



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA EN LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS
MOLARES INCLUIDOS.**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

ADALBERTO TORRES TOLEDO



México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. ANATOMIA DE LOS TERCEROS MOLARES	2
3. DEFINICION Y ETIOLOGIA	5
4. CLASIFICACION Y DIFERENTES POSICIONES	10
5. ALTERACIONES PROVOCADAS POR LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES	13
6. CUIDADOS PRE-OPERATORIOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO	17
7. ASEPSIA Y ANTISEPSIA	23
8. ELECCION D EL INSTRUMENTAL	24
9. TRATAMIENTO TRANS-OPERATORIO	25
10. TECNICAS DE ANESTESIA	26
11. TECNICAS QUIRURGICAS Y ODONTOSECCION	29
12. TECNICA DEL DR. G.B. WINTER	31
13. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES	39
14. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO	45
15. OBSERVACIONES Y RESULTADOS	53
16. BIBLIOGRAFIA	54

1. INTRODUCCION

Al hacer este pequeño trabajo, mi idea fue la de lograr que el estudiante que sale de la facultad, tenga una base para hacer la extracción de un tercer molar incluido en su práctica particular sin la supervisión del maestro.

Por lo general todos quedamos con ese temor de que si se nos presenta un problema, de esta índole, no sabemos que hacer sin el auxilio inmediato del profesor.

Para esto se requiere de estudios clínicos de laboratorio, radiográficos y la buena elección de nuestro instrumental, que son nuestras mejores armas para tener el mejor éxito posible; con esto llevarás a cabo un tratamiento con menor --traumatismo, hacerlo en menos tiempo y con menos esfuerzo.

Por lo consiguiente, tú compañero al leer este trabajo, te formes una decisión no improvises, al tratamiento que se requiere al encontrarte ante un molar incluido.

2. ANATOMIA DE LOS TERCEROS MOLARES

Es muy importante saber la anatomía de los terceros molares ya que en muchas ocasiones, toman el lugar de los segundos molares por lo tanto aquí doy por cita:

TERCER MOLAR SUPERIOR

1. Es proporcionalmente más pequeño que el segundo.
2. Hay una reducción notable en el tamaño de la cúspide, y a veces llega a faltar.
3. No hay línea segmental linguoclusal, ni prominencias-oblicua.
4. La cúspide lingual que ahora forma la mitad lingual de la corona, es semejante a la mitad lingual del pre molar superior.
5. Las caras mesial y distal, más una hacia la otra al - correr de bucal al lingual, lo que adelgaza considerable el diámetro mesiodistal de la cara lingual.
6. Además de la pérdida del lóbulo distolingual con su cúspide se ve en el lóbulo bucal una reducción de tamaño, ya en casos raros, su ausencia total (junto con su cúspide).

7. Por lo anterior (6), casi viene a semejarse al premolar superior.

RAICES

1. El número, nombre y colocación es el mismo que los -- otros molares superiores.
2. Están más juntas que las del segundo molar superior.
3. La unión de dos, a veces de las tres raíces, en algunos casos, es posible, siendo así unirradicular, viéndose señales de tales uniones.

TERCER MOLAR INFERIOR

1. Principio de la formación de la dentina y el esmalte de 8 a 10 años.
2. Calcificación completa del esmalte, de 12 a 16 años.
3. Principio de la erupción, de 17 a 30 años.
4. Formación completa de la raíz, de 18 a 25 años.
5. Puede tener cuatro o cinco cúspides.
6. Es multitubercular y sus eminencias irregularmente es distribuida.
7. Las raíces son iguales en número, nombre y posición -

que la del segundo molar inferior, pero puede ser menores y más juntas.

8. A menudo está incluido en el hueso mandibular.

3. DEFINICION Y ETIOLOGIA

Antes de iniciar el tema de los terceros molares incluidos, me propongo dar una definición.

"Diente incluido es aquel que permanece contenido en los maxilares o bien en la mandíbula, de tal manera que ninguna parte de él se ha exteriorizado".

ETIOLOGIA

Una vez expresada la definición, abarcaré sobre las causas que originan la inclusión de los terceros molares.

Estas causas las podemos dividir en locales y generales.

1. Falta de espacio.
2. Falta de desarrollo de los maxilares o de la mandíbula.
3. Causas embriológicas.
4. Mala posición del germen dentario.
5. Condensación del tejido óseo de la región.
6. Consistencia fibrótica de la mucosa gingival.
7. Gingantismo de los dientes.
8. Presencia de quistes y tumores óseos.
9. Existencia de dientes supernumerarios.

1. La falta de espacio se presenta cuando se extraen -- prematuramente los dientes temporales; entonces los dientes -- se desplazan y acortan el espacio que corresponde a los dientes permanentes. A veces los dientes temporales persisten -- más del tiempo normal, quedando el reemplazante o permanente -- en anormal o incluido.

2. La falta de desarrollo de los maxilares o de la mandí**í**bula puede producir la inclusión de los terceros molares; una de las causas que debemos señalar en primer término, es la an**tes** mencionada, extracción prematura de los dientes tempora-- les y sobre todo la del primer molar permanente, por estar en un punto osteogénico.

3. Causas embriológicas, puede ser definida como un dese**qu**ilibrío de la correcta relación normal que existe entre el folículo dentario y el reborde alveolar, durante sus distin-- tas etapas evolutivas. Esta alteración de relación es debida a un desalojamiento del folículo como consecuencia del creci-- miento de la estructura ósea en su inmediata vecindad.

4. Mala posición del germen dentario si se ven por me-- dios radiográficos los germen de los terceros molares, se ven desde temprana edad que tienen una posición anormal. Antes -- de su calcificación algunos se encuentran colocados profunda-- mente en el hueso, en cambio otros en esa misma edad se en-- cuentran en contacto o muy cercano al periostio.

5. Condensación del tejido óseo de la región cuando por causas desiguales existe una mayor calcificación, entonces -- los fenómenos de erupción no poseen la fuerza suficiente para vencer esa hipercalcificación.

6. Consistencia de la fibrótica de la mucosa gingival -- puede ser tan resistente que impide la fuerza activa de la -- erupción y cuando no hay espacio la dificultad es más seria.

7. Gigantismo de los dientes existen dientes de tamaño -- mayor que lo normal evolucionando en mandíbula o en el maxi-- lar que parecen pequeños en relación a los dientes.

8. La presencia de quistes y tumores óseos en las proxi-- midades que debe ocupar el tercer molar, se debe a la erup-- ción tardía de este diente, al ponerse la membrana quística -- en contacto con el germen que no puede reabsorber el esmalte, rechaza el diente lo desvía de su trayectoria normal, quedando incluido en el maxilar o en la mandíbula o sólo desviado. Los quistes dentígeros envuelven la corona, no permiten que -- el diente haga erupción proyectándolo a distancia.

9. Existencia de dientes supernumerarios ocupan el espa-- cio correspondiente al tercer molar, y por consiguiente puede provocar la inclusión.

Dentro de las causas generales, encontramos:

1. Trastornos endócrinos
2. Causas hereditarias

3. Desnutrición

4. Enfermedades generales

1. Todos los trastornos endócrinos pueden ser causa de retenciones y de ausencia de dientes por falta de gérmenes dentarios. El metabolismo del calcio puede ser causa de inclusión.

2. Causas hereditarias tendremos que tomar en cuenta que lo mismo se heredan los ojos azules, que una mandíbula pequeña, o el pelo rizado, que una serie de dientes grandes, tendremos mayor posibilidad de la inclusión de dientes.

3. Desnutrición dentro de este tema hay un factor importante, no sólo en el desarrollo normal de una persona y que es el raquitismo, el cual está ampliamente difundido en nuestro medio.

4. Hay varias enfermedades generales que actúan directamente sobre el desarrollo dentario y aun provocando trastornos, como es la osteitis condensante. Entre estas enfermedades la sífilis, la tuberculosis, la escarlatina, el sarampión.

Estos dientes incluidos deberán ser extraídos para evitar complicaciones graves como son:

1. Neuralgias

2. Dolor y lesiones en las estructuras circunvecinas

3. Formación de quistes

Siempre que se haga la extracción de estos incluidos de-

berá hacerse con anterioridad un estudio clínico, lo más completo posible, exámenes de laboratorio, estudio radiográfico para determinar las diferentes posiciones de los terceros molares su relación con los segundos, con la rama ascendente, - con las apófisis pterigoides, con el seno maxilar, además su forma de las raíces con todo esto estaremos en condiciones de elegir la técnica quirúrgica adecuada.

4. CLASIFICACION Y DIFERENTES POSICIONES

Comenzaré por desarrollar el capítulo correspondiente a las distintas formas en que están incluidos los terceros molares.

Los terceros molares son siempre los últimos dientes en hacer erupción. Se les conoce también como dientes cordales o muelas del juicio; la edad de su erupción es de los 18 años de edad en adelante sin que tenga una época fija para hacerlo.

La inclusión dentaria puede ser parcial o total. La parcial es aquella en la cual una parte de la corona está en contacto con la cavidad oral y la total es en la que el diente está íntegramente cubierto por los tejidos duros de la región.

1. Diente en inclusión total.

- a) Completamente cubierto por el hueso, sin contacto con los tejidos blandos (Inclusión intraósea total).
- b) Parcialmente cubierto por huesos y totalmente por la mucosa (Inclusión mixta).
- c) Libres de hueso y totalmente cubiertos por la mucosa (Inclusión submucosa).

2. Diente en inclusión parcial.

- a) Cubiertos por el hueso o por la mucosa y por una porción de la corona en contacto con la cavidad oral.

- b) Libres totalmente de hueso y cubiertos en parte -- por la mucosa y el resto de la corona en contacto con la cavidad oral.

La clasificación de terceros molares, según WINTER (La - dirección del eje longitudinal del diente comprado con la del segundo molar, o en ausencia de éste la posición que debería- estar en la arcada), él considera las siguientes posiciones:

- 1) Vertical
- 2) Mesioangular
- 3) Distoangular
- 4) Horizontal
- 5) Vestibuloangular
- 6) Linguoangular
- 7) Invertida

1. Vertical es aquella en la que el eje mayor del diente es perpendicular al plano de oclusión, la superficie masticatoria es paralela a este plano.

2. Mesioangular es aquella en la que el eje mayor del -- diente está dirigido de adelante a atrás y de arriba a abajo. La cara masticatoria no es paralela a este plano y forma un ángulo agudo con abertura hacia arriba con la cara distal del - segundo.

3) Distoangular es aquella en que el eje mayor del dien- te está dirigido de atrás a adelante y de arriba a abajo, la

cara masticatoria mirará hacia la rama ascendente.

4) Horizontal su eje mayor es paralelo al plano de ocu--
sión y por lo tanto perpendicular al eje mayor del segundo mo--
lar, la cara masticatoria estará en relación con la cara dis--
tal del segundo molar.

5) Vestibuloangular en esta posición el eje mayor del --
diente se presenta inclinado de arriba a abajo y de afuera a
adentro, es decir, de bucal a lingual, la cara masticatoria -
mirará hacia vestibular.

6) Linguoangular el eje mayor del diente se dirige de --
arriba a abajo y de adentro a afuera, es decir, de lingual a
bucal, la cara masticatoria mirará hacia la lengua.

7) Invertida cuando el molar se presenta con la cara mas--
ticatoria mirando hacia abajo, el borde inferior de la mandí--
bula y al canal dentario en su recorrido horizontal, todas es--
tas variedades de la posición del diente puede presentarse en
grados variables y pueden diagnosticarse a simple vista y a -
la exploración en los casos de oclusiones es necesario la ra--
diografía oclusal y periapical para precisar la posición de --
evolución.

5. ALTERACIONES PROVOCADAS POR LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES

Las alteraciones del tercer molar merecen especial atención debido a la frecuencia con que se presentan y porque algunas veces, sus complicaciones son de gravedad.

En nuestro país observamos en las razas indígenas con -- frecuencia la ausencia congénita del tercer molar inferior, - tanto en el hombre como la mujer.

La división de las alteraciones provocadas por los terceros molares inferiores es la siguiente:

LOCALES Y GENERALES

Accidentes mucosos: al hacer la erupción levanta la fi--bromucosa que en la contusión constante de la masticación se--traumatiza y se produce en ella, una tumefacción, muy sensi--ble y dolorosa que después de algún tiempo se ulcera y se ne--crosa, dejando ver un punto blanco, duro, que corresponde a - un tubérculo.

Encontramos una secreción seropurulenta, dolor y desgarramiento de la fibromucosa, los procesos inflamatorios se su--ceden a intervalos, correspondiendo cada crisis a un mayor --

grado de erupción otras de las partes de la fibromucosa que - compresión es la correspondiente al espacio interdentario entre el tercer molar y el segundo molar del lado distal, llegando a formarse una cavidad cerrada, donde es fácil que los gérmenes ataquen no sólo la mucosa, sino a todos los tejidos-vecinos e inclusive al tercer molar y aún más, hasta el segundo molar, siendo muchas veces necesario efectuar la extracción de ambos dientes.

Hay muchos casos en que la erupción se verifica hacia la cara interna de la mandíbula, provocando lesiones de la boca dan origen a la úlcera dentaria acompañada de sus complicaciones se puede producir también lesiones de la mucosa del velo-del paladar en su pilar anterior, lo mismo en el borde de la lengua.

Como consecuencia de estas infecciones, se producen una-serie de trastornos, entre los que, se incluyen el trismus y amigdalitis de repetición, por vecindad se propaga el proceso inflamatorio.

Podríamos definir el trismus como una contracción espasmódica de los músculos masticadores, pudiendo ser pasajera o de cierta duración.

La amigdalitis de repetición aparece acompañado o sucediendo a las crisis inflamatorias del capuchón y ceden cuando terminan los fenómenos locales.

La adenitis se presenta, cuando las infecciones son poco virulentas, infectándose los ganglios submaxilares en cadena y volviéndose dolorosos y móviles. Por la vía linfática puede ser invadido el tejido perilinfático, produciéndose en los casos benignos la fluxión dentaria, semejante a la producida por la monoartritis apical, pudiendo a veces presentarse con las características de una celulitis hiperséptica con fenómenos de septicemia que pueden ser graves, como es el caso del flemonséptico del piso, de la boca, el cual ha desaparecido casi por completo por el uso de antibióticos modernos.

Accidentes Oseos: En el periodo de erupción del tercer molar la región de la mandíbula correspondiente o sea la -- unión de rama ascendente con el cuerpo (espacio retromolar), se encuentra congestionada, lo que favorece la infección microbiana a nivel de la encía.

La pericoronitis existente se puede continuar con una periostitis grave hasta llegar a la osteomielitis; la infección ósea toma una forma crónica con limitación de secuestros -- óseos que mantienen por largo tiempo fístulas cutáneas o mucosas de diversos trayectos.

Cuando el diente queda incluido en la mandíbula y en presencia de infecciones generales que favorezcan la localización de gérmenes, también se puede producir una osteomielitis supurada.

Accidentes Nerviosos: Tenemos que estos accidentes no -- han sido bien estudiados y se cree que se deben a las lesiones producidas en el nervio dentario, originando neuralgias o bien signos reflejos, que parten de las terminaciones nerviosas, que se encuentran en la región del tercer molar, así tenemos parálisis faciales, neuralgias del trigémino, dolores sordos en el ángulo y cuerpo de la mandíbula aunque más raro, perturbaciones del oído, de la vista, histerismo, amnesia, etc.

Aunque en algunos casos no se ha encontrado la relación de estos trastornos con el tercer molar al hacerse la extracción desaparecen dichos trastornos vago simpaticos, por excitaciones repetidas y prolongadas.

6. CUIDADOS PRE-OPERATORIOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO

Como base vamos a tomar el estudio clínico, hematología-precisa y es frecuente que una inclusión, pase inadvertida toda la vida y que solamente de manera casual, se manifieste al tomar una radiografía en serie. Para establecer un diagnóstico y emitir un pronóstico es necesario utilizar los métodos clínicos que más datos nos proporcionen y así tenemos los siguientes:

Interrogatorio: Por este método sabemos si hay dolor, el tiempo y las circunstancias en que apareció, su evolución, si se acompaña con otras manifestaciones, sean locales o del estado general como son las fiebres, anorexia, adinamias, etc.

Inspección: Se procede a estudiar el tejido gingival del diente en cuestión, o de los dientes vecinos y el de los antagonistas, para ver si hay aumento de volumen, si hay infección aguda, fistulización, etc. En los dientes vecinos estudiaremos su articulación, ya que en las maniobras de las extracciones pueden luxarse, lo mismo si tienen caries que comprometan su integridad.

En las antagonistas también nos ocuparemos de estas cualidades, lo mismo si existen obturaciones o aparatos protésicos que puedan ser dañados en la intervención; todo esto se -

le hará saber al paciente antes de la operación.

Por último se le hará eliminación de focos sépticos como son los restos radiculares, el sarro, etc.

Palpación: Por medio del tacto podemos confirmar si hay aumento de volumen, dolor o movilidad, esto lo conseguimos pasando el dedo índice en el espacio retromolar y en el distal del segundo molar.

Percusión: Cuando el molar incluido está ejerciendo presión sobre el diente contiguo se vuelve artrítico éste, pudiendo llegar a la poliartritis, que se manifiesta por el dolor poco intenso y a la sensación de crecimiento del diente.

Examen Radiográfico: Es el medio que nos va a confirmar el diagnóstico y posición del molar incluido.

Las radiografías más usadas son las intraorales, apicales y oclusales, cuando no es posible obtener esta clase de radiografías para diversas causas, como es que el paciente tenga trismus, náuseas, anquilosis y ciertas posiciones del tercer molar que no permiten su observación en las radiografías intraorales, entonces, recurrimos a las extraorales que son menos precisas pero muy útiles en estos casos. Un requisito indispensable es tener una radiografía de control al terminar la operación.

En una radiografía nos podemos dar cuenta de qué clase de inclusión se trata, de su profundidad, desarrollo, forma, tamaño, etc.

Para las raíces es necesario que aparezcan bien definidas ya que muchas veces aquí es donde se ve la resolución de la extracción, porque pueden ser fusionadas, divergentes, pueden existir raíces supernumerarias, ceciles, etc.

Muy importante es la relación del conducto dentario o relación con el tercer molar, sea con su raíz o con todo él, como caso de la inclusión profunda horizontal, por otra parte; una área patológica puede producir una lesión del nervio sin que ésta sea causada por el traumatismo de la inclusión. La radiografía nos mostrará también la porción de la rama ascendente que cubre el diente, la calidad y cantidad de hueso en relación con él.

La calcificación del hueso puede darnos ideas de las dificultades que presentará la extracción, ya que en una radiografía se vea un hueso tan calcificado que nos permita apreciar los contornos del diente, la extracción será más difícil. El estado y grosor del tabique óseo interdentario tiene mucha importancia pues ahí es donde aplicamos o hacemos el apoyo de elevadores y además sirve de defensa al segundo molar.

Cuando la inclusión está muy próxima al borde inferior de la mandíbula, debemos tener especial cuidado para no producir una fractura.

Otras de las cosas que nos muestran las radiografías es el segundo molar, en el cual veremos varias cosas como las siguientes:

Que una prótesis mal colocada está impidiendo la erupción del tercer molar, que en muchas ocasiones al hacer la extracción del diente incluido quedan descubiertas las raíces del segundo molar, es la causa de que se pierda, que tenga caries y que esté indicada su extracción, presentándose en algunos casos y sobre todo en personas jóvenes, la oportunidad de no hacer la extracción del diente incluido, facilitando con la extracción del segundo molar, su libre evolución y si no es así, se hará también la extracción del tercero, poco aconsejable.

METODOS DE LABORATORIO:

1. Investigación del tiempo de sangrado.
2. Investigación del tiempo de coagulación.
3. Tiempo de protombina.
4. Química sanguínea (Urea, glucosa, ácido úrico).
5. Biometría hemática.

1. Tiempo de sangrado utilizaremos el llamado método de Duke en el cual se utiliza el lóbulo de la oreja o el pulpejo de cualquier dedo, el cual se pinza y dejando salir libremente la sangre, la secamos con un papel fieltro o secante cada medio minuto hasta que deje de sangrar; el tiempo normal es de dos a cuatro minutos, siendo variable para cada persona.

2. Tiempo de coagulación se procede a tomar sangre del lóbulo de la oreja o del pulpejo de cualquier dedo, limpiándose con alcohol el sitio elegido y dejando que seque perfectamente, se utiliza una aguja de francke o una simple aguja, -- puncionando lo suficiente para que brote sangre, desechamos la primera gota y la segunda la ponemos en la parte central de un porta objeto limpio, lo inclinamos cada medio minuto, notando qué gota trata de escurrirse hacia el lado inclinado, cuando la gota no se escurra, nos indicará que está coagulada; el tiempo normal de coagulación es de cuatro a seis minutos.

3. Tiempo de protrombina tanto el tiempo de coagulación como el de sangrado pueden estar alterados en uno o dos minutos de lo normal, pero esta alteración no es de cuidado, ya que no se rige el límite, cuando se excede en más de tres minutos, es necesario tener que hacer sus pruebas unos ocho o diez días después.

4. Química sanguínea el análisis químico de la sangre se utiliza frecuentemente para el diagnóstico de padecimientos cardiaco y renales, en nuestro caso, investigaremos sólo glucosa y úrea, que en cantidades normales se encuentran en la sangre en las siguientes cantidades: Glucosa de ochenta a ciento veinte miligramos cc. y la úrea de siete a uno punto cinco miligramos por diez cc.

Cuando estas cantidades se encuentran aumentadas es necesario tener precaución en saber si se debe o no intervenir.

5. Biometría hemática el método usado consiste en tomar una gota en un portaobjeto y observarla al microscopio que -- lleva un editamento con el cual contaremos cada uno de los -- elementos que se encuentran en un milímetro cúbico y así encontramos lo siguiente:

Glóbulos rojos o eritrocitos; en el hombre encontramos de cinco a seis millones por mm. cúbico, en la mujer de cuatro a cinco millones.

Cuando el límite se encuentra alterado en un millón es muy conveniente investigar la causa que lo provoca.

Glóbulos blancos o leucocitos; se encuentran de cinco a ocho mil por mm. cúbico. Su aumento se denomina leucocitosis y su disminución leucopenia.

Es de mucha importancia tener conocimiento de las reacciones serológicas de nuestro paciente, para el mejor éxito de nuestra operación.

7. ASEPSIA Y ANTISEPSIA

La asepsia y la antisepsia juegan un papel muy importante en la cirugía, por lo que nosotros trataremos de aplicar - sus reglas lo más apegado posible, aplicándolas, tanto el operador como el paciente, campo operatorio.

Lo ideal es que el operador deberá estar provisto de ropa quirúrgica: cubrebocas, gorro, guantes, botas, etc. todo - ello esterilizado. El lavado de las manos se hará con agua, - jabón líquido y cepillo esterilizado; el agua y el jabón siempre deberán escurrir de las manos a los codos, durante cinco- minutos aproximadamente. Procediendo después a usar el al--cohol y algunas veces el bisulfato de sodio; con una compresa estéril se secarán las manos y los antebrazos, siguiendo la - táctica quirúrgica se pondrá la bata y por último los guantes estériles.

8. ELECCION DEL INSTRUMENTAL

Elección del Instrumental: El cirujano dentista deberá contar con instrumental suficiente y adecuado para el tipo de intervención que vaya a practicar teniendo en cuenta que el uso de un número exagerado o insuficiente de instrumental le resta al operador tiempo, destreza y eficacia; es conveniente tener un orden fijo del instrumental sobre la mesa de mayo, para encontrarlo rápidamente sin pérdida inútil de tiempo, lo cual repercutirá en la operación.

Hacemos en seguida una lista del instrumental indispensable para nuestra operación, el cual variará según la técnica a seguir.

Por lo general comúnmente usamos el siguiente instrumental:

Bisturí, de preferencia los de hoja intercambiable, tijeras una curva y otra recta, pinzas de curación con dientes y sin ellos, pinzas de mosquito (hemostáticas), espejo bucal, exploradores, legras para periostio, limas para hueso, agujas, porta-agujas, hilo herinas, cucharillas para hueso, alveolotomo, escoplos, cinceles de mano y automático (Impactor), elevadores, forceps, fresas quirúrgicas y aspirador de sangre y saliva.

9. TRATAMIENTO TRANS-OPERATORIO

Una vez efectuada la asepsia u la antisepsia instrumental y personal pasaremos a efectuar la asepsia y antisepsia en el campo operatorio del paciente; primeramente lavaremos la cara con agua y jabón y quitando cosméticos en caso de sexo femenino, crema y barba, etc.; seguidamente con un desinfectante -- limpiaremos la mitad de la cara y en especial la región del tercer molar y por dentro de la boca, la mucosa y los dientes vecinos, por último fijaremos el desinfectante con alcohol y luego se procederá a poner una compresa estéril en la cabeza y otra que cubra hasta los hombros y una sábana tendida estéril.

10. TECNICA DE ANESTESIA

El siguiente paso a seguir, una vez dejado listo al paciente, es aplicar la anestesia, para ello es necesario seguir, paso a paso las distintas etapas en lo que anestesia se refiere. Como hay pacientes que sienten horror a la punción de la aguja de inyección, puede aplicarse tópicamente algún anestésico, por ejemplo: Pantocaina al 2% friccionándola en la mucosa o al anestésico de contacto Cyclon; generalmente no es necesario tal precaución, cuando se emplea una aguja fija y puntiaguda y hacemos en la mucosa de la piel una rápida impulsión, empujando el émbolo en el momento preciso que la aguja ha penetrado en la mucosa.

Debemos inyectar muy lentamente, pues el líquido inyectado cumple mucho mejor su finalidad y ocasiona menor daño si penetra en el tejido que se encuentra ya bajo la influencia de una dosis previa.

Anestesia Regional o por Conducción del nervio Dentario-Inferior.

La aguja a emplear deberá medir de tres a cuatro cm. de longitud y de un calibre de 0.8 a un milímetro.

Para precisar el punto de punción se hace tacto con el dedo índice de la mano opuesta a la del uso de la jeringa, el

borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula, debemos penetrar la aguja por un intersticio muscular en el espacio pterigomandibular en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula por el que pasa el nervio lingual y el alveolar inferior. Poco antes del agujero dentario inferior se encuentra la entrada del nervio maxilar inferior. Ahí se encuentra una cresta ósea llamada la espina de Spix, que impide por su formación anatómica la entrada de la aguja en el agujero mismo, se debe localizar el nervio sobre la espina de Spix y se practica la punción para depositar el líquido anestésico.

La dirección de la aguja es paralela a la superficie oclusal y procediendo en tal escala desde el lado opuesto, la jeringa ha de descansar en la región del segundo premolar del lado opuesto.

Junto y detrás de la corteza retro-molar a una profundidad de unos cuantos milímetros, la punta de la aguja debe tocar el hueso, se hace retroceder ligeramente ésta y haciendo oscilar la jeringa hasta el plano sagital, para volverla a impelar ligeramente, se pasó largo junto al hueso, sólo que puede suceder que la punta de la aguja quede aprisionada en el tejido ligamentoso del tendón temporal profundo, naturalmente que de tener conocimientos de dicho tendón no es difícil soltarse de él y por consiguiente se recobra la libertad de movimiento de la aguja.

Haya que procurar no avanzar más de dos o tres milímetros, y de ahí depositar además de la lengua, la mucosa inferior de la mandíbula para continuar con la progresión.

Necesitamos de nuevo el contacto óseo que logramos por una oscilación de la jeringa en tal forma que la aguja se dirige hacia afuera y la jeringa a la comisura labial del lado opuesto.

La acción del anestésico se produce a los 10 ó 15 minutos y en ocasiones hasta más tiempo.

11. TECNICA QUIRURGICA Y ODONTOSECCION

Una vez obtenida la anestesia en el paciente pasamos a la técnica quirúrgica propiamente dicha, la dividimos en varios pasos, siendo el primero la incisión, la que haremos en dos direcciones, una hacia la retro-molar partiendo del espacio gingival distal del segundo molar, la otra hacia bucal, partiendo del espacio gingival interproximal, entre el primero y el segundo molar bordando la encía del segundo y dirigiendo el corte hacia el surco bucal.

Desprendemos con una legra el muco-periostio y así tenemos el hueso a la vista. Procedemos a efectuar la osteotomía pericoronaria.

Una vez efectuada la osteotomía, vamos a ejecutar la extracción por segmentos o fragmentos, con el impacto o fresa quirúrgica. Hecho esto se hace la extracción con elevadores y forceps los más eficaces.

ODONTOSECCION

Antiguamente se tenía el concepto de que se debería conservar la integridad del diente, hoy se trata de proporcionar

le el menor traumatismo al paciente, por lo cual en ocasiones es necesario dividir el diente para tener las siguientes ventajas:

1. Disminuir la resistencia del diente a la extracción.
2. Evitar fracturas de los bordes de la mandíbula.
3. Simplificar el trabajo.

12. TECNICA DEL DR. G.B. WINTER

Diferentes posiciones en que podemos encontrar el Vertical, Mesioangular, Distoangular y horizontal.

Posición Vertical.- Una vez hecha la reducción ósea conveniente procederemos a efectuar los cortes o divisiones adecuadas al caso.

1. Cuando el diente está en su posición normal, pero muy cerca a la rama ascendente o que ésta cubre una pequeña parte del molar, se puede cortar con el impactor o con la fresa, la parte disto oclusal de la corona u colocando el elevador en el espacio mesiobucal, se desplazará hacia arriba y hacia atrás.

2. Cuando la corona está semi-incluida dividimos al diente hasta sus raíces; eliminamos la parte distal con un elevador recto colocado por debajo entre sus dos porciones o en la cara distal.

Una vez retirada esta porción nos ocuparemos de la mesial del molar y del borde óseo.

3. En las inclusiones totales del corte más usado es el vertical en el sentido de su eje mayor, desalojando primero la parte distal y luego la mesial, siendo frecuente la necesi

dad de fracturar la corona, extrayendo primeramente esta parte para extraer posteriormente, las raíces juntas o separadas.

Posición Mesioangular.- Por lo general no está indicada la extirpación del tejido óseo para la extracción de estos molares, si la superficie aparece libre desde la cara oclusal - hasta el tercio gingival, a no ser en casos especiales en que es necesario disminuir la resistencia por medio de la extirpación del tejido óseo.

Estudiará detenidamente el caso y adoptará la técnica -- que le permita la aplicación de la fuerza y la disminución de la resistencia en la línea que haya de moverse el diente, de modo que pueda cambiarse la posición mesioangular en una vertical o semi vertical una vez colocada la muela en posición vertical, se practica la extracción, empleando la técnica que ya se ha descrito para las inclusiones verticales.

1. Fracturamos el diente para separar las raíces, extraemos la parte distal con elevador recto, dándole movimiento hacia arriba y hacia atrás, lo mismo hacemos con la parte mesial. cuando las raíces tienen gran curvatura o la raíz presenta hipercementosis nos vemos precisados a hacer un corte mesial al nivel de la línea cervical.

2. Cuando las cúspides chocan contra la cara distal del segundo molar podemos seccionarlo en sentido de su eje mayor y extraer la corona dividida o entera. Si la extraemos ente-

ra, imroduciendo el elevador entre su cara mesial y el borde óseo: Si es seccionada, extraemos la parte distal y luego la mesial. Para las raices colocamos nuestro elevador en la parte mesial entre la porción radicular y el tejido óseo, si las raices son divergentes o hay hiper cementosis, las extraemos por separado, para no hacer demasiado trauma.

3. Cuando las cúspides mesiales encajan en la cara distal del segundo molar a la altura del cuello, podemos eliminar, primero la parte mesio oclusal de la corona y enseguida al resto del diente. Si el resto lo eliminamos en bloqueo, primero eliminaremos la suficiente cantidad de hueso por distal y por bucal para disminuir la resistencia.

Posición Distoangular.- En la mayor parte de estos casos la parte distooclusal de la corona se encuentra cubierto por tejido óseo de la rama ascendente de la mandíbula, por lo que es necesario la osteotomía de la parte distal.

1. Hacemos un corte oclusal con el que eliminamos la porción distooclusal del diente que se opone al arco dentario; - este corte es muy común en tipo de inclusión como está; una vez retirado el hueso distal con nuestro cincel por mesio bucal trataremos de luxar al diente, usando también esta colocación en distobucal, teniendo así listo; al diente para sacarlo.

2. El diente puede salir entero o seccionado. Cuando lo

seccionamos será en su eje mayor; en la línea de fractura introducimos un elevador y se extraerá en dos partes; corona y raíz.

Posición Horizontal.- Lo más frecuente del diente en su eje menor a la altura del cuello, eliminando la corona por medio del elevador, colocando entre su cara bucal o mesial y el hueso. Las raíces las extraemos juntas o separadas, según sea el caso; cuando la situación del molar permita la sección en su eje mayor, eliminaremos la porción distal y luego la mesial, según la técnica de las inclusiones mesioangulares.

Técnica del Dr. G.B. Winter.- Esta técnica está basada en un estudio clínico radiográfico, destacando la importancia de extraer el diente en un solo bloque y tratando de conservar lo más posible el tejido óseo del molar vecino y la encía.

Diferentes formas en que pueden encontrarse los terceros molares según el Dr. Winter y técnicas en que deben ser extraídas.

1. Posición vertical
2. Posición mesioangular
3. Posición distoangular
4. Posición horizontal
5. Posición bucoangular
6. Posición lingual total
7. Posición raras

1. Posición Vertical.- La cantidad de hueso que debe eliminarse depende de la profundidad del diente; tamaño de la corona y forma de las raíces; en general debemos resacar el hueso hasta un mm. o dos por debajo del mayor diámetro de la corona, principalmente por distal y bucal. Cuando sus raíces son rectas no hay necesidad de quitar mucho hueso.

Si las raíces están dirigidas hacia distal habrá que quitar por distal; cuando son convergentes; haremos una fuerza mayor para fracturar el tabique que separa las dos raíces. El punto de elección para aplicar nuestro elevador, casi siempre será el ángulo mesi-bucal del diente desplazándola hacia arriba y hacia atrás. Si se presenta mucha resistencia a la aplicación mesio-bucal, colocaremos nuestro elevador por el cual abriendo una ranura e introduciendo hasta la bifurcación de las raíces y apoyando en la tabla externa, luxaremos el diente hacia arriba y dentro y ya que está móvil acabaremos extrauyéndolo con forceps.

2. Posición Mesioangular.- Cuando la inclusión está próxima a la raíz del segundo molar está contraindicada la aplicación de luxación; ya que al intentar movilizar la corona se empujaría contra las raíces del segundo molar impidiendo la extracción y peligro de traumatizar dicho diente. Lo correcto en estos casos es intervenir por bucal y seccionando el diente.

La técnica está basada en la posición del diente; tamaño de la corona, forma de las raíces, cantidad de hueso que lo cubre con relación del segundo molar. Removeremos todo el hueso que cubra su cara masticatoria llegando hasta un mm. por debajo del cuello por su cara distal, para poder extraer hacia arriba y por bucal hasta encontrar la bifurcación de las raíces.

Cuando las cúspides del tercer molar están encajadas en la cara distal del segundo molar es importante que eliminemos la suficiente cantidad de hueso por la cara distal, ya que si no se elimina, tendremos la posibilidad de luxar el diente ve cino hecha la resección aplicamos el elevador por mesial, introduciéndolo hacia dentro y abajo una vez colocado lo moveremos hacia mesial luxándolo; frecuente que el diente quede luxado pero sin salir, por lo que es más factible por bucal hacia la bifurcación de las raíces.

3. Posición Distoangular.- Este tipo de inclusión es menos frecuente, el acceso es por mesial; la dificultad que encontraremos es la cantidad de hueso que tenemos que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con la rama ascendente de la mandíbula.

4. Posición Horizontal.- Si el molar está semicubierto por tejidos óseo eliminaremos el hueso superpuesto a la corona para disminuir la resistencia; cuando está completamente -

cubierto, haremos nuestro acceso por la porción ósea; pero -- cuando no es posible llegar al lado de la cara mesial, resacaremos por bucal y cuando hay un espacio entre mesial y el hueso lo aprovecharemos para introducir nuestro elevador entre - la cara mesial y el hueso, movemos hacia abajo y hacia afuera, luxando el diente.

5. Posición Bucoangular.- En este caso la cara oclusal - se halla dirigida hacia la mejilla y tendremos que resacar el hueso de su cara distal para disminuir la resistencia, siendo necesario eliminar también por bucal; el elevador lo introducimos por mesial y luxamos la fuerza del diente y si no cedelo aplicamos por el lado bucal.

6. Posición Lingual Total.- Cuando la corona está desviada totalmente hacia lingual la cara oclusal, del tercer molar aparece en las radiografías como un disco, sin que sea visible ninguna porción de la raíz lo que nos obliga a tomar radiografia oclusal para determinar su posición. La incisión - la haremos hacia lingual, quitaremos el hueso que cubre ese - lado y el distal, teniendo cuidado de no lastimar el nervio - lingual, después de que hemos descubierto la bifurcación de - las raíces, en ocasiones es necesario resacar por distal para introducir el elevador por allí, teniendo cuidado de no descubrir la raíz del segundo molar. Por mesio-bucal desplazaremos hacia arriba y hacia atrás, si no procedemos por bucal y hacemos girar el molar hacia lingual. Cuando las raíces es--

tán fusionadas o rectas hacemos la aplicación por el lado bucal.

7. Posición Rara.- Las inclusiones raras, son todas aquellas que se apartan de los tipos descritos, la técnica a seguir será el estudio cuidadoso del caso, aplicando los conocimientos adquiridos en las técnicas ya descritas; en algunos casos, tendremos que separar las raíces y extraerlas una por una.

Cualquiera que haya sido la técnica y posición del tercer molar, inmediatamente de la extracción tendremos especial cuidado de las siguientes cosas: estado de la cavidad alveolar, integridad de la porción radicular, paredes óseas y partes blandas las cuales pueden estar lesionadas o desgarradas. Con una cucharilla eliminaremos los tejidos enfermos que pudieran haber quedado, así como las esquirlas y resto pedimentario; retiramos fragmentos de tabla ósea que estén sueltos.- Recortamos los bordes del colgajo lesionado y desgarrados finalmente con el alveolotomo recortaremos crestas óseas y regularemos los bordes con limas regularizadoras.

En la mayor parte de los casos sobre todo cuando existe infección, hemorragias ha traumatizado, taponaremos con sustancias químicas, si no ha habido, se dejará que se forme el coágulo.

13. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

Nunca se está exento de sufrir accidentes y tener complicaciones o después de ella, por mucha que sea la habilidad y experiencia del cirujano. Por lo que citaremos brevemente algunos de ellos:

1. Fractura de una raíz del diente.
2. Fractura y luxación de los dientes vecinos o contiguos.
3. Accidentes debido a los instrumentos.
4. Fractura del proceso alveolar.
5. Fractura de la mandíbula.
6. Luxación de la mandíbula.
7. Lesiones de las partes blandas y vecinas.
8. Lesiones del nervio dentario inferior.
9. Penetraciones del diente a las vías respiratorias o digestivas.
10. Hemorragia.
11. Hematoma.
12. Trismus.
13. Infección.
 - a) Alveolitis
 - b) Osteitis Osteomielitis
 - c) Adenitis-Edemas-Flemones

1. Fractura de una raíz. Las causas de este accidente son múltiples, pero la mayoría de los casos se deben a la mala técnica o a la posición defectuosa del diente.

2. Fractura y luxación de los dientes contiguos. Fuerzas excesivas que ejercemos a veces, con los elevadores pueden ser transmitidas a los dientes vecinos, produciendo la fractura de su corona debilitada por obturaciones o caries sin ser tratadas o luxación del diente cuando la forma y disposición de sus raíces lo facilita. El mejor tratamiento para la luxación es el reposo del diente y la aplicación de medicamentos y en algunos casos se tendrá que hacer la extracción.

3. Accidentes debidos a los instrumentos. No es raro que al fracturarse un instrumento durante la operación, traumatizamos las partes óseas o blandas vecinas, debiéndose principalmente al manejo incorrecto de ellos; aplicación de fuerza excesiva y uso de instrumentos inadecuados.

4. Fracturas del proceso alveolar. Con frecuencia fracturamos la tabla externa o interna, estas esquirlas siempre serán removidas.

5. Fractura de la mandíbula. Aunque ésta no es frecuente, se debe a la fuerza exagerada o a la aplicación incorrecta en el intento de extraer el diente; la disminución de la resistencia ósea, a causa del gran alveolo del molar, o a la

presencia de quistes y tumores, enfermedades ligadas al metabolismo del calcio, como son: la sífilis, la tuberculosis, -- diabetes, etc., son causas predisponentes para la fractura de la mandíbula.

6. La luxación de la mandíbula. Consiste, en el desaflojamiento del código de la cavidad glenoidea, pudiendo ser uni o bilateral y debiéndose en los casos normales al uso de fuerza excesiva, al estar luxando el diente, sin tener fija la -- mandíbula.

La técnica para volver la mandíbula en su sitio es la siguiente: se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre - la arcada dentaria de la mandíbula, los restantes sostienen - la mandíbula, en su borde inferior se imprimen dos movimien--tos, uno hacia abajo y otro hacia atrás y arriba. Reducida - la luxación podemos continuar la operación con mucha precau--ción y aconsejando reposo de la mandíbula por algunos días, - ya que con facilidad puede luxarse nuevamente.

7. Lesiones de las partes blandas vecinas. Tenemos principalmente, los desgarres de la mucosa gingival cuando no de--bridamos correctamente y la mucosa del diente, está fuertemen--te adherida.

Se presentan lesiones como: del piso de la boca por des--lizamientos del elevador, las trataremos de evitar protegien--do con nuestros dedos las partes blandas. El enficema es un

accidente muy aparatoso que raramente se presenta, consiste en la formación de gas en los tejidos conjuntivos, lo cual aumenta considerablemente el volumen de la cara y es sumamente doloroso; éste cede por medio de una incisión.

En las operaciones traumatizantes es muy frecuente la contusión, y herida de los labios y comisura; para protegerlos se usa grasa.

8. Lesiones del nervio dentario. La lesión puede deberse a una compresión sección o desgarró del nervio, produciendo una neuritis, neuralgias o anestésias que pueden ser pasajeras o definitivas, según sea la lesión.

9. La penetración de los dientes en vías respiratorias o digestivas. Nos sucede a veces cuando se nos desplaza el diente al estarlo luxando o cuando queremos tomarlo con las pinzas de curación; lo evitamos empleando cuidados y precauciones.

10. La hemorragia. Puede ser inmediata o tardía, según se presente durante la operación o después de ella; lo mismo puede ser de etiología local o general. Entre las causas locales tenemos estados congestivos en la zona de la intervención, debido a granulomas, desgarró de encía, sección de vasos, etc. El tratamiento se realiza suprimiendo el foco sangrante por medio de un taponamiento, compresión o por hemostasia, con las pinzas para estos casos.

11. El hematoma. Es una tumefacción que contiene sangre extravasada que invade los tejidos intercelulares cercanos, siguiendo los planos musculares de menor resistencia. Esta se observa cuando se perforan vasos de regular calibre y no hay saliva posible para la sangre, se caracteriza por un aumento de volumen en el sitio operado y por medio de un cambio de coloración de rojo, vinoso violeta, amarillo y finalmente morado; su tratamiento consiste en aplicaciones de compresas calientes.

12. El trismus. Proviene de la inflamación de las fibrillas musculares de los músculos masticadores al extraer el tercer molar incluido, los músculos se ponen tensos y duros, pierden su elasticidad por algún tiempo; se le trata con medicamentos antiflogísticos y tratamientos fisioterápicos que reducen el proceso.

13. Las infecciones. Pueden localizarse en el hueso, en el alveolo y partes blandas.

a) Alveolitis.- El alveolo se encuentra seco, sin coágulo, paredes expuestas, dolorosas, tejido gingival infiltrado muy doloroso en sus bordes, inflamación del hueso alveolar, etc., siendo su evolución larga con fenómenos desagradables tales como la fetidez del aliento, mal gusto y dolores agudos constantes que son muy difíciles de calmar.

Entre las causas de estas infecciones pueden ser: la poca asepsia, el traumatismo excesivo, la toxicidad de los anestesicos y otros desconocidos. Su tratamiento consiste en limpiar perfectamente el alveolo de cuerpos extraños, tales como: esquirlas, restos de coágulo y detritus; luego secando con gasa estéril, aislamos el campo operatorio, porque la saliva -- aparte de infectar el alveolo, diluye los medicamentos.

Finalmente colocamos un cemento quirúrgico con gasa hasta cubrir el alveolo. Es conveniente según el caso, cambiar de curación y algunas veces requiere hasta un curetaje.

- b) En algunos casos la infección invade el tejido óseo - vecino y da origen a una osteitis o a una osteomielitis más o menos extensa.
- c) Aún puede invadir los tejidos blandos dando origen a adenitis, edemas y hasta a flemones.

14. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Una vez terminada la intervención quirúrgica, la conducta a seguir depende de muchos factores, entre los que se encuentran estado general del enfermo, causas por las que se hizo la extracción, si hay infección grado de traumatismo, etc.

De manera general los cuidados post-operatorios en el tratamiento de dientes incluidos son mayores que para una extracción simple, recomendando al enfermo que no haga buches en las 24 horas siguientes a la operación y pasando ese tiempo que se enjuague ligeramente la boca, de preferencia después de los alimentos, con una solución antiséptica débil.

Los alimentos durante esas 24 horas deben ser líquidos y tibios, evitando los irritantes, las bebidas alcohólicas, etc.

Si hay dolor se recomendará el analgésico que el paciente tolere mejor y que evite el dolor, si se presenta, algunas hemorragias en horas no hábiles se recomienda que el paciente haga una torunda de gasa estéril del tamaño de una nuez y que se la coloque contra la herida compromiéndola con los dientes antagonistas y que en esa forma la sostenga en su sitio durante 15 ó 20 minutos.

Es conveniente la aplicación de una bolsa de hielo después de la intervención, porque evita la inflamación, el do--

lor post-operatorio, previene el hematoma y favorece la hemostasis por la vasoconstricción.

Se mantiene esa aplicación y descansará 30 minutos para volverla a colocar, y se repite hasta que se localice el cirujano.

Según la gravedad del caso, y si se cree factible la infección, se recetará antibióticos en las cantidades necesarias y adecuadas.

Por último, indicaremos al paciente la necesidad de una visita al otro día, para seguir vigilando el estado de la herida, después con ello podemos prevenir alguna complicación - de serias consecuencias. Si no hubo molestias citaremos al paciente según la evolución del post-operatorio, para quitar las suturas y antes de dar de alta el caso, se le tomarán - - unas radiografías de control.

TERCER MOLAR SUPERIOR INCLUIDO**ETIOLOGIA****CLASIFICACION****TECNICA QUIRURGICA****INCISION****LEGRADO****OSTEOTOMIA****EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA****SUTURA****CUIDADOS POST-OPERATORIOS**

TERCER MOLAR SUPERIOR

Los terceros molares superiores están retenidos en mucho menor proporción que los inferiores, también las molestias -- que causan son de menor grado que las que producen sus antagonistas.

Al hacer erupción el tercer molar, en ocasiones su caracitriturante o una de sus cúspides entra en contacto con la mucosa del carrillo y por el mecanismo de la masticación y la erupción produce una ulceración en la mucosa la cual se encuentra continuamente traumatizada, produciendo dolor interno y formación de una celulitis acompañada de trismus e inflamación ganglionar de la región, estando la masticación impedida.

ETIOLOGIA

Es la misma que la de los molares inferiores.

CLASIFICACION

Puede encontrarse en forma intraósea o submucosa, puede estar total o parcialmente retenido.

1. Posición Vertical. El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje mayor del segundo molar -

superior, pudiendo estar total o parcialmente cubierto por -- hueso.

2. Posición Mesio-Angular. El eje mayor del molar retenido está dirigido hacia adelante, en este caso la raíz se en encuentra cerca de la apófisis pterigoides y puede existir ca-ries en la cara distal del segundo molar, debido a la preposición ejercida por el molar retenido.

3. Posición Disto-Angular. El eje mayor del tercer mo-- lar se dirige hacia la tuberosidad del maxilar, en este caso-- la cara triturante puede estar dirigida hacia el carrillo o - hacia palatino.

4. Posiciones Raras o Paranormales. El tercer molar puede estar en diferentes posiciones como son: posición horizon-tal abajo de la raíz del segundo molar, también puede estar - a lo largo del reborde alveolar o en posición invertida.

TECNICA QUIRURGICA

Consiste en hacer la incisión de los tejidos blandos gingivales, legar nuestros colgajos, extirpar la porción necesaria de tejido óseo para llegar a la región que nos interesa y hacer más fácil la abulción del diente incluido, volver a cubrir el hueso con tejido blando y suturar. La extracción debe efectuarse con todos los requisitos de la cirugía en cuan-

to a asepsia y manejo de los tejidos, procurando traumatizarlo lo menos posible a fin de facilitar la cicatrización.

INCISION

Tenemos dos tipos de incisiones:

1. Incisión en forma de "L" invertida o en forma de dos-ramas , la rama anteroposterior se traza sobre el reborde alveolar partiendo de la parte central de la cara distal del segundo molar hacia atrás y una longitud de 1 cm. El segundo -- corte principia donde se inició el primero dirigiéndose a fondo de saco o vestíbulo ligeramente hacia adelante, llegando - el coerte hasta el hueso.

2. El segundo tipo de incisión se empieza en la misma -- forma que el primero, pero en lugar de hacer el corte hacia - vestíbulo se sigue el contorno de los cuellos hasta el segundo premolar.

LEGRADO

Procedemos a levantar el colgajo, sirviéndose de una legra teniendo cuidado de no desgarrar la mucosa.

OSTEOTOMIA

El hueso que cubre el diente se levantará con cincel o con una fresa quirúrgica para descubrir la corona hasta donde sea posible.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Una vez descubierta la corona colocamos un elevador entre la cara distal del tercero, realizando un movimiento rotatorio. Hasta luxar el diente, en caso de que con la fuerza aplicada no lográremos extraerlo nos ayudaremos con un forceps para terceros molares superiores.

Cuando el molar presenta una posición paranormal como en forma horizontal sobre los ápices del segundo molar, podemos extraer éste y aún el primer molar para lograr su abulación o bien, hacer una técnica parecida a la de Cadwelluc. O sea penetrar por la pared vestibular hasta encontrarlo también puede ser la vía de acceso por palatino.

En ocasiones es necesaria la odontosección para poder extraer el diente, pero generalmente se logra extraer completo, ya que la región donde se encuentra está formada por tejido esponjoso y por lo tanto, sale con facilidad.

REGULARIZACION

Con la lima de hueso o gubia, procedemos a regularizar - las aristas de tejido óseo que nos hayan quedado, luego con - una cucharilla limpiamos el alveolo quitando el tejido que pu- diera haber quedado adherido al hueso y lavamos con suero.

SUTURA

Una vez limpio el alveolo procedemos a adosar y suturar- los colgajos, utilizando seda de dos o tres ceros, colocando- los puntos que sean necesarios. Indicando al paciente que -- presione una gasa en el lugar de la extracción.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Es igual que el de los inferiores.

15. OBSERVACIONES Y RESULTADOS

Como se verá, que la extracción de un tercer molar incluido, ya sea inferior o superior se tendrá que hacer con todos los estudios necesarios y las condiciones de asepsia y antisepsia máximas para una cirugía. Pues de lo contrario, se caerá en fracaso, que muchas veces tienen refutación en nuestro prestigio.

Una abulsión de un diente retenido con todos los exámenes y planes necesarios será por decirlo así, más fácil y por que no decirlo, mejor cobrada.

Tanto los exámenes de laboratorio como las radiografías, deberán de ser lo más exacto que se pueda. Deberán de ser recientes, ya que hay cambios bioquímicos y estructurales.

Las radiografías deberán ser desde diferentes posiciones para localizar lo más acertado que se pueda hacia donde efectuar la osteotomía.

En las pruebas de laboratorio se tendrá un poco de más interés en el tiempo de sangrado y de coagulación. Si fuera necesario se le administrará medicamentos para llevar a éstos al tiempo más próximo del normal.

16. BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL.

GUILLERMO RIES CENTENO

CIRUGIA ODONTOMAXILAR.

CITO DURANTE AVELLANAL

CIRUGIA BUCAL.

STERLIN V. MEAD. D.D.S. M.S.

PATOLOGIA BUCAL.

DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

TEXT BOOK OF EXODONTIA.

WINTER. MED. DEP. U.S. NAVY

CIRUGIA BUCAL.

KRUGER GUSTAV

CIRUGIA BUCAL.

WHITE