

327
29j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
INCLUIDOS Y SU EXTRACCION**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ADELINA PATRICIA MUÑOZ VAZQUEZ

MEXICO, D. F.

1986

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to the author or a reviewer, is written over the bottom right portion of the page.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

Introducción	1
CAPITULO I	
Aspectos históricos	2
CAPITULO II	
Anatomía descriptiva del maxilar inferior	4
CAPITULO III	
Clasificación de los terceros molares	20
CAPITULO IV	
Exámen clínico	27
Exámen físico	32
Exámen radiográfico	36
CAPITULO V	
Premedicación	39
CAPITULO VI	
Anestesia	42
CAPITULO VII	
Colocación de campo e instrumental	44
CAPITULO VIII	
Técnicas quirúrgicas	47
T. Quirúrgicas de los distintos casos clínicos	52
CAPITULO IX	
Postoperatorio	64
CAPITULO X	
Complicaciones y accidentes	68
CAPITULO XI	
Conclusiones	73

INTRODUCCION

Los problemas dentales en la actualidad se acentúan cada vez más, afectando a un gran número de la población; si a esto le sumamos los problemas socioeconómicos que padecemos el problema se mira más serio.

Por lo anterior es de suponer que las terceras molares incluidas deben ser atendidas ya por el dentista de práctica general. Los métodos y técnicas para la extracción de éstas estén considerados dentro de la cirugía menor; los cuáles correctamente aplicados en el consultorio de práctica general, no deriven problemas serios y si en cambio alivian el estado general del paciente.

El fin de este pequeño estudio, es en lo particular ampliar el conocimiento al respecto para en lo futuro resolver clínicamente cada caso y en la medida en que la experiencia lo permite, de lo contrario; tener la capacidad para que de no estar al alcance de lo mano debe remitirse sin error alguno a el especialista del caso.

Cuando se desee reafirmar algún concepto básico en las técnicas quirúrgicas para la extracción de las inclusiones puede recurrirse a este sencillo estudio que posee fundamentos para una evaluación correcta de cada caso y un plan de tratamiento sin temor al fracaso.

ASPECTOS HISTORICOS

La cirugía en general, se define como la rama de la medicina que trata las enfermedades accidentales, totalmente o en parte por procedimientos manuales y operatorios.

Data de 3,000 años A.C.

Los primeros escritos referentes se hallan en papiros egipcios de 1,7000 años A.C.

Hipócrates 460 años A.C., y sus sucesores se limitaron su mayor parte a practicar intervenciones quirúrgicas de poca importancia; utilizaron instrumentos de metal, madera, vidrio. En el campo bucal, las piezas dentarias destruidas o móviles debían extraerse, en caso de no existir movilidad, debían disecarse con termocauterio.

La cirugía luchaba contra dos factores y sobretodo, con desventajas:

- 1.- Dolor causado por las manebres sobre los órganos enfermos.
- 2.- Falta de recursos para controlar las infecciones; el desconocimiento de la terapia antibacteriana en aquellas épocas trajo como consecuencia muchos posoperatorios indeseables.

De 201 a 231 años D.C. Galeno describió la anatomía de los incisivos, caninos y molares; diferenció la pulpitis de la periodontitis.

Celso Cornelio en el siglo I; describió las úlceras de la boca, habló de métodos para la extracción de dientes con instrumentos rústicos, los primeros forceps.

Jovanni Arceleni 1480 años D.C., escribe un tratado de cirugía bucal; utiliza pelícanos, forceps curvos, pico de cigüeña, y rellena cavidades con oro.

Siglo XVIII, Pierre Fauchard, escribe un libro de cirugía bucal.

James Garretson (Filadelfia), 1829-1895, es considerado el Padre de la cirugía oral, dió el nombre a la especialidad.

En 1822-1895. Luis Pasteur, de la iniciativa para contrarrestar la infección (1860); diez años más tarde fueron aplicados a la cirugía estos conocimientos, por el francés Lord Lister.

Horacio Wells, dentista; descubrió el óxido nitroso en el año de 1844.

Morton de Boston, 1846, perfeccionó el sistema de aplicación del óxido nitroso, y comenzó a utilizar el éter.

En 1880, se comienza a utilizar la bata quirúrgica; y aproximadamente 10 años más tarde se utilizan los guantes de caucho.

En 1910, se introduce el bloqueo local con procaína.

Con estos descubrimientos la cirugía avanzó considerablemente y con mucho éxito, pues los dos factores más importantes por resolver (dolor e infección), fueron superados y la ciencia así mismo la cirugía- comenzaban una nueva era.

En 1929 Alexander Fleming, inglés, descubre la penicilina y entonces la infección y sus efectos mortales quedan a disposición de este gran descubrimiento.

ANATOMIA DESCRIPTIVA DEL MAXILAR INFERIOR

El maxilar inferior o mandíbula es el mayor y más potente hueso de la cara y consta de un cuerpo y dos ramas. CUERPO

El cuerpo del maxilar inferior tiene la forma parecida a una herradura y se aprecian en ésta, una cara anterior y otra posterior, un borde superior o alveolar, y un borde inferior o base.

La cara anterior presenta hacia su parte media una saliente que marca la línea de fusión de las dos mitades del maxilar, denominada sínfisis mentoniana; hacia la parte inferior, la sínfisis presenta una elevación triangular llamada eminencia mentoniana, la base de la cual está limitada a cada lado por un tubérculo mentoniano. Mas hacia afuera y atrás de la eminencia, con frecuencia por debajo del segundo premolar, se localiza el agujero mentoniano. El nervio y los vasos mentonianos emergen del agujero hacia arriba, atrás y afuera. Existe una saliente que se dirige hacia atrás y arriba desde el tubérculo mentoniano hasta el borde anterior de la rama; es la línea oblicua externa, y sobre ella se insertan los músculos; triangular de los labios, cuádrado del cuello y el cuadrado de la barba.

La cara posterior se caracteriza por una elevación irregular, localizada en la parte posterior de la sínfisis llamada espina mentoniana, está constituida por cuatro porciones denominadas apófisis geni, dos de ellas superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos, en tan-

to que las inferiores sirven de inserción a los músculos genioidios. Partiendo del borde anterior de la rama vertical se encuentra una línea saliente; la línea oblicua interna o milohioides que se dirige hacia abajo y adelante, terminando en el borde inferior de esta cara y sirve de inserción al músculo milohioides. Presenta una fosa, la fosa submaxilar que es paralela a la línea milohioides se encuentra mas afuera y abajo de ésta y muy próxima al borde inferior del maxilar; sirve para alojar a la glándula submaxilar. La glándula sublingual será alojada por la fosa sublingual, situada mas hacia adelante, por encima de la línea milohioides.

El Borde inferior es romo, presenta dos depresiones, las fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media y en ellas se inserta el músculo digástrico. Hacia atrás, aproximadamente 4 cm por delante del ángulo de la mandíbula, la base puede presentar un surco para la arteria facial. La pulsación de la arteria es apreciable cuando se le comprime contra la base mandibular.

El borde superior o alveolar, presenta una serie de cavidades que son los alvéolos dentarios; mientras los anteriores son simples, los posteriores estén compuestos de varias cavidades. Estos alvéolos se hallan separados entre sí por puentes óseos o epófisis interdenterias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes. La porción alveolar se halla ampliamente cubierta por la mucosa de la boca.

RAMAS

El maxilar inferior presenta dos ramas, derecha e izquierda; de forma cuadrangular, aplanadas transversalmente, con respecto al cuerpo su plano es vertical y su eje mayor tiene dirección oblicua hacia atrás y hacia arriba. Consta de dos caras y cuatro bordes. Las ramas del maxilar y los músculos que se insertan en ellas, contactan con la parte lateral de la faringe.

La cara externa, por su parte inferior es mas rugosa que la superior, pues presta inserción al masetero.

La cara interna, en la parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hacia el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio; el orificio superior del conducto dentario, por este se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. El borde anteroinferior de este orificio, está determinado por la espina de Spix, la cual es una saliente triangular donde irá a insertarse el ligamento esfenomaxilar. El borde posterior y el anteroinferior se continúa hacia abajo y adelante hasta el cuerpo del hueso formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna se localizan una serie de rugosidades bien marcadas, las cuales servirán de inserción al músculo pterigoideo interno.

Borde superior; presenta dos salientes gruesos a cada extremo; la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar por detrás, los cuales están unidos por una depresión

llamada escotadura sigmoidea. La apófisis coronoides de forma triangular y vértice superior donde va a insertarse el músculo temporal. La escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetérica con la fosa cigomática dejando paso a los vasos y nervios masetéricos. El cóndilo cubierto de fibrocartílago, tiene forma elipsoidal, aplanado de delante hacia atrás y su eje mayor con una inclinación hacia adelante y afuera, convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea de la cavidad del temporal, formando la articulación temporomaxilar. Se une al resto del hueso mediante un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna existe una depresión rugosa que sirve de inserción al pterigoideo externo.

Borde inferior; este se continúa ligeramente con el borde inferior del cuerpo, por detrás si unirse al borde posterior formando el ángulo del maxilar o gonion. Mide generalmente 125° , pero oscila entre 110° y 140° .

Borde anterior; se localiza en dirección inclinada hacia abajo y adelante, se halla excavado en forma de canal cuyos bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras externa e interna con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática. El borde anterior de la rama puede ser palpado por la boca.

Borde posterior; es liso y obtuso, llamado borde parotídeo por las relaciones que tiene con la glándula parótida.

Estructura o conformación interna

El maxilar inferior está constituido por tejido esponjoso, el cual lo recubre una capa gruesa de tejido compacto, éste se adelgaza considerablemente a nivel del cóndilo. En su interior se encuentra el conducto dentario inferior, que va desde el orificio superior del conducto dentario, se dirige hacia abajo y adelanta, pasa por las raíces dentarias hasta nivel del segundo premolar, en donde se divide en un conducto externo que va a terminar en el agujero mentoniano; y en otro conducto interno que se prolonga al incisivo medio.

Osificación

La embriología del cráneo es complicada, pues algunos huesos se desarrollan en cartílagos (etmoides), otros en membrana (parietal), y otros tienen centros tanto endocondrales como membranosos (occipital, temporal).

El cráneo consiste en una caja protectora; el neurocráneo alrededor del cerebro, y el viscerocráneo o esplanocráneo o esqueleto de la mandíbula. En cada una de estas porciones una condensación mesenquimatosa es la primera indicación de la formación de esqueleto o de cartilago que persiste en ciertas regiones a través de la vida, y en otras sigue la osificación endocondral. El viscerocráneo consiste principalmente en barras cartilaginosas de los arcos faríngeos; las barras cartilaginosas del arco faríngeo se desarrollan en el mesodermo branquial, una parte de estas barras se osifica, otra persiste a través de la vida en estado cartilaginoso, y otras partes están representadas en el adulto solo por su paricondrio que forma ciertas estructuras ligamentosas. En el

hombre los huesos de membrana (dérnicos) que suplementan al viscerocráneo cartilaginoso se restringen a los apéndices maxilar y mandibular del primer arco visceral. En el embrión el maxilar inferior es precedido en cada lado por el cartilago del primer arco faríngeo, la parte dorsal de este arco crece desde la región óptica en desarrollo hacia el área olfatoria. Este es el proceso maxilar y forma un ángulo abierto agudo hacia adelante, donde se une con el segmento ventral del mismo arco o proceso mandibular; como resultado de la formación del proceso maxilar la condensación mesenquimatosa que dará origen al primer cartilago del arco visceral, se dobla también, quedando la parte dorsal incluida en el proceso maxilar. Parte de esta porción dorsal en el proceso maxilar se condrifica para formar el cartilago de Meckel. En el proceso mandibular, dos huesos de membrana se forman en el lado externo del cartilago de Meckel; el más anterior que aparece muy temprano, se relaciona con la porción lateral de la porción ventral del cartilago y forma la mandíbula. Primero hay una pequeña espécula de hueso de membrana, pero por crecimiento y extensión rodea parcialmente al cartilago de Meckel, excepto a la extremidad anterior del último, donde hay algo de osificación endocondral. En el extremo posterior de la mandíbula en desarrollo, hay un crecimiento hacia arriba para formar la porción ascendente, ésta se relaciona con la porción escamosa del temporal, para formar una articulación diartrodial (sinovial), la articulación temporomaxilar, en la cual se desarrolla un disco articular fibrocartilaginoso. La porción ascendente de la mandíbula se transforma en

parte, en un cartilago secundario antes de que tenga lugar la osificación. En dicho cartilago aparecen entre los 30 y 40 días de la vida fetal seis centros de osificación:

- 1.- El centro inferior, localizado en el borde del maxilar.
- 2.- El centro incisivo, se encuentran a los lados de la línea media.
- 3.- El centro suplementario del agujero meatusiano
- 4.- El centro condileo para el cóndilo
- 5.- El centro coronario para la apófisis coronoides
- 6.- El centro de la espina de Spix

Desarrollados a expensas de dichos centros, la fusión ósea entre las dos mitades de la mandíbula se verifica durante el primer año de la vida posnatal. Los cartilagos secundarios en la apófisis condiles son la causa de la mayor parte del crecimiento en longitud del maxilar.

RELACIONES MUSCULARES

Los músculos masticadores que se insertan por una de las extremidades en el maxilar inferior, son cuatro e intervienen en los movimientos de elevación y lateralidad del mismo. Estos músculos son: el masetero, el temporal, el pterigoideo interno y el pterigoideo externo. Proceden del mesodermo del arco maxilar y son inervados por el nervio maxilar inferior, raíz motora del Trigémino.

Masetero.- El músculo masetero aparece cubierto por la denominada sponneurosis masetérica; es un músculo cuadrilátero, grueso, que tiene su origen en el borde inferior y cara interna del arco cigomático y se inserta en la cara externa de la rama del maxilar. Se halla constituido por un haz superfi

cial más voluminoso dirigido oblicuamente hacia abajo y atrás, y otro haz profundo inclinado hacia abajo y adelante, ambos se hallan separados por la bola adiposa de Bichat. La bola adiposa se superpone a los músculos buccinador y masetero y presenta varias prolongaciones; ésta es perforada por el conducto parotídeo.

Inserciones; el haz superficial se inserta superiormente sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático, e inferiormente, en el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa. Su inserción superior se realiza gracias a una fuerte aponeurosis, la cuál se origina mediante numerosas láminas agudas hacia el tercio medio de la masa muscular. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática, sus fibras se dirigen luego hacia abajo y adelante para terminar sobre la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

Relaciones; la cara externa del masetero se halla recubierta en su totalidad por la aponeurosis maseterina, por fuera de esta aponeurosis encontramos tejido conjuntivo; también hay relación con la arteria transverse de la cara, la prolongación maseterina de la parótida, el conducto de Stenon las ramas nerviosas del facial y los músculos cigomáticos mayor y menor, el músculo risorio y el cutáneo del cuello. La cara profunda del masetero se halla en relación con el hueso donde se inserta, también con la escotadura sigmoidea, así como con el nervio maseterino y su arteria; también la apófisis coronoides está en relación con esta cara al igual que la inserción del temporal y la bola adiposa de Bichat. La parte in

ferior del borde anterior se relacione con la arteria y la vena facial, en tanto que su borde posterior se halla en relación con la glándula parótida.

Inervación; por su cara profunda penetra el nervio maseterino, el cuál es una rama del maxilar inferior y que atraviesa, como es sabido, por la escotadura sigmoidea.

Acción; el masetero es un poderoso elevador del maxilar inferior; es palpable al apretar los dientes.

Temporal.- El temporal es un músculo en forma de abanico y ocupa la fosa homónima. Se origina en la superficie de dicha fosa, caudal a la línea temporal inferior y en la cara profunda de la aponeurosis temporal. Los orígenes craneales y aponeuroticos confieren al músculo una disposición bipeniforme. El tendón de inserción pasa profundo al arco cigomático y se inserta en la apófisis coronoides (cara interna, vértice y borde anterior), y el borde anterior de la rama del maxilar.

Inserciones; por arriba se fija con la línea curva temporal inferior, con la fosa temporal en la cara profunda de la de la aponeurosis temporal, y mediante un haz accesorio, en la cara interna del arco cigomático. Desde estos lugares sus fibras convergen sobre una lámina fibrosa, la cuál se va estrechando poco a poco hacia abajo y termina por constituir un fuerte tendón que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides. Cuando se disecan las fibras musculares del temporal en su lugar de inserción, se aprecia que las superficies se fijan sobre la cara externa de la aponeurosis de inserción; en tanto que las profundas, lo hacen

en la cara interna de esta sponneurósis, dando origen a dos capas musculares, donde la interna está más desarrollada que la externa.

Relaciones; está en relación con la sponneurósis temporal los vasos y los nervios temporales superficiales, el arco cigomático y la parte superior del masetero, por su cara superficial; en tanto que la cara profunda, está en contacto íntimo con los huesos de la fosa temporal, se halla también en relación con los nervios y arterias temporales profundas, anterior, media y posterior, y las venas correspondientes; en su parte inferior esta cara se relaciona por dentro, con los músculos pterigoideos, el buccinador y la bolsa grasosa de Bichat.

Inervación; tres ramas temporales profundas del tronco anterior del nervio maxilar inferior.

Acción; su acción se halla relacionada con la rapidez, más que con la potencia, las fibras posteriores desplazan al cóndilo del maxilar hacia atrás desde el tubérculo articular en la fosa maxilar durante el cierre de la boca.

Pterigoideo interno.- El pterigoideo interno se sitúa en la cara interna del ángulo del maxilar inferior, y su origen, en la apófisis pterigoideas.

Inserciones; superiormente se inserta en la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoideas, en el fondo de la fosa pterigoidea, en parte de la cara externa del ala interna y por medio de un fascículo bastante fuerte; fascículo palatino de Juvara. Desde estos lugares sus fibras se dirigen hacia abajo, atrás y afuera para terminar gracias a láminas ten

dinoses que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior, y sobre la cara interna de su rama ascendente. Sus fibras se prolongan a veces tan afuera sobre el borde maxilar, que producen la impresión de unirse con el masetero.

Relaciones; por su cara externa se encuentra en relación con el pterigoideo externo y con la apófisis interpterigoides, con la cara interna de la rama ascendente del maxilar, constituye este músculo un ángulo diedro por donde pasa el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios. Entre la cara interna del pterigoideo interno y la faríngea, se encuentra el espacio maxilofaríngeo, por donde atraviezan vasos y nervios importantes; el neumogástrico, glosofaríngeo, espinal, e hipogloso, y vasos como la carótida interna y yugular interna.

Inervación; una rama del maxilar inferior, el nervio pterigoideo interno.

Acción; actúa como sinérgico del masetero para elevar el maxilar, y pequeños movimientos de lateralidad.

Pterigoideo externo.- Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo del maxilar inferior, se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal, y otro inferior o pterigoideo.

Inserciones; el haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, la cual constituye la bóveda de la fosa cigomática, así como en la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del

las externas de la apófisis pterigoides. Las fibras de ambos haces convergen hacia afuera y terminan por fundirse cuando se hace la inserción en la parte interna del cuello del condilo, en la cápsula articular y en la porción correspondiente al menisco interarticular.

Relaciones; este músculo se halla en relación con la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y con el maseterino por su parte superior. Entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal, su cara anteroexterna está en relación con la escotadura sigmoidea, con la inserción que tiene el temporal con la coronoides, y con la bolsa grasosa de Bichat, su cara posterointerna se relaciona con el pterigoideo interno, con el cuál se entrecruza por la cara anterior de éste, y también con los nervios y vasos linguales y dentarios inferiores. Su extremidad externa se corresponde con la arteria maxilar interna, la cuál puede pasar por su borde inferior o entre sus dos fascículos, bordeando el cuello del condilo.

Inervación; recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal.

Acción; al haber contracción simultánea de éstos, se producen movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior; si se contraen aisladamente, entonces el maxilar ejecuta movimientos laterales hacia uno y otro lado, cuando estos movimientos son alternativos y rápidos se llaman de diducción y son los principales en la masticación.

Nervio maxilar inferior.- Este es la tercera rama del trigémino, se origina en el ganglio trigeminal y junto con la rama

iz motora de este nervio, pasa por el agujero oval a la fosa infratemporal (donde puede ser bloqueado mediante una aguja que pase por la escotadura maxilar e inyectando un anestésico local). Al pasar a través de la base del cráneo, el nervio maxilar inferior está unido a la raíz motora. El tronco así formado se divide casi inmediatamente en varias ramas - que se clasifican en dos grupos: rama posterior y rama anterior. El nervio maxilar inferior se relaciona en la base del cráneo con la arteria meníngea media, posteriormente con el músculo pterigoideo externo que queda hacia afuera, y con el tensor del paladar hacia adentro.

Exploración; el área de piel inervada por el nervio maxilar inferior puede ser explorada empleando una torunda de algodón y una aguja, y serán sensibles a éstas, la zona que cubre el temporal desde su parte más superior en dirección descendente, pasando por la parte anterior de la oreja, desde donde en dirección inclinada involucre toda la piel que cubre al maxilar inferior.

Las ramas se originan del nervio del tronco maxilar inferior.

Rama meníngea, que acompaña a la arteria meníngea media hacia arriba, a través del agujero redondo menor. Aquí el nervio pterigoideo interno es considerado generalmente como el encargado de inervar también el músculo del martillo y el tensor del paladar por vía del ganglio óptico.

Rama anterior, que proporciona varias pequeñas ramas;

Nervio bucal, que pasa entre las dos porciones del pterigoideo externo y está incluido parcialmente en el borde an-

terior del temporal, sus ramas se distribuyen por la cara externa del buccinador, proporcionan fibras sensitivas para la piel y la mucosa de la mejilla, para las encías y quizá también para los dos primeros molares y premolares. Algunas de sus ramas se unen con las de la rama bucal del nervio facial.

Nervio mesetérico, pasa craneal al pterigoideo externo detrás del temporal y a través de la escotadura maxilar dando inervación al masetero.

Nervios temporales profundos, inervan al temporal.

Nervios para el pterigoideo externo; la rama posterior del nervio maxilar es principalmente sensitiva. Proporciona; el nervio auricular temporal, el nervio lingual y el nervio alveolar inferior.

El nervio auricular temporal se origina ordinariamente por dos raíces que rodean a la arteria meningea media. Esta se dirige hacia atrás profundo al pterigoideo externo y entre el ligamento esfenomaxilar y el cuello del maxilar inferior. Está íntimamente relacionado con la glándula parótida y se dirige hacia arriba, dorsal a la articulación temporomaxilar, cruza el cigomático y se coloca dorsal a la arteria superficial. Sus ramas terminales se distribuyen por el cuero cabelludo. El dolor de procedencia dentaria o lingual es referido a veces, hacia la distribución auricular del nervio mencionado.

El nervio lingual, desciende internamente al pterigoideo externo, para unirse a la cuerda del tímpano, rama del nervio facial que contiene fibras relacionadas con el gusto. El ner-

vio lingual se halla situado por delante del nervio alveolar inferior (con el cual se anastomosa algunas veces), y pasa entre el pterigoideo interno y la rama del maxilar. Se halla cubierto por la mucosa de la boca y es palpable contra la mandíbula aproximadamente abajo y un centímetro atrás del tercer molar. Inmediatamente cruza la cara externa del hipogloso, se dispone profundo al milohioideo y craneal al conducto submaxilar. Cruza hacia abajo el borde externo del conducto y luego gira hacia arriba en su borde interno, aplicándose al geniogloso para dirigirse finalmente hacia adelante, siguiendo el borde lingual e inervando la mucosa de la lengua; sus ramas terminales se anastomosan con las del nervio hipogloso. Además de la anastomosis con el nervio del tímpano, el nervio lingual emite ramas para el istmo de las fauces, ganglio submaxilar y mucosa que recubre el dorso y lados de la mucosa de la boca, los encías y los dientes primer molar y premolares.

El nervio alveolar inferior a dentario, desciende ventralmente a la arteria profunda al pterigoideo externo. Pasa después entre el ligamento esfenomaxilar y la rama del maxilar y por el agujero y conducto maxilar; por arriba al penetrar en el agujero, puede ser bloqueado por vía intrabucal con un anestésico local. El nervio alveolar inferior origina las siguientes ramas:

El nervio milohioideo, que se origina inmediatamente craneal a la entrada del nervio alveolar inferior en el agujero maxilar, perfora el ligamento esfenomaxilar, recorre un surco

en la rama del maxilar y alcanza la cara inferior del milohioideo para inervar este músculo y el vientre anterior del digástrico.

Ramas dentarias inferiores, originadas en el conducto maxilar que forman el plexo dentario inferior e inervan los dientes inferiores, principalmente molares y premolares y a veces el canino.

Ramas gingivales, distribuidas a lo largo de las encías.

El nervio mentoniano, que emerge de la mandíbula por el agujero mentoniano e inerva la piel de la barba y el labio inferior.

La rama incisiva (como porción terminal del nervio alveolar inferior, después de haber proporcionado el nivel mentoniano), forma a veces un plexo que inerva el canino y los incisivos y frecuentemente también los incisivos del lado opuesto.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES

Encontramos en los maxilares, el tercer molar retenido en diversas formas, dos de éstas generales; retención intrabucal, donde el diente está rodeado en su totalidad por tejido óseo; y retención subgingival, en ésta, el diente se presenta cubierto por la mucosa gingival.

Ordinariamente el problema de retención dentaria, responde a factores de índole mecánico, sin embargo; existen otros factores que determinen esta retención. Podemos incluir a los procesos embriológicos como factores determinantes, y encontramos que existen gérmenes dentarios alejados del sitio normal de erupción, por lo tanto; el diente así originado, estará imposibilitado para hacer una erupción normal. También existen gérmenes dentarios ubicados en posición normal, pero con una angulación extraordinaria, y al producirse la calcificación del diente e iniciarse la erupción, dicha angulación entre en contacto con algún diente contiguo, lo cual obstaculizará la normal erupción.

Dentro de los factores mecánicos que determinan estas retenciones, podemos encontrarnos con, falta de espacio, pues el tercer molar debe desarrollarse en una zona bastante difícil. En el caso del maxilar inferior, ésta erupción se hará en el borde anterior de la rama del mismo; borde que presenta una calcificación completa. Este problema se agudiza en maxilares de dimensiones reducidas. Por otro lado, el hueso en ocasiones presenta una condensación tan marcada que imposibilita el trabajo eruptivo del molar.

Se enumeran en estos factores obstaculizantes a las extracciones prematuras de dientes desiduos que provocan que el espacio de la arcada dental se reduzca considerablemente.

Existen factores patológicos que interfieren a la erupción y pueden ser; dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, etc., las enfermedades sistémicas derivadas de las glándulas endócrinas, también pueden tornarse un factor de interferencia eruptiva.

Existen tres teorías relativas a las inclusiones dentarias:

1.- Teoría ortodóntica, debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes, se presenta en dirección anterior, si existiera alguna interferencia en este desarrollo, se originaría la inclusión dentaria. El hueso denso puede provocar retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación de tejido óseo (fiebras, infecciones agudas, traumatismos, inflamaciones de la membrana periodontal, etc.). Otras ocasiones el problema puede radicar en la pérdida prematura de dientes desiduos, pues esto provoca desarrollo incompleto del maxilar y la mala posición de los dientes permanentes.

2.- Teoría filogénica; se dice con certeza, que órgano que no se usa se atrofia, de tal modo que si nuestros hábitos alimenticios han eliminado la necesidad de utilizar molares grandes y fuertes la existencia del tercer molar se va tornando infuncional.

3.- Teoría mendeliana; es posible que la herencia, tal como la transmisión de maxilares pequeños de algún progeni-

tor y dientes grandes del otro, determinan una inclusión dentaria en los maxilares del nuevo miembro familiar.

Existe una clasificación de las inclusiones de los terceros molares, y se describe a continuación.

Retención vertical.- El tercer molar está cubierto total o parcialmente de hueso, su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo molar.

Retención horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar.

Retención mesioangular.- El eje mayor del tercer molar forma un ángulo agudo variable al dirigirse hacia el eje mayor del segundo molar.

Retención distoangular.- El tercer molar toma una inclinación hacia la rama ascendente del maxilar, formando ángulo obtuso con el eje mayor del segundo molar.

Retención invertida.- El tercer molar presenta la corona en dirección al borde inferior del maxilar, y sus raíces hacia el borde alveolar.

Retención buccoangular.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano de orientación de los dientes, pero la corona está dirigida hacia bucal.

Retención linguoangular.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular al plano de orientación de los dientes, pero la corona tiene una inclinación lingual.

Con relación a la posición de la arcada, presente generalmente tres tipos de desviaciones:

- 1.- Normal.
- 2.- Desviación bucal, el molar está fuera de óvalo de la arcada.

3.- Desviación lingual, la desviación del molar es hacia la cara lingual de la arcada.

La clasificación de las inclusiones con respecto al borde anterior de la rama se describe a continuación.

Clase I.- Existe suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar.

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

Clase III.- Toda o la mayor parte del tercer molar, se halla en su totalidad incluida en la rama.

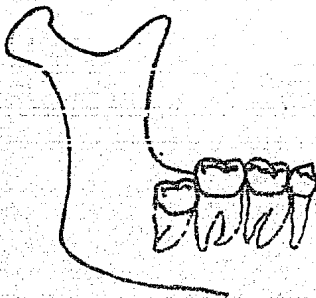
La profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

A.- La porción más alta del tercer molar se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

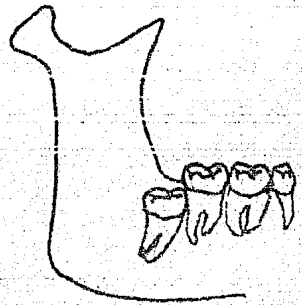
B.- La parte más alta del diente, se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

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

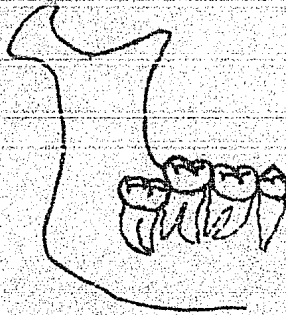
CLASIFICACION TERCEROS MOLARES INTERIORES
DE WHITE



CLASE I

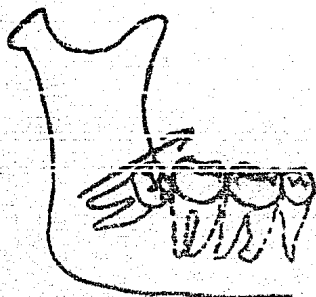


CLASE II

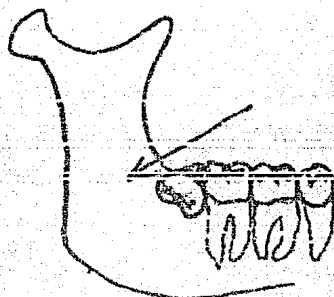


CLASE III

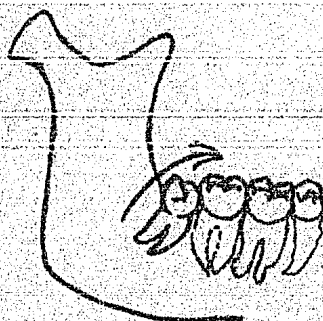
CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES



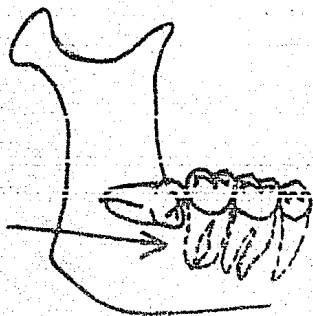
RETENCION MESIOANGULAR



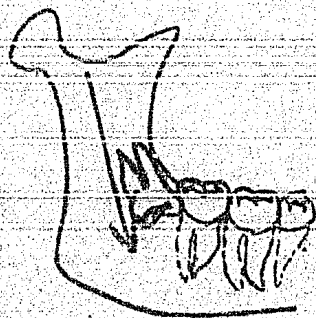
RETENCION BUCCOANGULAR



POSICION LINGUANGULAR



POSICION HORIZONTAL



POSICION INVERTIDA

EXAMEN CLINICO

Para obtener éxito en el tratamiento de los terceros molares incluidos, es menester realizar una buena historia clínica, la cuál nos dará la pauta en caso de que el paciente presente problemas que requieran una previa preparación, para ser sometido a tratamiento quirúrgico.

La historia clínica comprende:

Ficha de identificación; nombre, edad, sexo, estado civil, domicilio, teléfono, educación, etc.

Antecedentes personales no patológicos; tipo de alimentación, habitación, toxicomanías, hábitos, índice de trabajo, etc.

Antecedentes personales patológicos; si en la infancia padeció de alguna enfermedad grave como, sarampión, viruela, tifoides, hepatitis, tuberculosis, etc.

Antecedentes familiares y hereditarios; diabetes mellitus, del sistema nervioso, sistema cardiovascular, etc.

Motivo de la consulta.

Para lograr una evaluación detallada del estado general del paciente, será necesario hacer preguntas específicas de ciertas enfermedades que involucren nuestro éxito.

Diabetes mellitus.- Los pacientes con esta enfermedad presentan un riesgo en el consultorio dental, ya que el stress emocional eleva la glucemia, aumenta la tendencia a la acidosis y el riesgo de un coma diabético. Es importante hacer - incepté en síntomas de polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso; de presentar dichos síntomas, sospecharemos de

una enfermedad no controlada, por lo tanto, debe remitirse al médico.

El diabético avanzado generalmente no responde con facilidad al tratamiento con antidiabéticos orales (Dimelor, digibenese, etc.); además con frecuencia estos pacientes desarrollan problemas de arteriosclerosis, por lo cuál debemos interrogar sobre posibles síntomas de insuficiencia cardíaca y angina de pecho. Otro aspecto importante que se debe considerar en el diabético, es que al ser sometido a nuestros intervenciones elimine la ingestión de insulina (o la dissiaya) y así evitar un shock insulínico.

Hipertiroidismo.- De existir antecedentes de hipertiroidismo debemos descartar la posibilidad de enfermedad cardíaca o angina de pecho; si refirieran taquicardia, sudores, cefaleas y manifestaciones nerviosas, nuestros cuidados deberán extremarse, y de ser posible solicitar un consejo médico.

Insuficiencia suprarrenal.- Si un paciente ha estado bajo tratamiento con adrenocorticosteroides, se corre el riesgo de provocar una insuficiencia suprarrenal, o en caso extremo un shock. Estos fármacos están indicados en pacientes con enfermedades como la artritis reumatoide, lupus eritematoso difuso, se debe actuar en combinación con el médico general.

Insuficiencia cardíaca.- La fisiopatología de esta enfermedad nos reporta que el corazón puede estar enfermo mucho antes de que una insuficiencia se manifieste; son tres las causas por las que el corazón entra en insuficiencia:

Si una porción del músculo está irrigada por una arte-

ria coronaria enferma, puede presentar una isquemia sin necrosis y perder paulatinamente su contractilidad; el corazón seguirá bombeando sangre suficiente a los tejidos, este es un síndrome de la angina de pecho, la cual no presenta insuficiencia sistémica.

En la actividad cardíaca o en la fibrilación ventricular el síncope es inmediato y el paciente muere.

La insuficiencia cardíaca periférica se presenta normalmente cuando el corazón pierde la capacidad de bombear sanguíneo hacia los tejidos.

La insuficiencia circulatoria se manifiesta cuando el corazón es incapaz de bombear la cantidad necesaria que el cuerpo necesita, es posible que no consigue bombear la sangre de retorno que le llega por los grandes venos (insuficiencia cardíaca), o bien el retorno venoso pueda ser inadecuado (insuficiencia circulatoria periférica).

El cuadro clínico de esta insuficiencia cardíaca se manifiesta:

Aporte inadecuado de los tejidos periféricos (insuficiencia cardíaca anterógrada).

La irrigación inadecuada de los tejidos periféricos con acumulación excesiva de sangre en los tejidos y órganos (insuficiencia cardíaca retrógrada).

Aunque la insuficiencia cardíaca retrógrada es más común, ambas insuficiencias pueden ocurrir en un mismo tiempo.

Existen otros tipos de insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca izquierda se presenta cuando se ha roto el equilibrio entre el ventrículo derecho y el izquierdo; el

ventrículo derecho tiene un aporte mayor de sangre y descarga hacia los pulmones, los congestiones y edematiza, cuando el desequilibrio aumenta el trabajo del ventrículo izquierdo, la congestión y el edema repercuten al lecho vascular periférico; a este efecto se le denomina insuficiencia cardíaca derecha. Pueden presentarse simultáneamente.

Como este riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva representa un serio problema en el consultorio dental, es importante que enmarquemos su sintoma principal; el paciente presenta disnea y edema en los tobillos.

El cuadro clínico de la insuficiencia cardíaca congestiva se manifiesta en distintas enfermedades; cardiopatías congénitas valvular o coronarias, hipertensión arterial, ciertos arritmias cardíacas, miocarditis, endocarditis, o aneurisma aórtica.

Cardiopatía coronaria.- se puede presentar como angina de pecho o infarto al miocardio, cuando hay una oclusión parcial o total a una arteria coronaria, normalmente precede a la arteroesclerosis coronaria.

Angina de pecho.- los pacientes con este padecimiento referirán frecuentes dolores en la región retroesternal de intensidad variable con propagación al hombro y brazo izquierdo, y con rareza hacia el hombro derecho y espalda. Este dolor se presenta ulterior a un esfuerzo o a una excitación calma con el reposo. Como en los casos anteriores, el consejo médico es invaluable.

Infarto al miocardio.- se conoce también con el nombre de oclusión coronaria y trombosis coronaria; están considera

dos con un riesgo de mortalidad de un 30% mayor que el término medio. Cerca del 75% de todos los infartos del miocardio resultan de una trombosis coronaria. El infarto puede desarrollarse aunque no haya oclusión reciente, y la trombosis de la arteria coronaria puede existir sin que necesariamente tenga lugar un infarto. Este padecimiento también presentará dolor retroesternal; el cual no cederá ni con nitratos, ni con reposo. Son ordinarias las disneas, debilidad y transpiración fría. En la interrogación de paciente sufrido, el paciente puede referir antecedentes de haber sido internado y prescrito reposo absoluto. Es recomendable la consulta con el médico general o especializado.

Hipertensión arterial.- cuando se refiere hipertensión arterial, debemos pensar y descartar la posible existencia de una insuficiencia cardíaca o de una angina de pecho; - aunque esbo la posibilidad de haberse padecido un accidente cerebrovascular. Al efectuarse la historia clínica, debemos hacer énfasis en los síntomas que haya presentado al paciente, pero sobretodo interrogar sobre si ha presentado episodios pasajeros de síncope, dificultad para hablar, parálisis de alguna extremidad; y aunque estos padecimientos no representen un verdadero stroke, debemos tratar al paciente como si estos hubieran sido verdaderamente serios.

De haberse presentado un accidente cerebrovascular, los síntomas debieron ser; cefalea, vómito, somnolencia, confusión, posible coma, convulsiones o parálisis; con recuperación funcional o sin ella.

EXAMEN FISICO

De el interrogatorio previo para una evaluación precisa de nuestro paciente, pasamos a el exámen físico de éste; de lo contrario el diagnóstico y la evaluación mencionada no serían confiables.

Inspección.— Este es el primer paso de todo exámen físico, y dependiendo de las zonas, se considera simple o armada (con ayuda de algún instrumento). Deben considerarse en primera instancia; la facies, su marcha, conformación, inteligencia, expresión, posición, biotipo; esto se aprecia de una manera general desde el momento en que el paciente entra al consultorio, hasta el momento en que la consulta termina. Al entrar de lleno a la apreciación clínica, debemos sistematizar nuestra exploración, propiamente dicha de la siguiente manera:

1.- Color de piel.

Cianosis; este aspecto en la coloración puede hablarnos de cardiopatía, policitemias, etc.

Palidez; puede ser síntoma de temor, anemia, tendencia al síncope.

Rubor; hablaré de fiebres, sobredosificación de atropina hipertiroidismo.

2.- Ojos.

Exoftalmos; signo típico de hipertiroidismo.

3.- Conjuntivas.

Palidez; en esta zona pueden apreciarse y sospecharse de algún problema de anemia.

4.- Manos.

Tremor; nos referirá hipertiroidismo, aprensión, histe-
ria, parkinsonismo o parálisis agitante, epilepsia, esclero-
sis múltiple.

5.- Dedos.

Cianosis de lecho ungular; enfermedades cardíacas.

Pelille de tambor; enfermedad cardiopulmonar.

6.- Cuello.

Distensión de la vena yugular; insuficiencia cardíaca
derecha.

7.- Tobillos.

Hinchazón. venas varicosas, insuficiencia cardíaca de-
recha, enfermedades renales.

8.- Frecuencia respiratoria.

Adulto normal: 16-18 por minuto

Niño normal: 24-28 por minuto

9.- Abdomen.

Ascitis: insuficiencia cardíaca derecha, cirrosis hepá-
tica.

10.- Presión arterial y pulso.

Es recomendable formar el hábito de tomar la presión
arterial en cada paciente que visite nuestro consultorio, de
ser posible debemos poner principal cuidado en pacientes que
refieran cualquiera de las enfermedades sistémicas antes des-
critas, sobre todo si se planea utilizar algún anestésico.

La presión arterial oscila entre 150-100 sistólica, y
90-60 diastólica milímetros de mercurio, esto es en el adu-
to normal. Por el estado de estrés o esfuerzo puede variar.

de 20 a 30 milímetros de mercurio.

11.- Pruebas del tiempo de apnea.

El tiempo durante el cual el paciente pueda retener la respiración, puede darnos un dato valioso sobre el estado físico pulmonar, o en su contraria; si existe afección vasculer o pulmonar.

12.- Auscultación del corazón y pulmones.

Este tipo de examen no es frecuente en el consultorio odontológico, sin embargo; puede darnos datos importantes sobre el ritmo cardíaco normal en comparación con una hipertensión que se presentará en nuestro consultorio, sobre todo si es producida después de administrar algún anestésico. Las zonas de auscultación cardíaca son:

Zona mitral; en el 5o. espacio intercostal (al centro), se obtiene el latido de la punta.

Zona tricúspida; en la parte izquierda, externa e inferior del esternón, podemos localizar este sonido.

Zona aórtica; a la derecha del esternón en el 2o. espacio intercostal.

Zona pulmonar; se localiza en el 2o. espacio intercostal izquierdo.

Zona aórtica accesoria; tercer espacio intercostal izquierdo.

13.- Pruebas de laboratorio.

Se consideran importantes en este grupo, las pruebas y exámenes de orina y un recuento globular. En la cirugía dental no son de rutina, no se tornan importantes en pacientes de estado general normal; sin embargo; cuando se ha detecta-

de algún padecimiento cardiovascular, enfermedad renal, diabetes, etc.; se torna nuevamente aconsejable la valoración médica.

De cualquier manera es necesario hablar de cifras normales de algunas pruebas fáciles de realizar en el consultorio dental y que aporten datos para un mejor tratamiento.

Tiempo de sangrado: 3-4 minutos.

Tiempo de coagulación: 5-10 minutos.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Considerando que la extracción del tercer molar es una intervención difícil, debemos completar nuestra evaluación con una serie de radiografías que precisen la ubicación de la pieza por extraer; ya que éstas determinan la técnica a seguir para reducir las molestias del paciente, así como los riesgos a que está expuesto, además de facilitarle el dentista la intervención.

Las radiografías que nos frecuentemente se utilizan para la extracción de los terceros molares inferiores son las introrales en posición vertical y oclusal.

En algunas ocasiones se torna imposible la toma de este tipo de radiografías, y esto responde a que el paciente presente problemas tan severos como; trismus, anquilosis de la mandíbula, o en ciertas ocasiones intolerancia a las placas introrales por reflejo de náuseas, lo cual nos obliga a hacer tomas extrorales; que aunque no dan detalles precisos de los molares incluidos como lo hacen las radiografías introrales; nos orientan sobre la posición de las piezas retenidas.

También recurrimos a las radiografías extrorales cuando la ubicación del molar está totalmente incluido en la rama ascendente del maxilar.

Radiografía introral.- La posición del paciente será el primer paso a seguir; éste deberá estar sentado en el sillón con el respaldo perpendicular al piso, con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, de tal modo que al abrir la boca el plano oclusal inferior, quede paralelo al piso. Se co-

locaré la película en el eje mayor en posición horizontal, cuidando de que todos los detalles anatómicos que nos interesen queden incluidos en la placa; por último la posición del rayo deberá ser perpendicular a la película.

Radiografía oclusal.— El paciente deberá estar en posición inclinado hacia atrás (debemos llevar el respaldo hacia atrás) la posición de la película deberá colocarse entre ambas arcadas, lo mas atrás posible, el paciente mordrá suavemente la película. La posición del cono de rayos X, deberá aplicarse abajo del mentón, de tal modo que el rayo central sea perpendicular a la película.

Radiografía extraoral.— Estas radiografías se obtienen con las películas comunes, se pueda usar chasis con o sin pantalla reforzadora, este aumentará o disminuirá el tiempo de exposición.

Para colocar al paciente, se retira el apoyabrazos del sillón dental, se coloca el respaldo en ángulo recto, y acostamos al paciente de costado para facilitar la colocación de la cabeza. Se desciende el cabezal hasta permitir que el chasis pueda ser colocado en un ángulo de 45° con respecto al piso. El paciente se apoya sobre el chasis, el borde posterior del maxilar se colocará paralelamente a los borde de éste y la región a radiografiar permanecerá apoyada sobre el chasis. El tubo del aparato de rayos X, se coloca por encima del hombro del paciente y su punta por debajo del maxilar del lado opuesto, dirigido en un ángulo de 25° sobre el plano horizontal. Se tratará de librar la columna vertebral, el hueso hioides y el maxilar del lado opuesto, y se dirigirá el rayo

central en dirección al tercer molar inferior retenido que nos interesa.

Los puntos claves que nos interesan al tomar las radiografías son; posición en el hueso, la relación que existe con los molares vecinos, la forma coronaria, radicular y - esioestructuras, la relación que guarda con la rama ascendente. la profundidad en el hueso (esto debe ser considerado con relación a la línea alveolar y cervical). estado de la corona (puede ser afectada por caries o procesos patológicos que interfieran a la resistencia y solidez de la pieza), - apreciación de las raíces; ambas dirigidas distalmente, raíz distal recta y raíz mesial dirigida hacia distal, ambas raíces rectas, fúndidos, ambas dirigidas hacia mesial, etc.

PREMEDICACION

En este capítulo se presenta una técnica simplificada para premediar con barbitúricos, los cuales permiten una sedación efectiva en odontología. El propósito de esto, es obtener una sedación psíquica, ya que el paciente tiende a sufrir stress cuando se encuentre ante la proximidad de una intervención. Algunas drogas se caracterizan por reducir el mínimo las secreciones del aparato respiratorio, además de potenciar la anestesia primario; ya sea general o local.

Se puede administrar el barbitúrico por vía parenteral, intramuscular u oral, aunque se prefiere la vía intramuscular pues su absorción es más rápida y mejor previsible.

La sedación implica la depresión del sistema nervioso central. Esta acción farmacológica es por tanto, un requisito esencial para calificar cualquier droga como premedicación.

Tanto las drogas hipnóticas como los narcóticos actúan fundamentalmente sobre la corteza cerebral, produciendo una depresión que luego se propaga en sentido descendente.

Los tranquilizantes menores, actúan principalmente sobre las estructuras subcorticales relacionadas con el control de las emociones. Sin embargo, en el campo de la odontología no todos los pacientes deben ser tratados con psicosedación. Solamente aquellos individuos tratados que son demasiado aprendices como los pacientes hipersensibles, con deficiencias mentales (niños y adultos), y a los ancianos afectados de demencias crónicas.

El dentista deberá ver al paciente en una consulta previa a la intervención, donde le dará consejo a éste y a sus familiares responsables; sobre el tratamiento a seguir, además de detenerse a explicar acerca de los problemas particulares del caso, dando como resultado, mayor cooperación por parte de éstos, respecto a las indicaciones de la administración de las drogas.

El fármaco de elección para el cirujano dentista, es el pentobarbital, considerado como el agente mas seguro y eficaz se encuentra en varias presentaciones y puede ser administrado en el hogar fácilmente, ya sea por vía oral o rectal; la dosis y vía de administración dependerá de cada paciente.

El pentobarbital (nembutal), es una droga de acción rápida, cuyos efectos duran entre 3 y 6 horas; su efecto se manifiesta entre 30 y 45 minutos después de su administración, se absorbe rápidamente a nivel del tubo intestinal y es eliminado casi exclusivamente por el riñón. Actúa sobre la región cortical, y en grado menor sobre los núcleos subcorticales. En dosis moderadas alivia el nerviosismo; en dosis mayores tiene un efecto hipnótico. La droga disminuye la sensibilidad gástrica, inhibiendo los reflejos de náusea e vómito y reduce al mínimo los inconvenientes postoperatorios.

Se puede recurrir a otro tipo de drogas clasificadas entre los tranquilizantes menores.

El diazepam (valium), es un derivado de la bezodiazepina químicamente análogo al clordiazepoxido (libium), actúan como ansiolíticos y se emplean para controlar la mayoría de los trastornos emocionales. El diazepam se presenta mejor

como psicosedante, porque es un relajante muscular; actúa sobre el sistema nervioso central, reduce el espasmo muscular.

Es perfectamente inocuo si se emplea solo y en las dosis recomendadas, pero debe ser administrado sólo por profesional experimentado, si debe aplicarse combinado con otros depresores del sistema nervioso central.

ANESTESIA

Las propiedades de un buen anestésico deben ser:

Hidrosolubilidad, que no se descomponga con el tiempo, que se pueda esterilizar con el calor sin sufrir alteraciones, que no sea irritable a los tejidos en solución iusténi-
ca, que sea atóxico en las dosis en que se inyecta para producir anestesia local, que no actúe como antígeno (anafilaxis), que sea destruido lentamente en el tejido nervioso, que sea de rápida eliminación en la sangre circulante, que sea vasoconstrictor.

Las técnicas de anestesia indicadas para el maxilar inferior son:

Bloqueo mandibular; este es el bloqueo de la rama alveolar e dentaria inferior del nervio mandibular, hacia la mitad de la rama ascendente en la región del conducto dentario, depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata del nervio dentario inferior; se produce un bloqueo efectivo de este nervio y de sus ramificaciones mentonieras, incisivas y linguales. Cuando el anestésico entra en contacto con el nervio, la solución penetra rápidamente la vaina del tronco nervioso y suministra una anestesia profunda con duración de 90 minutos; la anestesia de los tejidos blandos es más corta, aunque no se reduce tan rápidamente.

Los puntos de referencia para la inyección son; el margen anterior de la rama ascendente de la línea oblicua interna y miloides, los premolares del lado opuesto e inyectar y un centímetro atrás de la cabeza distal del segundo molar.

Se coloca el dedo índice en la boca y se palpa el triángulo externo retromolar, se lleve hacia la uña del dedo la aguja de la jeringa descendiendo sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja hacia la línea media a un centímetro de la cara distal del segundo molar, y se penetra con la aguja hasta encontrar hueso, entonces tenemos la certeza de que la aguja se encuentra cerca del agujero dentario. Se inyecta a este nivel de 1.5 ml a 2 ml de la solución anestésica.

Pueden aplicarse puntos locales alrededor de la zona e intervenir, si sease existieren percepciones con sensibilidad.

COLOCACION DE CAMPO E INSTRUMENTAL

Debemos cuidar que el sillón dental esté situado frente a una ventana, no solo para las intervenciones quirúrgicas sino para la práctica odontológica en general, pues debemos cuidar de que tengamos una buena visibilidad en nuestras operaciones.

Cuando se practique alguna extracción de terceros molares, será conveniente ordenar el equipo y material de tal manera que no obstaculice nuestro trabajo, por el contrario; lo haga más liviano.

Preferentemente se colocará la mesa de Pinocheto (mesa para instrumentos), frente al sillón dental y así tener los instrumentos a la mano. Debe existir un recipiente para desperdicios y de ser posible colocarlo detrás del sillón dental. No debemos prescindir del espirador quirúrgico ya que éste nos garantiza que la intervención se realice en blanco.

El instrumental deberá disponerse de acuerdo a los pasos que requiere la intervención.

Instrumental para tejidos blandos.

bisturí.— En cirugía bucal se utilizan generalmente bisturís de hoja corta; este instrumento consta de un mango y una hoja, la hoja que se recomienda es del número 15.

Pinzas de disección.— Para auxiliarnos en la separación de colgajo o alguna otra maniobra; las pinzas indicadas son las de Atson, o las pinzas de dientes de ratón.

Separadores.— Resulta necesario que los labios se mantengan bien separados, o bien el colgajo para evitar traumatizar.

Legras, espátulas y periostemas.- Estos instrumentos también sirven para separar los tejidos que incide el bisturí para que sea preparado el colgajo; las legras por ejemplo - pueden utilizarse entre los bordes de las heridas y el hueso periostio.

Tijeras.- Estas se utilizan como instrumento de sección tienen poco uso.

Instrumentos para tejidos duros.

Pinzas gubias.- Se utilizan para realizar la resección de hueso (osteotomía), se pueden utilizar pinzas gubias rectas e curvas; funciona quitando hueso por mordiscos, previa preparación del fenestro.

Fresas.- Las fresas quirúrgicas tienen importancia real para ella ellas pueden hacer la resección de hueso, o proceder a otro instrumentos. Puede utilizarse la fresa redonda de carburo # 5, o fresa de # 560, o bien las fresas quirúrgicas de Schauberg.

Limas para hueso.- Se utilizan para la regularización del proceso, alisar bordes y eliminar puntos óseos.

Pinzas de Kocher.- Estas pinzas se utilizan en cirugía para hacer compresión de alguna vena e arteria (hemostasia).

Pinzas para extracciones dentarias.- Instrumentos indicados en la rutina exodoncia.

Elevadores.- Como los anteriores, son los instrumentos de uso ordinario en la exodoncia.

Existen otros instrumentos de suma importancia que se utilizan al final de toda intervención quirúrgica.

Aguja para sutura.- Pueden ser agujas curvas e rectas, traumáticas o atraumáticas.

Porte agujas.- Este instrumento junto con el anterior, son precisamente los indispensables para la sutura. Pueden ser realizadas con materiales de nylon, catgut, seda. La medida ideal sería de 0000.

TECNICAS QUIRURGICAS

La intervención quirúrgica en cirugía bucal, consta de varios tiempos y son:

Asepsia del campo operatorio.

Incisión; angular, zigzag y contorneada.

Osteotomía.

Operación propiamente dicha (odontosección).

Tratamiento de la cavidad ósea.

Sutura.

Asepsia del campo operatorio.- Existen varias sustancias químicas para efectuar esta asepsia; alcohol, tintura de yodo y tintura de mercurio. El campo operatorio se limpia perfectamente .

Incisión.- Mediante esta manobra se abren los tejidos para penetrar a planos mas profundos y realizar el objetivo de la intervención. Se realiza en tejidos blandos, con un bisturí, esta incisión debe ser hecha de una sola intención, ya que de esto depende una buena cicatrización, pues se evitan desgarras en la mucosa. La incisión limita un trozo de fibromucosa llamado colgajo, la base del colgajo debe ser lo suficientemente amplia, para que haya una buena irrigación y no se presente necrosis en los tejidos blandos; también debe ser lo suficientemente extensa para que descubre totalmente el sitio donde se realizará la extracción y el trozo ha de hacerse de tal manera que al regresar el colgajo, los bordes deberán ser bien redondeados, de lo contrario seremos lugar a que se produzcan espigas en ángulos pronunciados.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el mucopariostio para que se forme hueso sano, y si es vertical debe practicarse entre los espacios interproximales para evitar la tensión y la contracción de los tejidos blandos.

En los terceros molares, la incisión está determinada por el tipo de retención.

Una vez efectuada la incisión, se hace la hemostasia comprimiendo la región con una gasa durante algunos minutos.

El desprendimiento de calgaja se hace mediante una legra, que se introduce dentro de los labios de la herida, apoyándose en el hueso se hacen movimientos de lateralidad y de giro con el instrumento, progresando de distal a mesial.

Osteotomía.- Es la resección de hueso que cubre el objetivo de nuestra intervención. Preferentemente se aconseja hacer una resección mayor que el objetivo para así evitar fuerzas traumáticas sobre el tejido óseo, que en ocasiones pueden considerarse serios e irreversibles. La resección puede realizarse con escoplo, gubias, alveolotomos o fresas quirúrgicas; éstas son de acción más rápida, menos traumatizantes y bien irrigada la zona, evitamos calentamiento de hueso.

En algunas circunstancias se utilizan las gubias, por ejemplo en la resección de hueso lingual, actúa como cizalla.

La cantidad de hueso a reseccionar está determinada por la forma radicular, cantidad y altura de hueso, la relación del borde superior de la esioestructura con la bifurcación de las raíces y la distancia en que el diente puede ser dirigido fuera del alveolo.

Operación propiamente dicha.- Es el paso mediante el cual se realiza la extracción, merced a la aplicación de la palanca o fuerza administrada por el elevador, tomando como apoyo el hueso maxilar o el segundo molar; en base el soporte de hueso con una fuerza ejercida en el extremo distal de la palanca destinada a movilizar el molar, en este caso, la potencia.

Cuando existen molares en posición esprichosa, o con sus raíces ubicadas en forma tal que obstaculizan estas técnicas descritas: será necesario realizar una odontosección, ésta puede realizarse en distintas formas:

- a) según el eje mayor del diente.
- b) según el eje menor del diente.

Los instrumentos para la odontosección varían según el caso; si se trata seccionar el eje mayor del diente se utilice el escople, de la otra forma; se utilizarán las fresas.

Al hacer la extracción de las partes debemos tener cuidado de no lesionar tejido óseo o blando, ya que de lastimar al nervio dentario provocaremos una parestesia postoperatoria.

Una vez realizada la extracción debemos proceder a la eliminación del saco periodontal, ya que este saco es con frecuencia fuente de hemorragias, infecciones (alveolitis) y posiblemente neoplasias, debe ser resecaído totalmente de la cavidad ósea con cucharillas filosas. En ocasiones se encuentra solidamente adherido, por lo que será necesario tomar el saco con unas pinzas de Kocher curvas, mientras se recorren con una cucharilla a las distintas paredes óseas. De existir cualquier proceso patológico, deberá resecairse con estas cu-

cherillas. Después de la resección observamos los bordes, si quedasen algunos bordes filosos, deberán limarse con el alveolotómo o limes para hueso; además se recorren con cuidado las paredes de la cavidad para eliminar todo tipo de fragmentos e esquirlas, se lava la cavidad con suero fisiológico tibio.

Obtención de la cavidad alveolar.- En los terceros molares sin complicación odontológica, auxiliados por pinzas de disección y una torunda de algodón, puede lavarse la cavidad con alguna solución de antibiótico para posteriormente suturar y de este modo prevenir de alguna infección a la zona intervenida.

Si las condiciones del coágulo no son óptimas y el alveolo presente excesiva hemorragia se obtura la cavidad con gelfoam impregnado de penicilina o trombina; esto asegura una buena hemostasis.

Si se presentara una pericoronitis aguda e en latencia, se empaquetará el alveolo con una torunda de gasa yodoformada de tamaño proporcional a la cavidad a obturar, la gasa debe estar impregnada en el líquido del cemento quirúrgico; este tapón se deja 8 días, para que se realice la granulación necesaria; transcurrido este tiempo, se retira suavemente, se lava la cavidad alveolar con chorro de agua tibia, se vuelve a taponear la cavidad 2 días más, técnica que se repite hasta que el alveolo muestra tejido de granulación suficiente y confiable, además se halla eliminada cualquier síntoma de inflamación y dolor.

Suturas.- Esté indicado al término de la extracción de terceros molares sin proceso infeccioso aparente.

Se revise la cara interna del colgajo, se elimine el tejido de granulación, se adapte el periostio y se vuelve el periostio a su sitio original, se tome la aguja con el portaguijas y se proceda a suturar en dirección lingual - hacia bucal.

TECNICAS QUIRURGICAS DE LOS DISTINTOS CASOS CLINICOS

Extracción del tercer molar en posición vertical.

Incisión.- Para este tipo se requiere una incisión mínima. Si están todas las caras al descubierto, es suficiente con la incisión que rodee la cara distal y bucal del tercer molar; se continúa esta incisión hasta la cara distal del segundo molar, es decir; terminando en el espacio interproximal.

En caso de que no esté descubierto, se hace la incisión sobre la mucosa que cubre la cara oclusal del tercer molar, se continúa festoneando la cara distal y bucal del segundo molar y en ocasiones se festonea hasta la del primer molar.

Si se llegare a utilizar la cara bucal para aplicar el clavador, se realiza una incisión que coincide con el borde buco-triturante de la corona del tercer molar y se extiende hacia distal, con el objeto de proteger el festón gingival de los traumatismos operatorios. Se realiza una incisión perpendicular a la primera trazándose sobre la cara mesial del molar retenido (incisión angular).

Osteotomía.- Varía dependiendo del acceso que se tenga hacia la cara mesial o de las desviaciones que presente el tercer molar. En algunos casos no es necesario una osteotomía extensa y solamente se reseca el hueso distal, sin embargo; en otros casos se eliminan la cara mesial, bucal, lingual y oclusal de acuerdo con las características del hue

se pericoronario.

El movimiento que el tercer molar deberá realizar, será dirigiendo a la corona hacia la rama ascendente, por lo tanto, todo el hueso que exista por el lado distal en contacto con la corona del tercer molar retenido, debe ser eliminado para que el diente pueda ser desalojado.

La cantidad de hueso a resecarse, está indicada por la forma radicular, la relación del borde superior de osioestructura, la relación de las raíces, la distancia que el diente pueda ser dirigido fuera del alveolo.

Ambas raíces dirigidas hacia distal.- La cantidad de hueso a resecarse debe ser suficiente como para que el diente pueda describir un arco que corresponda a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga a este movimiento.

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta.-

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

Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal hacia mesial.- El hueso debe ser resecado de tal manera que el diente pueda ser dirigido hacia distal y permita la fractura del septum.

Raíces rectas.- En este caso no es necesaria gran eliminación del hueso distal, con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

Extracción propiamente dicha.- Los elevadores para este tipo de retención son los números 11, 12, 13 de Winter, o sus similares.

Se aplica el elevador entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alveolo, este instrumento actúa como cuña y permite un ligero grado de desplazamiento, de inmediato se hacen pequeños movimientos rotatorios y así sucesivamente hasta que actúa como palanca con lo cual se eleva el molar hacia arriba y hacia distal.

Para proyectar distalmente el molar siempre que el segundo se encuentre en óptimas condiciones puede utilizarse a este último como punto de apoyo moviendo hacia adelante el mango del elevador.

En los casos de cara mesial inaccesible, debe emplearse el método de odontosección.

La odontosección también está indicada en aquellos casos de raíces divergentes, con extraordinaria cementosis. En caso de que el tercer molar esté muy vecino a la rama, puede extraerse la parte disto-oclusal con cincel.

Extracción del tercer molar en posición mesioangular.

En general el molar retenido en esta posición está alojado más profundamente en el hueso y la cantidad de hueso distal suele estar dispuesta con más abundancia que en las retenciones verticales. Además el punto de contacto constituye uno de los más sólidos enclajes del molar retenido. El molar retenido para ser removido de su alveolo debe traer un arco pero se oponen el punto de contacto y el hueso distal; en muchas ocasiones aun eliminando el hueso distal, la extracción se ve dificultada por el contacto que las cúspides mesio-bucal

y mesiolingual del tercer molar, realicen sobre la cara distal de la corona del segundo molar, o en la cara distal de la raíz distal del mismo, por debajo de la línea cervical; en estas condiciones resulta difícil elevar un diente en tanto no se suprimen las cúspides mesiales del tercer molar.

Incisión.- Accesible o no la cara mesial, la incisión deberá ser tan amplia que origine un colgajo abundante y fácilmente desplazable. En mucosa sana la incisión será semejante a la realizada en la incisión vertical, pero al se presentarse una porción de diente al descubierto se iniciará la incisión al nivel de la cara distal del tercer molar, se llega al límite mesial de la mucosa y se continúa festoneando la cara mesial del segundo y primer molares; hecho esto, se procede a desprender el colgajo.

Osteotomía.- El triángulo óseo distal es eliminado con un osteótomo 2R y 2L, o con fresas quirúrgicas redonda número 4, 5 y 8; se elimina el hueso distal que cubre la cara distal continuándose la osteotomía sobre el labio superior de la raíz distal, sólo con esta poca resección de hueso puede realizarse la extracción sin aplicar demasiada fuerza el elevador.

En caso de que la cara mesial sea inaccesible, se elimine el hueso que le cubre, librándole del obstáculo para permitir la fácil aplicación del elevador y se hará osteotomía oclusal, bucal y lingual, es decir; que la cantidad de hueso a eliminarse esté indicada por el grado de versión del molar (a mayor inclinación mesial, mayor cantidad de hueso distal y por lo tanto mayor osteotomía), y por la forma redi-

cular siguiendo las formas señaladas por la retención vertical.

Extracción propiamente dicha.- Das son los métodos que pueden emplearse para la extracción:

A.- La extracción de todo molar retenido, aplicando por medio de una potencia, una fuerza sobre su cara mesial (disminuyendo la resistencia por medio de la osteotomía).

B.- La división del molar retenido (odontosección), según sus dos ejes y practicando la extracción por separado de cada uno de sus fragmentos.

La extracción por medio de elevador se realizará en molares con posición coronaria o la vertical, con corona normal y raíces de longitud normal, dirigidas hacia el lado distal o fusionadas. El elevador se utilizará de la misma forma de la que se utiliza en la retención vertical, se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en sentido lingual, actuando como cuña y después como palanca.

La eliminación del molar se realice una vez vencido el contacto entre el segundo y el tercer molar, con una pinza para molares inferiores o con el mismo elevador.

Si el molar se presenta con hueso pericoronario abundante y de difícil enucleación se aplicará el método de odontosección, la cuál debe ir precedida de una resección amplia del hueso para facilitar el trabajo y disminuir la traumatización.

La odontosección según el eje mayor se hará en molares en franca posición mesioangular y en los cuales puede aplicarse con facilidad un escoplo sobre la cara oclusal practicando

le primera sección del molar, el diente queda dividido en porción mesial y distal.

Para extraer la porción distal utilizamos preferentemente un elevador recto o de Winter (1,2,3 R/L), entre las dos porciones del molar dividido, actuando como cuña. es posible luxar esta porción. Se aconseja aplicar el elevador lo mas profundo posible y así evitar una fractura en la porción distal.

La extracción de la porción mesial, se hará introduciendo al elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo; nos apoyamos con el elevador sobre la cara mesial del molar y se realizan movimientos para luxar esta porción. De existir cementosis de la raíz mesial y anclaje de la superficie triturante de la porción mesial por debajo del cuello del segundo molar, se sentirá gran resistencia a la elevación, por lo tanto; será necesario realizar una nueva sección de la porción mesial a nivel de la línea cervical, con fresa.

La extracción según el eje menor del diente se recomienda en los casos en que hay dificultad de acceso a la cara oclusal y en cambio, facilidad en el cuello para aplicar la fresa; o en molares que presentan raíces cónicas o fusionadas.

Extracción de la corona.- se realiza por medio de elevadores finos, se debe introducir el elevador en el espacio creado por la fresa, este espacio es de gran utilidad pues facilita movimientos de la corona hacia mesial y distal. Si su cara mesial es inaccesible, se realiza una vía para el elevador, si no lo es, se introduce al elevador por debajo de la corona entre la cara mesial y el borde óseo; procedemos a elevar di-

che corens.

Extracción de la raíz; puede realizarse con elevadores curvos, rectos o de Winter, se introducen entre la raíz y el tejido óseo, se gira el instrumental hacia bucal y se produce la luxación. De presentar cementosis o raíces divergentes, se hace la odontosección con fresas de figura, por último se extraen los fragmentos con elevadores rectos.

Extracción del tercer molar con posición horizontal.

Incisión.- En esta clasificación la extracción se torna problemática, sobre todo en algunos tipos de desviaciones y si la pieza presenta una profundidad tal con relación al plano cervical de los molares contiguos. El trazo de incisión es semejante a los anteriores, siendo más prolongado éste, hacia el espacio interproximal del primer y segundo molares para lograr un acceso fácil. Si la retención es parcial la incisión festonea la porción de la mucosa que rodea a la cúspide eruncionada; se procede a separar el colgajo.

Osteotomía.- La mayoría de estos molares deben ser extraídos por osteotomía y odontosección. Se realiza la osteotomía bucal y mesial, para librar el enclaje de la cúspide mesiobucal con la cara distal del segundo molar o de su raíz si el tercero se ubica por debajo de la línea cervical.

Extracción propiamente dicho.- Se realiza con elevadores éstos se colocan sobre la cara mesial y el borde óseo, el molar se desplaza hacia arriba y en sentido distal; de ir aumentando el tamaño del espacio se aconseja aumentar el tamaño

del elevador, la dirección y fuerzas ejercidas sobre el elevador están determinadas por la forma y la disposición radicular; si la cara mesial es inaccesible se introduce el elevador 2R/L en la parte de la cara mesial (en el espacio creado por la osteotomía), y se dirige el mango hacia abajo para dirigir al molar hacia arriba y hacia distal.

Si el segundo molar no existe, la aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con punto de apoyo en el hueso mesial; el molar se dirige hacia arriba y hacia distal con facilidad. En este caso el tercer molar puede extraerse sin ser accionado, utilizando la técnica para la retención mesioangular con las variantes que el caso requiere.

Si se secciona el molar según su eje mayor a menor, cuando la corona está ligeramente desviada hacia bucal; ya dividido el molar se extraen los fragmentos por partes.

La porción mesial está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar, entonces debe separarse en dos porciones la parte mesial, o bien; se realiza un pequeño orificio sobre la cara distal con fresa de figura o redonda, en este orificio se introduce un instrumento (raspador, cucharilla de Black) y se elimina la raíz treccionándolo hacia mesial.

Eliminando el molar se ubica el alveolo, se lave y se cubre con el colgajo; se procede a suturar.

Extracción del tercer molar en posición distoangular.

Esta posición no es frecuente, pero cuando existe, los

peses para su extracción son laboriosos. Las dificultades de la extracción residen en la posición del molar que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, y en la cantidad de hueso a eliminar para vencer el contacto del tercer molar con la rama.

Inciación.- Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse la incisión angular.

Osteotomía.- Se debe eliminar el hueso que cubre la cara distal y oclusal del molar, con osteotomo e Iress, la cantidad de hueso a resecarse debe ser toda la comprendida entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del mismo. Se elimina también el hueso bucal de tal manera que permita la colocación de los elevadores por bucal, para extraer el molar; se elimina el hueso que cubre la cara mesial de la corona y tercio superior de la raíz del tercer molar.

Extracción propiamente dicha.- El elevador número 12 es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, tratando de moverlo, esta misma operación se efectúa en la cara distal, apoyándose sobre la cara oclusal. También se efectúan estas pesas por lingual.

El diente es posible de luxar, de ser necesario; utilizamos un elevador fino colocado en lado distal, entre la cara oclusal y el hueso. Girando el mango del instrumento hacia adelante se eleva el molar cuya extracción es completa aplicando un instrumento por la región bucal.

Extracción por odontosección.- La odontosección está determinada por la cantidad de hueso distal, el grado e incli-

nación del molar y la forma y disposición de sus raíces.

Para ser extraído el tercer molar en esta posición debe trazarse un arco y dirigirse hacia la rama ascendente, la proximidad de la cara oclusal del molar con el hueso de la rama ascendente nos obliga a seccionar la porción del diente que se oponga a la realización del arco.

En la retención distoangular, es necesario seccionar el diente según su eje mayor.

Extracción del tercer molar en posición linguoangular.

En el examen radiográfico el molar se observa en posición de su eje mayor y con forma de un disco. Estos molares se presentan en un porcentaje considerable y con sus raíces incompletamente formadas.

Incisión.- La parte anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso. Se recomienda la incisión angular.

Osteotomía.- Se resaca el hueso que cubra la cara superior y la oclusal, es necesario que la osteotomía sea lo bastante amplia, pues estos molares sobre todo los que poseen sus raíces incompletas, tienden a rodar en el interior de la cavidad alveolar y difícilmente pueden elevarse. La osteotomía debe completarse con la odontosección.

Extracción propiamente dicha.- Eliminada la cantidad de hueso necesario, se introduce un elevador número 2 o 7, entre la cara mesial y el hueso, y se trata de elevar al molar hacia arriba y atrás.

Extracción por odontosección.- Se secciona con fresa re donde a nivel del cuello (cuando posea raíces), o se divide la corona con la fresa. Se elimina por fragmentos con un elevador o con pinzas de Kocher curva pequeñas, introduciendo el instrumento por el espacio realizado por la fresa.

Extracción del tercer molar en posición bucoangular.

La cara oclusal en estos casos se halla dirigida hacia la mejilla y el molar aparece en la radiografía como un disco. No es necesaria una incisión previa.

Extracción propiamente dicha.- Resúndose en las técnicas de la posición linguoangular, se secciona el diente en sentido de su eje mayor, dividiéndolo con fresas de fisura, de mesial a distal para simplificar el trabajo y se extraen los fragmentos por separado.

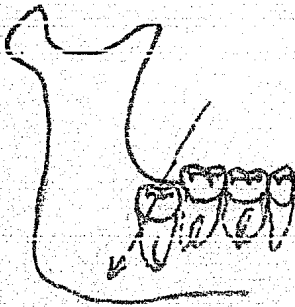
Extracción del tercer molar en posición invertida.

La técnica o emplazar varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su acceso a la cara mesial.

Los molares relativamente superficiales se extraen previa resección del hueso que cubre a la cara más cercana al borde alveolar, que es la distal y dividiendo a este en dos porciones. De acuerdo a la posición del molar se pueden extraer en planos, primero la raíz o la corona indistintamente, y a expensas del espacio creado, se elimina la porción que queda.

EXTRACCION DE UNA INCLUSION VERTICAL

CLASE II



POSTOPERATORIO

El postoperatorio constituye aquellos pasos y cuidados que se efectúan después de toda intervención quirúrgica.

De la periódica vigilancia y revisión de la zona intervenida, depende en gran parte el restablecimiento rápido y evolución satisfactoria del paciente. Estos cuidados deben estar enfocados hacia el campo operatorio, la herida propia y el estado de la cavidad bucal tanto como general del paciente.

Cabe mencionar que esta responsabilidad de cuidados no solamente se refiere al cirujano dentista, sino también involucra al paciente, quién por su parte deberá seguir al pie de la letra nuestras indicaciones, (que para evitar confusiones deberán ser señaladas por escrito), para descentar el máximo efectos indeseados.

El tratamiento postoperatorio se realiza en dos fases:

a) Tratamiento postoperatorio inmediato; debe limpiarse la cara del paciente con una gasa mojada con agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador que contenga una solución de agua bidestilada, suero fisiológico o agua oxigenada, con el fin de eliminar sangre, restos óseos, dentarios o de tejidos blandos, que pudieran haberse depositado en los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares, en la bóveda palatina, debajo de la lengua, etc., evitando así que la cicatrización de la herida sea desfavorable.

Se coloca un trozo de gaza esterilizada sobre la zona de la extracción, se le indica al paciente que muerda y la

comprime durante 15 minutos.

Es menester que el paciente se le brinde descenso dentro del consultorio un tiempo razonable para que se recupere de la intervención, hasta que recupere su estado normal; dentro de este tiempo puede aplicarse una bolsa de hielo sobre la cara, del lado que ha sido intervenido; el frío es de gran utilidad, pues reduce la congestión, el edema y la presión de hemorragias, hematomas y dolor postoperatorio.

b) tratamiento postoperatorio mediate.- Es conveniente que nuestro paciente guarde reposo, de ser posible las 24 horas siguientes a la extracción, para restaurar las condiciones físicas que han sido vulneradas; este reposo además previene de ulteriores y posibles hemorragias. Durante su reposo es necesario que siga aplicándose hielo con intervalos de 15 min de descenso y 15 min de aplicación. No deberá hacer ningún tipo de enjuagues bucales, ya que esto atenta la integridad del coágulo. En caso de hemorragia, deberá colocar una gasa de la misma forma que nosotras colocamos en el consultorio y comprimirla durante media hora; de persistir este problema, deberá recurrir al consultorio para que se tomen las medidas necesarias para su hemostásis.

Otro aspecto importante en el postoperatorio es la alimentación; esta deberá ser durante las primeras 48 horas después de la extracción, rigurosamente dieta blanda, ya que de otra manera, los alimentos duros lesionarán la región intervenida, o el acto masticatorio y la succión pudieran interferir a la buena evolución de la herida.

El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de to

de intervención quirúrgica y está en relación directa al grado de traumatismos, aplastamientos, desgarreros y amplitud de la operación; deberá ser tratado con medicamentos derivados del grupo acetil-salicílico o de los pirazolonas, cuando existan náuseas postoperatorias, dolor a la deglución e impiden al paciente ingerir el medicamento por vía oral, puede administrarse por vía rectal o intramuscular.

La prevención de procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como punto de partida el sitio de extracción, deben ser tratados con una buena terapéutica antibacteriana.

El paciente debe regresar a consulta unos 24 horas después. Se inspeccionará el lugar de la extracción y se practicará un lavado en el sitio operado y su periferia, con atomizador, en el cual se coloca una solución antiséptica tibia.

Regularmente puede encontrarse en el sitio operado una capa blanquesina; esta debe desprenderse con cuidado mediante este lavado. El paciente se sentirá confortado después de esta limpieza, pues le ayuda a eliminar el mal gusto y el mal aliento.

El último paso a seguir del postoperatorio, es la extracción de los puntos de sutura, los cuales deben retirarse después del quinto día de la intervención, pues la eliminación prematura puede ocasionar hemorragias secundarias o por lo menos la movilización del coágulo con los consiguientes trastornos indeseables.

La técnica para retirar los puntos de sutura es sencilla se bañan los puntos de sutura con un algodón humedecido en

tintura de yodo o mertiolate, con el fin de esterilizar la porción del hilo que ha estado en contacto con la cavidad bucal, el cual se halla contaminado. Se toma con una pinza un extremo del nudo que se encuentre sobre los bordes de la herida, se jale hacia arriba con cuidado, se corta preferentemente con tijeras curvas por debajo del nudo y se jale hacia el lado contrario del corte, con el fin de que pase la menor cantidad del hilo por dentro de la encía; se eliminan todos los puntos de sutura, cuidando de no lastimar la encía, ni mucho menos los bordes de la herida.

Posterior a la eliminación de puntos suturales, el papel del cirujano dentista debe concentrarse en la inspección paulatina de la intervención hasta que la evolución de la misma llegue a su punto máximo.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES

Debemos estar concientes y preparados para afrontar las complicaciones y accidentes que resulten de toda intervención quirúrgica por pequeña que sea. Estos infortunios pueden presentarse en cualquier región (tejidos duros o blandos), en cualquier momento o por diversas causas.

En los tejidos blandos; la lengua, los carrillos o la encía, pueden lesionarse cuando perdemos el control de las fuerzas aplicadas, o si colocamos con descuido las mordientes de los forceps.

La lesión de algún nervio puede presentarse a pesar de haber aplicado una técnica correcta; como resultado de esto se presentará parestesia o hiperparestesia, la cual puede ser reversible y llegar a la normalidad después de algunas semanas o meses.

De utilizar en alguna intervención sustancias como el nitrato de plata o el fenol, e instrumentos como el cauterio pueden resultar quemaduras a causa de un manejo equivoco de los mismos.

En los tejidos duros podemos provocar luxación de dientes vecinos, fractura de los soportes óseos de los mismos, abrsión de cemento o esmalte a causa de el uso incorrecto de los instrumentos.

En algunas ocasiones debe haber fractura accidental del maxilar; de suceder éste, debe suspenderse la extracción de inmediato y proceder a la reducción de la fractura; en caso de no estar capacitado, debe remitirse al paciente de inmediato

to con el especialista.

Podemos encontrarnos con obstaculización por cuerpos extraños, ya sea una aguja fracturada, fragmentos de obturadores dentarios desalojados en las maniobras, etc., estos fragmentos deben retirarse de la cavidad bucal inmediatamente.

Una complicación mas seria se presenta cuando se extraen dientes o raíces en estructuras óseas, como en el espacio submaxilar; en este caso, debemos desalojar el fragmento del lugar donde se encuentre.

Otro tipo de complicaciones pueden ser las hemorragias; si se producen en el transcurso de la intervención, se detiene la hemorragia primaria y se controla por medio de pinzamiento, ligadura vascular o por medio de tapamiento y compresión con gasa, indicando al paciente que muerda fuertemente durante un período de 20 minutos; de no resultar ésto, se repite la operación, pero esta vez la gasa estará humedecida en alguna solución vasoconstrictora (trobina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro, etc.) o en su defecto puede colocarse un tapamiento de callosos oxidados como es la esponja de Gelfoam.

La hemorragia secundaria, suele presentarse unas horas o días después de realizado el acto quirúrgico; puede ser originada por caída del coágulo, por algún esfuerzo del paciente o por licuación de dicho coágulo por microorganismos patógenos.

Pueden tratarse a este tipo de hemorragias por métodos locales que empiezan con un lavado sobre la región tratada, con agua tibia, con el fin de eliminar los restos de coágulo

y sangre que dificulten la visión, para localizar la fuente del sangrado; ya localizada, se comprime con gasa por espacio de 20 minutos. En caso de sentir dolor a la compresión será necesario colocar un punto de anestesia en el lugar en donde se localice la hemorragia; lo cuál será útil para colocar los puntos de sutura de ser éstos necesarios y sin molestia alguna.

De presentar un sangrado abundante (generalmente en cirugía bucal las hemorragias no son mortales), se mejorará el estado general del paciente, administrando tónicos cardíacos (cardiazol) y se reemplazará la sangre perdida con suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes como la vitamina K, cromadín, citocel o eneroxil 5 mg, por vía intramuscular cada 8 horas mientras el sangrado persiste además debe prescribirse terapia antibacteriana para prevención de cualquier tipo de infección.

Pueden encontrarse dentro de las complicaciones, las indeseadas infecciones postoperatorias; ya sea en tejido blando, como en el caso de abscesos, que pueden producirse por alguna partícula atrapada, o el resultado de alguna inyección con aguja contaminada. El tratamiento a seguir será drenar el absceso y terapia antibacteriana.

Pueden presentarse infecciones óseas del tipo de la alveolitis debido a la pérdida del coágulo o falta de formación del mismo después de la extracción, su tratamiento se realice principalmente a eliminar el dolor, luego se eliminan los restos del coágulo limpiando perfectamente con una cucharilla, de inmediato se lava con suero fisiológico tibio

y se coloca algún medicamento como fenol, mentol o cocaína, después un apósito con cemento quirúrgico, dicha curación será repetida cada dos o tres días hasta que el alveolo sane perfectamente. Deberá prescribirse terapéutica antimicrobiana

Existen otro tipo de complicaciones que se enmarcan en lo verdaderamente serio, éstas son de tipo general y sistémico como son los shocks.

Uno de ellos, el shock anafiláctico, es una reacción alérgica grave de desarrollo rápido, que ocurre cuando un individuo es expuesto a un antígeno al cuál está sensibilizado los síntomas serán hipertensión, pulso rápido filiforme, piel fría, pálida y pegajosa, respiración rápida, inquietud y torpeza. En este caso es necesario la inmediata aplicación de epinefrina, adrenalina y algún corticosteroide (flevocortid), debemos colocar al paciente en posición horizontal y con las pies más altos que la cabeza, vigilando que halle una buena ventilación de las vías aéreas, es de gran utilidad la aplicación de oxígeno.

El shock neurogénico, es otra complicación que debe considerarse en el consultorio; este es un estado morboso que se caracteriza por trastornos nerviosos, desde la palidez de la emoción hasta la muerte; presenta períodos intermedios que varían dependiendo del origen, los síntomas en este caso son: presión arterial baja persistente, pulso acelerado, palidez, sudoración y respiración superficial y rápida. Deberá tratarse con corticosteroides, adrenalina; hasta que el estado normal sea alcanzado.

Puede presentarse un síncope o desfallecimiento, el que se caracterize por la pérdida súbita de la conciencia, debido a isquemia cerebral; siendo sus posibles causas, la hipertensión debido a la vasodilatación brusca y difusa y la bradicardia. Los ataques son de poca duración y la conciencia se recupera en unos minutos.

Cuando se ha presentado un foco infeccioso y no se trata como es debido, como en el caso de granulomas o quistes infectados y los que no fueron tratados con la debida terapéutica antibiótica, dan como resultado proliferación de microorganismos patógenos al torrente sanguíneo, diseminándose por todo el cuerpo. El tratamiento es a base de suero glucosado con antibiótica, por vía endovenosa.

De tomar las medidas necesarias y preventivas es seguro que estos accidentes y complicaciones se reducirán al máximo.

CONCLUSIONES

La presencia de terceros molares incluidos, en la actualidad no deben tornarse un problema para el cirujano dentista, pues está rodeado de información, técnicas e instrumental que facilitan la extracción de estos terceros molares.

El éxito dependerá necesariamente de la preparación de cada uno de nosotros, la destreza para el trabajo de rutina y la experiencia en el campo de la cirugía menor pero sobre todo, de la planeación óptima de cada intervención en general, y del estudio de cada caso-paciente en particular.

Al elaborar una historia clínica metódica de nuestro paciente, una evaluación precisa de su estado general y un cuidadoso exámen radiográfico para el diagnóstico de los terceros molares incluidos, es por demás segura una intervención exitosa.

Sin olvidar hacer énfasis en los cuidados postoperatorios, la intervención tendrá una evolución satisfactoria y nos alejaremos de esas indeseables complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Anatomía humana
Fernando Quiroz Gutierrez
Mexico, Porrús 1965

Tratado de Cirugía oral
Walter Gutsalnick
Selvet Editores S.A. 1971

Ries Centeno Guillermo A.
Cirugía bucal, patología clínica y terapéutica
3a. edición
Buenos Aires , Argentine. El steneo 1957

Ries Centeno Guillermo A.
El Tercer molar inferior retenido
Buenos Aires. Argentine. El steneo 1960

Archer W. Harry
Cirugía bucal, Atlas paso por paso de técnicas quirúrgicas
2a. edición
Buenos Aires , Argentine

McC. Conthy Frank M.
Emergencias en odontología
2a. edición
Buenos Aires, Argentina, El Ateneo 1973

Alvin L. Morris, Harry M. Bohannon
Las especialidades odontológicas en la práctica general
Editorial labor S.A.

Técnicas quirúrgicas
Núcleo del sistema Universidad
FACULTAD ODONTOLOGIA 1980

Anestesia
Núcleo del sistema Universidad
FACULTAD ODONTOLOGIA 1980

Manual ilustrado de odontología
Editado por ASTRA