facial rama colateral de la carótida interna, -- penetra en la región, formando primero una curva sobre el vientre posterior del digástrico y estilohioideo; luego en su trayecto - ascendente contornea la glándula submaxilar en la que imprime un canal en su parte posterior y superior; después de haber alcanzado el borde inferior del maxilar, perfora la aponeurosis profunda y llega a la cara a nivel del borde anterior del masetero.

Cerca de la convexidad de su primera curva nace la --- arteria palatina ascendente que se dirige hacia arriba, entre los músculos estigloso y estilofaríngeo; la arteria superficial, en relación al nervio gasofaríngeo que corre hacia adelante sobre la superficie externa del músculo estilofaríngeo, la propia arteria carótida externa asciende entre los músculos -- estilogloso y estilogloso.

El tronco venoso maxilar en su trayecto descendente es -- anterior, se anastomosa con la facial y ésta a su vez termina en la vena yugular interna cruzando la cara inferoexterna de la glándula submaxilar.

El ramo marginal mandibular del nervio facial que inerva los músculos de la comisura de la boca, sigue un trayecto profundo con respecto a los músculos cutáneos del cuello, pero - superficial a los vasos faciales. En algunos casos, este ramo puede caer por debajo del borde del maxilar inferior, llegando a ser superficial a la glándula salival submaxilar. La rama - cervical del nervio facial inerva la cara profunda del músculo cutáneo del cuello y es también relativamente superficial. El nervio lingual ocupa una situación alta y sólo es visible en la disección si se inclina hacia arriba el borde inferior de la mandíbula; el nervio se dirige hacia adelante por el ---- intersticio entre el hiogloso y milohioideo, contorneando el conducto de Wharson de afuera hacia dentro. El nervio milohioideo, después de haber abandonado su surco sobre el lado interno del ángulo del maxilar inferior, pasa sobre la cara inferior del milohioideo que inerva, así como el vientre anterior del - digástrico. La arteria submentoniana acompaña al nervio en su trayecto.

El nervio hipogloso corre a lo largo del borde superior del hueso hioides, sobre el hipogloso y recubierto por la glándula submaxilar, encontrándose en el mismo plano el nervio lingual y el conducto submaxilar, o sea entre el milohioideo y el hiogloso, lo acompaña en su trayecto una vena concomitante o satélite que es la vena principal de la lengua.

La arteria lingual, como el nervio glossofaríngeo, se dirige hacia adelante entre el constrictor medio y el hiogloso, siendo por lo tanto su posición bastante profunda, sus principales --- colaterales son arterias dorsal de la lengua, la sublingual y la ranina.

Esta última es terminal, se dirige hacia arriba entre el borde anterior del hiogloso y el geniogloso; sigue después ---- sobre la cara interna de la glándula salival, sublingual ----- adyacente. En la parte final de su trayecto asciende entre el músculo lingual superior y el geniogloso, y por debajo del -- milohioideo.

La vena profunda de la lengua acompaña a la arteria en su trayecto. Los vasos próximos al frenillo de la lengua son relativamente superficiales. A cada lado del frenillo se encuentran las carúnculas sublinguales que indican la terminación del conducto de la glándula sublingual.



a).- Anatomía Dental, Tercer Molar Superior

El tercer molar superior, está colocado en octavo lugar a partir de la línea media. Realiza su esfoliación de los 17 años en adelante. La formación y mineralización del ápice -- termina a los 25 años o más. El desarrollo del folículo se -- verifica en edad de pobre metabolismo cálcico para los dientes, por estarlo haciendo los huesos del esqueleto. Es la -- edad del crecimiento general del organismo que se efectúa -- entre los 8 y los 16 años.

La colocación que corresponde a este diente en el arco, es muy distal. La orientación de su eje en el movimiento natural de erupción, es de apical a oclusal y fuertemente hacia vestibular y distal, por lo que su definitiva posición se --- encuentra con frecuencia un tanto fuera del plano de oclusión de los otros molares superiores.

En el 50 o 55% de los casos, se encuentra la corona de - forma tricuspídea y también, muchas veces, los tres cuerpos - radiculares se presentan unidos, pero con marcas de separación. No puede hacerse una descripción cabal, su inconstante conformación, contubérculos muy desarrollados y sin una determinada constante, da como resultado que el conjunto tome fisonomías - capricosas y sea difícil una descripción clásica anatómica.

Se puede encontrar también de volumen muy pequeño y reducido en forma odontoide, con la formación de su corona unilobu lar. Muchas veces un irradicular, aunque se considera clásicamente la raíz de este diente trifurcada semejante en todo a la de los otros molares superiores, pueden existir anomalías o -- fisonomías en que se presentan hasta seis delgados apéndices - radiculares con direcciones completamente inconcebibles.

b).- Anatomía Topográfica del Maxilar

Desarrollo del maxilar.- Durante la última parte del primer mes de vida intrauterina, existe en la cara anterior del embrión, y por detrás del cerebro anterior, una pequeña depresión denominada estomodeo o boca primitiva. En el estomodeo se encuentra -- separado del intestino anterior por la membrana bucofaríngea, -- que se desgarrará muy pronto, se encuentra limitado por cinco ----  
mamelones:

- Protuberancia Frontonasal ( impar )
- Dos prolongaciones maxilares superiores
- Dos arcos maxilares inferiores.

La protuberancia frontonasal se halla en el techo del estomodeo y tiene dos mitades simétricas, en su borde anterior y saliente, aparecen dos depresiones, las fosas olfatorias, que se extienden hacia atrás y dividen la protuberancia en una porción media y dos externas que se llaman protuberancias nasales media y externas.

Los ángulos libres de la protuberancia nasal media experimentan un crecimiento localizado y que forman dos prominencias redondas, denominadas protuberancias globulares, y que sobresalen en el estomodeo más allá de las protuberancias nasales externas.

Paladar.- Separa la boca de las cavidades nasales y de la nasofaringe, y es divisible en dos partes: paladar duro y paladar blando. La armadura ósea del paladar duro está formada por las -- apófisis palatinas de los maxilares superiores y las láminas horizontales de los palatinos, recubiertos por tejido fibroso denso, la submucosa y la mucosa.

En la parte posterior de la submucosa se encuentran glándulas mucosas. El paladar se encuentra arqueado longitudinal y transversalmente, estos son muy variables de una persona a otra. El agujero palatino posterior, situado en el ángulo postero externo del paladar duro, da paso a los vasos y nervios palatinos mayores, que se dirigen hacia adelante - cerca del borde alveolar.

Detrás de los incisivos, se halla la fosa incisiva, por cuyo orificio pasan las arterias palatinas mayores hacia la nariz y los nervios esfenopalatinos hacia abajo. El gancho del ala interna de la apófisis pterigoides se proyecta hacia adelante y puede palparse inmediatamente detrás del borde alveolar.

El paladar blando es la parte móvil del paladar y se extiende hacia atrás y abajo, entre la boca y la nasofaringe, a partir de su borde posterior del paladar duro. En la porción que se une a este último, está formado sobre todo por tejido fibroso, glándulas mucosas y la mucosa, y es relativamente inmóvil. En su parte posterior e inferior es mucho más grueso a causa del número de glándulas mucosas y fibras musculares. El borde posterior del paladar blando es libre y desde la mitad del mismo pende la úvula hacia abajo y atrás. La aponeurosis palatina cubre los dos tercios anteriores del paladar blando y sirve de tendón común de inserción de los músculos palatinos. Se fija anteriormente en el paladar duro y en los lados de mezcla con la aponeurosis faríngea.

El músculo peristafilino externo se inserta en la parte externa de la apófisis palatina después de dar la vuelta al gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, el músculo palatogloso se sitúa en el arco glosopalatino ( pilar anterior ) y se inserta en la cara inferior de la aponeurosis. El palatofaríngeo, situado en el arco faringopalatino ( pilar posterior ), se prolonga hacia abajo hasta el cartílago tiroides. El peristaltismo interno desciende desde la base del cráneo y se inserta en la cara superior de la aponeurosis. Se describe también una parte especializada del constrictor superior que se dirige hacia delante paralelamente a las fibras más superiores para fijarse en la aponeurosis palatina. Estas fibras se hallan a la altura de la " almohadilla de passavant ".

Las arterias que irrigan el paladar son:

- a).- La palatina mayor o superior.
- b).- La rama palatina ascendente de la facial, que da la vuelta al borde superior del constrictor superior, atraviesa la aponeurosis faríngea y termina en el paladar blando.
- c).- La arteria faríngea ascendente, que emite en ocasiones una rama palatina que atraviesa la aponeurosis faríngea por encima del constrictor superior y desciende al paladar con el peristafilino inmente, la cicatrización tardía e -- incluso las escaras que ocurren con frecuencia en algunos casos de operación.

Los músculos constrictores están inervados por el plexo -- nervioso faríngeo, que está formado en la cara externa del constrictor medio por las ramas faríngeas del vago y el glosofaríngeo y por el ganglio cervical superior. La porción sensitiva del --- plexo, se distribuye por el conjunto de las zonas vecinas a la - pared externa, que es inervada por una rama que atraviesa el --- ganglio esfenopalatino.

CAPITULO IV

#### CAPITULO IV

#### CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES RETENIDOS

Cuando existan algunos terceros molares que no realicen su -- función normal dentro de la arcaca se les llaman, retenidos, atrapa dos o incluidos y se indicará su extracción, ya que estos provocan algunos trastornos y molestias al paciente.

En algunas ocasiones éstas no están indicadas por:

- a) Pacientes con salud inadecuada del cual no es recomendable el tratamiento quirúrgico
- b) En pacientes con edad tal que la presencia de un diente -- completamente asintomático, el tratamiento quirúrgico será necesario y poco recomendable.

En pacientes jóvenes que requieran extracciones totales de todos sus dientes, por causa de enfermedad periodontal o caries muy avanzada y que se encuentren terceros molares que no hayan hecho erupción, se tendrán que dejar ya que es recomendable su extracción posteriormente.

Se deja un tiempo con el fin de asegurar la protección de la -- zona retromolar, así como también la tuberosidad del maxilar para --- conservar apoyo protésico durante un largo período en el cual se realizarán prótesis totales, estos terceros molares serán extraídos cuando realicen su esfoliación e interfieran con la prótesis.

Como ya se dijo, los dientes retenidos provocan varios trastornos muy molestos, así como el desarrollo de quistes foliculares y ---- migración de algunos dientes, además provocan erosión en los dientes - adyacentes, en algunos casos existe una degeneración del saco folicular formando un ameloblastoma y posteriormente un carcinoma franco con ---

graves secuelas.

Las complicaciones más frecuentes con la relación de los -- terceros molares son dolor e infección. Para evitar la formación - de bolsas periodontales en la parte distal de los segundos molares, es recomendable su extracción al principio de su desarrollo, ya que de lo contrario si realizamos la extracción ya formado el tercer -- molar, nos sucedería lo que se comentó anteriormente.

Se ha definido como dientes retenidos a todos aquellos que - se encuentran atrapados total o parcialmente por hueso u otros ---- dientes.

En nuestra práctica diaria tendremos muchos casos de dientes retenidos, aunque los terceros molares inferiores son afectados con mayor frecuencia. En estos casos del tercer molar inferior sucede - con frecuencia, ya que en condiciones normales es el último diente por erupcionar y con la afección de reducir el espacio, al que ha - sido destinado su esfoliación.

La teoría ortodóntica nos dice, que el hueso denso suele pro- vocar el retraso del diente anterior y muchas afecciones pueden pro- vocar una condensación del tejido óseo. Como sucede en algunos casos, las infecciones agudas, traumas severos, maloclusión, fiebres y la -- inflamación local de la membrana periodontal, que podrían aumentar la densidad ósea.

La respiración bucal constante, también conduce a la contracción de las arcadas y, por lo tanto los dientes que realizan su espoliación, al final carecen de espacio, puede existir falta de desarrollo del ---- maxilar y mal posición de los dientes permanentes, lo que da por resul- tado una inclusión, provocado por la pérdida prematura de los dientes.

Teoría Filogénica .- En el transcurso del tiempo, nuestra --- civilización ha sufrido cambios por la causa nutricional que se ha -- modificado con el tiempo, en nuestros antepasados la mandíbula se --- encontraba más larga del cual obtenía una función y espacio suficiente para todos sus dientes incluyendo terceros molares y en algunas ocasio nes cuartos molares, del cual por causa nutricional ha habido una alte ración de maxilar y mandíbula en disminución de tamaño.

En algunos casos, el tercer y cuarto molar ocupan una posición - inadecuada o se encuentran mal formados del cual se pueden considerar como órganos vestigial, sin ninguna función, o suelen faltar por moti vos congénitos.

Teoría Mendeliana.- Podría ser posible que en la herencia, tal como en la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes -- grandes de otro, puedan ser un factor etiológico importante en las -- inclusiones. En los animales se pueden lograr irregularidades por --- manipulación genética artificialmente.

### Terceros Molares Superiores Retenidos

El proceso en la extracción de los terceros molares superiores son parecidos al proceso de los terceros molares inferiores retenidos, el cual tienen las mismas consecuencias como : pericoronitis, caries, resorción patológica, periodontitis, neoplasias, dolor idiopático y quistes, pero existen menos posibilidades al de los terceros molares inferiores retenidos. En los terceros molares superiores, al igual que los inferiores, suelen encontrarse en los bordes alveolares desdenta dos.

Al igual que en los terceros molares inferiores retenidos, no es frecuente que los terceros molares superiores provoquen algún apifona miento en la dentición, el cual no existen datos con precisión que --- demuestren que los dientes retenidos provoquen una recidiva ortodóntica.



La cirugía de los terceros molares superiores, tienen menos complijidad en su extracción, ya que en donde se encuentran, el hueso es mucho menos denso que en los inferiores, el cual su técnica adecuada es por medio del elevador, es factible que se realicen en la mayoría de los casos un diseño de colgajo en forma de sobre, aunque algunos otros es necesaria una incisión vertical para aumentar el área de trabajo, cuando se trata de una inclusión alta, es de gran importancia que el cirujano dentista se acostumbre al tacto, ya que en la mayoría de los tratamientos, es difícil la visibilidad en la zona de trabajo, aplicando los métodos o técnicas e instrumental adecuado así como la técnica de elevadores apropiados.

Para mejor visión y mejorar la zona de trabajo, es necesario que la mandíbula realice un movimiento de excursión lateral, ya que nos sería de mucha utilidad y mayor espacio de trabajo entre la rama ascendente y la tuberosidad.

### Terceros Molares Inferiores Retenidos

Para elaborar un buen diagnóstico de extracción de un tercer molar inferior retenido, es necesario tener en cuenta un orden de trabajo ascendente a descendente que se realizarán en el orden siguiente: corona, raíces, hueso alveolar y conducto dentario inferior.

- a) En la Corona.- Va en relación con el techo del esmalte, pulpa, superficie oclusal y desplazamiento vestibular. En la corona se pueden observar en varias posiciones, esto se puede observar por medio de radiografías, el cual se deberá trazar una línea imaginaria a todo lo largo de la superficie oclusal del segundo molar para poder determinar

la alineación vertical de esta superficie con respecto a la del diente retenido.

Si existe algún desplazamiento causado por torsión, se puede interpretar estudiando la corona y formación radicular del tercer molar, y comparando las cubiertas del esmalte, cámara pulpar y formación radicular de este diente con otro molar que ocupe una posición normal, la cámara en algunos casos podría ser pequeña o estar completamente obliterada, por lo que la cubierta del esmalte, perderá su contorno definido. El reconocimiento de la torsión es importante, ya que ayuda en el diagnóstico operatorio, reduciendo el trauma, las caries constituyen otra consideración importante, suelen complicar la extracción, ya que la resistencia de la corona es importante para el plan operatorio.

- b) Las Raíces. - Se encuentran en gran variedad, como por ejemplo en su tamaño algunas son cortas o excesivamente largas y su forma podrían ser cónicas fusionadas de dos o más raíces divergentes hasta extenderse en cualquier dirección, por ejemplo, si el diente posee inclinación lingual o vestibular, la radiografía no mostrará todo el diente con precisión.
- c) Hueco Alveolar . - Para la extracción del diente, se examinará el hueso alveolar para determinar si interfiere o no. La densidad del hueso puede determinarse para la evaluación quirúrgica, se eliminará toda la cantidad de hueso en la zona operatoria que sea necesaria, para poder evaluar la corona y las raíces para su extracción.

- d) Conducto Dentario Inferior.- Deberá ser conocida la proximidad del conducto dentario inferior, ya que se podría lesionar el nervio junto con los vasos, donde existe presión definida, la raíz del diente se hace más oscura en el punto donde toque el conducto. -- Cuando no existe contacto, la densidad de las raíces es igual en todas las radiografías. Es conveniente - observar las paredes laterales del conducto, y si -- existe algún contacto, el conducto deberá aparecer - reducido.

CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY

En esta clasificación se relaciona el tercer molar inferior retenido junto con el segundo molar con la rama ascendente del maxilar inferior y la relativa profundidad del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar, el cual tendremos una descripción detallada que nos indica lo siguiente:

1o.- La relación que existe del diente con la rama ascendente del maxilar inferior.

Clase I.- Cuando existe el suficiente espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar, para dar entrada a toda la cara mesiodistal de la corona del tercer molar retenido.

Clase II.- Cuando el espacio entre la rama ascente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Cuando se encuentra toda, o la mayor parte del tercer molar retenido en la rama ascendente.

2o.- Cuando existe el tercer molar en la profundidad del hueso:

Posición A.- Cuando existe el diente retenido en su porción - más alta, al mismo nivel o por encima de la su--perficie oclusal del segundo molar.

Posición B.- Cuando la porción más alta del diente se encuentra bajo la línea oclusal, y por encima de la -- línea cervical del segundo molar.

Posición C.- Se encuentra al mismo nivel la porción más alta del diente o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

30.- La relación que existe entre el eje mayor del segundo molar y la posición del diente retenido.

- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Invertido
- d) Mesioangular
- e) Distoangular

CLASIFICACION DE GEORGE B. WINTER

En esta clasificación se toma en cuenta como referencia principal el eje longitudinal, también en esta clasificación se manejará igual en relación de terceros molares inferiores retenidos y terceros molares superiores retenidos, el cual está basado en cuatro puntos -- específicos que son los siguientes:

- I.- La posición de la corona
- II.- La forma radicular
- III.- La oseoestructura de la naturaleza que rodea el molar retenido.
- IV.- La relación que existe en la posición del segundo y tercer molar.

Puede adquirir cualquier posición de las cuales se pueden -- clasificar cada una de estas como son las siguientes:

- a).- Vertical
- b).- Mesioangular
- c).- Distoangular
- d).- Horizontal
- e).- Bucoangular
- f).- Linguoangular
- g).- Invertida

En ocasiones estas posiciones pueden adquirir ciertas proyecciones como :

- h).- Proyección Bucal
- i).- Proyección lingual
- j).- Rotación del diente sobre su propio eje

- a) Posición Vertical.- El eje mayor del diente es perpendicular al plano de oclusión y paralelo al eje longitudinal del segundo molar.
- b) Posición Mesioangular.- El diente en su eje longitudinal se encuentra dirigido de adelante a atrás, de arriba a abajo, el cual no es perpendicular al plano oclusal, ni paralelo al eje longitudinal del segundo molar; al fusionarse estos dos ejes van a formar un ángulo próximo de  $45^{\circ}$
- c) Posición Distoangular.- Cuando el eje longitudinal del diente se encuentre paralelo al plano de oclusión y perpendicular al eje mayor del segundo molar, formando un ángulo recto entre los dos ejes, la cara oclusal del tercero estará en relación con la cara distal del segundo.
- d) Posición Horizontal.- Se encuentra en la posición del eje mayor del tercer molar y es ligeramente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.
- e) Posición Bucoangular.- Estará inclinado de arriba a abajo y de afuera a adentro del eje del diente retenido, o sea de vestibular a lingual; la corona estará dirigida hacia vestibular.
- f) Posición Linguoangular.- El eje del diente se dirige de arriba a abajo de afuera a adentro, es decir de lingual a bucal, la cara oclusal está dirigida hacia lingual.
- g) Posición Invertida.- En la cara oclusal se encontrará dirigida hacia abajo y la raíz hacia arriba, y de estas tendremos sus variantes como son la cara distal invertida, la mesial invertida y es más raro encontrarse con la horizontal invertida.

- h) Proyección Bucal.- Se presentan varias inclusiones, así como verticales, mesioangulares, distoangulares y horizontales, pudiendo tener alguna desviación -- hacia bucal.
  
- i) Proyección Lingual.- En este caso el molar se pone en relación con la línea oblicua externa y el borde anterior de la rama ascendente.
  
- j) Rotación del Diente sobre su Eje.- Además de todas estas posiciones descritas, puede estar en giroversión en sentido del eje longitudinal del diente. -- En estos las caras anatómicas de la corona y de la raíz ocuparán un lugar inadecuado o que no les corresponde.



### CLASIFICACION DE RAICES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Existen varias formas que obtienen las raíces de terceros molares retenidos, por lo tanto existe una completa clasificación, que será la siguiente:

- a) Raíces Rectas.- Se localizan con frecuencia esta clase de raíces, del cual tienen variación en sus dimensiones, como por ejemplo, algunas se encuentran cortas y otras -- largas.
  
- b) Raíz Mesial Recta y Raíz Distal dirigida hacia el lado - Distal.- Todo depende con la inclinación que adquiriera - el diente retenido, como la inclinación distal, dando en encaje particular el tercer molar. El punto de menor resistencia es a nivel de la angulación distal, por lo cual -- debemos dirigir correctamente los movimientos quirúrgicos, ya que de lo contrario nuestra raíz distal podría fracturarse.
  
- c) Raíz Mesial y Raíz Distal dirigida hacia el lado Distal.- En esta clase se observa un gran grado de cementosis, encontrando en el ángulo radicular, la línea de menor resistencia. El incurvamiento de la raíz será en grado variable.
  
- d) Raíz Mesial dirigida hacia el lado Mesial y Raíz Distal - Recta.- En esta clase, es poco frecuente la presentación de esta disposición radicular, el cual nos dará como resultado un sólido anclaje al molar retenido.

- e) Raíz Mesial dirigida hacia el lado Distal y Raíz Distal Recta.- Podría haber contacto o fusión del ápice mesial debido a la inclinación de la raíz mesial, el cual podría haber también contacto con la raíz distal recta, encerrando un trazo considerable de hueso entre ellas.
- f) Las Raíces son dirigidas hacia el lado Distal.- Es con frecuencia encontrar esta clase de raíces en las posiciones como vertical y mesioangular, siendo éstas las más favorables en la extracción quirúrgica.
- g) Las Raíces tienen una inclinación hacia Mesial.- Las retenciones en este tipo de disposición, constituye un sólido anclaje del molar en hueso.
- h) Raíz Mesial dirigida hacia el lado Mesial y Raíz Distal dirigida hacia la parte Distal.- Son raíces divergentes en las cuales se ha encontrado anomalías apicales, dilaceraciones o cementosis, esta desviación puede ser en menor o mayor grado.
- i) Raíz Mesial dirigida Distalmente y Raíz Distal dirigida Mesialmente.- En esta clase se encuentran con mayor frecuencia cubiertas de cementosis, el cual se fusionan a nivel de sus ápices, el cual encierran un sólido bloqueo óseo.
- j) Las Raíces están Fusionadas.- Estas forman una sola masa cónica, la cual podría ir acompañada en algunos casos de cementosis o dilaceración.
- k) Las Raíces se encuentran con una desviación hacia Lingual o Bucal.- Esto va a originar un anclaje sólido sobre el hueso.

- 1) Existen en algunos casos las Raíces Supernumerarias.-  
Se pueden presentar en la difurcación de la parte ----  
mesial o distal o, en ocasiones en ambas, el cual -----  
podría dirigirse éstas en distintos sentidos.
  
- m) Existen Raíces que se encuentran incompletamente calci-  
ficada.- Estas raíces se presentan generalmente en --  
niños y jóvenes, el cual su extracción se realiza por -  
causa de tratamientos ortodóncicos.
  
- n) Existen anomalías Radiculares.-
  - 1.- Gran cementosis y dilaceración hacia distal del --  
macizo radicular, ( ostectomía distal, encuadrilado )  
el elevador se aplicará en la cara mesial dirigiendo  
el molar hacia la parte distal.
  
  - 2.- Reabsorciones radiculares o rizólisis.
  
  - 3.- Variará el tamaño de la raíz ( prolongadas o cortas ).

CAPITULO V

## CAPITULO V

### TECNICAS QUIRURGICAS

- a) Bases.- Técnicas Quirúrgicas es una de las ramas de la Odontología, la cual es una especialidad.

Esta especialidad se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico, medicamentoso de las enfermedades, estructuras de los maxilares y lesiones.

Esta rama de la Odontología, es la especialidad más antigua - y que ha evolucionado al mejoramiento de las técnicas empleadas, ---- dentro de un consultorio dental o quirófano.

La mayor parte de las técnicas de la cirugía general, es al - igual que la cirugía bucal, y del cual se debe realizar un buen diagnóstico. En esto existe sólo un diagnóstico que es el exacto, es por lo consiguiente realizar todos los pasos correctamente para obtener - éxito en nuestra cirugía bucal.

Para lograr todo lo anterior, necesitaremos un estudio cuidadoso y la necesidad del estudio de los principios quirúrgicos y de la formación de un buen tratamiento quirúrgico.

- b) Consideraciones Preliminares

Evaluación del Estado General.- El preoperatorio nos --- exige, tomar en cuenta todas las medidas de seguridad y precauciones, para poder tener un buen éxito durante la intervención quirúrgica.

Todas estas evaluaciones fueron captadas durante la ---- historia clínica.

Presencia de Infección.- Por regularidad existirá -- alguna infección en forma de pericoronitis, esta clase de infección deberá tratarse antes de la intervención quirúrgica.

Esta clase de infección es encontrada ( pericoronitis aguda ) alrededor del tercer molar inferior, generalmente reacciona a la extracción del tercer molar ---- superior, si está en contacto de choque contra los -- tejidos inferiores infectados.

Explorar con una pequeña sonda de plata, ( estéril ) - bajo el colgajo, sobre el lado bucal, para liberar el exudado purulento, se deberá irrigar, subsecuente y -- terapéutica de antibióticos, puede ayudar al tratamiento.

Premedicación y Preparación del Paciente.- Al paciente que se ha de someter a alguna intervención quirúrgica-- amplia en la cavidad oral, se le deberá prescribir algún medicamento previo.

La premedicación médica debe llevarse a cabo con mucha - precaución, ya que algunos pacientes son alérgicos a -- cualquiera de éstos.

En nuestra Historia Clínica encontraremos sí es o nó --- alérgico a algún medicamento que le vayamos a prescribir, la prescripción de estos medicamentos podrían ser en --- tabletas o cápsulas.

La acción depende del tiempo transcurrido desde la última comida, del estado del sistema nervioso en que se encuentre el paciente, de la velocidad de absorción y de las variaciones individuales en la respuesta a los medicamentos.

La inyección endovenosa de hipnóticos es fácil, cómoda y se tiene mayor seguridad de alcanzar una mayor ----- sedación.

La administración endovenosa lenta de 75 a 25 mg. de pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local, disminuirá la zozobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo. Esto se puede -- comprobar, el estado de hipnosis, realizando cierta --- conversación al paciente.

Cuando el paciente arrastre las palabras y la articulación con dificultad, entonces el cirujano dentista, ya sabrá que es una sedación suficiente.

Lienzos de Campo.- Lienzos de campo que algunos llaman campo quirúrgico, no permite que el paciente observe el instrumental que vamos a utilizar, ya que nuestro --- paciente podría alterarse psicológicamente y así sería un poco más complicada nuestra intervención quirúrgica.

También es indispensable, ya que sirve como aislador -- ( manchas de sangre, saliva ) estos lienzos de campo -- tienen un orificio que puede ser de forma oval, redondo, triangular o rectangular, para que quede al descubierto la zona que vamos a operar.

Posición del Sillón.- Deberá ser lo suficientemente baja, para que el codo derecho del operador se encuentre en - dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

Es importante mencionar que no todos los cirujanos dentistas son, diestros, el cual no existe una norma específica para algunas intervenciones quirúrgicas, así como la de -- terceros molares retenidos ( superior e inferior ).

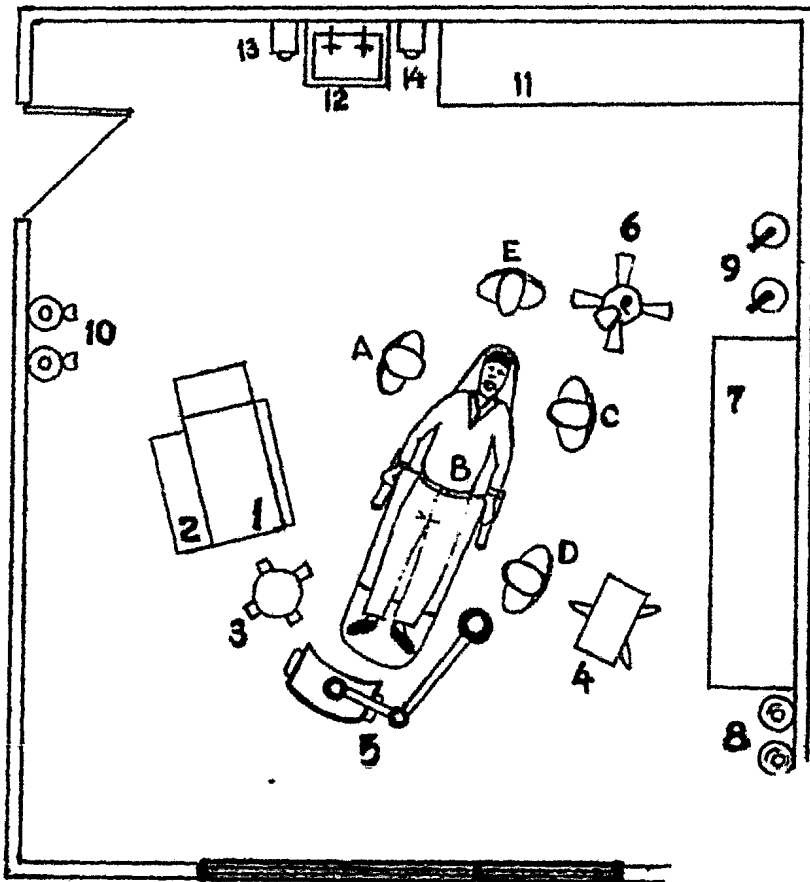
Separadores.- Tendremos en cuenta que necesitaremos uno o varios ayudantes y circulantes, el ayudante que nos -- auxilie en la detención del separador, tendrá la destreza necesaria para manejarlo, ya que se necesita una técnica - especial, algunas veces como por ejemplo, el borde de la - gasa sobre el borde lingual se mantiene sobre la punta del separador, que a su vez se mantiene contra la placa lingual, esto es cuando se opera con la mano derecha y del lado --- derecho del paciente.

Cuando se opera el lado izquierdo, la punta del separador - se mantiene bajo el colgajo mucoperiódstico, contra el hueso, en caso de que se utilice el aspirador quirúrgico, necesitaremos el auxilio de otro ayudante.

Compresas.- Se coloca compresas para aislar el campo operatorio, si se utiliza la técnica de cincel. La compresa ---- evitará el paso de saliva al campo, así como algunos fragmen- tos y sangre a la garganta, y con esto eliminaremos el perder tiempo asociada a la expectoración, al mismo tiempo, por ---- lógica, al observar que la compresa ya no realiza su función por estar humedecida, tendremos que retirarla y colocar nuevamente otra compresa seca.



Plano de un Consultorio Dental, del cual se realizará una cirugía de terceros molares.



- A) Cirujano
- B) Paciente
- c) Ayudante
- D) Ayudante 2o.
- E) Anestesista

- 1) Mesa de Finochietto
- 2) Mesa Auxiliar
- 3) Torno Dental
- 4) Aspirador
- 5) Iluminador
- 6) Aparato de Anestesia General
- 7) Vitrina para Instrumental
- 8) Tambores de Gasa
- 9) Tubos conteniendo Protólido de Azoe y Oxígeno
- 10) Tambores Metálicos para Gasa Esterilizada
- 11) Placard
- 12) Lavamanos
- 13) Tamber Porta Cepillos
- 14) Aparato Porta Alcohol

c) Asepcia.- En relación con la cirugía, es todo aquello que está libre de contaminación ( microbiana ) o infección --- causado por materiales o instrumentos empleados durante la operación.

Todos los cuidados asépticos son muy importante tenerlos - en cuenta, ya que nos acarrearía una infección en la herida y un fracaso completo de la operación, si no prevenimos --- antes una buena asepsia de todo nuestro instrumental.

Nosotros sabemos que la cavidad bucal nunca estará libre de gérmenes, entonces aplicaremos toda nuestra asepsia en nuestra persona, o sea, el cirujano dentista.

Método de Desinfección.- El cirujano dentista y sus ayudantes deberán ser sometidos a un minucioso lavado de manos, - existe una técnica especial que es la siguiente:

Lavado Quirúrgico de las manos.- Antes de tocar algún instrumento o cualquier material que ya ha sido esterilizado, y por supuesto, antes de realizar la cirugía, el cirujano y sus ayudantes tendrán que proceder a una minuciosa limpieza de uñas, dedos, manos y antebrazos.

En los lavabos, contiguos a las salas de operaciones - enjuagan, jabonan y cepillan sus uñas, luego cepillan minuciosamente sus dedos y manos y antebrazos durante 10 minutos aproximadamente. Esto se realizará mediante cepillos esterilizados y guardados en tambores o algún otro recipiente. Se realizará una especial limpieza en las regiones donde exista habitualmente flora microbiana ( espacios interdigitales, surcos de flexión y ---- extensión, regiones subhyperiungueales ). Después se -- frotan las regiones que han sido lavadas, se emplearán trozos de gasa estériles, luego un ayudante o enfermero impregnará alcohol, volándolo del frasco que lo contiene o bien se podría enjuagar con el mismo. Ya habiendo terminado con todo el procedimiento, no deberá de -- rozar o tomar algún objeto ( material, instrumental ).

Se procederá a la colocación de guantes para cirugía, - estos por lo regular son colocados por sus ayudantes, es de mayor importancia de que estén o no puestos los --- guantes del cirujano y ayudantes, tendrán que permanecer con las manos a la altura del torax con las partes de la palma dando hacia el torax del mismo, para evitar así -- algún rozamiento o cualquier contacto del cual podrá --- contaminarse y así no serviría nuestra técnica que se -- efectuó.

d) Lista de Instrumental para Cirugía de Terceros Molares retenidos.

- 1.- Bisturí - Mango de Bard - Parker # 3
- 2.- Hojas de Bisturí - Tipo Bard Parker # 15, # 11 y # 12 opcionales.
- 3.- Forceps - Universal Superior # 150  
Universal Inferior # 151  
Cuerno de Vaca # 23
- 4.- Elevador de Periostio - Molt # 9
- 5.- Tijeras - Tipo Dean, rectas o en ángulo
- 6.- Lima de hueso - De dos puntas ( Hufriedy # 21 )
- 7.- Curetas - De dos puntas, Miller, Estándar Quirúrgicas # 10, 11, 12 ( Hufriedy ).
- 8.- Hemóstatos Mosquita - Curvos y rectos
- 9.- Fortagujas - Cardner, 5 ó 6 pulgadas
- 10.- Jeringa para Irrigación - Luer de 10cc
- 11.- Trocal - De plata, para montar en la jeringa de Luer- ( Sklar # 15 )
- 12.- Bastidor para Dique de Goma- Pequeño y mediano ( Mc - Fesson # 872 y # 874
- 13.- Elevadores - Streight # 1, # 80 ( Hufriedy )  
Cryer # 44, # 45 ( Hufriedy )
- 14.- Forceps Rongeur- Modelo Estándar o tipo Blumenthal
- 15.- Puntas para Apices - Heidbrink # 2, 3 ( Hufriedy )
- 16.- Fresas Quirúrgicas - ( Bola, cilíndricas y fisura )
- 17.- Motor de baja

e) Limpieza y Esterilización de Instrumentos

La limpieza y esterilización de instrumentos es muy importante, ya que en las intervenciones quirúrgicas, los pacientes son susceptibles a la infección durante el tiempo que se ----

realiza la cirugía, debido a la exposición de tejidos profundos. El trauma quirúrgico, la viabilidad de los tejidos y algunos hematomas, así como también tejidos necróticos que ofrecen un medio de cultivo o algunos organismos patógenos que podrían introducirse a los tejidos profundos por la causa de instrumentos quirúrgicos.

Por esta razón es importante que en una cirugía se evite lo más posible, los microorganismos en los instrumentos.

Para evitar toda clase de infección que exista, se crearon diferentes métodos de esterilidad en instrumentos, que son:

- a) Métodos de Desinfección
- b) Métodos de Esterilización

a) Cepillado con jabón.- Por medio de este método de los residuos infectados, en este método preliminar es necesario para la esterilización en la autoclave.

Limpieza con Alcohol Isopropílico a 70%.- En esta limpieza se realiza también mecánicamente con alcohol que elimina el material superficial, con este método reducirá el número de algunos organismos presentes, pero no mata a los organismos patógenos.

Ebullición.- Este método no es tan eficaz, ya que no ataca a las esporas y virus, cuando no se dispone de mejores facilidades, se tendrá que frotar los instrumentos con jabón, detergentes y someterlos a la ebullición durante treinta minutos.

Desinfección Química.- Los agentes químicos, en algunas ocasiones producen esterilización, porque éstas no actúan en espora, virus y el bacilo tuberculoso, y las soluciones frías no penetran como debiera ser en las hendiduras de los instrumentos, en el interior de las agujas de inyección y no atraviesan las películas aceitosas que recubren algunos instrumentos.

En algunas ocasiones, son inactivadas por los restos de jabón que puedan haber quedado después de la limpieza previa.

Por eso es adecuada y por seguridad, la utilización de soluciones químicas para la desinfección de instrumentos que no han de estar en contacto con los tejidos, ni han de penetrar en ellos, por eso ya que han sido sometidos a los métodos anteriores, se tendrán que someter a la introducción de soluciones químicas durante el tiempo necesario.

A pesar de esto, se tendrá que cepillar con jabón y luego someterlos a un enjuague y sacudirlos para que escurran la mayor parte de agua antes de sumergirlos a la solución química.

Es importante el cambio total de estos tipos de soluciones químicas frías, cada 2 ó 3 días, ya que su acción desinfectante lo pierde con el tiempo.

Equipo de Limpieza Ultrasónico.- Esta clase de --- elementos, solamente se utilizan como limpieza y no como esterilidad de instrumentos, ya que hay algunos cirujanos dentistas que lo utilizan como equipo de esterilización.

- b) Autoclave.- Es uno de los métodos más eficaces que existen para la esterilización de instrumentos, ya - que su sistema es por evaporación.

Para obtener una buena esterilidad del instrumental, se tendrá que colocar los instrumentos como lo pide - el fabricante de esta clase de equipo, y tener en --- cuenta el tiempo adecuado, que será de quince minutos a 120°C o veinte minutos, si los instrumentos están envueltos en toalla.

Esterilización por Calor Seco.- Este método solamente será eficaz si se lleva a cabo el tiempo y grados ( calor ) para que el calor penetre en todas las partes de los instrumentos.

También por medio de este método, podremos esterilizar nuestros paños y gasas el tiempo necesario para éstas es de tres horas a una temperatura de 160°C.

En el instrumento, el tiempo sería de una hora y temperatura de 160°C, si no se encuentran envueltos en paño.

Esterilización por Gas.- En este método de esterilización, se necesita un gas especial que es óxido de ---- etileno, éste es letal para todas las bacterias, esporas, virus y hongos.

Este método no es corrosivo, no ataca plásticos y gomas que tengan algunos instrumentos.

Para que estos tengan una esterilidad conveniente, serán sometidos a una buena limpieza. En este método se requiere más tiempo que la de vapor, pero --- menos que por el calor seco, ésta necesitará cuarenta y ocho minutos a 60°C, si se trata de metal o -- vidrio, los materiales que sean sensibles al calor, serán sometidos a la temperatura ambiente, y el --- tiempo será de tres a doce horas, dependiendo el -- tamaño y naturaleza del material que se requiere -- utilizar.

f) Aislamiento del Paciente.- Los elementos y pasos - que se tomarán en cuenta para los aislamientos que debe haber en el paciente y operador.

1.- Al prepararse la región de la incisión, se -- tendrá en cuenta el lavado correcto del campo operatorio ( parte de la cara ) con esto tendremos mejor asepsia de la región.

Esto lo logramos mediante una expeculosa limpieza con cepillo y jabón, se enjuaga y se aplicará un antiséptico adecuado.

2.- Para un mejor aislamiento paciente operador, se cubrirá la región operada del paciente con ---- campos estériles de tela o materiales similares.



- 3.- Se puede llevar a cabo el sistema de doble ---  
sábana para cubrir la cabeza. Esto es una parte  
para la región inferior y la otra para la parte  
superior.
- 4.- Estos paños son asegurados o sujetos con pinzas  
para campo.
- 5.- Cuando se es necesario de personal médico, tales  
como anestesista o cardiólogo, estos deberán ---  
estar alejados del operador.
- 6.- Consideramos estéril las zonas que se encuentran  
en la parte superior de la mesa quirúrgica, es -  
muy importante que el operador y el instrumentis  
ta conserven las manos a la altura de los hombros  
antes de operar, ya que de lo contrario habría ---  
contaminación.
- 7.- Es importante la organización o programación de -  
una cirugía, ya que si no se lleva a cabo un ---  
adecuado procedimiento de preparación y el vestir  
al paciente operador, podría existir un fracaso -  
de la operación causada por descuido.
- 8.- Se dice que alguna bata, campos o cubiertas que -  
se encuentren húmedos, estos no son elementos ---  
adecuados, porque no se encuentran libres de ----  
gérmenes.

g) Técnica Adecuada y Aplicada en la Extracción de Terceros Molares Superiores Retenidos.

Para la extracción del tercer molar superior se realiza una incisión y la ostectomía necesaria para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo apresiona.

Posición Vertical

Incisión.- Se realizará la incisión de dos ramas que serán bucal y anteroposterior, se realiza un trazo próximo a la cara palatina del diente, paralelo a la arcada y en una longitud de un centímetro. En la incisión bucal va del extremo interior de la primera incisión, y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta la proximidad del surco vestibular en donde termina. La profundidad será hasta el hueso o de la corona del diente, y en sentido anterior hasta la proximidad del cuello del segundo molar.

En el colgajo, se tendrá que desprender, y se sostendrá con un instrumento llamado separador.

Ostectomía.- En el hueso que cubre la cara triturante, se tendrá que eliminar con fresas o coplos, en algunas ocasiones el hueso de la cara triturante es tan frágil que se puede eliminar con una cucharilla para hueso, o si es posible, con un elevador, es importante observar, la cara mesial y bucal del retenido.

En éstos se penetra la punta de elevador en el espacio que exista entre la cara mesial del tercer molar y la distal del segundo molar.

La introducción del instrumento con movimientos rotatorios imprimidos al elevador, este actuará como palanca para poder luxar el tercer molar.

El punto de apoyo será a expensas de la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo, en caso de -- existir éste, se separa el carrillo y el labio con un separador y se inicia suavemente los movimientos de luxación del molar retenido.

Para abandonar su alvéolo, el tercer molar debe movilizarse en el sentido de la resultante de las tres direcciones de fuerzas, el molar debe ser dirigido -- hacia abajo, afuera y hacia atrás. En el elevador, su mango debé tener un desplazamiento hacia arriba, hacia dentro y adelante, con un punto de apoyo en la cara --- distal del segundo molar, ya que fué luxado el tercer molar y con la fuerza aplicada si se ha extraído, ---- puede ser tomado mediante un fórceps y eliminarlo con la misma técnica, que la señalada para la extracción del - tercer molar superior ( normal )

Sutura.- Una vez extraído el tercer molar y revisados los bordes óseos, en especial el tabique externo y pos<sub>ter</sub>ior retirado, el saco pericoronado con una pinza - gubia, y por precaución efectuar un lavado con agua -- bidestilada, se seca y se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura, dependiendo de la insición que se efectuó.

Posición Mesioangular.- la extracción del tercer molar en posición mesioangular está condicionado por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal, algunas complicaciones pueden existir en la extracción; puede depender la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo molar a nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso--- permite movilizar el molar sin haber seccionado - el tercer molar retenido.

El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el molar hacia distal, por lo tanto, el - problema en esta clase de retención reside en la - ostectomía distal y triturante y en la preparación de la vía de acceso para el elevador.

Ostectomía.- En la vía de acceso que se realice, necesita una mayor ostectomía en la parte mesial - que en la retención vertical, para que el punto de aplicación o de apoyo del elevador sea más alto, - con este fin lograremos eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del tercer molar retenido y como en el caso anterior, se llegará a utilizar fresas o escoplos, requiriendo sólo una escisión de hueso en distal, para descubrir el molar hasta el nivel de su cuello.

El empleo de los elevadores es de introducir profundamente el elevador, hasta llegar sobre la cara --- mesial del diente. Los movimientos son los mismos - al caso anterior, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, y después se realizan los movimientos

tos del elevador que dirigen el tercer molar --- hacia abajo y afuera.

En molares con raíces abiertas, con cemeatosis o -- dilaceradas, este movimiento debe ser realizado con lentitud y sin esfuerzos bruscos, para evitar fracturas de las mismas.

Posición Disto Angular.- En la rama anteroposterior, de la posición, debe de dirigirse más distalmente --- que en los casos anteriores para que evitemos algún - desgarrar en la encía, en el desprendimiento del ---- colgajo.

Ostectomía.- Este tipo de casos, generalmente no hay hueso en la cara triturante, y tampoco en la cara --- distal, sólo se realiza la vía de acceso en la cara - mesial.

El elevador será colocado sobre la cara mesial del -- tercer molar, y éste será dirigido hacia abajo y hacia atrás, es importante en este caso la colocación con la tuberosidad y la apófisis pterigoides.

Los movimientos bruscos podría fracturarlas. Los elevadores actuarán como palanca, esto se logrará haciendo palanca, introduciendo el elevador en la parte ---- distal del segundo molar y entre la parte mesial del - tercer molar.

Posición Paranormal.- En las variaciones de posición que pueda ocupar el tercer molar en ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción.

Como maniobra previa, serán realizadas radiografías intraorales y extraoral de perfil, la técnica está dada por la disposición que presenta el molar en el hueso y su relación con él o los molares vecinos. Algunos casos nos indican la extracción del segundo molar y aún del primero.

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo, son mejor intervenidos, practicando una incisión, ya que tiene muchos puntos de contacto.

#### Terceros Molares con Raíces Incompletamente Formadas

En el maxilar superior, al igual que en los inferiores, presentan terceros molares con raíces incompletamente formadas, y que se encuentran en diferentes posiciones.

Pueden producir accidentes mecánicos en los demás dientes, siendo indicada su extracción.

Esto puede ocurrir en el tercer molar del adulto, el germen puede adquirir distintas posiciones, el cual debe realizarse una incisión de amplio colgajo, que descubra en gran extensión el hueso para poder abordar el molar ( su corona ), que en este caso se ubica muy alta, en algunas ocasiones a nivel de los ápices del segundo molar.

La ostectomía debe realizarse con escoplo, a presión manual o impulsado con martillo, en una extensión suficiente, para poder descubrir las caras oclusal, mesial y bucal.

- h) Técnica adecuada y aplicada en la extracción de terceros molares inferiores retenidos.

### Posición Vertical.-

Incisión.- Existen variaciones en las incisiones de --- terceros molares retenidos, en esta posición vertical, es mínima la incisión que se realiza, el cual realizaremos un trazo sobre la mucosa molar retenido, iniciándose algunos milímetros por detrás del ángulo distoclusal de su corona; el trazo que se realice debe ser firme hasta tocar hueso o bien la cara dentaria.

La incisión festónea, la cara oclusal, si se llegase a - presentar un segmento de la cara oclusal visible o llega a la cara distal del segundo molar, estando cubierta --- aquella.

Se festoneará la cara distal y bucal del segundo molar y nos detendremos a nivel del surco interdentario del primer molar y segundo premolar.

Desprendimiento del Colgajo.- En esta parte se realizará el desplazamiento del colgajo en toda su extensión, dejando correctamente descubiertas todas las caras dentarias - correspondientes, ya que es necesario la visibilidad de - las estructuras óseas, con esto podremos aplicar los ----- instrumentos que se utilizarán, y así realizar una correcta ostectomía.

Ostectomía.- En el caso de esta clase de retención, no es necesaria una extensioestectomía, en la mayoría de los casos de concretarse al hueso distal, o a los segmentos distales del hueso lingual y bucal, y en ocasiones al tercio distal del hueso oclusal.

En la forma y posición de las raíces, será aplicada la ostectomía adecuada en la parte distal, con esto nos - permitirá una adecuada extracción del tercer molar --- retenido.

La técnica sería el desplazamiento del molar en el --- sentido distal, por la aplicación de una fuerza, el -- cual deberá únicamente vencer la resistencia que son - antigentes, las estructuras óseas, libre el hueso, el molar retenido, a excepción de su cara distal, sólo se tomará en cuenta al realizar la ostectomía de esta --- porción.

Esto se puede realizar con una fresa de fisura o redonda de carburo polietileno, se realiza la ostectomía --- dejando al descubierto en su totalidad la cara distal del tercer molar retenido.

El límite distal del hueso a resecarse, está en relación con la forma y disposición radicular, raíces cónicas y - rectas, o con una ligera desviación hacia la parte distal a causa de una curvatura radicular, con esto exigirá una mayor ostectomía, con cifras aritméticas, en esta cantidad de hueso a resecarse varía de 3 a 6 milímetros .

En la Operación propiamente dicha.- Se realizará la -- extracción de esta clase de retención, por medio del empleo de la fuerza de palanca.

Teniendo ya seleccionado el elevador, se tomará empuñándolo y se introducirá la punta en el espacio interdentario, teniendo en cuenta que la dirección del instrumento debe ser paralela al diámetro bucooclusal-cervicolingual



de la cara mesial del tercer molar, se desciende el -- mango del elevador, permitiendo que el borde inferior - del elevador descansa sobre la cúspide del hueso mesial.

En este primer paso se habrá conseguido la luxación --- hacia la parte distal, en sus extensiones diferentes al tercer molar retenido, ya hecha la luxación a muestra - conveniencia, es fácil el desplazamiento de su aiveolo con el mismo elevador, o con un forcep para molares --- inferiores,

Existen algunos factores que nos impide la extracción - del tercer molar retenido, una vez que ha sido desplaza do hacia distal, es el septúm óseo, que debe ser fractu rado con la misma fuerza que ejerce el elevador o bien - con los forceps, cuando sea necesario o posible.

Se llevará a cabo la introducción del instrumento, su - punta estará entre el colgajo bucal y la cara bucal del molar retenido en el nivel del espacio interradicular y se profundiza todo lo que permita el borde superior del hueso bucal del molar, se gira el mango del elevador en sentido contrario a las manecillas de un reloj para el lado derecho, en el mismo sentido que se mueven éstas - para la izquierda, y se desplaza el molar para el lado distal y hacia arriba.

En las maniobras que se llevan a cabo posteriormente, - son las comunes para todos los tipos de extracción, las cuales ya fueron anunciadas anteriormente, tratamiento en la cavidad ósea y sutura.

### Posición Mesioangular.-

Incisión.- Sería propiamente decir que es accesible o inaccesible, ya que la cara mesial en esta posición, - el acto quirúrgico se necesita una amplia y cómoda ---- incisión que nos permita proveer un colgajo amplio y -- fácilmente desplazable. Hay dos situaciones que pueden existir para variar nuestra forma de la incisión, que sería en el fondo el mismo trazo.

Se refiere a la integridad de la mucosa descubierta, o que el molar presente sus cúspides mesiales o su cara oclusal al descubierto. En los ambos casos se inicia - sobre la mucosa al nivel de la cara distal de tercer - molar, su punto de origen que estará regido por la can- tidad de hueso distal a resecarse, llegará hasta el - límite mesial de la mucosa y se continúa festoneando la cara bucal del tercer molar retenido, del segundo molar y primer molar.

### Desprendimiento del Colgajo.-

Esta parte se realizará mediante una maniobra, separando cuidadosamente la porción bucal de la mucosa, hasta ---- llegar a los límites ya señalados anteriormente, y la -- porción lingual hasta el espacio entre el segundo y ---- tercer molar. Se sostendrá el colgajo con el periostótomo o con un separador.

Ostectomía.- Se realizará mediante fresas quirúrgicas, eliminando todo el hueso distal, que cubre la cara distal, continuando así sobre el tercio superior de la raíz ----- distal, sólo con esta resección de hueso se puede lograr la extracción sin emplear la fuerza como en los casos -- anteriores.

En la operación propiamente dicha.- Existen dos métodos para un mejor éxito en la cirugía y son:

- a) Por medio de la aplicación de una potencia y una -- fuerza sobre su cara mesial, será realizada la ex-- tracción del molar retenido.
  
- b) En la división del retenido ( Odontosección ) según sus dos ejes y la extracción por separado de cada uno de sus elementos, por medio de cortes que se realicen ( fresas quirúrgicas )

Estos métodos tienen indicaciones exactas, las cuales se - refieren a la clase de retención y a las relaciones con la disposición radicular. En esta clase de retención, la ex-- tracción puede realizarse por el método del elevado.

Qualquier tipo de elevador se puede utilizar para la extrac-- ción, por medio de elevador, éste actuará como punto de --- apoyo o palanca de primer grado, con punto de apoyo sobre - el hueso mesial, el cual va a dirigir al molar hacia arriba y hacia distal, se introducirá el elevador en el espacio -- interdentario, con su lado plano aplicando sobre la cara -- mesial del molar a extraerse, apoyando el borde del eleva-- dor sobre la cresta de hueso mesial, dirigiendo así el mango del mismo hacia abajo y elevando por lo tanto, el molar re-- tenido o girando el mango del instrumento, con la intención de elevar el molar, desplazándolo hacia el lado distal de la cara mesial del molar retenido.

#### Posición Horizontal

Incisión y Desprendimiento de Colgajo.- El trazo de la --- incisión es el usual para la mayoría de las retenciones, -- exige que sea prolongada hasta llegar al espacio del primer

molar o segundo premolar, con esto tendremos un mejor campo de acción y visión.

La incisión coincide con el centro de la cara distal del molar retenido, contornea la cara bucal y se continúa -- sobre la cara bucal de los molares vecinos.

Este método utilizado en la incisión, nos permitirá de un colgajo suficiente, en caso de integridad de la mucosa descubierta, la incisión llegará hasta la cara distal del segundo molar.

Ostectomía.- En este caso realizaremos ostectomía en la parte distal, y otra menor en la parte bucal, mediante - el estudio radiográfico, nos informaremos de la cantidad útil de hueso distal a eliminarse.

En la operación propiamente dicha.- En ésta se emplea el elevador No. 2 Rol, elevador universal de Selden o de -- Barry, se introduce la punta de ésta por debajo de la -- cara mesial, permitiendo que la porción plana se coloque en contacto con la cara mesial del molar retenido, el -- instrumento debe abrazar a modo de cuchara la región --- dentaria accesible, el lomo de la punta debe apoyarse -- sobre el hueso mesial o en la confluencia del mesial y - bucal.

El instrumento actuará como palanca de primer y segundo - grado, la palanca de primer grado se realiza un mecanismo en el mango del instrumento hacia abajo, dirigiendo el -- molar hacia arriba y hacia el lado mesial, el de segundo grado actúa cuando el vértice del elevador está apoyada - sobre el hueso mesial y se dirige el mango del instrumento hacia arriba.

### Posición Distoangular

Incisión y Desprendimiento de Colgajo.- El trazo de la incisión es parecido el contorno que se realiza en la - retención vertical, en la incisión para la parte distal del tercer molar, llega el trazo hasta el límite mesial de la mucosa sobre el espacio interdentario y continuándose sobre la cara bucal y distal del segundo molar y - bucal del primero.

Se realiza el desprendimiento cuidadosamente en toda la parte mucosa que cubre la cara oclusal y la cara bucal, el periostótomo se insinuará todo lo distal y bucal, que le permitan, con el objeto de descubrir con amplitud las caras oclusal y bucal.

Ostectomía.- El hueso oclusal cubre variablemente las - porciones de la cara oclusal del tercer molar, el distal puede continuarse con la parte oclusal, o situarse unicamente a nivel del ángulo distoclusal del retenido, el - hueso bucal por lo general, es compacto y sólido, por su vecindad de la línea oblicua externa, en estas regiones - necesitan una resección cuidadosa para que el molar pueda ser desplazado.

Por medio de fresas quirúrgicas, se realizará la ostectomía necesaria, eliminando el hueso oclusal, distal y bucal que sea necesario.

Igual función de resección ósea cumple la fresa redonda No. 8 de carburo, para evitar el calentamiento, es necesaria la irrigación con suero fisiológico por medio de jeringas.

En la operación propiamente dicha.- En esta posición, algunos terceros molares pueden extraerse con la técnica de elevadores, colocándolo en la parte mesial, que por lo general se logra la luxación, siendo así necesario el auxiliarse de elevadores No. 14 Lor, de aplicación bucal o el No. 10 Rol y el No. 11 Rol para lograr la extracción.

Si el tercer molar se encuentra desplazado hacia el lado distal, lo necesario sería utilizar el elevador como palanca de segundo grado ( punto de apoyo en el segundo molar ) entre la potencia ( mango del instrumento ) y la resistencia ( el molar retenido ), con este movimiento sólo se --- logrará el desplazamiento al retenido, hacia atrás y hacia afuera, para ubicar más solidamente la cúspide bucodistal en el alojamiento óseo bucodistal, lo correcto sería, el luxar ligeramente el tercer molar hacia distal, y por -- medio de una fuerza en la cara bucal, elevarlo, lo que se logra con un elevador No. 14 Rol y No. 10 Rol.

La punta del elevador se introducirá entre las caras bucal del tercer molar y el hueso bucal y se tendrá que mover - en sentido contrario a las manecillas del reloj, o sea para el lado derecho y en sentido inverso para el lado izquierdo.

En la gran mayoría de los casos, esta clase de maniobra, no logra su efecto, el cual se procede a eliminar el tercio -- distal de la corona, por medio de un escoplo ancho, colocado en la cara oclusal, o también con fresa redonda No. 8 de --- carburo que va a dividir el tercer molar a nivel de su cuello, una vez ya realizado, se procederá a la extracción y posteriormente se sutura.

#### Posición Paranormal

Existen muchas posiciones del tercer molar, así que no es -

posible sistematizar, con fines didácticos las posiciones y tampoco será posible dar normas quirúrgicas que sean -- aplicables a todos los casos, en esta parte consideraremos la operación de un caso típico.

Posición Paranormal ( invertida, ectópica, herotópica ) de un tercer molar inferior retenido.

Incisión y Desprendimiento del Colgajo.- Como en todos - los tratamientos, dependiendo su posición, será la incisión, esto nos llevaría a un trazo amplio para obtener una mejor visión.

En algunos casos, el trazo distal se inicia en las partes -- vecinas, donde se observó radiográficamente el ápice dentario, el cual se extiende hasta llegar al centro de la cara distal del segundo molar y se continúa en las caras bucales del --- segundo y primer molar.

Ostectomía.- La ostectomía se realizará de acuerdo a la --- posición del molar, por regla general, hay que aplicar la -- odontosección, el cual se libera el hueso de la cara mesial para permitir la entrada al elevador ( eventualmente la cara lingual ) ya en presencia de las zonas de trabajo, podremos aplicar las técnicas de odontosección.

En la operación propiamente dicha.- En la extracción de esta clase será, dependiendo del corte que se ha realizado anteriormente del molar retenido ( en algunos casos sólo se llevará a cabo la técnica del elevador ).

El molar se podrá dividir en varios trazos para facilitar su extracción, en todos los cortes deben realizarse a nivel del cuello, de adelante hacia atrás y el posterior radicular de atrás hacia adelante. El elevador tendrá la función de - elevar alternativamente sobre su cara mesial y oclusal, hacia el espacio obtenido por la eliminación del segundo centro. - La raíz se extrae mediante un orificio realizado con la fresa, sobre su cara accesible, desplazándola con cuidado y lentamente.

Cuidados Posoperatorios.- En los cuidados posoperatorios, podremos decir que de acuerdo a nuestra medicación y plástica con nuestro paciente, será el éxito de nuestra cirugía.

En algunas ocasiones, como medio de seguridad y prever --- alguna presencia de infección , necesitaremos medicar correctamente y acertadamente a nuestro paciente, así como también medicar algún sedante para el dolor que existirá después de la operación.

Es importante recordarle a nuestro paciente del regreso a -- nuestro consultorio para una revisión de nuestra cirugía que realizamos, y a la vez su evolución y la necesidad de retirar los puntos de sutura.

Es importante la visión posoperatoria, ya que veremos su -- evolución, el cual podría existir una anomalía o no será -- necesario retirar los puntos de sutura que colocamos.

Quando observemos la zona o región operada en perfecto estado posoperatorio ( infección negativo, proceso en cicatrización o ya ha sido cicatrizado ), podremos decir que nuestra operación fué un éxito.



CAPITULO VI

## C A P I T U L O VI

### ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

A) ACCIDENTES : Durante una extracción de un diente retenido se originan accidentes múltiples y de distintas categorías: Algunos son afectados como el o los dientes vecinos; otros, al hueso y a las partes blandas que los rodean, de lo cual hablaremos.

1. FRACTURA DEL DIENTE : Este accidente ocurre muy a menudo por la aplicación de fórceps o elevadores sobre el cuello del diente y a la vez por realizar los movimientos de luxación.

Es factible que en un diente que exista caries sea fracturado en su intento de extracción. También los que existan con alguna anomalía radicular.

2. FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS : La presión que se ejerce en el forceps o elevador sobre el diente puede existir la transmisión de presión hacia los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona.

3. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO : Al emplear cierta fuerza y presión en la zona operatoria utilizando el instrumental adecuado, es posible la fractura de algún instrumento si se ejerce demasiada presión o fuerza. Ha habido casos de fracturas en la parte más externa de los elevadores y cucharillas, acerca de lo cual se llevará a cabo un procedimiento especial.

Se tomarán radiografías para la observación del lugar en donde quedó el fragmento fracturado. Al haber una fractura de instrumento es muy posible que exista un desgarre en las paredes blandas u óseas vecinas.

4. FRACTURA DEL MAXILAR : El hueso se fractura siguiendo líneas variadas; en general, es la tabla externa, un trozo de la cual se extrae con el diente.
5. FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD : En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de elevadores aplicados con una fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también parte de ella puede desprenderse acompañando al molar; en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal.
6. FRACTURA TOTAL DE LA MANDIBULA : La fractura total es un accidente posible, aunque no muy frecuente; en general, es a nivel del tercer molar donde se produce la fractura que se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar retenido.

Cuando existan las siguientes afecciones es cuando existe más frecuente una fractura: Los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, diabetes, enfermedades parasifilíticas (tabes dorsal, parálisis general y ataxia locomotriz).

7. PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA : Son raros los casos de perforación de las tablas óseas, pero podría existir una perforación del hueso a causa de un proceso previo, por debilitamiento del hueso o por algún esfuerzo mecánico.

8. LESION DEL SENO MAXILAR : Al realizar la extracción del molar superior se puede abrir el piso del antro; esta perforación adquiere dos formas: Accidental o instrumental. En este caso, al hacer la comunicación inmediatamente se advierte el accidente, el cual se localiza introduciendo líquidos del cual pasa por el seno y sale por la nariz.
  
9. PENETRACION DE UN MOLAR EN EL SENO MAXILAR : Este accidente es poco frecuente, pero podría suceder en alguna ocasión, el cual es la introducción total de un molar y generalmente el tercero, el cual es introducido en el seno maxilar. Esto sucede por la fuerza o presión innecesarias lo cual debilita las paredes o tablas óseas. Entonces, el molar es deslizado al piso de la boca o lugares vecinos.
  
10. LUXACION DE MANDIBULA : En esta luxación va a existir la salida de los cóndilos de la mandíbula en su cavidad glenoide. Este accidente es poco frecuente durante la extracción del tercer molar inferior.

Este accidente puede ocurrir cuando la operación es muy prolongada en el tiempo, y puede ser unilateral o bilateral. Cuando sucede este accidente, se puede llevar al lugar de origen, o sea, darle su articulación nuevamente por medio de la siguiente técnica: Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria de la mandíbula, los dedos restantes sostienen la mandíbula; se imprimen fuertemente a este hueso dos movimientos, de cuya combinación se obtiene la articulación del cóndilo; un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás.

11. LESION DE PARTES BLANDAS : Existe desgarramiento de mucosa

gingival, lengua, carrillos o labios, es posible esta clase de desgarres si se actúa con brusquedad o sin criterio quirúrgico. En algunas ocasiones como pellizcamientos en labios causados por instrumentos, algunos serán necesarios así como los que ya dijimos anteriormente realizar suturas.

12. LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS : Durante la extracción del tercer molar inferior puede existir una lesión de gravedad variable en los troncos nerviosos. El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarre del nervio, lesiones estas que se traducen por neuritis, neuralgias o anestias en zonas diversas. Frecuentemente sucede en las extracciones del maxilar inferior, por las intervenciones en terceros molares o premolares.

B) COMPLICACIONES : Pueden existir complicaciones en el tiempo que se desarrolla una extracción o cirugía del tercer molar superior o inferior o tal vez una complicación posoperatoria, describirse algunas complicaciones que podrían suceder:

1. EDEMA : Es un líquido seroso infiltrado en el tejido subcutáneo (en ocasiones), cuando se realizó por completo la cirugía del tercer molar, va a encontrarse en la cara del paciente en las partes de los párpados una excesiva y alarmante inflamación, con la piel tensa y brillante, el cual anteriormente se edematiza el párpado inferior y después el superior. En algunas ocasiones esta complicación va en disminución de 48 a 72 horas desaparece el edema, pero podría suceder que el edema evolucione hasta flemón.

2. ABSCESOS : Estos pueden situarse en cualquier sentido u ocupar un lugar en especial que podrían ser, cutáneos, subperiósticos, y abscesos mucogingivales.

En el maxilar se pueden formar abscesos palatinos, su lugar o sitio específico sería en el seno maxilar, y en la mandíbula se pueden formar abscesos en el piso de la boca. Cualquiera de estos pueden ser benignos o malignos. El tratamiento puede ser mediante la debridación y a la conalización.

3. ALVEOLITIS : También conocida como osteitis alveolar o alveolo seco y su infección puede ser pútrida o piogena. Esta se caracteriza por la descomposición pútrida del coágulo encontrando las paredes del alveolo sin tejidos de granulación.

Los síntomas de la alveolitis pueden ser detectados del segundo al tercer día, o podría existir hasta los treinta días.

Esta complicación es de mucha importancia ya que el paciente reporta molestias y dolor, para evitar esta clase de complicación durante la extracción u operación, debe realizarse con la mayor limpieza y cuidados.

4. HEMORRAGIA : Esta clase de complicación podría decir que es una de las más importantes ya que es la salida anormal de la sangre de los vasos, la cual podría ser por diapedesis a través de las paredes íntegras o puede ser a causa de alguna enfermedad, o por rexis a través de las paredes laceradas a causa de alguna lesión traumática.
5. HEMORRAGIA POST-EXTRACCION : Es la pérdida de sangre que puede deberse a trastornos locales o generales, y su origen pue-

de ser arterial, venoso o capilar.

La hemorragia primaria: Es causada por enjuague precoz o vigoroso de la boca, por alguna succión constante con expectoración de sangre.

La hemorragia secundaria: Puede existir por la formación deficiente a la infección del coágulo.

6. OSTEOMIELITIS : Esta complicación puede ocurrir en diferentes formas como aguda o crónica, que es una inflamación piógena de la médula ósea.

Existen algunos microorganismos los cuales pueden producir esta enfermedad como son: El estreptococo, bacilo colicomunis, neumococo y estafilococo. Existe también un microorganismo cuya presencia es más frecuente que la del estafilococo dorado.

La infección se presenta en algunas ocasiones de extracción dentaria en período de inflamación aguda, cuya complicación comienza desde la infiltración de cualquier líquido anestésico.

Aparecen algunos síntomas generales en una osteomielitis que son: Inflamación de la cara que en algunas ocasiones impide la abertura de la boca, dolor a la presión, tumefacción y supuración.

7. PERIOSTITIS : Estas pueden aparecer con síntomas aguda o crónica, localizada o difusa, en su diagnóstico es piógeno del periostio.

En el proceso inflamatorio del periostio es muy semejante al

de cualquier otro tejido. La diferencia sería que el periostio contiene una cantidad mucho mayor de tejido conectivo y que durante su evolución, el proceso inflamatorio se visualiza una presencia de osteoblastos y osteoclastos.

En lo general, la periostitis puede ser causada por la irregularidad del periostio que se puede observar en la radiografía que tomemos, el cual consiste en un abultamiento del hueso, con una línea irregular del periostio.



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

Es necesario tener en cuenta como requisito imprescindible los datos clínicos del paciente para llevar a cabo un buen tratamiento y pronóstico.

Es necesario el estudio de la zona que operemos, ya que con los datos requeridos puede estar nuestro diagnóstico.

Tener en cuenta, que los instrumentos quirúrgicos estén en buen estado y contar con todo lo necesario en caso de emergencias.

Algunos cirujanos dentistas no están capacitados al 100% de cirugías de terceros molares retenidos, por lo cual se puede decir que la operación no es totalmente satisfactoria. Estos problemas odontológicos es de mayor importancia remitirlos a los especialistas del ramo odontológico.

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

Bruce, J.  
Walmsley, R.  
Ross, J.A.

Anatomía Quirúrgica y Topográfica  
Editorial Salvat

Ries Centeno Guillermo A.

Cirugía Bucal  
8a. Edición 1979  
Editorial El Ateneo

Costich R. Emmett  
Whinte P. Raymundo Jr.

Cirugía Bucal  
1a. Edición  
Editorial Interamericana

Kruger O. Gustavo

Tratado de Cirugía Bucal  
4a. Edición 1978  
Editorial Interamericana

Morris L. Alvin  
Bohannan M. Harry

Las Especialidades Odontológicas en la  
Práctica General  
4a. Edición 1980  
Editorial Labor, S.A.

Enciclopedia Médica  
1a. Edición 1979  
Editorial Cumbre, S.A.

Nueva Enciclopedia Temática

Tomo 2

2a. Edición 1964

Editorial Richards, S.A.

Panamá

Esponda Vila Rafael

Anatomía Dental

5a. Edición 1978

Textos Universitarios

Reko Víctor A.

La Dentisteria en el Médico de Antaño

Enciclopedia Mexicana de Arte

Ediciones Mexicanas 1951

Arques Miarnav R., Dr.

Historia Anecdótica de la Odontología,

a Través del Arte Literario

Editorial Salvat 1945

Kruif Paul

Los Cazadores de Microbios

5a. Edición 1960

Editorial Diana

México