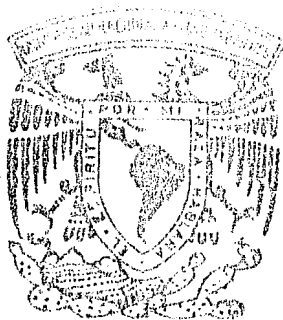


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Cirugía de los Terceros Molares Superiores e Inferiores

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:

cirujano dentista

p r e s e n t a n :

MARIA DE LOURDES BERTHIER DELGADO

LAURA REBECA FERNANDEZ ACOSTA



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

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

CAPITULO I.- ETIOLOGIA

- Razones embriológicas
- Causas Locales
- Obstáculos mecánicos
- Causas generales
- a] Causas prenatales
- b] Causas postnatales

CAPITULO II.- CLASIFICACION

- Winter y su clasificación
- J.J. Pindborg y su clasificación
- Pell y Gregory y su clasificación
- Clasificación de los morales sup.

CAPITULO III.-HISTORIA CLINICA

- Ficha de identidad
- Antecedentes hereditarios patológicos
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes fímicos, luéticos, neoplásicos
- Antecedentes quirúrgicos
- Antecedentes transfusionales
- Antecedentes traumáticos
- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes medicamentosos
- Aparato digestivo
- Aparato respiratorio
- Aparato cardiovascular
- Aparato genitourinario
- Sistema nervioso

Cont. Cap. III.- Sistema endócrino
Sistema músculo esquelético
Examen de la cavidad oral
Estudio de gabinete y laboratorio

CAPITULO IV.- CUIDADOS PREOPERATORIOS
Medidas generales
Medidas locales

CAPITULO V.- ANATOMIA
Maxilar superior
Maxilar inferior

CAPITULO VI.- TECNICA DE LA EXTRACCION DE LOS
TERCEROS MOLARES
Intervención
Incisión
Osteotomía
Operación propiamente dicha
Tratado de la cavidad ósea
Sutura

CAPITULO VII.- DIAGNOSTICO
Tratamiento postoperatorio
Comentarios
Bibliografía

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

Actualmente el problema de los terceros molares y de las inclusiones dentarias en general se ha vuelto uno de los problemas más frecuentes, ya sea dado por una reducción evolutiva de los maxilares, mezcla de razas, por las dietas actuales, hábitos, etc. Todo ello ha provocado una preocupación fundamental al Cirujano Dentista ya que no sólo es un problema de momento, sino que éste viene provocado tanto por enfermedades o causas sistémicas ó bien factores locales, así como también se ha vuelto problema de generaciones. Actualmente su importancia radica en los problemas que a consecuencia de su presentación viciosa trae infecciones severas o tumoraciones.

Esto gracias a la importancia que ha adquirido la cirugía por sus nuevos avances y diversas técnicas, ya no es un problema serio, tanto como para el paciente como para el operador, el cual ayudado con los métodos de diagnóstico

cos existentes, así como los conocimientos indispensables -
puedan ser la solución de un pequeño o gran problema, la --
inclusión dentaria.

C A P I T U L O I

ETIOLOGIA

DEFINICION

Se usa el término de dientes incluídos tomando en -- cuenta el verdadero sentido de la palabra, es decir, dientes - cuya erupción normal es impedido por dientes adyacentes o hue- so, dientes en posición normal que no han erupcionado después_ de su cronología natural; ya sea que se encuentren hacia lin- gual o vestibular respecto al arco normal en infraoclusión y - dientes que no han erupcionado después de su tiempo de erup--- ción natural. Podemos encontrar piezas dentarias retenidas en mal posición y haber o no erupcionado y en su defecto erupcio- nado parcialmente.

Para este tipo de piezas dentarias, no solo se puede involucrar un término descriptivo, ya que no siempre dicho tér- mino será aplicable.

ETIOLOGIA

La explicación teórica de los terceros molares in--- cluídos que parece más lógica, es la reducción evolutiva gra- dual en el tamaño de las mandíbulas humanas, provocando en con- secuencia mandíbulas muy pequeñas para acomodar a dichos mola- res.

Según Nodine, el hecho de la disminución o la falta total del estímulo existente en el desarrollo normal de la mandíbula es provocado por dieta que no requieren un esfuerzo decidido en la masticación, por ello Nodine y otros autores piensan que la causa de esta falta de estímulo en el crecimiento de la mandíbula, es la razón por la cual el hombre moderno tenga dientes incluidos y o ausencia de los terceros molares.

Así también tenemos que un problema frecuente en la retención dentaria es el mecánico. Es decir que dicho diente que está destinado a hacer su normal erupción, apareciendo en la arcada dentaria al igual que sus congéneres, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización normal de dicho trabajo que le está encomendado, teniendo en consecuencia un impedimento mecánico por tal obstáculo.

Para lo cual clasificaremos tales razones de dicha falta de erupción de la siguiente manera:

- I.- Razones embriológicas
- II.- Causas locales
 - a] Obstáculos mecánicos
- III.- Causas generales

I.- Razones Embriológicas

La ubicación específica de un germen dentario en un -

sitio muy alejado del de normal erupción, por razones mecánicas del diente originado, por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en su sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción la corona toma contacto con un diente vecino retenido o erupcionado; este contacto constituye una fijación verdadera del diente en erupción y en posición viciosa, -- sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Rodasch, dice que los factores etiológicos de las retenciones son única y exclusivamente de carácter embriogénico, sosteniendo que la inclusión se produce por trastornos de las relaciones afines que normalmente existen entre el folículo dentario y la cresta alveolar; así pues los cambios de evolución que sufren dichas estructuras son a consecuencia de alteraciones en la formación de tejido óseo, lo que hace desplazar al folículo dentario.

II.- Causas Locales

Según Berger, las causas locales de retención son:

Irregularidad en la posición y presión de dientes ad-

yacentes; densidad de hueso que lo cubre; inflamaciones crónicas continuadas con su resultante; una membrana mucosa muy densa; falta de espacio en maxilares poco desarrollados; indebida retención de los dientes primarios; pérdida prematura de la dentición primaria; enfermedades adquiridas tales como necrosis a consecuencia de infecciones o abscesos y cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantémicas en los niños.

Obstáculos mecánicos: son aquéllos que se interponen a la erupción normal.

a].- Por falta de espacio como en el tercer molar, -- que se desarrolla entre la pared distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula en donde no cuenta con el suficiente espacio, causando su desviación hacia una posición anormal.

b].- Por hueso de tal condensación que le impide -- erupcionar, un elemento patológico; puede oponerse a la normal erupción como un quiste de un segundo molar; puede rechazar o incluir al diente que se encuentra en su camino. Por medio de una radiografía se puede observar cuando existe un quiste paradentario que impide la erupción del tercer molar.

III.- Causas generales

Todas las enfermedades generales, tienen relación con las glándulas endócrinas que pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, ausencia o inclusión dentaria,

Las retenciones se encuentran, a veces, donde no existen condiciones locales presentes. Así tenemos según Berger

a].- Causas prenatales

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

b].- Causas postnatales; Todas las causas que puedan interferir en el desarrollo del niño tales como:

- 1.- Raquitismo
- 2.- Anemia
- 3.- Sífilis congénita
- 4.- Tuberculosis
- 5.- Endócrinas
- 6.- Desnutrición

c].- Condiciones raras

- 1.- Disostosis Eleidocraneal
- 2.- Oxicefalia
- 3.- Progenia
- 4.- Acondroplasia
- 5.- Paladar fisurado

Se ha observado que los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- 1).- Terceros molares superiores
- 2).- Terceros molares inferiores
- 3).- Caninos superiores
- 5).- Caninos inferiores
- 6).- Premolares superiores
- 7).- Incisivos centrales superiores
- 8).- Incisivos laterales superiores

C A P I T U L O II

CLASIFICACION

GEORGE B. WINTER, creador de una técnica quirúrgica que es la más aceptable en el tratamiento de molares inferiores incluidos.

Winter, da una clasificación aceptable de los distintos tipos de retención basado en cuatro puntos esenciales:

- a].- La posición de la corona
- b].- Formación radicular
- c].- Naturaleza de la oseoestructura que rodea al molar incluido.
- d].- La posición del tercer molar con relación al -- segundo.

La posición respecto al eje mayor del molar incluido se puede encontrar en:

a].- Retención vertical, puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso, pero su eje mayor paralelo al mismo del segundo y primer molar.

b].- Retención horizontal, el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del primero y segundo molar.

c].- Retención mesioangular, el eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando un ángulo aproxima-

mado de 45°.

d).- Retención distoangular, tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo que la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo que está desviado.

e).- Retención invertida, el tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia la cavidad bucal. A esta retención poco común se le llama también retención paranormal.

f).- Retención bucoangular; su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el primero y segundo molar, en este plano, el tercer molar ya no ocupa el mismo plano del primero y segundo molar. El molar retenido tiene su corona hacia bucal.

g).- Retención linguoangular, como en la posición anterior el eje del molar es perpendicular al plano en que están orientados, pero aquí la corona se encuentra hacia lingual.

J.J. Pindborg, nos muestra una clasificación más sencilla del tercer molar incluido.

a).- Posición vertical, el molar está en una posición aparentemente normal, pero con la parte distal de la coro-

na cubierta por hueso de la rama ascendente.

b].- Retención mesioangular, la más frecuente en la cual el molar está mesializado en la corona del segundo molar.

c].- Retención horizontal, la superficie oclusal del tercer molar está inclinada distalmente.

d].- Retención distoangular, cuando el tercer molar está inclinado distalmente.

e].- Retención ectópica, en la cual el molar es frecuentemente desplazado hacia la parte alta de la rama ascendente mandibular o hacia el área del ángulo mandibular.

Este tipo de retención sólo es por desplazamiento a causa de la presión de un quiste.

Relación del tercer molar incluido con el borde anterior de la rama ascendente.

La relación del tercer molar que guarda con respecto a la rama ascendente y que es muy variable, Pell y Gregory, -- las clasifican en tres clases que están en directa relación -- con el acto quirúrgico.

Clase I: Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar en donde la corona se encuentra mesiodistalmente en relación con la dimensión.

Clase II: El espacio que hay entre la rama ascendente y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona.

Clase III. Todo o la mayor parte del tercer molar - incluido se encuentra en la rama ascendente.

POSICION A. La porción más alta del tercer molar incluido se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

Posición B.- La porción más alta del tercer molar incluido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición C.- La parte más alta del diente se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar estas distintas clasificaciones del tercer molar de tal manera que se consiga indicar radiográficamente,-

la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y las relaciones del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

Al igual que los terceros molares inferiores, el superior se clasifica con fines quirúrgicos. Las variaciones en posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser intraosea, submucosa, parcial o total.

Posición del tercer molar superior retenido.

a).- Posición vertical, el eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar.

b).- Posición mesioangular, el eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición la raíz del molar está próxima a la apofisis pteriogoides [no es muy frecuente].

c).- Posición distoangular, el eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar y la cara oclu-

salsal del tercer molar mira hacia la apófisis pteriogides, -- con la cual puede estar en contacto.

d].- Posición horizontal:

1.- El molar está dirigido hacia el carrillo con el_ que puede estar en contacto la cara oclusal.

2.- La cara oclusal del molar también puede dirigirse hacia la bóveda palatina, incluso erupcionar en ella.

e].- Posición paranormal, el molar retenido ocupa di versas posiciones y ninguna encuadra en la clasificación anterior.

C A P I T U L O I I I

HISTORIA CLINICA

Se debe considerar como uno de los pasos más importantes en la práctica clínica profesional, puesto que por medio de ella se puede valorar a cada uno de los pacientes de forma individual, si presentan o no algún padecimiento que pueda impedir actuar de primera intención, basándose en ésto, se irá analizando cada una de las partes de que consta, sin olvidar que el interrogatorio deberá hacerse correctamente para que el paciente pueda referir algún signo o síntoma de interés para el cirujano dentista, sin preguntar jamás en forma negativa.

FICHA DE IDENTIDAD.- Sirve como dato de identificación del paciente, así como infunde confianza en él. La ficha debe incluir los siguientes datos:

- a).- Nombre
- b).- Edad
- c).- Sexo
- d).- Estado civil
- e).- Domicilio
- f).- Lugar de nacimiento
- g).- Ocupación
- h).- Teléfono
- i).- Fecha

Al igual que los datos anteriores la ocupación es de suma importancia ya que nos orienta acerca de la actividad del paciente, el medio en que se desenvuelve, lo que es un factor en varias ocasiones de múltiples padecimientos, ya sean dentales_ o parodontales, por ejemplo; zapateros, costureras, mineros, - boxeadores, etc.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS PATOLOGICOS:

De esta forma podemos averiguar si algún familiar -- del paciente padre, madre, abuelos, tíos o bien alguien en la familia directa padecen o padecieron alguna enfermedad de las_ que se consideran hereditarias o bien predisponen al padeci--- miento de tales, entre las cuales encontramos: Hemofilia, diabetes mellitus, sífilis, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Nos situa en el conocimiento del medio ambiente en - que se desenvuelve el paciente tanto social como económica y - otros.

I.- Habitación.- Las condiciones de higiene, venti- lación, iluminación y ubicación de la misma.

II.- Alimentación.- Necesitamos ver si es deficien- te o completa tanto en cantidad como en calidad.

III.- Tabaquismo.- Si el paciente fuma o no, en que cantidad si fuma pipa o no, ya que esta presenta en ocasiones lesiones tanto dentales como en mucosa oral.

IV.- Alcoholismo.- Nos guía para saber si acostumbra o no las bebidas alcoholicas, en que cantidad y frecuencia, ya que provoca problemas de tubo digestivo [úlceras gástricas, gastritis, etc], también puede presentar problemas de conducta, polineuritis, etc.

V.- Escolaridad.- Nos guía para saber el nivel cultural del paciente.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

En este punto nos damos cuenta de los padecimientos que el paciente ha presentado desde su infancia hasta la fecha de su visita a la clínica o al consultorio, sin abarcar el padecimiento actual con motivo de su consulta.

ANTECEDENTES FIMICOS, LUETICOS, NEOPLASICOS.-

Interrogaremos al paciente si presenta algún problema de los antes citados, de ser así se canalizará con el especialista correspondiente y posteriormente poder continuar con nuestro tratamiento.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS;

Es necesario saber si el paciente ha estado expuesto a alguna intervención quirúrgica y de ser posible el tipo de anestesia que se le aplicó.

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES;

Es necesario saber si estuvo expuesto a la práctica de transfusión de sangre, plasma o soluciones.

ANTECEDENTES TRAUMATICOS;

Si el paciente ha sufrido algún traumatismo de intensidad considerable como en cráneo, cara, tórax, etc.

ANTECEDENTES ALERGICOS;

Si ha tenido problemas de prurito, rash, eritema, --ronchas, posterior a la aplicación de algún medicamento, alimento, etc.

ANTECEDENTES MEDIAMENTOS;

Este al igual que cada uno de los puntos anteriores es de suma importancia ya que el paciente puede estar en tratamiento con determinados medicamentos y nos advierte de una probable consecuencia no deseable, por ej. cuando se trata de an-

ticoagulantes y se va a efectuar una cirugía o una extracción.

PADECIMIENTO ACTUAL;

El interrogatorio debe ser en forma exhaustiva hasta obtener el máximo de datos que nos oriente y junto con la exploración lleguemos a un buen diagnóstico y poder programar nuestro plan de tratamiento.

Aparato digestivo; interrogar si tiene problemas de digestión, acidez, vómito, diarrea, etc.; preguntar por el tipo de dieta, falta de apetito, náuseas, hematemesis, melena, disfagia, costipación, color y forma de heces fecales, ictericia, cólico, hemorroides.

Aparato respiratorio: El cual va ligado al cardiovascular, por lo que signos y síntomas pueden estar comprendidos en uno u otro respectivamente. Interrogar al paciente si padece de disnea, cianosis, asma, enfisema, taquipnea, bradipnea, tos, expectoración, hemoptisis, hepistaxis, resfriados, etc.

Aparato cardiovascular; al igual que el anterior, -- cianosis, disnea, fatiga debido a pequeños, medianos y grandes esfuerzos, ortopnea, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, hipo e hipertensión, edema en miembros inferiores, adormecimiento de extremidades superiores e inferiores, dolor retroes-

ternal, desvanecimientos, várices, hipotermia, etc.

Aparato genitourinario: Interrogar si ha presentado o presenta dificultad para orinar [disuria], nicturia, piuria, poliuria, polaquiuria, hematuria, incontinencia, oliguria, escurrimento de orina turbidez, expulsión de cálculos, enfermedades venéreas, hábitos sexuales, etc.

Sistema nervioso: preguntaremos si es agresivo, -- irritable, si padece de insomnio, temor, dificultad de marcha, postura, movimientos anormales, afasia, cefalea, ataxia, desmayo, vértigo, convulsiones, crisis de amnesia, adormecimiento - peribucal, incordinación, etc.

Sistema endócrino: Obtendremos datos de peso aparente y normal obesidad, pérdida de peso, distribución del pelo, desarrollo y talla, exoftalmos.

Sistema musculoesquelético: Interrogar si hay indicios de artralgias, mialgias, artritis, edemas en miembros.

HABITUS EXTERIOR: Se iniciará con la detección de -- signos vitales como son: Temperatura, pulso, tensión arterial, respiración, talla y peso, posteriormente exploración física - iniciando en la siguiente forma:

I.- Cabeza; veremos tamaño, forma, características, y lesiones, ojos, oídos y nariz, ver si existen hundimientos_ cicatrices, etc.

II.- Cuello; observaremos forma, característica y - anomalías que pudieran encontrarse, ver pulsaciones, ganglio- patías, realizar palpación de glándulas salivales.

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL:

Hay que observar sistemáticamente labios, dientes, - bordes alveolares, mucosa alveolar, paladar blando y duro, pi- so de la boca, lengua, amígdalas y orofaringe.

I.- Inspección: Por medio de aparatos y medios ma- nuales o simple visión, indicándole al paciente que ayude a - determinados movimientos para la observación de las zonas an- tes citadas.

II.- Palpación: Es importante ya que gracias a éste podemos identificar desde tumoraciones, ganglios cervicales - infartados, inflamación de glándulas, fracturas, etc.

ESTUDIO DE GABINETE Y LABORATORIO:

I.- Rayos X, cuando sea necesario para complementar nuestra impresión diagnóstica se ordenará:

- a].- Radiografías periapicales.
- b].- Radiografías oclusales.
- c].- Radiografías de mordida de aleta.
- d].- Radiografías lateral de cráneo y cara.
- e].- Radiografías mentoplaca.
- f].- Radiografías frontoplaca.

II.- Laboratorio:

- a].- Biometría hemática.
- b].- Fórmula blanca.
- c].- Química sanguínea.
- d].- Tiempo de sangrado

TRATAMIENTO. Después de llegar al diagnóstico definitivo, podremos evaluar un adecuado plan de tratamiento, individual y específico.

C A P I T U L O IV

CUIDADOS PREOPERATORIOS

MEDIDAS GENERALES:

Dentro de estas tenemos el examen general de orina, tiempo de coagulación, tiempo de sangrado, biometría hemática, química sanguínea, rayos X. Cuando se han presentado algunos inconvenientes hemorrágicos en intervenciones anteriores, se valorará su intensidad, momento de producción, y terapéutica, empleada para cohibirla.

Uno de los motivos más comunes de hemorragia es la extracción dentaria en pacientes predispuestos por lo que debemos ahondar en sus antecedentes hemorrágicos como, gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre ante traumatismos leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias.

MEDIDAS LOCALES:

El estado de la cavidad oral debe encontrarse en -- perfecto estado de limpieza, es decir, haber efectuado un adecuado detartraje y obturación de las piezas dentales que así lo requieran. Toda alteración de tejidos blandos como; gingivitis o estomatitis, contra indicaran la cirugía; es necesaria que antes de ésta se aplique cualquier solución anticéptica y soluciones como mertiolate, agua oxigenada o soluciones

yodadas, con fin de evitar una infección.

En cuanto a lesiones tuberculosas o sifilíticas, --
también está contraindicada la intervención.

C A P I T U L O V

ANATOMIA

MAXILAR SUPERIOR

Hueso par, de forma cuadrilátera aplanada de afuera hacia adentro que presenta dos caras, una interna y una externa cuatro bordes y cuatro ángulos.

Cara interna; presenta en la unión del tercio inferior con los dos superiores a la apófisis palatina, la cual se articula con la del lado opuesto y forma el tabique transversal, el cual constituye el piso de las fosas nasales y la bóveda palatina. En su parte anterior se observa el conducto palatino anterior [para el nervio esfenopalatino interno].

Por debajo de dicha apófisis, la cara interna forma una parte de la bóveda palatina. Por encima de la apófisis presenta rugosidades, para el palatino, presenta el orificio del seno maxilar, así como el canal nasal y la apófisis ascendente del maxilar superior.

Cara externa; A nivel de los incisivos encontramos la fosita mirtiforme limitada por detrás por la eminencia canina, toda la parte restante es ocupada por la apófisis piramidal del maxilar superior, su base forma cuerpo con el hueso; su vértice, rugoso, articulado con el hueso malar; su cara superior forma parte del suelo de la órbita donde se observa el ca

nal suborbitario; su cara anterior presenta al agujero suborbitario para el nervio del mismo nombre; su cara posterior forma parte de las fosas cigomáticas donde se observan los agujeros dentarios posteriores para los nervios del mismo nombre; su borde inferior se dirige hacia el primer molar, su borde anterior forma parte del reborde orbitario; su borde posterior corresponde al ala mayor del esfenoides formando así la hendidura esfenomaxilar.

Bordes; Son cuatro el anterior es irregular, de abajo hacia arriba presenta la semiespina nasal anterior, a la escotadura nasal la que corresponde al orificio anterior de las fosas nasales; y el borde anterior de la apofisis ascendente. El borde posterior, grueso y redondeado constituye la tuberosidad del maxilar. Libre por arriba, se articula por su parte inferior con la apófisis pterigoides del esfenoides y con la porción vertical del palatino [entre la tuberosidad y este último hueso se encuentra el conducto palatino posterior]. El borde superior se articula con el unguis, el hueso plano del etmoides y presenta los alveolos de los dientes, cavidades simples o tabicadas.

Angulos: Son cuatro, anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior. Los tres últimos no tienen gran importancia, el ángulo superior está representado por la apófisis ascendente del maxilar superior; su base forma cuerpo

con el hueso, su vértice se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal; su cara interna forma parte de las fosas nasales; su cara externa da inserción a varios músculos, su borde anterior se articula con los huesos propios de la nariz; su borde posterior limita por dentro el contorno de la órbita.

Conformación interior. Seno maxilar. El maxilar superior formado de tejido compacto a excepción de una pequeña masa de tejido esponjoso en la parte anterior de la apófisis palatina, en la base de la apófisis ascendente y a nivel del borde alveolar. El llamado seno maxilar también recibe el nombre de antro de Highmore.

La región de nuestro interés, región cigomática se encuentra inervada por el tercer ramo del trigémino o ramo maxilar superior.

MAXILAR INFERIOR

Hueso impar medio, simétrico situado en la parte inferior de la cara que se divide en dos partes, cuerpo y dos partes laterales o ramas.

Cuerpo, en forma de herradura con una cara anterior, posterior un borde superior e inferior.

Cara anterior, en la línea media presenta la sinfi--

sis mentioniana que termina hacia abajo en la eminencia mentioniana, hacia cada lado de la sínfisis la línea oblicua externa, por encima de ella a nivel del segundo premolar el agujero mentonianos para el nervio y vasos mentionianos.

Cara posterior. En la línea media cuatro eminencias, las apófisis geni, las superiores para los genioglosos, las inferiores para los genihioides; una línea oblicua interna o milohioides; por encima de esta línea y un poco por fuera de las apófisis geni, la fosita sublingual [para la glándula del mismo nombre]; por debajo de esta misma línea y a nivel de los -- dos o tres últimos molares, la fosita submaxilar [para las - - glándulas del mismo nombre].

Bordes superior o alveolar. Está ocupado por las cavidades alveolo dentario [para la implantación de los dientes].

Borde inferior. Redondeado y obtuso, presenta en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis, la fosita digástrica [para el músculo del mismo nombre]. En su parte externa, lugar donde comienzan las ramas, se encuentra ordinariamente un pequeño canal por el cual pasa la arteria facial.

Ramas. Son cuadrilateras están oblicuamente dirigidas de abajo arriba y de adelante atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

Caras. De las dos caras una es externa y la otra in-

terna. La cara externa presenta [sobre todo en su parte inferior] líneas rugosas para el masetero. La cara interna presenta en su centro el orificio superior del conducto dentario [para el nervio y los vasos dentarios inferiores]. En el borde de este orificio por delante y debajo del mismo se encuentra una laminilla ósea triangular, la espina de Spix. De la parte posteroinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, el canal milohioideo [para el nervio y los vasos milohioideo]. Toda la parte inferior está sembrada de verrugosidades para la inserción del pterigoideo interno.

Bordes. Se dividen en anterior, posterior, superior e inferior. El borde anterior es cóncavo formando canal. El borde posterior, en forma de sitálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida. El borde superior presenta, en su parte media, una gran escotadura, la escotadura sigmoidea, por la cual pasan el nervio y los vasos masetéricos. Por delante de ésta se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, llamado apófisis coronoides [para el músculo temporal].

Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia, el cóndilo del maxilar; es elipsoide, aplanado de adelante atrás y con su eje mayor dirigido oblicuamente de fuera adentro y de adelante atrás; está sostenido por una porción más estrecha, el cuello, en cuyo lado interno se encuentra una depresión rugosa para el pterigoideo externo. El

borde inferior se continua directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente en que se encuentra, por detrás, el borde posterior de la rama, constituye el ángulo del maxilar.

Conformación interior. Conducto dentario inferior,-- el maxilar inferior está constituido por una masa central de tejido esponjoso, circunscrita en toda su extensión por una cubierta muy gruesa y resistente de tejido compacto. Recorre una de sus mitades el conducto dentario inferior, que comienza en la espina de Spix, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas: una externa [conducto mentoniano], que termina en el agujero mentoniano, y otra interna [conducto incisivo], que termina debajo de los incisivos.

C A P I T U L O VI

TECNICAS DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES

INTERVENCION:

Toda intervención quirúrgica en cirugía bucal consta de varios tiempos que son:

- 1.- Incisión
 - a].- Angular
 - b].- b].- Magnus
 - c].- Contorneante
- 2.- Osteotomía
- 3.- Operación propiamente dicha [odontosección]
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 5.- Sutura

I N C I S I O N

Es una maniobra por la cual se abren los tejidos para penetrar a planos más profundos y realizar el objeto de la intervención.

Se realiza con bisturí, el más usado en odontología es el Bard Park.

La incisión debe ser hecha de una sola intensión ya que de ésto depende una buena cicatrización y ayuda a evitar -

desgarres de la mucosa. Dicha incisión limita un trozo de fibromucosa llamado colgajo; la base del colgajo debe ser lo suficientemente amplia, para que haya una buena irrigación y no se presente necrosis de los tejidos blandos.

Además la incisión debe ser suficientemente extensa permitiendo un colgajo que descubra totalmente el sitio donde se realiza la extracción y el trazo a de hacerse de tal manera que al regresar el colgajo a su sitio sus bordes descansen sobre hueso sano; los márgenes del colgajo deberán ser lo suficientemente redondeados, de no ser así se producirán escaras en ángulos pronunciados.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el mucoperiostio para que se forme hueso sano; y si es vertical debe practicarse en los espacios interproximales para evitar la tensión y contracción de los tejidos blandos.

En la intervención quirúrgica de los terceros molares retenidos la incisión está condicionada por el tipo de retención.

Una vez hecha la incisión se hace hemostásis comprimiendo la región con gasa unos instantes.

El desprendimiento del colgajo se hace mediante una legra, que se introduce entre los labios de la herida, apoyándose en el hueso se hacen movimientos de lateralidad y de giro

del instrumento progresando de distal hacia mesial.

O S T E O T O M I A

Es la resección del hueso que cubre el objeto de la operación, en este caso el tercer molar.

La mayoría de los autores sostienen que es mejor extraer más hueso y así traumatizar menos al realizar la extracción; en cambio si el hueso eliminado es poco deberemos usar una fuerza manual excesiva para vencer la resistencia del diente. Pudiendo ocasionar con ésto fracturas del maxilar y otros daños serios, y en algunos casos irreversibles.

Se puede realizar con escoplo, pinzas gubias o alveolotomo ó con fresas quirúrgicas.

Lo que más frecuentemente se usa en la actualidad -- son las fresas quirúrgicas, ya que es mucho más rápido, poco traumatizante y evita el calentamiento del hueso.

En algunas circunstancias pueden emplearse las pinzas gubias, por ej.: en la resección de hueso lingual, este instrumento elimina la cantidad necesaria de hueso actuando como una cizalla.

Así mismo la cantidad de hueso a researse está dada por la forma radicular, cantidad y altura de hueso, la re-

lación del borde superior óseo estructura con la bifurcación de las raíces y la distancia que el diente puede ser dirigido fuera de su alveolo.

Ahora bien, si en la porción ósea distal del tercer molar se encontrara un proceso patológico, como focos de osteitis, granulomas o el saco dentario fuera de dimensiones suficientes, no será necesaria la osteotomía porque el diente puede desplazarse hacia distal a expensas del espacio creado por el proceso patológico.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

Es el paso mediante el cual, una vez reseca el hueso necesario disminuyendo así la resistencia, realizamos la extracción merced a la aplicación de la palanca, es decir la fuerza administrada por el elevador, tomando como punto de apoyo el hueso maxilar ó el segundo molar; con una fuerza ejercida en el extremo vital de la palanca destinada a movilizar el molar que en este caso es la potencia.

En general ésta es la mecánica de la extracción, aunque no siempre puede aplicarse, debido a la posición del molar y la forma y disposición de sus raíces; en estos casos será necesario disminuir el volumen del cuerpo a extraerse, seccionado el molar retenido en varios fragmentos éste se traduce en menor edema postoperatorio, se previene el peligro de fracturas del

maxilar, todo lo cual simplifica la operación.

La odontosección puede realizarse sobre el molar en dos formas distintas:

- a).- Según el eje mayor del diente
- b).- Según el eje menor del diente

Esto con el fin de hacer de un cuerpo otros varios cuerpos de menor volumen, disminuyendo así, uno de los factores de resistencia.

Ahora bien, los instrumentos a emplear varían según la sección se realiza la sección según el eje mayor del molar con el escoplo, pero si se realiza el escoplo el eje menor se utilizan las fresas.

Una vez seccionada la pieza dentaria, las partes resultantes deben extraerse por separado y con un instrumental adecuado.

Debemos tener cuidado y saber perfectamente la anatomía de la corona, tener buena iluminación y hemostásis en el acto operatorio, con el fin de no pasar los límites de la corona y lesionar tejidos óseos o las partes blandas; ya que podemos lesionar el conducto dentario y sus elementos con la consiguiente hemorragia súbita y la parestesia postoperatoria del labio.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Una vez realizada la total extracción del tercer molar retenido se deben seguir dos maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea que alojaba al molar.

1.- Eliminación quirúrgica del saco pericoronario. Ya que este saco es continuamente fuente de hemorragias, infecciones postoperatorias [alveolitis] y eventualmente neoplasias, debe ser rigurosamente resecado de la cavidad ósea con cucharillas filosas.

En algunos casos está sólidamente adherido por lo -- que será necesario tomarlo con una pinza de Koher curva, mientras que se recubre con una cucharilla las distintas paredes óseas.

Ahora bien, si existen procesos patológicos tales como; granulomas, osteitis etc. deben ser resecados totalmente con cucharillas.

Después de la reacción observaremos los bordes óseos, si quedaran puntas agudas o aristas cortantes, se eliminarán con el alveolotomo y limas para hueso.

Además se recorrera cuidadosamente todo el fondo accesible de la cavidad para retirar los fragmentos de hueso, -- diente o cuerpos extraños y se lava la cavidad con suero fisiológico.

lógico.

2.- Obturación de la cavidad alveolar; en los terceros molares sin complicación pericoronaria aparente, se pueden colocar en la cavidad con una pinza de disección dos o tres conos antibióticos que se expenden en el comercio con distintos nombres, estos agentes bactericidas o bacteriostáticos quedan cubiertos por una sutura posterior y previenen la infección.

Si las condiciones del alveolo muestran una excesiva hemorragia por lesión de los vasos dentarios o vasos de las paredes, se obtura la cavidad con espuma de fibrina o gelfoam impregnados o no en penicilina o trombina, esto logra cohibir la excesiva salida de sangre.

En los terceros molares con pericoronitis aguda ó en latencia se empaquetará el alveolo con una tira de gasa yodoformada de tamaño proporcionado a la cavidad a obturar, la gasa debe estar impregnada en líquido de cemento quirúrgico.

Este tapón se deja de seis a ocho días, tiempo suficiente para que se organice la granulación por debajo de él; - trascurrido este tiempo se retira con suavidad, se lava la cavidad alveolar con chorro de agua tibia, se vuelve a taponear la cavidad de dos a tres días, técnica que se repite hasta que el alveolo muestra que está cubierto por tejido de granulación y no existen síntomas inflamatorios ni dolor.

S U T U R A

Es el ideal quirúrgico de toda intervención y está -
indicado en la extracción de terceros molares sin proceso in-
feccioso aparentes.

Se revisa la cara interna del colgajo eliminando te-
jido de granulación, se adapta el periostio y se vuelve el col-
gajo a su sitio original, se toma la pinza porta agujas con la
aguja enhebrada y se procede a atravesar primero el colgajo --
lingual, y después el colgajo bucal, una vez retirada la aguja
se practica el nudo quirúrgico y se corta.

Dependiendo el caso se colocaran los puntos que ---
sean necesarios.

C A P I T U L O VII

DIAGNOSTICO

Es la conclusión a que se llega acerca de X padecimiento con la ayuda de los datos de la historia clínica, pruebas de laboratorio, de gabinete [que fueron explicados en el capítulo III], métodos de palpación, inspección, auscultación, y todos los métodos de ayuda diagnóstica, lo cual ya estableciendo dicho diagnóstico podemos decidir cual es y que comprende nuestro tratamiento a seguir.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Es la fase más importante para el Cirujano Dentista ya que la vigilancia del tratamiento del paciente, habiendo concluido la operación puede modificar y aún aumentar los inconvenientes que se presentaron en el transoperatorio.

El tratamiento postoperatorio, es con objeto de mantener los logros de la cirugía para llegar a la restauración total del estado de salud del paciente.

Dichos cuidados serán en cuanto a la herida de la cirugía y será irrigada con solución tibia de agua oxigenada, lo que eliminará sangre, saliva y todos los restos que se depositen en surcos, espacios interproximales o bien en la herida misma; se le recomendará al paciente que procure guardar reposo durante algunas horas con la cabeza en alto, que no realice esfuerzos durante el tiempo que dure su tratamiento; la utili-

zación de bolsa de hielo sobre la cara en la región operada durante los primeros diez minutos de cada hora por medio día; durante el resto del día la aplicación de calor seco en la misma forma.

Cuando la incisión va evolucionando normalmente no es necesario la antibioticoterapia; el paciente no deberá intentar hacer colutorios en las primeras horas después de la cirugía; así también deberá someterse a una dieta líquida a base de frutas, cereales y carnes blandas [pollo, pescado] sin irritantes ni exceso de grasa a una temperatura menor que la acostumbrada por lo menos durante el primer día para evitar una hemorragia por ruptura de coágulo.

Si después de cuatro u ocho horas no hay indicios de hemorragia, el paciente podrá realizar colutorios con agua tibia; en caso contrario se procederá al taponamiento y compresión por medio de gasas estériles impregnadas de trombina, tromboplastina y adrenalina.

En caso de dolor podrá prescribirse algún analgésico. Al segundo día la herida deberá ser irrigada con suero fisiológico tibio para eliminar los restos que hubiesen quedado en la zona operada.

Los puntos serán eliminados al cuarto o quinto día de la intervención, de hacerlo antes provocará hemorragia por movilización del coágulo.

COMENTARIOS

Dentro de las patologías presentes en la cavidad bucal, una de las más frecuentes y de gran importancia, es la -- llamada inclusión de los terceros molares; por la cual el Cirujano Dentista, debe preocuparse por el conocimiento profundo - de la diversidad de dichas inclusiones, así también contar con los conocimientos necesarios en relación a la región que involucran dichas piezas dentarias, no olvidando los métodos indis-- pensables de diagnóstico como son: Historia clínica, donde por medio de ella tendremos conocimiento del estado social, físico y moral del paciente, el cual nos encomienda una tarea muy importante, su salud; así como también los métodos de diagnósti-- co, de laboratorio y radiográficos, lo que nos permitirá eva-- luar a nuestro paciente y aplicar la técnica adecuada, ya que-- como sabemos cada paciente es un caso diferente. Por lo tanto-- implica un diagnóstico y tratamiento diferente al igual que -- una técnica específica, que a nuestro criterio fuese la menos-- traumática, la más cómoda para el operador que intervenga y -- cuente con el instrumental necesario. Así pues debemos cuidar-- también de nuestras posibles complicaciones en el consultorio, donde concluimos que tanto en el transoperatorio como en el -- postoperatorio, las más frecuentes son; dolor, edema, hematoma, trismus, fractura, infección dermatitis de contacto y hemorra-- gias, las cuales se pueden considerar hasta cierto punto de me-- nor importancia en comparación a las lesiones quísticas u odon--

togénicas que se pueden originar por una realización incorrecta dentro de la cirugía, es decir dejando restos dentarios, o bien por evitarnos el trabajo de la extracción de una pieza incluida lo que forma parte de nuestra práctica diaria.

Para ello como ya lo mencionamos, es necesario contar con los conocimientos básicos, técnicas indicadas, material necesario y empeño en nuestro trabajo de rutina.

B I B L I O G R A F I A

TRATADO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA

L. TESTUT, O. JACOB

8a. EDICION. SALVAT EDITORES

CIRUGIA BUCAL

RIES CENTENO G.A.

EDIT. EL ATENEO, 1964

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

KRUGER GUSTAVO

EDITORIAL INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCAL

COSTISCH

EDIT. INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCAL

ARCHER W. HARRY

EDITORIAL MUNDI 2a. EDICION

CIRUGIA BUCAL PRACTICA

DANIEL E. WHITE D.D.S., M.S.

EDITORIAL CONTINENTAL, S.A.

PRIMERA EDICION 1978

APUNTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

U N A M.