

*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA



EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARIA DE LA LUZ GUADALUPE SILVA PEREZ



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.

EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES

TEMARIO

CAPITULO I.

INTRODUCCION

CAPITULO II.

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

CAPITULO III.

GENERALIDADES DE LOS TERCEROS MOLARES

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA

CAPITULO V.

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES DE LA EXODONCIA

CAPITULO VI.

*ETIOLOGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO
ERUPCIONADOS EN EL MAXILAR INFERIOR*

CAPITULO VII.

*CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO
ERUPCIONADOS*

CAPITULO VIII.

HISTORIA CLINICA

A) ESTUDIO RADIOGRAFICO

B) PRUEBAS DE LABORATORIO

CAPITULO IX.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

CAPITULO X.

INSTRUMENTAL PARA TERCEROS MOLARES

CAPITULO XI.

TECNICAS QUIRURGICAS

CAPITULO XII.

CUIDADO PRE, TRANS Y POST-OPERATORIO

CAPITULO XIII.

CONCLUSIONES

CAPITULO XIV.

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

INTRODUCCION

La práctica de la odontología, debe estar plenamente respaldada por el conocimiento de todas las ciencias que están íntimamente ligadas a ella.

El cirujano dentista, debe de tener cualidades para ejercer la profesión y tener gran tacto y conocimiento sobre la zona que tratará en su carrera, ya que los dientes son una de las partes más importantes en el individuo, aparte de que tratará de proporcionar salud y funcionamiento ayudándose de los conocimientos que el odontólogo ha adquirido para ello.

Se generalizará un estudio sobre la extracción de terceros molares incluidos en mandíbula y los tratamientos quirúrgicos a seguir, basándose fielmente en las técnicas que a través de la práctica han obtenido investigadores en el campo odontológico.

Con ayuda de los modernos conocimientos y descubrimientos en técnicas quirúrgicas se han estandarizado los procedimientos de exodoncia de forma que las extracciones no tienen porque ser consideradas como experiencias traumáticas y terroríficas. Por el empleo de técnicas adecuadas, los dientes pueden ser extraídos sin dolor ni traumatismo, de tal forma que después de la extracción se presenten problemas mínimos.

Aunque las posiciones son variadas de los molares incluidos en mandíbula a tal grado de que muchas veces no entran en clasificación alguna, pero el odontó-

logo debe estar capacitado para efectuar dichas operaciones y no debe de remitir al paciente con el cirujano especialista, a menos que el paciente presente un cuadro clínico muy severo y que así lo amerite, pues también hay que tomar muy en cuenta la seguridad del paciente.

Por lo tanto el cirujano dentista debe de poseer en su consultorio el equipo adecuado para ofrecer una mayor seguridad y precisión en los tratamientos que seguirá apoyándose también en asistente con preparación y práctica para ello.

CAPITULO II

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

EXODONCIA: Es el arte quirúrgico dirigido a la extracción dentaria. Principios de la exodoncia:

La extracción de los dientes forma parte integral de la odontología y el profesional debe poseer una perfecta formación en este aspecto de su profesión. Antiguamente la gente consideraba la extracción de los dientes como una solución terrible e incluso hoy en día es temida por muchos pacientes, casi más que cualquier otra intervención quirúrgica. Esta creencia es sin duda el resultado de experiencias desagradables sufridas durante las extracciones o bien el resultado de las historias escafofrantes que se han oído narrar sobre estos procedimientos. Nos encontramos a menudo con muchos enfermos que padecen una verdadera fobia a las extracciones y presentan una gran resistencia cuando se les debe practicar alguna exodoncia.

HISTORIA DE LA EXODONCIA:

Según la historia, los problemas quirúrgicos dentarios, datan desde casi 3,000 A.C., no obstante la cirugía oral, comienza en el renacimiento, al encontrar los tratados dentarios escritos en el siglo XVI, donde se empieza a notar la separación de la cirugía oral de los tratamientos practicados por los barberos.

PRE-RENACIMIENTO.- Existen bajos relieves, utensilios y tablas con jeroglíficos que nos proporciona algunos datos sobre la habilidad de los profesionales de la Era Pre-Griega, una tabla madera encontrada en la tumba de Saggara, Egipto, muestra el dibujo de un dentista, 3,000 A.C.

Una inscripción cuneiforma de Babilonia de 2,000 años A.C. contiene un exorcismo contra los gusanos dentarios, el mito de los gusanos de los dientes como causa de destrucción se mantuvo hasta el siglo XVIII.

Hipócrates, en trabajos que se le atribuyen, aconseja la extracción de los dientes si estaban destruídos o si estaban movedizos, y cuando estaban destruídos y no movedizos se aconsejaba la disecación con un cauterio.

Aristóteles.- Hace comentarios sobre los forceps dentarios, explicando que estaban construídos por dos palancas aplicadas una contra otra y con un fulcro común.

Celce Cornelio.- Un Patricio Romano desde el siglo I de nuestra Era, escribió un trabajo monumental de medicina, donde escribe las úlceras de la boca y un método para extraer dientes con forceps; tratamiento para dolor de muelas: incisiones y drenajes de los abscesos y la reducción de fracturas mandibulares con método semejante al de los Egipcios.

Galeno.- 131-201 A.C.- Descubrió la anatomía de los incisivos, así como su función, la de los caninos y la de los molares, e hizo observaciones sobre la odontología, la cual diferenciaba el dolor producido por pulpitis del producido por periodontitis, elaboró un procedimiento de farmacia con preparación de medicinas crudas por medios físicos (solución).

RENACIMIENTO.

Giovanni Arcelani.- Profesor de medicina y cirugía en Bolonia 1422-1427 escribió un tratado de Cirugía Práctica, publicado en Venecia en 1483, por lo cual se le considera de los pioneros de la Cirugía Bucal, además de describir el relleno de las caries con oro, su libro contiene grabados del instrumental usado en ese tiempo: Pelicanos, Fórceps Curvados y un Pico de Cigüeña para la extracción de las raices.

Ambrosio Pare.- 1510-1590, describió métodos para el reimplante y trasplante de dientes, drenó abscesos y consolidó fracturas en el siglo XVII se publicaron cerca de 100 trabajos sobre dentisteria por el advenimiento de la imprenta.

Guillermo Fabry.- 1556-1634, publicó una obra que describía 600 casos de afecciones bucodentarias, desde el dolor de muelas, hasta las tumoraciones.

Johann Schultes.- 1595-1645, autor de armamentos quirúrgicos, presenta los instrumentales de uso en ese tiempo, sus nombres sugieren más una colección de animales y no de instrumental médico ejemplo de ellos: Pelicano, Hocico de Perro, Pico de Cuervo, Raices y el Fórceps de Loro y de Buitre, para mal posiciones de dientes.

Pioneros de la Cirugía oral desde el siglo XVII.

El siglo XVII fue época de teorizantes o implantadores del sistema.

Pierre Fauchard.- 1678-1671.- Frances, fue un gran clínico y comprendió la importancia de las enfermedades de la boca con relación a la salvo corporal, escri-

ciones sobre ortodoncia, cirugía, implantes, piorrea, dolores reflejos dentarios, anatomía dental, patología, materia médica y procedimientos de prótesis.

Robert Bunon.- Autor de 4 tratados dentales publicados en 1741 a 1744 señalaba el uso de las prótesis bucales para el tratamiento de fracturas mandibulares.

Bunon.- Se opuso a la idea entonces predominante de que a las mujeres embarazadas no se les podía practicar extracciones.

En 1910, se introduce el empleo de la anestesia local con la procaína y en la primera guerra mundial, por la gran cantidad de lesiones demuestran la preparación de cirujanos con los problemas orales.

Instrumental Quirúrgico.- Para realizar una exodoncia, el odontólogo debe de estar equipado con los instrumentos necesarios para realizar y tratar toda clase de casos y resolver los accidentes que puedan ocurrir en el consultorio.

Deberá tener los conocimientos indispensables de la anatomía de los órganos dentarios y su lugar de implantación; así mismo deberá conocer técnicamente la forma y el modo de uso del instrumental, puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención exodóntica.

En términos generales hay dos tipos de instrumental que se emplean en exodoncia.

CAPITULO III

Se generalizó un resumen sobre los terceros molares incluidos en la mandíbula y el adecuado instrumental de que nos ayudamos para los tratamientos.

Descripción de los terceros molares y sus datos son los siguientes:

Principio de la formación de dentina y de esmalte de 8 a 10 años.

Calcificación completa de esmalte de 12 a 16 años.

Principio de la erupción de 17 a 30 años.

Formación completa de la raíz de 18 a 25 años.

El tercer molar inferior, es una muela de 5 o 4 cúspides y por lo tanto no necesita descripción pormenorizada, aún cuando un número de estas muelas sean relativamente pequeña y de forma irregular una de las variedades características del tercer molar inferior son igual en número, nombre y posición que las del segundo molar inferior, pero pueden ser proporcionalmente menores y estar colocadas mucho más juntas y con frecuencia fusionadas.

En ellas se ven irregularidades frecuentes, especialmente en su tercio apical que se tuerce distalmente en diversos ángulos con el eje longitudinal del diente, este se debe a menudo al apiñamiento de los dientes en la mandíbula y a la falta de espacio suficiente para su desarrollo completo.

Por esta razón, el tercer molar inferior está a menudo incluido en el hueso.

Algunas veces esta inclusión es parcial y en otras es total, según el grado de

obstrucción. La inclusión total del tercer molar inferior es relativamente frecuente y en tales casos la muela se coloca en la posición que ofrece menor resistencia para su desarrollo; la frecuencia de los terceros molares incluidos o su falta congénita nos ha llevado a pensar que está en camino de desaparecer por la evolución que estamos sufriendo.

CAPITULO IV

INSTRUMENTAL PARA EXODONCIA

I.- Los destinados a extraer el diente y que se dividen en:

A).- FORCEPS.

B).- ELEVADORES.

II.- Los auxiliares que a su vez se dividen en:

A).- Los empleados para extraer el hueso que cubre o rodean el diente.

Tales como: escoplos o cinceles, esteótomos, alveolótomo o pinzas gubia, fresas quirúrgicas.

B).- Los relacionados con los tejidos blandos, tales como: abre bocas, pinzas hemostáticas, tijeras finas gingivales, bisturí periestótomo o legra, retractor yugal, pinza de disección cucharillas o curetas quirúrgicas, agujas y material de sutura.

FORCEPS

La idea de introducir fórceps, adaptados al cuello de los dientes se debe a Sir John Torres, el fórceps para exodoncia, siendo la resistencia el diente por extraer, la potencia las manos del operador y el punto de apoyo la Charnel o eje, sobre el cual giran ambas ramas, del fórceps.

El fórceps es un alicate modificado que consta de dos partes principalmente que son:

PRIMERA la pasiva o las ramas.

SEGUNDA la activa o bocados; están unidas entre sí por una articulación

Los destinados a la exodoncia de dientes superiores; se caracterizan por tener un mango largo y los bocados en la mayoría están en línea recta y en otros las ramas son biangulares en forma de bayoneta, pero siempre paralelas.

La numeración de los Fórceps superiores es la siguiente:

I.- El No. 62 y 150.- Para incisivos, caninos y premolares.

II.- El No. 18 C y 18 L.- Para primeros y segundos molares derecho e izquierdo.

III.- No. 210.- Para terceros molares superiores de ambos lados, derecho e izquierdo.

IV.- No. 88 R. y 88 L.- Tricórneo por sus bocados en forma de cuernos, que sirven para sujetar las raíces vestibulares y palatina derecha e izquierda superiores.

V.- No. 65.- Para restos radilulares y en algunas ocasiones para incisivos en forma de bayoneta.

La numeración de los fórceps inferiores es la siguiente:

I.- El No. 151.- Para incisivos, caninos, premolares y restos radilulares de de ambos lados.

II.- El No. 16 o 23.- Para primeros y segundos molares de ambos lados, la diferencia en la numeración es por la forma de las ramas de los fórceps.

III.- El No. 222.- Para terceros molares de ambos lados existe una gran variedad de fórceps exodoncia, sin embargo consideramos que los mencionados anteriormente, es posible practicar la Ódontectomía de cualquier órgano dentario de la cavidad bucal

Los fórceps inferiores se caracterizan por su mango corto ya sea recto o curvo, pero invariablemente su parte activa se encontrará en ángulo recto con la pasiva.

Elevadores.- Los elevadores constan esquemáticamente de tres partes que son:

A).- Mango que es adaptable a la mano del operador, tiene según los distintos modelos, diversas formas. En general, el mango está dispuesto con respecto al tallo de dos maneras:

En la misma línea o perpendicular al tallo, formando una T.

B).- Tallo que es la parte del instrumento que une al mango con la hoja, debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal.

C).- Hoja que es la parte activa, presenta diversas formas, según su aplicación puede presentarse en la misma línea con el tallo u originar con él un ángulo de grado variable. De esta forma pueden ser rectos o de bandera.

Elevadores indispensables en exodoncia:

Se han diseñado múltiples números de elevadores en exodoncia, por los distintos autores (Seldin, Walter, Morrison Etc.) que tiene cada uno una función, trabajo y misión diferentes, sin embargo creemos conveniente que con un número reducido de ellos puede ser posible cualquier tratamiento exodóntico, por ejemplo la numeración de los siguientes elevadores, los menciona el S.S. White Manufacturing

1.- Elevadores rectos. No. 301 y 302.

2.- Elevadores de bandera Nos. 27 y 28 Derecho e Izquierdo.

279 285 Derecho e Izquierdo, pero con punta de trabajo más pequeña, como anteriormente fue mencionado; los elevadores actúan según los principios de física y en forma de palanca de primer grado. Por lo tanto debe de tener, un punto de potencia y resistencia.

A).- El punto de apoyo.- Para actuar una palanca destinada a elevar un diente o una raíz dentaria debe valerse de un punto de apoyo, el cual está dado por dos elementos: El hueso maxilar o los dientes contiguos o vecinos.

El hueso maxilar es un punto útil como apoyo para el elevador.

El borde alveolar cuando es fuerte y resistente, permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en implantación normal o restos radiculares.

Generalmente el apoyo se busca en el ángulo mesiobucal del diente a extraer; pero cuando algunas condiciones así lo exigen, el elevador puede tener aplicación lingual, mesial, bucal o distal.- La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de partes blandas las cuales le impiden actuar y son traumatizadas durante el acto operatorio, por lo tanto el tejido gingival debe de ser separado antes, mediante maniobras previas a la aplicación del elevador en las extracciones de dientes retenidos (terceros molares o caninos en paladar) la palanca es altamente eficaz con el objeto de multiplicar la fuerza útil, el punto de apoyo se busca en el hueso

Para la extracción de restos radiculares en ambos maxilares, el punto de apoyo se busca en el hueso maxilar; pero en caso de molares con dos o tres raíces, en el punto de apoyo puede encontrarse en el borde alveolar, previa resección de la parte externa alveolar, (tabla ósea) o en el tabique interradicular.

Dientes vecinos como punto de apoyo; los dientes vecinos constituyen punto de apoyo útil, pero para apoyarse en ellos deben llenar ciertos requisitos tales como:

La corona debe mantener su integridad anatómica, pues disminuyen la resistencia física los dientes que son portadores de obturaciones proximales o que porten aparatos protésicos. La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada; los dientes unirradiculares o multirradiculares con raíces cónicas o fusionadas, pueden luxarse al ser utilizadas como punto de apoyo.

B).- Potencia, la fuerza destinada a elevar un órgano dentario, varía con grado de implantación y de resistencia que presenta el diente a extraer, siguiendo el principio de física, cuanto más cerca está el punto de apoyo de la resistencia, mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse, el punto de apoyo debe de estar condicionado a esta premisa, la potencia que mueve el diente, cumplirá su cometido con mayor eficacia pudiendo multiplicarse la fuerza en la medida necesaria.

C).- La resistencia está representada por el diente a extraerse, está condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que cubre o rodea y la cantidad de este hueso; es decir la mayor o menor calcificación del mismo, la distinta

Acción del elevador usado como cuña.- Este instrumento puede aplicarse siguiendo otro principio de física, la cuña, su modo de acción es el siguiente: La introducción de la punta de trabajo u hoja en un alveolo dentario, entre la pared ósea y el diente que la ocupa; desplaza el órgano dentario en la medida en que la cuña se profundiza en el alveolo; la raíz va siendo desalojada en la cantidad equivalente al grado de introducción y dimensiones del instrumento.

Instrumentos para extraer el hueso.

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares, o aquéllos que para extraerlos sea necesario reseca las estructuras que lo cubren, exige el empleo de instrumentos para eliminar el hueso; estos instrumentos son los llamados estéotomos, los escoplos (cincales para hueso), alveolótomo o pinza cubia y las fresas quirúrgicas.

1.- Osteótomo.- Los instrumentos destinados a efectuar la osteotomía, previa a la exodoncia se denominan osteótomos, de los cuales existen de dos tipos.

Los osteótomos de Winter y los cincales para hueso, presión manual de mead, también se denominan esteótomo el instrumento destinado a eliminar el tabique óseo interradicular para realizar las extracciones dentarias por el método de la odontosección.

2.- Escoplos.- En exodoncia tienen aplicación los escoplos rectos y de media caña, impulsados por medio de martillo, la punta de los escoplos son cortantes y en forma

y en forma puntiaguda cuando la hoja penetra en el hueso, el corte se aplica por ción cuando se extirpa el hueso a lo largo de un diente, el instrumento se introduce entre el diente y el alveolo, apoyando al lado convexo contra la corona.

Escoplo automático.- Puede usarse de dos maneras: para practicar la osteotomía o para dividir los dientes, seccionándolos en trozos para facilitar su extracción.

El escoplo automático, accionado por el torno dental, consta de dos partes importantes, la parte impulsora, movida a resorte de fuerza graduable y las puntas de distinta forma, tamaño y biseles, que se adaptan a las múltiples funciones que le corresponden.

3.- Alveolótomo.- Llamado también pinza gubia, sirve para cortar el hueso, tiene gran potencia y sus ángulos permiten alcanzar todas las regiones de los bordes alveolares.- Su correcto empleo deja las superficies óseas tan lisas que es innecesario recurrir a limas o a fresas.

4.- Fresas Quirúrgicas.- La osteotomía, en exodoncia, se puede realizar con fresas, instrumento útil, pero traumatizante y al cuál está acostumbrado el dentista, se pueden utilizar fresas de carburo de tungsteno o fresas especiales para hueso, el empleo de la fresa exige ciertos requisitos: debe de usarse una fresa nueva en cada intervención y reemplazarla repetidas veces para que el corte sea perfecto; el instrumento debe de ser accionado bajo un chorro de agua o de suero fisiológico, para evitar recalentamiento del hueso, que pueden causar su mortificación y necrosis, con los trastornos consiguientes: dolor, tumefacción, alveolitis operatorio.

Para la separación de diente o separación de raíces, la fresa presta grandes servicios, las fresas cortas para ángulo, en ocasiones no son suficientes para seccionar los dientes retenidos. Se soluciona este inconveniente, empleando fresas de pieza de mano.- Cuando haya necesidad de cortar esmalte, o como medida previa para (prevenir) abrir camino a la fresa, pueden emplearse los discos de carborundum o piedras montadas, las fresas de carburo, permiten extraer hueso, cortar y dividir dientes con suma facilidad.- El uso de la fresa, en odontosección de molares inferiores retenidos, debe estar condicionado por la relación del diente con el paquete vásculo nervioso inferior, con el objeto de no lesionar estos elementos, originando hemorragias y parestesias.

Instrumentos relacionados con los tejidos blandos.

1.- Abrebocas.- Son de dos tipos: Autorretentivos y los que requieren de la suseción por el ayudante.

Consta de dos mangos de los cuáles van a tomarse y la parte activa que es la que se va a adaptar a la superficie oclusal del diente preferentemente molares del lado opuesto del que se va a trabajar.

Colocada ésta, se aprietan gradualmente los mangos hasta obtener la apertura deseada, su empleo está indicado en niños con problemas de cooperación y en adultos con problemas patológicos, como flemon por infección de los molares inferiores, trismus, anquilosis o cualquier otra causa por la cual el paciente tenga problemas para mantener abierta la boca, también se usa cuando el paciente se ha sometido a anestesia general.

2.- *Pinzas hemostáticas y lingual.*- Cuando se va a trabajar con anestesia general, se puede presentar el peligro de que la lengua del paciente caiga a la faringe o imposibilite la respiración, en estos casos se prensa la lengua con la pinza, la cual debe presentar protecciones de goma estriadas para sujetarla sin que se lesione, las pinzas hemostáticas o de mosquito, se usa en exodoncia para cohibir hemorragias causadas en los vasos de la mucosa oral alveolar, en algunos casos, las pinzas de mosquito son útiles para sujetar restos radiculares ya luxados y evitar la deglución de los mismos por el paciente en un movimiento inadecuado.

3.- *Tijeras Gingivales.*- Usada cuando la encía cubre al diente por extraer ocasionando poca visión del mismo.- Se utiliza también posterior a la extracción dentaria para eliminar restos de mucosa gingival desgarrada o traumatizada y para que se practique la sutura con bordes nítidos y faciliten la cicatrización gingival.

4.- *Bisturf.*- Consta de un mango No. 3 y una hoja No. 11 o 15 la cual debe de ser nueva en cada caso, se emplea para sindesmotomía o cuando es necesario realizar colgajos mucoperióstico.

5.- *Perióstomo.*- También llamado elevador de periostio consta de un mango de dos extremos de los cuales el menor se emplea para la elevación de los tejidos y el mayor se usa como separador, entre los elevadores de periostio tenemos el ideado por Sterling No. 2 o bien por Seldin No. 22 y 22 SS White.

6.- *Retractor yugal.*- Sirve para elevar la mejilla, permitiendo así mayor visión y campo de acción, su uso ocasiona ulceración de la comisura labial.

7.- *Pinza de Disección.*- Se emplea para la aplicación de tornillos y gasas para cohibir la hemorragia durante la operación y para extraer fragmentos de dientes y de otros elementos de la cavidad oral.

8.- *Cucharillas.*- Llamadas también *curetas quirúrgicas*, son instrumentos con su parte activa en forma de cuchara, con hoja ligeramente cóncava, su empleo es principalmente para extirpar tejidos y detritus degenerativos, resultantes de una infección prolongada o de procesos patológicos, se utilizan también para retirar fragmentos huesos o de dientes después de la extracción y para suavizar los bordes cortantes del alveolo.

9.- *Agujas y material de sutura.*- Se utilizan para el término de una odontectomía correcta, la sutura de los bordes alveolares gingivales evita las hemorragias postoperatorias y facilita la cicatrización alveolar, al mantener fijo el coágulo en el alveolo dentario y a partir del coágulo la formación de fibrin y de tejido de reparación, epitelial y ósea.

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

La exodoncia está indicada en los siguientes padecimientos.

1.- Afecciones Dentarias.

A).- Afecciones Pulpares para las cuáles no hubiera tratamiento conservador.

B).- Caries penetrante de cuarto grado, que no puedan ser tratadas.

C).- Complicaciones de lesiones cariosas en los tejidos vecinos.

La odontología conservadora dispone actualmente de métodos y tratamientos que disminuyen extraordinariamente el número de dientes que deben ser extraídos, por adelanto logrado en el método de tratamiento de conductos radiculares, se han disminuído las indicaciones en la exodoncia quedando circunscritas en casos de afecciones del diente en las que la inaccesibilidad de los conductos o de la posición dentaria, no permiten aplicar las técnicas conservadoras.

2.- Afecciones parodontales:

A).- Enfermedades Parodontales degenerativas, o con tejidos de soporte óseo con demasiada destrucción que ocasiona movilidad extrema del órgano dentario.

3.- Por razones ortodónticas, Protésicas y Estéticas.

A).- Dientes Temporales Persistentes.

B).- Dientes Supernumerarios.

B).- Dientes Permanentes que por razones protésicas u ortodoncicas, el especialista de estas dos ramas odontológicas indicará la extracción.

Los dientes temporales persistentes deben ser extraídos, cuando la edad del paciente, de acuerdo a la cronología de la erupción dentaria, indica la necesidad de su extracción para permitir la normal erupción del permanente.

Los dientes supernumerarios y ectópicos, que molestan a la estética y al funcionamiento deben ser extraídos.

4.- Anomalías de sitio.

A).- Retenciones y semiretenciones dentarias sin tratamiento ortodóncico.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares, deben ser extraídos, sobre todo cuando producen accidentes nerviosos, inflamatorios o tumorales.

La exodoncia puede evitarse en aquéllos casos, en que la técnica ortodóncica logre ubicarlos en su sitio de normal implantación.

5.- Accidentes de erupción de los terceros molares.

Los accidentes de la erupción indican la eliminación del diente causante, como por ejemplo: Pericoronitis o repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales.

6.- Previa a la radioterapia de tumores malignos, en los maxilares.

Cuando el paciente padezca de un tumor en el maxilar o en mandíbula cuyo tratamiento exija la radiación, es indispensable la extracción de los órganos dentarios del lado radiar, para evitar dolores por mortificación pulpar y fijación de la radiación en los tejidos dentales con destrucción de los mismos.

Contraindicaciones en exodoncia.

Las contraindicaciones se pueden clasificar relacionándolas con:

A).- El diente en sí.

B).- Con los tejidos peridentarios.

C).- Con el estado general del paciente.

1.- Afeciones que dependen del estado del diente a extraer.

A).- Procesos inflamatorios.- El problema de la extracción dentaria en estados inflamatorios, no pueden ser resueltos con fórmulas simples, ni dar preceptos generales para tratar casos eminentemente particulares, cada paciente y cada proceso infeccioso es un caso particular que necesita ser tratado desde ese punto de vista.

Nos referimos a la indicación o a la contraindicación de la extracción dentaria en procesos inflamatorios e infecciones agudas que dependen del diente a extraer, complicaciones de caries de cuarto grado en todos sus tipos, es decir, si se debe o no extraer un diente con complicaciones agudas.

En la reproducción de un proceso infeccioso de origen dentario intervienen distintos factores: locales, el estado del diente, el índice de sus defensas. Por este

motivo es prudente que salvo circunstancias especiales y debe extraer el órgano dentario enfermo, aclarando que desde luego, que no debe complicarse aún más el proceso, con la administración de la anestesia local que en general es la causa de la agravación de las complicaciones dentarias.

2.- Estomatitis o gingivitis úlcero membranosa.

La única contraindicación se: ía para la extracción dentaria en la presencia de la zona a intervenir o en toda la arcada alveolar, de la estomatitis úlcero membranosa, esta afección crea un mal terreno para las intervenciones: por el estado particular del tejido gingival, la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones y no son raras las necrosis y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condiciones.

3.- Afecciones en dependencia en el estado general.

ESTADOS FISIOLÓGICOS:

A).- Menstruación, el concepto sobre la oportunidad de la cirugía en este estado fisiológico ha variado en los últimos años, ya no se contra indica la exodoncia en la época menstrual salvo que tal estado crea particulares problemas en la paciente.

B).- Embarazo.- También en este estado, a excepción hecha, se contra indicará la extracción dentaria, acarrearán más problemas y trastornos para la paciente y su hijo, los inconvenientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen dentario que el acto quirúrgico.

Como regla general, se sostiene que cuando más adelantada esté la gestación, menos inconvenientes sufre la madre, por otra parte estos inconvenientes están más en relación con el shock psíquico que con el acto quirúrgico.

ESTADOS PATOLÓGICOS.

A).- Afecciones de los aparatos y de los sistemas.- Nos referimos sólo levemente a las enfermedades generales que contraindican toda intervención en la cavidad oral, la prohibición de la operación estará dada, por el clínico, enfermedades de los aparatos y de los sistemas, estados infecciosos agudos y tendencias hemorrágicas.

CAPITULO VI

ETIOLOGIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS O NO ERUPCIONADOS EN EL MAXILAR INFERIOR.

Todo diente retenido produce trastornos diversos, aunque en algunas veces pasan inadvertidos por el paciente.

Los dientes retenidos producen desviaciones de dirección de los dientes vecinos o bien trastornos a distancia, produciendo entrecruzamiento de dientes, y conglomerados anatómicos. La constante presión ejercida por un diente retenido, a los dientes vecinos puede ocasionar alteraciones, sea en cemento, dentina o pulpa dentaria.

Los accidentes infecciosos son la causa de la infección de su saco pericoronario, al erupcionar un diente retenido, su saco se abre espontáneamente, poniéndose en contacto con el medio bucal, esto puede ocasionar una complicación apical o periodóntica en un diente vecino, la infección del saco puede ser por vía hemática y los síntomas pueden ser:

Inflamación local con dolor, aumento de la temperatura local, fistula, osteitis, oteomielitis.

Para producirse la infección del saco (pericoronitis) la relacionaremos con:

1.- Aumento con la virulencia microbiana y disminución de defensas en el organismo.

2.- Factores mecánicos como traumatismo sobre el capuchón que cubre el tercer molar, que es originado por la cúspide de los dientes antagonistas en una acción conjunta.

Los accidentes nerviosos son frecuentes ya que la presión que ejerce sobre el nervio o sobre los troncos mayores pueden ocasionar problemas, como neuralgias de diversos tipos y duración, la presión del tercer molar sobre el nervio dentario inferior produce trastornos de toda índole.

Accidentes tumorales.- Los dientes retenidos son quistes dentígeros en potencia ya que su origen es la hipergénesis del saco folicular ya que en el se ocasiona.

Se pueden también ocasionar tumores malignos ocasionados por dientes retenidos.

Patología de los terceros molares.- Los accidentes de erupción del tercer molar inferior, se deben a la infección del saco pericoronario, ésta puede ser local, regional o también a distancia.

Se produce por dos factores:

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

2.- Una puerta de entrada condicionada por factores mecánicos que pue-

Los accidentes causados por el tener molar son de variedad clínica e intensidad distinta, puede haber desde un proceso local de poca importancia hasta un flegmón gangrenoso del proceso de la boca, estos accidentes se pueden clasificar en:

1.- *Accidentes mucosos*, estos se presentan en las partes blandas que rodean al molar retenido, la *pericoronitis* es lesión inicial, se origina en la época del erupcionamiento del molar al nivel de capuchón, se produce un proceso inflamatorio con signos característicos, dolor, que puede estar localizado en la región del capuchón o bien irradiante en la línea del nervio dentario inferior, el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus, por lo general es nocturno y aumenta con los roces y con los cambios térmicos.

Turcos, la encía se encuentra edematizada y aumenta de volumen, rubor se presenta el color rojizo violáceo cubierto de bastante saburra, restos alimenticios y coágulos.

Calor.- La vasodilatación consiguiente ocasiona cambios de temperatura de la región, el estado general es afectado por la fiebre, anorexia, astenia, los ganglios regionales son atacados, el proceso se acompaña de trismus, el comienzo de la *pericoronitis* se caracteriza por aparición de dolores leves, ligeros procesos inflamatorios que pueden durar dos o tres días, trismus leves, y brotan gotas de pus y sangre.

Accidentes nerviosos.- Sobre el nerviodentario puede haber reflejo y trastornos reflejopáticos y neutróficos que se traducen en herpes, irritaciones, etc. en estos accidentes el trismus se considera acción antológica.

Accidentes celulares.- Thibault y Bercher, describen la complicación celular de la pericoronitis en:

1.- Inflamación y absceso consiguiente que puede tomar varias:

A).- Hacia adentro, arriba y atrás, el proceso purulento puede estar entre músculos constrictor superior de la faringe y la mucosa faríngea y amigdalina produciendo absceso del pilar anterior de intensidad y gravedad variables.

B).- Hacia atrás y arriba entre los ascúculos del músculo temporal, el músculo puede ir hacia la fosa temporal, aunque esta vía es rara.

C).- Hacia adentro, entre la cara interna del maxilar o mucosa y los órganos de la región sublingual pudiendo ir hasta el suelo de la boca, entre el número milohiideo y las regiones supradayacentes dando procesos graves, algunas veces mortales.

D).- Hacia afuera y atrás, rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, la infección puede ir hacia el macetero, atravesando el músculo, puede originar un trismus intenso y sobre la cara externa una tumefacción de gran eje vertical paralelo al cuerpo del macetero.

E).- Hacia afuera y adelante, por la anatomía que existe favorece la colección purulenta, está limitada por el hueso maxilar inferior en su cara externa y muscular, por detrás del borde inferior del triángulo de la barba, por debajo cierra el espacio del borde inferior del maxilar.

Accidentes óseos.- Son muy raros, pero se pueden convertir en verdaderas osteitis, ostedelemones y osteomielitis.

Algunos autores mencionan que el tercer molar actúa como bulbo óseo y óseo, fisiológicamente, congestionado y que la infección es por vía hemática.

Accidentes Linfáticos y Ganglionares.- Van ligados por una pericoronitis y la repercusión ganglionar.- Los ganglios afectados son:

Ganglio de Chassaignac o son Baxilares. Por lo general en una adenitis que evoluciona acorde del proceso pericoronario, siendo que si el paciente no tiene una salud general buena, se puede convertir de una infección grave a un flemón de ganglio. Al haber edenflemón, el ganglio se encuentra agrandado, dolor a la palpación y espontáneo, el ganglio tiende a la supuración.

Se combate favorablemente con antibiótico.

Accidentes Tumorales.- Son quistes dentígenos, estos pueden infectarse dando procesos supurativos de intensidad variable.- En otros casos sin llegar a ser quiste, el saco pericoronario puede infectarse y sus consecuencias son las ya mencionadas.

CAPITULO VII

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS

LAS CLASIFICAREMOS EN BASE A:

- 1.- *Posición de la corona.*
- 2.- *Forma radicular.*
- 3.- *Naturaliza de la oseoestructura que rodea al molar retenido.*
- 4.- *Posición del tercer molar en relación con el segundo.*

I.- Posición de la corona.- Puede estar parcial o totalmente cuerta por hueso.

Se caracteriza por su eje que el mayor es paralelo a el eje mayor del segundo y primer molar.

II.- Horizontal.- El eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del molar primero y segundo.

III.- Mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de éste, un ángulo de grado variable aproximadamente 45 grados.

IV.- Disto Angular.- Es opuesta a la mesioangular, el tercer molar tiene su eje hacia la rama montante, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

V.- *Invertida.- El tercer molar presenta su corona hacia el borde inferior del maxilar y sus raices hacia la cavidad bucal, es un tipo común de retención, se le llama también paranormal.*

VI.- *Bucoangular.- Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados al primero y segundo molar, la corona del molar retenido está dirigido hacia bucal.*

VII.- *Lingudangular.- El eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del diente retenido está dirigida hacia el lado lingual.*

CAPITULO VIII

HISTORIA CLINICA

A).- PRUEBAS DE LABORATORIO

B).- ESTUDIO RADIOGRAFICO

A).- *Para realizar una operación cualquiera en el organismo, salvo las operaciones de urgencia, se requiere en este una preparación previa, es decir ponerlo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas indicaciones, aunque indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que necesita es menor que las indicadas para la cirugía general.*

Las medidas preoperatorias pueden clasificarse en generales, que son las que se refieren al organismo total y locales, las que se realizan en el campo operatorio, antes de nuestra intervención.

MEDIDAS GENERALES

Dos son las indicaciones preoperatorias más importantes, por no decir las únicas que señalamos en nuestra practica: el examen de orina y el tiempo de coagulación.

Al efectuar la historia clínica podemos averiguar los antecedentes de inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores, en caso de existencia de anteriores sucesos se profundizará el examen en la medida conveniente. La extracción dentaria es la más común de hemorragias en pacientes predispuestos, debiendo

examinarse con este motivo los otros posibles antecedentes hemorrágicos GINGIVITIS, HEMATURIA, HEMOPTISIS, excesiva salida de sangre ante traumatismo aún leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias. En caso de haber existido hemorragias, se valorará su intensidad, momento de producción y terapéutica empleada para cohibirla. Sólo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión de que se está frente a una diátesis hemorrágica (hemofilia, púrpuras trombopénicas o vasculares, etc.) o a una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia, etc.), todos estos estados nos llevarán a solicitar la consulta médica, para profundizar el estudio clínico, y para poder contar con un examen completo de su hemostasis; exámenes parciales y sobre todo, las pruebas más comunes, nos pueden ocultar estados hemorrágicos graves. De acuerdo con el resultado se resolverá sobre la oportunidad del tratamiento.

MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad bucal, para realizar una operación en la cavidad bucal, se exige que ésta se encuentre en condiciones óptimas de limpieza, ya que no de esterilización. El tártaro salival, las raíces y los dientes cariados, serán extraídos u obturados, exceptúa de esta medida, desde luego, cuando la extracción de dichas raíces o dientes constituye el objeto principal de la operación.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad bucal contraindican una operación, siempre que ésta no sea de gran urgencia, nos referimos a la gingivitis (en especial las úlcero-membranosas), terreno extraordinariamente malo para cualquier operación y que necesitan un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chanero, placas mucosas) contraindican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significan incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones post-operatorias.

B).- ESTUDIO RADIOGRAFICO

Estudio de la radiografía intraoral.

Puntos a considerar en la radiografía del tercer molar. El primer detalle de interés en el estudio radiográfico del tercer molar retenido, se refiere a su posición en el hueso, su relación con los molares vecinos, forma coronaria y radicular, osiestructura, etc.

A).- Posición y desviación del tercer molar.

La radiografía nos da con perfecta claridad, la posición (eje del tercer molar) con relación al segundo y el tipo de desviación que presenta (sin desviación, desviación bucal, desviación lingual y desviación bucolingual); al realizar el estudio de la radiografía oclusal se consideran los detalles radiográficos para identificar y diferenciar las desviaciones.

B).- Posición del segundo molar.

La dirección de este molar es de interés en el acto quirúrgico; siendo como es, la cara distal del segundo molar un punto útil en la aplicación de la fuerza, debe

ser prolisamente estudiado, clínica y radiográficamente su solidez, estado y posición.

C).- Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama montante.

Según Pell y Gregory, se clasifica la retención del molar en relación con la rama montante.

D).- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Será considerada en el examen radiográfico, la profundidad relativa del tercer molar respecto a las dos líneas: la línea oclusal y la línea vertical, se clasifica el tercer molar en la posición A, B o C.

El estudio de la profundidad del tercer molar tiene una capital importancia, porque del grado de profundidad depende la aplicación de una técnica, la cantidad de hueso a researse, etc.

E).- Estudio de la corona del tercer molar.

a).- Forma de la corona.- La corona del molar retenido puede tener distintas formas, apartándose en grado variable de la normal forma anatómica.

b).- Tamaño de la corona.- En el mismo sentido, el tamaño de la corona puede ser variable.- Existen molares con gran corona y molares con corona muy pequeña entre los dos tipos extremos caben todos los intermedios.

c).- Estado de la corona.- La corona del tercer molar puede estar atacada de caries o procesos patológicos que hagan variar la resistencia y solidez del órgano

A).- *Caries de la corona.*- Debe considerarse, en el acto quirúrgico, el punto útil para la aplicación de la fuerza; la cara mesial, en especial, es el lugar donde se apoya el elevador en el trabajo mecánico de la extracción.- Si la corona está afectada por caries la resistencia que presenta a la fuerza que se le aplica, puede estar disminuida; en tal caso, la corona se fractura, originando una complicación para la extracción.- Este problema debe ser considerado antes de la intervención, para planear el tratamiento y aplicar la técnica conveniente.

B).- *Fractura de la corona,* la corona puede presentar fracturas de grado variable, con exposición de cámara pulpar, originadas en maniobras previas de extracción.

El grado de fracturas, como el de caries, condicionarán una técnica particular para evitar nuevos fracasos.

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que un accidente frecuente en la extracción del tercer molar inferior retenido, es la fractura total del maxilar, sobre todo, la fuerza sin control origina este tipo de accidente.

F).- ESTUDIO DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.

Las raíces, del tercer molar retenido, así como en el normalmente erupcionado, se pueden presentar de las siguientes maneras:

a).- *Ambas raíces dirigidas distalmente,* forma frecuente de disposición radicular. Las raíces dirigidas hacia distal prestan al órgano dentario una disposición

arqueada; las maniobras de exodoncia consisten en hacer describir al órgano retenido un círculo en el cual quede inscripto el arco radicular y coronario.

b).- Raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal. Las raíces dispuestas en esta forma encierran un séptum interradicular de tamaño variable. Las raíces pueden estar fusionadas en su extremo apical.

La osteotomía permitirá al molar el movimiento necesario. Esta fuerza debe también vencer la resistencia del séptum óseo y fracturarlo.

c).- Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial. Pueden presentar distintas variaciones. La forma y dimensiones del séptum interradicular es también variable. Este séptum debe ser vencido en el acto quirúrgico.

d).- Ambas raíces rectas. Tipo poco común, el tamaño de las raíces puede variar. El interséptum también tiene distintas formas, según la disposición radicular.

e).- Ambas raíces fusionadas, presentan en tal caso la forma de un cono, cuya base de implantación es la línea del cuello del molar. El tamaño de tal raíces fusionadas puede variar.

f).- Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia mesial, la curvatura de la raíz distal constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido. El tamaño del séptum varia según la disposición radicular y la resistencia que opone a la extracción está de acuerdo con el grado de curvatura hacia mesial, de su raíz distal.

g).- Ambas raíces dirigidas hacia mesial, la disposición de las raíces en este

h).- Raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial dirigida hacia mesial, como para el tercer molar normalmente erupcionado, la divergencia radicular exige el seccionamiento del molar y la separación de sus raíces para vencer el anclaje que tienen los molares que presentan esta forma radicular.

i).- Raíces supernumerarias. Estas pueden presentarse en número y disposición variable.

Con técnicas no correcta, las raíces del molar pueden parecer de distinta dirección y distinta forma que la que exactamente le corresponde.

Debe considerarse como radiografía incorrecta aquella que no abarca en su totalidad el órgano dentario a extraerse, radiografías en las cuales aparecen amputados los ápices radiculares, pueden prestarse a errores, porque precisamente en esa porción radicular puede asentar la anomalía. En tal caso ocurrirá la fractura del o de los ápices, sin explicación aparente.

Algunas anomalías en la forma radicular, dilaceraciones hacia bucal o lingual, cementosis en los mismos sentidos, curvaturas de los ápices, pueden no estar exactamente reproducidas en la radiografía, por superposición de planos o porque las distorsiones tienen lugar en la misma dirección de los rayos y originan muy pocas variantes en la radiografía.

G).- El séptum radicular del tercer molar.

El espacio interradicular del tercer molar, debe ser proflijamente estudia-

Depende de la forma, tamaño y dirección de las raíces; sus dimensiones están en directa relación con el anclaje que el molar tiene en el hueso.

Cuando las raíces convergen pero encierran gran cantidad de hueso, el séptum es sólido y ofrece gran resistencia al acto quirúrgico.

H).- EL HUESO DISTAL.

Según sea la posición del molar, el hueso que lo cubre por distal se extiende en grado variable sobre su cara distal o sobre la parte de su cara triturante, por lo tanto, en los diversos tipos de retención, las dimensiones del hueso distal son distintas; su espesor y consistencia también varían. La posición distal puede estar afectada por procesos patológicos que hacen variar el grado de resistencia de esta porción ósea. Para la eliminación quirúrgica del molar, este hueso distal debe ser eliminado también en grado variable, con el fin de vencer la resistencia mecánica que el hueso opone a la extracción del diente. En lo que respecta a la cantidad y calidad del hueso distal, la contribución al trabajo mecánico consiste en la extirpación del hueso que impide el acto mecánico de su extracción.

I).- CONTACTO DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR.

En los distintos tipos de retención, el contacto entre la corona del tercero y la cara distal del segundo, en su corona o raíz son variables.

Del distinto grado y tipo de contacto varía la técnica a realizar en cada caso, cuando éste es amplio, debe ser eliminado (odontosección) con el objeto de vencer la resistencia mecánica, que se opone al giro del tercer molar con punto

de apoyo en su ápice radicular.

J).- La porción ósea entre el segundo y tercer molar.

La porción ósea entre los dos molares varia según la posición del tercero. El interséptum es el lugar conveniente como punto de apoyo para los elevadores, por lo tanto, su disposición y dimensiones serán consideradas con este fin.

El espacio puede ser afectado por procesos patológicos (osteítis, saco pericoronario infectado, granuloma anterior del tercer molar). Tales procesos deben ser relacionados desde el punto de vista mecánico, con las posibilidades de utilización del interséptum como punto de apoyo.

K).- La cara mesial del tercer molar.

La cara mesial de la corona del tercer molar tiene una importancia capital en la extracción de este diente. La mayoría de las técnicas quirúrgicas colocan el instrumento dedicado a la elevación del órgano retenido, en su cara mesial, desde el punto de vista de su accesibilidad, existen dos tipos de caras mesiales: aquéllas que son prácticamente accesibles y las inaccesibles.

L).- El espacio interdentario.

El espacio triangular existe entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo molar y el borde libre del hueso, tiene distinta forma, disposición y tamaño, según el tipo de retención. Este espacio es el sitio donde debe ser introducido el elevador y de su tamaño y forma depende la clase de instrumento a usarse.

M).- La corona del segundo molar.

El estudio radiográfico, con miras a la extracción del tercer molar, debe también comprender el análisis del segundo, su corona y sus raíces. El segundo molar puede en ciertas condiciones ser punto de apoyo útil para los elevadores.

Los resultados de la extracción previa del segundo molar para permitir la normal erupción del tercero, no siempre son halagüeños.

En cuanto a tamaño y forma del segundo molar, tales condiciones deben ser previstas antes de la extracción, por el examen clínico y radiográfico. La corona del segundo molar puede ser portadora de caries de grado variable, cuya extensión y profundidad pueden comprometer la resistencia de este diente y fracturarlo al ser usado como punto de apoyo, o al ser presionado por la corona del tercero, en el acto quirúrgico. Igualmente, obturaciones distotriturantes del segundo molar pueden ocasionar a su corona tal fragilidad, que la presión del elevador o de la corona del tercero desplace la obturación o fracture el diente. El segundo molar puede estar cubierto con una corona de oro, como prótesis restauratriz o como corona pilar de puente. En ambos casos, el segundo molar no es útil como punto de apoyo.

N).- LAS RAICES DEL SEGUNDO MOLAR.

Si las raíces del segundo molar son cónicas o están fusionadas, este diente puede ser fácilmente luxado junto con el tercero. Se debe pues, tomar precauciones en el sentido de no apoyar el elevador en la cara distal del segundo, o no permitir que el tercero pueda ejercer presión al ser elevado.

O).- EL CONDUCTO DENTARIO.

La posición y las relaciones del conducto dentario con los ápices del tercer molar deben ser estudiadas en la radiografía.- En algunos casos, su vecindad es muy próxima y pueden ser lesionados en el acto operatorio los elementos que en él se alojan. Al girar el molar sobre un supuesto eje colocado a la altura de su posición cervical, la región apical desplazada puede aplastar el conducto con los trastornos postoperatorios consiguientes (neuritis, neuralgias, anestésias o parestesias).

ESTUDIO DE LA RADIOGRAFIA OCLUSAL.

Este estudio radiográfico puede dar detalles de importancia, en relación con la exodoncia del tercer molar retenido; no siempre es imprescindible, sirve para conocer la relación del molar con las tablas externa e interna y la distancia y cantidad de hueso entre las caras bucales y linguales con las caras externa e interna del maxilar. Las desviaciones del molar retenido en el sentido bucal, lingual o bucolingual, pueden también ser registradas en esta forma radiográfica. Es preciso por lo tanto relacionar la radiografía intraoral con la oclusal, para ubicar con exactitud el molar y conocer sus relaciones.

En la práctica diaria basta la radiografía intraoral, reservando la oclusal para aquéllos casos de excepción.

La identificación radiográfica de las desviaciones son:

a).- Sin desviación, no hay superposición de las imágenes del tercer molar, con el segundo; no es visible la cara oclusal del tercero.

b).- Desviación Bucal.- Hay superposición de las imágenes del tercer molar con el segundo, no es visible la cara oclusal del tercero.

c).- Desviación Lingual.- No hay superposición de las imágenes de las coronas de ambos molares, es visible la cara oclusal del tercero.

d).- Desviación Bucolingual.- Se presenta superposición de las imágenes de ambas coronas, es visible la cara oclusal del tercer molar.

CAPITULO IX

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

A grandes rasgos podemos decir que asepsia: Es el conjunto de reglas que mediante la higiene previene la infección.

Antisepsia.- Podemos decir que es el conjunto de medios de que nos valemos para combatir una infección ya declarada en el organismo.

Sepsis.- Es el crecimiento de microorganismos perjudiciales en tejido vivo.

Asepsia.- El sentido estricto es la ausencia de gérmenes infecciosos en los tejidos vivos, pero el término se aplica generalmente para designar las técnicas que impiden el acceso de todas las bacterias no deseables en el campo de trabajo o de observación, el trabajo de un cirujano o de un bacteriólogo presupone una técnica aséptica.

El cirujano y sus ayudantes usan instrumentos asépticos, los manejan con guantes esterilizados, cubren al paciente con sábanas esteriles para evitar que el polvo infectado, las gotitas de saliva, el sudor y los esputos caigan sobre el campo estéril y posiblemente infecten al enfermo. La piel de éste no puede esterilizarse completamente sin lesión, pero el lugar de la operación se desinfectará del modo más completo posible, mediante la aplicación de antisépticos adecuados o desinfectante diluido.

Esterilización y desinfección, una fase muy importante en la odontología

es el conocimiento de los métodos para destruir, eliminar o inhibir (prevenir) el crecimiento de microorganismos.

Puesto que las especies de microorganismos varían según la facilidad con que pueden ser destruidas, inhibidas o eliminadas, y como las localizaciones en que pueden presentarse difieren grandemente (sangre, alimentos, desechos, agua, ropa, etc.), no son aplicables uno o dos métodos. Cada situación es un problema en sí y los métodos empleados deben depender del conocimiento, ingenio y fines del operador.

Sin embargo, hay normas básicas que guían nuestro proceder en cualquier situación.

Hay cuatro razones principales para destruir, inhibir, o eliminar las bacterias, y son las siguientes:

- 1.- Prevenir la infección de los hombres, animales y de plantas.*
- 2.- Evitar la descomposición de los alimentos y de otros productos.*
- 3.- Evitar la interferencia por microorganismos contaminantes, en varios procesos industriales que dependen de cultivos puros.*
- 4.- Para prevenir la contaminación de materiales usados en el trabajo con cultivos puros.*

En los Laboratorios (diagnóstico), investigación e industria de modo que los estudios sobre el desarrollo de un tipo determinado de microorganismos en un

medio particular o en un animal infectado, no pueden confundirse por la presencia (de) simultáneo de otras especies.

Esterilización.- La esterilización de una substancia u objeto; significa mantenerla libre de toda clase de vida, con fines, microbiológicos, los organismos se exterminan in situ: por calor, gases como el formaldehído, óxido de etileno o B propilactana; soluciones de varios agentes químicos, rayos X, gama o ultravioleta. Pueden ser eliminados rápidamente por centrifugación rápida o filtración.

Desinfección.- La desinfección significa la muerte o la eliminación de los gérmenes capaces de causar infección. La desinfección no abarca necesariamente la esterilización, aunque algunos procederes antisépticos realizan una verdadera esterilización.- En general, la desinfección la realizan agentes químicos como el ácido fénico (fenol).

Formaldehído.- Cloro o Biclóruo de Mercurio. En el caso de la leche, la desinfección pero no la esterilización se consiguen con la pasteurización, la desinfección se considera generalmente como destructora de las células vegetativas más sensibles, pero no de las esporas resistentes al calor.

Desinfectantes.- Es el agente que realiza la desinfección.

El término se emplea con frecuencia como sinónimo de antiséptico, por lo general se piensa que la desinfección y los desinfectantes constituyen una operación y unos agentes aplicables principalmente a situaciones y objetos que no forman parte del cuerpo; pisos, platos, lavandería y objetos de campo.

Antiséptico: Es un término indefinido, muy parecido a desinfectante.

Un desinfectante se usa a menudo como antiséptico y viceversa.

Los antisépticos son sustancias que destruyen o inhiben los microorganismos, especialmente en contacto con el cuerpo. La mayoría de los desinfectantes son demasiado perjudiciales a los tejidos, como para ser útiles como antisépticos.

CAPITULO X

INSTRUMENTAL PARA TERCEROS MOLARES

A grandes rasgos, el odontólogo debe estar equipado, con los instrumentos necesarios para realizar y tratar toda clase de casos y resolver los accidentes que puedan ocurrir en el consultorio.

Deberá tener los conocimientos necesarios de la anatomía dentaria y su lugar de implantación; asimismo deberá conocer la forma y el modo del uso del instrumental; puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención exodóntica.

En la extracción del tercer molar incluído, tenemos afortunadamente, una amplia gama de instrumental a usar; y de acuerdo a la posición y grado en que se encuentra incluído el molar, se usará el instrumental adecuado y con el cuál se tenga mayor manipulación y un óptimo grado de eficiencia.

La extracción consiste en la búsqueda por medios mecánicos e instrumentales, del diente retenido y su eliminación del interior del hueso donde se encuentra y si es necesario, aplicando el método de colgajo y de la odontosección.

Las indicaciones las haremos basándonos en los problemas que originan los dientes retenidos.

El diagnóstico lo determinaremos por los medios clínicos de inspección, palpación y examen radiográfico.

Antes de intervenir quirúrgicamente, debemos precisar a que clase pertenece el diente, incluido, para ver el tipo de operación necesaria, así evitaremos operaciones mutilantes traumáticas y llenas de inconvenientes, seleccionando de esta manera el instrumental a usar.

Por ejemplo:- Para extracciones de terceros molares inferiores, bién erupcionados, aquí no existirá ningún problema y podemos hacerla por los medios convencionales; usaremos el fórceps No. 222 que es el indicado.

Entre los elevadores, se han diseñado múltiples por los distintos autores (Seldin, Walter, Barry, Morrison, Etc.) que tienen cada una función, trabajo y misión diferentes.

A grandes rasgos mencionaremos algunos de ellos, entre los cuales los menciona ES.S.S., WHITE MANUFACTURING C.O.

1.- Elevadores rectos Nos. 3,301 y 12.

2.- Elevadores de Bandera Nos. 27 y 28 Derecho e Izquierdo.

275 y 285 Derecho e Izquierdo pero con la punta de trabajo más pequeña.

Aunque la hoja de los elevadores que es la parte activa puede presentar diversas formas y ángulos variables para adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal.

Fresas.- Que existe una gran variedad para su uso. Entre ellas seleccionare-

mos las que mejor llenen las necesidades de uso; entre ellas mencionaremos algunas de las más frecuentes.

Fresa Redonda No. 6.

Fresa Redonda No. 8 de Caborundum.

Fresa de Fisura No. 557, 570 Etc.

Instrumental quirúrgico a usar.

1.- Los destinados a extraer el diente y que son:

a).- Fórceps.

b).- Elevadores, (existe una amplia gama de ellos con forma y angulación variable).

2.- Los auxiliares que a su vez se dividen en:

a).- Los empleados para extraer el hueso que cubre o rodea al diente, como son:

1.- Escoplos o cinceles.

2.- Osteótomos.

3.- Alveolótomos o pinzas gubia.

4.- Fresas Quirúrgicas (existe una gran variedad de ellas).

b).- Los relacionados con los tejidos blandos como son:

1.- Abrebocas.

2.- Pinzas Hemostáticas.

3.- Tijeras Finas Gingivales.

4.- *Bisturios.*

5.- *Periostótomo (Legra).*

6.- *Petractor Yugal.*

7.- *Finzas de Disección.*

8.- *Cucharillas o curetas Quirúlgicas.*

9.- *Agujas y Materiales de Sutura, (entre las agujas y el hilo que se empleará.- También existe una variedad distinta tanto de material como de formas).*

A grandes rasgos, esto es lo que el cirujano dentista necesita tener en el consultorio para llevar a cabo las extracciones de piezas dentarias incluídas o no erupcionadas, para llevar a cabo con buen éxito su profesión.

CAPITULO XI

TECNICAS QUIRURGICAS

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL, SIN RETENCION Y CARA MESIAL ACCESIBLE

Para realizarla tomaremos en cuenta la posición del molar en relación con la arcada, en las diversas variaciones se hará mayor o menor osteotomía sea el caso.

Realizaremos la incisión extendiéndola por la cara tritunte y otra incisión que sea perpendicular a ésta, con el objeto de no tener problemas post-operatorios.

La incisión la iniciamos 1 cm. por detrás de la cara distal del segundo molar hasta llegar a esta muela, la prolongamos contorneando el cuerpo de los dientes, hasta el primer premolar, así el colgajo no es traumatizado y descansa sobre el hueso

Osteotomía.- Se puede realizar con osteótomos de "Interresecando de bucal o lingual, o bién la osteotomía con fresa se emplea la fresa No. 560 colocada con el contraángulo o fresa redonda No. 8 de Carborundum".

Separamos los labios, carrillos y la lengua, colocamos la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse, según sea la posición radicular, eliminamos el hueso y procedemos a la extracción.

Introducimos el elevador en el espacio interdentario moviendo hacia su eje en sentido distal, disecando el borde inferior de su hoja, sobre la estructura ósea del espacio del segundo y tercer molar y sale hacia atrás.

Emplearemos la odontosección en casos de raíces divergentes como cementosis.

Retención vertical sin desviación, cara mesial inaccesible.

La incisión la haremos de la misma forma del caso anterior.

Podemos hacer la osteotomía con osteótomo o bien con fresa, En este caso puede presentarse la cara triturante totalmente cubierta con hueso, la vía de acceso la realizaremos con fresa redonda No. 6 y sobre la tapa ósea, haremos una serie de perforaciones y las unimos con una fresa de fisura No. 557, con fresa de fisura No. 560 realizamos osteotomía del lado distal llegando hasta el centro del diente, esto es con el objeto de desplazar el órgano dentario hacia distal.

Introducimos un botador de hoja delgada y hacemos movimientos de torsión hacia mesial y distal, después eliminamos el molar del alveolo con un elevador de "inter", colocado por el lado bucal entre corona del molar y la tabla ósea externa.

Si no es posible hacerlo, introducimos una fresa redonda en la parte media del hueso bucal y así facilitaremos la entrada del elevador.

Retención vertical, ausencia de dientes vecinos.

Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso llegando hasta la cara mesial y aplicar ahí el elevador.

Realizaremos una incisión angular o una incisión como en los casos anteriores.

La osteotomía se hará con escoplo o bien con fresa redonda 6 u 8, usaremos para su eliminación, elevadores de hoja delgada, introduciéndolos entre cara mesial y pared mesial del alveolo.

Cuando el instrumento está colocado sobre la cara mesial y logramos dirigir el molar hacia arriba y hacia distal en casos inaccesibles usaremos la odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

En estos casos, la cantidad de hueso distal se encuentra con más abundancia que en las verticales, el contacto con el segundo molar constituye un sólido anclaje por lo que usaremos la odontosección para emitir traumastismos inútiles.

En muchos casos, aún eliminando el hueso distal, es inaccesible para la eliminación de la pieza, por lo que eliminaremos las cúspides mesiales del mismo.

Retención mesioangular, sin desviación con cara mesial accesible o inaccesible.

Extracción por osteotomía a fresa, con una fresa redonda No. 8, colocada en el contrángulo practicaremos pequeños orificios en el hueso, los cuales llegaran hasta el molar retenido, tomando en cuenta que la cantidad de hueso a reseca debe estar de acuerdo con el grado de inclinación del molar, eliminaremos el hueso con una fresa de fisura No. 560.

Puede usarse el escoplo para la osteotomía.

Realizaremos la extracción por odontosección, puede aplicarse en dos formas: aplicando una división en el diente según su eje menor.

La odontosección se puede revisar con discos, fresas de carburo o escoplo recto automático.

La odontosección, para realizarla tomaremos en cuenta:

El acceso.- Debemos de hacer una incisión amplia, y osteotomía suficiente para no lesionar tejidos blandos, manteniendo el tejido gíngival separado con el instrumental adecuado.

El instrumento.- Podemos usar discos de carburo, piedras montadas o fresas de carburo, de fisura No. 560 o redonda No. 8.

Técnica del empleo del instrumental.- Con fresa emplearemos primeramente una piedra montada, después introduciremos una fresa de fisura No. 570, dirigiéndola de bucal a lingual, tratando de seccionar en toda su amplitud la corona del molar retenido.

Debemos cuidar que la sección de la corona sea suficiente y que no se pase de los límites de las mismas ya que podríamos dañar el hueso, seccionar la tabla lingual y herir los tejidos blandos y podemos herir hasta el nervio dentario inferior.

Dividido el diente se extraen sus partes por separado.

Si seccionamos el diente según su eje menor, la extracción de la corona la realizaremos con elevadores finos, introduciendo el elevador en el espacio creado por la fresa, gracias a este espacio, desplazamos la corona hacia mesial y luego a distal.

Si la cara medial del molar es inaccesible haremos una vía con fresa para dar espacio al elevador, lo introduciremos por debajo de la corona y la elevamos.

La extracción de la raíz.- Podemos hacerla con elevadores rectos, curvos o de winter. El elevador lo introducimos entre la posición radicular y el tejido óseo subyacente, se hace girar el mango del instrumento hacia el lado bucal. En caso de divergencia radicular o gran cementosis, separemos las dos raíces con fresas de fisura y cada raíz se extrae por separado con el elevador.

Inspeccionamos la cavidad ósea, retiramos las esquirlas, lavamos y adaptamos nuevamente el colgajo a su posición, y lo suturamos con dos o tres puntos.

Si seccionamos según su eje mayor, lo haremos con escoplo automático, dividiendo así el diente en posición mesial y distal. Eliminaremos primeramente la porción distal: introduciremos el elevador recto o de winter, entre ambas porciones, esto luxaremos ligeramente la porción distal, introduciremos elevador lo más profundamente posible para evitar riesgos de fractura, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás. Ya eliminada la cara distal, introducimos el botador entre la cara mesial del molar y el borde óseo, si no es accesible se hace una vía por medio de una fresa de escoplo. Se hacen movimientos iguales como si se tratara de una pieza completa.

En caso de que la corona se encuentre por debajo de la línea cervical del segundo molar o exista cementosis, haremos un corte a nivel del cuello y haremos nuestra extracción por odontosección.

Retención mesidangular con ausencia de dientes.

En estos casos eliminaremos sólo la resistencia ósea, realizaremos un buen estudio radiográfico para prevenir la necesidad de realizar odontosección, en caso de que nuestro molar presente cementosis o raíces divergentes si la realizamos.

Insición.- La realizaremos en la forma ya mencionada.

Osteotomía.- Se puede hacer con escoplos o con fresa No. 7, resecamos la cara distal hasta dejar al descubierto la cara distal de la corona. Emplearemos los elevadores de winter o uno de hoja delgada, colocamos la hoja del elevador entre la cara medial del molar y la superficie anterior del alveolo, giramos el mango hacia mesial y con esto conseguimos la elevación del molar hacia atrás y hacia arriba.

O bién colocar el elevador entre la cara bucal y la pared externa del hueso, y por movimientos rotatorios de derecha a izquierda luxar el molar.

RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICION DISTO ANGULAR.

Las dificultades que podemos encontrar, están en la posición del molar, que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, hacia la rama ascendente y la cantidad de hueso a reseca para vencer el contacto del molar por la rama.

Puede emplearse la técnica de winter o bién con fresas.

Incisión se hará lo suficientemente amplia para que cubra la posición del campo operatorio. Parte de 2 cm. por detrás de la cara interna del maxilar, dirigimos la lengua hacia abajo, afuera y adelante, manteniendo los colgajos para permitir una perfecta visión del hueso a resecarse.

Osteotomía.- Empleamos fresa redonda del No. 6 o 7, eliminaremos todo el tabique interdentario.

Para la extracción emplearemos elevadores delgados, lo introduciremos entre la cara bucal del molar y del hueso bucal, tratando de luxarlo, y hacemos lo mismo por distal y lingual, ya luxado el diente, empleamos un elevador fino por el lado distal y giramos el mango hacia adelante, haciendo que se eleve el molar y la terminamos de extraer con uno más delgado por el lado bucal.

Haremos dos o tres puntos de sutura.

En caso de que el hueso distal, el grado de inclinación del molar, forma y disposición de las raíces se empleará la odontosección.

En este caso la retención del diente, se cortará por su eje más pequeño, haremos la sección con una fresa de fisura, introduciéndola paralela a la línea cervical del molar retenido entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa, previo uso de una piedra montada sobre la corona, para facilitar la entrada a nuestra fresa.

Introducimos un elevador entre el espacio creado por la fresa y hacemos

Dependiendo de la forma y disposición de las raíces, haremos su extracción, desplazaremos las raíces hacia distal, siguiendo el eje o curvatura radicular, terminamos la extracción con una pinza y algodón.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL

Se puede emplear la técnica de winter o bién la fresa y escoplo que es la que explicaremos.

Debemos tener cuidado en la palanca hacia distal, ya que podríamos vencer la elasticidad ósea, ésta sólo se podrá aprovechar un poco en los pacientes jóvenes pero es relativo.

Incisión.- Se hará desde un cm. atrás de la cara distal del segundo molar siguiendo por la línea gingival de éste hasta dejar descubierta la cara bucal.

Osteotomía.- Con una fresa No. 6 resecamos el hueso distal si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía en la cara bucal para que podamos aplicar el elevador.

Extracción.- Con el elevador de winter o con un recto, colocamos entre la cara del molar y el borde óseo, dirigimos el molar, hacia arriba y hacia distal.

Sutura.- Eliminando el molar, limpiamos la cavidad, eliminamos el saco pericoronario, cubrimos el alveolo con el colgajo y lo suturamos con dos o tres

Extracción por odontosección.- En esto podemos reducir la cantidad de hueso distal por resecar.

Extracción del molar seccionado según su eje menor.

Se corta el diente de la altura del cuello con una fresa de fisura y la extracción la efectuamos con elevadores finos como en el caso de la retención mesioangular.

Extracción del molar, seccionando según su eje mayor.- Lo aplicaremos cuando la corona del molar está ligeramente bucalizada.

La sección se practica con escoplo de hoja ancha, aplicándolo sobre el centro de la cara triturante, dividiendo el molar en dos porciones, los extraeremos por separado.

Extracción de la porción mesial.- En algunos casos, esta porción está sólidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar.- Es útil separar en dos partes la porción mesial seccionándola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando un orificio sobre su cara distal con la misma fresa de fisura o con una bola, introduciremos en éste un instrumento y haremos tracción mesial.

RETENCION HORIZONTAL.- AUSENCIA DE DIENTES VECINOS.

El molar puede encontrarse en retención ósea o subgingival.

La accesibilidad de la cara mesial determina la cantidad de osteotomía.

Al no existir el segundo molar podemos aplicar en el elevador, sobre la cara mesial del molar y el hueso mesial y dirigir la pieza hacia arriba y distal, en algunos casos lo extraeremos sin necesidad de dividirlo, aplicaremos las técnicas que empleamos para la retención mesioangular, con las variantes que implica la posición horizontal.

Los fundamentos del éxito y la preservación de los tejidos reside en la aplicación de la Ley del menor traumatismo, que en el caso de estos molares, se cumple con los métodos de osteotomía y odontosección.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

Su cara triturante se encuentra con un grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

En la mayoría de estos casos, las raíces se presentan incompletas en su formación.

Incisión.- La rama anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel de la tabla interna del hueso. La rama vertical separa la encía que cubre el molar de la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo.

Osteotomía.- Es necesario aplicar una amplia osteotomía pues en estos casos, como las raíces no están completamente formadas, tienden a rodear dentro de

Eliminamos el hueso con fresa redonda No. 8. El hueso de la tabla lingual lo eliminamos con fresa de fisura o fresa redonda separando el colgajo de la cara lingual para no traumatizarlo.

Extracción.- Eliminada la cantidad ósea que cubre el molar, se introduce un alveolar entre la cara mesial y el hueso, y se trata de elevar el molar hacia arriba y atrás.

La odontosección.- La haremos seccionando con fresa redonda a nivel de su cuello (si tiene raíces). La eliminación de los fragmentos, la haremos con un pequeño elevador o con una pinza de kocher.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION BUCAL.

Emplearemos las técnicas ya mencionadas, la sección del diente en sentido de su eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura, de mesial a distal nos evitará problemas. Las partes se extraen por separado.

Extracción del tercer molar retenido en posición invertida.

La técnica variará según la profundidad del molar entre el hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar (distal).

Realizamos odontosección, según el eje mayor del diente y según la posición del molar se extrae la raíz o la corona y con ayuda del espacio que queda, eliminamos la otra posición.

Los molares profundamente ubicados, requieren una amplia osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar, debemos tener en estos casos una absoluta certeza de la posición del molar y emplearemos los distintos tipos de elevadores.

CAPITULO XII

CUIDADOS PRE, TRANS Y POST OPERATORIOS

Los cuidados que debemos de observar para el paciente en el tratamiento pre-operatorio, son parte del cuidadoso estudio de su historia clínica, debemos tener en cuenta que el manejo pre-operatorio de los enfermos están en razón del conocimiento que tengamos del estímulo agresivo que ha sufrido y del que va a ser sometido, de la presencia de alteraciones endocrinas o metabólicas y de la corrección oportuna y adecuada de la misma.

Nuestra conducta en el trans-operatorio debe tender a no aumentar innecesariamente la agresión con maniobras bruscas, mayor lesión de los tejidos blandos o prolongación del tiempo quirúrgico.

Las prescripciones y cuidados post-operatorios, deben seguir una rutina general, pero vendrán determinados por la clase de técnica quirúrgica y las necesidades médicas individuales de cada paciente.

CAPITULO XIII

CONCLUSIONES

El estudio breve de esta gran cantidad y variedad de casos, nos lleva a tener en cuenta de una manera muy especial el estudio radiográfico.

Este estudio debe ser realizado en forma conciente y en caso de que nosotros no podamos realizarlo, encomendarlo al profesionalista competente en este ramo, ya que los datos que nos aporte este estudio serán determinantes para valorar la ubicación de la muela que vamos a intervenir.

Para extraer los dientes de forma indolora, con el menor traumatismo posible y las menores molestias postoperatorias, debemos adherirnos firmemente a los principios básicos de la exodoncia, esto es: acceso adecuado, camino sin impedimentos y empleo de fuerzas controladas, la adhesión a estos principios evitará los desagradables episodios traumáticos que algunos pacientes han experimentado en el pasado y contribuirán a que, a la larga, desaparezcan las fobias tan frecuentes a la extracción. La utilización de estos principios hará de la exodoncia una parte estimulante, satisfactoria y agradecida de nuestra práctica dentaria.

La valoración de nuestro paciente para determinar el tipo de medicación y anestésico que deben ser empleados.

La necesidad de una variedad de instrumental requerido que se encuentre adecuado a cada caso, para evitar traumatismos y dolores postoperatorios innecesarios.

Sumamente importante es la limpieza del odontólogo, y una adecuada asepsia al instrumental, limpieza absoluta en el consultorio y cada una de estas cosas que vamos a emplear en nuestra intervención.

Al terminar nuestra intervención, no olvidar cosas tan importantes como son:

La regularización de los bordes óseos, asegurarnos de que no han quedado residuos, tanto dentígenos como óseos dentro de nuestra cavidad, al igual que el lavado de la misma.

La sutura cuidando de no causar desgarres en la mucosa y que quede en el lugar que ocupara antes de nuestra intervención.

Dar a nuestro paciente la dieta adecuada y las indicaciones necesarias para lograr su pronta recuperación, estando en contacto con él para la evolución de la misma.

Siempre que tengamos en cuenta estos factores podemos asegurar un grado de éxito, lo suficientemente alto.

CAPITULO XIV

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **ANATOMIA DENTAL.- M. DIAMOND.**
- 2.- **ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION.- DR. BERTRAM S. KRAUS.- EDITORIAL INTERAMERICANA.**
- 3.- **CIRUGIA BUCAL.- GUILLERMO A. CENTENO.- EDITORIAL EL ATENEO 1973.**
- 4.- **DICCIONARIO ODONTOLOGICO.- DURANTE AVELLANAL.**
- 5.- **ESTOMATOLOGIA DE THOMA.- TERCERA EDICION SALVAT.**
- 6.- **MICROBIOLOGIA.- MARTIN FROBISHER.**
- 7.- **MANUAL DE URGENCIAS QUIRURGICAS.- ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, 1967, DR. ARTURO SANCHEZ.- PRESIDENTE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA.**
- 8.- **PARIODONTOLOGIA CLINICA.- IRGING GLICILMAN.- EDITORIAL MUNDI.- TERCERA EDICION.**
- 9.- **REMEDIOS DENTALES ACEPTADOS.- ASOCIACION DENTAL AMERICANA 1960.**
- 10.- **TRATADO DE CIRUGIA ORAL.- WALTER C. GURALNICK.**