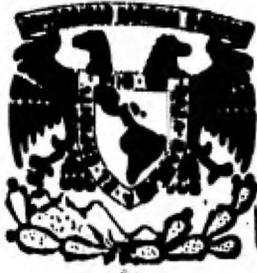


172/



Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo.
Tesis
J. R. Cardo C.
31-III-81

**EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER
MOLAR INFERIOR INCLUIDO**



TESIS PROFESIONAL

**Que para obtener el titulo de
CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a
MAN GUADALUPE HILARIO CASIQUE GARCIA

MEXICO, D. F.

1981

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I .-CARACTERISTICAS ANATOMICOCRANEALES

- A)HUESOS
- B)ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
- C)MUSCULOS DE LA MASTICACION
- D)NERVIDO TRIGEMINO

CAPITULO II .-CAUSAS DE RETENCION DENTAL

- A)CAUSAS LOCALES
- B)CAUSAS GENERALES

CAPITULO III .-CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES

- A)REGION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
- B)ANATOMIA DENTAL DE LOS TERCEROS MOLARES
- C)CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR
 - a)CLASIFICACION EN CUANTO A SU POSICION
 - b)CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR CON RESPECTO A LA RAMA ASCENDENTE MANDIBULAR.
 - c)POSICION DEL TERCER MOLAR TOMANDO COMO BASE EL PLANO OCLUSAL.
 - d)POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN RELACION AL BORDE ALVEOLAR.

CAPITULO IV .-HISTORIA CLINICA

CAPITULO V .-TECNICA RADIOGRAFICA

- A)RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- B)RADIOGRAFIA OCLUSAL
- C)RADIOGRAFIA PANORAMICA O EXTRAORAL.

CAPITULO VI .-CUIDADOS PREOPERATORIOS

- A) INSTRUMENTAL**
- B) TECNICA DE ANESTESIA**

CAPITULO VII.-ACTO QUIRURGICO

- A) INCISION**
- B) PREPARACION DEL COLGAJO**
- C) OSTEOTOMIA**
- D) EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA**
- E) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA**
- F) SUTURA**

CAPITULO VIII.-CUIDADOS POSTOPERATORIOS

CONCLUSIONES.-

BIBLIOGRAFIA.-

INTRODUCCION

Siendo estudiante de la facultad de odontología me percaté de que uno de los problemas principales en la población mexicana es el padecimiento de los terceros molares incluidos. Esto me llevo a la elaboración de esta tesis con el propósito de resumir los procedimientos quirúrgicos en dicho tratamiento.

Este padecimiento es uno de los problemas principales a los que el cirujano dentista se enfrenta en la práctica profesional diaria.

CAPITULO I

CARACTERISTICAS ANATOMICO-CRANEALES

I.- CARACTERISTICAS A.ATOMICAS DE LA CAJEZA

La cabeza se puede dividir en: Craneo y Cara.

La cabeza se encuentra descansada sobre la columna vertebral y esta compuesta por los huesos craneanos y faciales.

Los huesos que componen el craneo son:

- a) Occipital.
- b) Parietal (hueso par).
- c) Frontal.
- d) Temporal (hueso par).
- e) Etmoides.
- f) Esfenoides.

Todos estos huesos constituyen la parte posterior o craneo, y los de la cara son:

- a) Nasal (hueso par).
- b) Cornete nasal inferior (Hueso par).
- c) Vomer.
- d) Lagrimal (hueso par).
- e) Cigomático o Malar (hueso par).
- f) Palatino (hueso par).
- g) Maxilar superior (hueso par)
- h) Maxilar inferior o mandíbula.

La unión de todos estos huesos van a constituir la cabeza en general, pero los que nos servirán para nuestro estudio serán el maxilar superior y la mandíbula principalmente, por ser estos huesos los que proporcionan el funcionamiento de la cavidad bucal. Estos huesos se empiezan a desarrollar al

principio de la vida fetal. Al nacer es proporcionalmente mas grande que otras partes del esqueleto y la cara es pequeña. En la aparición de la primera dentición, sobreviene el agrandamiento en la aparición de la segunda dentición.

Estudiaremos en primer término el maxilar superior:

Este es un hueso par, colocado uno del lado izquierdo y el otro del lado derecho, tiene forma cuadrangular siendo algo aplanado de fuera a dentro.

Este hueso contribuye a formar, la parte del piso de la órbita, el suelo y la pared lateral de las fosas nasales y la mayor parte del techo de la cavidad bucal.

MANDIBULA

Este es un solo hueso y es el mas grande de la cara, situado en la parte inferior de la misma y se divide para su estudio en dos partes en el cuerpo y en dos ramas.

CUERPO: Tiene forma de herradura cóncava hacia atrás y se divide en dos caras y dos bordes.

CARA ANTERIOR: En la línea media se encuentra la sínfisis mentoniana y en la pared inferior de la sínfisis se encuentra la eminencia mentoniana, a la derecha e izquierda de la sínfisis se encuentra un pequeño orificio llamado agujero mentoniano por donde salen vasos y nervios mentonianos, un poco mas atrás se encuentra una línea dirigida hacia arriba de la eminencia mentoniana al borde anterior de la rama llamada línea oblicua externa, donde se insertan los músculos: Triangular de los labios, cutaneo y el cuadrado de la barba.

CARA POSTERIOR: En la línea media se encuentran cuatro eminencias, dos superiores y dos inferiores, las dos superiores sirven de inserción de los músculos geniogloso y en los dos inferiores se insertan los geniohioideos. Aparece una línea oblicuamente colocada del borde anterior de la rama, vertical al borde inferior de esta cara, llamada línea oblicua interna o milohioidea por lo cual sirve de inserción del músculo milohioideo, por encima de esta línea y un poco afuera de la apófisis geni, se encuentra la fosa sublingual, abajo de esta línea a nivel de molares se encuentra la fosa submaxilar que aloja a la glándula submaxilar.

BORDES

BORDE SUPERIOR O ALVEOLAR: Presenta unas cavidades o alveolos dentarios, los cuales sirven para la implantación de los dientes. Estas cavidades se encuentran separadas por puentes osos o apófisis interdientales, donde se insertan los ligamentos coronarios de las piezas dentarias.

BORDE INFERIOR: Es obtuso y redondeado, presenta en la parte interna dos depresiones o fosetas digástricas situadas a los lados de la línea media, lugar donde se inserta el músculo digástrico. En la parte externa lugar donde comienzan las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal por donde pasa la arteria facial.

RAMAS

Son dos de forma cuadrilátera, aplanada transversalmente, dirigidas de abajo arriba y de delante atrás. Y tiene dos caras y cuatro bordes.

CARA EXTERNA: En su parte inferior es rugosa ya que sobre esta zona se encuentra insertado el músculo masetero.

CARA INTERNA: En el centro de la rama se encuentra el orificio superior del conducto dentario, para dar entrada a los nervios y vasos dentarios inferiores. Hay una saliente triangular o espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar. Y de este orificio parte hacia abajo el canal milohioideo, para el nervio y vasos milohioideos. En toda la parte inferior de esta cara encontramos rugosidades para la inserción del músculo pterigoideo interno.

BORDE ANTERIOR: Dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan a nivel del borde alveolar, continuándose sobre la cara interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; Este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulo-cigomática.

BORDE POSTERIOR: Liso y obtuso en forma de "S" itálica y esta en relación con la glándula parótida, por lo que se llama borde parotídeo.

BORDE SUPERIOR: Presenta en la parte media la escotadura sigmoidea por la cual pasan los nervios y vasos masetericos. Por delante de la escotadura se levanta una eminencia de forma triangular llamada epífisis coronoides en la cual se inserta el músculo temporal. Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra el cóndilo y es de forma elipsoidal, aplana de delante hacia atrás con su eje mayor dirigido oblicuamente de fuera a dentro y de delante atrás, y este sostenido por una porción mas estrecha que es el cuello del cóndilo que en su parte interna se le observan unas depresiones rugosas donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

BORDE INFERIOR: Se continúa con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente por detrás del borde posterior de la rama constituye el ángulo del maxilar o ángulo mandibular.

ESTRUCTURA INTERIOR: Formada por tejido esponjoso recubierto por el tejido compacto adelgazándose a nivel del cóndilo. está recorrida interiormente por el conducto dentario inferior que comienza en la espina de spix y se dirige hacia adelante y abajo a lo largo de las raíces dentarias, de molares hasta llegar al segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas una externa que es el conducto o agujero mentoniano y el otro interno que termina a la altura de los incisivos llamándose conducto incisivo.

OSIFICACION: Al final del primer mes se forma el cartilago de "MECKEL" por el cual se originan las dos mitades del maxilar inferior o mandíbula que son independientes al principio. En dicho cartilago aparecen entre los treinta y cuarenta días de la vida fetal seis centros de osificación que son:

- a) El centro inferior, en el borde maxilar.
- b) El centro incisivo, a los lados de la línea media.
- c) El centro suplementario del agujero mentoniano.
- d) El centro condileo, para el cóndilo.
- e) El centro coronoideo para la apófisis coronoideas.
- f) El centro de la espina de spix.

Desarrollados a expensas de dichos centros, los dos semimaxilares se soldan definitivamente, constituyéndose la sínfisis mentoniana, al tercer mes de la vida extrauterina.

B) ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular tiene como finalidad dar al funcionamiento del aparato estomatognático, esta articulación permite la libertad de hacer tres tipos de movimientos:

- 1) Apertura y cierre.
- 2) Protrusión y retrusión.
- 3) Movimientos laterales.

Esta articulación permite ayudar a estabilizar la mandíbula contra el maxilar superior y el cráneo, durante la interacción compleja de las fuerzas musculares que se ejercen durante la articulación y de la deglución.

CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS: La articulación temporomandibular es del género de las bicondiliares, forma parte del componente de la articulación de la mandíbula, ya que el componente anterior está representada por la articulación de los dientes.

Se constituye por dos superficies una del temporal y otra de la mandíbula.

La superficie temporal es la parte inmóvil de la articulación formada por la cavidad glenoidea de forma cóncava, que se prolonga hacia adelante y abajo. Esta cavidad glenoidea está situada por detrás del cóndilo y es una depresión profunda de forma elipsoidal cuyo eje mayor se dirige hacia atrás y adentro, está limitada anteriormente por el cóndilo y posteriormente por la cresta petrosa. Limitada por la raíz longitudinal de la apófisis cigomática y por dentro de la espina del esfenoidal.

La cavidad glenoidal está dividida en dos partes: por la cápsula de Gasser que es anterior y por la posterior o extracapsular que carece de revestimiento y forma la parte anterior del conducto auditivo externo.

Superficie mandibular: Está constituida por el cóndilo que se dirige oblicuamente de fuera a dentro y de delante atrás unida a la mandíbula por el cuello, que sirve como inserción al pterigoideo externo. El revestimiento de la superficie articular es una formación conjuntiva y no cartilaginosa.

En el centro de esta articulación se encuentra un menisco interarticular, este menisco es de forma elíptica y tiene su eje dirigido transversalmente estando orientado de manera que sus caras miran hacia arriba y a delante y la otra hacia abajo y atrás.

El trabajo de este menisco es que al efectuarse los movimientos acompaña siempre al cóndilo

Para unirse esta articulación, se necesita de una cápsula articular y dos ligamentos laterales (intrínsecos) y otros ligamentos auxiliares (extrínsecos).

Los ligamentos laterales son el externo y el interno.

Los ligamentos auxiliares son el esfenomandibular, estilomandibular y el pterigomandibular.

C) MUSCULOS DE LA MASTICACION

Los músculos de la masticación son cuatro y se insertan en la mandíbula y ellos son:

Temporal, Masetero, Pterigoideo interno y Pterigoideo externo.

TEMPORAL

Este músculo tiene forma de abanico insertado superiormente - en toda la periferia del hueso temporal y en su parte inferior se inserta en la apófisis coronoides teniendo fibras de tres tipos; Horizontales, verticales y oblicuas. Su acción es la de ayudar en el cierre de la mandíbula con el maxilar.

MASETERO

Es de forma rectangular insertándose por arriba en el arco cigomático y por abajo con el ángulo de la mandíbula, tiene dos haces musculares uno superficial y otro profundo, su acción es la de elevar la mandíbula y la de dar fuerza a la masticación.

PTERIGOIDEO INTERNO

Es de forma rectangular insertándose por arriba en la fosa pterigoidea y por abajo con la superficie interna del ángulo de la mandíbula, las fibras se dirigen hacia abajo, afuera y atrás. Su acción es elevar la mandíbula y también proporciona pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO

Este músculo es corto y grueso que se divide en dos haces; Uno esfenoidal y otro pterigoideo se inserta por arriba en el hueso esfenoides, en la cara externa de la apófisis pterigoideas y por abajo en la cara interna del cuello del cóndilo en la cápsula articular. Proyecta hacia adelante la mandíbula y movimientos de lateralidad.

D) 5^o PAR CRANEAL (NERVIDO TRIGEMINO)

Este es un nervio mixto que transmite la sensibilidad a la cabeza y la cara. Y lleva las incitaciones motoras de los músculos masticadores.

Las fibras motoras tienen su origen en los núcleos masticadores, uno principal y otro accesorio, y se le denomina -- nervio masticador pues se distribuye entre las fibras musculares del músculo milohioideo y de la parte anterior del músculo digástrico.

Las fibras sensitivas se originan en las células del ganglio de Gasser esta tiene forma semilunar y aplanada de arriba, abajo. Del borde anterior externo nacen las tres ramas del trigemino los cuales son; El oftálmico, el maxilar superior y la mandíbula.

I.- NERVIDO OFTALMICO.

Este nervio se divide en tres ramas que son:

- a) Nervio nasociliar.
- b) Nervio lagrimal.
- c) Nervio frontal.

II.- NERVIDO MAXILAR SUPERIOR.

Este nervio es totalmente sensitivo y se divide en:

- a) Nervio orbitario.
- b) Ramos nasales posteriores o nasopalatinos.
- c) Nervio palatino anterior.
- d) Nervio infraorbitario.

II.- CAUSAS DE RETENCION DE LOS TERCEROS MOLARES.

Se nombra diente retenido, incluido o impactado a aquellos dientes que habiendo llegado a la época normal de erupción quedan encerrados parcial o totalmente dentro de los maxilares o simplemente dentro de los tejidos blandos, en estos dientes su erupción normal puede ser impedida por dientes adyacentes o hueso; Dientes en malposición hacia lingual o vestibular con respecto a el arco normal o en infragclusión y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

Este diente puede estar en malposición y no haber erupcionado o haberlo hecho parcialmente.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece mas lógica, es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares. Esto da como resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares.

Utros dientes tambien presentan ausencia congenita o malformación pero no tan frecuentemente como los terceros molares.

La disminucion o falta total del estímulo que existe en un desarrollo adecuado de los maxilares; Un desarrollo que prueba de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes. Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro. Con el consiguiente choque.

La dieta moderna no requiere de un esfuerzo decidido en la masticación, esta es la causa de la falta de estímulo del crecimiento de los maxilares y la razon por la cual el hombre moderno tiene dientes retenidos.

A continuación explicaremos algunas de las causas por las cuales pueden aparecer dientes retenidos;

A) CAUSAS LOCALES

- A) Falta de espacio.
- B) La densidad del hueso que lo cubre.
- C) Consistencia de la fibromucosa.
- D) Indebida retención de los dientes temporales.
- E) Presencia de dientes supernumerarios.
- F) Presencia de quistes o tumores.
- G) Malposición del germen dentario.
- H) Falta de desarrollo de los maxilares.

Estas de ninguna manera son todas las causas pero de las causas locales son las mas importantes, o principalmente frecuentes.

B) CAUSAS GENERALES

Las retenciones se encuentran a veces, donde no existen condiciones locales presentes las cuales son:

A) CAUSAS PRENATALES: Estas podrian ser la herencia y la mezcla de razas.

B) CAUSAS POSNATALES: Son todas las causas que puedan interferir en el desarrollo del niño, como son;

Maquitismo.

Anemia.

Sífilis congénita.

Tuberculosis.

Desnutrición, etc.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

A) REGION DE LOS TERCEROS MOLARES

Esta región esta situada en la unión del cuerpo mandibular en su borde superior con la rama ascendente de la mandíbula.

La región de los terceros molares tiene forma cúbica y sus seis paredes pueden descubrirse de la siguiente manera;

a) La pared anterior.- Serfa la cara distal del segundo molar hasta el borde inferior mandibular.

b) La pared posterior.- Es un plano paralelo a la pared anterior, a un centimetro de la pared mas distal del tercer molar.

c) La pared superior.- Se localiza a la altura de la cara oclusal del tercer molar.

d) La pared inferior.- Se localiza paralela a la pared superior colocada por debajo de las raices de los molares.

e) La pared bucal o externa.- Se localiza paralela a la cara externa de la mandíbula.

f) La pared interna.- Se encuentra paralela a la pared bucal.

El hueso pericoronario o perialveolar lo descubrimos de la siguiente manera:

1) Hueso mesial.- Es la porción ósea que se localiza entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercer molar.

2) Hueso bucal.- Es la porción ósea que cubre la cara bucal del tercer molar, corona o raíz.

3) Hueso distal.- Es la porción ósea que se localiza en la parte distal del tercer molar a la altura de la unión de la rama y el cuerpo mandibular.

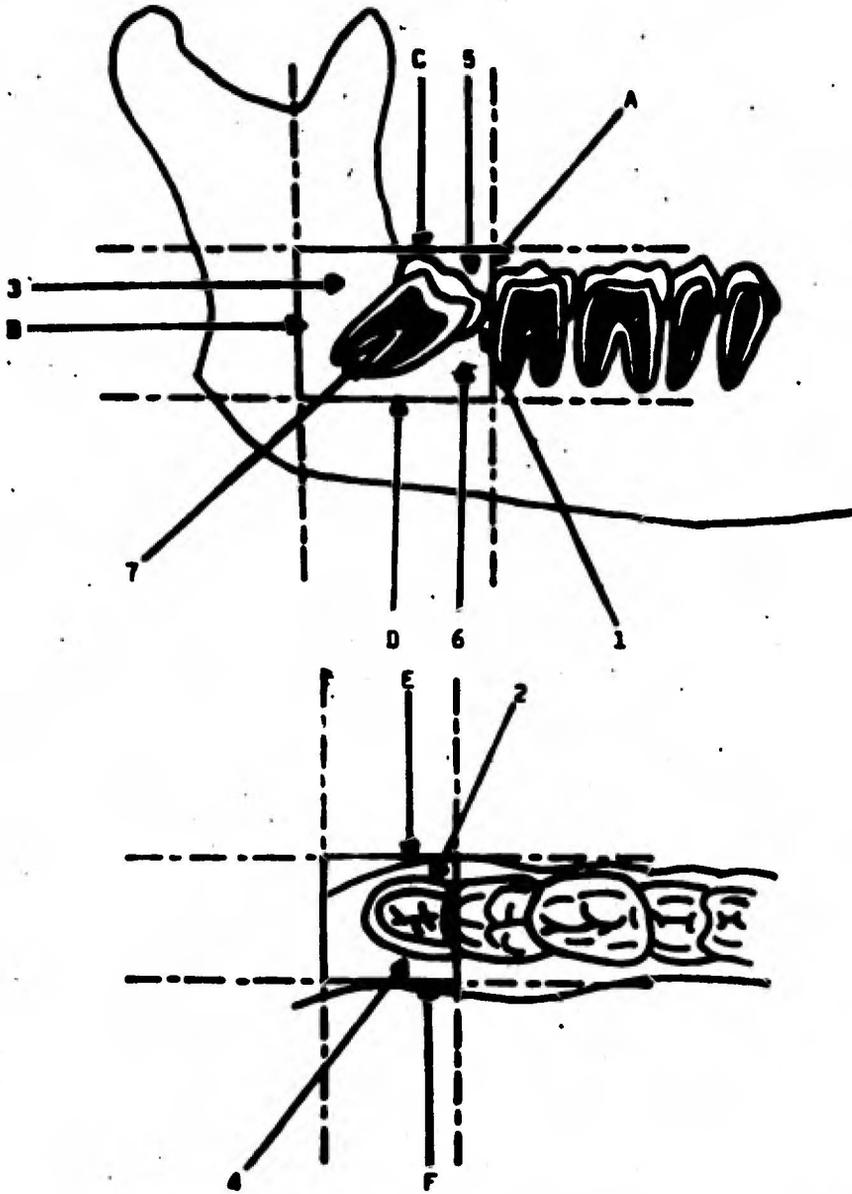
4) Hueso lingual.- es la porción ósea que se localiza en la cara lingual de el tercer molar retenido. Encontrándose en las raíces o incluso en la corona no erupcionada.

5) Hueso oclusal.- Es la porción ósea que cubre la superficie del tercer molar retenido.

6) Hueso basal.- Es un cubo óseo que se encuentra por debajo de las raíces, siempre y cuando el molar retenido se encuentre en posición vertical o ligeramente mesioangular o -- distoangular: Cuando hay mal posición se puede confundir con las regiones vecinas.

7) Hueso interradicular.- Esta porción ósea se localiza entre las raíces del tercer molar.

8) El hueso a nivel del tercer molar esta formado por dos tablas, la interna y la externa unidas entre si por hueso interdentario o interradicular: Este hueso es de tipo esponjoso.



B) ANATOMIA DENTAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO

El tercer molar inferior retenido es de suma importancia por ser el que con mayor frecuencia se incluye, por lo cual estudiaremos la anatomía de este diente.

Este diente es el que presenta mayor variedad de formas, angulaciones y posiciones. En ciertos casos es muy parecido al segundo molar.

En otros casos puede haber ausencia de este diente o puede existir aun un cuarto molar.

La corona por su gran variedad de formas es difícil encuadrar su descripción, pero le daremos una forma mas o menos cúbica, presenta cuatro o cinco cúspides o puede presentar solamente tres. La cara mesial es ligeramente plana, la cara bucal convexa, la cara lingual es ligeramente plana en su dirección mesiodistal, la cara distal es convexa, la cara oclusal varía según la cantidad de cúspides que tenga, hay molares con cinco, cuatro o tres cúspides.

El tercer molar inferior por lo general es de dos raíces pero puede llegar a tener tres, cuatro o cinco raíces.

C) CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

El tercer molar retenido por la diversidad de posiciones en la mandíbula hubo la necesidad de clasificarlo tomando en cuenta cuatro puntos esenciales:

- a) La posición de la corona.
- b) La forma radicular.
- c) La naturaleza de la oséoestructura que rodea el molar.

d) La posición del tercer molar en relación con el segundo molar.

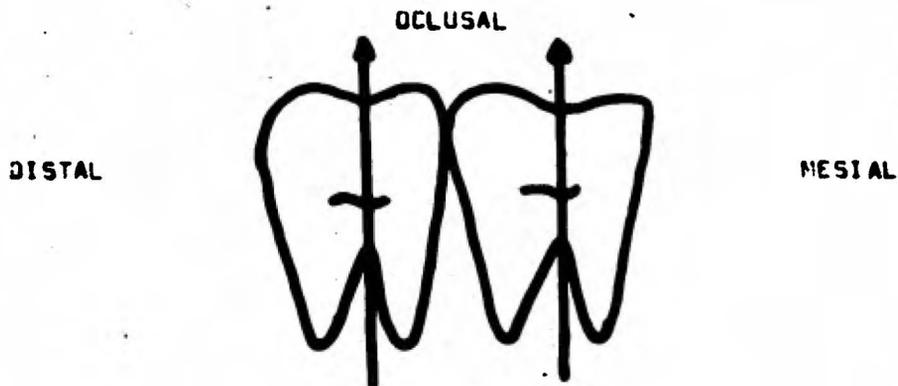
La retención de los terceros molares puede estar causada -- por mucosa gingival, por hueso o inclusión verdadera.

Esta clasificación se hace dependiendo de la posición en -- que se encuentre con la finalidad de determinar por adelantado las dificultades para su eliminación y planear con seguridad los procedimientos quirúrgicos.

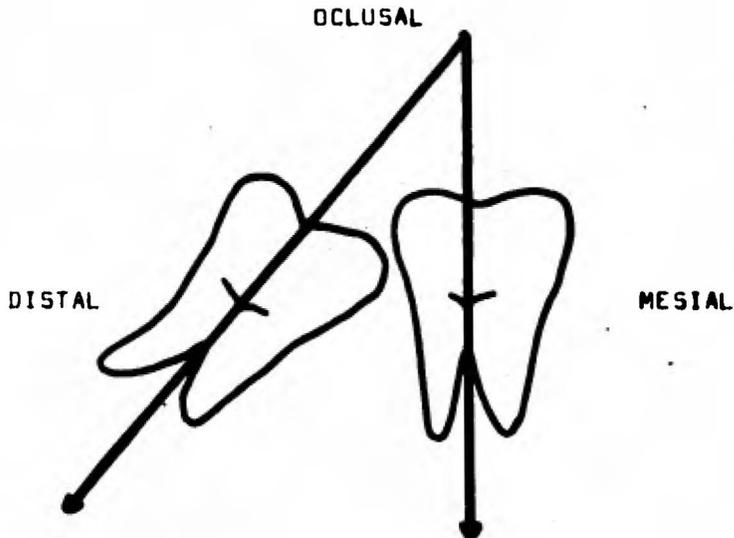
Esta clasificación fue hecha por el doctor George B. Winter siendo una de las mas acertadas, a continuación sera descrita:

I.- Dirección del tercer molar inferior respecto a su eje longitudinal.

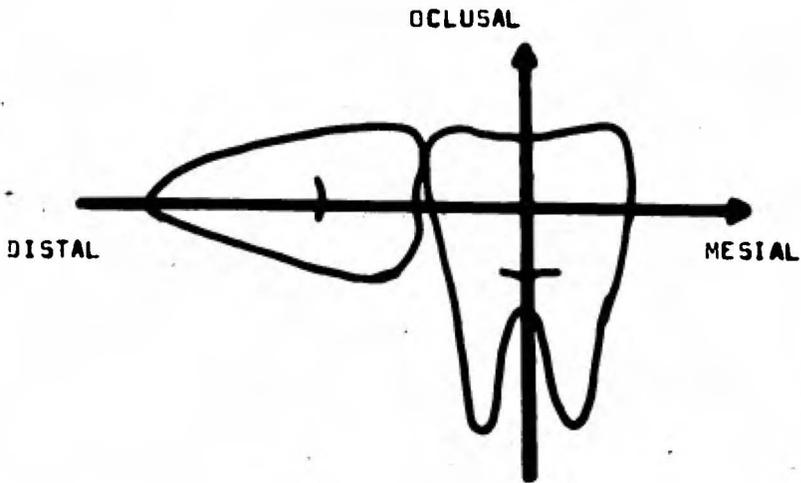
a) POSICION VERTICAL.- En esta posición el eje mayor de el tercer molar es paralelo a el eje mayor del segundo molar y puede estar cubierto por hueso parcial o totalmente.



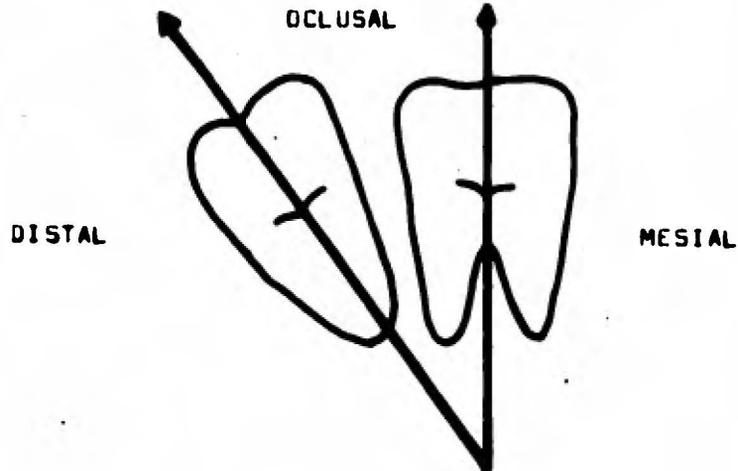
b) POSICION MESIODIANGULAR-El eje del tercer molar esta dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje mayor de este segundo un angulo agudo abierto hacia abajo.



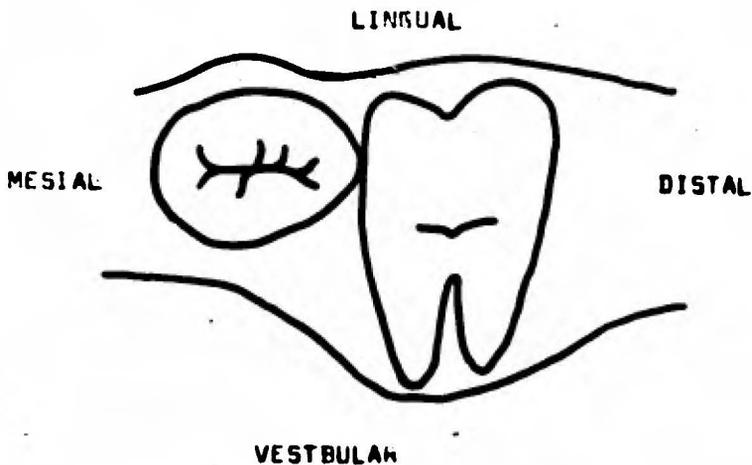
c) POSICION HORIZONTAL-El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.



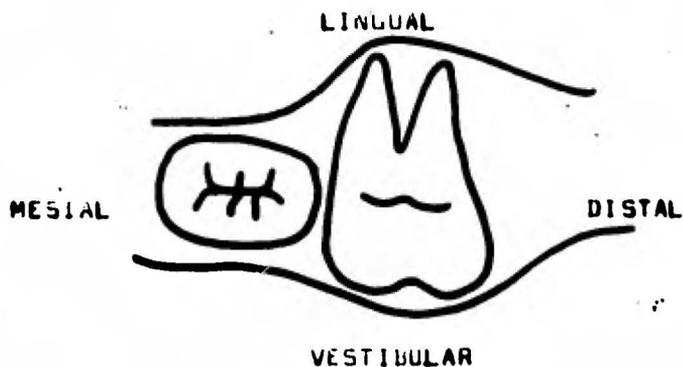
d) POSICION DISTOANGULAR/-Es igual que la posición mesioangular pero el eje mayor del tercer molar con el de la segunda forman un angulo abierto hacia arriba y atrás.



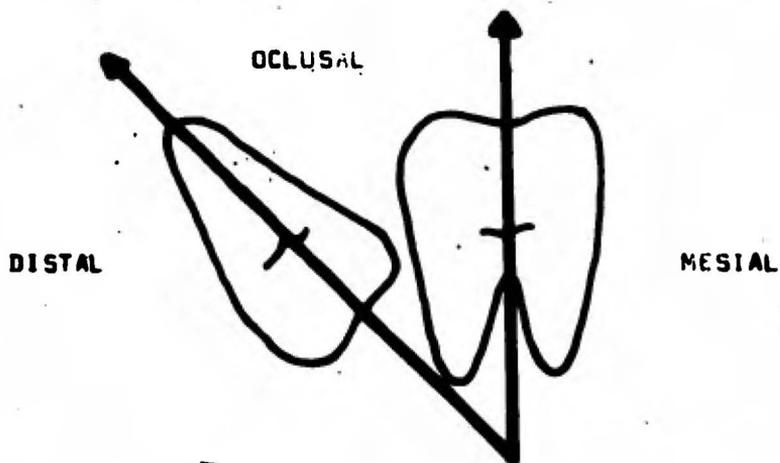
e) POSICION LINGUANGULAR-Lo corone del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus apices hacia la tabla externa.



f) POSICION BUCOLINGUAL- La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raices hacia la tabla interna o sea la cara lingual.



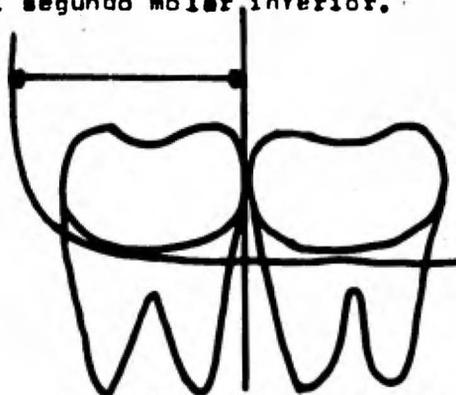
g) POSICION INVERTIDA- Llamada también "Paranormal" la corona está dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y los ápices hacia el cóndilo.



CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR CON RESPECTO A LA
RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA

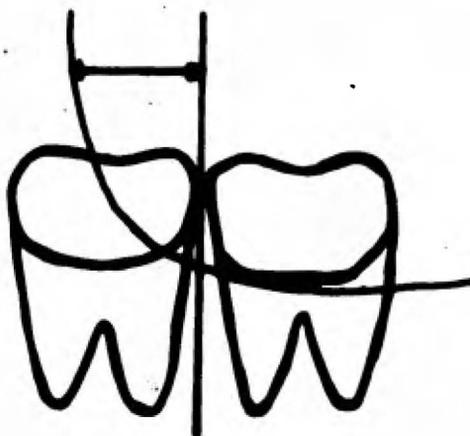
CLASE I.-Fuera y lejos de la rama ascendente de la mandíbula
Esto nos indica que hay suficiente espacio entre el
borde anterior de la rama ascendente y la cara distal
del segundo molar inferior.

Mandíbula



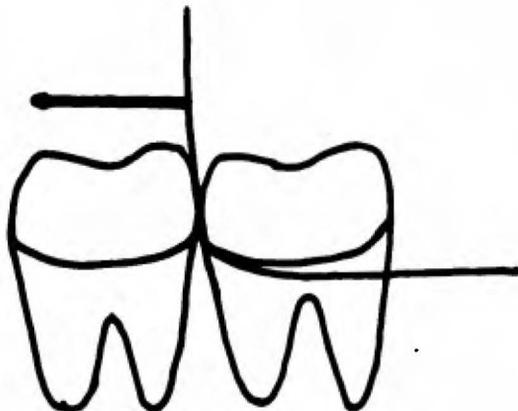
CLASE II.-Parte de la corona dentro de la rama ascendente y
el espacio de la cara distal del segundo molar.

Mandíbula



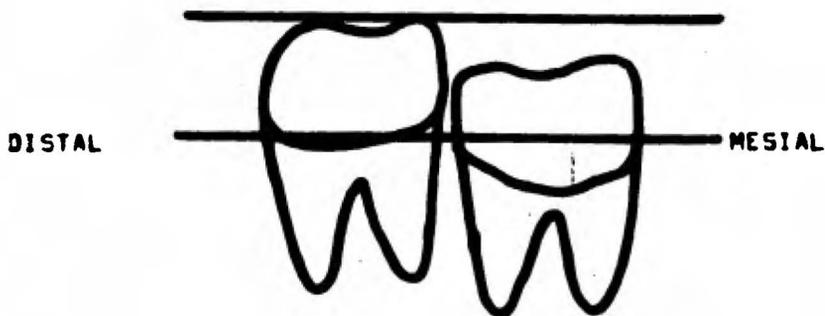
CLASE III.-El tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente de la mandíbula.

mandíbula

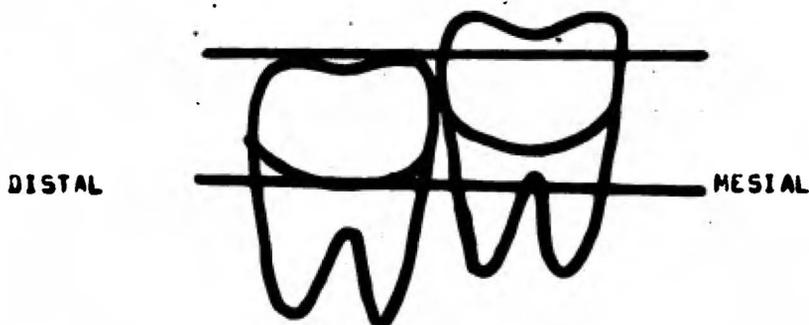


II.- POSICIÓN DEL TERCER MOLAR TOMANDO COMO BASE
EL PLANO OCLUSAL.

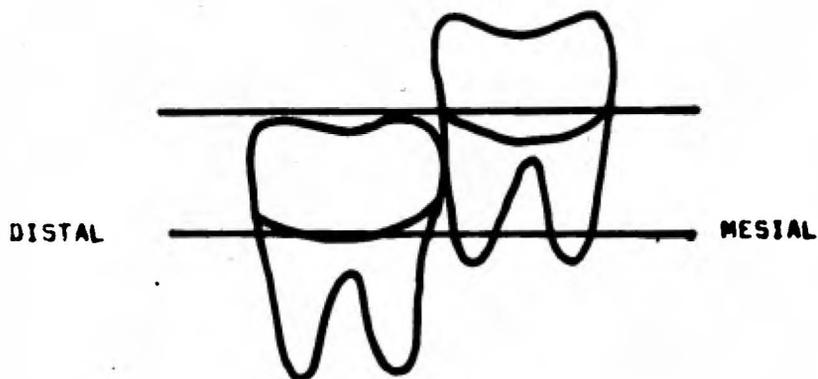
1.- En esta posición se nos manifiesta que la parte mas superior del tercer molar esta ubicada entre el plano de oclusión y el tercio medio de la corona.



2.- En esta posición se nos dice que la parte mas superior del tercer molar se encuentra entre el tercio cervical y medio de la corona, por debajo del plano oclusal.



3.-En esta posición nos indica que la parte mas superior del tercer molar inferior se encuentra situado entre el nivel del tercio cervical y completamente fuera de la oclusión.



III.-POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN RELACION AL BORDE ALVEOLAR.

a) POSICION VESTIBULAR



b) POSICION MEDIA



c) POSICION LINGUAL



CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La historia clínica se define como:

Recopilación de datos para establecer un diagnóstico. Esta historia clínica tendrá que llevar un orden para determinar el origen de la enfermedad, la evolución y las manifestaciones a otros órganos y sistemas, etc.

Con esto se conocerá el estado general del paciente para diagnosticar la enfermedad o determinar si el estado del paciente es favorable para soportar una intervención quirúrgica.

Los datos que debe llevar una historia clínica son:

Ficha de identificación; A cada paciente se le llenará un expediente con sus datos personales los cuales lo identificarán de los demás, como son: Nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de origen, lugar donde radica, fecha, teléfono, fecha de nacimiento, etc.

Antecedentes hereditarios: Estos antecedentes servirán para investigar la relación que puede existir entre la enfermedad actual del individuo y las enfermedades que tienen o han tenido sus antecesores. Por que se sabe que ciertas enfermedades se pueden heredar en varias generaciones como por ejemplo: Diabetes, trastornos psiquiátricos, ciertos tipos de neoplasias, trastornos cardiovasculares, etc.

Antecedentes personales no patológicos: Se realizará un interrogatorio completo breve y encaminado a obtener un conjunto de datos que nos guíen u orienten sobre su nivel de vida, costumbres alimenticias y vicios adquiridos durante el transcurso de la vida.

Antecedentes personales patológicos; Estos antecedentes se encuentran ligados a las enfermedades que ha padecido desde el nacimiento hasta ese momento. Sin olvidar las enfermedades que pueden tener influencia con la enfermedad actual, como: Alérgicos, reumáticos, traumáticos, neoplásicos, quirúrgicos y ginecobstétricos, etc.

Estado actual: Sirve para conocer todo lo relacionado con la enfermedad actual, desde su inicio hasta ese momento. Preguntar si se está bajo tratamiento médico y si fuere así solicitar la dirección y el teléfono para poder tener contacto con él.

APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO:

Boca.- Sed, masticación, deglución.

Esófago.- Disfagia, odinofagia, sialorrea.

Estómago.- Dolor en epigastrio o mesogastrio, agruras, náuseas, vómito, etc.

Intestinos.- Diarrea estreñimiento, dolor en marco cólico.

Higado.- Dolor en hipocondrio derecho, hictericia, ascitis

Edema de miembros inferiores, anorexia, astenia, etc.

APARATO RESPIRATORIO:

Tos, espectoraciones, disnea, cianosis, disfagia, dolor torácico, hemoptisis, etc.

APARATO CARDIOVASCULAR:

Corazón y grandes vasos: Dolor precordial, palpitaciones, disnea, cianosis, edema de miembros inferiores (tipo vespertino), etc.

Vascular Periferico: Miembros torácicos o pélvicos pueden estar pálidos o enrojecidos, aumento o disminución de volumen sanguíneo modifican la temperatura local, calambres y adormecimiento, dolor y edema distal de los miembros -- unilaterales, generalmente en los miembros pélvicos.

APARATO GENITOURINARIO:

Dolor en la región dorsolumbar derecha o izquierda, mareos, vértigo, palpitaciones, edema palpebral y de los miembros inferiores y de predominio diurno.

ESTUDIO DE LA MICCIÓN.—frecuencia en las 24 horas, nicturia, disuria, poliuria, cantidad, color, etc.

SISTEMA NERVIOSO:

Movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, funciones psíquicas.

SISTEMA LINFÁTICO:

Presencia de nodulaciones o tumoraciones de las cadenas ganglionares del cuello, de la región inguinal, del hueso axial, etc.

PIEL Y ANEXOS:

Coloración de la piel, erupciones cutáneas, trastornos de el sistema excretor, del sistema piloso, heridas, cicatrices, manchas, etc.

Después de haber elaborado esta historia clínica generalizada y observando por medio de ésta el buen estado del paciente procederemos a examinar la cavidad bucal minuciosamente;

Como: Higiene, Encías, lengua, paladar, maxilar, hábitos, mucosa, labios, piso de boca, frenillos, carrillos, mandíbula, etc.

Se observará también si hay presencia de caries de alguna pieza dental, si usa aparatos protésicos o hay restos radiculares, etc.

Después de haber observado todos estos datos se procederá al tratamiento de ellos en caso de haber problema.

Estando la cavidad bucal en condiciones óptimas procederemos a la revisión de la zona de los terceros molares; Observaremos la presencia de corona clínica, si no se observara procederemos al estudio radiológico.

CAPITULO V
TECNICA RADIOGRAFICA

TECNICA RADIOGRAFICA

Uno de los puntos principales para el éxito de una intervención de un tercer molar inferior radica principalmente en el examen radiográfico, el cual nos mostrará los múltiples detalles óseos que interesan para este tipo de intervención.

El estudio radiográfico se realizará de la región del tercer molar inferior, esto nos indicara el procedimiento de la intervención.

normalmente utilizaremos las radiografías introrales comunes y solo en casos excepcionales (como trismus o ciertos procesos inflamatorios que nos impida la colocación de la película en la zona por radiografiar) se utilizarán las radiografías extrorales.

En este capítulo explicaremos brevemente la técnica radiográfica que utilizaremos para nuestro fin.

TECNICA RADIOGRAFICA INTRADRAL

RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

Para acomodar al paciente debemos colocar el respaldo del sillón perpendicular al piso, la cabeza se inclina ligeramente hacia atrás hasta que el plano oclusal de la mandíbula quede paralelo al piso.

La película debe colocarse en el interior de la boca con su eje mayor horizontal o paralelo al piso y sobresaliendo tres o cuatro milímetros.

El borde anterior de la película debe estar a la altura de la cara mesial del primer molar o distalmente si las condiciones anatómicas lo exigen.

En la radiografía debe observarse el diente por extraer en toda su extensión para evitar posibles errores.

El cono del aparato de rayos X debe estar colocado perpendicular a el plano de la película. La angulación será de cero grados y el rayo central debe estar dirigido al centro de la película.

RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Para colocar al paciente debemos colocar el respaldo del sillón a una inclinación de treinta grados y el cabezal se baja.

El paciente inclina su cabeza hacia el lado opuesto al tercer molar por radiografiar, presentando de este modo la región suprahioides lateral y se ajusta el cabezal con esta posición.

La película se coloca sobre la arcada dentaria inferior -- con su lado sensible hacia el molar a radiografiar. El lado de la película se mordere suavemente y se colocará el tubo de rayos X procurando que el rayo sea dirigido perpendicularmente a el centro de la película.

Esta radiografía mostrará la región de el tercer molar perfectamente.

TÉCNICA EXTRAORAL

RADIOGRAFIA PANORAMICA:

La importancia de este tipo de radiografía es la de poder proyectar una imagen de ambos maxilares en su totalidad sobre una sola película.

Este tipo de radiografías se toman (como ya digimos anteriormente) cuando el paciente observa severos problemas dentales como en procesos inflamatorios, trismus, intolerancia del paciente a la técnica intraoral, por traumatismos articulares, o por padecimientos en los cuales el paciente no puede efectuar movimientos de apertura y cierre.

Este tipo de radiografía no detalla con precisión la zona de interés como una radiografía periapical, pero como último recurso nos servirá para conseguir nuestro objetivo.

Hay una gran variedad de aparatos para las radiografías panorámicas pero nosotros describiremos solo uno para generalizar la técnica.

ORTOPANTOGRAFO:

En este aparato el tubo de rayos X y la película curva, rotan al rededor de la cabeza del paciente. La película gira simultáneamente detras de una pantalla, en la cual hay una estrechaendidura a través de la cual emerge el haz procedente de la cabeza del tubo. La rotación de la película y el movimiento del haz deben de ser bien coordinados para obtener resultados óptimos.

CAPITULO VI
CUIDADOS PREOPERATORIOS

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Para realizar una intervención cualquiera en el organismo, se requiere en este una preparación previa, para ponerlo - en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención.

El preoperatorio se define como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y en caso contrario adoptar las medidas necesarias para que ese peligro desaparezca o bien sea reducido al mínimo.

Para la elaboración del examen preoperatorio es necesario la revisión de los datos obtenidos en la historia clínica, la revisión y observación de los radiografías, también se tendrá cuidado en la mesa de instrumental observando que éste, esté completo.

Se tendrá en consideración la técnica indicada de anestesia, teniendo correcto todo esto se podrá proceder a el acto quirúrgico.

INSTRUMENTAL

Para la extracción del tercer molar requeriremos de instrumental especializado.

Para la elaboración de este tema fue necesario escoger el instrumental mas necesario para los tejidos duros e instrumental para tejidos blandos.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS

a) BISTURI:

Se utiliza para la incisión de la mucosa bucal a nivel del tercer molar retenido. Emplearemos el bisturi de BARD-PARKER de hoja intercambiable.

b) HJERAS:

Pueden utilizarse como auxiliar en el corte de mucosa, para seccionar inserciones musculares bajas o exceso de tejido después de terminada la operación o para cortar los puntos de sutura.

c) PINZAS DE DISECCION:

Se utilizara para despegar y suturar los colgajos, se pueden utilizar pinzas dentadas o las de dientes de ratón.

d) PERIOSTOMO:

Se utiliza después de efectuar la incisión, para desprender los colgajos de su inserción ósea, se utiliza para sostener el colgajo durante la operación.

e) RETRACTOR DE COLGAJOS:

Se utiliza para separar el colgajo y el labio del campo operatorio.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DURES

a) FRESAS QUIRURGICAS:

Serán utilizadas en la osteotomía y trabajarán con alta o baja velocidad, se tratará de evitar el sobrecalentamiento del hueso, utilizando irrigación intermitente -- con solución fisiológica. Se emplearán fresas de carburo de tungsteno.

b) PINZAS GUBIAS:

Se podrán utilizar también para la osteotomía y para la eliminación del saco pericoronario.

c) LIMA PARA HUESO:

Se utilizarán en las maniobras finales de la operación, en la eliminación de esquirlas óseas y crestas alveolares después de la intervención o extracción.

d) CUCHARILLAS PARA HUESO:

Se utilizará en las maniobras finales, la cucharilla se usa para la eliminación de trozos de saco pericoronario o esquirlas óseas.

e)ELEVADORES:

Estos instrumentos que basados en los principios físicos, tienen aplicación en odontología con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

f)AGUJA PARA SUTURA:

Se utilizan en el tiempo final de la operación, cerrando la herida por medio de anillos especiales.

g)PORTAAGUJAS:

Este instrumento será utilizado para el sostén de la aguja y facilitar la sutura.

h)COMPRESAS:

Son utilizadas para la protección de el campo operatorio.

TECNICA DE ANESTESIA

La anestesia troncular o regional es la que se realice poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

Son varios los troncos o ramas nerviosas cuya anestesia priva de sensibilidad una zona o región extensa de la cavidad bucal o maxilares.

Este tipo de técnica anestésica esta ligada exclusivamente a la distribución anatómica del nervio trigémino y exclusivamente a dos de sus ramas que son del nervio maxilar superior y el nervio maxilar inferior, de esta explicación la rama que nos interesa es el nervio maxilar inferior, que a continuación explicaremos la técnica anestésica.

El procedimiento a seguir en la técnica anestésica es la de localizar con el dedo índice el borde interno de la rama ascendente de la mandíbula, la punsi6n se hará con aguja larga a un centimetro por arriba de los molares, en este punto la jeringa se mantendrá paralela al plano masticatorio de los dientes inferiores, la aguja se introduce dos centímetros sintiendo estar tocando hueso y girando la jeringa a el lado opuesto, conservando la jeringa horizontalmente, se deposita en este lugar la mitad del anestésico o cartucho de anestesia y al extraer la aguja se irá depositando lentamente el resto en ese trayecto.

En algunas ocasiones la técnica no es suficiente porque la estructura ósea mandibular es muy compacta por lo cual no puede difundirse libremente la solución anesg

tesica. Entonces se procedera a el bloqueo por infiltracion local colocando el anestesico en el periostio y la mucosa del lado bucal, a la altura del tercer molar de - este modo se anestesia el nervio bucal.

CAPITULO VII

ACTO QUIRURGICO

ACTO QUIRURGICO

En la técnica quirúrgica realizada en cualquier persona sea cual fuere la operación, será necesario el seguir ciertas reglas o tiempos quirúrgicos, en este caso de la extracción de el tercer molar impactado no sera la excepción y se tendra que seguir ciertos tiempos.

Estos tiempos quirúrgicos seran:

A) INCISION

Es el acto de abrir por medios mecánicos o físicos el tejido gingival. Este acto lo realizaremos con el bisturí tomendolo en forma de lápiz. La incisión debe abarcar la profundidad de tejido óseo, con el fin de despreger el tejido que recubre el hueso, se mantendrá la mucosa firme para delinear correctamente el corte.

La incisión será trazada desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extenderá hacia atrás, su largo variará con el tipo de retención. El siguiente trazo se realiza en el mismo punto, de la cara distal o en la porción distal del reborde gingival y se dirige hacia abajo, delante y afuera en una porción de aproximadamente a un centímetro.

Los cortes incisionales serán mas cortos o largos según el tipo de inclusión del molar.

B) PREPARACION DE LOS COLGAJOS

Después de haber realizado la incisión se coloque entre los dos labios de la herida una legra, espátula o periostomo, estos instrumentos se toman de la misma manera que el bisturí es decir, entre los dedos pulgar índice y medio.

Se apoya el instrumento contra el hueso y haciendo suaves movimientos, con los cuales gira la legra o el periostomo, despegando el colgajo de su inserción con el hueso.

Este movimiento debe hacerse en toda la extensión que lo requiera la incisión.

C) OSTEOTOMIA

Es el tiempo operatorio que consiste en la eliminación del hueso que cubre, o aloja el objeto de la operación.

Este acto quirúrgico se puede realizar con fresas quirúrgicas dentales, escoplo simple, automático o con osteotomo de Winter y con pinzas gubias, según lo requiera el caso.

D) EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO).

Este tiempo operatorio consiste en buscar las fuerzas de palanca apropiadas las cuales deben de tomar un punto de apoyo en estructuras óseas o en la cara distal del segundo molar inferior; Siempre y cuando la magnitud de la fuerza no sea de tal intensidad que lesione la pieza dental o el punto de apoyo.

El objeto primordial de las fuerzas de palanca mediante el punto de apoyo, es intentar buscar una posible luxación -- con el fin de aplicar la potencia necesaria para realizar la extracción.

Esto no puede ser siempre así, existen casos en que dada la dificultad del caso es necesario hacer la extracción -- por disección o seccionamiento de sus partes correspondientes.

Es necesario recordar que el punto de apoyo va a estar dado por la hoja del elevador el cual actúa como palanca, -- siendo de primer orden cuando actúa sobre tejido óseo y de segundo orden cuando actúa sobre la pieza dental retenida o su raíz.

E) Tratamiento de la cavidad ósea

Durante la intervención puede haber hemorragias pequeñas de vasos y arterias en el curso de la intervención quirúrgica.

La hemorragia de pequeños vasos y arterias se cohibe fácilmente por presión, adosando nuevamente el colgajo y presionándolo.

A veces es necesario utilizar medicamentos hemostáticos -- impregnados en gasas para cohibir las hemorragias de este tipo.

Después de haber efectuado la extracción se procederá a la eliminación del saco folicular por medio de un buen curetaje, con el fin de evitar posibles degeneraciones infecciosas.

también por medio del curetaje será necesario eliminar posibles restos de tejido óseo, fraccionado en el interior de el alveolo; Una vez realizado esto se procede a realizar la alveolotomía en caso de que haya quedado irregularidad ósea al rededor se la cavidad quirúrgica, después se procede a eliminar los bordes óseos cortantes, después se lava perfectamente la cavidad varias veces con suero fisiológico y posteriormente se procede a la sutura.

F) SUTURA

La sutura es el procedimiento que tiene por objeto unir los tejidos separados por la incisión.

También eliminar espacios muertos, donde podrían acumularse líquidos o sangre que serviría como medio de cultivo para microorganismos.

En cirugía se conocen materiales absorbibles de sutura y no absorbibles. En nuestro caso utilizaremos los no absorbibles, como es la seda negra calibre tres ceros o cuatro ceros.

Este material tiene como característica el tener fuerza de tensión adecuada, procede reacción tisular mínima, se localiza con facilidad y se elimina con rapidéz.

La forma de efectuar la sutura será la de colocar en su sitio de ubicación normal a los colgajos, El operador toma la pinza portaagujas curva y seda calibre tres ceros, se atraviesa en primer término el colgajo lingual, después el bucal, pasados los hilos, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano desocupada, el cavo en el portaagujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del --

extremo del instrumento; se entreabre ligeramente el porta-agujas y se toma el hilo libre, se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia el punto del instrumento y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta el hilo a nivel de la herida y se tiene de este modo realizada la primera parte del nudo. Para completar el nudo se realice nuevamente la maniobra pero en sentido inverso y se ajusta nuevamente el segundo nudo, y se seccionan los cabos del hilo con una tijera.

CAPITULO VIII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Después de cualquier extracción o procedimiento quirúrgico en la cavidad oral; Es de suma importancia los procedimientos y las indicaciones operatorias. Por lo cual se requiere de un tratamiento local y general ya sea para terminar cualquier infección ya presente o para prevenirla en caso no existente.

La limpieza de la boca, dientes y la atención de los detalles siguientes son absolutamente necesarios para lograr dicho fin.

A) HEMORRAGIA

Para cohibir la hemorragia debe colocarse una gase con firmeza entre los maxilares y sobre el lugar de la operación durante media hora después de la intervención. No debe utilizarse enjuagatorios por lo que podría desplazarse el coágulo y provocar hemorragia nuevamente.

B) DECOLORACION

Para evitar esto es necesario la colocación de bolsas de hielo en la cara después de la intervención y después de veinticuatro horas compresas de agua caliente.

C) DOLOR

Para evitar el dolor postoperatorio será necesario el recibir analgésicos necesarios para el problema y un lavado de la zona operada si el dolor persiste.

D) TUMEFACCION Y RIGIDEZ

Puede deberse a hemorragia dentro de los tejidos bucales que se extiende a dicho tejidos faciales.

Para disminuir una hinchazón postoperatorio inmediatamente debe colocarse sobre la cara una bolsa de hielo o togllas heladas y después de veinticuatro horas se aplicara calor en la zona para prevenir la rigidez y estimular la circulación.

E) ESPICULAS USEAS

Durante el proceso de la cicatrización se aflojan algunos pequeños fragmentos de hueso que el organismo desecha desalojandolos hacia el exterior de la encía.

Estos no son raices y a menudo se eliminan por si solos o bien pueden ser eliminados por el dentista.

F) HIGIENE BUCAL

Despues de doce horas hecho la operación el paciente debe hacerse enjuagatorios suaves con solución salina tibia para acelerar la cicatrización y eliminar el olor y gusto desagradable.

G) DIETA

Evitar durante algunos dias ingerir alimentos y carnes -dificiles de masticar. Debe ingerir bastante fruta, jugos u otro tipo de liquidos, se debe evitar los irritantes locales y las grasas.

H) REPOSU

No debe hacerse ejercicio corporal físico o local en la zona recién operada.

I) HABITOS

Evitar todo tipo de hábitos que puedan ser causa de alguna manifestación negativa para la zona recién operada, como podría ser el succionar la zona operada o colocar la lengua sobre la misma.

J) QUIMIOTERAPIA

A base de antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares.

K) ELIMINACION DE LOS PUNTOS DE SUTURA

Los puntos de sutura serán eliminados a los cinco u ocho días después de el acto quirúrgico.

CONCLUSIONES

Con este trabajo nos daremos cuenta de que en la cirugía bucal uno de los problemas principales es la extirpación de los terceros molares incluidos, por lo que es necesario seguir normas o pasos para resolver satisfactoriamente este problema, para bienestar de los pacientes y satisfacción propia.

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA HUMANA
FERNANDO QUIROZ
ED. PORRUA.
1959

ANESTESIA ODONTOLÓGICA
JORGENSEN Y HAYDEN
ED. INTERAMERICANA
1970

CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO RIES CENTENO
ED. ATENEO.
1979

CIRUGIA BUCAL
W. HARRY ARCHER
ED. MUNDI
1968

CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INF.
GUILLERMO RIES CENTENO
ED. ATENEO.
1960

PATOLOGIA ORAL
THOMA
ED. UTEHA
1946

COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIP.
L. TESTUT - A LATARJET
ED. SALVAT.
1976

SEMILOGIA CLINICA
DOMINGUEZ - RODRIGUEZ
ED. IMPRESIONES MODERNAS S.A.
1973

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
GUSTAVO KRUGER
ED. INTERAMERICANA
1960

TECNICAS QUIRURGICAS DE LOS
TERCEROS MOLARES.
JORGE NAVAS SILVA
B . N . A . M .
1978

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS
TERCEROS MOLARES.
HUMBERTO GARCIA MONTIEL
U . N . A . M .
1978

BIBLIOGRAFIA

ANATOMIA HUMANA
FERNANDO QUIROZ
ED. PORRUA.
1959

CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO RIES CENTENO
ED. ATENEO.
1979

CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INF.
GUILLERMO RIES CENTENO
ED. ATENEO.
1960

COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIP.
L. TESTUT - A. LATARJET
ED. SALVAT.
1976

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
GUSTAVO KRUGER
ED. INTERAMERICANA
1960

EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS
TERCEROS MOLARES.
HUMBERTO GARCIA MONTIEL
U . N . A . M .
1978

ANESTESIA ODONTOLÓGICA
JORGENSEN Y HAYDEN
ED. INTERAMERICANA
1970

CIRUGIA BUCAL
W. HARRY ARCHER
ED. MUNDI
1968

PATOLOGIA ORAL
THOMA
ED. UTEHA
1946

SEMILOGIA CLINICA
DOMINGUEZ - RODRIGUEZ
ED. IMPRESIONES MODERNAS S.A.
1973

TECNICAS QUIRURGICAS DE LOS
TERCEROS MOLARES .
JORGE NAVAS SILVA
B . N . A . M .
1978