

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N O D E N T I S T A
P R E S E N T A
BALKIS ALDIALIZ CAMACHO MORALES

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS

TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O RETENIDOS

I N D I C E
 ++++++

PREAMBULO

TEMA I pag

ANATOMIA RADIOGRAFICA:

Region del Tercer Molar Superior	1
Region del Tercer Molar Inferior	4

TEMA II

DEFINICION DE INCLUSION O DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS:

Inclusión	6
Dientes impactados	6
Dientes retenidos	6

TEMA III

ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES O RETENCIONES:

Locales	7
Generales	7

TEMA IV

FRECUENCIA CON QUE APARECEN LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS:

Tabla de comparación	9
----------------------------	---

TEMA V

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS:

Generalidades	10
Accidentes Mucosos	11
Accidentes Nerviosos	12
Accidentes Celulares	13
Accidentes Cseos	13
Accidentes Linfáticos o Ganglionares	13
Accidentes Tumorales	14

TEMA VI

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE UN
TERCER MOLAR INCLUIDO:

Indicaciones	15
Contraindicaciones	15

TEMA VII

CLASIFICACION Y POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS:

TERCER MOLAR INFERIOR:

Posición Vertical	16
Posición Mesioangular	20
Posición Horizontal	24
Posición Distoangular	28
Posición Linguoangular	31
Posición Bucoangular	31
Posición Paranormal	32

TERCER MOLAR SUPERIOR:

Posición Vertical	33
Posición Mesioangular	33
Posición Distoangular	33
Posición Horizontal	33
Posición Paranormal	34

TEMA VIII

PREFERATORIO:

Generalidades	35
Historia Clínica	36
Rayos X Mandíbula	38
Técnica radiográfica intrabucal	39
Radiografía Oclusal	41
Radiografía Extrabucal	42
Rayos X Maxilar	42

	pag
TEMA IX	
TRATAMIENTO:	
Anestesia	45
Técnicas Quirúrgicas.....	49
TERCER MOLAR INFERIOR:	
Posición Vertical	49
Posición Mesioangular	53
Posición Horizontal	58
Posición Distoangular	62
Posición Linguoangular	63
Posición Bucoangular	65
TERCER MOLAR SUPERIOR:	
Posición vertical	68
Posición Mesioangular	71
Posición Distoangular	71
Posición Paranormal	72
Extracciones de los terceros molares con sus raíces incompletamente formadas	73
SUTURA DE COLGAJOS	74
TEMA X	
POSOPERATORIO:	
Cuidados posoperatorios	78
FARMACOS:	
Antiinflamatorios	79
Antibióticos	80
Analgésicos	80
Relajantes Musculares	81
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	83

P R E A M B U L O

Esperando brindar una exposición amplia de anomalías de los terceros molares y presentar los temas en una forma que resulte más útil para el profesional y para la posibilidad de una mayor colaboración entre médicos y odontólogos, con la finalidad de brindar a nuestros pacientes comunes la mejor ayuda posible.

Es una rama de la Odontología cuyo dominio es sus aspectos básicos clínicos debe poseer el Odontólogo general como parte fundamental de su práctica diaria.

Las indicaciones de las extracciones de los terceros molares son muchas y los resultados serán ampliamente satisfactorios - siempre que se apliquen la o las técnicas de extracción adecuadas, sobreentendiéndose que esto se realiza después de un cuidadoso examen de las condiciones particulares del paciente.

Pretendo que sirva de complemento de un curso teórico de introducción a la materia.

Los siguientes capítulos se dedican a los aspectos clínicos para la extracción de los terceros molares, plan de tratamiento, -- etc.

Gran parte de su contenido puede ser de gran utilidad para el estudiante y para revisar los principios fundamentales.

Al escribir este compendio debo reconocer la inmensa deuda que tengo con mis profesores y colegas, por sus consejos, ayuda y - estímulos recibidos a lo largo de los años, aunque debo aceptar la responsabilidad por los conceptos que en ella se exponen, ya que la mayor parte de ellos y con justicia pertenecen a otras personas tan numerosas que sería imposible expresar mi agradecimiento individualmente.

He tratado de presentar los problemas quirúrgicos que ocurren en la práctica diaria y dar a tales problemas las soluciones - que creo les corresponden.

Es la síntesis de quien ha explorado intensamente la tupida selva bibliográfica.

Esta obra pretende estar relativamente al día ya que hay un estupendo avance de la cirugía y sus ciencias.

He pretendido englobar todas las nociones teórico prácticas

de utilidad efectiva en nuestras necesidades quirúrgicas, la indi
cación y la restricción de métodos, técnicas y tratamientos se fun
dan y se concretan en esa finalidad.

TEMA I

ANATOMIA RADIOGRAFICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR
E INFERIOR

REGION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR:

Debemos considerar en este diente la region de la tuberosidad del Maxilar y la relación del tercer molar con los dientes vecinos y con el Seno Maxilar (fig.1A,B,C,D).

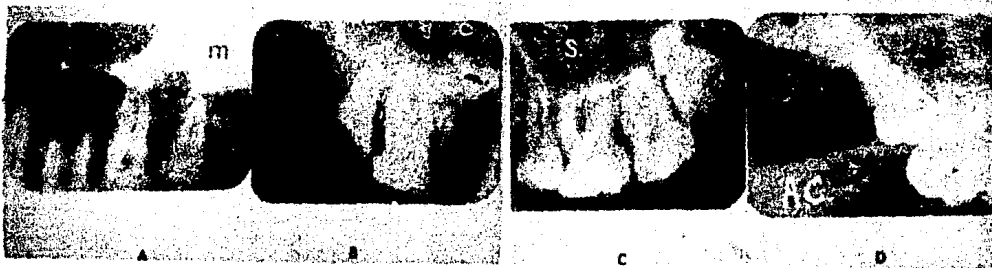


Fig:1A,B,C,D: Estudio radiografico de la region correspondiente al tercer molar superior. S, seno maxilar; m, hueso malar; a,c,apófisis coronoides; A, Seno maxilar tabicado; B, raices de tercero y primer molares; C, tercer molar en posición distoangular; D, tercer molar retenido en posición mesioangular.

Por detrás del tercer molar la radiografía muestra la zona esponjosa correspondiente a la tuberosidad cuyo límite está perfectamente señalado en la radiografía (fig.1B). La imagen de la apófisis coronoides puede superponerse a la de la tuberosidad, y si se toma con la boca abierta coincide con ésta y con el tercer molar (fig.2).

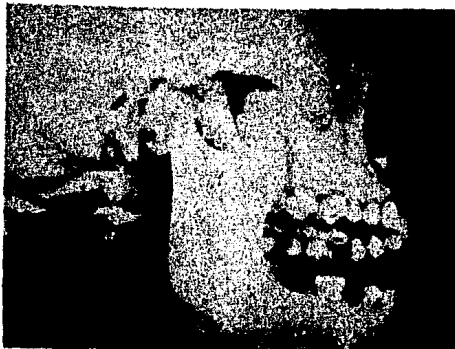


Fig:2 La apófisis coronoides cubre la region de la tuberosidad, estando la boca abierta.

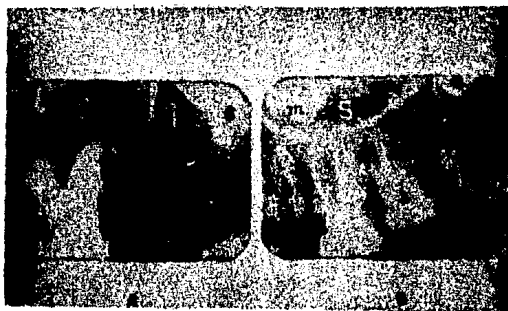


Fig:3.- A Region de la tuberosidad del maxilar superior;B, ausencia del tercer molar.

Por detrás de la tuberosidad suele ser visible el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides (fig.3).

En la region del primero y segundo molar se observa una relación con el tercer molar normal o ausente, los premolares y el Seno Maxilar. Este puede estar muy proximo (fig.4E) o alejado de los ápices dentarios, las raices de los molares pueden proyectarse dentro de la imagen del Seno en distintas proporciones y sobre el ápice de los molares aparece la imagen del hueso malar (fig.1A;B,y 4F). Los molares pueden estar normales en su anatomía o solo presentar las raices.

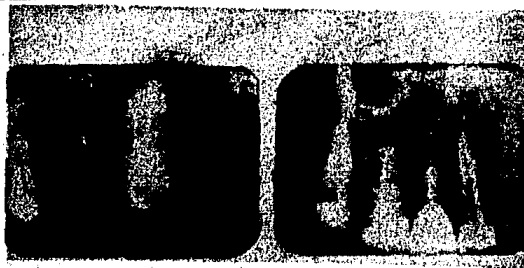


Fig:4E,F. Estudio radiografico de la region correspondiente a los molares y premolares superiores; E, piso del seno dividido en dos regiones por el segundo molar; F, imagen del seno,concentrica a la imagen del malar.

Constituye la region anatómica limitada por el borde posterior del maxilar superior. Este borde es romo y considerablemente ancho en sentido buco-lingual, pueden considerarse en él dos zonas:

- 1.- SUPERIOR.- En relación con la fosa pterigomaxilar.
- 2.- INFERIOR.- A su vez se divide en dos partes:

Sup.- Articulada con el hueso malar.

Inf.- Libre redondeada y convexa.

Ambos huesos (palatino y maxilar) constituyen una sola entidad desde el punto de vista radiográfico, entidad que se traduce por esa zona que aloja al tercer molar superior o por el espacio que le correspondería de estar aquel ausente.

En relación con la tuberosidad aparecen otras porciones óseas que será necesario identificar. En la (fig.3) se presenta la region de la tuberosidad, en ella se observa el hueso esponjoso, la línea cortical ósea, el piso del Seno Maxilar (en este caso se trata de la prolongación de la tuberosidad) y el segundo molar, se observa, además el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides y la apófisis coronoides. Esta region puede presentar modificados los detalles descritos por la presencia de un tercer molar incluido o por desarrollo de afecciones a su nivel.

APOFISIS CORONOIDES: La apófisis coronoides de la mandíbula origina sobre la region del tercer molar superior y la tuberosidad una imagen de contornos netos, de forma triangular con base y vértice superioroanterior. La imagen puede coincidir con la dela tuberosidad o estar alejada de ella, puede simular un tercer molar incluido o una raíz.

GANCHO DEL ALA INTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES: Imagen radiopaca en forma de lanza o de gancho colocada a una pequeña distancia por detrás del borde posterior de la tuberosidad (fig.3AyB).

La imagen puede ser tomada erroneamente por una fractura o secuestro.

HUESO MALAR: En las radiografias de la region de los molares y premolares superiores se ve una imagen radiopaca originada por el hueso malar, la apófisis mala se ve como una letra U y puede superponerse a la imagen del Seno Maxilar, o estar alargada (fig.5A) cubriendo en parte la imagen del Seno Maxilar y los ápices de los premolares (fig.5B,C).



Fig:5A,B,C. Region del hueso malar. S, seno; m, malar; BP, línea de union de la bóveda palatina con la apófisis coronoides; A, imagen del malar concentrica a la del seno, cubre parcialmente los ápices dentarios; B, misma imagen alargada y cruzada por la línea de union; C, misma imagen que la anterior.



Fig:6, radiografía de perfil de un hemicráneo derecho. S, seno maxilar; a.p.t. apófisis pterigoides; hm, malar; or, orbita; fn, fosas nasales; bp, bóveda palatina; tb, tuberosidad PP conducto palatino posterior

La imagen del hueso malar puede estar cortada horizontalmente por una línea radiopaca, originada por el ángulo diedro de union de la bóveda palatina con la apófisis alveolar del maxilar (fig.5B,C)

SENO MAXILAR: En una radiografía lateral del cráneo (fig.6) se observa debajo de la cavidad orbitaria y por encima de los dientes. La imagen radiolúcida corresponde al seno maxilar y las radiopacas por

el hueso malar y el cigoma, las líneas que la cruzan provienen de la proyección del ángulo diedro de la apófisis palatina, la apófisis alveolar y el piso de la nariz.

En radiografías intraorales comunes de la región de los molares y premolares superiores se observa por encima de los ápices de éstos dientes.

REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR:

LÍNEA MILOHIÓIDEA: La cara interna del cuerpo de la mandíbula es ta cruzada en diagonal por una cresta rugosa prominente y bien visible: Es la línea miloioidea, inserción del músculo de el mismo nombre.

Es de sólida arquitectura, da al exámen de los terceros molares inferiores una imagen radioopaca, nítida y precisa.

Esta situada por debajo de los ápices del primer y segundo molares y cruza los ápices del tercero.

LÍNEA OBLICUA EXTERNA: Prolongación del borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Cruza en diagonal la cara externa de la Mandíbula y termina en forma de penacho a nivel del primer molar.

Por su aspecto radioopaco pasa inadvertida en maxilares con dientes.

En la (fig.7) se ha colocado un alambre de cobre en un maxilar aislado sobre la línea oblicua externa y sobre el borde alveolar.

Esta es importante por su extensión forma y ubicación para la cirugía del tercer molar.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR: Se relaciona en la anatomía normal con los molares inferiores en especial con el tercero.

Es inferior bucal o inferobucal con relación a las raíces de los molares, excepcionalmente es lingual.

La distancia entre el conducto y los ápices dentarios es variable, puede estar muy proximo al tercer molar o tener con éste relaciones muy distintas, por lo que es importante dilucidar.

En la radiografía (fig.8) de una maxilar aislado se observa que el conducto se inicia en un amplio infundibulum (orificio superior del conducto dentario) y se dirige hacia abajo y adelante hasta las proximidades del tercer molar, corre horizontalmente por debajo de los molares y termina en una imagen circular correspondiente al agujero mentoniano.



Fig:7; Estudio radiográfico de la línea milohioidea y la línea oblicua externa; LO línea oblicua externa; hd, hueso distal; hl, hueso lingual; ba, borde alveolar de la cara interna; B, línea oblicua externa (flechas); además retención del tercer molar inferior izquierdo, en posición mesioangular. C, línea oblicua externa, en maxilar aislado, con un alambre de cobre, superpuesto según los puntos de referencia -

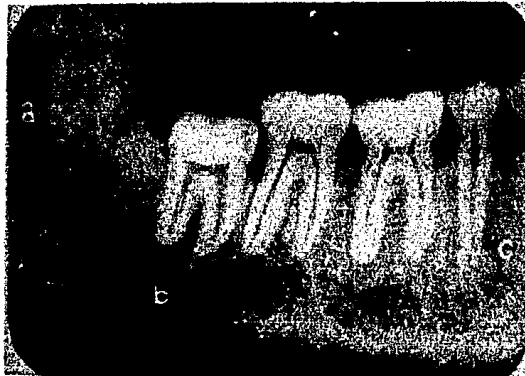


Fig. 8, El conducto dentario inferior. Radiografía de un maxilar inferior izquierdo. Se observa el conducto con su cortical nítida y el hueso esponjoso que lo rodea. Tercer molar en posición vertical. Sus ápices están muy próximos al conducto; a, orificio superior del conducto dentario; b, conducto; c, agujero mentoniano.

TEMA II

DEFINICION DE INCLUSION O DE DIENTES IMPACTADOS O RETENIDOS

INCLUSION.- Acción y efecto de incluir.

INCLUIR.- Introducir una cosa en otra o ponerla dentro de sus límites

RETENER.- Parte o totalidad retenida de una cosa, conservar, detener, guardar en si.

Imponer presión preventiva.

IMPACTO.- Choque de un proyectil en un blanco.

Huella o señal que deja.

DEFINICION DE INCLUSION Y RETENCION:

Todas aquellas piezas que una vez terminada su calcificación tanto en la corona como en la raíz no sufren modificación alguna y que permanecen dentro del Maxilar y la Mandíbula y no llegan a ponerse en contacto con el medio bucal, aún después de que pasa su época ordinaria de erupción cubiertos por los tejidos blandos de la región.

La expresión incluir o retener tiene el mismo equivalente - sin embargo el más usado es el de INCLUIDO.

DEFINICION DE DIENTES IMPACTADOS:

El término impacto pertenece tanto al campo de la Medicina como al de la Odontología.

Viene del Latín impactus participio pasado de impingo palabra que está compuesta por In que significa chocar, pegar, hacer presión contra, teniendo que algunos dientes que con frecuencia dejan de hacer erupción normalmente y no toman su lugar correspondiente en el arco dentario.

Son anomalías que se conocen con el nombre de piezas impactadas o impactos dentales.

La diferencia entre impacto e inclusión es que los dientes impactados se hallan cubiertos de tejidos óseo y blando o no completamente cubiertos, ejercen presión sobre su adyacente y en las inclusiones los dientes pueden estar cubiertos por tejido pero sin hacer presión sobre ningún otro diente.

NOTA:

(No se deben considerar en ésta anomalía la inclusión normal temporal que sufren los dientes antes de su erupción).

TEMA III

ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES O RETENCIONES

Se puede decir que las inclusiones o retenciones pueden deberse a diversos factores, se pueden clasificar las razones por las cuales los dientes no hacen erupción.

RADASCH (1927): Dice que los factores etiologicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriogenico.

Sostiene que la inclusión o retención se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de su evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazar al folículo dentario.

TARASIDO: Dice que la causa más frecuente de las inclusiones, es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa de las arcadas dentarias, se produce exceso de presión externa que sumada al final del día no ha sido igualmente compensada por la presión interna de la lengua.

Agrega este autor que esa ligera pero constante presión muscular que reciben los dientes anteriores y que es suficientemente para torcerlos y esa misma presión retransmitirla sucesivamente a cada diente hacia atras puede influir hasta en el tercer molar.

Las razones se pueden clasificar como sigue:

A).-Locales B).-Generales C).-Otras.

- A).- LOCALES: 1.- Falta de desarrollo de la mandíbula o maxilar.
2.- Posición irregular de los dientes adyacentes.
3.- Una mucosa muy densa debido a inflamaciones crónicas
4.- Hueso alveolar muy denso y cuyo movimiento de erupción no es necesario para provocar la resorción del mismo (enostosis) - (Tumor que se observa en el canal medular de los huesos).
5.- Permanencia excesiva de los dientes de la primera dentición.
6.- Cambios inflamatorios en el hueso por infecciones o abscesos.
7.- Cuando hay presencia de granuloma, quiste y sobre todo el quiste dentigero.

B).- GENERALES: Estan las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas. Entre estas estan clasificadas las siguientes: 1.- Prenatales: Entre estas estan la herencia, sífilis, tu

berculosis y desnutrición.

2.- Postnatales: Que en muchas ocasiones influyen sobre el desarrollo del niño y encontramos raquitismos, enfermedades eruptivas exematosas.

C).- OTRAS: Ubicación especial de un gérmen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción. Por razones mecánicas el diente originado por tal gérmen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El gérmen puede hallarse en su sitio pero en una angulación tal que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino retenido o erupcionado.

Obstáculos mecánicos que pueden interponerse a la erupción normal como una extracción prematura del temporal, los dientes vecinos acercan sus coronas en una mala posición.

Elementos patológicos como dientes supernumerarios.

TEMA IV

FRECUENCIA CON QUE APARECEN LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Hay un conjunto de dientes incluidos de los cuales unos tienen mayor predisposición para quedar incluidos o retenidos.

BLUM(1923).- Presenta un cuadro que contiene según él los dientes que más frecuentemente se encuentran retenidos o incluidos.

DIENTE RETENIDO	M A N D I B U L A		M A X I L A R	
	#	%	#	%
Temporarios	3	2	1	0,4
Supernumerarios	11	6	5	2
1	9	5	0	---
2	1	0,5	1	0,4
3	99	51	10	4
4	0	---	2	0,8
5	5	3	14	6
6	0	---	2	0,8
7	0	---	1	0,4
8	62	33	231	86
Total	190		267	

Según las estadísticas de Berten-Cieszynsky, la frecuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior.....	35.0 %
Canino superior	34.0 %
Tercer molar superior.....	9.0 %
Segundo premolar inferior	5.0 %
Canino inferior	4.0 %
Incisivo central superior	4.0 %
Segundo premolar superior	3.0 %
Primer premolar inferior	2.0 %
Incisivo lateral superior	1.5 %
Incisivo lateral inferior	0.8 %
Primer premolar superior	0.8 %
Segundo molar inferior	0.5 %
Primer molar inferior	0.5 %
Primer molar superior	0.4 %
Incisivo central inferior.....	0.4 %
Segundo molar superior	0.1 %

El número de dientes retenidos en un mismo paciente es variable.

Hay personas que sin trastornos aparentes conservan sus cuatro terceros molares y sus caninos superiores.

LUBNER(1937)(Citado por Thoma)Menciona el caso de un joven de 16 años con 25 dientes retenidos (18 en el maxilar). Esta anomalía era probablemente hereditaria, ya que su madre presentaba 27 dientes en tales condiciones.

LOGSDON(1942)Publica el caso de un paciente con 21 dientes retenidos.

TEMA V

ACCIDENTES ORIGINADOS POR LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

Todo diente es susceptible de producir trastornos de índole diversa a pesar de que muchas veces pasan inadvertidos y no ocasionan ninguna molestia al paciente portador.

En su retención, o en el intento de erupción se producen diversos accidentes de variado aspecto e intensidad, que tienen lugar - en todos los climas en edades muy distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

Con lo que respecta a la raza, edad y sexo se encuentran datos que se han dado al respecto:

RAZA.- La raza negra está en general libre de todos estos accidentes.

Los accidentes de erupción en la raza blanca y en individuos de nuestro país, aumentan en número y en intensidad en las últimas generaciones.

SEXO.- Se cree que hay un predominio en el sexo femenino, con lo que encontramos estudios al respecto:

WIRTH: Da estas cifras.- Mujeres	101	48.4 %
Hombres	108	51.6 %

Entre los Japoneses NISHIMURA encuentra:		
Mujeres	74	85 %
Hombres		69 %

Los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan - los accidentes.

EDAD.- La edad en que se presentan con mayor frecuencia varía entre - los 18 y 28 años teniendo sus excepciones:

WIRTH: Presenta un cuadro con las edades y su porcentaje en la - producción de estos accidentes:

14 años	1	0.47 %
15 a 20 años	35	17.2 %
21 a 25 años	112	53 %
26 a 30 años	34	16.3 %
31 a 35 años	13	6.7 %
36 a 40 años	4	2.4 %
41 a 45 años	3	1.4 %
46 a 50 años	1	0.47 %
51 a 55 años	2	0.90 %
56 años	1	0.47 %
62 años	1	0.47 %

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario.

CAPDEPONT: Explica la genesis de los accidentes del tercer molar por - los siguientes mecanismos:

1.- La cavidad virtual existente alrededor de la corona del diente retenido, puede por numerosas influencias patológicas hacerse real y -- ser el asiento de procesos infecciosos (transformandose en quistes -- dentígeros).

2.- Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal por -- mecanismo de acción en cavidad cerrada exacerbaban su virulencia.

3.- La falta de sitio ocupa todavía el primer lugar en la producción de los accidentes.

Estos trastornos o accidentes se clasifican de la siguiente manera:

1.- Mucosos 2.- Nerviosos 3.- Celulares 4.- Oseos 5.- Linfáticos, o Ganglionares 6.- Tumoraes.

1.- ACCIDENTES MUCOSOS.- Comprenden las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido y se dividen en:

a).- Pericoronitis.- Es la lesión inicial y el accidente de alarma -- (Thibault). Se origina en la época de erupción.

Su comienzo puede ser brusco o insidioso.

BRUSCO.- A nivel del capuchón se instala un proceso inflamatorio con sus signos característicos que son dolor, tumor, calor y rubor.

Dolor.- Precóz, localizado en el capuchón o irradiarse en la línea -- del nervio dentario inferior a veces se ubica en el oído a nivel del tragus. Generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos, o con su cambio de temperatura.

Tumor.- La encía que cubre el molar se encuentra edematizada (fig.9) aumentada de volumen "con la impresión de los dientes antagonistas".

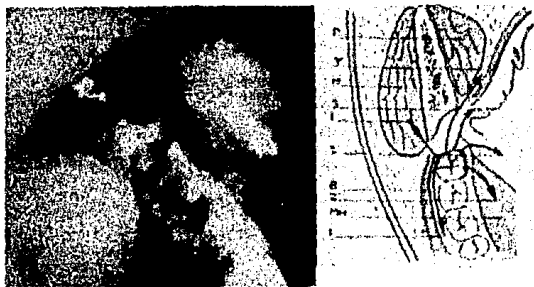


Fig:9 Intensa pericoronitis a nivel del tercer molar inferior izquierdo retenido.

Rubor.- La encía cambia de color estando rojiza o rojo violácea, cubierta de restos alimenticios y coágulos de sangre y saburra (secreción mucosa blanquecina).

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la region. El estado general es prontamente afectado (fiebre, anorexia =perdida de apetito= astenia =decaimiento considerable

de fuerzas, debilidad=). Los ganglios regionales son atacados.

INCIDIOSO.- Caracterizado por aparición de dolores leves, ligeros procesos inflamatorios que duran 2 ó 3 días, entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre.

b).- Gingivoestomatitis Ulcerosas y Ulceromembranosas.- Esta infección que tiene generalmente amplia repercusión ganglionar, se caracteriza por su unilateralidad regional.

Bercher y Rosseau-Decelle sostiene que ésta afección solo puede aparecer cuando existe disminución de la resistencia local o general.

2.- ACCIDENTES NERVIOSOS.- Es frecuente la presión que el diente ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios o sobre troncos mayores, es posible que origine algias (dolor) de intensidad, tipo y duración variables (neuralgias del trigemino =dolor de un nervio=). Trastornos tróficos (que se refiere a la nutrición de los tejidos) por retenciones dentarias frecuentes, tales como las peladas (fig.10) y canicie (blancura del pelo del hombre).



Fig:10 Pelada dentaria, visible en la región parietal derecha, originada -- por la retención de un canino superior derecho.

Maurel y Cantonnet han observado un caso de ulceración persistente de la cornea en relación con un tercer molar retenido en el límite de la bóveda palatina, en la fosa pterigomaxilar.

Ataques epileptiformes (Carrea y Samengo) trastornos mentales -- han sido comentados por varios autores.

Glässerman (citado por Loos) observó en un caso que ataques epilépticos que se repetían con frecuencia y que eran precedidos por dolores en la region nasal desaparecieron después de la extracción de un diente retenido.

Nodine presenta varios casos de trastornos mentales que eran originados por dientes retenidos.

3.- ACCIDENTES CELULARES.- Thibault y Bercher en sus magníficas descripciones clínicas de la complicación celular de la pericoronitis -- son muy importantes.

Abscesos; La inflamación, para construir el absceso consiguiente, puede tomar varias vías:

Hacia dentro, arriba y atrás.- La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino de intensidad y gravedad variables.

Hacia atrás y arriba.- Entre los fascículos del músculo temporal el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal.

Hacia adentro.- Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos. Entre la cara interna del maxilar y la mucosa y los órganos de la región sublingual el absceso puede ganar el suelo de la boca, situarse entre el músculo milohioideo y las regiones supra o subyacentes dando procesos siempre graves, algunas veces mortales como son:

Angina de Ludwig.

Flemones circunscritos o difusos del piso de la boca.

Hacia afuera y atrás.- Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, suele abrirse camino hacia el músculo masetero.

Hacia afuera y adelante.- La colección purulenta se dirige hacia adelante dando un absceso que lo llamaron J. Ombredanne y C.L. Hirondelet - "migratorio del vestíbulo inferior o absceso buccinatomaxilar". está lleno de tejido celulograsoso y comunica con la zona del tercer molar por el orificio de la gotera buccinatomaxilar.

4.- ACCIDENTES ÓSEOS.- Cabanne en 35 años de práctica ha encontrado muy pocos casos de estos accidentes, pero estos casos son graves como es la osteomielitis, con grandes sequestros.

Algunos sostienen Ombredanne entre ellos que el tercer molar actuaría como un bulto óseo fisiológicamente congestionado. Siguiendo la infección la vía hemática.

Entre estos accidentes está la osteitis (inflamación de los huesos) y osteoflemones.

5.- ACCIDENTES LINFÁTICOS O GANGLIONARES.- Se puede decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares o submaxilares. Se trata por lo general de una adenitis (inflamación de las glándulas linfáticas), que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.

Adenoflemón, la adenitis simple se puede convertir en flemón del ganglio, éste va a estar considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpación y espontáneo con tendencia a la supuración. Es un accidente común.

6.- ACCIDENTES TUMORALES .- Los terceros molares incluidos originan tumores odontogenicos, estos son los quistes dentígeros y los queratequistes, pueden infectarse y dar procesos supurativos de gravedad variable.

TEMA VI

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXTRACCION DE UN TERCER MOLAR INCLUIDO

INDICACIONES:

Se puede decir que una extracción u odontosección está indicada cuando se presenta alguna molestia o algún accidente de los mencionados en el tema cinco.

También se pueden resumir en los siguientes:

- 1.- Cuando hay apiñonamiento.
- 2.- Formación de quistes.
- 3.- Hipoplasia mandibular (falta de crecimiento de la mandíbula)
- 4.- Problemas de oídos (puede haber parálisis glossofaríngea)
- 5.- Pericoronitis por gingivitis ulceronecrosante.
- 6.- Obstrucción del tercer molar segundo.
- 7.- Cualquier enfermedad parodontal no es reversible.

CONTRAINDICACIONES:

Las contraindicaciones se pueden clasificar en dos:

- LOCALES:
- a).- Enfermedades parodontales agudas estreptococcicas.
 - b).- Pericoronitis agudas.
 - c).- Sinusitis maxilares agudas.
 - d).- Procesos malignos después de la extracción, se debe establecer un estudio de rayos

GENERALES PASAJERAS:

- a).- Enfermedades cardíacas, fiebre reumática.
- b).- Anémia.
- c).- Diabetes.
- d).- Hipertiroidismo.
- e).- Ictericia.
- f).- Sífilis.
- g).- Alteraciones de las vías respiratorias altas.
- h).- Vitaminosis.
- i).- Leucemia.
- j).- Leucopenia.

CLASIFICACION Y POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

TERCER MOLAR INFERIOR:

El tercer molar inferior incluido o retenido se presenta en la mandíbula en distintas posiciones y con diferentes desviaciones cada una con su cara mesial libre o cubierta.

Estos detalles permiten estudiar una rigurosa clasificación del tercer molar útil e indispensable para tener éxito quirúrgico.

Así pues tenemos una clasificación muy rigurosa:

I.- POSICION VERTICAL:

A).- SIN DESVIACION:

1.- Cara mesial accesible (fig.11A).- El tercer molar que se encuentra alineado atrás del segundo molar. Con su cara mesial libre de hueso. El hueso distal puede terminar a nivel del cuello del tercero, cubrir su cara o continuarse con el hueso oclusal.

Se observa el paralelismo de los ejes de los molares, falta de superposición coronaria del segundo y el tercer molar, coincidencia de las cúspides bucales y linguales, por lo que la cara oclusal del tercero y demás molares no se observa y la presencia de una figura triangular entre el tercero y el segundo molar (no existe hueso mesial) que es el espacio donde se va a introducir el instrumento para realizar la exodoncia.

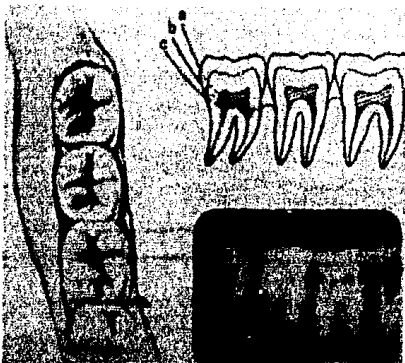


Fig:11A. Posición vertical (ejes de segundo y tercer molares paralelos). En estos grupos de figuras, como en todos los que siguen referentes a la posición del tercer molar, los esquemas superiores son radiográficos. Se acompaña asimismo la radiografía de cada posición. Cara mesial accesible (libre de hueso mesial). En el esquema radiográfico, a, b y c señalan las distintas alturas a que puede llegar el hueso.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.11B).- De iguales características anatómicas que el anterior. La diferencia está que la cara mesial está cubierta por hueso, así como también pueden estar cubiertas las otras caras del molar haciendo que el tercer molar esté en retención ósea parcial o total.

Nos vamos a encontrar la figura triangular por lo que es --- inaccesible.

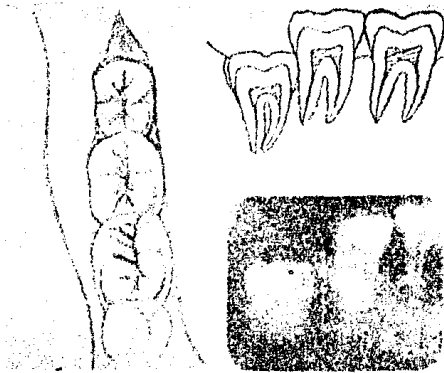


Fig:11B. Posición vertical cara mesial inaccesible (cubierta por hueso mesial) perfectamente identificable en este estudio radiográfico. Este caso exigirá una rigurosa osteotomía.

B).- CGH DESVIACION:

1.- Cara mesial accesible (fig.12A).- Está dirigido el tercer molar hacia afuera (lado bucal del maxilar), el hueso mesial se detiene a nivel del cuello dejando su cara mesial aún cuando podemos encontrar cubiertas sus caras homónimas.

Puede estar parcialmente cubierto por mucosa estando sus cúspides descubiertas. O totalmente cubierto por mucosa.

Encontramos superposición coronaria o coronariorradicular de tercer y segundo molar que es variable, la cara oclusal no es visible. El espacio interdentario puede adquirir formas variables y aún no ser visible.

Pero se puede identificar el acceso a la cara mesial

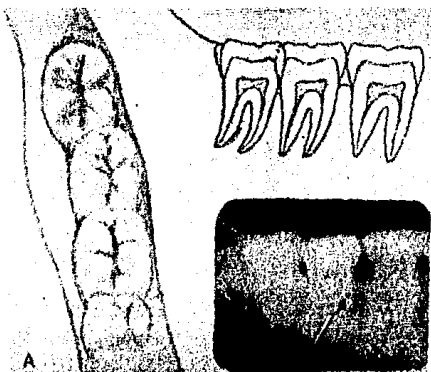


Fig.12A. Posición vertical, -- desviación bucal (superposición de las imágenes coronarias de segundo y tercero y ausencia de la imagen del tercero). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.12B).- La diferencia que hay con el anterior es que la cara mesial está cubierta por hueso mesial (no hay espacio interdentario). A veces lo vamos a encontrar en retención intraósea parcial o total ocasionada por los huesos vecinos.

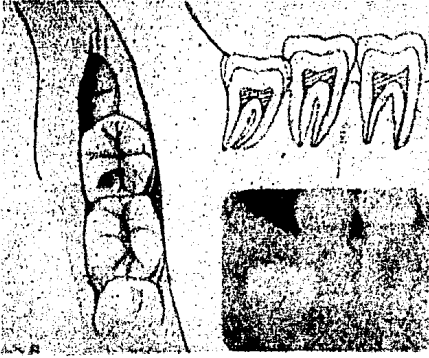


Fig.12B. Posición vertical con desviación. Cara mesial inaccesible.

C).- CON DESVIACION LINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.13A).- El molar esta dirigido hacia adentro siendo su cara oclusal francamente lingual o sea que la cara oclusal la encontramos dirigida hacia la lengua y sus raices hacia la tabla externa. La cara mesial libre de hueso mesial pero puede estar cubierto en sus caras oclusal, distal, lingual y bucal en variables cantidades.

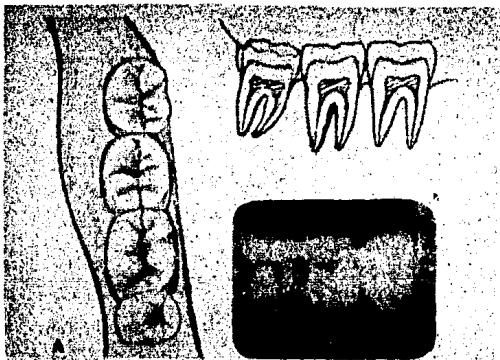


Fig.13A. Posición vertical, desviación lingual (clínicamente cara lingual por dentro del plano lingual; radiográficamente inversión de los signos de desviación bucal, o sea, falta de superposición de las imágenes coronarias y presencia de la imagen de la cara oclusal del tercero). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.13B).- Semejante al anterior, su diferencia es que la cara mesial está cubierta por hueso mesial (no hay espacio interdentario) encontramos que los huesos vecinos cubren las caras bucal, lingual, distal y oclusal que por regla general estos molares son intraóseos.

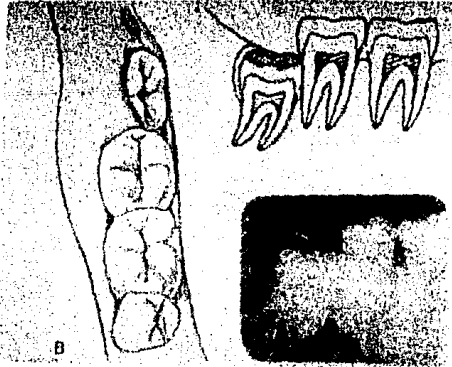


Fig.13B. Posición vertical, desviación lingual. Cara mesial accesible.

D).- CON DESVIACION BUCOLINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.14A).- Lo encontramos verticalmente pero dirigido a la tabla externa (bucal) y la cara oclusal desviada a lingual. cara mesial libre de hueso mesial. Al desviarse a bucal la parte media del ángulo mesiooclusal está en contacto con el distobucal de la corona del segundo molar y aún con su raíz. Clínicamente están cubiertos por mucosa o en algunos casos solo se asoma la cuspi de mesiobucal.

Existe espacio interdentario.

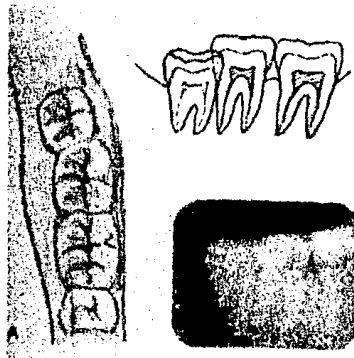


Fig. 14 A. Posición vertical, desviación bucolingual (clínicamente molar desviado hacia bucal, con cara oclusal dirigida hacia la lengua; radiográficamente se combina superposición de imágenes coronarias, con imagen de la cara oclusal del tercero). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.14B).- Su diferencia está en -- que la cara mesial está cubierta por hueso mesial y los huesos veci_ nos cubren las distintas caras hasta el extremo de que los molares -- esten en retención intraósea total.

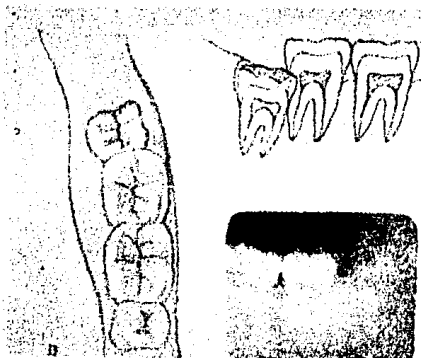


Fig.14B. Posición vertical, desviación bucolingual. Cara mesial inaccesible.

II.- POSICION MESIOANGULAR:

A).- SIN DESVIACION:

1.- Cara mesial accesible (fig.15A).- El eje mayor del tercer molar forma con el segundo un ángulo agudo abierto hacia abajo. La cara mesial libre de hueso mesial. Los huesos bucal, lingual y oclusal pueden cubrir en parte las caras respectivas. En retenciones más profundas el hueso distal protege en parte la cara homónima. La mucosa puede cubrir todas las caras del molar dejando libre a la oclusal o solo visibles las cuspides bucales. El espacio interdentario es identificable.

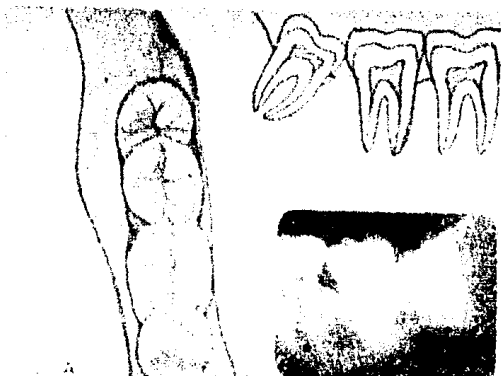


Fig.15A. Posición mesioangular, -- (ejes mayores de segundo y tercer molares en ángulo agudo abierto hacia abajo). Sin desviación (clínicamente molar contenido dentro de los planos bucal y lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y ausencia de la cara oclusal del tercero)

2.- Cara mesial inaccesible (fig.15B).- La cara mesial está protegida por hueso, sus caras vecinas pueden estar parcial o totalmente cubiertas por hueso.

Radiográficamente no se observa el espacio interdentario.

En retención profunda el hueso oclusal cubre la cara homónima -- del molar.

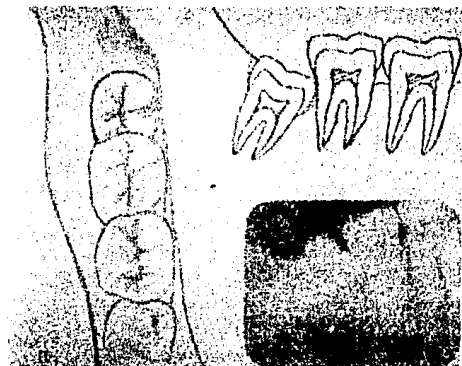


Fig.15B. Posición mesioangular. Cara mesial inaccesible. Ejes mayores de segundo y tercer molares en ángulo agudo abierto hacia abajo, sin desviación.

B).- CON DESVIACION BUCAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.16A).- Su angulación es igual que el anterior, pero su masa está dirigida hacia el lado bucal. El hueso mesial deja libre la cara respectiva. El hueso distal como llega insensiblemente hasta su cuello o cubre la cara respectiva y se continúa en grado variable con el oclusal. Clínicamente se presenta por lo general con su cara oclusal libre de mucosa o bien de mucosa o bien cubre su tercio distal.

La angulación radiográficamente es aguda, abierta hacia abajo. El espacio interdentario es triangular en el que se presentan procesos patológicos.

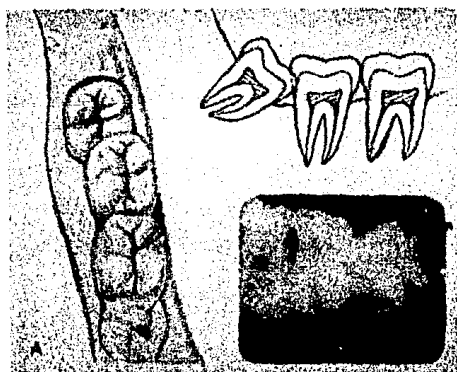


Fig.16A. Cara mesial accesible. Posición mesioangular, desviación bucal (clínicamente molar proyectado hacia bucal; radiográficamente superposición de imágenes coronarias y ausencia de la imagen de la cara oclusal del tercero)

2.- Cara mesial inaccesible (fig.16B).- Es más frecuente que el anterior. El hueso mesial cubre la cara homónima del molar, que puede estar en retención ósea y por lo mismo cubierto por mucosa.

No es visible el espacio interdentario.



Fig.16B. Posición mesioangular, desviación bucal. Cara mesial inaccesible. (clínicamente molar proyectado hacia bucal; radiográficamente superposición de imágenes coronarias y ausencia de la imagen de la cara oclusal del tercero).

C).- CON DESVIACION LINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.17A).- Con la angulación antes mencionada y la cara oclusal dirigida hacia lingual. La cuspe mesio bucal del tercero está colocada a nivel del centro de la cara distal del segundo molar. El hueso mesial deja libre la cara mesial.

Clínicamente está totalmente cubierto por mucosa y es raro que alguna parte pueda emerger en la cavidad bucal.

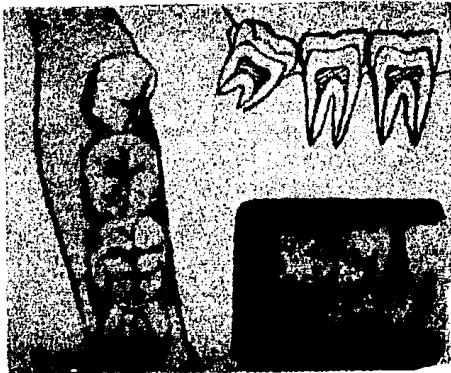


Fig 17A.Posición mesioangular, desviación lingual, cara mesial accesible. (Clínicamente molar proyectado hacia lingual; radiográficamente falta de superposición de la imágenes coronarias y presencia de la imagen de la cara oclusal del tercero).

2.- Cara mesial inaccesible (fig. 17B).- La cara mesial está cubierta por el hueso homónimo, el hueso oclusal puede llegar hasta el ángulo bucooclusal o rebasarlo para continuarse con el oclusal que cubre parcial o totalmente su cara oclusal.

Clínicamente cubiertos por mucosa.

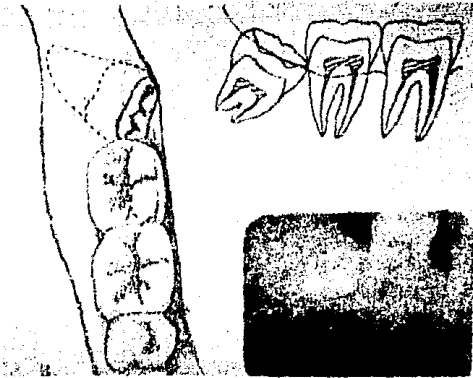


Fig.17B. Posición mesioangular, desviación lingual, cara mesial inaccesible. (clínicamente molar proyectado hacia lingual; radiográficamente falta de superposición de las imágenes coronarias y presencia de la imagen de la cara oclusal del tercero. Cámara pulpar y raíces del tercero acortadas.

D).- CON DESVIACION BUCOLINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.18A).- Son raros en la práctica. Están dirigidos de atrás a adelante, de abajo a arriba y de fuera a adentro. Por lo que su cara oclusal está desviada al lado lingual por lo que el ángulo diedro mesiooclusal de la corona está en contacto con el ángulo distobucal de la corona del segundo molar.

Clínicamente están cubiertos totalmente de mucosa o alguna cúspide queda al descubierto.

Son difíciles de ser concebidos anatómicamente e interpretados radiográficamente. Pero si se puede observar que la cara mesial está libre de hueso mesial. Pero generalmente es inaccesible.

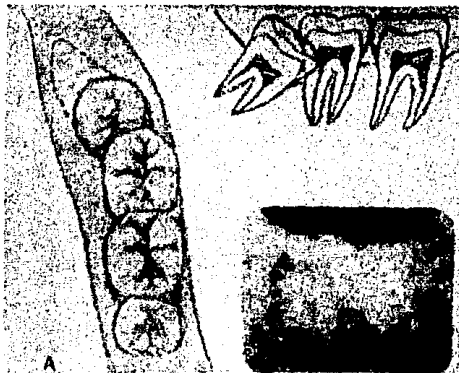


Fig.18A. Posición mesioangular desviación bucolingual. Cara mesial accesible (clínicamente el molar desviado hacia bucal, la línea punteada delinea la desviación radicular, con cara oclusal dirigida hacia la lengua radiográficamente combina superposición de imágenes coronarias con imagen de la cara oclusal del tercero.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.18B).- La cara mesial está cubierta por hueso mesial. El punto medio del ángulo mesiooclusal del tercero puede ponerse en contacto con distintas porciones del segundo molar: -- Con el ángulo distobucal de la corona -- El cuello por debajo de la curvatura de la cara distal -- Con el ángulo distobucal de la raíz distal

Esto va a hacer que el molar retenido tenga un sólido anclaje. Se pueden presentar en total retención intraósea. Clínicamente están en su mayoría cubiertos por mucosa.

Créan quirúrgicamente problemas muy serios derivados de la frecuencia con que el ángulo mesiooclusal de la corona del tercero -- que se sitúa por debajo del cuello del segundo.

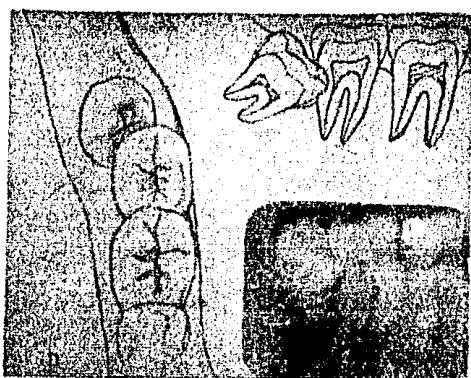


Fig.18B. Posición mesioangular, desviación bucolingual (clínicamente -- el molar desviado hacia bucal con -- cara oclusal dirigida hacia la lengua, radiográficamente combina su superposición de imágenes coronarias con imagen de la cara oclusal del -- tercero. Cámara pulpar y raíces del tercero algo acortadas).

III.- POSICION HORIZONTAL:

A) SIN DESVIACION: .

1.- Cara mesial accesible (fig.19A).- Situado horizontalmente en el maxilar, su eje mayor, forma con el segundo un ángulo recto abierto hacia abajo y atrás. Su cara mesial libre de hueso homónimo.

Sin embargo son poco frecuentes.

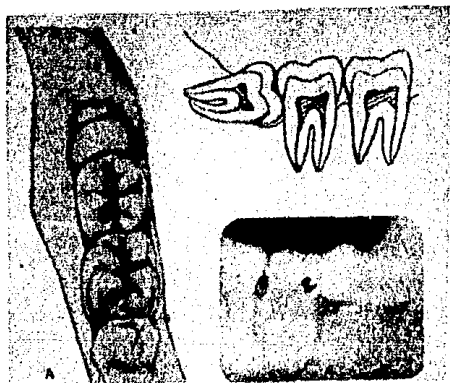


Fig.19A. Posición horizontal (ejes -- mayores de segundo y tercer molares en ángulo recto, sin desviación (clínicamente molar "contenido" dentro -- de los planos bucal y lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y ausencia de la imagen de la cara oclusal del -- tercero). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig. 19B).- Su diferencia reside en la altura en que se encuentra la cara mesial:

- a) Por debajo de la línea cervical del segundo molar.
- b) Y en presencia de hueso ésta cara , lo cual la hace inaccesible.

Estos molares presentan las demas caras cubiertas parcialmente o totalmente por hueso ofreciendo una retención intraósea total o -
están al descubierto sus cuspides distales.

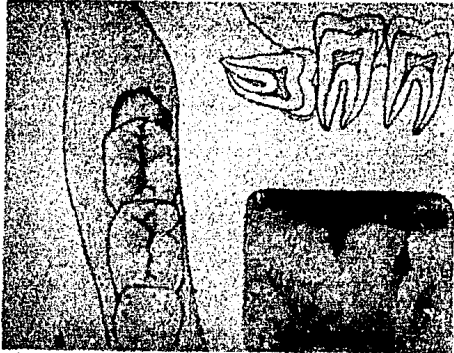


Fig.19B. Posición horizontal sin --
desviación. Cara mesial inaccesible
Radiograficamente falta de superpo-
sición de imagenes coronarias y au-
sencia de la imagen de la cara oclú-
sal del tercero.

B) CON DESVIACION BUCAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.20A).- Se encuentra con angula-
ción similar al anterior pero su masa dirigida hacia bucal.

En estas condiciones una parte de la corona del tercero se su-
perpone a un segmento de la corona del segundo.

Cara mesial libre de hueso mesial. Se úbica debajo del plano -
cervical de los molares vecinos.

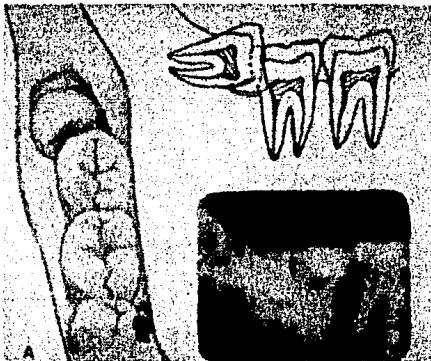


Fig.20A. Posición horizontal, desvi-
ación bucal (clínicamente molar pró-
yectado hacia bucal; radiografica-
mente superposición de imagenes co-
ronarias o coronariorradicular y au-
sencia de la imagen de la cara oclú-
sal del tercero).Cara mesial accesí-
ble.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.20B).- La diferencia está que el molar reside más profundamente. Su cara distal por debajo del plano oclusal con relación a los demás molares.

Su cara mesial cubierta por hueso homónimo, se encuentra próxima, a nivel o por debajo de los ápices del segundo molar.

Puede estar parcial o totalmente cubierta por hueso vecino y por partes blandas.

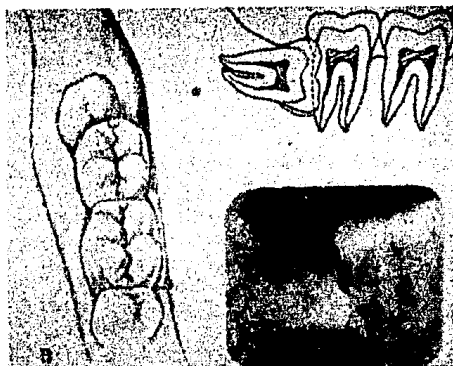


Fig.20B. Posición horizontal, desviación bucal clínicamente molar proyectado hacia bucal; radiográficamente superposición de imágenes coronarias o coronariorradicular (señalada esta última con estrellita) y ausencia de la imagen de la cara oclusal del tercero. Cara mesial inaccesible.

C). CON DESVIACION LINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.21A).- Forma con el segundo el ángulo que le corresponde. Pero su eje mayor se presenta dirigido de atrás a adelante y de afuera a adentro. No es una forma común de ubicación del molar.

No son extraños los procesos patológicos a nivel del espacio interdentario.

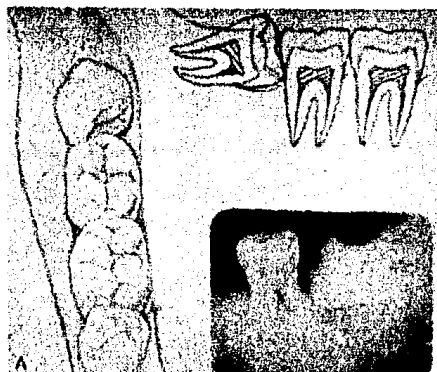


Fig.21A. Posición horizontal, desviación lingual (clínicamente molar proyectado hacia lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y presencia de la imagen de la cara oclusal). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.21B).- En estos molares su cara mesial está cubierta por hueso mesial y generalmente las demas -- también estan cubiertas por hueso. Se trata de molares profundamente colocados.

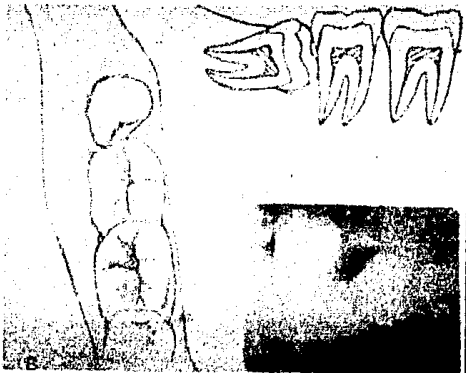


Fig.21B. Posición horizontal, desviación lingual (clínicamente molar proyectado hacia lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y presencia de la imagen de la cara oclusal). Cara mesial inaccesible.

D) CON DESVIACION BUCCLINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.22A).- Posición y desviaciones difíciles de ser interpretadas.

Son los que originan más dificultades operatorias. El molar retenido con su angulación propia de su posición está dirigido hacia bucal y su cara oclusal hacia lingual; lo cual significa un sólido anclaje.

Desde el punto de vista radiográfico tiene características de las desviaciones bucolinguales:

- a) Angulo recto, tercero y segundo molar.
- b) Superposición segmentaria de sus coronas.
- c) Presencia de la cara oclusal del tercero.

Cara mesial libre de hueso. No es común esta retención.



Fig.22A. Posición horizontal, desviación bucolingual (clínicamente la corona del tercero está desviada hacia bucal, con la cara oclusal hacia la lengua; radiográficamente combina la superposición de imágenes coronarias con la imagen de la cara oclusal del tercero). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.22B).- Cara mesial cubierta -- por hueso mesial. Generalmente la retención intraósea es total y también hay cubierta mucosa.

la cara oclusal está en íntimo contacto con el ángulo distobuccal del segundo, su cara distal se encuentra por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y la cara mesial a la altura o por debajo del ápice del segundo molar.

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

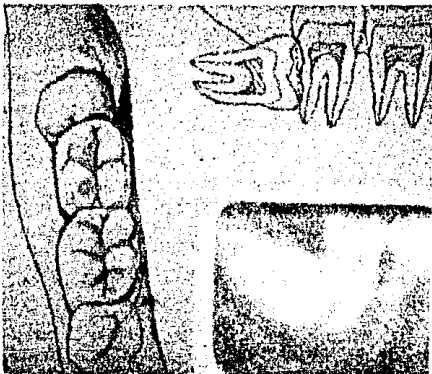


Fig.22B. Posición horizontal, desviación bucolingual (clínicamente la corona del tercero está desviada hacia bucal, con la cara oclusal dirigida hacia la lengua; radiográficamente -- combina la superposición de imágenes coronarias con la imagen de la cara oclusal del tercero). Cara mesial -- inaccesible.

IV.- POSICION DISTOANGULAR:

A) SIN DESVIACION:

1.- Cara mesial accesible (fig.23A).- El eje mayor del tercero forma con el segundo un ángulo abierto hacia atrás en tanto que la corona del tercero está dirigida hacia la rama ascendente.

La cara mesial libre de hueso. El hueso distal cubre la cara distal, pero con interposición del saco pericoronario.

Por la inclinación distal existe un espacio variable entre la cara distal de la corona y la raíz del segundo y cualquier porción del tercero.

El detalle de interés está en el ángulo distooclusal del tercero, cubierto generalmente por hueso oclusal, constituye el punto de anclaje, obstáculo insalvable si no se elimina o no se secciona el molar.

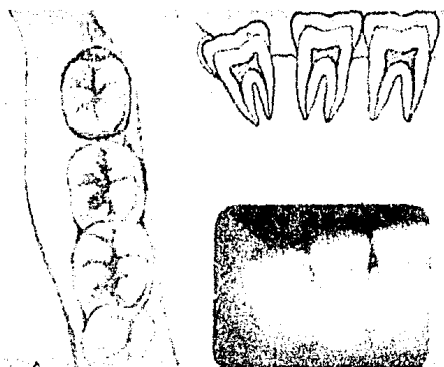


Fig. 23A. Posición distoangular (ejes mayores de segundo y tercer molares - en ángulo abierto hacia arriba y atrás sin desviación (clínicamente molar "contenido" dentro de los planos bucal y lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y ausencia de la imagen de la cara oclusal del tercero). cara mesial accesible.



2.- Cara mesial inaccesible (fig.23B).- Se presenta frecuentemente y es un serio problema quirurgico.

Su diferencia con el anterior está en la cubierta ósea de toda la cara mesial. En su mayoría son molares en retención intraósea total. El espacio interdentario existente en razón de la angulación dada por la posición distoangular tiene la forma de una "U" o "V" variable según el grado de desviación.

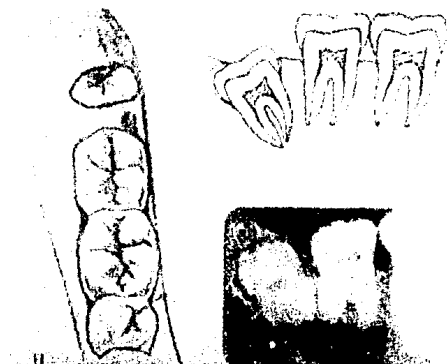


Fig.23B. Posición distoangular. Cara mesial inaccesible. Sin desviación - (ejes mayores de segundo y tercer molares en ángulo abierto hacia arriba y atrás. Clínicamente molar contenido dentro de los planos bucal y lingual; radiográficamente falta de superposición de imágenes coronarias y ausencia de la imagen de la cara oclusal del tercero.



B) CON DESVIACION BUCAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.24A).- Presenta una doble inclinación en su eje mayor, este forma con el del segundo un ángulo abierto hacia arriba y atrás, pero al mismo tiempo se desvía hacia afuera (bucal) porque no se desplaza en bloque hacia el vestibulo, sino

que los ápices están aproximadamente en la línea curva que une los -
ápices del primero y segundo molar.

Cara mesial libre de hueso mesial.

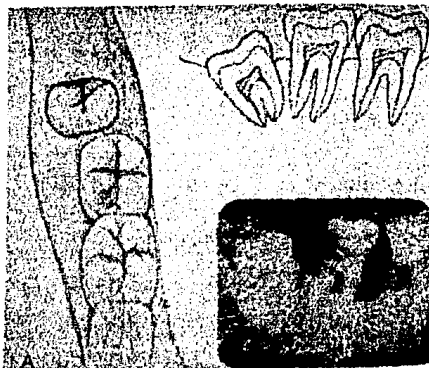


Fig.24A. Posición distoangular, desviación bucal (clínicamente el molar -- proyectado hacia bucal; radiográficamente no hay superposición de imágenes en este caso--como debiera por ser desviación bucal). Cara mesial accesible.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.24B).- La diferencia está en -
la falta de acceso a la cara mesial cubierta por hueso homónimo. Por lo general está en retención intraósea total.



Fig.24B. Posición distoangular, desviación bucal. Cara mesial inaccesible (clínicamente el molar proyectado hacia bucal; radiográficamente en este caso no hay superposición de imágenes como debiera por ser desviación bucal puesto que el molar retenido está alejado distalmente, pero existe el otro signo, o sea, ausencia de la imagen - de la cara oclusal).

C) CON DESVIACION LINGUAL:

1.- Cara mesial accesible (fig.25).- Además de su angulación correspondiente el tercer molar presenta su eje mayor desviado hacia - el lado lingual por lo que la cara oclusal está hacia la lengua. Es relativamente común. La cara mesial libre de cubierta ósea.

2.- Cara mesial inaccesible (fig.25).- La diferencia está en que están cubiertos por hueso (retención intraósea total) y lo están también por la mucosa.

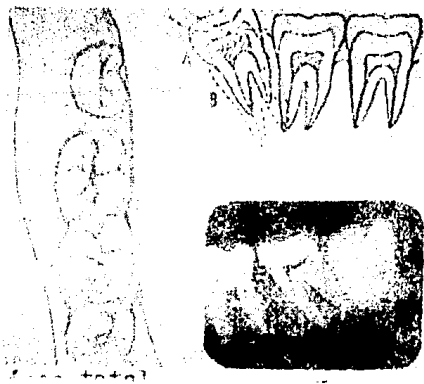


Fig. 25. Posición distoangular, desviación lingual (clínicamente corona del tercero desviada hacia lingual, como se observa en la figura del caso clínico); cara mesial accesible; radiográficamente presencia de la imagen de la cara oclusal del tercer molar que en A del esquema, línea — continua ilustra el caso de cara mesial accesible y en B cara mesial inaccesible; hay falta de superposición de imágenes coronarias.

V.- POSICION LINGUOANGULAR:

Cara mesial accesible o inaccesible (fig.26).- Bastante frecuentes en la práctica diaria. Presentan su eje mayor horizontal, dirigido de afuera a adentro de modo que la cara oclusal que es vertical, esta dirigida hacia lingual. Son más frecuentes los de cara mesial inaccesible.

Generalmente sus raices no estan totalmente formadas. Cubierta ósea total.

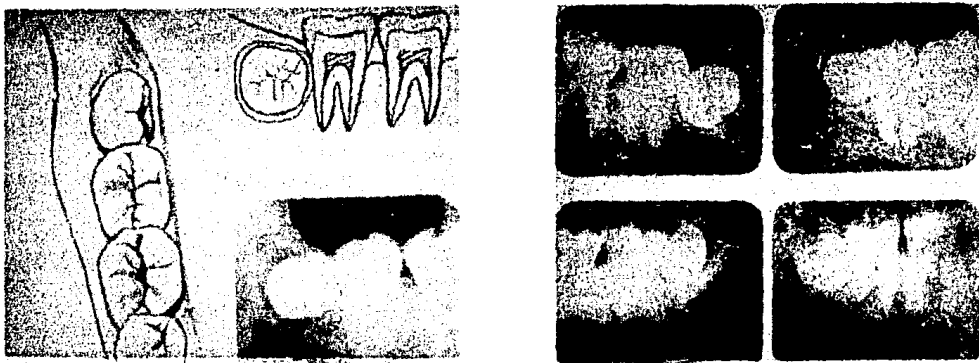


Fig. 26. Posición linguoangular (clínicamente cara oclusal dirigida hacia la lengua; en la figura del caso clínico se esquematiza un tercero — con cara mesial accesible; radiográficamente imagen discoidea de la corona. Cara mesial inaccesible.

VI.- POSICION BUCOANGULAR:

Cara mesial accesible o inaccesible (fig. 27).- Es una forma excepcional, su eje mayor horizontal, pero dirigido de adentro a afuera, permite a la cara oclusal dirigirse a la cara externa o vestibular del maxilar.

Están en retención intraósea total, con la cara mesial inaccesible.

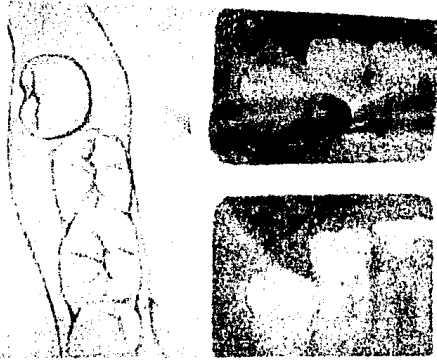


Fig.27. Posición bucoangular (clínicamente cara oclusal dirigida hacia el lado bucal; radiográficamente cara oclusal dirigida hacia el lado lingual; en radiografías diferentes). Las de la figura son linguales, inaccesibles.

VII.- POSICION PARANORMAL:

Invertida, Ectópica, Heterotópica (fig.28).- En el caso de la figura la cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia el condilo.

Otros pueden encontrarse cerca del cóndilo de la apófisis coronoides o en las vecindades del ángulo.

Se encuentran acompañados de procesos patológicos (quistes dentigeros).

Todos con la cara mesial inaccesible.

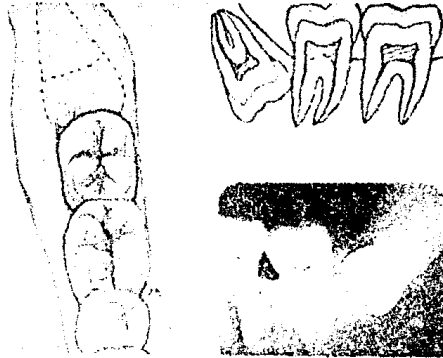


Fig. 28. Posición paranormal (ejes mayores de segundo y tercer molares-en este caso-en ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás)(clínicamente, en punteado, la supuesta posición paranormal; radiográficamente cara oclusal dirigida hacia el borde inferior del maxilar y las raíces inversamente).

TERCER MOLAR SUPERIOR

Al igual que el inferior el superior es susceptible a la retención por lo que se clasifica con fines quirúrgicos.

Sus variaciones son menores. Su retención puede ser intraósea o submucosa (fig.29) en este pueden estar total o parcialmente retenidos.

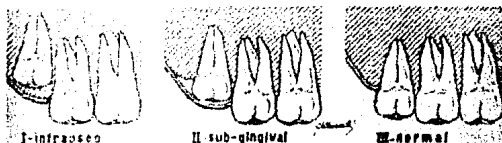


Fig.29. Distintos tipos en puede presentarse la retención del tercer molar superior.

Siendo su clasificación la siguiente:

I.- POSICION VERTICAL:

(Fig.30A y 31A).El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

II.- POSICION MESIOANGULAR:

(Fig.30B y 31B). El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En ésta la raíz está íntimamente relacionada con la apófisis pterigoides.

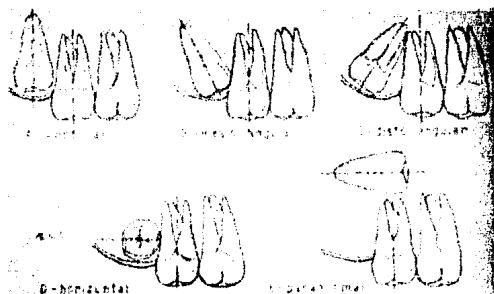


Fig.30A,B,C,D,E. Variaciones en el eje mayor del tercer molar - superior retenido."A"retención vertical;"B"retención mesioangular;"C"retención distoangular-"D"retención horizontal (corona hacia el lado bucal);"E"retención paranormal (distintas disposiciones.).

III.- POSICION DISTOANGULAR:

(Fig.30C y 32C). El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal o triturante dirigida hacia la apófisis pterigoides con la que puede estar en contacto.

IV.- POSICION HORIZONTAL:

Se subdivide en dos: 1.- (Fig.30D)El molar está dirigido hacia el carrillo con lo cual al estar en contacto ocasiona accidentes.

2.- (Fig.33) La cara oclusal del molar se dirige hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal o estar en forma paralela a la arcada con la cara oclusal hacia mesial o distal.

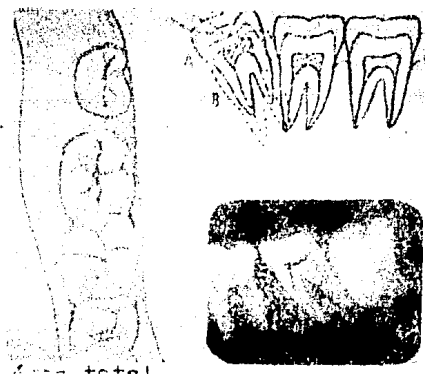


Fig. 25. Posición distoangular, desviación lingual (clínicamente corona del tercero desviada hacia lingual, como se observa en la figura del caso clínico); cara mesial accesible; radiográficamente presencia de la imagen de la cara oclusal del tercer molar que en A del esquema, línea continua ilustra el caso de cara mesial accesible y en B cara mesial inaccesible; hay falta de superposición de imágenes coronarias.

V.- POSICION LINGUOANGULAR:

Cara mesial accesible o inaccesible (fig.26).- Bastante frecuentes en la práctica diaria. Presentan su eje mayor horizontal, dirigido de afuera a adentro de modo que la cara oclusal que es vertical, esta dirigida hacia lingual. Son más frecuentes los de cara mesial inaccesible.

Generalmente sus raices no estan totalmente formadas. Cubierta ósea total.

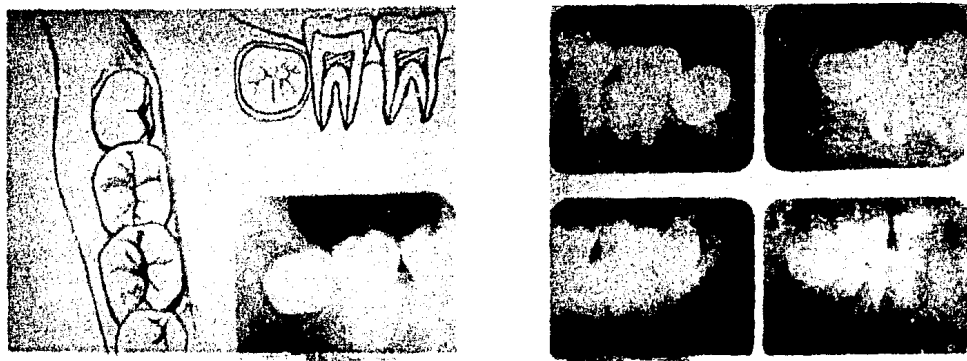


Fig. 26. Posición linguoangular (clínicamente cara oclusal dirigida hacia la lengua; en la figura del caso clínico se esquematiza un tercero con cara mesial accesible; radiográficamente imagen discoidea de la corona. Cara mesial inaccesible.

VI.- POSICION BUCOANGULAR:

Cara mesial accesible o inaccesible (fig. 27).- Es una forma excepcional, su eje mayor horizontal, pero dirigido de adentro a afuera, permite a la cara oclusal dirigirse a la cara externa o vestibular del maxilar.

Están en retención intraósea total, con la cara mesial inaccesible.

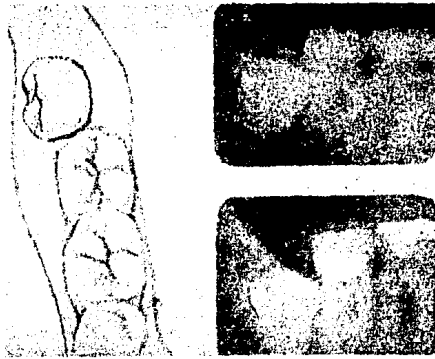


Fig.27. Posición bucoangular (clínicamente cara oclusal dirigida hacia el lado bucal; radiográficamente imagen discoidea de la corona, igual que en la posición linguoangular y diferenciable en radiografías oclusales; las de la figura son linguales, inaccesibles).

VII.- POSICION PARANORMAL:

Invertida, Ectópica, Heterotópica (fig.28).- En el caso de la figura la cara oclusal está dirigida hacia la zona basal del maxilar y sus raíces hacia la apófisis coronoides o hacia el condilo.

Otros pueden encontrarse cerca del cóndilo de la apófisis coronoides o en las vecindades del ángulo.

Se encuentran acompañados de procesos patológicos (quistes dentigeros).

Todos con la cara mesial inaccesible.

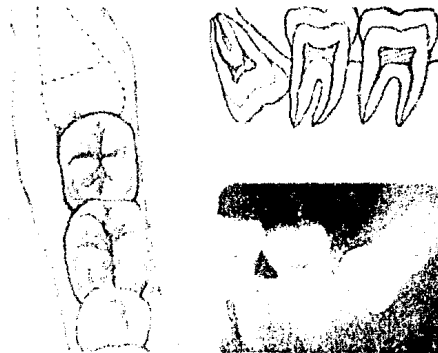


Fig. 28. Posición paranormal (ejes mayores de segundo y tercer molares-en este caso-en ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás)(clínicamente, en punteado, la supuesta posición paranormal; radiográficamente cara oclusal dirigida hacia el borde inferior del maxilar y las raíces inversamente).

TERCER MOLAR SUPERIOR

Al igual que el inferior el superior es susceptible a la retención por lo que se clasifica con fines quirúrgicos.

Sus variaciones son menores. Su retención puede ser intraósea o submucosa (fig.29) en este pueden estar total o parcialmente retenidos.

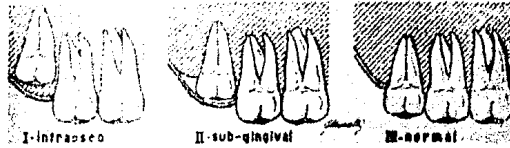


Fig.29. Distintos tipos en puede presentarse la retención del tercer molar superior.

Siendo su clasificación la siguiente:

I.- POSICION VERTICAL:

(Fig.30A y 31A).El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

II.- POSICION MESIOANGULAR:

(Fig.30B y 31B). El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En ésta la raíz está íntimamente relacionada con la apófisis pterigoides.

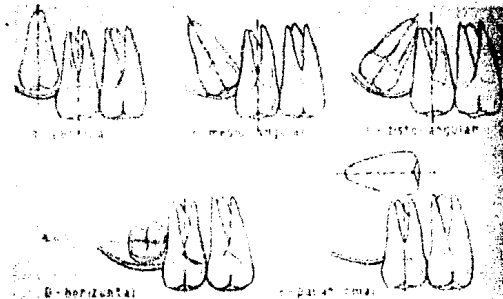


Fig.30A,B,C,D,E. Variaciones en el eje mayor del tercer molar superior retenido. "A"retención vertical; "B"retención mesioangular; "C"retención distoangular - "D"retención horizontal (corona hacia el lado bucal); "E"retención paranormal (distintas diposiciones.).

III.- POSICION DISTOANGULAR:

(Fig.30C y 32C). El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal o triturante dirigida hacia la apófisis pterigoides con la que puede estar en contacto.

IV.- POSICION HORIZONTAL:

Se subdivide en dos: 1.- (Fig.30D)El moalr está dirigido hacia el carrillo con lo cual al estar en contacto ocasiona accidentes.

2.- (Fig.33) La cara oclusal del molar se dirige hacia la bóveda palatina o presentarse horizontal o estar en forma paralela a la arcada con la cara oclusal hacia mesial o distal.



Fig.31A y B Terceros molares superiores retenidos."A" posición vertical (tercer molar presenta enanismo coronario y radicular)"B" posición mesioangular (íntima relación del molar con el seno maxilar).

V.- POSICION PARANORMAL:

(Fig.30E;34;35)El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se encuentran es ésta clasificación.

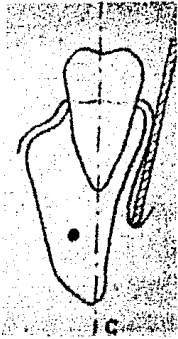


Fig.32C. Colocación de la película radiográfica en la boca Inclínada de arriba abajo y hacia adentro y afuera.



Fig.33. Tercer molar superior haciendo erupción en la bóveda palatina

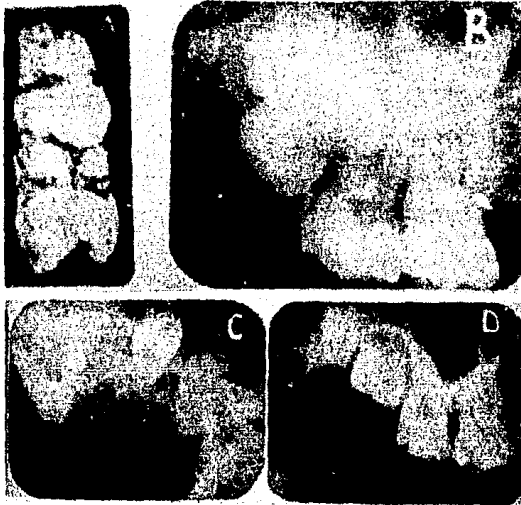


Fig.34A,B,C,D.A,molar retenido - sobre ápices del segundo.B, tercer y cuarto molar retenidos.C, molar superior retenido en posición paranormal.D, tercer molar retenido con raíces incompletas, rodeado por saco pericoronario.



Fig. 35. Radiografías del tercer molar en posición horizontal (con mayor precisión puede denominarse paranormal). Nótese la proximidad de ambos terceros con la tuberosidad.

TEMA VIII

P R E O P E R A T O R I O
+++++

Toda operación quirúrgica que se realiza en el organismo requiere de una preparación previa para poner al organismo en las mejores condiciones para que soporte la intervención (a excepción de las operaciones de urgencia).

Aún las operaciones de cirugía bucal no escapa a estas necesidades, pero por tratarse generalmente de un paciente con afección local, por lo que la preparación que se requiere es menor que las habituales para cirugía general.

Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica el preoperatorio es el conjunto de consideraciones y medidas a efectuarse con referencia a la región a intervenir. Se parte de la base de que en nuestra especialidad nos llega el paciente en un estado general normal aún cuando no sea un hombre sano en toda la extensión de la palabra.

En caso de tratarse de un paciente con una afección general o como complicación de su enfermedad bucal debe ser tratado por su médico clínico, para que esté en condiciones como para poder realizar la intervención.

Tal tratamiento escapa a nuestros propósitos.

Pero sí debemos realizar nuestros propios estudios como es una Historia Clínica con la cual nos podemos enterar si hay algo anormal, no solo en la zona bucal sino en general. Estudios de laboratorio que son muy necesarios por su importancia al igual que los estudios radiológicos.

Con todo esto nos podemos orientar hacia la existencia o ausencia de patología capaz de comprometer el éxito de una intervención o que la torne muy riesgosa.

Para lograr el éxito total debemos realizar una historia clínica lo más completa posible al igual que los demás requisitos, a continuación se da una muestra de una historia clínica de las muchas maneras que se pueden realizar.

HISTORIA CLINICA:

A) FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente	Ocupación
Edad	Dirección
Sexo	Fecha
Estado Civil	Lugar de Origen

B) ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS:

Padres	Hijos (número)
Esposa (o)	Hermanos (número)

Colaterales más cercanos (ya que pueden haber enfermedades hereditarias como: Diabetes, sífilis hereditaria; enfermedades infecciosas - como: Cancer, tuberculosis, leucemia).

C) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Investigar higiene personal	Escolaridad
Habitación	Hábitos (Principalmente alcoholismo y tabaquismo)
Lugar o lugares de origen	

D) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades propias de la infancia	Tuberculosis
Parasitosis	Sífilis hereditaria o adquirida
Infarto del miocardio	
Intervenciones quirúrgicas mayores o menores	
Antecedentes de transfusiones	Rh
Tipo de sangre	

Antecedentes de tratamientos médicos, si está o estuvo bajo control médico, medicamentos que tomó o toma, dosis.

Antecedentes de traumatismos, ver si dejó secuela y estado actual de la misma.

Inmunizaciones (niños)

Antecedentes alérgicos (alimentos y medicamentos)

Enfermedades que se relacionan con el padecimiento actual.

E) PADDECIMIENTO ACTUAL:

Motivo por el cual va consulta	Síntomas principales
Descripción y análisis de cada síntoma	Causa aparente
Evolución de los síntomas	Estado actual de los <u>síntomas</u>

Los síntomas pueden ser objetivos y/o subjetivos tomas

Subjetivos.- Solamente el paciente los puede relatar. Pero - por medio del interrogatorio se descubre un síntoma subjetivo característico que es el dolor que puede ser provocado o espontáneo.

Provocado: Puede ser a cambios de posición, cambios térmicos, ingestión de alimentos, etc.

Expontáneo: Puede ser punzante, lacerante, ardoroso, contínuo e intermitente.

Objetivos.- Se debe ver primero la localización de la lesión si es local o general, color, forma, tamaño, consistencia, superficie que guarda (lisa, elevada, etc.).

F) INTERROGATORIO POR APARATOS:

1.- Aparato Digestivo.- Investigar el tránsito esofágico y gástrico intestinal, si son normales, si hay disfagia (dificultad o imposibilidad de tragar) anorexia (inapetencia, falta anormal de ganas de comer) Si percibe bien el sabor de los alimentos. Cantidad de agua que se toma (un litro de agua por cada 20 Kg. de peso). Si hay molestia al tomar algún alimento, si hay agruras, náuseas, eructo, dolor, vómito -- (mañana, tarde, antes o después de la comida) ver consistencia. Si hay dolor de estómago (lugar, irradiación, flatulencia (gases en abundancia)) cólicos, dolor al obrar (evacuación, consistencia, color, olor) si hay parásitos, pus, sangre, número de evacuaciones diarreicas.

2.- Aparato Respiratorio.- Si hay dificultad al paso del aire por vías respiratorias altas (nariz). Si tose frecuentemente o solo por accesos, si al desgarrar lo hace con sangre (abundante, color, olor, cantidad).

Desde este punto de vista se puede estudiar la disnea (dificultad para respirar (por el número de respiraciones persona normal de 16 a 20 puede aumentar Taquibnea o disminuir Bradibnea)) puede ser ligera mediana o intensa.

3.- Aparato Cardiovascular.- Si hay palpitaciones (que son consecuencia del esfuerzo (pueden ser a pequeños, medianos o grandes esfuerzos) si es normal la persona no va a tener mayores consecuencias). Si hay sofocación y fatiga al caminar. Si hay inflamación en algunas partes del cuerpo, ver (color, consistencia y la hora en que se agudiza, mañana, tarde, noche). Si ha tomado su cuerpo una coloración especial (alguna parte del cuerpo que este morada) si sufre vertigos, desfallecimientos. Si hay cefaleas constantemente (dolor de cabeza). Si se le duerme alguna parte del cuerpo (parestisia). Si tiene zumbido de oído (trinitus auris).

4.- Sistema Genito Urinario.- Preguntar cuantas veces realiza la mixión, si es en la noche, cantidad, olor, color, dolor al realizar la mixión, si sale con sangre al principio o final, dolor son sensación de quemadura al realizarla, si después de terminar hay sensación de --

hacer más.

5.- Sistema Nervioso.- Debemos investigar la motividad. Si los reflejos son normales. Si no ha habido parálisis. Si duerme bien, si lo hace en el día. Si ve, olle, huele bien. Si es irritable o se angustia con facilidad.

6.- Sistema Endocrino.- Investigar sobre la diabetes. También de bemos investigar con respecto a la Tiroides y Paratiroides.

7.- Sistema Linfático.- Investigar sobre anemia. Infecciones crónicas repetidas. Problemas de cicatrización, adenopatias (inflamación de los ganglios linfáticos especialmente).

8.- Musculo Esqueletico.- Mialgias (dolor de musculo) artralgiias (deformaciones articulares) limitación de movimientos y algias (dolor)

EXPLORACION FISICA :

Peso	Temperatura	Respiración
Estatura	Pulso	

EXPLORACION BUCAL:

Labios	Paladar
Lengua	Encías
Carrillos	Dientes (dolor espontáneo, a la palpación o con otro agente externo).

ANALISIS CLINICOS:

Dentro de los analisis clínicos debemos tomar con interes los resultados y analizarlos de acuerdo a la intervención o tratamiento que vamos a seguir.

En el caso de una intervención quirurgica de un tercer molar incluido debemos mandar analisis de;

Tiempo de sangrado	Tiempo de coagulación
Tiempo de protombina	

RAYOS X:

Mandíbula: El tercer molar tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

Radiográficamente la dirección y tamaño radicular configuran el problema más importante de entre los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido teniendo que vencer por procedimientos mecánicos el anclaje de las raices en el hueso, debere adaptarse a dichas características a fin de que las fuerzas y movimientos aplicados en la extracción le haga recorrer a esta porción del molar la vía de menor resistencia.

Una buena técnica radiográfica es imprescindible. Para un mayor -- aprovechamiento es necesario conocer antes los factores que nos pueden conducir a un error interpretativo que se pueden evitar.

a) Técnica Radiográfica Insuficiente.- Por una incorrecta aplicación de las técnicas radiográficas se puede dar una incorrecta interpretación modificando la realidad.

b) Insuficiente Proyección Distal de la Película.- Si ésta no alcanza distalmente a cubrir toda la anatomía del molar, pueden dejar de verse problemas que sienten en la extremidad radicular.

c) Anomalías Radiculares no Visibles en la Radiografía.- Algunas de las dilaceraciones hacia el lado bucal o lingual, curvatura de los ápices pueden reproducirse o no exactamente por superposición de planos o porque las distorsiones tienen lugar en la misma dirección en -- que fueron proyectados los rayos y originan por lo tanto muy pocas variantes en la imagen radiográfica.

En tanto que los fracasos de la intervención quirúrgica del tercer molar inferior retenido se deben a insuficiente información previa, gran parte del éxito depende de un correcto examen radiográfico efectuado sobre las bases normativas y sistematizadas para obtener primero una imagen precisa y segundo conclusiones semejantes para todas las películas radiográficas.

Las películas deberán ser intrabucales comunes, sujetas a -- técnicas (fig.36).

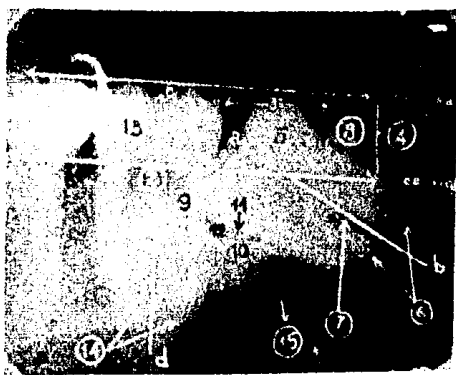


Fig.36.Puntos de interés, que es preciso considerar en el estudio radiográfico del tercer molar inferior.1, posición y desviación del molar;2, posición del segundo molar;3, relación del molar retenido, con el borde anterior de la rama;4, profundidad relativa del tercer molar en el hueso;5, estudio de la corona del tercer molar;6, estudio de las raíces del tercer molar;7, septum radicular;8, hueso distal;9, segundo y tercer molar;10, porción ésea;11, cara mesial del tercer molar;12, espacio interdentario;13, corona del segundo;14, raíces del segundo;15, conducto dentario, flechas.

Solo en casos de excepción (ciertos procesos inflamatorios, trismus) de bemos valernos de la radiografía extrabucal.

TECNICA DE LA RADIOGRAFIA INTRABUCAL

POSICION DEL PACIENTE.- Sentado y recargado en el respaldo el paciente debe permitir una vez que abra la boca que el plano de oclusión de los dientes del maxilar inferior sea horizontal.

POSICION DE LA PELICULA.--(fig.32A,B)Por lo general se coloca verticalmente con su eje mayor horizontal, dado el espesor de los tejidos la película estará inclinada formando con la vertical un ángulo abierto hacia abajo, la exigüidad de los tejidos del maxilar con la película un ángulo abierto hacia arriba con el eje vertical (fig.32A).

El rayo deberá dirigirse perpendicularmente a la película. El borde anterior de la película deberá quedar a nivel del espacio interdentario del segundo y primer molar.

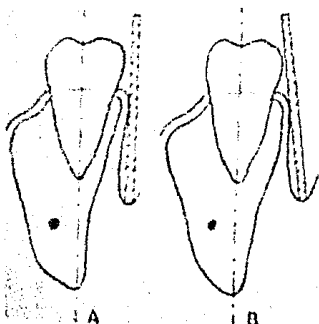


Fig.32A,B.Colocación de la película radiográfica en la boca. A, verticalmente; B, inclinada de arriba abajo y, respectivamente, hacia adentro y afuera.

Estas indicaciones tienen aplicación en los terceros molares verticales y en algunos mesioangulares, en los distoangulares, mesioangulares y horizontales el borde anterior de la película deberá hallarse a nivel del espacio interradicular del primer molar (fig.37).

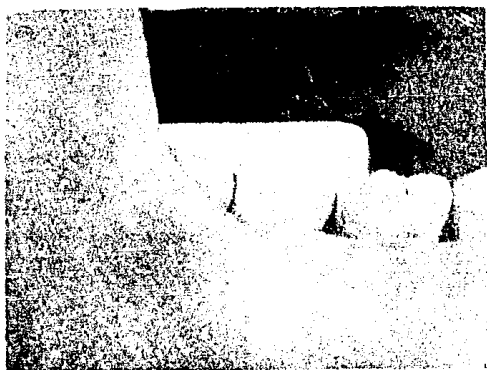
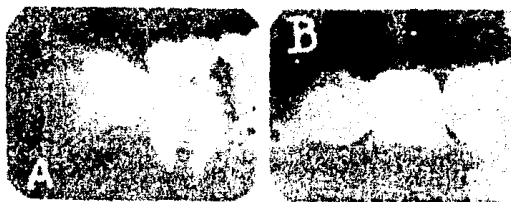


Fig.37. Posición adecuada de la película radiográfica (para terceros molares disto y mesioangulares y horizontales).



COLOCACION DEL APARATO DE RAYOS X.-- Va dirigida perpendicularmente a la película. Pero dado que hay factores que se oponen, el rayo debe llegar perpendicularmente a la bisectriz del ángulo formado por el eje mayor del molar retenido y el eje vertical de la película. La imagen ideal es aquella que el segundo y el primer molar están verticales, las cúspides linguales y bucales coincidan en su contorno o se superpongan radiográficamente no debe verse la proyección de la cara triturrante de estos molares sobre la placa radiográfica. Los rayos deben ser paralelos a las líneas que unen las cúspides de referencia.

RADIOGRAFIA OCLUSAL:

No siempre es suficiente la radiografía intrabucal para seguir una buena técnica quirúrgica.

La radiografía intrabucal nos permite conocer con perfección todos los puntos anatómicos situados en el plano vertical (fig. 32)

Pero la relación bucolingual y los detalles de los elementos que están orientados en esta dirección solo pueden lograrse merced al empleo de la radiografía oclusal (fig. 32B).

Esta se obtiene colocando una película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiarse y dirigiendo los rayos perpendiculares a la película, el cono del aparato de rayos X se ubica por debajo del borde inferior del maxilar.

Una correcta radiografía oclusal de ésta zona debe mostrar el tercer molar, el segundo, el hueso bucal y lingual y todo lo que puede lograrse de la porción radicular del tercero y del segmento del hueso distal que permitan las circunstancias, la posición y desviación del molar retenido o incluido.

Debe colocarse la película sobre la arcada dentaria inferior, con su lado sensible hacia el molar a radiografiarse. Para mantenerla en su sitio se auxilia uno del paciente sosteniendo éste con su dedo índice la placa o cerrando la boca.

DONOVAN.- Señala una técnica que puede aplicarse con éxito ya que logra una mayor superficie útil para el examen radiográfico. El paciente permanece con la boca abierta, se deposita la película sobre las caras oclusales de los molares, de modo tal que el borde posterior de la película puede ser deslizado a lo largo del borde anterior de la rama ascendente, con lo cual el borde anterior de la película se coloca a nivel de la línea media triturante del primer molar.

Dirección de los Rayos.- Para la primera técnica el rayo central que debe estar por debajo del borde inferior de la mandíbula situado a nivel del segundo molar.

Para la técnica de Donovan el tubo de rayos X debe ubicarse perpendicularmente a la película debajo de la mandíbula y a nivel del ángulo, exigirá inclinar y llevar forzosamente la cabeza hacia el lado opuesto de la mandíbula a radiografiar, para permitir su cómoda colocación entre la parte inferior del maxilar y el hombro del paciente.

RADIOGRAFIA EXTRABUCAL:

Cuando no es posible obtener las radiografías intrabucales comunes (casos de excesivo trismus, procesos inflamatorios locales o pro-

nunciadas nauseas) debemos utilizar la radiografía extrabucal cuyos - detalles radiográficos sin alcanzar el valor ni la exactitud que pres- ta el exámen intrabucal, pueden con todo ser de utilidad (fig.38).



Fig.38. Radiografías extraorales de la region del tercer molar izquierdo (se recurrio a ellas, en am- bos casos, por padecer el paciente de severo tri- mus).

MAXILAR: Los terceros molares superiores quedan retenidos en una por- ción mucho menor que los inferiores.

En el estudio de la radiografía del tercer molar superior se con- sideran una serie de puntos de interés

A) Posición del Tercer Molar (fig.39-1).- Cuando el tercer molar pre- senta su cara vestibular verticalmente dirigida aunque el molar se en- cuentre en posición mesio-angular, su imagen radiográfica es aproxima- damente normal. En cambio, en las desviaciones hacia bucal o lingual el molar aparece acortado en la radiografía, y en ciertos casos su -- parte radicular, por superposición de planos no es visible.



Fig.39-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10. Puntos a considerar en el estudio del ter- cer molar superior retenido.1, posi- ción;2, posición del segundo molar; 3, el hueso que cubre la cara oclu- sal (en este caso inexistente);4,el tabique mesial;5, hueso distal;6,la corona del tercer molar;7, las rai- ces del tercer molar;8,vecindad con el seno maxilar;9,vecindad del ter- cer molar superior, con la apófisis pterigoides;10, acceso a la cara me- sial. Detalle de importancia porque puede ser esta cara accesible o in- acceseble (como en el inferior).

B) Posición del Segundo Molar (fig.39-2,40).- El segundo molar puede - estar desviado hacia distal. Deben ser considerados ademas de la posi-

cion del molar, la posición y estado de la corona (integridad, caries obturaciones, piezas de prótesis) y la posición y forma de las raíces. El segundo molar puede estar ausente, como también los dientes de la arcada (fig.41).



Fig.41. Radiografía lateral de maxilar superior. Tercer molar superior retenido, ubicado en la pared posterior del seno maxilar (con una flecha) y canino también retenido (C).



Fig.40. Radiografía de tercer molar superior retenido. El segundo se presenta en pronunciada extrusión.

C) El hueso que cubre la cara triturante (fig.39-3).- El estado, la cantidad y disposición del hueso que cubre la cara triturante del molar retenido deben ser prolijamente estudiados en la radiografía lo mismo que la existencia o ausencia del saco pericoronario todas estas condiciones del hueso indican la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

D) El tabique mesial (fig.39-4).- El tabique mesial (su forma y dimensiones), esta dado por la posición del molar. En la posición del vertical estando en contacto el tercero y el segundo, este espacio es nulo y mínimo. En la posición distoangular este espacio tiene forma triangular a base inferior. En este espacio mesial (previa resección del hueso) deben aplicarse los elevadores para extraer el molar retenido.

E) El hueso distal (fig.39-5).- También la cantidad de hueso en la región distal puede ser variable. En algunas ocasiones la cara triturante



Fig.42. Radiografía oclusal de maxilar superior. Tercer molar retenido con intensa caries en su porción coronaria (resorción idiopática; señalado con flecha).

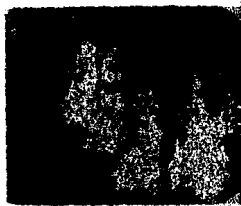


Fig.43. Radiografía de tercer molar superior retenido en posición bucoangular en vecindad con el seno maxilar. Las porciones radiculares están bien desarrolladas.

te del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.

F) La corona del tercer molar (fig.39-6).- Tamaño, forma y estado de la corona. La corona puede ser más pequeña o más grande que la normal (fig.34). La forma puede también adaptarse a la normalidad. La corona en algunas ocasiones está disminuida en su resistencia por caries en grado variable. Aún en retención intraósea total, la corona puede estar profundamente cariada (fig.42)(resorción idiopática en la flecha)

G) Las raíces del tercer molar (fig.39-7).- Generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintos ángulos, pueden no estar aún calcificadas (fig.34D).

H) Vecindad con el Seno Maxilar (fig.39-8;43;40;41).+ El tercer molar en ciertos casos o pacientes está muy vecino al Seno y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias una comunicación patológica con el Seno Maxilar o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

I) Vecindad con la apófisis pterigoides (fig.39-9).- El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura en los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.

J) Acceso a la Cara Mesial (fig.39-10).- Sobre la cara mesial se aplica el elevador que luxará al molar. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para permitir la colocación del instrumento. ((El saco pericoronario, aunque, no está numerado en el cuadro de la figura (39) el saco es visible y un elemento importante en el acto quirúrgico (como en el caso del tercer molar inferior). En las figuras 44, 45, se estudia el saco pericoronario)).



Fig.44.Radiografía de tercer molar superior retenido en posición bucoangular; saco pericoronario discreto; raíces incompletas.



Fig.45.Radiografía de tercer molar superior retenido presenta un gran saco pericoronario.

Radiografías de terceros molares superiores retenidos en posición distoangular. Obsérvese la relación con el seno.



TEMA IX

T R A T A M I E N T O

ANESTESIA:

Este termino se usa para designar el procedimiento que se realiza para suprimir el dolor, tiene otro significado y es la pérdida parcial o total de la sensibilidad.

En algunos casos se trata de obtener la cesación del dolor o sea una analgesia en la que se conserva la conciencia, es la más usada en cirugía bucal. La palabra más usada es anestesia y es el termino que usaremos.

Hay varios tipos de anestesia pero los que se usan para este tipo de cirugía son:

1.- Anestesia Regional Troncular (Mandíbula)

2.- Anestesia de los Nervios Dentario Posteriores (Maxilar)

1.- ANESTESIA REGIONAL TRONCULAR: Es aquella que se lleva a cabo poniendo la anestesia en contacto con un tronco o rama nerviosa importante. En esta clase de anestesia privamos de sensibilidad una extensa region de la cavidad bucal y maxilar.

Anestesia del Nervio Dentario Inferior;

Reseña anatómica.- El nervio dentario inferior proviene del maxilar inferior que junto con el maxilar superior y el oftálmico constituyen tres ramas del trigemino o V par, nervio mixto, esto es sensitivo motor. El sitio de abordaje para practicar su anestesia esta dado por las vecindades del orificio superior del conducto dentario inferior (fig.46)

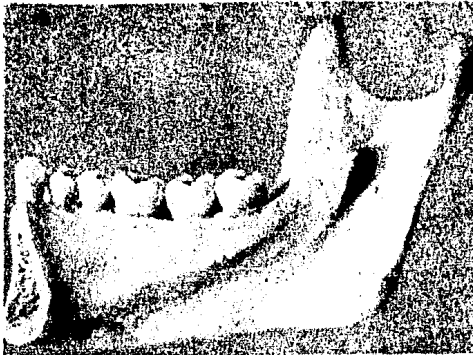


Fig.46.Cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior derecho. Ubicación del orificio superior del conducto dentario inferior y de la espina de Spix.

El paciente sentado mantendra su cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, la mandíbula horizontal (Seldin). La oposición del operador varía según el lado a intervenir. Para inyectar se usa una jeringa común o una carpule y sirviendonos de los dedos de la mano izquierda como guía para la jeringa para encontrar las líneas de reparo ana

tomico. Esto va a variar según el lado.

Con el dedo índice de la mano izquierda se investigan los elementos anatómicos, se va a buscar también con este dedo el punto más profundo que está a un centímetro por encima de la cara triturante de los molares inferiores (fig.47B) ahí va a estar el pulpejo del dedo apoyado sobre la línea oblicua externa y el borde de la uña sobre la interna.

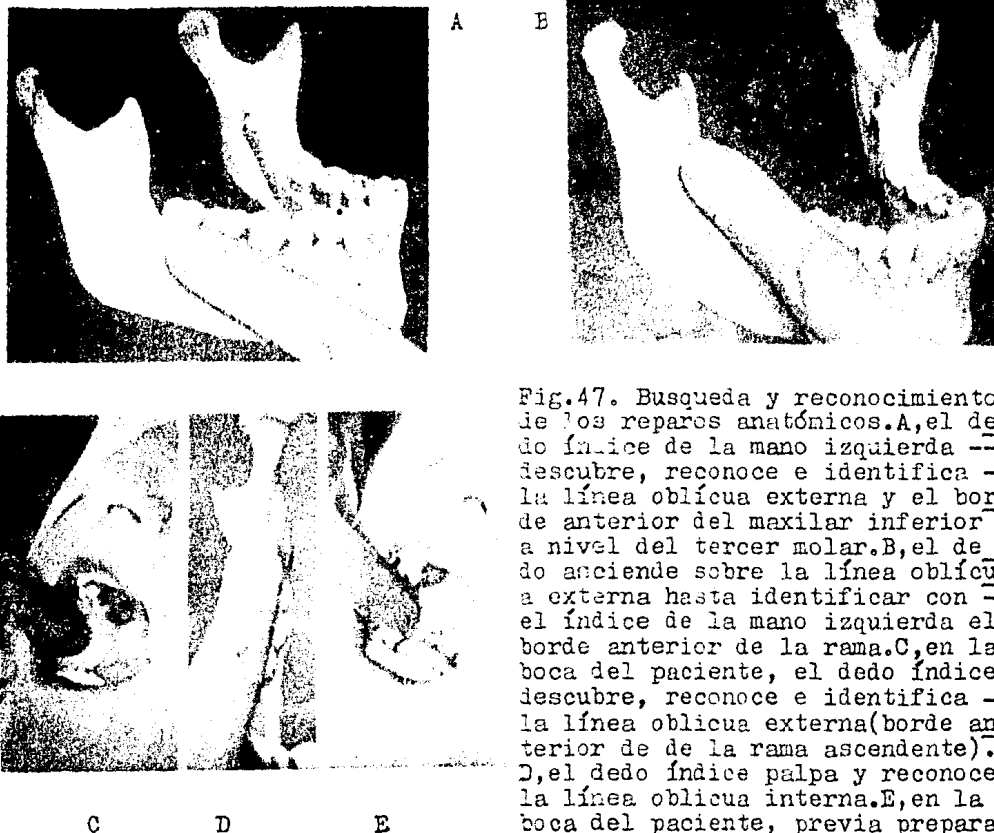


Fig.47. Búsqueda y reconocimiento de los reparos anatómicos.A,el dedo índice de la mano izquierda descubre, reconoce e identifica la línea oblicua externa y el borde anterior del maxilar inferior a nivel del tercer molar.B,el dedo asciende sobre la línea oblicua externa hasta identificar con el índice de la mano izquierda el borde anterior de la rama.C, en la boca del paciente, el dedo índice descubre, reconoce e identifica la línea oblicua externa(borde anterior de de la rama ascendente).D,el dedo índice palpa y reconoce la línea oblicua interna.E, en la boca del paciente, previa preparación preanestésica, el índice palpa la línea oblicua interna.

Seldin sugiere que en este punto donde se encuentra el dedo debemos de retarlo para que esté en contacto con el ángulo bucooclusal de los molares (fig.47) teniendo la cara dorsal del dedo hacia la línea media.

INYECCION:

Situado el dedo se inicia la anestesia, se lleva la jeringa a la boca con el bisel de la aguja hacia afuera para que coincida con el punto medio de la uña (fig.48A,B).La jeringa va paralela a la arcada dentaria, ahí se realiza la punción; perforamos mucosa,el buccinador

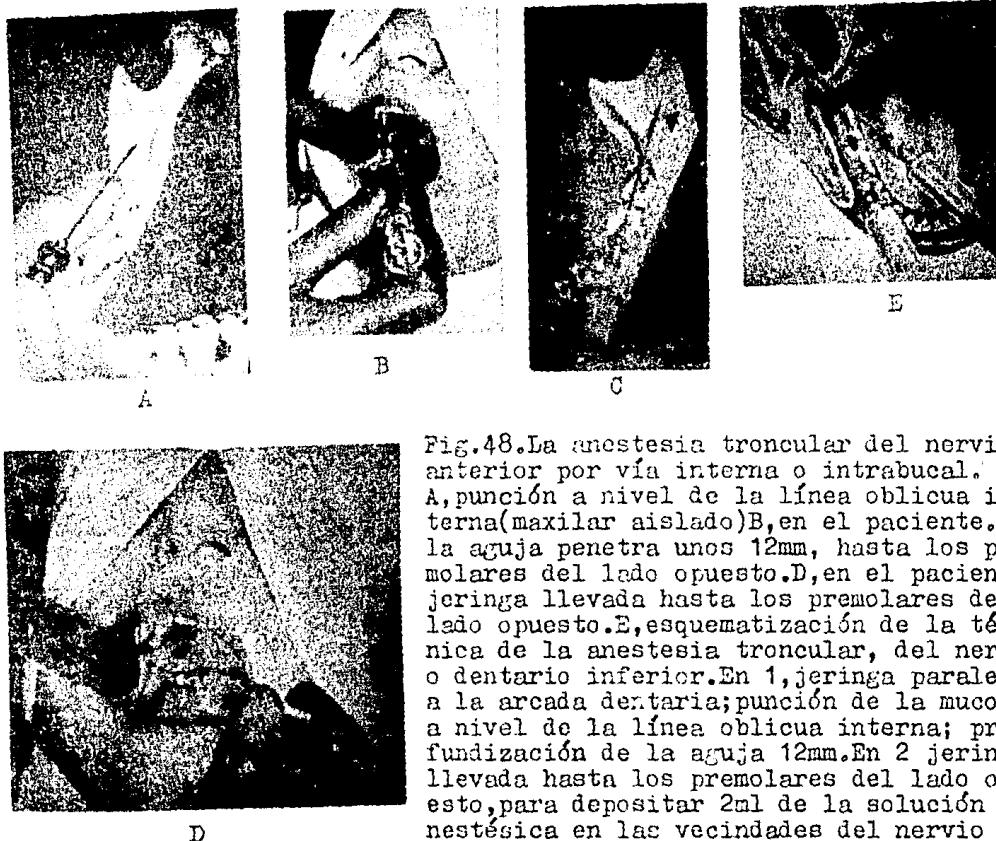


Fig.48.La anestesia troncular del nervio anterior por vía interna o intrabucal. - A,punción a nivel de la línea oblicua interna(maxilar aislado)B, en el paciente.C, la aguja penetra unos 12mm, hasta los premolares del lado opuesto.D, en el paciente jeringa llevada hasta los premolares del lado opuesto.E,esquematzación de la técnica de la anestesia troncular, del nervio dentario inferior.En 1,jeringa paralela a la arcada dentaria;punción de la mucosa a nivel de la línea oblicua interna; profundización de la aguja 12mm.En 2 jeringa llevada hasta los premolares del lado opuesto, para depositar 2ml de la solución anestésica en las vecindades del nervio buscado.

y entramos en tejido celular laxo, entre la cara interna de la rama ascendente y la cara anteroexterna del pterigoideo interno.

Se avanza dejando solución anestésica en un 1.5cm logrando anestesia del nervio lingual situado por delante y adentro del dentario.

En ésta posición con el dedo ubicado igual se dirige la jeringa hacia el lado opuesto llegando hasta la altura de los premolares (fig 48C y D) para llegar a la tabla interna de la rama ascendente cuya dirección es de atrás adelante y de afuera adentro. Se profundiza 0.5cm y estamos en el punto elegido para la inyección, se toca hueso aún cuando no es necesario tocarlo, pero nos indica que vamos por buen camino (fig.48E). Se inyectan muy lentamente de 2 a 3 ml de la solución de la anestesia al 2%.

Hay la anestesia que se inyecta directamente desde el lado opuesto a anestesiarse o sea encima de los premolares opuestos pero para este tipo de anestesia se necesita conocer muy bien los elementos anatómicos de el lugar para no tener errores.

2.- ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES: Elejimos el sitio de punción que debe ser en fondo de surco vestibular, bloqueando terminaciones nerviosas que llegan a los ápices dentarios, hueso, periotio y encía.

En lo que se refiere a la bóveda palatina se realiza a nivel de la salida de los nervios con lo que se logra en ese sitio una verdadera anestesia troncular.

Reseña Anatómica.- Los nervios dentarios posteriores nacen del nervio maxilar superior en la fosa pterigomaxilar antes de que entre al conducto infraorbitario. En número de uno, dos o varios se dirigen hacia abajo abandonandi la fosa y penetrando en orificios situados en la tuberosidad a 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Para su abordaje es fácil por la cavidad bucal. El paciente debe estar sentado con la cabeza casi vertical para que la cara oclusal de los molares esten horizontales.

El operador se coloca del lado opuesto del paciente para el lado derecho y para el izquierdo al frente y a la derecha.

INYECCION:

Entre abierta la boca se separa la comisura labial del lado a --- anestesiar, se separa el carrillo hasta donde lo permita (fig.49) para tener a la vista la region del tercer molar.

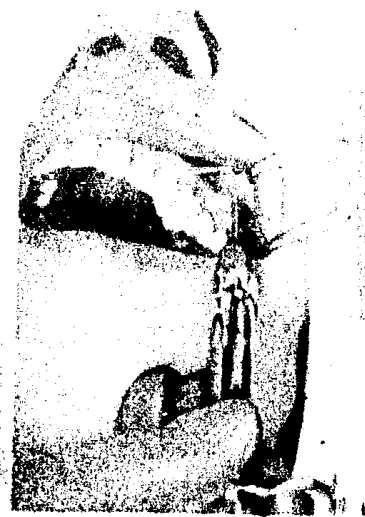


Fig. 49. Anestesia de los nervios dentarios posteriores a nivel de los ápices del segundo molar.



Fig.55.6, el corte a de realizarse como marca para poder removerla;7, es difícil remover la corona;8,odontosección a escoplo,que elimina el tercio o la mitad distal de la corona.

a,mesial;b,distal.

Se toma la jeringa y se punza en fondo de surcovestibular a nivel de la raíz distal del segundo molar, con el bicel de la aguja hacia hueso, se dejan unas gotas de anestesia y avanzamos en un ángulo

lo de 45° respecto al plano oclusal (La punta de la aguja arriba, ---
atras y adentro)procurando los orificios dentarios superiores, dirigi
endo la jeringa hacia afuera y abajo en contacto con la comisura bu_
cal. La aguja debe penetrar 2cm después que atravezó el surco. A ni_
vel de los orificios buscados se depositan 2ml de solución,

Es una guía importante llevar la aguja siempre en contacto con
el hueso con lo que evitamos punzar órganos anatómicos importantes.

TECNICAS QUIRURGICAS:

La extracción del tercer molar retenido exige abrir por medios -
quirurgicos la encía que tapiza la region de este diente y preparar -
colgajos resultantes de la primera maniobra para eliminar el hueso -
que protege el molar retenido para extraer el molar y terminar la ope
ración procurando que sobrevenga la restitución íntegra de los teji_
dos afectados por las maniobras quirurgicas. Por lo que la operación
consta de los tiempos siguientes:

- 1.- Incisión.
- 2.- Preparación de colgajos
- 3.- Ostectomía
- 4.- Operación propiamente dicha
- 5.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 6.- Sutura de los colgajos
- 7.- Tratamiento posoperatorio.

I.- POSICION VERTICAL:

A) Sin Desviación:

1.- Cara Mesial Accesible (fig.50A,B).- Su incisión es míni
ma de profundidad tal que el bisturí toque el hueso o la corona denta
ria, se inicia sobre el tejido gingival que cubra la cara oclusal del
molar retenido por detrás del ángulo distooclusal de su corona y se -
detiene a nivel de la lengüeta entre el segundo y el primer molar.

Después de festonear la mitad bucal de la cara oclusal y bucal -
del tercero y distal y bucal del segundo la incisión puede completar_
se con la sección a tijera recta y fina de las inserciones del saco a
la mucosa que descubre la cara distal del molar y hueso donde es pre_
ciso hacer la ostectomía.

Se desprende con el periostotomo el colgajo en toda su extensión
dejando libres las caras dentarias y las estructuras óseas para poder
realizar la exodoncia.

La ostectomía está regida por la cantidad de hueso que cubre al
molar retenido siendo en este tipo muy escaso. Se recomienda el uso -
del escoplo recto o fresa redonda #8 de carburo o tungsteno (fig.50B)
La ostectomía distal se hace de acuerdo a la disposición de las rai_
ces.

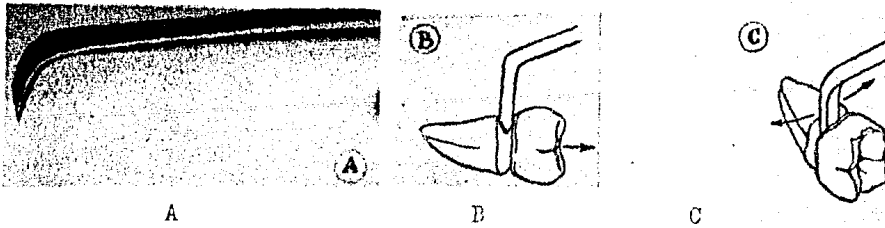


Fig. 50A,B,C. Disyuntor. A, instrumento para separar la corona de la porción radicular una vez seccionado el diente con la fresa. B, C, movimientos (según flechas) del extremo activo colocado en el espacio dejado por la fresa, para proyectar la corona seccionada del tercer molar hacia el segundo molar.

Para la operación propiamente dicha se realiza por aplicación -- del principio de la palanca, se coloca el elevador en el espacio interdentario de modo que se adapte su cara plana a la cara mesial girando el mango en sentido de las manecillas de reloj o sea de derecha a izquierda si es en el lado derecho pero si es en el izquierdo es a la inversa, desarrollandose así la fuerza suficiente para desplazar -- el molar hacia arriba y a distal (fig. 51A,B). Ya luxado el molar hacia distal puede eliminarse con una pinza para molares inferiores o con un elevador (fig. 52C) colocado entre las raíces.

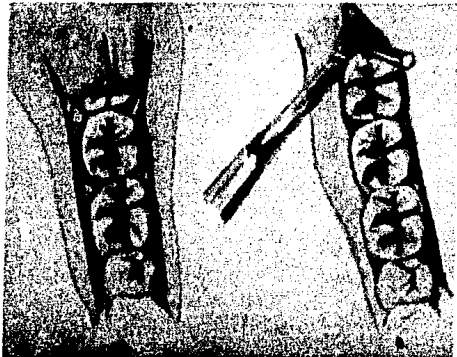


Fig. 51. A, incisión (molar en posición vertical sin desviación, cara mesial accesible). B, ostectomía a distal (con escoplo recto o con fresa, según línea de puntos).

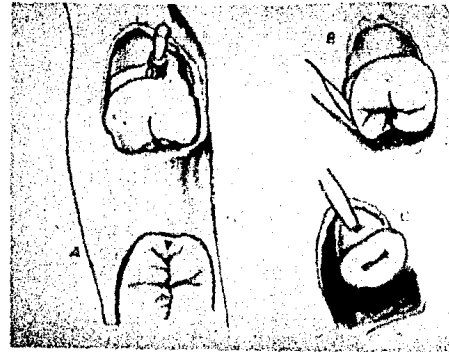


Fig. 52. Tercer molar, posición horizontal aislado. A, odontosección con fresa de fisura, a nivel cervical (ya se ha realizado la ostectomía necesaria). B, extracción de la corona con elevador N° 2R (o 14L). C, extracción de la porción radicular.

2.- Cara mesial inaccesible.- Con respecto a la anterior varía la incisión (fig. 53A) y la ostectomía (fig. 53B). Generalmente se necesita un amplio colgajo que llegue al primer molar.

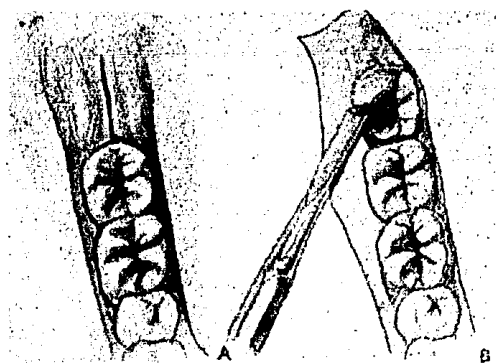


Fig. 53A, B; A, incisión (molar en posición vertical, sin desviación cara mesial inaccesible) B, osteotomía a oclusal (que debe alcanzar hasta la línea punteada).

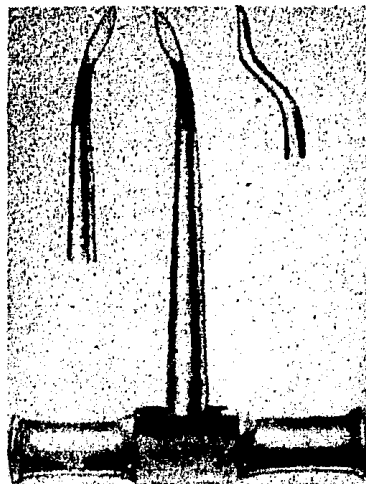


Fig. 54. Elevadores de Winter N° 3 R y L. (De Winter).

Esta indicado el escoplo recto o fresa redonda para obtener un amplio acceso a la cara mesial para poder usar eficazmente el elevador.

Para la operación propiamente dicha se usa el elevador aplicado sobre la cara mesial hecha accesible con la técnica de la retención anterior, luxara el molar hacia distal.

La extracción se completa con el elevador de Winter de aplicación bucal (fig. 54).

B) Con Desviación:

1.- Cara mesial accesible.- La incisión y el desprendimiento del colgajo se hace tomando en cuenta si esta totalmente cubierto por mucosa con lo que se puede emplear la incisión de la figura (fig. 51A) que también se usa para los tipos de cirugía que siguen.

El grado de osteotomía está regido por el exámen radiográfico pero es más fácil después de realizado el colgajo ya que podemos inspeccionar,

En ocasiones tiene una consistencia muy solida la encrucijada ósea que se forma por el hueso bucal y el distal en proximidad con la línea oblicua externa, se debe eliminar esta zona de protección de la cuspe bucodistal o del ángulo bucodistal de la corona, se obtiene haciendo la osteotomía bucodistooclusal o por la osontosección para separar por lo menos el trozo distal de la corona (fig. 55-8)

Para la operación ya eliminadas las estructuras óseas que dificultan la operación se aplica el elevador #2 Rol Winter o uno similar introduciendolo según lo indicado en el caso anterior. El elevador debe iniciar su cometido en función de cuña para actuar después como pa

lanca.

C) Con Desviación Lingual:

1.- Cara mesial accesible.- La incisión se va a presentar en el tercer molar con sus caras libres de mucosa, se inicia en la cara distal del tercer molar, rodea su cara bucal y a partir de aquí el trazo es como el de la (fig.51A).

La ostectomía se efectuara con escoplo o fresa en bucal y distal de acuerdo a las normas expuestas.

En la operación ya libres las caras del tercer molar de hueso se aplica el elevador 1 ó 2 R ó L de Winter o un similar sobre la cara mesial y se dirige el molar hacia arriba adentro y hacia el lado distal.

2.- Cara mesial inaccesible.- El tipo de operación varía solo en detalles respecto del anterior con lo que se refiere a la ostectomía mesial. Para que la cara mesial sea accesible la resección ósea bucal, distal y oclusal debe hacerse con la mayor cantidad de resección ósea.

D) Con Desviación Bucolingual:

1.- Cara mesial accesible.- A pesar de que la cara mesial está al descubierto las caras bucal y distal y el ángulo distobucal de la corona y su cúspide están bien protegidas por hueso en relación y dependencia con la línea oblicua externa, es menester realizar la ostectomía y además la eliminación del tercio distal de la corona (fig.55-8).

El trazo de la incisión debe coincidir en lo posible con el centro de la cara oclusal, será ligeramente oblicuo en el sentido bucolingual y se prolonga en forma semejante al de la (fig.53A) hasta el primer molar.

El desprendimiento del colgajo debe ser cuidadosamente desprendido para descubrir todas las caras del tercer molar sobre todo a nivel del ángulo bucodistal donde se asientan incursiones y adherencias patológicas del colgajo con el saco pericoronario que se desprende por raspado o disección.

La ostectomía de la cara mesial obviamente no es necesaria. En cambio deberá realizarse ostectomía bucal, distal, oclusal y lingual con escoplo recto o fresa redonda #8 de acuerdo a las características del hueso pericoronario, al tener un amplio colgajo es fácil estudiar las adherencias antes citadas facilitando así las maniobras de resección ósea sobre todo a nivel del ángulo distobucal de la corona y su cúspide donde está el mayor escollo para eliminar el molar.

Para la operación se aplica un elevador #2 R o L de Winter o uno de hoja angosta sobre la cara mesial accesible dirigiendo el molar hacia arriba y el lado distal, a veces es necesario la eliminación del tercio distal de la corona o la división según el eje mayor o menor - del molar (fig.55).

2.- Cara mesial inaccesible.- La técnica para su extracción varía conforme a la anterior de acuerdo a que hay que efectuar la osteotomía mesial para que ésta sea accesible a una mayor osteotomía bucal, distal y oclusal dada la mayor profundidad del molar.

La incisión es la misma y la osteotomía mesial nos da espacio para poder colocar los elevadores, la osteotomía distobucoclusal da más facilidad para realizar la extracción para la cual hay dos posibilidades de realización.

- a.- Dirigir el molar retenido con el elevador aplicado sobre la cara mesial hacia arriba y el lado distal, en ocasiones no es posible realizar esta maniobra por la dureza de la pared ósea distal o la disposición radicular que exige la división del diente por lo que hay que pasar a la segunda.
- b.- Es la odontosección practicada con un escoplo recto sobre la cara oclusal del retenido y la extracción del segmento por separado.

II.- POSICION MESIOANGULAR:

A) Sin Desviación:

1.- Cara mesial accesible.- Debe ajustarse a ciertos requisitos impuestos por la posición, cantidad de hueso distal y distooclusal y el posible contacto o anclaje del ángulo mesiooclusal de su corona con la corona, cuello o raíz del segundo molar.

Se requiere una amplia incisión para poder obtener un amplio y útil colgajo. Se inicia sobre la mucosa a nivel de la cara distal del retenido (como si fuera inaccesible) (fig.56A) y se continúa y termina - como de costumbre.

El colgajo se desprende con el periostotomo de modo que se descubre la cara distal del molar y los huesos vecinos, se sostiene con el mismo periostotomo o con un separador (fig.56B).

En lo que se refiere a la osteotomía se va a eliminar el hueso distal con el escoplo recto o con fresa redonda #8 en cantidad necesaria y de acuerdo a los límites y extensión del hueso indicados por la radiografía.

En la operación la extracción se realiza:

- a.- Aplicando el elevador sobre la cara mesial (previa osteotomía) y dirigiendolo hacia arriba y distal.

b.- Mediante la odontosección para los molares con un hueso pericoronario abundante o con alguna de las anomalías radiculares estudiadas (fig.57 y 59).

En la odontosección se realiza según el eje mayor, se usa un escoplo de hoja ancha para la cara oclusal (fig.58A) y con un golpe seco de martillo se divide el molar. La parte distal seccionada se elimina introduciendo un elevador de Winter, uno recto o uno de cleven-den t en el espacio que se crea por la odontosección y haciendolo actuar como cuña para desplazar a distal la porción distal seccionada (fig.58 B). La mesial se extrae como si se tratara de un molar entero, se introduce el elevador por debajo de la cara mesial (fig.58C).

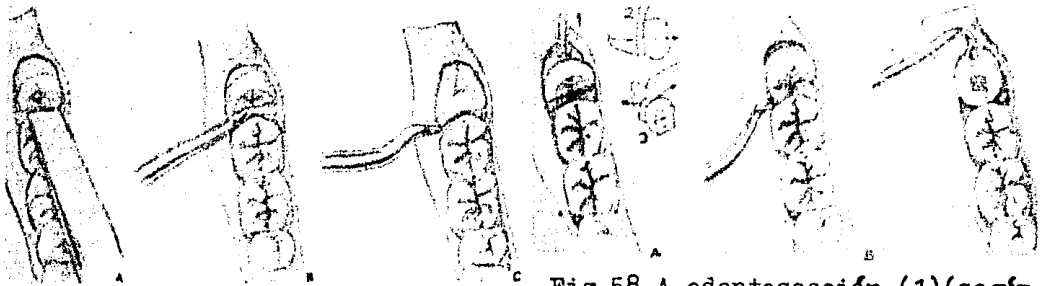


Fig.58.A,odontosección (1)(según el eje menor, a favor de una fresa de fisura)2 y 3 movimientos según flechas del mango del disyuntor para verificar o completar la división del molar.B,extracción de la corona (elevadorNº2R de winter).C,extracción de la raíz.

Fig.56.A,odontosección(según el eje mayor).B,desplazamiento hacia distal del segmento distal.C,extracción de la porción mesial(con elevador Nº2R)

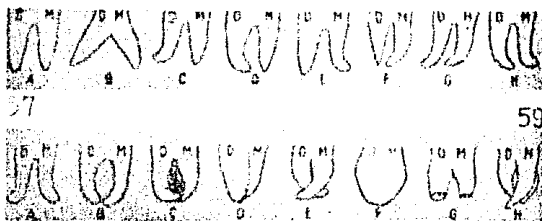


Fig.57.Las raíces del tercer molar inferior.A,rectas.B,rectas y divergentes;C y D,mesial recta y distal curvada hacia distal y mesial;E y F,distal recta y mesial curvada hacia mesial y distal;G, y H ambas curvadas solidariamente hacia distal en G y mesial en H.(D,raíz distal;M,raíz mesial).

Fig.59.Raíces del tercer molar inferior;A,divergentes y curvadas en el sentido de su nombre;B,convergentes y curvadas sin fusionarse;C,convergentes y curvadas fusionadas y encerrando un amplio septum;D,fusionadas E,convergentes y curvadas,entrecruzadas y desviadas hacia bucal y lingual;F,pronunciada cementosis;G,incompletamente formadas;H, supernumerarias.

En la odontosección según el eje menor se secciona el molar a nivel del cuello con una fresa de fisura o redonda #8 (fig.58A) hecho esto se introduce un elevador recto en la luz de la sección y verificar la realidad del corte. Después se aplica el elevador de Winter #2

R o L por debajo de la cara mesial desplazando la corona hacia arriba (fig.58B). Las raíces se extraen después de que se realiza un orificio de apoyo sobre la cara distal del macizo radicular para introducir en él la punta del elevador de Winter #14R o L y apoyado sobre el borde óseo distal desplazar con el la raíz hacia el espacio que ocupaba la corona (fig.58C).

2.- Cara mesial inaccesible.- La extracción en ésta posición exige una ostectomía de abordaje en la cara mesial y la resección de los distintos huesos que pueden cubrir el tercer molar.

La incisión y el desprendimiento del colgajo siguen los mismos pasos que el caso anterior.

Debe hacerse una rigurosa ostectomía mesial para que podamos aplicar el elevador #2R o L de Winter, por otra parte la ostectomía distal es importante para lograr que se desplace el molar a distal

La operación propiamente dicha se realiza ya eliminadas las estructuras que se oponen a la aplicación de la fuerza sin traumatismo se procede como en el caso anterior. En la extracción del molar en bloque (in toto) se usa el elevador #2R o L sobre la cara mesial y se realizan los mismos movimientos anteriores. En la extracción fragmentaria se siguen los mismos pasos que para la anterior o sea la odontosección según uno u otro eje.

B) Con Desviación Bucal:

1.- Cara mesial accesible.- Su problema principal está dado por el hueso distal o distooclusal y el bucal.

La incisión y desprendimiento del colgajo son iguales a los anteriores. La ostectomía generalmente solo es necesario efectuarla en distal y bucal.

La operación propiamente dicha se realiza ya que se efectuaron las resecciones óseas y no existiendo problemas radiculares se realiza la extracción con un elevador #2R o L que se aplica sobre la cara mesial con apoyo sobre el borde óseo mesial o mesiobucal, se hacen los mismos movimientos similares a los anteriores.

Si encontramos raíces con anomalías se debe recurrir a la odontosección y la extracción de cada segmento por separado.

2.- Cara mesial inaccesible.- Se encuentran parcial o totalmente rodeados por hueso adaptándose a estas circunstancias la cirugía. El desprendimiento del colgajo y la incisión es igual que las anteriores siguiendo el procedimiento indicado.

Para la ostectomía debemos lograr una cara mesial quirúrgicamente accesible ya que la resección del hueso mesial se realiza bajo la

técnica habitual.

Para la operación se siguen los mismos medios que para los tipos anteriores con apoyo sobre el hueso mesial más particularmente sobre el extremo mesial del hueso bucal.

C) Con Desviación Lingual:

1.- Cara mesial accesible.- La incisión y el desprender el colgajo se realizaran igualmente que los anteriores siguiendo las técnicas habituales. Por regla general ésta posición exige una ostectomía a distal (fig.60A a C) para permitir que el molar retenido sea desplazado hacia distal y lingual.



Fig.60. Tercer molar en posición mesioangular, desviación lingual, cara mesial inaccesible. A, B, C, os tectomía bucal, distal y oclusal. D extracción, con un elevador N°2 R de Winter, dando al instrumento, el movimiento que se indica en la figura.

Con un elevador #2 R o L se realiza la operación colocandolo con su cara plana sobre la cara mesial a favor de su accesibilidad, se extrae el molar tras efectuar un recorrido en consonancia con su tipo de retención y con la disposición radicular debiendo de hacer con el elevador un movimiento de giro y luego de elevación y dirección hacia el lado distal. Esta suma de acciones permite al molar desplazarse hacia el lado distal hacia arriba y hacia lingual (fig.60D).

2.- Cara mesial inaccesible.- Profundamente situado el molar en el hueso y con la cara mesial inaccesible existe por regla general abundante y solido hueso distal, oclusal y lingual.

La incisión y el desprendimiento del colgajo es igual que en los anteriores. La ostectomía exige al igual que el anterior una vigorosa ostectomía distal, además es necesario eliminar suficiente hueso mesial para dejar al descubierto su correspondiente cara para que el elevador tenga una fácil entrada. Después se continúa con la bucal, dis

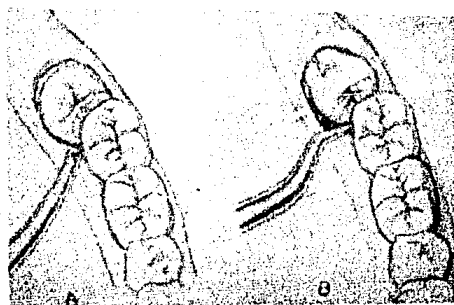


Fig.61. Tercer molar, posición mesioangular, desviación bucolingual, cara mesial inaccesible. A, extracción con un elevador N°2R de Winter, realizando el movimiento, en una triple dirección, en concordancia, con su posición B, extracción del segmento mesial del molar, después de la osontosección según el eje mayor y extraída la porción distal.

tal y eventualmente lingual la resección ósea se ajustara al grado de profundidad del molar en el hueso y la disposición de sus raíces (fig 60A, B, C).

La operación sigue las normas del tipo de retención anterior (fig 60D).

D) Con Desviación Bucolingual:

1.- Cara mesial accesible.- Este tipo de retención no es muy común.

La incisión sigue las normas ya expuestas, se superpone a la dirección del molar por lo que se dirige de atrás adelante y de afuera adentro y luego se festonea hacia bucal la corona del retenido y de los otros dos molares. El colgajo se desprende en toda su extensión requerida para dejar toda la cara oclusal y la lingual libre de mucosa.

La ostectomía está regida por la profundidad del molar y la disposición de las raíces. Esta debe proveer el espacio necesario para se desplace mayor diámetro bucodistal y debe de eliminar lingual de la corona del retenido, la ostectomía además debe eliminar la cubierta ósea distal de la corona del retenido.

La ostectomía está sujeta a las normas ya expuestas se puede realizar con un elevador aplicado sobre la cara mesial accesible cuando existe poco hueso pericoronario y la disposición radicular (raíces fusionadas, rectas, ambas dirigidas hacia el lado distal) permite que por la aplicación de la fuerza en la cara mesial el molar vaya hacia arriba, a lingual y a distal. Pero si está profundamente situado el molar, la extracción se hará por medio de la odontosección según el eje mayor con las normas ya conocidas.

2.- Cara mesial inaccesible.- Este tipo de retención tiene siempre su cara mesial cubierta de hueso y casi siempre en retención intraósea total. Esto nos da un problema quirúrgico de difícil solución sobre todo por la profundidad en que la encontramos y por el ángulo mesioclusal de su corona lo encontramos por debajo de la línea cervical de los molares vecinos lo que le da un sólido anclaje. Por lo tanto es necesario realizar una exéresis (extirpación) ósea y la odontosección según su eje mayor.

Para la incisión y el colgajo se siguen las mismas normas que en los anteriores.

La ostectomía está regida por la cantidad y consistencia de hueso pericoronario y por la forma y disposición radicular.

Su cara mesial profundamente colocada por lo que se tiene que --

eliminar bastante hueso mesial para que haya un buen acceso y también no deberá escatimarse la ostectomía bucal para permitir el paso del mayor diámetro bucolingual del molar retenido, los demás huesos pericoronarios deben researse en la cantidad necesaria.

La operación propiamente se realiza cuando las condiciones lo indican (relativa cantidad de hueso pericoronario y disposición radicular que permite el desplazamiento del molar retenido) se usa el elevador ya señalado.

Casi todos los molares requieren la odontosección según el eje que más convenga (fig.61A,B).

III.- POSICION HORIZONTAL:

A) Sin Desviación:

1.- Cara mesial accesible.- Presentan importantes problemas quirurgicos sobre todo en las distintas desviaciones más aún cuando la cara mesial es inaccesible complementandose las técnicas de la ostectomía y odontosección para tener éxito (fig.62). La incisión va a ser la clásica la cual debe permitir que obtengamos un amplio colgajo para que se descubra la cara distal del molar y su respectivo hueso.

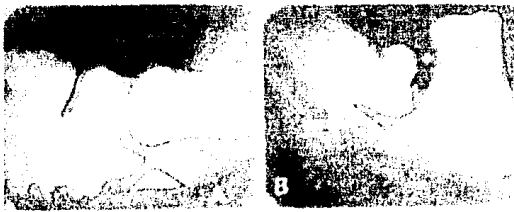


Fig.62. Radiografias de terceros molares inferiores retenidos en posición horizontal sin desviación; la cara mesial es accesible. En ambas radiografías puede observar se un intenso foco mesial. A, el segundo molar está desviado hacia el lado distal; B, el segundo molar presenta caries distal (crúz).



Fig.63. A, tercer molar inferior derecho retenido. Posición horizontal sin desviación cara mesial accesible. Raíz distal dirigida hacia el lado mesial y la mesial hacia distal. Intenso foco óseo mesial. B, se ha practicado la odontosección a escoplo y se ha eliminado el tercio distal de la corona del retenido. C, se ha aplicado el elevador de Seldin y dirigido el molar hacia arriba y hacia el lado distal, momento operatorio en que se toma esta radiografía (la eliminación a escoplo del trozo distal de la corona del tercer molar retenido, permite la maniobra que se describe) D, radiografía posoperatoria de este caso.



En la ostectomía se tiene que realizar la resección del hueso bucal (hueso que observamos inmediatamente después de realizar la inci-

sión al separar el colgajo) la del hueso distal queda sujeta a lo que indique la radiografía y la inspección clínica.

Se puede realizar con escoplo o fresa.

Si no existen problemas con sus raíces la operación se puede realizar haciendo la extracción al colocar un elevador #2R o L por debajo de la cara mesial con apoyo sobre el hueso mesial. El giro del mango del instrumento elevará al molar hacia arriba y a distal (fig.63). En cambio con raíces divergentes o con cementosis se tiene que seccionar a nivel de su cuello y continuar la operación que ya se ha estudiado. Si existe acceso a la cara oclusal se realiza la odontosección - según el eje mayor del molar y continuamos la operación que ya se ha dicho.

2.- Cara mesial inaccesible.- En este tipo de retención se encuentra a nivel o por debajo del plano oclusal de los molares vecinos y en ocasiones por debajo del plano cervical, esto hace que la cara mesial se encuentre por debajo del plano cervical aún a la altura del ápice distal del segundo molar.

Su plan quirúrgico exige una amplia osteotomía para abordar la cara mesial y eliminar las regiones óseas que protegen al molar.

Muy raros son los casos en que se emplean los elevadores sin recurrir a la división del diente en la mayoría de los casos deben resolverse por osteotomía (según el eje mayor o menor de acuerdo al acceso de la cara oclusal y a la disposición de las raíces)(fig.63).

La incisión y el desprendimiento del colgajo es igual que en los anteriores. El colgajo debe ser amplio para que veamos las regiones óseas a reseca.

La osteotomía es como se ha indicado en la retención mesioangular y en la (fig.64).

La operación se puede realizar con elevador pero es complicado si no se le precede por una abundante exéresis (extirpar) ósea.

La odontosección se hace conforme al eje mayor, se realiza solo cuando es posible colocar el escoplo sobre la cara oclusal del retenido con las demás retenciones se emplea la división según el eje menor (fig.58A-1) se esquematiza la técnica y el uso del disyuntor.

B) Con desviación Bucal:

1.- Cara mesial accesible.- Estos molares tienen condiciones favorables para la cirugía destinada a su extracción.

Para incisión y el colgajo se siguen las normas ya estudiadas. La osteotomía se libera con escoplo o fresa redonda #8 la cantidad de hueso necesario que más se juzgue conveniente para aplicar las técnicas del elevador o la técnica de odontosección apesar de que la cara

mesial es accesible es necesario realizar una mayor brecha para que se pueda colocar el elevador.

Para la operación cuando el hueso pericoronario es escaso y la disposición radicular es favorable el empleo a manera de palanca de un elevador #2 R o L soluciona el problema, se rota el mango del instrumento o se le dirige hacia abajo y de ésta manera se apoya el borde inferior de la hoja sobre la cara mesial del retenido que va a ser desplazado hacia arriba y a distal. Cuando hay gran cantidad de hueso distal y consistente en molares con raíces divergentes o con cemento-sis y en casos de pronunciado contacto del ángulo mesiocclusal del retenido con la cara distal y la línea cervical del segundo se opta por la odontosección, la división según su eje mayor se realiza como ya se estudio, ésta división se hace con fresas de fisura montadas en el ángulo (fig.55-6,7) la corona y raíces se eliminan como anteriormente se ha dicho.

2.- Cara mesial inaccesible.- Estos molares están profundamente situados como el anterior. La cara mesial se sitúa a la altura o por debajo de la línea de los ápices del segundo molar. Es frecuente la retención intraósea total.

La incisión y el colgajo siguen las mismas normas anteriores.

Para la osteotomía en la mayoría de estos molares se extraen tanto por la odontosección como la osteotomía unos menos profundos con la cara mesial situada a nivel o por encima del plano cervical y disposición de las raíces favorables pueden extraerse con elevador.

La osteotomía debe interesar la cara mesial, bucal y distal. Para la operación la extracción se realiza con elevadores y esto solo tiene éxito cuando se ha hecho una eliminación ósea distal suficiente y las raíces tienen una disposición favorable.

Dada la profundidad deben ser seccionados con una fresa de fisura a nivel del cuello la corona se elimina según las normas generales

C) Con Desviación Lingual:

1.- Cara mesial accesible.- Los terceros molares desviados hacia el lado lingual una abundante meseta de hueso bucal y el oclusal cubriendo las cúspides mesiales.

La incisión y colgajo siguen las normas anteriores sin embargo el colgajo lingual debe ser desprendido en una mayor extensión que la que se realiza en las retenciones horizontales, con el objeto de que las maniobras a nivel del hueso distal sean más fáciles.

La osteotomía debe realizarse como ya fué estudiado. Para la operación puede extraerse por medio de elevadores con la técnica ya estu

diada cuando abunde el hueso distal y las raíces estén en disposición no favorable deberán ser divididos por medio de la odontosección como ya se ha indicado.

2.- Cara mesial inaccesible.- Estos molares presentan mayor profundidad en el hueso y el problema de la falta de acceso a la cara mesial. La incisión es similar a la anterior. La ostectomía debe ser amplia de acuerdo con la falta de acceso mesial la profundidad ya señalada y el anclaje de sus cuspides mesiales.

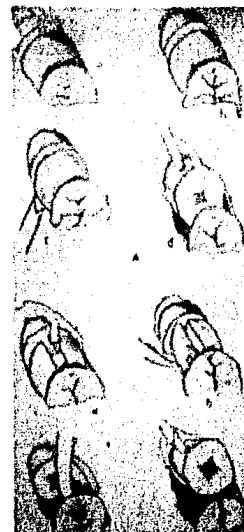
En la operación los elevadores no nos sirven en este caso, solo una importante ostectomía podrá lograr merced a la eliminación del hueso mesial y de los huesos de cubierta, la útil aplicación de la fuerza de la palanca. El éxito reside en la división del diente según su eje mayor o menor de acuerdo a las circunstancias.

D) Con Desviación Bucolingual:

1.- Cara mesial accesible.- La incisión debe ser trazada de acuerdo con la dirección del molar, esto es, de distal a mesial y de afuera adentro y con el bisturí o tijera se separan las adherencias - distales o distobucales. La ostectomía sigue las normas señaladas.

La operación puede realizarse con elevadores o por odontosección. El primero tiene la aplicación que se menciona en la posición horizontal sin desviación, pero sus efectos no siempre se logran, el escollo mayor que se presenta es el contacto de la cara oclusal del retenido con el ángulo distooclusal del segundo por lo que es mejor la odontosección que es el indicado para la mayoría de estos casos se realiza como se indica en la posición horizontal con desviación bucal (fig.65 A) se aplica en este caso, es útil dividir la corona con fresa de fisura en el sentido anteroposterior (fig.65B).

Fig.65.Odontosección y extracción(molar en posición horizontal,desviación bucolingual,cara mesial inaccesible)A,caso en que es posible eliminar la corona entera;a,odontosección con fresa de fisura según su eje menor;b,odontosección ya concluida;c,extracción de la corona con un elevador N°2R ó 14R;d,extracción de las raíces técnica ya mencionada;B,caso de intenso anclaje que imposibilita eliminar con elevadores la corona seccionada;a,nueva sección de la corona en sentido anteroposterior;b,extracción de la semicorona bucal con elevador N°14 aplicado en la cara mesial;c,extracción de la semicorona lingual,con el mismo elevador;d,extracción de las raíces.



2.- Cara mesial inaccesible.- El problema quirurgico supera al del tipo anterior, esto es por la mayor profundidad del molar retenido, el factor resistencia es mayor el anclaje de la cara oclusal -- del retenido en el ángulo bucodistal de el segundo molar comunmente -- debajo del plano cervical de este último es un problema difícil de resolver. En la (fig.65A) está lo indicado para este caso. El escollo de la cara oclusal subsiste en la técnica de la odontosección pues es dividido el molar según el eje menor, el contacto de la cara oclusal y de las cuspides mesiales puede oponerse a la extracción de la corona por lo que es útil dividir la corona con una fresa de fisura en el -- sentido anteroposterior (fig.65B) y eliminar cada segmento por separado.

IV.- POSICION DISTOANGULAR:

A) Sin Desviación:

1.- Cara mesial accesible.- En esta posición el problema -- quirurgico aumenta la dificultad a los factores comunes de la retención. El hueso distal sólida muralla que impide el desplazamiento hacia el lado distal del molar retenido cuando se aplica una fuerza sobre -- su cara mesial. Esto puede ser vencido suprimiendo suficiente hueso -- distal o restando volumen a la porción coronaria del molar retenido -- para que pueda realizar el movimiento eliminatorio.

El trazo de la incisión sigue igual contorno a los que se indicaron en la retención vertical (fig.51A) prolongandose al primer molar. Se inicia un poco más a distal, el colgajo tiene una fuerte adherencia a con el saco pericoronario a nivel de la cuspe bucodistal del retenido.

En la osteotomía vamos a encontrar hueso oclusal cubriendo varias porciones de la cara oclusal, el hueso distal puede continuarse con el oclusal o detenerse a nivel del ángulo distooclusal del tercer molar el hueso bucal por lo general es sólido y de compacta consistencia por su vecindad con la línea oblicua externa debe tenerse cuidado al researse.

El hueso mesial deja libre variables porciones de su cara homónima, pero es una sólida meseta cuya dimensión anteroposterior está en relación con el grado de desviación distal de el retenido como punto de aplicación de la fuerza no es de valor. Se debe resear el hueso -- distal para permitir el desplazamiento del molar retenido que al dirigirlo a distal se aloja en el hueso haciendo difícil la extracción -- (fig.66a) representa la osteotomía con escopio recto a nivel de la cara distal del tercero igual efecto se logra con fresa redonda # 2 el

resultado de la ostectomía puede observarse en la (fig.66c).

2.- Cara mesial inaccesible.- Semejante en un todo con el anterior, la diferencia está en la presencia de hueso mesial (y eventualmente la cubierta ósea pericoronaria total) además mayor profundidad en el maxilar, los tiempos operatorios son iguales a los anteriores, iguales normas de la incisión y el desprendimiento del colgajo.- Igualmente la ostectomía se realiza con las normas anteriores solo -- que con mayor amplitud por la mayor cantidad de hueso de cubierta y -- una operación propiamente dicha que no se intenta con elevadores sino con odontosección según el eje menor, la eliminación de los segmentos sigue igual plan.

B) Con Desviación Bucal:

1.- Cara mesial accesible.- Presentan condiciones desfavorables para la exodoncia, la fuerza ejercida sobre la cara mesial desplaza al molar a distal y le da un mayor anclaje. Se usaran metodos -- que resten valor de contención al hueso o más eficazmente aún realizar la odontosección según el eje menor.

La incisión y el desprendimiento del colgajo siguen las mismas -- normas ya señaladas.

La operación de la ostectomía habra que dividir el molar según -- su eje menor con una fresa redonda y extraer las partes según la técnica mencionada,

2.- Cara mesial inaccesible.- Los problemas son mayores por la inaccesibilidad a la cara mesial, la técnica para la extracción sigue los lineamientos señalados para la posición vertical desviación -- bucal.

Después de la ostectomía necesaria puede intentarse aplicar un -- elevador #14 entre la cara bucal del retenido y el hueso homónimo y -- con giros de su mango desplazar el molar, pero la técnica de la odontosección con fresa de fisura resolvera el problema más facilmente, -- las porciones coronarias y radicular se extraeran por separado como -- anteriormente se ha estudiado.

C) Con Desviación Lingual:

1.- Cara mesial accesible e inaccesible.- Estos molares originan situaciones iguales a las del caso anterior por lo que se sigue las técnicas semejantes a las anteriores.

V.- POSICION LINGUOANGULAR:

1.- Cara mesial accesible e inaccesible.- Radiograficamente su -- cara oclusal está dirigida hacia el lado lingual, sus raices hacia el lado bucal. La radiografía nos muestra la forma discoidea o de una mc

neda del molar. La gran mayoría no tiene aún sus raíces totalmente --
formadas (fig.26 y 67). Para poder abordarlo ya sea con su cara acce-
sible o inaccesible se traza la incisión de acuerdo a tales modalida-
des por lo que su trazo distal contacta con las proximidades del ángu-
lo bucooclusal de la corona del retenido (fig.68A) sigue el contorno
coronario de costumbre.



Fig.66.Ostectomía,odontosección
y extracción (molar en posición
distoangular,sin desviación ca-
ra mesial accesible).a,ostecto-
mía distal con escoplo recto de
Sorensen.c,odontosección a ni-
vel del cuello con fresa de fi-
sura;las raíces se retiran con
un mismo elevador aplicado en -
la bifurcación radicular.



Fig.67.Tercer molar inferior
en retención lingual.Puede-
observarse en la fotografía
la eminencia que el molar -
realiza en la cara lingual
del maxilar inferior.A,en B
se presenta la radiografía
del caso;C,la radiografía o-
clusal.



Fig.68.Tercer molar --
en posición linguoan-
gular.A,incisión;B,a,
ostectomía distal;b,-
ostectomía pericorona-
ria;1,mesial;2,bucal-
3,distal;4,lingual.C,
odontosección con fre-
sa de fisura a nivel
del cuello.D,a,extrac-
ción de la corona con
elevador N°14 dirigi-
endolo hacia arriba y
el lado lingual;b,ex-
tracción de la raíz -
con elevador de Clev-
Dent.

El colgajo se desprende de modo que deje libres los huesos a resecar-
se. Para su extracción requiere una ostectomía y una odontosección re-
cordando que la mayoría de estos molares retenidos no tienen totalmen-
te formada su raíz. La ostectomía se realiza con escoplo (fig.68B,a,b)
o con fresa redonda, es necesario obtener el acceso a la cara mesial.

Cuando está su cara mesial accesible pueden ser extraídos después de la ostectomía con un elevador #2 R o L colocado sobre su cara mesial. Los otros requieren además de una rigurosa ostectomía, la división del molar con una fresa de fisura a nivel del cuello dentario (fig.68C). Se debe vigilar celosamente la existencia y el estado del hueso lingual para evitar su fractura. La corona se extree con un elevador #14 aplicado en el surco de la odontosección (fig.68D,a). Las raíces con un elevador de Clev-Dent según el método ya estudiado (fig.68D,b).

VI.- POSICION EUCOANGULAR:

Cara mesial accesible e inaccesible.- Generalmente se trata de desviaciones bucales exageradas de las posiciones vertical mesial o distoangular. Radiográficamente la retención linguangular presenta la forma discoidéa o de moneda, para su diagnóstico diferencial la radiografía oclusal es definitiva.

El problema quirurgico debe resolverse en forma semejante para el tipo anterior realizando ostectomía y odontosección.

La incisión que sigue las normas habituales tiene un recorrido paralelo y coincidente con la posición dentaria más accesible. El desprendimiento del colgajo sigue a si mismo las normas generales. La ostectomía (fig.69A,B) nos da el acceso necesario a las caras dentarias para realizar sobre ellas las maniobras ulteriores.

Deben ser divididos en tres segmentos con fresa de fisura:

- 1.- Porción coronaria por sección a nivel del cuello.
- 2.- Segmento medio.

3.- Segmento radicular por sección a nivel de la porción media de la raíz (fig.69C) lo que permite enuclear en primer termino el segmento medio (fig.69D) con un elevador de Clev-Dent o #14 R o L y en segundo lugar la porción coronaria severamente retenida a nivel del hueso que la protege por lo cual desplazamos con el uso de un elevador de Clev Dent o #14 R o L colocado contra la cara oclusal y su hueso homónimo (fig.69E) hacia el espacio libre por la extracción del segmento medio, la raíz restante la extraemos por los metodos ya estudiados dirigida también hacia el espacio libre.

VII.- POSICION PARANORMAL:

Invertida, Ectopica: Esta forma de retención presenta multiples y variadas disposiciones que se apartan de los tipos anteriores son por ello de difícil y aún imposible sujeción o intento alguno de sistematización didáctica (fig.70 y 71) por lo que no es fácil dar para cada caso un esquema quirurgico, aún así es facil dar normas genera-

les que se pueden aplicar a estos casos con las variantes propias de las circunstancias. En cada caso particular se resume en un enunciado común Ostectomía y Odontosección.

Ostectomía necesaria para abordar las caras dentarias que va a disminuir los riesgos operatorios logrando la útil aplicación de la mecánica de la palanca sin traumatismos ni complicaciones.

Odontosección que permitiera eliminar por medio de fragmentos una pieza retenida, también sin traumatismos, sin exagerada ostectomía siguiendo las leyes de una cirugía ingeniosa.



Fig. 69. Tercer molar en posición bucoangular. A, osteotomía distal (caso de cara mesial accesible). B, osteotomía mesiodistolingual (caso de cara mesial inaccesible). C, odontosección en tres segmentos. D, eliminación segmento medio. E, eliminación del segmento coronario por desplazamiento hacia el espacio libre, y eliminación del tercer segmento según técnica conocida.

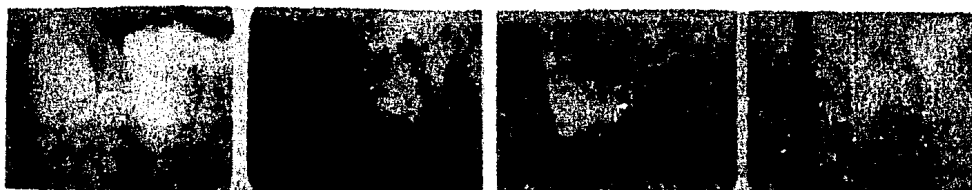


Fig. 70. Posición paranormal. Selección de casos.

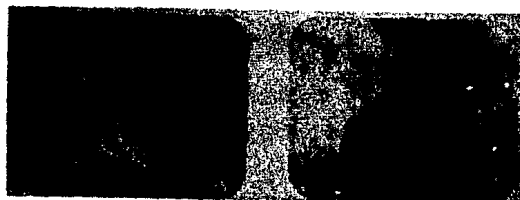


Fig. 71. Tercer molar en posición paranormal. A, Radiografía preoperatoria. Notese las relaciones de la cara mesial del tercer molar con el conducto denterio. B, radiografía posoperatoria.

La incisión va a ser trazada de acuerdo con la posición (fig. 72) del molar persiguiendo las condiciones de un amplio colgajo para que

sean más fáciles las maniobras operatorias.

Se incicia en las vecindades de donde se ha ubicado radiográficamente el ápice dentario y se extiende hasta el espacio situado entre el primer molar y el segundo premolar.

El desprendimiento del colgajo está en relación con el trazo de la incisión (fig.73).

La ostectomía debe atender en su extensión y alcance a la aparición del molar paranormal que tendrá el fin de descubrir la cara dentaria útil para que podamos hacer la odontosección y que se puedan usar los elevadores (fig.74). En la (fig.75) se presenta la ostectomía realizada.



Fig.72.Tercer molar inferior retenido en posición paranormal.Incisión(se extiende desde el punto apical del retentivo,hasta mesial del primer molar).



Fig.73.Desprendimiento del colgajo dejado al descubierto la superficie ósea.



Fig.74.Ostectomía.El escoplo,perfora,secciona y elimina el hueso que cubre la cara distal del molar retenido.Esta maniobra puede realizarse con fresa redonda N°8.



Fig.75.Eliminada una cantidad de hueso suficiente aparece parte de la corona y los tercios cervicales de la raíz distal del molar.



Fig.76.Extracción del caso de las cuatro figuras anteriores.A,odontosección en tres segmentos.B,se ha extraído el segmento central.



Fig.77.C,corona se ha movilizado hacia el espacio resultante del tiempo quirurgico anterior.D,extracción de las raíces.

La operación propiamente dicha se realiza por la división sistemática del molar que se van a obtener tantas partes como se precisen para que se haga más fácil la extracción (fig.76) la parte central resultado del seccionamiento es fácil de ser extraída con un elevador de Clev-Dent aplicado entre el hueso bucal y la cara bucal radicular en la figura anterior B se extrae la parte central de la sección de la corona se elimina con un elevador colocado, alternativamente sobre sus caras mesial y oclusal hacia el espacio obtenido por la eliminación del segmento central (fig.77) el macizo radicular se extrae pre-

vio orificio realizado con una fresa redonda en su cara anterior y hacia abajo y adelante como se muestra en la figura D.

AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Es frecuente que se presenten terceros molares en retención, en sujetos desdentados totales o a nivel del retenido o en pacientes con el segundo molar ausente.

Algunos son hallazgos radiográficos realizando estos estudios -- con otros fines.

Estos molares van a constituir una entidad clínica particular -- por razones radiográficas quirúrgicas.

A la ausencia de un segundo molar no se puede establecer un tipo de posiciones o desviaciones para el molar retenido.

TERCER MOLAR SUPERIOR:

I.- POSICIÓN VERTICAL:

Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas que llamamos B y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro, la incisión B parte del extremo anterior de la primera incisión dirigiéndolo hacia afuera rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina la incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. (fig.78 y 79).

El colgajo se desprende con un periostotomo sosteniéndolo con un separador (fig.78 y 80 a,b). la incisión de la figura 81 y 82 permite un colgajo más amplio que da mayor visibilidad.

En la ostectomía el hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o a fresa. En algunos casos el hueso a nivel de la cara triturante es frágil y se elimina con una cuchara para hueso (fig.80C) o con el mismo elevador.

Es una maniobra importante la cual nos permite ver por lo menos la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de Acceso a la cara Mesial.- La cara mesial es la superficie sobre la cual se aplica el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible no se requiere ninguna maniobra previa, si no lo es será necesario la eliminación del hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento. La ostectomía a este nivel se realiza con un escoplo recto o fresa redonda.

En la extracción propiamente dicha se van a emplear elevadores -

vio orificio realizado con una fresa redonda en su cara accesible hacia abajo y adelante como se muestra en la misma figura D.

AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Es frecuente que se presenten terceros molares en retención, en sujetos desdentados totales o a nivel del retenido o en pacientes con el segundo molar ausente.

Algunos son hallazgos radiográficos realizando estos estudios -- con otros fines.

Estos molares van a constituir una entidad clínica particular -- por razones radiográficas quirúrgicas.

A la ausencia de un segundo molar no se puede establecer un tipo de posiciones o desviaciones para el molar retenido.

TERCER MOLAR SUPERIOR:

I.- POSICION VERTICAL:

Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas que llama remos B y anteroposterior. La rama anteroposterior se traza proxima a la cara palatina del diente paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro, la incisión P parte del extremo anterior de la primera incisión dirigiendolo hacia afuera rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina la incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. (fig.78 y 79).

El colgajo se desprende con un periostotomo sosteniendolo con un separador (fig.78 y 80 a,b). la incisión de la figura 81 y 82 permite un colgajo más amplio que da mayor visibilidad.

En la ostectomía el hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o a fresa. En algunos casos el hueso a nivel de la cara triturante es fragil y se elimina con una cuchara para hueso (fig.800) o con el mismo elevador.

Es una maniobra importante la cual nos permite ver por lo menos la cara bucal y mesial del retenido.

Vía de Acceso a la cara Mesial.- La cara mesial es la superficie sobre la cual se aplica el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible no se requiere ninguna maniobra previa, si no lo es será necesario la eliminación del hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento. La ostectomía a este nivel se realiza con un escoplo recto o fresa redonda.

En la extracción propiamente dicha se van a emplear elevadores -

del tipo que sea, pero siempre y cuando sean rectos. La técnica para usar estos es introduciendo la punta en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo, la introducción del instrumento se realiza por un debil movimiento rotatorio que se aplica al elevador, actuando en su primer tiempo como cuña. En esta primera parte de su movimiento para llegar a su punto de aplicación el elevador luxa al tercer molar.



Fig.78. Técnica de la extracción de un tercer molar superior derecho retenido(D,D)en ellas se realiza la extracción empleando otro tipo de incisión.A,trazado de incisión en forma angular.(C)B,realizada la incisión se desprende colgajo mucoperiostico, utilizando un periostótomo.C,incisión para la extracción. Esta incisión llega hasta el segundo premolar,colgajo más amplio y útil.D,colgajo rebatido y sostenido con separador dando mayor campo operatorio que el presentado en B.El éxito

en la extracción del tercer molar superior consiste en que el cirujano debe ver la cara mesial del retenido,para aplicar con eficiencia el elevador sobre dicha cara.

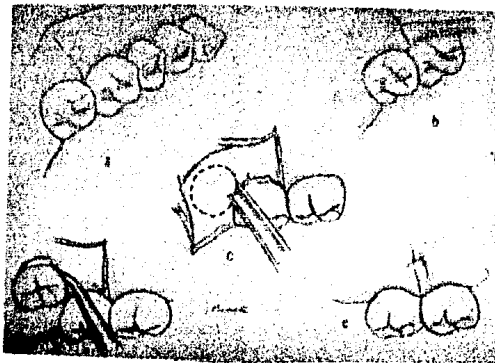


Fig.80.Extracción de un tercer molar superior retenido, en posición buccoangular.a,incisión que abarca desde distopalatino hasta el espacio entre primer y segundo molar;b,separación del colgajo con un periostótomo;c,ostectomía con escoplo (recordar el detalle de la exigüidad del hueso que cubre la cara oclusal)d,un elevador de Glev-Dent se insinúa en el espacio mesial del tercer molar y extrae la pieza c,sutura.

Para aplicar el elevador de Winter o el recto de Ash se usa con la cara plana sobre la cara anterior del diente. El instrumento debe estar dirigido en el sentido de una diagonal trazada sobre dicha cara

En general el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar o el tabique óseo en caso de que exista.

Aplicado el elevador y separado el labio y el carrillo son espejo se realiza suavemente el movimiento de luxación del molar retenido (recordar el movimiento que hay que imprimir a la mandíbula para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción) para abandonar su alveólo debe movilizarse en sentido de la resultante de tres direcciones de fuerza.

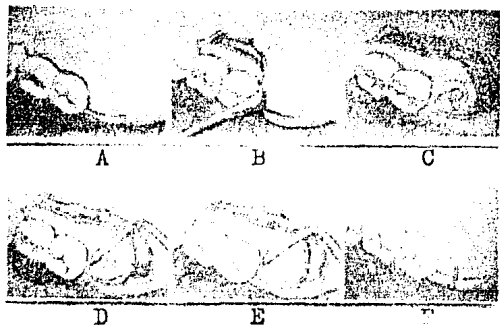


Fig. 79. Técnica de la extracción de un tercer molar retenido en posición distoangular. A, trazado de la incisión; B, desprendimiento del colgajo vestibular con periostótomo; C, desprendido el colgajo aparece el molar retenido; D, se introduce el elevador Clev-Dent entre mesial y el hueso. El peligro de apertura del seno maxilar es mayor en este tipo de retenciones; E, el elevador izquierdo opuesto al de la anterior luxa al retenido hacia distal; F, adaptación del colgajo. Un punto de sutura basta a nivel del alveólo del extraído para mantenerlo fijo.

El molar debe ser dirigido hacia abajo afuera y atrás (fig. 78D) - por lo que debe desplazarse el mango del elevador hacia arriba adelante y adentro como punto de apoyo la cara distal del segundo molar, luxado y si la fuerza aplicada no ha logrado extraerlo se toma con una pinza para extracciones y eliminado con la misma técnica que se usa para un tercer molar superior normal (fig. 82)

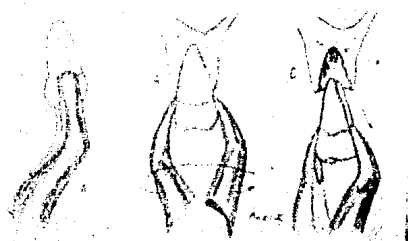


Fig. 82. Técnica para la extracción del tercer molar superior izquierdo. A, prehensión; B, luxación por rotación en el sentido de la flecha; C, extracción (tracción en el sentido de la flecha hacia afuera y abajo).

Extraído el molar y revisados los bordes óseos en especial el tabique externo y posterior y el saco pericoronario con pinza gubia se aplica el colgajo en su sitio se practican uno o dos puntos de sutura (fig. 80c y B; 79F).

II.- POSICION MESIOANGULAR (fig.30B).

La extracción debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad de hueso distal ésta puede ser una traba para la extracción al igual que con el segundo.

A nivel del maxilar la elasticidad del hueso nos permite el molar sin necesidad de seccionar el molar retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. El problema en ésta retención reside en la ostectomía distal y triturar y en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía necesita una mayor ostectomía en el lado mesial que en la retención vertical ya que el punto para aplicar el elevador debe ser más alto para lograr ésto es necesario eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

El procedimiento se inicia igual que el anterior, la ostectomía se inicia con escoplo o fresa requiriendo solo una mayor escisión de hueso distal para descubrir el diente a nivel de cuello.

El elevador se coloca profundamente hasta colocarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son iguales a excepción de que el molar debe dirigirse primero a distal para vencer el contacto mesial y luego los movimientos del elevador dirijan al diente hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas con cementosis o dilaceradas, el movimiento debemos de hacerlo con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

III.- POSICION DISTOANGULAR (fig.30C)

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para no provocar un desgarre en la encía al desprender el colgajo (fig.79A,B,C.)

Generalmente no hay hueso sobre la cara triturante ni hacia distal solo debemos preparar la vía de acceso en el lado mesial.

(fig.83D,E) el elevador va colocado sobre la cara mesial del tercer molar se dirige a abajo y atras. Se debe poner más cuidado en estas retenciones con la tuberosidad y la apófisis pterigoides ya que al hacer movimientos bruscos las podemos fracturar. Se emplean elevadores de elev-dent (fig.84) o de Winter #14 (fig.85) estos instrumentos van a actuar como cuña o servirán de palanca cumpliendo su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero (fig.39 punto 10) para cumplir con esto será útil emplear primero el elevador izquierdo para el lado derecho y viceversa (fig.79D,E) luego el elevador correspondiente, la exigüidad del espacio interdentario invita a esta maniobra.

Sutura (fig.79F).

IV.- POSICION PARANORMAL (fig.86A,B):

Las distintas y variadas posiciones que se pueden presentar del molar en esta posición no permite fijar una regla para su extracción como primera medida se deben tomar radiografías intraorales y una extraoral de perfil.

La técnica a seguir será dada por la disposición que presente el molar en hueso y su relación con los molares vecinos.

Algunos casos pero son los menos indican la extracción del segundo y aún del primero.

Los molares que estan por encima de los ápices del segundo se intervienen mejor haciendo una incisión parecida a la que emplean en las operaciones de Caldwell Luc como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del Seno Maxilar



Fig.83.A,segundo premolar inferior que tiene una gran dificultad ya que se intento extraer por vía vestibular fracturandose la raíz;B,segundo molar inferior en el lado lingual, con persistencia del segundo molar temporario.C,segundo premolar inferior retenido en el lado lingual del maxilar D, la raíz del premolar después de extraído (de frente y perfil) se nota el corte de la fresa.

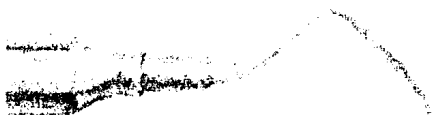


Fig.84.Elevador de Clev-Dent indicado para extracción de raíces fracturadas (derecho, Izquierdo).

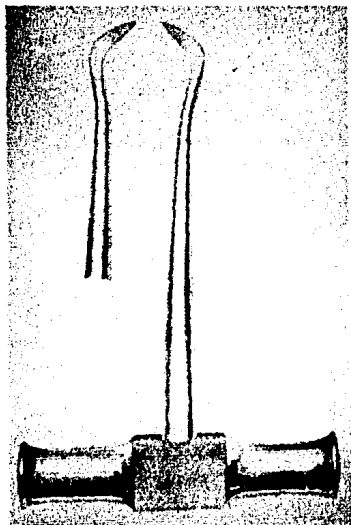


Fig.85. Elevadores números 14L y 14R de Winter. Indicados para la extracción de raíces; el instrumento ha sido ideado para el tercer molar inferior, pero puede emplearse para realizar las extracciones de cualquier tipo de raíces.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS:

(Germen del tercer Molar Superior)

En el maxilar superior al igual que en el inferior se encuentran los terceros molares con sus raices incompletamente formadas que al ubicarse en diferentes posiciones pueden ocasionar accidentes mecánicos sobre las demás piezas dentarias por lo que esta indicada su extracción.

En algunos casos el tercer molar adulto (su germen) puede estar en las diferentes posiciones que cuando se ha formado totalmente. Pero su extracción implica serios problemas que se deben resolver.

La incisión debe permitir un amplio colgajo (fig.78) el cual deberá permitir una gran amplitud para observar hueso y abordar el molar retenido (su corona) que por lo general se va a situar muy alta, - en ocasiones la podemos localizar a nivel de los ápices del segundo molar. La ostectomía la realizaremos con escoplo a presión manual o con ayuda de un martillo, esta eliminación deberá ser lo suficiente amplia para poder observar la cara oclusal, mesial y bucal.

Cuando la encontramos en posición distoangular será necesario también resecaer hueso distal, la ostectomía para tener acceso a la cara mesial deberá ser extensa para poder introducir el elevador de cleve-dent que va a ser el instrumento ideal para este tipo de exodoncia ya que su hoja es muy fina, se va a colocar sobre la cara mesial del germen a extraerse y el movimiento será girando vigorosamente el mango de éste para desplazar el molar hacia distal y abajo.

Cuando el germen está en posición paranormal va a requerir un prolifero trabajo de disección para poder liberarlo de sus paredes óseas. Para el éxito de esta extracción de germen del tercer molar se debe a una prolija ostectomía que va a permitir al operador observar por lo menos la cara mesial y bucal del retenido.

En ocasiones no es suficiente una ostectomía bucal sino que debemos buscar una puerta de entrada para los elevadores de cleve-dent para lograr esto debemos de eliminar el hueso que cubre la cara mesial por medio de escoplo a presión manual o con fresa redonda que sea lo suficiente amplia para que se puedan colocar los elevadores. Pero esta debe ser con prudencia pero con firmeza para lograr el efecto deseado, se debe recordar la proximidad que existe con la apofisis pterigoides y el Seno Maxilar para evitar la fractura de la primera o la introducción del tercer molar al seno siendo esto común cuando no se realiza -

su extracción con cautela.

Cuando los molares los encontramos con sus raíces incompletamente formadas generalmente los encontramos con un amplio saco pericoronario que va a ser necesario reseca con pinzas gubias y cucharitas para hueso.

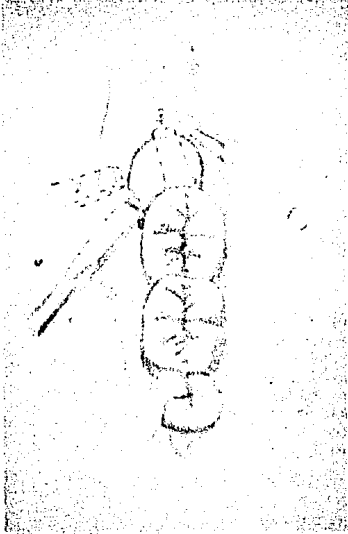


Fig.64. Extracción de un tercer molar inferior derecho, posición horizontal, desviación bucal, cara mesial inaccesible. Osteotomía con escoplo: mesial;1, bucal;2, distal;3, y con fresa redonda.

SUTURA DE COLGAJOS :

La sutura es la maniobra que tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión e indispensable en nuestra cirugía, aún cuando hay partidarios de ella y sus detractores

Reúne un conjunto de bondades por lo que se aconseja en grandes incisiones como son las que vamos a realizar en nuestras operaciones.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual y terminarla en la bucal.

MANEJO DEL PORTAAGUJAS: Se toma este instrumento el cual va a tomar la aguja aproximadamente en el centro de su arco, la aguja debe estar enhebrada antes de iniciar la maniobra.

La aguja perfora la fibromucosa, asoma entre los labios de la herida y tras perforar nuevamente la fibromucosa, esta vez del colgajo opuesto, aparece en la superficie.

En este momento el portaagujas abandona la aguja de su lugar de toma y vuelve a asirla, ya del otro lado; tracciona para ayudarla a pasar y le hace describir el último tramo de su recorrido.(fig.86).



Fig. 86 Técnica de la sutura. 1, la aguja perfora ambos labios de la herida; 2, el portaagujas abandona la aguja y vuelve a tomarla por su extremo anterior; 3,4, pasado el hilo se realiza el primer nudo; 5, con la misma técnica se realiza el segundo nudo; 6, el nudo está terminado.

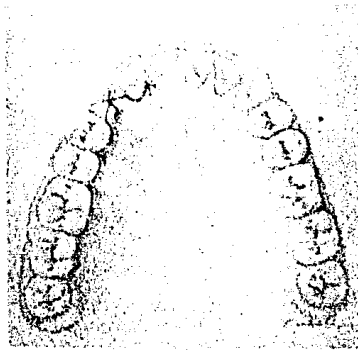


Fig. 87 Sutura con puntos separados después de la operación de una pieza dentaria.

La técnica anterior de sutura a veces es difícil de efectuarse en la cavidad bucal por lo que la podemos realizar de la siguiente forma

La maniobra debe efectuarse en dos tiempos: En el primero la aguja atraviesa el colgajo palatino o lingual y aparece entre los labios de la incisión; de allí la toma el portaagujas por el extremo que se ve del otro lado y le hace terminar su recorrido; el portaagujas --

vuelve a tomar la aguja y la hace recorrer un nuevo trayecto introduciéndola entre los labios de la herida, perfora ella el colgajo de adentro afuera y es extraída por el portaagujas con una maniobra parecida a la anterior.

Existen varios tipos de sutura entre los que estan:

- 1.- El que emplea puntos separados
- 2.- El que se vale de una sutura continua.

Los dos tipos son buenos solo que el más conveniente para el tipo de cirugía que estamos realizando es el de puntos separados.

Ya que se han unido los labios de la herida deben de ser asegurados por nudos los cuales pueden ser de dos tipos:

A.- Simples

B.- Nudo de Cirujano.

De estos dos tipos de nudos es más seguro usar el de cirujano ya que lleva menos riesgo de correrse.

Nudo de Cirujano.- Se logra por un doble entrecruzamiento del primer segmento del nudo simple. Para la realización más rápida del nudo nos auxiliaremos del portaagujas.

Ya pasado el hilo como se dijo anteriormente, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo que tiene la aguja, se apoya el instrumento y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del portaagujas (fig. 88 y 89).

Se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre (fig. 90), se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas.

Se ajusta a nivel de la herida el nudo y se tiene realizada la primera parte de él (fig. 91).

Para completar el nudo, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse en cualquier parte de la boca, pero a nivel del tercer molar que es lo que en este momento interesa es muy útil, por las dificultades que presenta una sutura en ese sitio.

vuelve a tomar la aguja y la hace recorrer un nuevo trayecto introduciéndola entre los labios de la herida, perfora ella el colgajo de -- adentro afuera y es extraída por el portaagujas con una maniobra parecida a la anterior.

Existen varios tipos de sutura entre los que estan:

- 1.- El que emplea puntos separados
- 2.- El que se vale de una sutura continua.

Los dos tipos son buenos solo que el más conveniente para el tipo de cirugía que estamos realizando es el de puntos separados.

Ya que se han unido los labios de la herida deben de ser asegurados por nudos los cuales pueden ser de dos tipos:

- A.- Simples
- B.- Nudo de Cirujano.

De estos dos tipos de nudos es más seguro usar el de cirujano ya que lleva menos riesgo de correrse.

Nudo de Cirujano.- Se logra por un doble entrecruzamiento del -- primer segmento del nudo simple. Para la realización más rápida del nudo nos auxiliaremos del portaagujas.

Ya pasado el hilo como se dijo anteriormente, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo que tiene la aguja, se apoya el instrumento y se hace dar al hilo dos vueltas completas -- alrededor del portaagujas (fig. 88 y 89).

Se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre (fig. 90), se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase entre ellas.

Se ajusta a nivel de la herida el nudo y se tiene realizada la -- primera parte de él (fig. 91).

Para completar el nudo, se realiza la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo.

Esta técnica puede aplicarse en cualquier parte de la boca, pero a nivel del tercer molar que es lo que en este momento interesa es -- muy útil, por las dificultades que presenta una sutura en ese sitio.

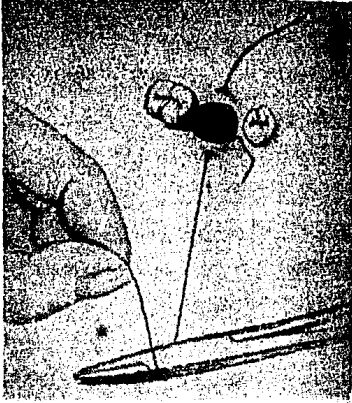


Fig. 88. Sutura usando el portaagujas. Pasado el hilo de lingual o palatino a bucal, se toma entre el índice y el pulgar izquierdos el extremo del hilo para rodear el portaagujas.

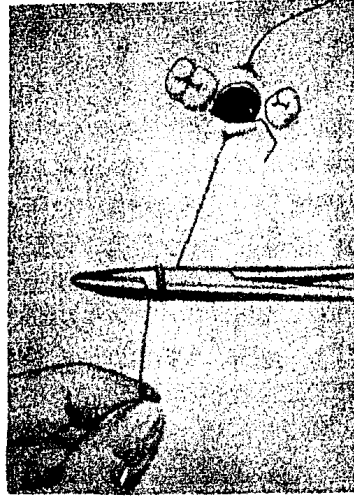


Fig. 89. Se continúa la operación de sutura. Se ha dado dos vueltas de hilo al extremo libre del portaagujas.



Fig. 90. Con los mordientes del instrumento, se toma el extremo del hilo de sutura.

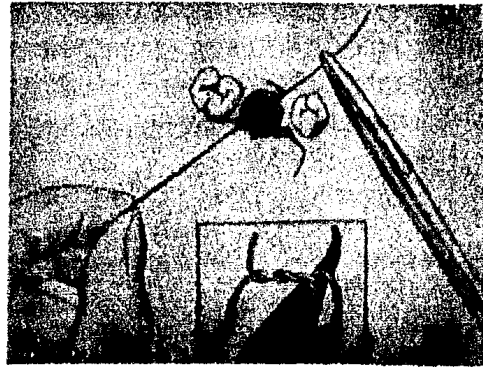


Fig. 91. Se tracciona el portaagujas deslizándolo entre las vueltas del hilo. En recuadro la etapa final de la sutura.

TEMA X

+ C U I D A D O S P O S O P E R A T O R I O S +

Se entiende por posoperatorio el conjunto de medidas técnicas y - precauciones que se realizan después de una operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, dichos fines son los de reparar y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Este paso es muy importante dentro de nuestro trabajo ya que en - este período se sabe si se obtuvo o no éxito, que es lo que más interesa y para esto debemos tomar en cuenta varias circunstancias que cooperan dentro de este posoperatorio, con lo cual se puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirurgica. Para lo que es necesario tener una buena vigilancia y cuidado del paciente una vez terminada la operación.

Nuestra cirugía no va a tener la trascendencia de una cirugía general, pero no por eso es menos importante, ya que nuestro paciente será ambulatorio (se recomienda ir acompañado de una persona)(salvo excepiones) por lo que el paciente no es hospitalizado.

Estos cuidados se refieren a la herida misma (campo operatorio de la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

Para lo cual necesitamos contar con la colaboración del paciente al que se le instruirá sobre el tratamiento que él deberá seguir en su domicilio. De ser posible se le darán las instrucciones por escrito para que no haya confusiones que nos pueden causar complicaciones.

Estas instrucciones deberán contener:

Higiene bucal

Alimentación

Compresas frías (como usarse)

Compresas calientes (como usarse)

Farmacos

Una herida causada por una operación bien realizada y bajo las -- normas antes expuestas y dado que la naturaleza es sabia provee las -- condiciones suficientes para la formación del coágulo que va a proteger la herida operatoria ya que el coágulo es la mejor defensa contra las infecciones, dolores y para la recuperación total.

En lo que se refiere a los farmacos existe en el mercado una gran

variedad de ellos con los cuales nos podemos auxiliar para lograr el éxito total de la intervención.

Estos farmacos deberán ser específicos puesto que la lesión que tenemos tiene ciertas características como son:

Inflamación

Infección

Dolor

Otros trastornos ligados a la lesión.

Podemos usar farmacos que contengan en su composición elementos que nos ayuden a prever estas circunstancias, se dan ejemplos de estos farmacos entre los cuales podemos encontrar algunos de ellos que tienen doble o triple acción:

1.- ANTIINFLAMATORIOS:

- a).- Parengesico F, capsulas: Alivio de la inflamación, edema y dolor. La dosis puede variar pero se puede dar una capsula antes de la intervención y una capsula cuatro veces al día por uno o dos días después de la operación.
Se puede iniciar la medicación con uno o dos días antes de la operación según sea el caso.
- b).- Parenzyme, grageas: Alivio de la inflamación, edema y dolor. Dosis inicial dos grageas cuatro veces al día, veinticuatro o cuarenta y ocho horas antes y después de la operación, una o dos grageas cuatro veces al día según el caso.
- c).- Tromasin Ampicilina, capsular 250 y 500mg: En procesos de inflamación e infección. Dosis inicial 500 mg. cada ocho horas. Si es severa la inflamación o infección se duplica la dosis sin perjudicar.
- d).- Quimagesico, capsulas: Alivio de la inflamación, edema y dolor. Dosis de cuatro capsulas en veinticuatro horas, no se exceder la dosis de 2.5 gr. de acetominofén en veinticuatro horas.
- e).- Quimar, inyectable, oral 400 y oral grageas: Alivia el dolor la inflamación, reduce el edema y la temperatura local y gradualmente devuelve la funcionalidad perdida. Primero se inicia con Quimar oleoso inyectable y continuar con Quimar oral 100 si se requiere prolongar la administración.
- f).- Quimar Oral y Oral 100 grageas: Procedimientos de cirugía, inflamación; acelera la recuperación funcional y disminuyen el tratamiento largo. Oral 100 cuatro grageas al día una ho

ra antes de cada comida y al acostarse. Oral simple dos gr geas cuatro veces al día una hora antes de cada comida y al acostarse.

- g).- Aflamina, capsulas: Antiinflamatorio, analgesico y antipirético. Dosis de una a dos capsulas tres veces al día preferentemente después de los alimentos.
- h).- Danilán, capsulas: Indicado en procesos inflamatorios de diversas etiologías. Dosis de una capsula después de cada alimento.
- i).- Dolo-tanderil, capsulas: Solución práctica de el dolor y la inflamación. Dosis de cuatro a seis capsulas durante o después de los alimentos.
- j).- Flanax, capsulas adulto: Antiinflamatorio con acción analgesica de acción rápida. En dosis de dos capsulas para empesar y después una capsula de 275 mg. cada ocho horas.

2.- ANTIBIOTICOS:

- a).- Binotal, comprimidos de 1 gr.; capsulas de 0.250 mg. y 500 m Infecciones locales o generalizadas. Dosis de una a dos capsulas de 500 mg. cada seis u ocho horas o un comprimido de 1g. cada ocho horas.
- b).- Flamicina, comprimidos: Tener precaución con la penicilina.- Por su acción antibiótica, antiflogística interfiere con el rápido restablecimiento del tejido. En dosis de uno o dos -- comprimidos cada seis horas.
- c).- Gentamicina Carnot, inyectable: Antibiótico bactericida de - amplio espectro. Dosis de 1 mg./Kg de peso cada ocho o doce horas en infecciones graves de 3 a 5 mg./Kg de peso cada ocho horas disminuyendo la dosis conforme mejore.
- d).- Pentrexyl, tabletas de 1 gr.: En infecciones de los tejidos capsulas de 50 mg y 250 mg. En dosis de 1g cada seis u ocho horas dependiendo la severidad del caso puede aumentarse.
- e).- Rifadin, capsulas de 300 y 150 mg.: Antibiótico para infecciones se absorbe totalmente y se difunde rápidamente y penetra en tejidos, órganos y focos inflamatorios. En dosis de - 10 a 20 mg/kg/día repartido en dos tomas o sea 2 capsulas de 300 mg cada doce horas.

3.- ANALGESICOS:

- a).- Ecuagesico, tabletas: Analgesico de triple acción. Dolores -

- leves y moderados especialmente cuando van acompañados de --
tensión, ansiedad y espasmo muscular. En dosis de dos table_
tas tres o cuatro veces al día.
- b).- Robaxisal PH, tableta: Analgesico relajante. Cuando la ansie_
dad acompaña al dolor espasmo. Dosis de 2 tabletas tres o cu_
atro veces al día o tres cada cuatro horas.
 - c).- Beserol 500, tabletas: Analgesico, antiinflamatorio periferi_
co puede ayudar en el espasmo musculoesqueletico. Dosis de -
una o dos tabletas tres o cuatro veces al día; la dosis dia_
ria máxima es de ocho tabletas.
 - d).- Conmel, tabletas: Analgesico, antiinflamatorio. Para después
de la intervención. En dosis de 1 ó 2 tabletas 3 ó 4 veces -
al día.
 - e).- Neo-melubrina, inyectable: Analgesico, antipirético, antiin_
flamatorio y para potenciar el efecto de los anestésicos lo_
cales en Odontología. Dosis de 1 ó 2 ampolletas de 2ml 2 ve_
ces al día IV lentamente; 1 ampolleta de 5ml 2 veces al día
IM ó IV lentamente. 1 ó 2 comprimidos 4 veces al día.
 - f).- Saridón, comprimidos: Analgesico y antipirético. Dosis de 2
comprimidos varias veces al día.

4.- RELAJANTES MUSCULARES:

- a).- Robaxin Enzimatico, tabletas: Relajante antiinflamatorio, re_
duce el tiempo de recuperación del paciente en intervencion_
es quirurgicas. Dosis de 2 tabletas tres o cuatro veces al -
día empesando dos dias antes de la intervención.
- b).- Robaxifén, tabletas: Relajante, analgesico, antipirético, --
contracturas musculares. Dosis de 2 tabletas tres o cuatro -
veces al día.

Estos farmacos debemos usarlos con precaución sabiendo en los ca_
sos que se pueden o no usar por ser contraindicados por tener el paci_
ente algún otro trastorno general que nos perjudique al paciente.

Con respecto a la alimentación podrá empesar a comer cosas liqui_
das después de un tiempo razonable de la operación y continuar así por
otro tiempo y podrá continuar con una dieta blanda carente de grasas e
irritantes y conforme mejore podrá ir aumentando su dieta hasta llegar
a su dieta normal.

CONCLUSIONES

La Odontología ha perfeccionado numerosas técnicas para el bienestar de la salud oral, estrechando cada vez más la interrelación de los Cirujanos Dentistas de diferentes especialidades.

Con lo que hemos visto y leído acerca de la inclusiones de los terceros molares con respecto a sus indicaciones o contraindicaciones para su extracción, el diagnóstico correcto de dichas inclusiones en cualquiera de sus posiciones es de vital importancia para que dicho tratamiento al cual se someterá el paciente tenga el mejor de los éxitos.

Diré que no está por demás insistir en que las inclusiones son muy importantes para un desarrollo tanto social como en su propio organismo, ya que hemos visto que pueden tener consecuencias graves.

Sabiendo que en esta recopilación de datos solo trato de dar generalidades para poder realizarlos en la práctica diaria puesto que en la actualidad nos encontramos con mayor promedio de inclusiones.

Através de este trabajo y con la poca experiencia que -- tengo no he tratado de dar nuevos conceptos sino que solo he querido seleccionar los conceptos para quien pudiera servirle como guía en un futuro no lejano.

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

- 1.- COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA:
L. Testut y A. Latarjet.
Salvat Editores S.A.
- 2.- TEXT BOOK OF ORAL AND MAXILLOFACIAL:
Surgery Quinta Edition
Gustav O. Kruger.
- 3.- DIVERSAS TESIS SOBRE PIEZAS IMPACTADAS O RETENIDAS:
De varios autores.
- 4.- PROPEDEUTICA MEDICA:
Morgan Engel
Interamericana.
- 5.- CIRUGIA BUCAL:
Guillermo A. Ries Centeno
Editorial el Ateneo.
- 6.- ANATOMIA DENTAL:
Moses Diamond
Editorial Hispano Americana.
- 7.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS:
Dr. Emilio Rosenstein con colaboración de Dr. Alfonso Martín del Campo y Consejo Editorial Editorial P.L.M.S.A.
- 8.- GRAN DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO:
Selecciones del Reader's Digest.