

*1 ejemplar*  
*(362)*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

Facultad de Odontología



**TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE  
TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

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

**MARIA DEL CARMEN GARCIA MONTAÑO**



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.

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION  
DE DENTES MOLARES INCLUIDOS.

INTRODUCCION	PAG.
I.- Definición y Generalidades. . . . .	1
II.- Etiología. . . . .	5
III.- Frecuencia. . . . .	11
IV.- Indicaciones y Contraindicaciones . . . .	18
V.- Historia Clínica. . . . .	24
VI.- Estudio Radiográfico. . . . .	29
VII.- Instrumental. . . . .	34
VIII.- Técnica Quirúrgica. . . . .	39
IX.- Complicaciones Transoperatorias . . . .	49
X.- Post-Operatorio . . . . .	51
XI.- Complicaciones en el Post-Operatorio . . .	53
Conclusiones.	
Bibliografía.	

## INTRODUCCION

La extracción de dientes incluidos se hace porque es la mejor manera de hacer que desaparezcan molestias como dolor que casi siempre es neurálgico referido al ojo, oído, senos maxilares, hueso frontal, cara, cabeza y zonas de los maxilares superiores e inferiores. Estos dientes también pueden provocar quistes o tumores.

Para llegar a un pronóstico satisfactorio antes de eliminar un diente impactado, es necesario hacer el diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y general y conocer los principios básicos de la cirugía.

La inclusión dentaria es frecuente en los dientes permanentes y lo es menos en los dientes temporales. Los que con mayor frecuencia quedan retenidos son los terceros molares inferiores y superiores, y los caninos.

Mi tesis está enfocada especialmente a los terceros molares; considero que son los que tienen mayor interés clínico desde que se forman hasta que se extraen.

1.- Su erupción puede ir acompañada de dolor y lesiones de las estructuras que los rodean.

2.- Con frecuencia son hipoplásicos y tienen predisposición a la caries.

3.- Su reparación es difícil e inadecuada.

4.- Tienen a perturbar el alineamiento de los otros dientes.

restándoles espacio y apiñándolos.

Los terceros molares deben extraerse cuando están en mal posición o que no pueden brotar por falta de espacio.

La extracción de estos dientes es más fácil cuando el paciente es joven, porque la membrana que constituye el residuo del folículo dental entre el diente y el hueso facilita la operación. En personas de mayor edad el problema es más difícil. El hueso es duro y frágil.

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

Es obvio que un verdadero diente retenido puede también estar en mal posición y no haber erupcionado o haberlo hecho parcialmente.

## I.- DEFINICION Y GENERALIDADES.

- Por inclusión o retención se entiende aquella anomalía en la cual el gemelo dental completamente desarrollado, permanece sin sufrir ninguna modificación especial en el maxilar, no apareciendo en la época normal de su erupción

- Se dice que un diente está incluido cuando permanece contenido en el maxilar con los tejidos blandos perimaxilares. Se dirá que todos los dientes embriológicamente están incluidos antes de su erupción, pero para que ésta, sea real o patológica debe existir después del tiempo normal de su erupción; aunque en ambos casos el saco pericoronario permanezca cerrado

- Se denominan dientes retenidos (incluidos o impactados) aquellos que una vez llegada la época de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico y la erupción no se presenta

- Designese como retención dentaria a aquél estado en que un diente completamente desarrollado queda alojado total o parcialmente en los maxilares, después de haber pasado su época ordinaria de erupción.

- Los dientes que no brotan y permanecen total o parcialmente de hueso cubiertos, tejidos blandos, o de ambos reciben el nombre de dientes retenidos.

- La expresión dientes retenidos se usa más bien imprecisamente para incluir los dientes retenidos en el verdadero sentido de la

palabra, o sea, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; dientes en mal posición, hacia lingual o vestibular con respecto al arco normal, o en infraoclusión; y dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

#### GENERALIDADES.

La extracción del tercer molar retenido la mayoría de las veces es sumamente difícil. La exodoncia del tercer molar es esencialmente un problema mecánico como lo es la extracción de todo diente retenido, pero a nivel de la "muralla del juicio" inferior, se confabula una serie de factores para hacer de esta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión la dureza y la poca elasticidad del hueso, la saliva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

Se ha demostrado que la extracción exitosa de un tercer molar retenido con un mínimo de trauma, depende de un examen clínico correcto y de una técnica operatoria aplicable al tipo de caso presentado.

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

Uno de los accidentes característicos del tercer molar superior es que erupciona hacia el lado del carrillo, es decir, que presenta bucoverción.

Este accidente está caracterizado por los siguientes hechos clínicos:

Al erupcionar la cara oclusal la pone en contacto con la mucosa del carrillo, por aumento de la erupción y movimientos masticatorios, una de las cúspides de la cara triturante del molar termina ulcerando la mucosa del carrillo produciendo dolores muy fuertes, los tejidos blandos vecinos se inflaman y se producen una celulitis acompañada de trismus y ganglios infartados, todo esto repercute sobre el estado general.

Así como el tercer molar inferior, el superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos.

El hecho sobre el que nunca se insistirá demasiado es que el operador, lo mismo que un arquitecto, debe hacer un plan previo y no intentar llegar al diente con gran número de instrumentos y sin un claro programa de acción.

Algunos de los principios que deberán observarse en la odontotomía son los siguientes; realícese bajo visión directa; no se sacrifique la perfección técnica a la velocidad, planéese de manera que la extracción del diente exija la menor fuerza de palanca posible, evítese lesionar el segundo molar y sus estructuras periodónticas, y fracturar la tuberosidad del maxilar superior o el ángulo inferior.

Otros dientes también presentan ausencia congénita o malformaciones, pero no tan frecuentes como los terceros molares.



Se señala que por lo menos desde hace 200 años se ha creído a civilización responsable de la disminución o falta total de estímulo que existe de desarrollo adecuado a los maxilares humanos; un desarrollo que provee de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes.

Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro con el consiguiente choque.

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

Se han efectuado exámenes en los maxilares y dientes de antiguos egipcios y modernos beduinos, esquimalos del norte, aborígenes australianos del sur, e indios de México que demuestran que estos pueblos no tienen dientes retenidos. Su comida es normal, es constituida por vegetal y peces, es simple en variedad y preparación. Su consistencia cuando está preparada es tal que requiere masticación tan poderosa por parte del niño, inmediatamente después del destete, como del adulto.

Las principales causas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña, Irlanda y Estados Unidos son la alimentación artificial de los bebés, los hábitos de la infancia y niñez, los alimentos dulces y blandos de los niños y jovencitos y mezclas desproporcionadas.

## II.- ETIOLOGIA

Las causas de las inclusiones de los dientes son muy variadas, existen varios factores como anomalías de desarrollo, dientes supernumerarios, traumatismos, gérmenes dentarios fuera de posición, odontomas, hábitos de la infancia, quistes y otras más.

Algunos autores sostienen que la persistencia del diente temporario puede provocar la inclusión del permanente que lo reemplaza; otra causa de la inclusión es que el diente temporario no cae.

A) Desplazamientos primarios del germen dental con el consiguiente cambio de posición del mismo, de modo que la erupción no puede seguir la vía normal.

B) Impedimentos de la erupción por causas variadas. Dilatación, herida o dislocación del folículo consecutivos a traumas, raquitismo, sífilis, fenómenos inflamatorios o procesos degenerativos del germen dental.

C) Causas presentadas por deformaciones del maxilar y de los dientes.

También puede ser causa de la inclusión momentos constitucionales. Así como también la herencia podría influir en cierta medida. Se dice que según la herencia y los momentos constitucionales pueden dar origen a una formación anómala de los gérmenes dentales. Como consecuencia del cambio de posición, no alcanzan en su movimiento erupcional el sitio que les corresponde en la arcada dental.

También se cree que la inclusión traduce la pérdida de los caracteres atávicos de la serie dental sirviendo en signo de una modernización de la dentadura en el sentido del principio de la alimentación de algún o de algunos grupos de dientes.

Otras causas son el raquitismo, cretinismo, o mixedema, otra es hipertrofia de las encías provocada por falta de vitamina A y D.

Un diente puede quedar incluido por causa mecánica, cuando un obstáculo pone cierta resistencia para la erupción y esta puede ser un diente temporal que no ha caído y deja tras de sí tejido óseo de neoformación o malposiciones dentarias de los dientes contiguos.

Estas causas mencionadas brevemente son: de crecimiento y funcionales, obstrucción mecánica, traumatismos y el desplazamiento que resulta de ellos producidos habitualmente durante la etapa de formación dental, factores patológicos locales y sistémicos.

Razones embriológicas, la ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción por razones mecánicas, el diente originado por el tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar. También se dice que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la alveolar durante las diversas fases de evolución.

La falta de material de espacio es que el gemelo del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible y la rama montante del maxilar; el canino superior tiene su gemelo situado en lo más elevado de la fons canina. Completada la calcificación del diente, en los maxilares de dimensiones reducidas no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impide el incisivo lateral y el premolar que ya están erupcionados. El hueso de tal condensación que no puede ser vencido en el trabajo de erupción. El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser un órgano dentario, dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.

Los elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria, como son los dientes supernumerarios, tumores odontogénicos y otras más.

Las causas generales, todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endocrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retracciones y ausencia de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio.

También se dice que las causas más frecuentes de la inclusión del canino es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna de las arcadas dentarias.

La falta de sitio, por estar el diente ubicado en una posición intra-ósea incorrecta o por factores generales o proximales que impiden la erupción.

La posición anormal del diente dentro de los maxilares que es el factor primordial, pueden ser causas de reabsorciones en las raíces de dientes vecinos que pueden llegar en algunos casos a producir daño en la pulpa. Deben inducir a suponer que existen causas que debemos averiguar, por las cuales no se produce la caída de un diente temporario en la época en la que normalmente debe hacerlo provocando la inclusión.

Los dientes supernumerarios cuando se encuentran retráidos pueden ser causa de alteraciones en oclusión; estos dientes, en particular el llamado cuarto molar puede impedir la erupción del tercer molar.

La falta de erupción dentaria se debe a numerosas causas; las principales son, la reducción del espacio, el obstáculo por quistes, tumores, dientes supernumerarios y disiduos, infección, traumatismo, estados anómalos de los maxilares y dientes y enfermedades generales.

La escasez de espacio constituye la causa más corriente para que no haya erupción dentaria.

La disostosis cleidocraneal, se caracteriza por el cierre tardío de las fontanelas y suturas craneanas, hay presencia de

dientes retenidos, cuando esto sucede.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de esta teoría observamos la ausencia congénita de los terceros molares superiores e inferiores o la ausencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Otras causas locales son, la irregularidad en la posición de un diente adyacente, la densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas continuadas con su resultante, una membrana mucosa muy densa, falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantemáticas en los niños.

Causas sistémicas de retención; las retenciones se encuentran a veces, donde no existen condiciones locales presentes.

Otra clasificación de la etiología es la siguiente:

A.- Causas prenatales:

- 1) Herencia.
- 2) Mezcla de razas.

B.- Causas postnatales; todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño tales como:

- 1) Raquitismo.
- 2) Anemia.
- 3) Sífilis Congénita.
- 4) Tuberculosis.
- 5) Disendocrinas.
- 6) Desnutrición.

C - Condiciones Raras:

1) Disostosis Creidocraneal. Es una condición congénita muy rara en la cual hay osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados rudimentarios.

2) Oxicefalia, es la llamada cabeza cónica, en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

3) Progeria, representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial y púbico, piel arrugada, cabello gris y el aspecto facial, actitudes y maneras de anciano.

4) Acondroplasia. Es una enfermedad del esqueleto, que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

5) Paladar Fisurado. Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

### III.- FRECUENCIA

Según algunos autores los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos son : Terceros molares superiores e inferiores y los caninos superiores pudiendo quedar también incluidos cualquier otro diente, pero con menor frecuencia, entre estos tenemos el mesiodens.

- Otras estadísticas demuestran lo siguiente : Terceros molares inferiores y superiores, caninos superiores, premolares superiores e inferiores, los caninos inferiores, los incisivos superiores e inferiores y excepcionalmente el primero y segundo molar y no es raro que estas inclusiones sean bilaterales

Las inclusiones son más frecuentes en el sexo femenino por los cambios fisiológicos y es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar.

- Otra clasificación

Terceros molares inferiores

Terceros molares superiores

Caninos superiores

Caninos inferiores

Premolares inferiores

Premolares superiores

Incisivos centrales superiores

Incisivos laterales superiores



**Incisivos inferiores**

**Molares inferiores y superiores**

- Otra estadística es la siguiente :

Tercer molar inferior 35%  
 Canino superior 34%  
 Tercer molar superior 9%  
 Segundo premolar inferior 5%  
 Canino inferior 4%  
 Incisivo central superior 4%  
 Segundo premolar superior 3%  
 Primer premolar inferior 2%  
 Incisivo lateral superior 1.5%  
 Incisivo lateral inferior 0.1%  
 Primer premolar superior 0.3%  
 Primer molar inferior 0.5%  
 Segundo molar inferior 0.5%  
 Primer molar superior 0.4%  
 Incisivo central inferior 0.4%  
 Segundo molar superior 0.1%

- Terceros molares inferiores, caninos superiores, terceros molares superiores, premolares inferiores, existe otra clasificación en la que entran otras piezas dentales, como son los segundos molares, caninos inferiores; pero, estos son menos comunes

- Los dientes permanentes normales que con más frecuencia quedan retenidos son, por orden de frecuencia decreciente ;

Tercer molar del maxilar inferior

Tercer molar del maxilar superior

Caninos del maxilar superior

Caninos del maxilar inferior

Premolares del maxilar inferior

Premolares del maxilar superior

También falta la erupción de los restantes dientes pero con menor frecuencia. Los terceros molares y caninos del maxilar superior tienden sensiblemente a la retención bilateral. Gran número de dientes supernumerarios quedan retenidos. Alrededor del 75% de estos dientes supernumerarios no presentan la erupción y además, sólo brota el 10% aproximadamente de los mesiodens, los cuales constituyen el grupo mayor de los dientes supernumerarios.

- Otra estadística confirma que los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos son :

Terceros molares superiores

Terceros molares inferiores

Caninos superiores

Premolares inferiores

Caninos inferiores

Premolares superiores

Incisivos centrales superiores

Incisivos laterales superiores

Existen diferentes posiciones en las que se puede encontrar el tercer molar:

GRUPO I. Corona del tercer molar incluida, semiincluida, o erupcionada.

Relación entre la cara distal del segundo molar y borde anterior de la rama ascendente.

GRUPO II. Los terceros molares se encuentran parte adentro de la rama y parte fuera.

GRUPO III. Se encuentran totalmente dentro de la rama ascendente.

Otra clasificación toma como base el plano horizontal con todas las demás piezas dentales o con los cuellos.

CLASE A. Cuando la corona del tercer molar está en oclusión normal.

CLASE B. Cuando la corona ocupa parte del tercio cervical de la raíz.

CLASE C. Cuando la corona está por debajo del tercio cervical de la raíz.

Otra es cuando la corona puede estar dirigida hacia bucal o lingual.

También se puede tomar en cuenta el eje longitudinal del diente,

puede estar en forma : horizontal, vertical, vertical invertida, horizontal invertida, mesializada, distalizada, mesializada invertida, distalizada invertida.

Hay otra clasificación que se llama de las Para-anormales o Atípicas o Raras, son las que salen fuera de las otras clases; — éstas son las que están dirigidas hacia el cóndilo, apófisis coronoideas, ángulo mandibular, cuerpo mandibular; dependiendo de la — dificultad del caso se hará la extracción intra o extra oral

Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar, basándose en cuatro puntos esenciales:

- 1° - La posición de la corona
- 2° - La forma radicular
- 3° - La naturaleza de la óseo-estructura que rodea al molar retenido
- 4° - La posición del tercer molar en relación con el segundo

De acuerdo con el eje longitudinal de la pieza:

a) La retención vertical.— el tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

b) Retención horizontal.—En este caso el eje mayor del tercer-

molar es sensible perpendicular a los ejes del molar

c) Retención mesioángula.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable.

d) Retención distoangular.- El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de estirama una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

e) Retención invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal, ésta se denomina retención para-anormal por ser poco común.

f) Retención bucoangular.- En este tipo el tercer molar ya no ocupa como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o el primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados estos dos dientes. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal; posición bucoangular.

g) Retención linguoangular.- Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están los molares anteriores orientados, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual

La retención del tercer molar es más frecuente en la raza blanca por la falta de sitio, es todo lo contrario en la raza negra,-

por su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares y aún del cuarto. La retención en la raza blanca y en el individuo de nuestro país, aumentan en número y en intensidad, en las últimas generaciones.

El sexo también tiene que ver mucho porque se ha encontrado que, predomina más en el sexo femenino, por los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan estos accidentes.

También se ha observado que es más frecuente entre los 13 y 28 años de edad.

Las posiciones del tercer molar superior algunas varían de las del inferior:

- a) Posición Vertical.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar.
- b) Posición Mesioangular.- El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está ve cina a la apófisis pterigoides.
- c) Posición Distoangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar, la cara oclusal mira hacia la apófisis pterigoides y puede estar en contacto.
- d) Posición Horizontal.- El molar está dirigido hacia el carrillo. También la cara oclusal se puede dirigir hacia la bóveda palatina o puede erupcionar en ella.
- e) Posición para anormal - Se puede encontrar en posiciones diferentes a las anteriores.

#### IV.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Las indicaciones para la extracción de los terceros molares incluídos son las siguientes:

1) Hipoplasia de los maxilares y desproporción entre las dimensiones de éstos y las de los dientes. Este fenómeno filogenético es causa de maloclusión en general; pero en particular es la razón por la que al brotar el último diente y carecer de espacio para ello/<sup>no</sup>puede adoptar su posición normal en el maxilar. Si hay pruebas de que no pueden acomodarse se deberá pensar en su extracción, esta será odontectomía profiláctica

La extracción de terceros molares está indicada en casi todos los casos que requieren tratamiento ortodóntico por maloclusión asociada con apiñamiento de los dientes

2) Obstáculo a la erupción normal del segundo molar, esta anomalía de desarrollo de la dentición debe corregirse con la extracción precoz del tercer molar, la causa de este fenómeno es la formación precoz del tercer molar cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alojarlo de manera que presiona sobre el segundo molar y lo inclina.

3) Inclinación posterior de los segundos molares, la presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie distal del segundo puede causar la inclinación de éste e impedir su oclusión normal

4) Erupción parcial y criptodancia; la erupción incompleta es otra indicación especial si existe un obstáculo sobre la corona, si

hay signos de traumatismo masticatorio en la encía que lo cubre o hipertrofia de la encía pericoronar, y si no existe posibilidad de que prosiga la erupción.

5) Síntomas neurológicos; la compresión del nervio dental inferior por un molar retenido origina a veces ciertos síntomas neurológicos entre ellos dolor que en ocasiones es referido a zonas inervadas por cualquier otra de las ramas del quinto par o de los nervios que se anastomann con él. Cefáleas frontales y occipitales y una oscura e indefinida sensación de presión son los síntomas más comunes que pueden suprimir la extracción de terceros molares.

También pueden producir otalgia de origen dental y tinnitus, se han registrado casos de neuralgia glossofaríngea curados por la extracción de esos dientes, también la dificultad para masticar, disfagia.

6) Formación de quistes; muchas veces el folículo dental en los dientes retenidos forma un quiste que suele hallarse situado al rededor de la corona, los quistes pueden alcanzar grandes dimensiones.

7) Infección pericoronar; uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares es la infección de los tejidos periodontales, lo que sucede cuando la encía ha sido perforada y permite la invasión de microorganismos, la infección puede también extenderse al diente contiguo.



8) Caries e Infección Periapical.- La caries puede producirse en dientes parcialmente brotados e invadir gradualmente la pulpa con la consiguiente infección periapical.

9) Resorción interna.- La resorción idiopática debe distinguirse de la caries. La afección puede desarrollarse en dientes completamente retenidos sin abertura de la encía.

La malposición de los dientes contiguos puede causar desplazamiento o rotación de los incisivos laterales.

El dolor es un síntoma común asociado al diente impactado. Casi siempre es de tipo neurológico referido al ojo, oídos, senos faciales, hueso frontal, y otras zonas de los maxilares superiores y mandíbula. La presión que el diente ejerce sobre troncos mayores, sus nervios, origina algias de intensidad, tipo y duración variable.

También en algunas ocasiones están indicadas las extracciones debido a que provocan ataques epilépticos y trastornos mentales.

La irritación o desajuste de la dentadura artificial; cualquier prótesis situada sobre los bordes superior e inferior transmite presión hacia los huesos y aumenta la circulación local y probablemente activa la erupción de dientes impactados. Los pacientes que portan estos aparatos se dan cuenta que sus chapas basculan en la boca y no se adaptan con la comodidad a que estaban acostumbrados; al observar se verá una protuberancia en la encía y es que el diente en su trabajo de erupción cambió la arquitectura del maxilar con las naturales.

molestias, por eso se deben extraer antes de elaborar puentes o dentaduras artificiales.

La infección puede ser que se difunde desde la raíz del diente permanente vecino e invade el saco dental del diente impactado o saco pericoronario:

a) Al hacer erupción el diente retenido su saco se abre espontáneamente, al ponerse en contacto con el medio bucal.

b) El proceso infeccioso puede producirse como una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.

c) La infección del saco puede originarse por la vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce por procesos de distinta índole; inflamación local con dolores, aumento de temperatura local, abscesos y fistula consiguiente, osteitis y osteomielitis, adenoflemonas y estados sépticos generales, pueden ocasionar trismus prolongado, dolores y otras perturbaciones y se pueden interpretar equivocadamente como trastornos articulares.

Accidentes mecánicos, los dientes retenidos actuando mecánicamente sobre los dientes vecinos, pueden producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de desinclusión produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún trastor-

nos a distancia, como el que produce desviaciones en la dirección en la dirección de los dientes vecinos y aún trastornos a distancia, como el que produce el tercer molar sobre el canino e incisivo a los cuales desvía de su normal dirección produciendo entrecruzamientos de dientes y conglomerados antiestéticos.

Trastornos sobre la integridad anatómica del diente. La constante presión que el diente retenido o su saco dentario ejerce sobre el diente vecino se traduce por alteraciones en el cemento, en la dentina y aún en la pulpa de estos dientes.

Accidentes tumorales - Quistes dentígeros, todo diente retenido es un quiste dentífero en potencia; pueden ser quistes foliculares, radiculares o tumores verdaderos. También hay casos en que hay tumor maligno originado por un diente retenido.

Es frecuente que la presión continua que un diente retenido ejerce sobre las raíces contiguas provoque en ella reabsorciones tróficas, rizolysis como la que se produce en las raíces temporales por la presión ejercida por los dientes permanentes.

Todo lo anterior nos da como conclusión que la extracción de un diente retenido está indicada cuando hay presencia de quistes, cuando provocan movilidad de las piezas contiguas, cuando presentan problemas paradontales. En algunas personas se presenta alopecia (falta de pelo en el cráneo), problemas epilépticos, cuando hay problemas de maloclusión, malajustes protésicos, pericoronitis, desviaciones dentarias u operculitis

## CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones para las extracciones de los terceros molares retenidos, pueden ser generales o locales.

### Contraindicaciones Generales:

- 1) Cardiopatías.
- 2) Discrasias sanguíneas (anemias, leucemia, púrpura hemorrágica y hemofilia).
- 3) Diabéticos, que dispone al desarrollo de infecciones no controladas.

### Contraindicaciones Locales:

- 1) Infecciones gingivales agudas.
- 2) Pericoronitis aguda.
- 3) Cuando el molar ha erupcionado en su posición correcta.
- 4) Cuando hay presencia de tártaro dentario
- 5) Intervenciones quirúrgicas recientes
- 6) Pacientes jóvenes (menores de 16 - 17 años).

## V. HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es un documento valioso para el Cirujano Dentista, el cual debe realizarla como un paso primordial para efectuar un diagnóstico del padecimiento que presenta el paciente. Esta historia clínica es de gran ayuda para ver que tipo de tratamiento se debe dar al paciente y en caso de alguna enfermedad tomar las precauciones debidas.

El interrogatorio se lleva a cabo en un lugar tranquilo; para -- que exista una confianza de parte del paciente y nos describa todo lo que siente con sus propias palabras.

La historia clínica se divide en dos partes: una que es el aspecto administrativo, en el cual se incluye: el nombre, la edad, el sexo, -- la ocupación, estado civil, originario, estado socioeconómico, domicilio y teléfono.

### Aspecto Administrativo:

- 1) El nombre nos sirve para conocer al paciente.
- 2) La edad, nos puede decir si el paciente está apto para la intervención quirúrgica, también para la preparación del convencimiento psíquico, el equipo, instrumentos y medicación que vamos a ocupar, etc.
- 3) El sexo, no hay indicaciones específicas salvo en la mujer -- que puede presentarse metrorragias.
- 4) La ocupación es importante porque hay muchas enfermedades -- que se les llama ocupacionales y por medio de este dato podemos darnos cuenta si el paciente tiene alguna de ellas.

5) El est\_ado civil nos sirve en caso de que el paciente sea mu-  
jer puede haber la pos\_ibilidad de que se encuentre embarazada.

6) Origin\_ario, es importante ya que necesitamos controlar al pa-  
ciente en la clínica y porque también existen en\_fermedades de pen-  
diendo de la región de donde es originario.

7) El estado socio-económico nos interesa para saber recetar los  
medicamentos según la economía del paciente, también nos sirve la -  
clase social a la que pertenece, la forma en que vive, calidad de sus  
alimentos.

8) El dom\_ilio y el tel\_fono nos sirve para en cualquier mo -  
mento poder comunicarnos con el pa\_ciente.

La otra parte del aspecto clínico del paciente, o sea, la historia  
física del paciente y sus antecedentes.

1) Motivo de la consulta.- Nos la va a referir el paciente y se -  
anota tal y como nos la dice -él.

2) La anamnesis o interrogatorio de los padecimientos heredo-fa-  
miliares, las preguntas se dirigen a remotas y próximas; serán los -  
padecimientos de los familiares consanguíneos como son, los padres, -  
tíos, abuelos y hermanos; lo mismo será para las remotas

3) Antecedentes no patológicos del paciente, en este caso entran  
todos los hábitos del paciente como son : tabaquismo, alcoholismo, hi-  
giene bucal, la casa en que vive, alimentación etc

4) Antecedentes patológicos , también se dividen en próximos y -  
remotos; es importante profundizar en el aspecto clínico : cuáles son

las intervenciones que ha tenido, si está bajo tratamiento, qué — medicamentos está tomando, si ha tenido alergias. Todo esto nos va a dar pauta para saber si está tomando barbitúricos, analgésicos, sedantes, etc.

Toma de signos vitales, pulso, presión, y respiración.

Remotos, son las enfermedades propias de la infancia por las — cuales ha pasado el paciente.

#### 5) Interrogatorio por aparatos y sistemas :

a) Aparato digestivo, se preguntará si hay molestias para — masticar, para deglutir, falta de saliva, disfagia, dolor, regurgitación, dolor de estómago, ardor, meteorismo, diarrea, estreñimiento; calidad de los alimentos que digiere, número de veces que come en el día

b) Aparato respiratorio : si respira bien por la nariz, si no tiene dificultad para respirar, disnea, polipnea, apnea, dolor, tos, expectoración.

c) Sistema nervioso : estas alteraciones van unidas a la — personalidad, con el aspecto de la persona por el deterioro de ésta, el más simple serán los tics nerviosos y el más grande los movimientos espasmódicos. Se observan los reflejos, la relación con el medio ambiente, forma de expresión y reacción a los efectos exteriores.

d) Problemas cardiovasculares : se preguntará si padece li-

potimias, bahidos, marcos, desmayos, si ha padecido infarto, paro, bradicardia, taquicardia, apnea, disnea, taquipnea; si presenta — los pies, uñas, nariz, lóbulos de la oreja morados, vértigo.

e) Aparato urinario : cantidad de orina, número de micciones en el día, dificultad para orinar, color, olor y elementos extraños (sangre, etc.).

Y así se forma un diagnóstico de presunción.

f) Exploración física, se divide en extraoral e intraoral. En el extraoral vamos a anotar en lo que se refiere a cabeza y cuello si presenta simetría facial, coloración de la piel, cambios de la piel, lunares, en qué región se encuentran, haremos palpación de los ganglios cervicales anteriores y posteriores, auriculares, claviculares, axilares, se debe definir si hay dolor, tamaño del ganglio, de qué lado se encuentra inflamado, a veces se puede confundir con un tercer molar incluido, con una infección o neoplasia.

En el intraoral se revisarán los labios, carrillos, paladar — blando, paladar duro, encía, frenillos, piso de la boca, lengua, — región tonsilar y dientes, cualquier alteración que se encuentre — se anotará; nos valdremos de los métodos de exploración, palpación. La exploración puede ser simple o armada.

Exámenes de laboratorio y exámenes radiográficos

2) Diagnóstico; se anotarán los padecimientos del paciente, lo que se descubrió valiéndose de radiografías, análisis clínicos —



## VI.- ESTUDIO RADIOGRAFICO

Este estudio radiográfico exige ciertas condiciones para que la radiografía sea exacta, porque radiografías deformadas o que no se encuentran en las condiciones normales, originan inconvenientes en la operación.

Técnica radiográfica para el tercer molar inferior retenido.

- Para la radiografía intraoral; el paciente debe estar sentado y el respaldo del sillón estará perpendicular al suelo, la cabeza debe estar ligeramente inclinada hacia atrás, para que la línea oclusal del maxilar se encuentre horizontal.

La película se coloca en el interior de la boca con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada y no debe sobresalir de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros. El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la caremesial del primer molar.

En la radiografía debe verse con precisión, el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar. Si la radiografía no está perfecta la operación quirúrgica no puede ser planeada con exactitud, ni realizada con éxito.

La posición del cono del aparato debe estar perpendicular a la película; el rayo central estará dirigido al centro de ésta.

- Para la radiografía oclusal el sillón debe estar inclinado hacia atrás; se desciende el cabezal todo lo que la comodidad del paciente lo permita, con la cabeza girada hacia el lado opuesto al molar a ra-

como son biometría hemática y química sanguínea, general de orina.

3) Plan de tratamiento; se divide en :

a) Físico, se puede tratar al paciente a base de termoterapia, masajes, rayos ultravioletas, etc.

b) Químico, se tratará con antiinflamatorios, analgésicos, antineuríticos; antibióticos, etc.

c) Quirúrgico, es la eliminación de la causa por medio de la cirugía bucal

5) Pronóstico; anotaremos las características del caso, pueden ser: favorable, desfavorable y reservado.

10) Epicrisis; se refiere a la evolución de la intervención quirúrgica; desde como se anestesió hasta que fué dado de alta el paciente. Se incluye la intervención, post-operatorio y alta del paciente.

radiografiarse. La película la tendrá el paciente colocada entre ambas arcadas, mordiendo la película con suavidad (el cono del aparato estará por debajo del borde inferior de la mandíbula, el rayo central dirigido perpendicular a la película).

Esta radiografía dará la cantidad de hueso que existe del lado bucal y lingual, la relación con la rama ascendente y la ubicación del tercer molar en su relación bucolingual.

La radiografía extraoral nunca logra la exactitud de la radiografía intraoral pero se usará cuando es imposible colocar la intraoral, estos casos son: trismus, intolerancia del paciente y procesos inflamatorios.

Aquí el respaldo del sillón debe estar verticalmente, la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás y un ángulo de 20 ó 30 ° al eje central hacia el lado a radiografiar, la película se guarda dentro del chasis con pantalla reforzadora, el chasis se coloca apoyado sobre la cara del lado a radiografiar, el paciente sostiene con la palma de la mano el chasis. El tubo se coloca debajo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar. El rayo central cruza las regiones blandas de la boca, lengua, cara interna del maxilar, el órgano dentario a radiografiar.

Con todo esto se ve que la radiografía ideal es la intraoral. Se debe observar en tal radiografía diferentes puntos y detalles del tercer molar retenido; como son su posición en el hueso, relación con los molares vecinos, forma coronaria, radicular y óseoestructura.

La radiografía nos da la posición con relación al segundo molar y la desviación.

El segundo molar debe ser estudiado clínica y radiográficamente para ver su solidez, estado y posición. Se debe tener en cuenta la relación del molar retenido con el borde anterior de la rama montante.

La profundidad en el hueso es importante porque dependerá de -- ello la técnica: el tamaño y la forma de la corona son variables y -- ésta puede estar atacada por caries, si es así se puede fracturar la corona y ésto se debe planear antes de la intervención. También la -- corona se puede encontrar con fracturas de grado variable exponiendo la cámara pulpar.

Las raíces se pueden encontrar de las siguientes maneras:

- 1) Ambas dirigidas distalmente
- 2) La raíz distal recta y la mesial dirigida hacia distal
- 3) La raíz mesial dirigida hacia distal y la distal hacia mesial
- 4) Ambas raíces rectas.
- 5) Ambas raíces fusionadas, en este caso forman un cono, con la implantación en la línea del cuello del molar.
  - 6) Raíz mesial recta y la distal dirigida hacia mesial.
  - 7) Ambas raíces dirigidas hacia mesial.
  - 8) Raíz distal dirigida hacia distal y la mesial hacia mesial.
  - 9) Raíces supernumerarias.

Se considera una radiografía incorre\_cta, aquella que no abarca en su totalidad el órgano dentario a extraerse, se debe también tomar en cuenta el contacto del segundo y el tercer molar, la porción ósea entre el segundo y el tercer molar, o sea el interséptum; el - séptum radicular del tercer molar, el hueso distal, la cara mesial del tercer molar, el espacio interdentario, la columna del segundo molar, o sea el tamaño, la forma, disposición, estado clínico, raíces del segundo molar, el conducto dentario.

La radiografía oclusal nos da una clara visión de la desviación del tercer molar, como puede ser sin desviación, aquí no es visible la cara oclusal del tercer molar; desviación bucal, tampoco es visible la cara oclusal; desviación lingual, aquí si se ve la cara - - oclusal del tercer molar retenido; desviación bucolingual, también es visible la cara oclusal.

Lo mismo que para el inferior, en el tercer molar superior retenido, también existen las radiografías anteriores; también existen diferentes puntos importantes como son: la posición del tercer molar, - - cuando el tercer molar presenta su cara vestibular verticalmente dirigida aunque se encuentra en posición mesio o disto angular, su imagen radiográfica es ap\_roximadamente normal. Posición y estado de las raíces; el hueso que cubre la cara triturante, esto nos indica el grado de osteotomía necesaria; el tabique mesial forma y dimensiones está dado - por la posición del molar; el hueso distal puede ser variable y en oca-

siones la cara del molar puede estar en contacto con la apófisis pterigoides; la forma, tamaño y estado de la corona; la forma puede ser anormal, el tamaño variable puede ser más pequeño o más grande, el estado se puede encontrar afectado por caries de grado variable.

Las raíces del tercer molar superior generalmente están fusionadas; pueden estar separadas y dirigidas en distintas direcciones y pueden no estar aún calcificadas.

En algunos pacientes el molar está muy cercano al seno maxilar o sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides.

La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a la cara mesial o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial para la colocación del instrumento que va a luxar al molar superior retenido.

## VII.- INSTRUMENTAL

La mayor parte de las operaciones de cirugía bucal son hechas dentro de la boca, sin hacer intervenir la piel de la cara y músculos de la región.

Por eso la técnica quirúrgica intraoral es distinta a la de una cirugía general. Para realizar esta cirugía bucal nos debemos valer de instrumentos y material quirúrgico especializado.

## INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS:

1) Bisturí, el adecuado es el tipo Bard-Parker números 3 y 7 con hoja número 11, 12 o 15. La hoja puede tener distintas formas; el bisturí de preferencia debe ser de hojas intercambiables, las cuales se eligen según la clase de operación. Existe otro bisturí llamado sindesmotomo, éste se usa para separar la encía del cuello del diente.

2) Lupa, periostótomo, elevador de mucoperiostio o espátulas romas; ésta se utiliza para separar la fibromucosa con el objeto de preparar el colgajo.

3) Tijeras finas para encía; se usan para cortar lengüetas, festones gingivales y trozos de encía. Las tijeras que reúnen las condiciones ideales por ser curvas y llegan a la región palatina y lingual son las de Newman.

Las tijeras de hojas pequeñas en especial se usan para cortar los puntos de sutura.

4) Separadores (de Mead, de Farabuffi y de Garra) estos se

usan como su nombre lo indica para separar los labios para que no sean heridos, o los colgajos que no sean traumatizados

c) Pinzas de disección; éstas las hay dentadas, que son — con las que se toma la fibromucosa sin lesionarla y las pinzas de dientes de ratón con tres dientes que también sostienen el colgajo.

e) Instrumentos de Galvano y Termocauterio; el electrobisturí o electrotomo; con estos instrumentos también se puede hacer la sección de los tejidos gingivales por medio de métodos térmicos o eléctricos, con estos se puede también quitar los epírculos que cubren al tercer molar.

7) Pinzas hemostáticas o también llamadas de mosquito; éstas detienen procesos hemorrágicos en caso de que los haya

8) Pinzas de Addson; sirven para sostener el colgajo y poder suturar sin lesionarlo.

9) Porta agujas; sirve para sostener la aguja y ser dirigida en sus movimientos.

10) Agujas para sutura; las más usuales son las curvas, — — concavoconvexas en sentido de sus caras

11) Pinzas de Allis para tomar tumores.

12) Espejo dental, pinzas de curación, escabador y explorador.

#### INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DURES

1) Motor de baja velocidad para trabajar en hueso



2) Fresas quirúrgicas de bola número del 5 al 3, de fisura número 5-0 de baja velocidad de carburo; para la osteotomía y también de fisura.

3) Alta velocidad y fresas de fisura o punta de lápiz, éstas de diamante; para seccionar el molar si hay necesidad de hacerlo.

4) Discos de carburo y piedras montadas

5) Limas para hueso o escofinas; para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

6) Escoplos y martillo; para resicar el hueso que cubre el objeto de la intervención. También se usan para seccionar el diente.

7) Pinzas gubias o alveolotomo; estos se usan para regular procesos, eliminar bordes cortantes, trozos óseos, etc.

8) Cureta o cucharillas para hueso de la 14 a la 17; sirven para eliminarquistes, granulomas, etc. que se encuentran dentro de las cavidades óseas.

9) Instrumental de exodoncia, como son las pinzas para extracciones, elevadores, etc.; para luxar y extraer el diente.

#### MATERIAL QUIRÚRGICO.

1) Sutura 3-0 puede ser catgut simple o catgut crómico, ésta es de mayor duración dentro de los tejidos, puede ser también seda o dermalón, la seda 3-0 es menos traumática y la que más se

emplica.

2) Material de relleno, puede ser Gel-Foam u Oxichel.

3) Gasas medicadas; la yodoformada se introduce en forma de acordeón y se deja una parte, la cual va siendo retirada y se va cortando poco a poco.

4) Tubo de Pen-Rosae; para drenajes en cavidades purulentas, también se puede usar el dique de hule.

5) Sondas, como son la sonda acanalada para drenar abscesos o cortes con delicadeza.

6) Cementos quirúrgicos como es Wonder-Pack.

#### MATERIAL DE CIRUGIA

Por se debe usar en una intervención:

1) Gorro o cubrecabeza; protege la cabeza del operador.

2) Cubre boca o tapaboca; protege de infecciones que pueden transmitirse paciente-operador y evitar que se salpique de sangre, restos de hueso o dentarios, etc.

3) Guantes de goma; la operación requiere de la máxima esterilización, por eso estos guantes se deben usar estériles.

4) Cepillos para la limpieza de las manos del operador.

Para el paciente utilizamos un campo quirúrgico para cubrir la cabeza y parte de la cara dejando descubierto la nariz y la boca.

## INSTRUMENTAL DE ANESTESIA.

- 1) Jeringa, lo ideal es con arpón
- 2) Agujas; de preferencia desechables; las agujas cortas — son para el maxilar superior, y las agujas largas para el inferior.

VIII. TECNICA QUIRURGICA.

Para realizar la operación es preciso llegar hasta el hueso - que aloja al molar, resecar o eliminar las porciones óseas y - abordar el diente; pero antes de hacer esto es necesario que el paciente se encuentre perfectamente anestesiado.

TECNICA.

Esta operación consta de varios pasos que son: incisión, osteotomía y extracción propiamente dicha.

La incisión tiene por objeto abrir los tejidos gingivales (diferencia), esta incisión es preferible hacerla amplia para que el colgajo sea grande y se observe perfectamente el hueso de la incisión que se haga se va a formar un colgajo, ésta debe mantener su vitalidad para que se reincorpore a las funciones que le corresponden; y cuando regrese a su posición debe estar soportada por tejido óseo sano.

Al trazar la incisión circunscribir el colgajo éste debe tener una base ancha para tener suficiente irrigación evitando su necrosis; la incisión debe dar buena luz quirúrgica, al hacer una incisión amplia se evita que haya desgarramientos del tejido gingival, se debe hacer de un sólo trazo. El tipo común de incisión es el angular, una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás variando su largo en el tipo de retención.

Cuando las retenciones son mesioangulares u horizontales el —

colgajo puede ser mayor; aquí la segunda incisión se realiza en el ángulo mesiobucal del segundo molar y se extiende hacia abajo, hacia afuera y hacia adelante.

Para desprender el colgajo es necesario utilizar un periostótomo, una vez hecha la incisión se coloca ésta entre los labios de la herida apoyándose en el hueso y se hacen movimientos suaves de lateralidad desprendiéndose el colgajo en toda la extensión que se requiere para la operación.

La osteotomía es la eliminación del hueso que cubre el objeto de la operación. Esta resección ósea se puede hacer con los osteótomos de Winter que están diseñados para resacar las partes óseas que cubren los terceros molares retenidos. También se puede hacer con el escoplo, éste se toma con la mano izquierda, el martillo con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos, si el hueso está adelgazado por procesos patológicos el escoplo puede ser usado a presión manual.

También se puede llevar a cabo la osteotomía con pinzas gubias, ésta se usa para agrandar orificios ya hechos con el escoplo, esta pinza actúa a manera de socabador teniendo la propiedad de abrirse espontáneamente, después de haber sido cerrada por el operador.

La osteotomía con fresas; éstas son más cómodas porque evita el impacto del golpe que da el escoplo. Las fresas actúan eliminando en su totalidad el hueso; cuando se hace la osteotomía con

Fresas se debe irrigar con agua esterilizada o suero fisiológico - para evitar recalentamiento del hueso. Esta agua se proyecta por - medio de una jeringa de papa.

Extracción propiamente dicha; se le llama así a la ejecución - del tiempo objeto de la operación, en este caso nos referimos a la extracción del tercer molar retenido; esta extracción se lleva a cabo por medio de palancas tomando como apoyo las estructuras - óseas. Para la extracción se pueden usar los instrumentos como son los de Winter, Mead o los elevadores simples. El punto de apoyo es el dedo por el lado inferior o base del triángulo interdentario, - otros puntos de apoyo pueden ser el borde bucal del maxilar; el - borde distal y el segundo molar.

La fuerza que se va a emplear para mover al molar depende del - tipo de retención, esta fuerza debe ser medida para no fracturar al molar o al maxilar, o la mandíbula, para evitar esto se debe practicar la resección ósea amplia para facilitar la operación. Sin embargo, en la técnica de Winter vemos que no practica esta osteotomía lo suficientemente amplia utilizando una fuerza mayor con los elevadores porque él no es partidario de una gran resección ósea ni la - división del molar.

Sin embargo, haciendo una amplia osteotomía y practicando la - odontosección se aplica menor fuerza y hay menos riesgos operatorios. Haciendo esto también habrá menor resistencia del molar.

La odontosección consiste en dividir al diente antes de extraerlo, esta sección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la raíz; o bien dividir al órgano dentario en dos o más fragmentos de acuerdo con el número de raíces que posea. Esta odontosección se realiza con discos piedras de carburo, fresas de diamante, escoplos, etc.

Para llevarse a cabo debe haber una vía de acceso amplia que se será por medio de la incisión y la osteotomía.

El tratamiento de la cavidad es importante ya que vamos a observar tejido óseo en descomposición fascelado.

a).- Currtaje: Sirve para eliminar tejido blando hasta llegar a tejido sano o hueso.

b).- Limado: Este se realiza en la ventana ósea para evitar que queden espículas óseas, se debe hacer en una sola dirección hacia la parte externa de la cavidad.

c).- Lavado: Debe hacerse a presión, se realiza para quitar todo resto de huesos o esquirlas que hayan quedado.

d).- Cierre: Este puede ser a primera intención que es cuando se cierra con el coágulo.

Cierre en segunda intención inmediata; es cuando se utiliza materiales de relleno como el gel-foam oxidado, etc.

Cierre en segunda intención mediata; en cavidades más amplias la cavidad se va cerrando por presión osmótica, esto se logra con gasa

vadoformada.

Para avivar los bordes del colgajo se recorta el tejido esclerolado onecrosado y después se sutura

La sutura es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión, se inicia la sutura en la cara lingual -ocl maxilar, se termina en la cara bucal. La sutura que más se usa son los puntos independientes uno de otro, para mayor seguridad se hace el nudo del cirujano que es un doble entrecruzamiento del primer segmento del nudo simple

Después se hará un perfecto lavado de la cavidad bucal

Como ya hemos visto existen diferentes retenciones de los terceros molares y las técnicas varían de acuerdo a la retención; a continuación estudiaremos brevemente dichas técnicas: retención vertical sin desviación y cara mesial accesible

Técnica de Winter: Se hace una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido, se dirige de mesial a distal y en algunas ocasiones se hace una pequeña incisión sobre la lengüeta mesial del molar retenido.

La osteotomía se hace por medio de osteótomos, Winter dice que la cantidad de osteotomía y el movimiento están dados por la forma de las raíces. Cuando las dos raíces son rectas no se necesita una gran eliminación de hueso y con el elevador colocado en mesial el molar se dirige hacia el distal.



Quando la raíz mesial se encuentra dirigida hacia el distal y la distal hacia mesial se debe resecar gran cantidad de hueso para que el molar sea dirigido hacia el distal se fracture el séptum. Cuando la raíz mesial está hacia distal y la distal se encuentra recta el hueso que se debe resecar debe de ser tal cantidad que permita moverse al molar. Cuando las raíces se encuentran dirigidas hacia distal se debe resecar el hueso para que la forma de las raíces no encuentren hueso distal.

El osteótomo de Winter se coloca entre los labios de la herida y el borde cortante se descansa en la óseo-estructura ejerciendo presión para resecar la porción ósea.

La extracción propiamente dicha la hace con los elevadores, — estos existen para el lado mesial, distal, mesio-bucal y bucal.

El elevador se elige según las dimensiones del espacio interdentario porque en este espacio es donde se introduce el elevador actuando como cuña y dirigiendo el molar hacia distal levantándolo y luxándolo, la parte plana del elevador estará sobre la cara mesial del tercer molar, y una vez luxado se puede extraer con pinzas o con el mismo elevador.

Quando la extracción se hace por medio de la osteotomía utilizando frenas es menos traumática, la frena que se usa es la 560 y número 3 de carburo.

La incisión que más se recomienda es la que se inicia un centí-

metro por detrás de la cara distal del segundo molar llegando hasta la cara distal de este molar y prolongándose hacia adelante — contorneando el cuello de los dientes hasta el primer molar para — que el colgajo sea amplio y descanse en hueso sano permitiendo una mayor visibilidad.

Para realizar la osteotomía, la fresa se coloca sobre el borde óseo distal marcando el hueso necesario según la disposición radicular. Para la extracción lo más adecuado es el elevador de Winter — que también se pueden utilizar los elevadores rectos, introduciéndolos en el espacio interdentario se mueve alrededor de su eje en sentido distal para desplazar el molar hacia atrás.

Cuando la cara mesial es inaccesible y se usa la técnica de Winter es igual que la descrita anteriormente preparando una vía de — acceso a esta cara.

Cuando se hace la osteotomía con fresa se perfora la tapa ósea, se unen los orificios con el escople, también se hace una incisión ósea en mesial, con el objeto de que penetre el instrumento y poder luxar hacia distal con movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y distal facilitando así la extracción del molar.

Cuando la retención es vertical y hay ausencia de dientes vecinos, en este caso se prefiere hacer la incisión angular, o sea la incisión que va desde la cara mesial del tercer molar por oclusal — en sentido distal con una pequeña incisión perpendicular sobre la — longitud mesial del molar retenido.

La osteotomía es igual que los casos anteriores, para la extracción el elevador estará entre la cara mesial del molar y la pared mesial del alvéolo, el apoya debe estar dado por el borde óseo mesial y se gira el instrumento en el sentido mesial, si es necesario se aplicará la técnica de odontosección.

Si la posición es mesio-angular por lo general se encuentra más profundo en el hueso y en contacto con el segundo molar, se deben eliminar estos obstáculos por medio de la osteotomías y tal vez por la odontosección. En la técnica de Winter no varía mucho de la retención vertical.

En los casos que el molar está muy profundo es más sencillo — seccionarlo longitudinalmente, si no se elimina el punto de contacto de las cúspides mesio-bucal y mesio-lingual habrá que extirpar curso hasta la mitad de la raíz.

En la retención mesio-angular está muy indicada la odontosección pudiéndose hacer de dos formas, dividiendo al diente según su eje mayor o dividiéndolo según su eje menor.

La extracción del molar seccionado se hace por partes, si se practica la odontosección según su eje menor primero se extraerá la corona con los elevadores y después la porción radicular, y si se hizo por su eje mayor primero se extraerá la porción distal y después la mesial.

Cuando el molar se encuentra en posición disto-angular esta po-

sición es poco frecuente. El molar está anclado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso por lo se practica la osteotomía y la odontosección, para realizar la extracción se re-seca el hueso que se encuentra cubriendo la cara triturante y la cara bucal del molar. Se seccionará el molar su eje menor para facilitar la extracción de éste.

En la posición horizontal se prefiere la técnica por odontosección para reducir la cantidad de osteotomía distal. Si no existe el segundo molar en algunos casos se puede extraer sin ser seccionado.

Posición linguo-angular; aquí la cara oclusal del molar estará dirigida hacia la tabla lingual del maxilar, estos molares por lo general tienen raíces incompletamente formadas, para la extracción de este molar se refiere la odontosección seccionando al nivel del cuello si es que hay raíces y si no se seccionará la corona únicamente para facilitar su extracción.

Si el molar se encuentra en posición bucal se hará lo mismo que anteriormente, seccionarlo por su eje menor.

Cuando se encuentra el molar en posición invertida la técnica varía de acuerdo a la profundidad de éste, de esto dependerá la osteotomía que se va a realizar.

En esta extracción al igual que las anteriores se practica una incisión y se realiza la osteotomía necesaria.

La incisión se puede usar de dos ramas: bucal y anteroposterior ésta próxima a la cara palatina del diente, la bucal parte del extremo anterior de la primera y se dirige hacia afuera ascendiendo hasta las proximidades del surco vestibular.

La osteotomía es muy importante para poder ver las caras bucal y mesial del molar retenido; el elevador se aplicará por la cara mesial para poder introducirlo se hará con un débil movimiento rotatorio, esto permite luxar al molar y sea dirigido hacia abajo — afuera y atrás.

Si la posición es mesio-angular se debe hacer la osteotomía distal y oclusal, para que haya una guía de acceso se hace una menor osteotomía del lado mesial, los movimientos son los mismos sólo — que el molar debe ser dirigido primero hacia distal

Cuando el molar está en posición disto-angular la incisión debe dirigirse más distalmente para evitar desgarros de la encía; generalmente aquí no se encuentra hueso en la cara triturante ni en — distal sólo se prepara la vía de acceso en mesial para que entre el elevador y poder luxar el molar, en esta retención se debe tener — cuidado con la apófisis pterigoides porque si se usa movimientos bruscos se puede fracturar.

Cuando los terceros molares se encuentran en posición paranormal no hay una regla para su extracción; sin embargo, se debe recordar la proximidad del seno maxilar y evitar la introducción del tercer molar en el seno.

## IX. - COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.

Las complicaciones que puede haber en la extracción son múltiples y de grado variable como las siguientes:

- 1) Fractura del diente. - Esta en ocasiones no se desea, sin embargo, en la técnica se aplica la odontosección, pero es muy distinta a una fractura porque esta puede ser a distintos niveles o complican la operación.
- 2) Fractura o luxación de los dientes vecinos. - Esta fractura es debida a la fuerza ejercida por los instrumentos provocando así la fractura de la corona que se puede encontrar debilitada por caries u obturaciones.
- 3) Fractura del instrumental empleado. - Los elevadores se pueden fracturar por la fuerza excesiva que se aplica sobre ellos y puede lesionar las partes blandas u óseas vecinas.
- 4) Fractura del maxilar. -
  - a) El borde alveolar puede ser extraído por la fuerza que se ejerce en el diente al abandonar el alvéolo.
  - b) La fractura de la tuberosidad es cuando se usa un elevador con una fuerza excesiva y la tuberosidad del maxilar superior puede desprenderse acompañando al molar pudiéndose así abrir el seno maxilar, dejando una comunicación bucoantral.
  - c) Fractura del maxilar inferior. - Se debe a la fuerza que se emplea y una aplicación incorrecta del elevador para la extracción del tercer molar retenido que puede tener sus raíces con cimen-

tosis y dilaceradas.

5) Lesión del seno maxilar -

a) Perforación del piso del seno, por razones de vecindad del molar con el piso del seno al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación.

b) Perforación de las tablas vestibularis o palatina, se debe al esfuerzo realizado por el elevador y éste proyecta al molar a través de esta tabla y lo ubica en diferentes sitios.

c) Penetración en el seno maxilar.- Es un accidente poco frecuente pero puede suceder que un molar se introduzca completamente en el seno maxilar

7) Luxación del maxilar inferior - Esta es la salida del condilo del maxilar de su cavidad glenoidea

b) Lesión de las partes blandas vecinas - Estas pueden ser mucosa gingival, lengua, carrillos y labios, se debe a que se actúa con brusquedad y pudiendo así deslizarse los instrumentos de la mano

9) Lesión de los troncos nerviosos - Se debe al aplastamiento del conducto que realiza al girar el tercer molar retenido

10) Shock.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse sobre ser debido a la anestesia. Pueden ser lipotimias de intensidad variable, originadas en la mayor parte de los casos por miedo a la operación.

11) Hemorragia.- Es una complicación local, esta puede deberse al seccionamiento de un vaso

El conjunto de cuidados y maniobras que se realizan con el motivo de colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud se le conoce como post-operatorio.

Los cuidados post-operatorios deben referirse a la herida misma, a la cavidad bucal y al estado general del paciente.

Una vez terminada la intervención se irrigará la cavidad bucal con agua para eliminar la sangre, saliva, para evitar que entre en putrefacción y aumenten la flora microbiana bucal.

Después se le dará al paciente una lista de cuidados que deberá seguir:

- 1) Reposo de la zona intervenida, con el fin de que los puntos no se boten.
- 2) Dieta líquida, fría durante las primeras 2 horas después de la intervención; para tomar el líquido no se debe utilizar popote; porque puede romper el coágulo.
- 3) Dieta blanda durante todo el día siguiente como purés, etc.
- 4) Aplicación de las compresas de hielo en la zona intervenida durante 10 minutos con intervalos de una hora durante las primeras 2 horas después de la intervención, esto se utiliza como anti-inflamatorio, evitando la congestión y dolor post-operatorio, previene los hematomas, edemas y hemorragias.
- 5) Aplicación de compresas tibias o calientes en esa zona



el día siguiente, se colocarán 10 minutos y una hora de descanso.

6) Colutorios de agua tibia hervida con sal, esto es para que cambie el pH de la boca y evitar el acúmulo de bacterias o microorganismos, esto se hará 3 ó 4 veces al día, dos o tres días según la cicatrización.

7) Lavado normal de la boca exceptuando la zona intervenida, después de esto se hará los colutorios

1) Quimioterapia; analgésicos, antiinflamatorios

Los analgésicos se mandarán para evitar el dolor post-operatorio. Si la operación dura más de 2 horas se mandarán antiinflamatorios, esto es por lo traumático de la intervención

Los antineuríticos se utilizan solamente en los casos que creemos que hayamos hecho una pequeña lesión en el nervio

Los antibióticos los daremos en el momento que se presenta una infección o como prevención.

Los relajantes musculares se mandan cuando las operaciones son largas porque casi siempre se va a presentar trismus

Al 4o. ó 5o. día se extraen los puntos de sutura con cuidado para evitar infecciones.

## XI - COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO

1.- Hemorragia - Esto se puede presentar unas horas después de la operación debido a la caída del coágulo, por un esfuerzo del paciente o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia; en estos casos se debe lavar la región con agua tibia, se hará una hemostasia por taponamiento a presión con gasa, encima de la herida y comprimiendo sus bordes, se deposita un trozo de gasa seca bajo presión masticatoria durante media hora.

2.- Hematoma.- Consiste en la entrada y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación, o sea, es un tumor sanguíneo; adquiere cambio de coloración, la piel y sus vecindades, la encía se pone tumefacta y dolorosa. Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe; cuando supura se trata como un absceso, incidiéndole con bisturí o absorbiendo con una jeringa la sangre todavía líquida del hematoma. Se puede originar la ruptura o desgarramiento del vaso al anestésicar.

3.- Alveolitis - Es la infección pútrida del alvéolo dentario, después de la extracción, uno de sus síntomas es el dolor de gran intensidad; éste se deberá quitar por medio de los siguientes pasos:

Primero se anestesia al paciente, se lava la cavidad con suero fisiológico, se seca suavemente con gasa esterilizada

se raspan las paredes para provocar sangrado o para deshacer el falso coágulo, se avivan los bordes para suturar. El wonder pack lo utilizamos como apósito colocándolo en forma de cono.

4.- Hurdimiento del colgajo.- Esto ocurre cuando el colgajo no se encuentra soportado por tejido óseo sano. También puede ser por deficiencias nutricionales, falta de vitamina K, C, y D.

5.- Edema.- Se produce inflamación con acúmulo de agua entre las células, se ayudará a que desaparezca con anti-inflamatorios.

6.- Parés tisia.- Puede ocurrir que la anestesia se prolonge por espacio de días, semanas y aún meses, se puede deber al desgarro del nervio con agujas que tiran rebabas, o si la jeringa se acostumbra guardarla en alcohol, pueden quedar residuos de él. El nervio se regenera lentamente y se recupera la sensibilidad.

7.- Necrosis.- Se puede necrosar el colgajo por una técnica mal aplicada al hacer la incisión; el tratamiento de esto se hará levantando el colgajo más abajo de lo que se hizo la primera vez y se volverá a hacer el curataje.

## CONCLUSIONES.

Como se ha observado en el transcurso de ésta, el problema de la inclusión dentaria es frecuente y creando así una serie de problemas que van desde la inflamación de los tejidos adyacentes hasta la desorganización de la oclusión.

Esta intervención quirúrgica debe ser tratada con gran cuidado ya que intervienen factores como son el lugar anatómico en que se encuentran los terceros molares retenidos y de no ser así se pueden provocar accidentes como los que hemos visto anteriormente.

Debido a la frecuencia con que se presente estos terceros molares retenidos, el Cirujano Dentista debe estar capacitado para realizar esta intervención quirúrgica satisfactoriamente.

Para poder realizar la extracción exitosa del tercer molar retenido, se ha demostrado que depende de la Historia Clínica, y del estudio radiográfico; los dos se deben realizar antes de la intervención quirúrgica. Para poder darnos cuenta del estado en que se encuentra el paciente y la ubicación del tercer molar retenido

## BIBLIOGRAFIA

### 1.- CIRUGIA BUCAL

Dr. Gustavo D. Kruger

Edición 1960

Edit. Interamericana

### 2.- CIRUGIA BUCAL

Dr. Kurt H. Thoma

Tomo I, Segunda Edición

Edit. Uthra

### 3.- CIRUGIA BUCAL

Dr. Guillermo A. Ries Centeno

Edición 1970

Edit. El Ateneo

### 4.- CIRUGIA BUCAL

Dr. W. Harry Archer

Tomo I, Segunda Edición Castellana

Edit. Mundi

### 5.- APUNTES DE CIRUGIA BUCAL

Dr. Jaime Selva Martínez

Clínica Padierna-Contreras

1977-1978

6. - PATOLOGIA BUCAL  
Dr. Kurt H. Thoma  
Tomo I, Segunda Edición  
Edit. Uteha
  
7. - ANATOMIA, PATOLOGIA DENTAL Y BUCAL  
Dr. Tomás Valázquez  
Tercera Edición  
Edit. La Prensa Médica Mexicana
  
8. - PATOLOGIA BUCAL  
Dr. Fernando Quirós  
Segunda Edición  
Edit. Porrúa
  
9. - TRATADO DE ORTODONCIA  
Dr. Armando E. Monti  
Vol. I, Tercera Edición  
Edit. El Ateneo
  
10. - PATOLOGIA, ANATOMIA Y FISIOLOGIA PATOLOGICA  
BUCCO DENTAL  
Dr. Oscar C. Alcayaga y R. Alberto Olazabal  
Cuarta Edición  
Edit. El Ateneo

**11.- ROENGENODIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO**

**Dr. Stafne Edward G.**

**Segunda Edición**

**Edit Labor.**