

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA
TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS**

T E S I S
Que Para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

HUMBERTO GUTIERREZ BASTIDA

México, D. F.

14829

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pág.

CAPITULO 1

A). - Etiología.....	4
B). - Patogenia.....	4
C). - Clasificación.....	4
D). - Fisiología Clínica de los Accidentes del tercer molar inferior Retenido.....	7
E). - Clasificación de los Accidentes de erupción del Tercer Molar inferior Retenido.....	9

CAPITULO 2

A). - Consideraciones Radiográficas.....	21
B). - Puntos a considerar en la Radiografía antes de la Intervención.....	23
C). - Instrumental Necesario.....	26
D). - Preparación del Paciente.....	26

CAPITULO 3 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

A). - Anestesia.....	28
B). - Principios que se deben Observar durante la Extracción.....	29
C). - Extracción Quirúrgica Propiamente dicha.....	34

CAPITULO 4 POSTOPERATORIO.A). - *Sensación Normal*..... 45B). - *Complicaciones*..... 46**CAPITULO 5 CONCLUSIONES.** 51**BIBLIOGRAFIA**..... 57

INTRODUCCION

Este trabajo que pongo a consideración del H. Jurado Calificador para obtener el título de Cirujano Dentista, es el fruto del esfuerzo y entusiasmo que pretendo realizar al ejercer mi carrera.

El tema que hoy ocupa mi atención es: Procedimientos Quirúrgicos para Terceros Molares Inferiores Incluidos.

Ahora en lo personal creo y considero que se debe dar mayor coherencia al material de estudio de la Cirugía Bucal y, tener los conocimientos necesarios que nos permitan el tratamiento a seguir para llevar a cabo las diferentes técnicas quirúrgicas en la extracción de dichos molares.

En la primera parte de este trabajo se menciona la clasificación y causas que originan esta alteración en la erupción dentaria de los molares, así como también los accidentes que se pueden presentar durante esta erupción.

Otro de los puntos que es muy importante y que se menciona en el segundo capítulo es sobre las consideraciones radiográficas, pues es lo que nos va a indicar la pauta a seguir en la intervención.

También se debe considerar los cuidados que se deben tener con el paciente después de la intervención.

Por último doy gracias a la docencia de esta Facultad que en una u otra forma supieron orientarme para así poder lograr el propósito que todos deseamos.

Espero que las faltas e errores que contenga este trabajo sea un incentivo para nuestra superación y progreso en el transcurso de nuestra profesión.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TERCEROS MOLARES INFERIORES INCLUIDOS

Consideraciones clínico-radiográficas sobre los dientes resacados. - Se denominan "Dientes Resacados" (Dientes impactados, incluidos) aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco periodonario fisiológico.

Existen dos tipos de resaca: Submucosa e Intraósea. Intraósea. - Es cuando el diente está completamente rodeado por tejidos óseo. Submucosa. - Es cuando el diente está cubierto por la mucosa gingival.

CAPITULO 1

A). - Etiología. - Existen algunas etiologías tales como:

1. - Presencia del germen en un lugar lejano al sitio de la erupción.

2. - Causas Mecánicas. - Choque de una pieza con otra, extracción precoz de la pieza temporal porque endurece el hueso y no erupciona el permanente, y cualquier patología que no le permita su erupción.

3. - Generales. - Glándulas endocrinas que tienen relación con la erupción del diente.

B). - Patogenia. - El problema de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico. El diente que está destinado a hacer su erupción normal y aparecer en la arcada dentaria, como sus congéneres erupcionados, encuentra en su camino un OBSTACULO que impide la realización del trabajo normal que le está encomendado.

La erupción dentaria se encuentra en consecuencia, impedida MECANICAMENTE por ese obstáculo.

C). - Clasificación de los Terceros Molares Inferiores Retenidos según George Winter:

1. - 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 (Fig. 1).

2. - Retención Horizontal. - En este caso el eje mayor del tercer-

molar es constituyente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar (Fig. 2).

3.- Retención Muestangular. - El eje del tercer molar está dirigido hasta el segundo molar; formando con el eje de este último un ángulo de grado variable 45 grados aprox. (Fig. 3).

4.- Retención Discoangular. - Es una forma opuesta a la anterior. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montana; por lo tanto, la corona ocupa dentro de ésta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado. F-4

5.- Retención Invertida. - El tercer Molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo común de retención, también se denomina Retención Paranormal. (Fig. 5).

6.- Retención Bucangular. - En este tipo el tercer molar ya no ocupa, como los anteriores, el mismo plano que el segundo o 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 posición bucuangular. (Fig. 6).

7.- Retención Linguangular. - Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del molar retenido está dirigida hacia el lado lingual. (Fig. 7).

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADEA. (DEVIACIONES DEL TERCER MOLAR)

El tercer molar puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación a la arcada.

- 1.- Normal (sin desviación). El tercer molar sigue la forma oval de la cara. (Fig. 8).
- 2.- Desviación Bucal. - El molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada. (Fig. 9).
- 3.- Desviación Lingual. - La desviación del molar se dirige hacia el lado lingual de la arcada. (Fig. 10).
- 4.- Desviación Bucolingual. - El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

RELACION DEL MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama montante del maxilar, una relación variable la cual se divide en tres clases.

Clase 1^a. - En la primera clase, hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar, para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2^a. - En la segunda clase el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar. (Fig. 12).

Clase 30. - En esta clase todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama. (Fig. 13).

Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso:

Considerando la profundidad relativa de este molar en hueso, es decir, la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y del segundo, se deducen tres posiciones que son las siguientes:

Posición A/- La porción mas alta del tercer molar retenido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal. (Fig. 14).

Posición B. - La posición mas alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar. (Fig. 15)

Posición C. - La parte mas alta del diente se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar. (Fig. 16).

Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar las distintas clasificaciones del tercer molar; de ésta manera se consigue ubicar radiográficamente la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino.

D).- Patología y Clínica de los Accidentes del Tercer Molar inferior. - Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario). La infección de éste saco (pericoronitis) tiene repercusiones locales regionales y a distancia. Existen dos factores principales que se relacionan para producir la infección del saco:

- 1. - Aumento de la virulencia y disminución de las defensas del

Ortopedia.

2. - El establecimiento de una puerta de entrada, que está ocasionada por factores mecánicos: Traumatismo sobre el capuchón que cubre el tercer molar, originados por las cáspides del diente en erupción, las cáspides de los dientes antagonistas, o por la acción conjunta de ambos.

Génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1). - La existencia de una cavidad virtual, alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular).

Esta cavidad por numerosas influencias patológicas, pueden hacerse real (transformándose en quistes dentígeros) y ser el asiento de procesos infecciosos.

2). - Los microorganismos que existen en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerban su virulencia.

"Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado entre el diente y la pared de la cavidad del saco folicular, escaparán a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica, parece ser la condición primordial, causa de los accidentes".

3). - La falta de sitio: La falta de sitio ocupa todavía el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos; el molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la ca-

de dental del segundo molar y el borde anterior de la zona coronaria -
del molar inferior; a estas zonas debe agregarse la gingiva, en
distinto grado del tercer molar, que resulta de una disposición embrio-
lógica del folículo.

E). - Clasificación de los Accidentes del Tercer Molar Inferior.

Los accidentes originados por el tercer molar de variedad clínica
e intensidad distinta; alcanzan todas las gamas y toman todos los cuadros
clínicos, desde el proceso local de escasa importancia hasta el flemón -
gangrenoso del piso de la boca.

Los accidentes se pueden clasificar de la siguiente manera:

1). - Accidentes mucosos. - Se denominan accidentes mucosos, a
las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el ter-
cer molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis.

Todos los autores hacen derivar de ésta lesión inicial los proce-
sos patológicos de la erupción del tercer molar. De ésta primera etapa
clínica parten los distintos y variables accidentes, que presentan gamas -
tan variables.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Es-
tá caracterizada por hechos clínicos que le son particulares.

Este accidente se origina en una época en relación con la erupción
del molar. Su comienzo puede ser brusco o insidioso. Brusco aparece sin
anuncio previo. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, total o
parcialmente, se instala un proceso inflamatorio con sus signos caracte-
rísticos: Dolor, tumor, calor y rubor.

Dolor. - Casi siempre precede; aparece todas las variedades, puede quedar localizado en la región del capuchón ó irradiarse en la línea del nervio dentario inferior o tomar distintas vías. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus.

Este dolor es generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura. El dolor se debe a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una fístula debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

Tumor. - La encía que cubre el molar se encuentra edematizada y aumentada de volumen, con la impresión de los dientes antagonistas. Una sonda introducida debajo del capuchón descubre la corona del diente retenido cuya forma y ubicación comprobará la radiografía.

Rubor. - La encía ha cambiado su color normal y se presenta de color rojizo o rojo violáceo. Cubierta de abundante saburra, restos alimenticios y coágulos sanguíneos.

Color. - La vasodilatación consiguiente ocasiona un cambio en la temperatura de la región.

Este cuadro inflamatorio no queda circunscrito al panorama local. El estado general es afectado rápidamente: fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados, el trismus acompaña el proceso, la masticación está dificultada, teniendo todo éste conjunto de manifestaciones una fisonomía particular.

El comienzo insidioso de la pericoronitis está caracterizado por -

La aparición de dolores generalizados leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus poco acentuado, entre el capucha y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre, y el proceso resalta hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

2). - Accidentes Nerviosos. - Estos están originados por el tercer molar en erupción, son idénticos a los producidos por los dientes retenidos.

Sobre el nervio dentario pueden iniciarse trastornos reflejo-ópticos y neurotróficos que se traducen en herpes, peladas, calvicie, eczemas etc.

3). - Accidentes celulares. - Estos se pueden describir dentro de las descripciones clínicas de la complicación celular de la pericoronitis.

La inflamación o absceso consiguientes pueden tomar varias vías:

a). - Hacia adentro arriba y atrás. - La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina, produciendo absesos de pilar anterior o subamigdalino.

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

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

unos marfilos. Angios de Ludwig, flemmas circunscritas o difusas del piso de la boca.

d). - Hacia afuera y atrás. - Rotando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso puede abrirse en varias direcciones del músculo masetero. Atravesado la vaina muscular puede dar un absceso maseterico o un absceso caracterizado por un trismus intenso y la aparición sobre la cara externa de la rama montante de una tumefacción a gran eje vertical, paralela a la dirección general del cuerpo del masetero.

e). - Hacia afuera y adelante. - Siguiendo también disposiciones anatómicas que le son favorables; la colección purulenta se dirige hacia adelante, dando un absceso estrellado y clasificado.

La disposición anatómica de la región permite con facilidad esta colección purulenta. La región donde se colecciona el absceso de Chompret y L'Hirondel, está limitada por el hueso maxilar inferior y músculos: Por detrás el borde anterior del masetero; por delante el borde posterior del triangular de la barba; arriba el borde inferior del buccinador. Por debajo cierra éste espacio el borde inferior del maxilar.

El absceso buccinato maxilar asienta en la parte media del maxilar inferior, delante del masetero. A este nivel la mejilla se levanta exteriormente por una tumefacción mas o menos voluminosa, de tamaño aproximado a una nuez o a una mandarina. La piel está tensa, su color permanece normal en ciertos casos; en otros, está roja o violeta. La palpación del pequeño tumor es dolorosa, pero el mentón y el ángulo del maxilar son

intenso. En la región infraorbitaria lateral no hay reacción ganglionar, - ni empastamiento; la tumefacción con la reacción edematosa perióstica - es solamente facial.

4). - Los accidentes óseos propiamente dichos, como complicación de una pericoronitis, son sumamente raros; podríamos agregar son excepcionales.

Son pocos los casos que se han encontrado de ésta complicación ósea. Pero los pocos casos fueron, en general, extraordinariamente ruidosos: graves osteomielitis con grandes sequestrófitos.

Estos accidentes óseos en ocasiones se convierten en verdaderas osteitis, osteoflemones y osteomielitis.

Otra forma de accidentes óseos que se encuentran con relativa frecuencia, consiste en el proceso de osteitis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión. El foco óseo que se desarrolla a ese nivel, es susceptible de propagarse y de dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.

La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente es también susceptible de dar procesos óseos locales y en algunos casos procesos óseos con repercusión a distancia (infección focal).

5). - Accidentes Linfáticos o Ganglionares. - La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es un hecho frecuente y común. - Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del

tercer molar con los sublinguales mandibulares e submentales. Este acciono de gangliones se trata, por lo general, de una adenitis que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario. El ganglio vuelve a sus normales proporciones y estado, una vez terminada la afeccion del saco pericoronario.

Pero en las afecciones de gran virulencia, o cuando el estado general de paciente está resentido, la adenitis simple puede convertirse en verdadero flemon del ganglio, con el cuadro clínico consiguiente. Se tiene instalado el adenoflemon. En esas circunstancias, el ganglio está considerablemente aumentado de volumen, doloroso a la palpacion, y espontáneamente el proceso tiene repercusion sobre el estado general. El ganglio en tales condiciones tiende a la supuracion, que se abre camino de por sí o el ganglio es abierto por el cirujano.

El adenoflemon es un accidente comun, su marcha y evolucion se ha modificado favorablemente en los antibioticos.

6). - Accidentes Tumorales. - Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos que vienen siendo los quistes dentígeros.

Estos quistes dentígeros pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable complicándose con procesos (osteítis, y osteomielítis).

En otros casos y sin llegar a la condicion de quiste dentígero, el saco pericoronario puede seguir igual vía: La infeccion. Sus consecuencias pueden ser las mismas.

Los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial o distal-

del tercer molar, pueden ser desprendidos del todo, originando lo que se llama *granuloma posterior* o anterior o quiste marginal del tercer molar. La patogenia de éstas formaciones está en relación directa con la embriología dentaria.

El saco pericoronario permanece adherido al cusillo del diente en la porción distal o mesial, al abrigo de las presiones que pueden recibirlo. Este saco no está íntegramente conservado, sino que son sus hemisferios posterior o anterior los que se mantienen.

Estos hemisferios, cerrados y sin contacto con el medio bucal permanecen un tiempo con la misma identidad. Pueden aumentar de volumen, adquiriendo caracteres quísticos (semejantes a los quistes dentígeros) o infectarse por el mecanismo común, como se infectan los fondos de sacos: Se produce una solución de continuidad entre el molar y la encía. La infección del saco remanente origina su transformación en tejido de granulación, el cual sigue la vía que le es característica.

Este saco coronario y el granuloma o quiste consiguientes originan procesos muy parecidos a los de la pericoronitis (osteítis locales, procesos ganglionares, procesos infecciosos o distancia) actuando como infección focal.

Introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía se llega a una cavidad de tejidos blandos; por el camino abierto por la sonda, brota un puz amarillo, maloliente.

Tratamiento de los Accidentes de Erupción.* Los accidentes del tercer molar inferior pueden ser tratados por procedimientos médicos

y quirúrgicos.

1). - Tratamiento de la Pericoronitis Aguda. - Un paciente portador de una pericoronitis aguda se presenta con su estado característico: Trismus de grado variable, mal aliento, fiebre, decaimiento general etc.

a). - Tratamiento médico. - El capuchón pericoronario inflamado, se lavará profusamente con una solución antiséptica débil, agua oxigenada o perborato de sodio, para la limpieza de las secreciones.

Es conveniente favorecer las condiciones de defensa locales aplicando enjuagues que actúen como emolientes y revulsivos. La fórmula es la siguiente: Hidrato de coral, 5 gr., cocimiento de coca, cocimiento de eucalipto 300 gr. y esencia de menta, con ésta fórmula se hacen enjuagues, diluido al 50%. Caliente.

b). - Tratamiento quirúrgico. - Apertura de los focos de supuración. En presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón, éste debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí, termo o galvanocauterío.

Después el molar retenido y su saco pericoronario pueden ser extraídos para solucionar el problema que originaron.

Eliminación Quirúrgica del Capuchón. - El capuchón que cubre el molar en erupción puede ser eliminado, cuando condiciones anatómicas así lo indiquen, las cuales se refieren a dos puntos esenciales: a). - Forma y límite del capuchón b). - Posición del tercer molar.

a). - Forma y límites del capuchón. - La eliminación quirúrgica (a bisturí, electricidad o diatermia) debe ser prolijamente estudiada y considerada.

En la que respecta a las indicaciones, basadas en la forma y límites del capuchón, deben considerarse a los siguientes: Sólo han de resecarse los capuchones que cubren a manera de lengüetas el molar en erupción. Los capuchones que están formados por una prolongación del pilar anterior, no deben ser resecados. La eliminación del capuchón se hará en frío fuera de los períodos agudos a la infección. La apertura del saco parodontario o de la encía, en período agudo, con estos fines, acarrea siempre trastornos de gravedad.

b). - Posición del Tercer Molar en Erupción. - Los únicos casos que indican la eliminación quirúrgica del capuchón, con respecto a la posición del tercer molar, son aquellos en que el tercer molar está en posición vertical y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar.

En ninguna otra porción del tercer molar tiene indicación la resección quirúrgica del capuchón que lo cubre. Es una operación inútil que trae riesgos y complicaciones.

Métodos para la Resección del capuchón:

1).- Método quirúrgico. Anestesia regional. Operación:

Primer tiempo. - Se introduce una espátula de freer por debajo del capuchón, entre éste y la corona molar. Se recorre con el instrumento toda la extensión de la cara triturante del molar.

Segundo tiempo. - Incisiones: Con bisturí de hoja corta se hacen dos incisiones paralelas a la altura de los bordes bucal y lingual de la cara triturante del tercer molar retenido. Estas incisiones deben llegar

profundamente hasta encontrar el tejido óseo o el cemento dentario. Se vuelve a colocar la espátula de Freer y se desprende el colgajo de todas sus posibles adherencias; se toma con una pinza de Kocher, se tracciona hacia adelante, y con una tijera curva o con un bisturí se secciona a nivel de la cara distal del tercer molar. Esta operación puede terminarse por medio del galvanocauterio. Después de tomado el colgajo y traccionado hacia adelante, se cauteriza su base con una punta de galvanocauterio, se tocan los bordes sangrantes con el mismo instrumento o con una torunda de algodón impregnado con una solución al 20% de Ácido Tricloroacético.

Métodos Eléctricos. - Galvanocauterización. Puede procederse de dos maneras: La eliminación total del capuchón en una sesión, o las cauterizaciones realizadas en varias sesiones. Para el primer método se procede, usando el galvanocauterio a manera de bisturí. Las cauterizaciones en varias sesiones tienen el inconveniente de alargar el procedimiento y de que cada cauterización origina un nuevo brote inflamatorio.

Bisturí Eléctrico. - (Diatermia quirúrgica). - Se procede de la misma manera, tratando de extirpar el capuchón. Este método tiene ventajas apreciables: No hay sangrado y disminuye las posibilidades de infección.

2). - Tratamiento de las complicaciones de la Erupción del Tercer Molar.

a). - Tratamiento de los accidentes mucosos. - Gingivoestomatitis Ulceromembranosas. - Los focos de éste padecimiento deben ser tocados

con una servilleta mojada en una solución de Ácido Crómico al 10%. En caso de rebeldes después del tapan con fótilo crómico puede aplicarse una solución de nitrato de plata al 20%, la cual da a la flicera y sus alrededores una coloración rojo-ladrillo. Deben indicarse lavados o esfuergatorios - - con: Bicromato de Potasio, 5 gr., Acido Bórico 4 gr., y Agua Destilada - 100 gr. (una cucharada en un vaso común con agua tibia).

b). - Tratamiento de los accidentes nerviosos. - Los trastornos neurotróficos y nerviosos, sólo terminan con la eliminación de la causa.

El trismus que acompaña generalmente la erupción del tercer molar puede ser tratado por varios métodos:

Modificación del estado infeccioso. - Desaparecidas la pericoronitis, la flicera debajo del capuchón y el cortejo infeccioso que acompaña la pericoronitis, el trismus, como reacción antológica, es dominado. Si logra mantenerse se recurrirá a otros métodos para vencerlos.

Mecanoterapia. - El método de la terapéutica mecánica para vencer el trismus, se realiza con aparatos apropiados, algunos muy complicados. Los más sencillos son las cuñas, de madera (trozos de madera, broches para sujetar ropa o de metal, cucharas o instrumentos de cualquier índole. La manera de actuar de estos instrumentos consiste en su acción de cuña entre las arcadas dentarias, forzando la contracción muscular que se opone a la apertura normal de la boca. Puede aplicarse - - anestesia general con la que se consigue abrir la boca del paciente para poder efectuar la extracción del molar que provoca el trismus.

La apertura de la boca, en la anestesia general, debe realizarse-

may lentamente para evitar el edema o lesiones articulares o mucosas que pueden existir cuando se opera con violencia. La anestesia es el más seguro método con que vencer el trismus según algunos autores.

c).- Tratamiento de los accidentes celulares. - Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos a bisturí o galvanocauterio.

Tratamiento del absceso Bucciano Maxilar. - Su apertura por vía bucal, evita cicatrices inútiles. El sitio indicado para la incisión es el surco vestibular. Con un bisturí de hoja corta se llega profundamente hasta el hueso (cara externa del maxilar inferior) Vaciado el absceso, hay que tratar urgentemente el foco inicial, la pericoronitis, para evitar una nueva colección purulenta.

La extracción del molar retenido se impone en tales condiciones.

Los procesos del suelo de la boca exigen un tratamiento quirúrgico de acuerdo con la intensidad de la infección. Los flemones circunscritos pueden ser drenados por vía bucal.

d).- Tratamiento de los accidentes tumorales. - Los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores deben ser eliminados si no se desprenden en el acto de la extracción dentaria. La resección puede efectuarse con cucharillas para hueso. El raspado debe llegar profundamente hasta percibirse la sensación del hueso.

Algunos autores sostienen la absoluta necesidad de la extirpación de los procesos marginales para evitar así, la producción de afecciones mas serias, (Adamantinomas).

CAPITULO 2

A). - Consideraciones Radiográficas.

El estudio radiográfico del tercer molar inferior requiere, como se comprende, ciertas condiciones, con el fin de que la radiografía no dé imágenes que no representen con toda fidelidad el objeto real; así, por lo tanto, radiografías deformadas o que no se encuadren en las condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

Radiografía Intraoral.

Posición del paciente. - Sentado en el sillón cuyo respaldo estará perpendicular al suelo.

Posición de la cabeza. - La cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás de manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

Posición de la película. - 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 sobresaliendo sobre la línea de oclusión más de 3 o 4 milímetros.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar, o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten. En la radiografía deben verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar. Muchos fracasos en la extracción del tercer molar inferior

se deben a que no fueron tomadas con precisión las condiciones del día y hora, por insuficiencias radiográficas, debidas a fallas en la colocación de la película, película movida, insuficiente exposición o revelación. No advirtiendo de sustrato los detalles que exige una radiografía perfecta, la operación quirúrgica no puede ser planeada con exactitud ni realizada con éxito.

Posición del aparato de Rx. - El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película. El ángulo vertical correcto es el de 0° .

El rayo central debe ser dirigido al centro de la película aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

Radiografía Oclusal.

Posición del paciente. - El respaldo del sillón se reclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza. - La cabeza reclinada, descendiendo el cabezal todo lo que permita la comodidad del paciente. Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

Posición de la película. - Esta debe ser colocada entre ambas arcadas dentarias, lo más distalmente posible. El paciente morderá con mucha suavidad la película. Su ángulo distobucal ha de colocarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior. De ésta manera la película gana un poco de terreno y puede ser llevada más hacia atrás.

Posición del Aparato de Rayos X. - El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula, de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar retenido. La radiografía obtendrá la obtención del tercer molar en su relación bucolingual, la cantidad del hueso existente del lado bucal y lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección anteroposterior del molar.

Radiografía Extraoral. - En la clase 3 de retenciones horizontales, la radiografía adecuada es la extraoral, correctamente angulada, en la cual la rama opuesta se sobrepone sobre la que contiene la retención. Esto se obtiene colocando una placa radiográfica de 15 por 21 en el porta película en contacto con la rama vertical y la horizontal de la mandíbula en la cual se encuentra el diente retenido. Los rayos verticales se dirigen a través de la rama opuesta en ángulo recto con la radiografía.

Radiografía de Aleta de Mordida. - En los casos de la clase 1 y 2 de molares inferiores retenidos, la única radiografía que visualiza las relaciones de las coronas del segundo y tercer molar, es la de aleta de mordida en correcta angulación. En éste caso el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con un grado cero de angulación.

B).- Puntos a considerar en la radiografía antes de la intervención:

- 1).- Posición y desviación del tercer molar: La posición con relación al segundo y el tipo de desviación, a partir de lo cuál clasificaré

mas el tipo de retención.

2). - **Posición del segundo molar:** La dirección de éste molar es de interés en el acto quirúrgico; siendo como es, la cara distal del segundo molar un punto fijo en la aplicación de la fuerza debe ser cuidadosamente estudiado, clínica y radiográficamente, su solidez, estado y posición.

3). - **Relación del molar retenido con la rama montana.**

4). - **Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:** La profundidad relativa del tercer molar respecto a las dos líneas que ya fueron tratadas dentro de la clasificación: La línea oclusal y línea cervical.

5). - **Estudio de la corona del tercer molar:**

- Forma de la corona.
- Tamaño de la corona.
- Estado de la corona. (si tiene caries o fracturas).

6). - **Estudio de las raíces del tercer molar.**

- Ambas raíces dirigidas distalmente.
- Raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal.
- Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial.
- Ambas raíces rectas.
- Ambas raíces fusionadas.
- Raíz mesial recta y distal dirigida hacia mesial.
- Ambas raíces dirigidas hacia mesial.
- Raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial dirigida hacia mesial.

- Raíces supracoronarias.

7). - El septum radicular del tercer molar: depende de la fuerza, el tamaño y dirección de las raíces.

8). - El hueso distal: Las dimensiones del hueso distal son distintas; su espesor y consistencia también varían. La porción distal puede estar afectada por procesos patológicos que hacen variar el grado de resistencia.

9). - Contacto del segundo y tercer molar: En ciertas ocasiones, entre la cara triturante del tercer molar en retención horizontal o mesioangular y la cara distal del segundo persiste el saco dentario.

10). - La porción ósea entre el segundo y el tercer molar: La porción ósea entre los dos molares varía según la posición del tercero.

11). - La cara mesial del tercer molar: Las posibilidades de acceso a ésta cara deben ser estudiadas cuidadosamente.

12). - El espacio interdentario: El espacio triangular que existe entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde libre del hueso, tiene distinta forma, disposición y tamaño, según el tipo de retención.

13). - La corona del segundo molar: Tamaño, forma, disposición, estado clínico:

- Caries.
- Obturaciones.
- Aparatos de prótesis.

14). - Las raíces del segundo molar: Si éstas son cónicas o están

Instrumentos.

- 15). - Ausencia del primer molar.
- 16). - El conducto dentario: La posición y las relaciones del conducto dentario con los ápices del tercer molar.
- C). - Instrumental necesario: Para tejidos blandos y duros.

Tejidos Blandos:

- Bisturí de Bard Parker # 3 con hojas número 11, 12 y 15.
- Logra (Separador de pericocio).
- Espátula de Freer.
- Separador de Farabeuf y de Selldin (Tercer Molar).
- Pinzas Hemostáticas de Kelly, Mosquito y Kocher.
- Porta-agujas y Sutura (Hilo de Seda tres ceros).
- Pinzas Anatómicas.
- Tijeras.

Tejidos Duros:

- Alveolotomo, (Gubia).
- Lima para hueso.
- Fresas Quirúrgicas: De Allpart, Schaycer.
- Cíncel y Martillo.
- Cucharilla Quirúrgica de Lucas.
- Fórceps.

- D). - Preparación del Paciente:

Los pacientes ambulantes por lo regular necesitan poca preparación. Las personas de constitución débil deben reposar antes y des -

paño de la intervención. A los individuos convenientemente servidos, se les administrará una dosis adecuada de algún sedante media hora antes de la intervención. A las personas a las que se va a administrar anestesia general se les recomendará que supriman la comida anterior y que no tomen nada por lo menos ocho horas antes de la operación. Antes de la intervención se deberá hacer siempre la odontosisia.

La preparación para la extracción es la misma que para la exodoncia ordinaria. En casos difíciles deben tomarse en cuenta las ventajas de la hospitalización, en particular si se van a extraer los cuatro terceros molares.

En el consultorio, sin embargo, la extracción de un molar en cada sesión o del tercer molar superior e inferior del mismo lado, si no ofrece demasiadas dificultades, y posteriormente los del lado opuesto, es el método más recomendable.

En el hospital y bajo anestesia general es adecuada la extracción de los cuatro terceros molares en una sola sesión, a no ser que lo prolongado de la operación sea peligroso por el estado general del paciente.

En casos difíciles la extracción es una operación grave y la recuperación en cama antes y después de la operación es en extremo beneficioso, y elimina el peligro que supone el traslado desde el consultorio al domicilio, en particular si el estado general del paciente es delicado.

CAPITULO 2

TECNICAS QUIRURGICAS

A).- Anestesia. - La extracción del tercer molar con frecuencia exige una técnica muy difícil y delicada que es necesario practicar con todo cuidado. La anestesia para ésta operación debe reunir los siguientes puntos:

- 1.- Ser completa y prolongada lo suficiente para que la operación pueda realizarse satisfactoriamente.
- 2.- Debe ser continua para que el operador pueda actuar sin interrupción.

La anestesia regional es recomendable para intervenciones en consultorio, en particular si no se dispone de anestesia o de ayudante adiestrado para aplicar el anestésico general.

Cuanto más difícil y prolongada sea la operación, es importante elegir una anestesia que sea lo menos tóxica posible.

A los pacientes muy nerviosos o agresivos se les dará una medicación preoperatoria, (fenobarbital sódico) media hora antes de la operación. Si hay salivación excesiva y en particular si se quiere operar en mejores condiciones de asepsia, se puede aplicar atropina por vía subcutánea o local quince minutos antes de la operación.

Aunque se vaya a intervenir con anestesia local, deben hospitalizarse los pacientes que suponen un considerable riesgo operatorio como los que padecen afecciones respiratorias o cardíacas, o aquéllos en quienes está contraindicada la anestesia general.

Probablemente la mejor y menos riesgosa de las anestésicas generales es la mezcla de óxido nítrico, éter y éter en circuito cerrado por tubo endotraqueal introducido por las fosas nasales.

Puede combinarse con anestesia local con avertinas; por supuesto - el método no es apropiado para su empleo en el consultorio.

El pentotal sódico por vía intravenosa produce una rápida y satisfactoria anestesia que puede aprovecharse para la extracción; éste puede o debe usarse únicamente como anestésico basal y complementario con óxido nítrico y oxígeno. Por esto, el pentotal sódico no es recomendable usarlo en el consultorio por los propios riesgos que ofrece.

Por este motivo en todos los casos de cirugía bucal debe entubarse la tráquea para administrar oxígeno y disminuir así la cantidad de barbitúrico necesario para mantener una buena anestesia.

Cualquiera que sea la anestesia general que se emplee, la medicación preoperatoria incluirá atropina a la dosis suficiente para que cese la secreción salival.

La preparación del paciente es la misma que para la exodoncia a cielo abierto. La medicación preoperatoria depende del tipo de paciente y del método de anestesia que se vaya a usar. Si hay infección está indicada la administración pre y postoperatoria de antibióticos.

B). - Principios que se deben observar durante la Extracción.

Hay varias maneras para extraer los terceros molares retenidos, pero es difícil comparar los resultados de diferentes técnicas operatorias puesto que no hay dos casos que sean absolutamente semejantes.

En la extracción debería observarse los siguientes principios:

- Realizar la operación bajo visión directa.
- No sacrificar la perfección técnica a la velocidad.
- Planear la operación de manera que ésta exija la menor fuerza de palanca posible.
- Evitar lesionar el segundo molar y su parodonto, y no fracturar el ángulo de la mandíbula.

Juy y Curtis observaron que de todas las fracturas del maxilar inferior que atendieron en un período de tres años, el 5% se habían producido durante la extracción de terceros molares inferiores retenidos. La causa de éstas fracturas es con frecuencia el uso imprudente de una gran fuerza ejercida con el botador; en otros casos la fractura podría atribuirse a diversos procesos patológicos de la mandíbula. En pacientes de más de cuarenta años se deberán tomar especiales cuidados para evitar las fracturas.

Desgraciadamente el procedimiento de extraer los segundos molares llamado liberatriz, para facilitar la extracción del tercer molar retenido, se sigue con demasiada frecuencia y sin necesidad.

El único caso en que la extracción del segundo molar está justificada, es en aquella vez muy rara en que el diente retenido está por debajo de las raíces del segundo molar. En otras ocasiones a menos que el molar esté infectado o cariado de tal modo que no tenga salvación, la extracción del segundo molar para poder extraer el tercero incluido es un caso bien definido de tratamiento erróneo e ilegal.

Hay dos métodos principales de extracción de los terceros molares. En uno, se reseca el hueso con el propósito de extraer el diente en una pieza; el otro divide el molar (Técnica de seccionamiento) a fin de que pueda extraerse en fragmentos.

En muchos casos se necesitan combinar ambos métodos. La técnica de resección de hueso fue ideada por G. B. Winter. Siendo la necesidad de un método operatorio que elimine la violencia y el tratamiento, cortejo obligatorio de la erupción de los terceros molares retenidos, Winter desarrolló el principio científico de los movimientos del diente durante la extracción.

La técnica se basa en resecar la estructura ósea por medio de un osteotómo conducido por la mano derecha, al mismo tiempo que por presión con la mano izquierda sobre el lado o superficie opuesta se dominan absolutamente los movimientos. Después de resecar el hueso necesario para obtener el espacio suficiente, se extrae el molar con un hotador.

En la técnica de seccionamiento se usan taladros para dividir el diente antes de extraerlo. Por éste método se trata con delicadeza al maxilar, y los tejidos parodontales sólo se lesionan levemente; en lugar de resecar el hueso en la extensión necesaria para poder extraer el molar entero, es éste el que se divide. También se recomienda la técnica de seccionamiento utilizando taladros, escoplo y martillo para dividir el diente.

Las ventajas que se obtienen con la técnica de división del diente son las siguientes:

- Se opera en campo más reducido, lo cual significa menor trauma y trismus postoperatorio.
- Se elimina o disminuye considerablemente la resección.
- Se acorta la duración de la operación si se utiliza el escopo automático.
- El trismus se elimina casi por completo dado que su causa fundamental es la elevación forzada. Con este método se usan pequeños elevadores. El trismus no es solamente el resultado de la elevación forzada sino más frecuentemente de la introducción de la saliva cargada de bacterias a través de una incisión incorrecta en el surco mandibular, donde los músculos Pterigoideos interno y externo se complican en una infección benigna, la que produce un estado espasmódico de contracción de éstos músculos.
- No se lesiona el diente adyacente puesto que no se forza el diente incluido para sortear la convexidad del diente anterior, ni el hueso se somete a grandes presiones cuando se le usa como punto de apoyo, por lo tanto, apenas se lesiona tejido óseo circundante.
- El riesgo de una fractura es menor, dado que la mayor parte de las fracturas de la mandíbula se producen por elevación forzada de dientes verticalmente incluidos que se encuentran en contacto con el segundo molar. La división de la fuerza aplicada con el botador debe ser mayor en dirección vertical y menor en direc-

ción horizontal, pero a fin de extraer el diente es necesario re-
secar el hueso (con escoplo o taladro) que está por detrás del
tercer molar. Si no se hace así o si el componente horizontal
de la fuerza aplicada es mayor que el vertical, se fracturará la
mandíbula.

- Se disminuye considerablemente el peligro de lesionar el nervio
dentario inferior, complicación frecuente cuando se empuja el
ápice hasta el conducto dental al ejercer gran fuerza con el bota-
dor.
- Con el empleo de la fresa se evita la fractura de la lámina alveo-
lar externa y en particular, la interna.

Desventajas:

- Dientes con hendiduras bajas no se parten.
- Dientes en ancianos son difíciles de partir.
- En algunos casos es imposible colocar el escoplo en línea con el
eje mayor del diente.
- Muchas veces partir el diente tiene poca ventaja porque no se --
puede controlar el corte.
- Los pacientes en general sufren molestias por el uso del esco-
plo. Si la operación se hace con anestesia general, éste es un -
factor a tomar en consideración.

En las circunstancias mencionadas se pueden seguir las siguien-
tes alternativas:

- Corte de los dientes con fresas.
- Corte de los dientes con una combinación de fresa escoplo.
- Corte de hueso suficiente con escoplo y/o fresas.

C). - Extracción quirúrgica propiamente dicha.

- **Retención Vertical.** - En la retención vertical, el tercer molar se encuentra con frecuencia debajo de la rama ascendente, la cual cubre la superficie de oclusión en grado más o menos considerable. A fin de liberar la corona, deberá researse el hueso situado por detrás del molar y de éste modo el diente no ofrecerá resistencia a la extracción. La luxación en si misma depende de la curvatura de las raíces.

La incisión se realiza sobre el borde alveolar desde la rama ascendente hasta la cara posterior del segundo molar y luego se prolonga por la superficie vestibular de la encía, inmediatamente por detrás del rodete gingival de éste último.

Si alguna de las cúspides del molar ha perforado la encía, la incisión se verá interrumpida en ese lugar pero no por eso modificará su trazado. La incisión debiera incluir el mucoperiostio en todo su espesor, después se despega o levanta el colgajo con un perióstomo curvo. Con frecuencia se halla bastante tejido cicatrizal que debe desprenderse con bisturf. En las inclusiones superficiales aparece a la vista el folículo dental que cubre la corona, mientras que en las profundas se encuentra intacto el hueso que la oculta.

En muchos casos es necesario resear porciones considerables de tejido óseo a fin de descubrir las superficies de oclusión vestibular del --

diante, para la cual puede usarse escople o fuerza. Después de quitar las escopetas y fragmentos dentales del faldón distal, se hace una minuciosa inspección para ver la cantidad de hueso que cubre la cara distal del diente haciendo fuerza en dirección vertical, por consiguiente será necesario crear un espacio un poco mayor que el perímetro de la corona.

Si las raíces están en curva en sentido distal será necesario resecar una zona considerable de la rama mandibular por detrás del diente para poder inclinar la corona, o bien resecar la parte de ésta para hacer el espacio suficiente para girar el molar; sin embargo cuando las raíces están curvadas mesialmente, se necesita resecar la porción mesial de la corona a fin de introducir el botador entre la cara posterior y el hueso alveolar e inclinar el diente hacia adelante.

No debe intentarse luxar el diente hasta que la abertura en el maxilar ha sido adecuadamente preparada para ello y se ha dividido la corona si es preciso. El método usado para luxar el diente se determina de ordinario por el estudio cuidadoso de las radiografías tomadas antes de la operación.

El método de apalancamiento interdental para luxación sólo se puede utilizar si el diente se adelgaza hacia la raíz, si hay espacio entre el segundo molar y el cuello del tercero, si éste está ligeramente inclinado hacia adelante.

El diente se levanta con un botador lanceolado introducido por la parte voluminosa de la corona. Haciendo girar el botador varias veces se rompe el ligamento y el diente sale de su alveolo.

El hueso debe retirarse cuidadosamente cuidando de que el tratamiento no se trabaje el segundo molar.

La luxación por apalancamiento vestibular podrá usarse si el diente está en íntimo contacto con el segundo molar o demarcado superiormente de él, o si la raíz es tan ancha o está tan arriba como la corona. En estos casos la fuerza de luxación deberá aplicarse únicamente en sentido vertical. Para esto con la fresa se hace un orificio o muesca que permita aplicar el botador en la cara vestibular del diente que va a extraerse inmediatamente por encima de la bifurcación de la raíz.

El botador se introduce en el agujero o muesca y descansa sobre la lámina externa de la porción alveolar de la mandíbula la cual sirve de fulcro para elevar el diente. Debe tomarse la precaución de evitar que el borde lingual de la herida no impida la extracción, lo cual es fácil que suceda si el diente está ligeramente inclinado en esa dirección. Para evitar esta dificultad puede introducirse un periostomo entre el mucoperiostio lingual y la porción de éste mismo lado de la corona.

- Extracción de los terceros molares retenidos en posición mesioangular.

En las retenciones mesioangulares el tercer molar puede o no estar trabado debajo de la corona del segundo. La radiografía preoperatoria tomada desde el ángulo adecuado, mostrará generalmente si la extracción puede hacerse por elevación sin dividir el diente o si éste procedimiento lesionará el segundo molar.

Tomamos como centro de rotación el vértice de la raíz distal y

se dibuje un círculo como el que describirán las cúpulas molares durante la extracción, usando de radio la distancia entre el vértice de la raíz y la cúpula. Si el círculo es tangente al segundo molar, la elevación simple es posible; si corta su parte distal está contraindicada.

La incisión es la misma que para el diente vertical parcialmente brotado o retenido. Después de haber despegado hacia atrás el colgajo por el lado vestibular, se reseca el hueso con fresa o escoplo hasta exponer las caras mesio-distal vestibulares del molar. De aquí en adelante todo depende de si hay o no espacio suficiente para elevar el diente sin perjudicar el segundo molar.

Carece de importancia el nivel de oclusión a que se encuentra el molar en este tipo de retención, excepto por lo que se refiere a la cantidad de tejido óseo que es necesario resecar para elevar la corona.

Cuando se realiza la luxación por spalancamiento de fuerza se aplica por debajo de la cara mesial con un botador de bayoneta; sin embargo antes de proceder a ello se deberá crear espacio excavando el hueso por detrás del diente. Para ésto se usa una fresa de fisura que deberá pasarse no sólo por la cara distal del molar sino también por lingual y vestibular, puesto que el espacio debe ser del tamaño de la corona. Cuando el diente está profundamente incluído no es posible introducir el elevador inmediatamente por debajo de la corona. En algunos casos es necesario usar primero la fresa para hacer lugar al instrumento, pero se tendrá cuidado de resecar solamente el hueso por debajo del tercer molar y no el que cubre la raíz distal del segundo. La extracción puede hacerse -

por tentativas de fuerza constante, los cuñas colocadas al molar en posición vertical y al mismo tiempo lo eleva del alveolo. El diente puede comenzar a moverse con facilidad, incluso si sus raíces están considerablemente curvadas. Los únicos molares que no pueden extraerse por este método son los que tienen las raíces curvadas mesialmente.

La Extracción por odontectomía se realiza cuando el diente está trabado debajo de la cara convexa distal del segundo molar o si la conformación de la raíz hace probable que la técnica elemental del elevador origine complicaciones operatorias. El diente deberá ser dividido a nivel del cuello a menos que se encuentre a elevado nivel de oclusión y parcialmente brotado. En tales casos existe frecuentemente una caries en fisura que facilita la extracción de la parte mesial de la corona por división desde el centro de oclusión en sentido diagonal hasta el cuello del diente.

La incisión se hace en la forma descrita para la odontectomía y se reseca el diente lo suficiente para poder alcanzar por debajo la superficie mesial del molar con un elevador y permitir su salida por la abertura ósea.

Se usa una fresa para perforar a través de la cara distal, penetrar en la cavidad pulpar y llegar a la dentina mesial del diente, pero sin perforar la cara inferior. Se puede cambiar la dirección de la fresa retirándola o se hacen dos o tres conductos paralelos. En el espacio se introduce un botador para hendir el diente por completo.

Alguna que otra vez se encontrará que la corona es demasiado voluminosa para extraerla en una sola pieza, en éste caso es indispensable

dividirlo a lo largo con un escoplo estrecho aplicando sobre el surco vestibular. Por lo general la corona se extrae con botador estrecho colocado debajo de la cara mesial. Si se encuentra resistencia por parte de los tejidos blandos, se utiliza una legra para liberar el diente del borde lingual de la herida. Las raíces se aflojan entonces con un elevador aplicado a la cara mesial o con un pequeño botador de raíces aplicado sobre la superficie distal entre la raíz y el alvéolo. Frecuentemente es necesario hacer un agujero en la cara distal del diente para enganchar la raíz con el botador, utilizando el hueso alveolar distal de la raíz como apoyo. Por este método se puede ejercer gran fuerza para facilitar la extracción en casos difíciles.

- Extracción de terceros molares retenidos en posición horizontal.

Los molares retenidos en esta posición requieren la odontectomía. Incluso si se encuentra a elevado nivel de oclusión, la extracción se facilita considerablemente si se disecan a nivel del cuello o por donde el esmalte es muy delgado. Cuando están situados profundamente, la lesión es casi siempre imperativa. Por lo regular la extracción del molar entero es posible cuando hay espacio entre la superficie de oclusión del tercer molar y la cara distal del segundo si las raíces no están curvadas en sentido mesial. La inclinación se hace de la manera habitual y se despega un colgajo de mucoperiostio. Se expone entonces el diente con escoplo o fresa, de manera que quede al descubierto un poco más de la mitad de la cara

vestibular.

La luxación para la técnica del botador se puede utilizar si hay espacio para que el diente pueda ser extraído sin dividirlo.

En este caso habrá que resecar una considerable porción del hueso que cubre la raíz; sin embargo cuando el molar está situado profundamente, la aplicación de un botador debajo de la corona, y la considerable presión que puede ser necesaria para elevarlo, pondrán tal vez en peligro el segundo molar y el conducto dental. La lesión del ápice del primero y la compresión del segundo causarán indeseables complicaciones que pueden evitarse por la técnica de división del diente.

Las resecciones en posición horizontal con curvatura mesial de las raíces, las cuales se oponen a la extracción a lo largo de la curva distal del eje longitudinal del resto del diente, no son operables por este método, cualquiera que sea el espacio de que disponga por delante de la corona del mismo.

Cuando se hace la extracción por odontectomía, el diente puede dividirse por arriba o por la cara vestibular. Para lo primero se usa la fresa que se aplica en el centro de la cara distal del diente mientras que con un separador se protegen los tejidos blandos. Después de haber perforado la dentina de la cara distal, la fresa se hunde en la cavidad pulpar y penetra hasta la mitad de la cara mesial del diente cuyo espesor se calcula por medio de la radiografía.

Hay que tener cuidado de no llegar hasta la arteria y nervio dentales inferiores que frecuentemente yacen junto al diente para no lesionar -

En. Hasta el primer orificio, se hacen otros dos, uno a cada lado, después se usan las tres orificios y se secan la cara lingual y vestibular cambiando la dirección de la fresa. En seguida se inserta un botador con mango para separar la corona por completo la cual se extrae finalmente.

A veces se puede extraer las raíces con elevador, pero si están firmes las curvadas distalmente, es decir hacia arriba, se luxan con un botador introducido debajo de ellos. Para extraer raíces curvadas abajo o mesialmente, en su cara distal justo al borde óseo, se hace un orificio donde empotrar un pequeño botador con el que se realizará un movimiento de palanca para el que sirve de fulcro el hueso alveolar. Aunque las raíces pueden luxarse y extraerse juntas por cualquiera de éstos métodos, hay casos en que es necesario extraerlas por separado, en particular cuando una está curvada mesialmente y la otra distalmente.

- Extracción de terceros molares retenidos en posición distoangular.

Por lo general la posición distoangular lleva al tercer molar bastante por debajo de la rama ascendente. A causa de esto y de la curvatura distal del diente es imposible la rotación por medio de la fuerza aplicada con un botador en la cara mesial. No se puede hacer en la rama ascendente una excavación de la suficiente amplitud para llevar el diente a ella. En consecuencia la odontectomía es necesaria para la extracción de estos molares.

La incisión es la misma que se practica para la retención horizontal y se reseca el hueso lo suficiente, sobre el molar y la cara vestibular

para exponer la mayor parte de la corona y extraerla haciendo fuerza en dirección vertical en la cara mesial del diente y es la vestibular con una inclinación casi la misma que para la retención horizontal.

- Extracción de terceros molares retenidos en posición vestibuloangular y linguoangular.

Estas posiciones de retención no son muy frecuentes, y deben diagnosticarse por radiografías tomadas en plano sagital y coronal. Si la corona es visible en la placa intrabucal, el diente está por lo regular en posición linguoangular y entonces las radiografías extrabucales mostrarán sólo la cara oclusal.

En la posición linguoangular la imagen aparece semejante a la de la retención vertical a causa de la angulación de los rayos. Las radiografías oclusales son de utilidad en todo caso en que se duda de la posición del diente.

Los molares en éstas dos posiciones se extraen mejor después que se han dividido por la unión de la corona y las raíces. La corona se extrae fácilmente en la retención vestibuloangular; en la posición linguoangular es importante retraer la mucosa del lado lingual. Es frecuente que las raíces estén curvadas en dirección distolingual o distovestibular y por lo general así sucede que en la primera radiografía no haya una clara visión de las raíces por la presencia de la corona, después de extraer ésta, es conveniente tomar una segunda radiografía.

- Extracción de terceros molares retenidos en posición invertida.

Es difícil la extracción de los terceros molares invertidos si se hace la odontotomía. Cuando se desarrolla un quiste alrededor de la corona, el diente se puede extraer en una pieza.

Cuando está indicada la división del diente, la técnica no difiere de la descrita para los molares en posición horizontal profundamente retenidos. En algunos casos es difícil extraer la corona que sigue trabada aún después de haberla separado de las raíces, en éstas circunstancias, se extraen primero las raíces descubriéndolas más extensamente. Después de extraer las raíces para mover la corona hacia afuera y atrás.

Durante la extracción de los molares retenidos en cualquier posición pueden producirse diversos accidentes como hemorragias, sección o compresión del nervio dental inferior, lesión del nervio lingual, fractura de una raíz, lesión del diente contiguo, rotura de un instrumento, desplazamiento del tercer molar, fractura de los bordes alveolares o de la mandíbula.

Metodos de Sutura. - El método mas usado para suturar es el de puntos aislados.

Sutura a puntos aislados. - Este método consiste como su nombre lo indica en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja inherbada con el material de sutura (hilo de seda 000), manejada por el portaagujas o a mano, se perfora la fibromucosa del lado lingual, a una distancia aproximada de medio centímetro del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma dis

hacia del lado libre y lleva a la perforación.

Se retira la aguja, y el hilo recorre todo el trayecto que necesita - hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios - de la incisión y se anuda el hilo. Sucesivos pasos de aguja siguiendo las - mismas indicaciones completarán el procedimiento. Cada punto estará co - locado a una distancia aproximada de un centímetro.

Preparación de los nudos con portaagujas. - Para la realización de - un nudo podemos valernos del mismo portaagujas o de una pinza de Koe - cher; la maniobra es sencilla y efectiva. Los nudos se preparan rapida - mente, ahorrándose mucho tiempo en la intervención.

Se procede de la siguiente manera: Se pasa el hilo por los labios - de la herida, como para practicar una sutura corriente con portaagujas. - Se entreabre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes - el cabo libre; después de haberle dado dos vueltas completas alrededor - del extremo del portaagujas, se tracciona el portaagujas de manera que - las dos vueltas de hilo se deslicen hacia adelante y que el cabo libre pase - entre ellos, se ajusta a nivel de la herida y se tiene la primera parte del - nudo.

Los siguientes nudos se harán con el mismo procedimiento.

CAPITULO 4 POSTOPERATORIO

A). - **Situación Normal.** - La asistencia postoperatoria después de la extracción de terceros molares inferiores retenidos, es de gran importancia.

Higiene bucal. - Terminada la operación se debe lavar perfectamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los curvos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en la putrefacción y colaboran en el aumento de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio (ya realizada la formación del coágulo), hará lavajes suaves de su boca, cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

Fisioterapia. - Con frecuencia se usa el frío, como tratamiento postoperatorio. Se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo o toallas frías mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple; evita la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y concreta los edemas postoperatorios. El frío se usa por períodos de quince minutos seguidos por un período de descanso de quince minutos. Esta terapéutica se aplica en los tres primeros días siguientes de-

operación.

El calor sólo lo empleamos con el objeto de maturar las puestas inflamadas y ayudar a la formación de pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las abscesos y dolores postoperatorios.

Cuidados de la herida. - Las heridas en la cavidad bucal, cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica. La naturaleza que es sabida, provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria. En términos generales un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida será irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcoholado 30 gotas. Si hay que extraer los puntos de sutura ésto se hará al cuarto día.

Alimentación. - La alimentación será principalmente líquida durante las primeras 9 hrs. después de la intervención. Después durante los siguientes dos o tres días dieta blanda según haya aido el traumatismo provocado durante la intervención.

B).- Complicaciones. - Pueden ser locales y generales.

Locales. -

Hemorragia. - La salida de sangre en el curso de una operación es un suceso lógico; la cantidad de sangre puede hallarse disminuida por acción de la anestesia local (vasoconstricción). Cohibir la hemorragia en el acto operatorio es obra de la hemostasia, que ya fué considerada; esto se refiere ahora a la hemorragia postoperatoria, que aparece interpesti

va e inmediatamente a la operación (hemorragia primaria) o un tiempo - - después (hemorragia secundaria).

Hemorragia primaria. - Su tratamiento se realiza por dos procedimientos:

a). - Instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el - - aplastamiento del vaso que sangra; la ligadura solamente tiene escasas - - aplicaciones. El aplastamiento se practica comprimiendo brusca y trau - - maticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento romo.

b). - El otro procedimiento actúa mecánicamente y se logra por - - el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa. Ge - - neralmente, volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia ce - - sa, por cohesión de la cavidad ósea por la sangre que al coagularse ob - - tura los vasos sangrantes. Si la hemorragia no cede habrá que llenar la - - cavidad con una gasa, que debe reunir ciertas condiciones para éste obje - - to: Para aumentar su acción hemostática, la gasa puede ser impregnada - - con trombina, tromboplastina, adrenalina, percloruro de hierro; para evi - - tar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea se puede impregnar con vase - - lina.

Hemorragia secundaria. - Puede aparecer algunas horas o días des - - pués de la operación; ésto se puede deber a la caída del coágulo luego de - - un esfuerzo del paciente, o por haber cesado la acción vasoconstrictora - - de la anestesia.

Tratamiento. - Local- se lava la región con agua caliente o hacer - - colutorios para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificulta la -

presión y la infiltración del punto sangrante, la hemostasia se realiza por tapamiento a presión, con gasa. Después de la herida y comprimiento de sus bordes se deposita un trozo grande de gasa seca, la cual se mantiene con los dedos o, mejor aún, bajo la presión masticatoria.

En muchas ocasiones, no es fácil realizar cómodamente las maniobras para cohibir una hemorragia porque el paciente está dolorido, o el mismo acto ocasiona dolor. En estos casos será necesario colocar unos puntos de anestesia local, a nivel del lugar donde se encuentra la hemorragia, pudiendo maniobrar así con mayor facilidad y comodidad y pasar después un hilo de sutura para juntar los labios de la herida.

Generales. - Según la cantidad de sangre perdida será el estado general del paciente. Se mejorará el estado general (pulso, tensión, corazón) aplicando tónicos cardiacos (aceite alcanforado, cordiazol), y se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguloso).

Hematoma. - Consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El tumor sanguíneo puede adquirir un volumen considerable, con cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

La encefala que cubre la región operatoria se pone turgente y dolorosa. Las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea.

El hematoma puede llegar a supurar, dando en éstas ocasiones repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre. Cuando supura se incide con bisturí. En algunos casos se puede intentar disminuir la tensión absor-

tiendo con un jeringa la sangre, todavía líquida del hemostasio.

Esto se puede originar también por desgarrar o ruptura de un vaso, en las manobras de anestesia.

Infección. - Puede sobrevenir a raíz de abscesos, flemones, celulitis etc., pero el proceso infeccioso postoperatorio más común es la alveolitis.

Dolor. - El dolor que se presenta a causa del tratamiento operatorio, debe ser calmado por medicamentos preconizados para tal objeto: Antipirina, Piramidón. El frío colocado a intervalos sobre la región operada calma en las primeras horas el dolor.

Complicaciones generales. -

Shock. - Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Puede ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. El primero es el más frecuente cuando no se trata del shock neurogálico. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originados, en la mayor parte de los casos; por el miedo a la operación.

El cuadro es el siguiente: el paciente empieza a ponerse pálido, sudoración, hiperpnea, vista fija, la nariz se torna afilada, el pulso disminuye de frecuencia. Esto se presenta por breves momentos.

Tratamiento. - Suspensión de la intervención, colocación del paciente en posición horizontal con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral, aplicación de oxígeno al 100%. Aplicación por vía intramuscular de vasoconstrictores como la meperidina, veritol u - -

crisis derivadas de la cirugía.

Sepsicemia. Bacteremia. - La extracción dentaria o la eliminación de focos sépticos (granulomas y quistes infectados), puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis, bacteriémicas graves. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardíacas se debe administrar penicilina a grandes dosis antes, durante y después del tratamiento 500,000 U. J. diarias.

CONCLUSIONES

- 1.- Es necesario tener un buen diagnóstico radiográfico para poder hacer la intervención quirúrgica.
- 2.- Debemos tomar en cuenta si existe una patología para saber si se puede o no hacer la intervención.
- 3.- En la extracción de los terceros molares es muy importante el realizar una buena técnica de colgajo, pues así tendremos una mejor vi sión de la zona a operarse.
- 4.- Casi siempre es posible llevar a cabo la extracción del tercer molar retenido sin dañar al segundo. Sólo en casos muy extremos se hará la extracción del segundo molar.
- 5.- La frecuencia con que se presentan las fracturas mandibulares a nivel de la zona ocupada por un tercer molar inferior retenido, demuestra que esto es un factor de debilitamiento por que disminuye la cantidad de hueso existente en ésta región.
- 6.- Una de las ayudas más importantes para el cirujano dentista en la extracción de esta pieza retenida, viene siendo la técnica de seccionamiento, o sea, la reducción de la corona en porciones pequeñas, pues así permite la creación de un espacio por medio del cual se quitan las porciones restantes de la raíz.
- 7.- Una vez hecha la intervención, asegurarse si se logró una buena hemostasia previa limpieza de la zona intervenida.
- 8.- Se hará recomendación a la persona que se intervino que debe seguir las instrucciones postoperatorias que el cirujano dentista le indica para evitar problemas graves.

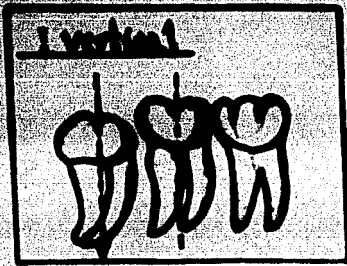


Figura - I

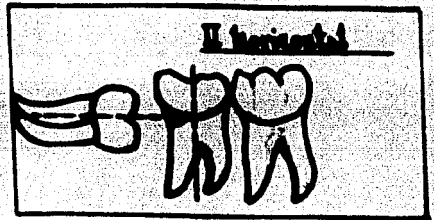


Figura - II



Figura - III

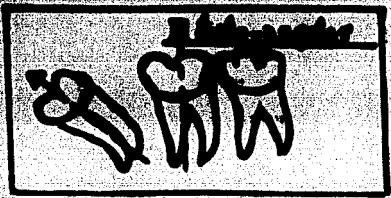


Figura-IV

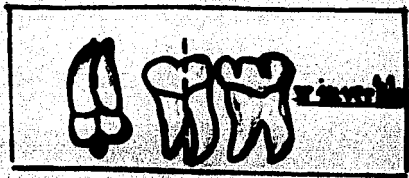


Figura-V

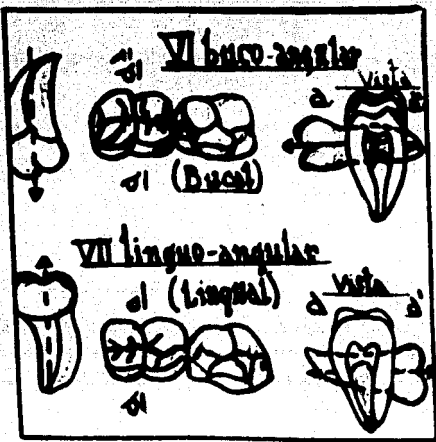


Figura-VI-VII

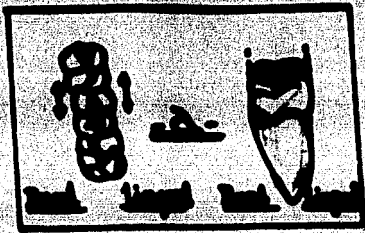


Figura - VIII

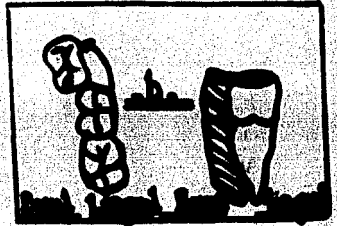


Figura - IX

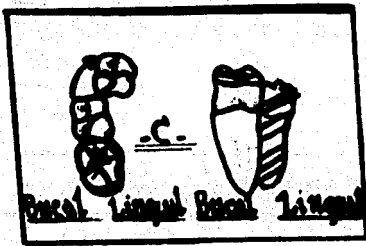


Figura - X

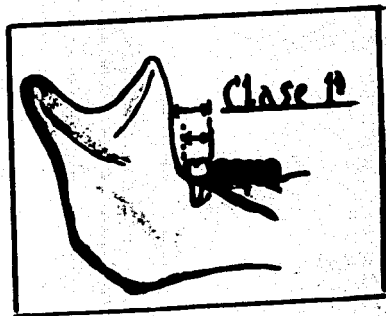


figura - XII



figura - XII

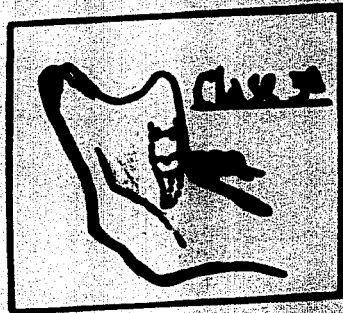


figura - XIII

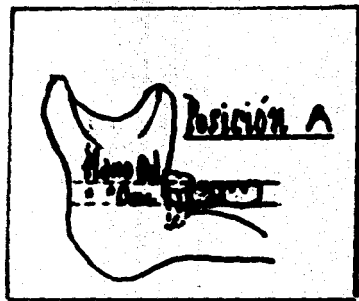


Figura - XIV

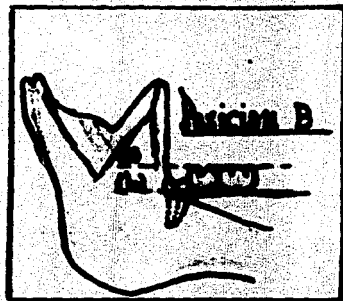


Figura - XV

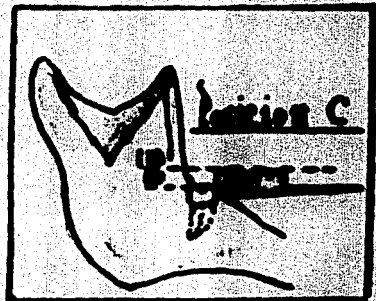


Figura - XVI

BIBLIOGRAFIA

- 1). - **CIRUGIA BUCAL**
GUELLMAN A. RES CENTENO.
SEPTIMA EDICION (Reimpresión) 1973.
EDITORIAL "EL ATENEO"

- 2). - **CIRUGIA BUCODENTAL Y ATLAS DETALLADO**
DE TECNICAS QUIRURGICAS TOMO 1
W. HARRY ARCHER.

- 3). - **CIRUGIA BUCAL TOMO 1.**
KURT HERMAN THOMA.
TRADUCCION AL CASTELLANO POR EL DR. FERNANDO**
LOPEZ BELLO.

- 4). - **TEXT BOOK OF ORAL SURGERY**
EDITED BY GUSTAV O. KRUGER.
FOURTH EDITION
EDITORIAL MUSBY.

- 5). - **ANESTESIA EN ODONTOLOGIA.**
W. HARRY ARCHER
TRADUCCION EN ESPAÑOL, POR EL DR. SAMUEL LEYT.