

2er 410

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

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

GILBERTO GOMEZ PACHECO

MEXICO, D. F.

1981



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.

T E M A R I O

INTRODUCCION.

I.- HISTORIA CLINICA.

- A) Exámen médico.
- B) Exámen bucal.

II.- ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES DE TERCEROS MOLARES.

- A) Accidentes que provocan los terceros molares en su intento de erupción.
- B) Tratamiento que debe darse a los accidentes que provocan los terceros molares en su intento de erupción.

III.- INSTRUMENTAL NECESARIO PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA.

IV.- PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA.

V.- PREPARACION DEL CIRUJANO DENTISTA PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA.

VI.- CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.

- A) Zona anatómica y técnica de anestesia para terceros molares superiores e inferiores.
- B) Incision para la exodoncia de terceros molares.
- C) Desprendimiento del colgajo.
- D) Osteotomía.
- E) Odontosección.
- F) Extracción propiamente dicha.
- G) Tratamiento de la cavidad.
- H) Sutura.
- I) Indicaciones postoperatorias.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

A través de mis estudios en la Facultad de Odon-
tología de la Universidad Nacional Autónoma de Mé-
xico, llamó poderosamente mi atención el tema mo-
tivo de mi trabajo. Me enteré que la Cirugía de-
Terceros Molares Incluidos es de gran importancia
y que sin embargo no se cuenta con los suficien-
tes recursos pedagógicos y prácticas para facilit-
ter su conocimiento.

Precisamente por desconocerse existía inseguri-
dad y temor de que algún día se presentara un ca-
so de cirugía de terceros molares. Fué necesario-
desterrar esa inseguridad y solo estudiando sobre
este tema pude lograr un conocimiento mas a fondo
por medio de la reconilación de diferentes fuen-
tes bibliográficas con el fin de presentarlo lo -
mas aceptable posible para que algún día pueda -
servir a algunos de mis compañeros de profesión.

Pongo a consideración y benevolencia del Hono-
rable Jurado la siguiente tesis.

I.--HISTORIA CLINICA

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de gran importancia en nuestra profesión, pues por medio de ella se puede llegar a un diagnóstico adecuado y así evitar un gran número de complicaciones que podrían presentarse durante el tratamiento odontológico.

A) EXAMEN MEDICO.

Para hacer una evaluación correcta que permita actuar con cierto grado de seguridad, es necesario hacer una historia clínica, que contenga los siguientes datos:

1.-- FICHA DE IDENTIFICACION. Es la presentación del paciente.

2.-- ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD. Comprende el estado de salud de la familia, señala cuales de sus miembros están vivos o muertos y los padecimientos importantes que se les conozcan.

3.-- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES. Aquí se trata de obtener una imagen clara del estado de salud del paciente en el pasado:

- a) Salud en general
- b) Salud en la infancia
- c) Salud en la edad adulta
- d) Accidentes y lesiones
- e) Alergias e inmunizaciones

4.-- HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL.- Se pondrá atención especial a la situación actual y solo cuando existan importantes componentes psicológicos o sociales del paciente.

5.-- PADECIMIENTO ACTUAL. Trata de los cambios más recientes ocurridos en la salud del enfermo que lo llevaron a buscar ayuda médica.

6.- REVISION DE APARATOS Y SISTEMAS. La historia clínica termina con la revisión del sistema que permite pasar revista a todos los demás síntomas y padecimientos menores — que pudo haber tenido el paciente.

Los síntomas que han de considerarse en cada sistema orgánico son los siguientes:

PIEL: Cambio de color, prurito, contusiones, petéquias, marcas de nacimiento o nevos, infecciones, erupciones, vellos, uñas.

SISTEMA EMATOPOYETICO: Anemia, transfusiones y reacciones (señalar fechas), hemorragia espontánea o excesiva después de evulsión dentaria, amigdalectomía o pequeña lesión; ganglios tumefactos, dolorosos o supurados.

CABEZA Y CARA: Cefalalgia, traumatismo, dolor facial.

OIDOS: Dolor, secreción, zumbidos, sordera.

OJOS: Visión, lentes (fecha del último examen), dolor inflamación, infección, diplopía, visión borrosa, escotomas

NARIZ Y SENOS: Epistaxis, obstrucciones, secreciones, escurrimiento postnasal, dolor en los senos.

BOCA, FARINGE Y LARINGE: Procesos inflamatorios, encías sangrantes, dientes, abscesos, extracciones, prótesis, — (fecha del último examen), glositis, ranquera.

MAMAS: Bultos, dolor, secreción.

VIAS RESPIRATORIAS: Tos, cambios en la tos crónica, expectoración, jadeo, hemoptisis, dolor pleurótico, sudores nocturnos, fecha del último examen radiográfico.

SISTEMA CARDIO VASCULAR: Dolor torácico (con el esfuerzo), disnea con el esfuerzo, palpitaciones, presión arterial alta, solo diagnosticado, dolor en las pantorrillas con el esfuerzo, varices.

SISTEMA GASTROINTESTINAL: Apetito, sed, náuseas, vómitos, hematemésis, idiosincrasias alimenticias, gases, eructos ácidos, trastornos de deglución, mirósis, dolor abdominal, ictericia, peristálsis o movimientos intestinales (diarrea, estreñimiento, sangre, heces de alquitrán, laxantes), hemorroides, hernias.

VIAS URINARIAS: Disuria, cambios de color, poliuria, -escosor, hematuria, cálculos, enurésis, retención, edema generalizado.

ORGANOS GENITALES: (varon). Secreción o lesión del pene, serología positiva, dolor o tumefacción testicular.

ORGANOS GENITALES: (mujer). Historia de la menstruación edad cuando empezó, regularidad, frecuencia, duración del -flujo, síntomas asociados; hemorrágias, secreción o escosor, pastillas o dispositivos contraceptivos. Menopausia, edad, y síntomas. Enfermedades venéreas: Abscesos, lesiones genitales, serología.

ESQUELETO: Dolor en las extremidades, espalda y cuello rigidez; limitación de los movimientos, tumefacción de las articulaciones, color, enrojecimiento o crepitación; esguinces, deformaciones.

SISTEMA NERVIOSO: Convulsiones, síncoes, vértigos, --desvanecimientos, temblor, ataxia, trastornos del habla, atrofia muscular o dolor muscular, masas, debilidad o nerdlisis, narestésias, anestésia.

SISTEMA ENDOCRINO: Bocio, temblor, intolerancia para -el frío o el calor, exoftalmia, cambio de voz, polifagia, -noliuria, nolidipsia, cambio en el volúmen del cuerno, en -el tamaño de los zanatos, distribución del pelo, infertilidad.

ESTADO PSICOLOGICO: Estados nerviosos, irritabilidad, pérdida de la memoria, depresión, fobias, insomnio, pesadillas, impotencia, frigidez, trastornos sexuales, comportamiento criminal o sionista.

7.- **EXAMEN FISICO.** Después de la revisión de sistemas es conveniente hacer un breve examen físico que debe ser preciso y explícito para que al leerlo, otros médicos sean capaces de imaginar claramente los datos positivos más importantes. Entre estos podemos mencionar:

a) **DESCRIPCION GENERAL DEL PACIENTE.**- Donde se anotara qué parecido tiene, como es su andar o que posición adopta en el sillón o cama, cuál es su comportamiento, como colabora, que voz tiene, que edad aparenta, si tiene molestias, está decaído, molesto, confuso, aprensivo.

b) **SIGNOS VITALES.** Comprende la presión arterial; frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, peso y estatura.

c) **EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.** Comprende:

1.- **Comportamiento:** Conducta rara o caprichosa, manierismo, tics, gesticulación, posturas, rigidez catatónica, inflexibilidad cerea, abuso del lenguaje rimado y retruécanos

2.- **Función cognocitiva:** Orientación en tiempo y espacio, atención, memoria hechos recientes y pasados, información general, capacidad de juicio.

3.- **Contenido del pensamiento:** Ilógico, despersonalizable, sentimiento de irrealdad, persecución, influencia y referencia, ideas delirantes, pensamientos compulsivos, obsesivos o fóbicos.

4.- **Percpción:** Ilusiones y alucinaciones (auditivas, visuales, gustatorias, olfatorias, táctiles).

5.- Efectos y estados de ánimo: Adecuado, deprimido, hostil, irritable, angustiado, aterrorizado, con sentimiento de culpabilidad, avergonzado, desamparado, suicida, eufórico, maniático.

B) EXAMEN BUCAL.

El dentista debe procurar una visibilidad adecuada, debe estar atento y buscar cualquier variación o cambio en:

- a.- Morfología
- b.- Consistencia
- c.- Color
- d.- Movilidad
- e.- Función
- f.- Temperatura
- g.- Dolor insólito

El exámen bucal comprende el estado de:

1.- Dientes: Para establecer la ficha clínica se empiezan a contar los dientes presentes. Despues se anotan las anomalías que presenten.

Se sugieren los siguientes símbolos para registrar las situaciones más frecuentes:

Anomalías' patológicas-----	Rojo
Dientes que han girado-----	
Restauraciones-----	Azul
Dientes Inclinaaos-----	/
Supraoclusión-----	+
Infraoclusión-----	-
Falta de contacto-----	0
Dientes ausentes-----	
Para extracciones (color rojo)-----	X
Extracción realizada (color negro)-----	●

2.- Periodonto: Una vez revisados los dientes, el siguiente paso es el examen periodontal. El espacio subgingival que rodea a los dientes debe explorarse con delicadeza utilizando la sonda periodontal graduada. Se señalarán los lugares donde haya bolsas periodontales se marcara con color rojo y se enumeran del 0 al 3 el grado de movilidad.

3.- Interpretación radiográfica: Debe hacerse un estudio radiográfico completo, en el que se ha de observar: Zonas de soporte, dientes, zonas anatómicas normales; además el dentista debe conocer el que este invadido por sarro (subgingival y supragingival), las caries, la reabsorción radicular, la hipercementosis, fusión dental, concrecencia, displaceración, los dientes supernumerarios, las perlas de esmalte la amelogenesis imperfecta y la dentinogenesis imperfecta.

4.- Boca y estructuras contiguas:

a.- Lengua: Para realizar el examen, se envuelve la parte anterior de la lengua con una gasa. Esto permite soportarla y tirar hacia adelante para explorar sus superficies laterales, dorsales y base. El examen debe incluir:

Apresación de color y forma

Cantidad relativa y disposición de las papilas.

Tono muscular.

Busqueda de lesiones superficiales o internas.

b.- Labios: Los labios constituyen una porción más del mediomúscular en el que se encuentran los dientes y dentro del examen bucal, es necesario observar algunos puntos relacionados con ellos, como algunas de sus características entre ellas la línea labial, el tamaño de los labios y cualquier otra anomalía, incluyendo lesiones que pudieran estar presentes.

c.- Mucosa labial y bucal: Primero se examina color y textura de la mucosa. Despues se procede a la palpación metódica del vestibulo superior e inferior y se examinan las inserciones de los frenillos?

Esta adherencias son importantes para la elaboración del plan de tratamiento, especialmente periodontal, ortodónico y protodónico.

d.- Paladar: Al examinar su paladar se busca su color normal. Sobre la superficie del paladar, ligeramente atrás de los dos incisivos centrales superiores y sobre la línea media se encuentra la papila incisiva, que contiene tejido cubierto de epitelio.

Generalmente en la línea media se encuentra una raya blanca angosta, denominada rafe palatino. Las arrugas son crestas irregulares que se ramifican a partir de la papila incisiva y de la porción anterior del rafe palatino.

e.- Orofaringe: Mas allá de los papilares se encuentra la orofaringe, o sea la porción de la faringe entre la nasofaringe y la laringofaringe.

Se extiende desde el paladar blando hasta el hueso hioides. La mucosa que cubre esta región contiene tejido linfóide, generalmente es de color rosa con áreas rojizas.

f.- Piso de boca: La mucosa de esta región cubre las glándulas sublinguales y los músculos milohioides y geniohioides. El piso de la boca es un área pequeña que se encuentra por delante del frenillo lingual y que se extiende hacia atrás a los lados de la lengua formando un estrecho, entre la lengua y los dientes del maxilar inferior.

g.- Oclusión: De acuerdo a la disposición de los dientes inferiores a los superiores, en el hombre, la oclusión puede ser:

1.- Neutral o clase uno: Relación adecuada de los primeros molares permanentes. Cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.

2.- Distal o clase II: Los primeros molares inferiores están situados en sentido distal de los primeros molares superiores (retrognatismo).

3.- Mesial o clase III: La arcada inferior esta en relación mesial a la cara superior (prognatismo).

4.- Mordida cruzada vestibular o labial: Es cualquier variación en la relación vestibulo lingual o labio lingual, entre los dientes superiores e inferiores, cuando los anteriores superiores e inferiores estan por delante de los superiores se denomina mordida cruzada anterior y cuando uno o varios dientes posteriores del arco superior están en tal posición que su cúspide vestibular ocluye entre las vestibulares y linguales de los inferiores se denomina mordida cruzada posterior.

5.- Sobre mordida anterior: Se refiere a la distancia con la que sobrepasan los incisivos superiores a los inferiores, en sentido vertical, varia desde ausencia de contacto hasta un estado que los dientes superiores tapan completamente a los inferiores al cerrar la boca.

6.- Superposición dental horizontal (over-jet): Es la distancia que separa los dientes anteriores superiores de los anteriores inferiores en sentido horizontal o anteroposterior.

h.- ATN.: El dentista debe determinar el movimiento de la mandíbula en relación a la articulación temporomandibular.

Está puede hacerse colocando la punta de los dedos índices sobre la región, en ambos lados de la cara ligeramente por delante del conducto externo mientras se pide al paciente abrir y cerrar lentamente la boca, el dentista observara la línea media de la cara del enfermo.

Esto nos permite determinar si el movimiento de la mandíbula es normal o anormal.

II.- ETIOLOGIA DE LAS INCLUSIONES DE 3^o MOLARES

Se dice que los factores etiológicos de las inclusiones son exclusivamente de carácter embriogénico, ya que se producen por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar durante las diversas fases de su evolución. Los cambios que sufren estas estructuras, se producen como consecuencia de alteraciones en el tejido óseo.

El germen dentario puede hallarse en su sitio pero en angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erucción, la corona toma contacto con el diente vecino retenido o evolucionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erucción en posición viciosa. Sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita eruccionar normalmente. En otras ocasiones, existe tal fuerza pero no el espacio necesario para su erucción; tal es el caso de los terceros molares.

A) Accidentes que provocan los terceros molares en su intento de erucción.

Para poder hacer un diagnóstico acertado en la presencia de un tercer molar, son varios los factores que debemos considerar, reconociendo que en su intento de eruccionar y entrar en articulación el tercer molar, provoca una serie de signos y síntomas de diversa intensidad.

Esto se produce en todas las regiones; en todos los climas; en ambos maxilares, con mayor frecuencia en mandíbula; en ambos sexos, con predominio en el femenino; en raza blanca; y a partir de los 14 años en edades diversas hasta.

los 62 años.

Ahora mencionaremos los signos y síntomas de los accidentes de erupción del tercer molar inferior los cuales se clasifican en: Mucosos, Nerviosos, celulares, de tejido duro Linfático o Ganglionares y Tumorales.

1.- Accidentes Mucosos: El tercer molar en su lucha por erupcionar, comienza dañando el tejido blando que se interpone a él y éste suado a la oclusión del antagonista, da origen a la pericoronitis, cuyos signos son los característicos de un proceso inflamatorio con duración de dos a tres días y con repercusión local, general y a distancia.

a. Pericoronitis.- El dolor es siempre precoz, puede quedar localizado o irradiarse por el nervio dentario inferior y repercutir en el oído, garganta y viso de la boca.

El dolor generalmente es nocturno y aumenta con el roce de los alimentos o con cambios de temperatura.

La encía que cubre el tercer molar se observará edematizada con la impreción de los dientes antagonistas, que pueden haber ya provocado la formación de una úlcera.

Se presentará con un color rojizo o rojo violáceo, con presencia de saburra, restos alimenticios y coágulos de sangre provocando una halitosis a la vez que aumentará la temperatura de la región.

Asimismo, el estado general será afectado por fiebre, anoraxia y astenia, además de adenitis en ganglios regionales. Este proceso se acompaña de trismus ligeros; la masticación y la deglución se hallan dificultados, provocando esto una fisonomía particular.

En ocasiones se presenta una infección que a su vez puede dar lugar a una gingivitis ulceromembranosa.

2.- Accidentes Nerviosos: En el caso del tercer molar inferior retenido, las raíces en desarrollo pueden producir presión contra el nervio dentario inferior provocando trastornos reflejo-páticos y neurotróficos que se evolucionan en hernias, eczemas, etc.

El trismus puede considerarse asimismo como una reacción antálgica.

3.- Accidentes Celulares: Entre las complicaciones celulares que produce una pericoronitis, se presenta una inflamación y abscesos siguientes por colección purulenta que se abre camino según la disposición anatómica favorable y así tenemos.

a. Abscesos de Evolución Posterior:

Absceso subamigdalino.- Cuya colección purulenta se abre camino entre el músculo constructor superior de la faringe y fosa faríngea y amigdalina.

Abscesos de la fosa temporal.- Entre los fascículos del músculo temporal.

b. Abscesos de Evolución Externa:

Abscesos del músculo masetero.- Por el borde anterior de la rama ascendente y puede atravesar la vaina muscular para dar un flemón y absceso característico.

Absceso buccinatomaxilar.- Se ubica en el paralelogramo colector, situado en la parte media del maxilar inferior delante del masetero, detrás del triángulo de la barba y abajo del buccinador.

c. Absceso de Evolución Interna:

Absceso del suelo de la boca.- Entre el músculo milohioideo y regiones supra o subyacentes, dando procesos siempre graves.

4.- Accidentes de tejidos Duros: El tercer molar, con frecuencia ocasiona reabsorción de la superficie distal del segundo molar el cual impide su erucción.

Otras veces, al no erucionar, puede sufrir reabsorción interna, ocasionando alteraciones en la oclución y presentar caries por infección pericoronaria.

Los focos óseos que desarrolla el tercer molar retenido suelen ser raros pero graves como la osteítis, osteoflemones y osteomielitis.

5.- Accidentes Linfáticos o Ganglionares: Generalmente los ganglios son afectados por una adenitis que acompaña en su marcha al proceso pericoronario.

Los ganglios de la región son los subángulomaxilares o o submaxilares y cervicales que se encontraran endurecidos y dolorosos.

En un cuadro de gran virulencia, el estado general del paciente estará resentido y la adenitis podrá transformarse en un adenoflemon, con aumento de volumen, dolor a la palpación, supuración y reabsorción en el estado general.

6.- Accidentes Tumorales: Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos (quistes dentígeros), -- que pueden infectarse y dar procesos supurativos de intensidad variable así como complicaciones tales como osteítis y ostiomielitis, o procesos ganglionares e infecciones a distancia. Los restos del saco pericoronario en mesial o distal del tercer molar, puede originar un granuloma posterior anterior o quiste marginal por infección que al abrirse camina brota una pus amarillenta maloliente.

7.- Accidentes del Tercer Molar Superior: El accidente mas característico del tercer molar superior es la ulcera--

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

ción de la mucosa del carrillo por su erupción vestibularizada, dando lugar a dolores de gran intensidad. Los tejidos blandos se inflaman por dicho proceso ulceroso, produciendo una celulitis acompañada de trismus y ganglios infartados - para repercutir en el estado general, impidiendo y dificultando la masticación y la fonación.

B) Tratamiento que debe darse a los accidentes que provocan el tercer molar en su intento de erupción,

Para dar tratamiento a las diversas complicaciones que trae consigo la retención del tercer molar, se cuenta con - los siguientes procedimientos médicos conservadores y quirúrgicos:

1.- Tratamiento de los Accidentes Mucosos: (Pericoronitis).

Para el tratamiento conservador de la pericoronitis, - debe irrigarse la zona interna del capuchón con una solución antiséptica débil, o con solución fisiológica normal, e indicar al paciente enjuagues con medio litro de la misma solución caliente cada hora.

Para combatir la infección en la pericoronitis se administran antibióticos, en este caso, licomicina que se presenta en capsulas y comprimidos de 500 mg. para dosificarla cada 6 u 8 hrs. o por vía parenteral que se presenta en solución estéril, 300 mg. ml. para administrarse 600 mg. I.M. cada 6, 8 ó 12 hrs. según la gravedad de la infección.

Asimismo podrá administrarse la eritromicina en tabletas o capsulas con capa entérica de 250 a 500 mg, cada 6 ó 12 hrs. respectivamente; o una ampolla I.M. de 100 mg./2ml de solución cada 4 a 8 hrs.

Si la respuesta no es satisfactoria en 48 hrs., cabe sospechar una infección mixta por lo que será considerada -

la penicilina G' procainica de 800 000 U. por vía intra muscular cada 12 hrs.

A ésto podrá realizarse un cultivo como guía.

Para reducir el dolor de las úlceras de los dientes superiores ya que constituyen el factor traumático y indicar al paciente aplicaciones con pomadas tales como el (Kenalog corticoesteroide).

El Tratamiento Quirúrgico Consiste en:

a. Abertura del foco de supuración.- En presencia de un absceso submucoso bajo el canuchón, debe abrirse quirúrgicamente con un bisturí.

b. Extracción del molar causante.- Algunos autores coinciden en que puede hacerse aún durante el período agudo, - otros lo contraindican, dando terapia antibiótica máxima -- recuperatoria.

c. Remoción quirúrgica del canuchón.- Se indican cuando los canuchones tienen forma de lengüeta y se contraindican cuando son formados por una prolongación del pilar anterior, en procesos agudos y cuando no interfieren con la erucción normal del diente.

Para la disección del canuchón puede utilizarse el bisturí corriente de hoja corta # 15.

En caso de presentarse la gingivitis-úlceró-necrotante se procederá a limpiar las zonas afectadas con torundas de algodón para quitar la pseudomembrana habiendo aplicado previamente anestesia tónica.

Posteriormente se realizaran cuidadosos lavados con agua tibia y se prescribirán colutorios cada hora con agua y solución antiséptica diluida (una parte por cuatro de agua) así como administración adecuada de antibióticos.

Todas las medidas antes mencionadas se llevarán a cabo durante el periodo agudo, para efectuar posteriormente la valoración de los tejidos, en el concepto de que podrá practicarse la gingivoplastia y gingivectomía si dichos tejidos se encontrarán deformados y realizarse la extracción del tercer molar que originó el proceso.

2.- Tratamiento de los Accidentes Nerviosos:(Trismus).

Para evitar el trismus, se aplicarán compresas de agua caliente y solución de sulfato de magnesio.

La anestesia en los maseteros vence el trismus y con la anestesia general se logra abrir la boca del paciente para realizar la extracción.

3.- Tratamiento de Accidentes Celulares:(Abscesos).

Los abscesos deben ser incididos con bisturí. Para el absceso buccinatomaxilar, debe hacerse la apertura por el surco vestibular, vaciarse, tratar la pericoronitis y realizar la extracción.

4.- Tratamiento de Accidentes Oseos:(Osteomielitis).

El tratamiento general consiste en la administración de antibióticos como la penicilina, vitaminas y proteínas.

Al nivel local se efectuará la extracción del molar que origina el proceso; por las cuales el estado general del paciente está seriamente resentido, puede estar indicada la trepanación del hueso para facilitar el drenaje y al mismo tiempo ayudar al rápido restablecimiento del paciente

Osteitis.- Consiste en la eliminación del factor causante. La exodoncia en el curso de la osteitis se impone como medio terapéutico; eliminando el diente, la afección puede evolucionar favorablemente.

5.- Tratamiento de Accidentes Ganglionares y Linfático (Adenitis, Adenoflemones).

La adenitis mejora con el tratamiento médico a base de antibióticos.

Los adenoflemones deben ser abiertos por vía externa - (Cirugía Maxilofacial).

6.- Tratamiento de Complicaciones Tumorales: (Quistes y Granulomas).

Estos deben ser eliminados, la resección puede ser efectuada con cucharillas para hueso y el raspado debe llegar — hasta él.

III.- INSTRUMENTAL NECESARIO PARA UNA INTERVENCION QUIRURGICA.

La extracción del tercer molar retenido, constituye esencialmente un problema mecánico al que se confabula una serie de factores para hacer de éste una de las más complicadas operaciones de cirugía bucal.

Es por esta razón que el instrumental a utilizarse debe ser el especializado que facilitará el éxito de la intervención quirúrgica. De esta manera, enumeraremos el instrumental necesario conforme a su uso.

1.- Instrumento para exploración: Para iniciar la exploración de la región a intervenir se contará con un maquete básico, que consiste en un espejo plano número 5, pinzas de curación, explorador y excavador.

Para mantener la boca del paciente abierta durante la intervención será conveniente colocarle un abreboca ya sea metálico o de goma, jeringa para la anestesia (instrumento de vital importancia en la cirugía), se recomienda sea del tipo carrulle.

2.- Instrumentos para tejidos blandos: El bisturí, es un instrumento que se emplea para efectuar la incisión.

Consta de un mango y de una hoja del # 15 generalmente los hay de diversas formas, pero el más conocido es el tipo Bard-Parker. El periostótomo y las espátulas romas, nos sirven en el desprendimiento de la mucosa (colgajo).

Puede emplearse el periostótomo corriente o el de Meade Las pinzas de Adson que pueden ser dentadas o desdentadas. Estas permiten tomar la fibramucosa sin traumatizarla.

Para permitir una amplia visibilidad en el campo, puede emplearse separadores de Austin Angulados.

3.- Instrumentos para tejidos duros: El esconlo y el os téotomo, se emplean para resecar el hueso que cubre el tercer molar en la intervención. Los primeros pueden ser accionados a presión manual o por martillo y usarse también en la odontosección. El segundo se utiliza unicamente por presión manual.

Con las fresas quirúrgicas pueden realizarse la osteotomía y la odontosección. Se prefieren redondas # 6, 7, u 8 y de fisura # 560, ambas de carburo de tungsteno.

Entre este instrumental, será necesario contar con dos ríñones o cajas metálicas para colocar en uno la solución fisiológica para la irrigación, y en otro el líquido antiséptico en el que se han de colocar las fresas quirúrgicas, los cartuchos de anestesia y las agujas para su esterilización. Los elevadores necesarios para la intervención serán los elevadores rectos # 301 y 304 así como un juego de elevadores de bandera izquierdo y derecho.

En caso de que el molar no pueda ser desplazado de su alveolo con un elevador, deberá terminarse su extracción con un fórceps infantil # 105 o pinzas para terceros molares # 222. Las colecciones patológicas que pueda traer el tercer molar así como el saco pericoronario, debe extraerse del interior de la cavidad ósea con cucharilla para hueso.

De estas observamos rectas o acodadas de forma y diámetro diversos.

Para realizar la limpieza de la cavidad ósea, empleamos emplemos una jeringa asiento, que nos será de gran auxilio durante la intervención. Y de la misma manera será necesario contar con la ayuda de un eyector de Fergusson quirúrgico para aspirar.

4.- Instrumentos para suturar Las agujas que pueden -- usarse para afrontar los bordes de las heridas deben ser -- sencillas, curvas y de pequeña dimensión.

Para poder guiar los movimientos de la aguja, es necesario tomarla con un portaaguja que conducirá también su dirección. Para seccionar la sutura después de cada punto, se emplearan tijeras curvas de hojas pequeñas.

Seleccionado cuidadosamente el instrumental que habra de emplearse en la intervención quirúrgica de terceros mola res, éste deberá ser sometido a los siguientes métodos de - esterilización:

a) Aséptico.-- Es aquel en el que se esteriliza el campo operatorio por medio de sustancias germicidas tales como la solución alcohólica de formaldehído de Bard-Parker o Zephiron (Benzalconium), así como los instrumentos y demás- objetos en autoclave, de modo que todos los objetos que se pongan en contacto con el campo operatorio deben estar perfectamente estériles.

b) Antiséptico.-- Se emplean sustancias antisépticas - tanto para las manos del operador como para el instrumental y el campo operatorio.

Empleando lo anterior mencionado, la esterilización -- del instrumental deberá efectuarse de la siguiente manera:

Primeramente, todo deberá ser bien lavado con jabon y agua (corriente). El paquete básico que consta de elevadores, fórceps, agujas, jeringas y eyector quirúrgico, se esterilizan por medio de autoclave.

Los cartuchos de anestesia requieren de estar sumergidos en una solución desinfectante, o bien pueden ser esterilizados, los de vidrio en autoclave a temperatura de 120°C

a 125°C durante 30 minutos como mínimo.

Para la esterilización de instrumentos afilados o cortantes, éstos plantean un problema porque el calor y la humedad pueden corroer tales instrumentos y determinar la pérdida de parte de su temple, con lo cual adquiere al cabo de poco tiempo una propiedad indeseable.

Convencionalmente éstos instrumentos (agujas para suturar, tijeras, hojas para bisturí, etc.) son esterilizados en solución química o desinfectantes, dentro de cajas Bard-Parker, sin embargo ésta esterilización no es muy aceptada por lo que algunas ocasiones se esterilizan por medio de la presión del vapor colocando en una solución alcohólica los instrumentos y sometiendo a acción del vapor seco sin riesgo de corrosión o posibilidad de desafilarse como ocurre con el vapor de agua.

La sutura comúnmente empleada es la seda, que es esterilizada en autoclave a 130°C durante 15 minutos, no debiendo pasar de más de tres esterilizaciones ya que perdiera su tensión.

Si la sutura está encerada el tiempo se aumenta en 30 minutos o bien, puede emplearse la sutura que se adquiere en envoltorios estériles.

Es necesario hacer pequeños paquetes o envoltorios por separado de los diversos artículos a emplearse como son las gasas y los abatelenguas que serán esterilizados en autoclave.

Ya que se tiene el instrumental totalmente esterilizado se ordenará sobre la charola de una manera adecuada conforme a su uso.

IV.- PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA

Antes de iniciar una intervenci3n quir3rgica en la boca del paciente es necesario realizar una serie de tratamientos profil3cticos como eliminar el sarro y efectuar el tratamiento subgingival que se estime necesario, as3 como prescribir una serie de lavados antis3pticos de su boca.

Antes de sentar al paciente en el sill3n dental, se le quitar3 la dentadura artificial o cualquier pieza intercambiable.

As3 mismo se le quitar3 al paciente la ropa ajustada -- despu3s de lo cual se cubrir3 con una s3bana est3ril.

Una vez sentado el paciente en el sill3n y cubierto -- con s3banas esterilizadas en autoclave previamente se proceder3, a la colocaci3n de compresas al rededor del campo operatorio.

V.-PREPARACION DEL CIRUJANO DENTISTA PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA

El cirujano ha de ser muy cuidadoso en su persona, sus ropas y la forma de tratar a sus pacientes.

Para practicar alguna operación de cirugía menor en la boca siempre es necesario usar bata estéril, gorro y mascarilla.

Es pertinente que el operador acostumbre a seguir los siguientes pasos, antes de efectuar una intervención quirúrgica.

1.- Pasará al vestidor, se quita la ropa de calle y se pone la pijama quirúrgica.

2.- Posteriormente pasará al lavabo donde se esterilizará las manos.

3.- Entrará en la sala de operaciones y se pondrá la bata, mascarilla y guantes estériles; una vez realizado esto se abstendrá de tocar cualquier objeto séptico. Mientras comienza la operación debe mantener las manos en alto.

Para una operación de tercer molar habrá dos ayudantes una con guantes y ropa estéril, que será el encargado de pasarle los instrumentos al cirujano y al mismo tiempo mantener el campo limpio de sangre para lo cual usará compresas estériles de gasa o un aspirador.

El otro asistente no requerirá llevar guantes ni ropas estériles.

Este ayudará al paciente a subirse al sillón y otras cosas en que no haya de ponerse en contacto con los objetos estériles.

VI.-DISTINGUIREMOS LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS
DE ACUERDO A LA CLASIFICION DE WINTER:

Existen diferentes clasificaciones de terceros molares incluidos; sin embargo consideramos que la más completa es la de Winter.

Podemos encontrar el tercer molar inferior en las siguientes posiciones:

- A) VERTICAL
- B) HORIZONTAL
- C) MESIOANGULAR
- D) DISTOANGULAR
- E) INVERTIDO O PARANORMAL
- F) BUCOANGULAR
- G) LINGUOANGULAR

A).- En la posición vertical, el eje mayor del tercer molar, es paralelo al eje mayor del segundo molar.

B).- En la posición horizontal, el eje mayor del tercer molar se encuentra perpendicular al segundo molar.

C).- En posición mesioangular, la corona del tercer molar se halla dirigida hacia el segundo molar formando con él un ángulo variable.

D).- En posición distoangular, la corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia la rama ascendente del maxilar inferior.

E).- En la posición invertida, la corona del tercer molar se halla hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia las superficies oclusales de los demás dientes.

F).- En bucoangular, la corona del tercer molar se halla dirigida hacia bucal y perpendicular al plano de los demás dientes.

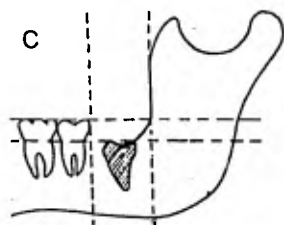
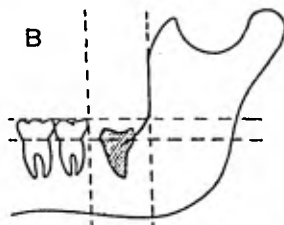
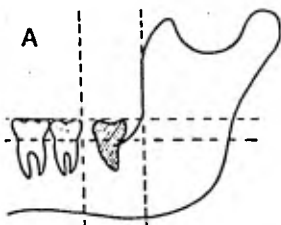
G).- En linguoangular, la corona del molar se encuentra dirigida hacia lingual y perpendicular al plano de los demás dientes.

De acuerdo a la relación que existe entre la porción que existe entre la porción del tercer molar con respecto al arco dentario puede encontrarse dos tipos de desviaciones del mismo.

E

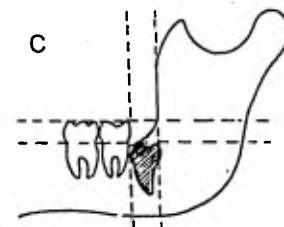
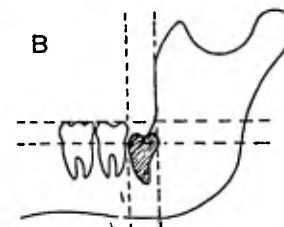
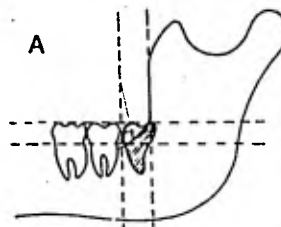
CLASE I

Cuando el espacio entre el segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula sea mayor que el diámetro mesiodistal del tercer molar



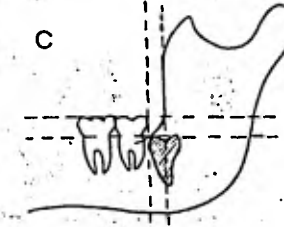
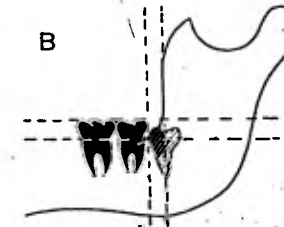
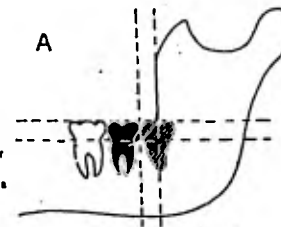
CLASE II

Cuando el espacio distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula es menor que el diámetro mesiodistal del tercer molar.



CLASE III

Cuando todo o rama ascendente en la raíz casi todo el tercer dentro de la molar se encuentra



NORMAL.- Cuando el tercer molar se encuentra alineado, continuando la forma oval de la arcada.

DESVIACION BUCAL.- El tercer molar se ubica afuera del óvalo de la arcada, hacia bucal.

DESVIACION LINGUAL.- El tercer molar se encuentra fuera de la arcada hacia lingual.

En ocasiones la falta de espacio para la erucción del tercer molar, es causa de una clasificación más de acuerdo al diámetro mesio distal que haya entre el segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior y si éste es suficiente para la erucción del mismo.

CLASE I diámetro suficiente.

CLASE II diámetro menor que el suficiente.

CLASE III diámetro menor aún o nulo, lo que origina -- que el molar erucione casi en la rama.

Para poder describir la profundidad a la que se encuentra el tercer molar con respecto a la cara oclusal del segundo molar, se han dado tres categorías:

POSICION A.- Se clasifica así, cuando la porción más alta del tercer molar se halla a nivel del segundo molar o por encima de este.

POSICION B.- La porción más alta del tercer molar se halla por debajo de la línea oclusal del 2o. molar.

POSICION C.- La porción más alta del tercer molar se ubica debajo o al mismo nivel de la línea cervical del segundo molar.

Para la clasificación de terceros molares superiores,- encontramos que las variaciones en su posición son menores, de manera que solo se sintetiza en las siguientes:

- A) POSICION VERTICAL
- B) POSICION MESIOANGULAR
- C) POSICION DISTOANGULAR
- D) POSICION HORIZONTAL, donde el molar está dirigido - hacia el carrillo.
- E) POSICION PARANORMAL, donde el molar puede presen -- ter posiciones raras.

Además encontramos que la retención del molar puede -- ser intraósea o submucosa.

Con la ayuda del estudio radiográfico detallado y el - auxilio de ésta clasificación de Winter podemos determinar la localización exacta del tercer molar en el hueso, y de - esta manera poder establecer la técnica correspondiente pa- ra su intervención quirúrgica.

A.- ZONAS ANATOMICAS EN DONDE SE COLOCA LA ANESTE--
SIA Y TECNICAS A SEGUIR TANTO EN TERCEROS MOLARES SUPERIO--
RES COMO INFERIORES.

ANESTESIA EN MAXILAR INFERIOR.- El nervio dentario inferior es la rama terminal del nervio maxilar inferior, penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar infe- rior ubicado en la cara interna de la rama montante cuyo -- borde anterior se denomina espina de Spix.

El nervio dentario inferior discurre entre la cara in- terna de la rama montante y el músculo pterigoideo interno,

en el espacio teriogomandibular.

El nervio dentario y sus acompañantes recorren el trayecto entre el tejido celular laxo por el canal dentario -- dando ramas a los dientes y encías de la mandíbula inferior hasta los incisivos.

Para el bloqueo de éste nervio es menester llegar a la espina de Spix, reconociendo antes ésta zona por medio de -- la palpación con ayuda del dedo índice, el cuál se colocará en posición distal del tercer molar donde se localizará un proceso agudo identificado como la línea oblicua externa.

Lingual a éste proceso, encontramos la fosa retromolar donde debemos descansar el pulnejo del dedo para indicar -- con la uña la línea oblicua interna.

Por encima del dedo, a la altura de la línea media de -- la uña deberá penetrar la aguja con el borde bicelado hacia el hueso quedado en un centímetro arriba de la cara oclusal de los molares y dirigida por la jeringa paralela a la arca da dentaria.

La aguja deberá atravesar la mucosa bucal, el músculo buccinador, el tejido celular laxo y deslizarse entre el -- terigoideo interno y la cara interna de la rama y deslizar se entre el terigoideo interno y la cara interna de la rama ascendente a la vez que se va depositando pequeñas canti dades de solución anestésica, un cms. y medio para lograr l

de solución anestésica, un cms. y medio para lograr la anestesia del nervio lingual que está por delante y adentro del dentario.

En este momento se dirige la jeringa en la región del primero y segundo bicúspides del lado opuesto, se profundiza la aguja medio cm. tratando de llegar a la espina de Spix -- sin ser necesario tocarla para depositar la solución.

Si después de 10 o 12 minutos (tiempo normal para producir anestesia) resulta falta de anestesia en la región vestibular, debe procederse a una inyección local entre el 10. y 20. molar para anestesiar el nervio bucal largo ya que el -- nervio dentario inferior no da ramas a la encía bucal de éstos.

ANESTESIA EN MAXILAR SUPERIOR.— Los nervios dentarios -- posteriores nacen del nervio maxilar superior en la fosa pteringomaxilar antes de la entrada de éste último en el conducto infraorbitario. En número variable se dirigen hacia abajo recorriendo la tuberosidad del maxilar para penetrar por orificios que se hallan 2 ó 3 cm. arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores pasarán a inervar el primero, y segundo y tercer molar superior.

Para realizar la punción de éstos se retrae el carrillo tratando de poner a la vista la región del tercer molar superior; se introduce la aguja a nivel de la raíz distal del segundo molar con su bisel hacia el hueso para atravesar la mucosa bucal y el yuccinador y depositar unas gotas de anestésico al tiempo que se avanza en un ángulo de 45°. con el plano oclusal de los molares.

Se lleva la aguja hacia arriba, atrás y adentro de 2 -- cms. del suco. Es común la anestesia de los dentarios posteriores, los cuales pueden alcanzarse insertando la aguja en un punto ligeramente superior al proceso alveolar en el aspecto palatino entre el último y penúltimo molar.

B. TIPOS DE INCISIONES ADECUADAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES:

Para poder reconocer el tipo de incisión adecuado que --

se lleve a cabo en la intervención quirúrgica de terceros molares, es menester hacer hincapié en los requisitos que esta debe llenar.

1).- Debe permitir un amplio campo operatorio.

2).- La incisión debe ser tal que permita retirar la -- lengüeta interdientaria mesial del segundo molar para evitar traumatizarla.

3).- Debe ser tal longitud, que permita descubrir completamente el hueso a resecar.

4).- Debe llegar en profundidad hasta el hueso.

5).- Y ser de un solo trozo.

Existen diversos tipos de incisión, sin embargo considere ramos que la más acertada a los puntos anteriores, además de ser la más común es la angular o de dos ramas o líneas de -- trazo, la bucal o la anteroposterior.

La primera línea posteroanterior se traza con el bisturí desde la parte más posterior previamente determinada extendiéndose hacia adelante hasta el centro de la cara distal del 2o. molar.

La rama bucal comienza donde termina la primera para dirigirse hacia abajo, adelante y afuera, 1 cm. aproximadamente.

Para el tercer molar del maxilar superior, la rama posteroanterior debe trazarse próxima a la cara palatina del -- diente, paralelamente a la arcada como en el inferior y la rama bucal de la incisión debe dirigirse hacia fuera, rodear la tuberosidad del maxilar y esconder hasta las proximidades del suco vestibular.

C.- FORMA DE REALIZARSE UN DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO:

Una vez que se ha trazado la línea de incisión, se procede a realizar el desprendimiento del colgajo con un instrumento romo, ya sea la espátula de Freer ó el periostotómo -- que va ha separar el tejido gingival de su inserción o sea hacia la superficie bucal para descubrir el hueso del lugar -- donde está retenido el molar por extraer.

El colgajo, de la misma manera que la incisión, debe --

cumplir con ciertas condiciones que nos permitan realizar-- las maniobras quirúrgicas:

a) Debe ser tan amplio que proporcione buena visibilidad del campo operatorio.

b) Debe ser dispuesto de tal manera que no sea traumatizado en el curso de la intervención.

Puede tomarse con unas pinzas de disección y con un separador tenerlo inmóvil durante el curso de la operación -- procurando retraer también el periostio.

Debe evitarse tironeamientos que repercutan sobre la -vitalidad del tejido gingival.

Posteriormente se cohibe la hemorragia sin cuyo requisito la visión no será correcta para continuar con el si---guiente tiempo operatorio.

D.- COMO SE LLEVA A CABO LA OSTEOTOMIA

Para eliminar el hueso que cubre el molar retenido, el Cirujano Dentista puede valerse de los siguientes instrumentos:

Las fresas quirúrgicas, que son las más comunmente empleadas y las menos traumáticas, o el escoplo.

Lo importante es determinar previamente la cantidad de hueso a resecar mediante el estudio radiográfico.

Así, la cantidad de osteotomía dependerá de la inclinación que el molar retenido presente, el contacto con el 3. molar, la cantidad de hueso que lo cubra y el movimiento -- que el molar debe dar para poder abandonar su alveolo según la posición y forma de sus raíces tomando en cuenta para esto que el molar siempre debe describir un arco de círculo, - es decir que la corona ha de ser dirigida hacia la rama montante del maxilar para su extracción. Por lo tanto el hueso que se halle por el lado distal en contacto con el ter--cer molar debe ser eliminado para que el diente pueda desarollar dicho arco.

De esta manera, observamos que en la posición vertical podrá eliminarse solamente la superficie ósea que cubre la corona cuando sus raíces sean rectas sin embargo cuanto más

dilaceración presenten mayor será la cantidad de hueso a resecar hacia distal para que el diente pueda describir el arco sin encontrar resistencia.

De igual manera debe estudiarse en caso de posición mesioangular cuya cara mesial es accesible a la aplicación de elevadores para su avulsión, tomando en cuenta que a mayor inclinación mesial mayor cantidad de hueso distal cubrirá - el molar y de ahí sugiere mayor osteotomía.

En caso de que la cara mesial sea inaccesible a la --- aplicación de los elevadores por el estrecho contacto que - pueda existir con el segundo molar, podrá practicarse la osteotomía en el hueso de la cara bucal o mesial para facilitar su extracción, tal es el caso cuando se habla de posición mesioangular del tercer molar o de la posición horizontal cuya corona del molar se halla en contacto con las raíces del segundo molar.

En caso de encontrar el molar horizontal, el hueso que debe eliminarse hacia distal será mayor, descubriendo hasta dos terceras partes de la raíz para poder ser extraído.

Cuando el caso sea una posición bucolingual ó linguoangular debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior - ya sea por distal ó bucal según la giroversión del diente para poder eliminarlo hacia arriba y hacia distal eliminando también el hueso de la cara lingual o bucal con escoplo o - con fresa.

Una amplia osteotomía debe tener como objetivo vencer la resistencia mecánica que se esponga al molar retenido en el hueso, así como procurar el menor traumatismo ya que esto puede ocasionar desde agudos problemas postoperatorios - hasta fracturas dentarias, así como el maxilar por exceso - de fuerzas durante las maniobras que se empleen para su desplazamiento.

Es por ello preferible reseca más hueso que el necesario sin exagerarlo, a eliminar poco y usar la fuerza traumática, o auxiliarse de la técnica de odontosección que será descrita más adelante.

Es conveniente irrigar el hueso con suero fisiológico-tibio estéril durante el uso de la fresa para evitar el so-

brecalentamiento y para mantener limpio el campo.

La osteotomía para cualquiera que sea, debe realizarse - con fresa de bola # 6 a # 8 practicando orificios de manera que circunden la corona del molar. Una vez creados, se unen con fresa de fisura o con un escoplo para poder así levantar la tapa ósea que como ya se mencionó debe ser suficiente.

El uso del escoplo es ahora poco común ya que es un elemento traumático y por su impacto en el hueso, no obstante, éste se sigue empleando en la práctica pero sólo en determinados casos, tales como cuando la tapa ósea es frágil y se levanta a presión natural.

El escoplo o en su defecto el osteótomo a emplearse debe empujarse solidamente con la mano derecha dirigiendo el - bisel de la hoja hacia el hueso para resecarlo y levantarlo por trozos. Puede emplearse así el escoplo de media caña accionando a presión manual.

En los terceros molares del maxilar superior debe tomarse en cuenta las mismas consideraciones para la osteotomía - que en la mandíbula, siempre tratando de resecar poco más - del suficiente hueso que permita el movimiento completo de - el molar para su avulsión hacia la tuberosidad del maxilar, - cualquiera que sea su posición, o si el caso lo amerita, auxiliarse de la técnica de odontosección.

¿ COMO SE RECONOCE CUANDO ES NECESARIO HACER ODONTOSECCION.

Como su nombre lo indica, la odontosección es el seccionamiento del diente antes de su extracción para evitar traumatismos inútiles.

Es indispensable para llevar a cabo la odontosección, - tener un cuidadoso planteamiento, tener presente la anatomía del molar durante el acto operatorio, tener buena visibilidad

iluminación, hemostasia, así como instrumentación apropiada y buena asistencia auxiliar para evitar lesiones a los tejidos adyacentes.

Esta odontosección puede realizarse con fresas (redonda del # 8 y fisura # 560) o con escoplo, siendo la fresa el método más adecuado.

La técnica que puede emplearse es la introducción de la fresa através del esmalte hasta llegar a dentina y a partir de ahí trazar el eje de sección para facilitar la fractura del molar.

Las indicaciones de la odontosección son:

- 1).- En dientes retenidos, cuya estructura adyacente no le permitan el desplazamiento para su extracción.
- 2).- En terceros molares multirradiculares.
- 3).- Cuando las raíces presenten dilaceración o devergencia, la cual impida la avulsión del tercer molar.
- 4).- En caso de hiper cementosis.
- 5).- En presencia de un séptum radicular considerable.

F.-TECNICA INDICADA PARA LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES DE ACUERDO A SU POSICION.

Cuando el tercer molar se halla en posición vertical, - en clase II es decir que la corona del molar se presenta serca de la rama o en posición distoangular será indicada la -- odontosección, eliminando la parte distooclusal de la corona

Cuando la corona del diente retenido esté en contacto - con la cara distal del segundo molar (en posición mesioangu- lar) y sea ésto un obstáculo para su desplazamiento, deberá- seccionarse ya sea la corona completa del tercer molar a ni- vel cervical o la parte mesial que ocasiona la retención, o- bién emplear ambas técnicas a la vez.

En la posición distoangular, el molar se encuentra an--

clado al maxilar y cubierto por una gran cantidad de hueso - tanto a nivel distal como en su cara triturante por lo que - es imperativo realizar una osteotomía amplia como ya se mencionó anteriormente y con ello la odontosección, la cual auxiliará en la eliminación de la corona del diente que se opone al movimiento del molar para su extracción.

En caso de que el molar presente una posición horizontal, se realiza la técnica antes mencionada.

Si el molar presenta una posición bucal o lingual, el método de odontosección será realizado a lo largo de su eje mayor, asimismo se realizará éste método cuando exista divergencia radicular.

En la posición invertida, la técnica varía de acuerdo a la profundidad en el hueso y la accesibilidad de su cara mesial.

Puede dividirse según su eje mayor para seccionarla en dos elementos o en caso de que la posición lo amerite, será en su eje menor para extraer primero la corona o la raíz, y a expensas del espacio creado eliminar el resto del molar - que nos conducirá a la extracción propiamente dicha.

PASOS DE LA EXTRACCION:

Habiendo realizado la osteotomía y la odontosección en caso necesario, es menester proceder a la luxación del molar para su eliminación con la ayuda de los instrumentos adecuados ya estudiados que se aplicarán como palanca en un punto que será el lado inferior o base del triángulo interdentario así como el borde bucal del maxilar o el borde distal en raras ocasiones como el caso de la posición distoangular.

Quando se haya realizado la odontosección se retirarán las partes seccionadas más fácilmente.

TECNICAS DE EXODONCIA.

Es indispensable para la técnica, recordar que el molar retenido para ser elevado de su alveolo debe trazar un arco de mesial a distal.

Elegido el elevador de acuerdo al tamaño del espacio interdentario, se introduce suavemente en dicho lugar entre los labios de la incisión para actuar como cuña girando el mango del instrumento hacia mesial y hacia distal y así permitir desde el lado mesial como punto de apoyo, el desplazamiento del diente hacia distal elevando y luxando el molar retenido.

Si la luxación no es suficiente se aplica el elevador poco más abajo y se revierte el movimiento hacia distal. Hecho esto, el diente puede ser extraído de su alveolo con pinzas para extracción o con el mismo elevador.

Puede ser eliminado también con elevador de bandera con aplicación bucal que colocándolo a nivel de la bifurcación radicular se gira hacia afuera apoyándose sobre el borde óseo bucal para levantar el molar hacia arriba y hacia adentro preparando previamente una muesca con fresa redonda en la parte media del hueso bucal.

En el caso de que la angulación del molar sea tal que presente su cara mesial inaccesible a la aplicación del elevador, se seccionará el diente como ya fué descrito para preparar la vía de acceso del instrumento y de esta manera poder luxar el diente retirando los fragmentos por separado.

Si el diente se ha seccionado según su eje menor, es decir en el cuello del mismo, la extracción de la corona se realiza por medio de elevadores finos que se introducen en el espacio creado por la fresa y a cuya expensa se deslaza la

corona hacia mesial y luego hacia distal y hacia arriba.

La porción radicular puede extraerse por medio de elevadores rectos o de bandera que se introducen en la porción radicular y el tejido óseo subyacente haciendo girar el instrumento hacia el lado bucal.

Según la disposición y forma radicular será mayor o menor el esfuerzo.

En caso de que las divergencias de las raíces haya exigido la odontosección de estas, serán extraídas por separado

Seccionado el diente por su eje mayor, debe introducirse el elevador lo más profundamente posible entre las dos porciones del molar dividido para comenzar a luxar primero la porción distal girando el instrumento para dirigir la raíz - hacia arriba y hacia atrás.

Posteriormente se introduce el elevador en la cara mesial del molar para elevar la otra porción.

Para realizar la extracción del tercer molar superior - se realiza la misma técnica que en los inferiores siendo ésta ya más sencilla por la variante que presenta éste en su inclinación.

En los molares con posición para-normal no existe regla alguna para su extracción ya que dependerá de la posición - con los dientes adyacentes y la cantidad de hueso que lo cubra.

Puede ser necesaria la extracción del segundo molar o - primer molar ó ambos.

Para la extracción del tercer molar con raíces incompletas es menester realizar una adecuada osteotomía para permitir la entrada de los elevadores los cuales se deben introdu

cir con firmeza y gran cuidado para evitar fracturar la ipófisis pterigoides o la introducción del molar en seno maxilar así como en fosa pterigoidea.

Con igual delicadeza debe manejarse el elevador en molares inferiores para evitar fracturas del ángulo mandibular, así como lesiones al nervio dentario inferior o a la arteria maxilar interna.

G.-TRATAMIENTO DE EL ALVEOLO DESPUES DE LA EXTRACCION.

Terminada la extracción del tercer molar se inspecciona la cavidad, se retiran las esquirlas óseas o del diente que puedan haber quedado y se elimina el saco pericoronario del mismo extirpandolo con una cucharilla filosa. La omisión de ésta medida puede traer trastornos irritativos, infecciosos o tumorales.

Asimismo en el caso de existir lesiones ya sean periapicales o que abarquen la zona del diente extraído es necesario poner hincapié en su eliminación, la cual podrá realizarse por vestibular o por la que permite un fácil acceso.

Los bordes óseos agudos deben ser alisados con una fresa redonda o con lima de hueso.

Posteriormente se procederá a lavar la zona con suero fisiológico para eliminar los residuos y por último se continúa con la readaptación de los bordes tras previa formación de coágulo para iniciar la sutura.

DIFERENTES TIPOS DE SUTURA Y EL ADECUADO PARA LOS TERCEROS MOLARES.

La sutura tiene como objetivo principal, asegurar una buena cicatrización de los tejidos incididos favoreciendo la coagulación de primera intención.

La sutura puede ser absorbible, de origen biológico y -

no absorbible que son de origen vegetariano, animal o sintético.

ABSORBIBLE.- Entre éstos encontramos el cat-gut simple contenido del tejido conjuntivo del intestino de carnero formado así de sustancias protéicas, siendo de fácil digestión gracias a los elementos proteolíticos de los tejidos; sin embargo es considerado como un material burdo para el tejido gingival.

Se clasifica por su grosor de tres ceros a diez de acuerdo a su diámetro en milímetros.

Se absorbe aproximadamente en cinco días. Si se desea que la absorción sea más lenta, se trata con impregnación de a.c. crómico ó ácido tánico, recibiendo así el nombre de cat gut crómico o cat-gut tánico, ó tambien podemos encontrar el dextron.

NO ABSORBIBLE.- Entre las suturas vegetales encontramos los hilos manufacturados con fibras de algodón o lino.

Las suturas se pueden realizar igualmente con dermalón; o nylon que son materiales sintéticos.

Entre las suturas de origen animal, se encuentra la seda, que se expende ya estéril en el comercio, siendo ésta de las más utilizadas.

Se utilizan éstos materiales en epitelio cuando se desea que la sutura sea perdurable el tiempo suficiente para una adecuada cicatrización.

Se efectúan dos o tres tipos de sutura independientes valiéndose de la aguja enhebrada con seda y manejada por el portaagujas.

Para llevar a cabo este procedimiento, se perfora con la aguja la fibromucosa del lado lingual a uno y medio centímetro del borde de la incisión para aparecerla en el borde -

bucal a la misma distancia, se toman ambas extremidades del-hilo; se afrontan los bordes de la herida y se amuda el hilo

I.- INDICACIONES PARA EL PACIENTE DESPUES DE LA

INTERVENCION QUIRURGICA.

Las instrucciones postoperatorias adecuadas son absolutamente necesarias para asegurar el éxito de la intervención

La falta de ella nos puede ocasionar una deficiencia de las heridas mejor operadas.

Las sugerencias para el cuidado postoperatorio después de la intervención dental son:

IRRIGACION.- No se irriga en 24 horas para evitar molestias al coágulo, al cabo de este tiempo puede hacer un suave enjuague con solución salina y agua tibia se le agrega media a una cucharadita de sal.

CUIDADO DE LA HERIDA.- No toque la herida con la lengua pero éste no significa olvidar los hábitos de higiene oral normales.

DIETA LIQUITA O BLANDA.- Para ayudar el proceso de cicatrización debe procurar no dejar después de una extracción ~~restos óseos ni radiculares~~, y mantener una alimentación blanda y nutritiva tales como huevos tibios, carne molida, flanes, leche sova, los cuales pueden comerse sin molestar el coágulo.

Deberá comer estos alimentos tantas veces pueda durante los primeros días; después podrá añadir alimentos -- tan pronto como pueda masticarlos sin dificultad.

DESCANSO.- Esto ayuda a reducir las hemorragias y permite la formación del coágulo en el alveolo, necesario para la cicatrización.

HIDROTERAPIA.- Hielo de 10 a 15 minutos cada hora para redu-

cir las molestias y la inflamación.

TERMOTERAPIA.- Compresas de agua caliente alternadas -- con la hidroterapia.

FARMACOTERAPIA.- En los terceros molares estará indicada la administración postoperatoria de los antibióticos para favorecer la recuperación.

El medicamento de elección es la penicilina a no ser que esté contraindicada por la resistencia del paciente.

Se prescribirá en dosis adecuadas durante cuatro a siete días.

Es aconsejable también prescribir una medicación sedante para mitigar el dolor que se presenta después de la intervención; así como antiinflamatorio para el edema.

INCIDENTES.- Se deberá explicar al paciente los posibles incidentes que puedan presentarse posterior a la extracción, tales como inflamación trismus, dolor y hemorragia.

HEMORRAGIA.- En caso de hemorragia, debe seguir las siguientes instrucciones.

1).- Con una pieza de gasa limpia quita suavemente la sangre de la herida y de la boca.

2).- Colocando otra gasa limpia sobre el lugar donde brota la sangre, hará presión con los dientes para mantenerla durante treinta minutos.

3).- Si sigue sangrando y se agudiza alguna molestia -- volverá al consultorio para ser revisado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ries Centeno
Cirugía Bucal
7a. Edición, 1968
Editorial "El Ateneo"
- 2.- Kurt H. Thoma
Patología Bucal Tomo I
4a. Edición, 1959
Editorial Hispanoamericana
- 3.- Leo Winter D.D.S.
Tratado de Exodoncia
Editorial Pubul, 1930
- 4.- Costich White
Cirugía Bucal
1a. Edición en Español 1974
Editorial Interamericana
- 5.- Lester W. Burket
Medicina Bucal
6a. Edición, 1973
Editorial Interamericana
- 6.- Walter C. Guralnick
Tratado de Cirugía Oral
Salvat, 1971