

Ly' 797

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología



**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

ESTUDIO QUIRURGICO DEL TERCER MANDIBULAR

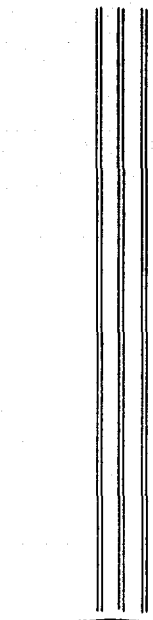
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LEONILA RAMIREZ HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

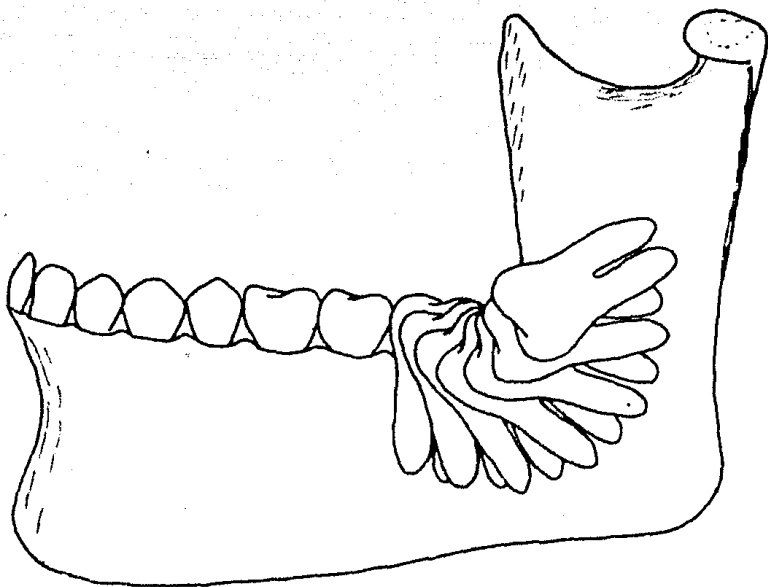


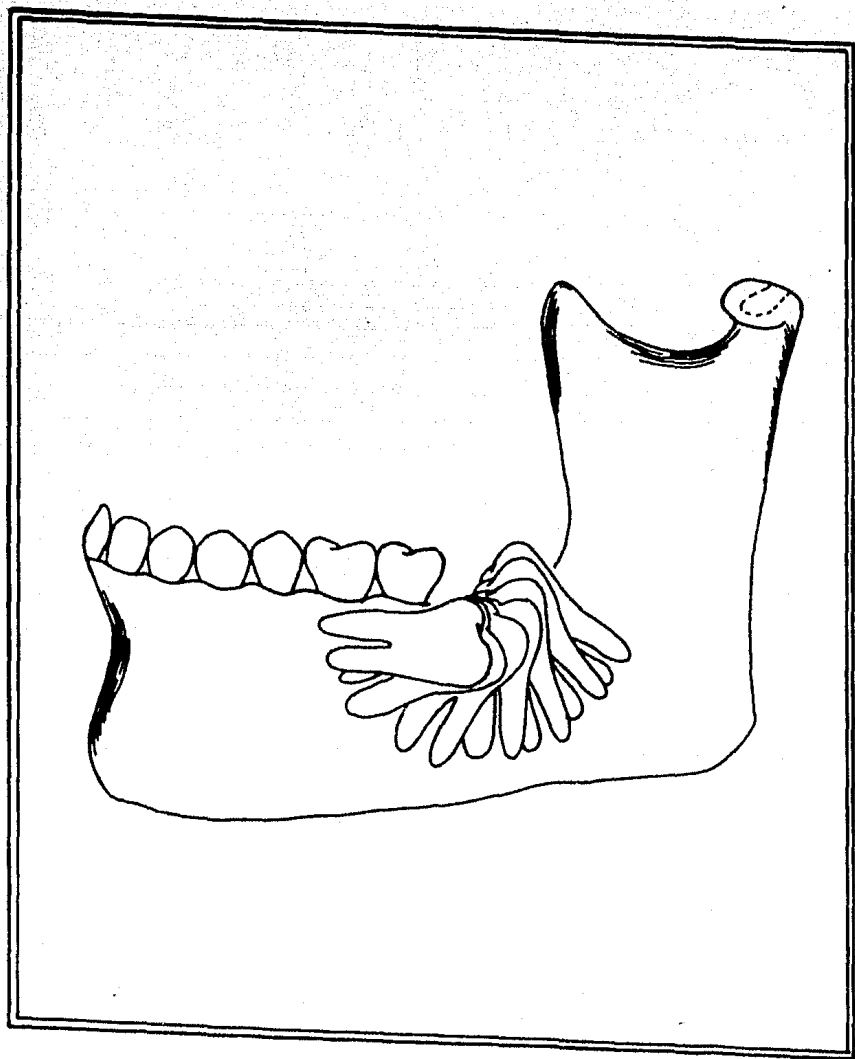
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.





I N D I C E.

DEDICATORIA

INTRODUCCION

CAPITULO I

GENERALIDADES I

- Definición de Cirugía Bucal
- Principios generales
- Denificación de tercer molar retenido
- Etiología de la retención
- Causas locales
- Causas Sistémicas
- Causas port-natales
- Condiciones raras
- Incidencia de la impacción
- Patología.

CAPITULO II 7

- Anatomía de la región del tercer molar
- Mandibula
- Rama ascendente
- Cara interna
- Cara externa

HUESO PERICORONARIO10

- Hueso lingual
- Hueso bucal
- Hueso mesial
- Hueso distal
- Hueso basal
- Hueso oclusal

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR14

PERIOSTIO.....17

MUCOSA ALVEOLAR.....18

SACO PERICORONARIO	19
MUSCULOS	20
Masetero	
Temporal	
Bucinator	
Constrictor superior de la faringe	
Milohiideo	
Pterigoideo interno	
NERVIOS.....	23
Dentario inferior	
Lingual	
Bucal	
ARTERIAS	25
VENAS.....	26
VASOS LINFATICOS.....	27
ANATOMIA DESCRIPTIVA DEL TERCER MOLAR INFERIOR...28	
Corona	
Dentina	
Pulpa	
Esmalte	
Cara oclusal	
Cara mesial	
Cara bucal	
Cara lingual	
Cara distal	
Raices	
Clasificación de raíces	
CLASIFICACION DE IMPACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES	
Primer factor	
Segundo factor	
Tercer factor	
1o. Clase	
2o. Clase	

- 3a. Clase
- 4a. Clase
- 5a. Clase

CAPITULO III

RE-OPERATORIO..... 41

Medidas generales

Historia clinica

Examenex de laboratorio

Estudios de gabinete

TECNICAS RADIOGRAFICAS

Intraorales

Extraorales

Proyección basal

Proyección mandibular

Proyección lateral oblicua

Proyección lateral 52

DESCRIPCION RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR ...53

Termino radiolucido, radiopaco..... 53

Linia oblicua externa

Linia milo Hidioa

Cresta del temporal

Borde anterior

Dentario inferior

Localización del dentario inferior

Hueso pericoronario

Hueso bucal

Hueso distal

Hueso lingual

Hueso oclusal

Hueso Basal..... 59

Saco pericoronario

APLICACION DE LA TERAPEUTICA MEDICA EN LA CIRUGIA BUCAL	
INDICACIONES PRE-OPERATIROAS.....	60
Mención de situaciones del orden general y estados patológicos específicos, posibles riesgos prevención y premedicación para su tratamiento y éxito de la extracción de los terceros mandibulares.	61
.....	67
TRATAMIENTOS PREVIOS DE LA REGION DEL TERCER MOLAR RETENIDO	68
.....	68
Tratamientos pericoronarios.....	69
.....	70
PREPARACION FISICA DEL PACIENTE.....	72
ANESTESIA.....	73
BLOQUEO DE LOS NERVIOS.....	73
MANIFESTACIONES SENSITIVAS DE LA ANESTESIA-.....	74
DESCRIPCION DE TRANS-OPERATORIO.....	75
MENCION DE POSIBLES COMPLICACIONES.....	76
INDICACIONES AUXILIARES PARA LAS COMPLICACIONES.....	77
APLICACION DD LAS TECNICAS QUIRURGICAS.....	78
CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL.....	79
CONTINUACION DE LA TECNICA QUIRURGICA, E INICIACION EN EL PACIENTE.....	81
CIRUGIA PROPIAMENTE DICHA.....	82
POST-OPERATIRIO.....	86
INDICACIONES INMEDIATAS.....	86
INDICACIONES MEDIATAS.....	87
ADMINISTRACION DE FARMACOS.....	88
VITAMINOTERAPIA.....	88
DIETA.....	89
HIGIENE DENTAL.....	89
EXTRACCION DE PUNTOS DE SUTURA.....	89
CONCLUSIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA.	

P R O L O G O

Es una grata satisfacción para mí presentar trabajo que con tanta benevolencia me a sido dirigido por los especialistas en la materia de cirugía bucal, quedando en deuda con las bibliotecas que me facilitaron el material didáctico para su elaboración, así como a los autores de los mismos.

Esta tesis de terceros molares retenidos, es una muestra más de la atrofia y la tendencia que tienen estas piezas dentaria a desaparecer de una correcta oclusión fisiológica, ya que la mayoría de los problemas que en este trabajo se mencionan son ocasionadas por una erupción problemática del tercer mandibular.

Así como la mención de aspectos de patología general aunados a casos de la cirugía de terceros molares inferiores que deberán ser tratados con plenos conocimientos médicos y técnicos que implican la resolución eficiente de una intervención. Así como los conocimientos anatómicos, fisiológicos y condiciones particulares de la clínica que se presenta que nos obliga a individualizar cada caso que se presenta.

Tomando en cuenta que es un ser humano sensible que le afecta la agresión física y emocional, dependiendo del cirujano dental.

Así como de su libre albedrío, precisión y exactitud con que realice la cirugía, de esta manera reducirá al mínimo las complicaciones orgánicas y emocionales del paciente dental.

Con lo expuesto en este trabajo deseo que todo aquel compañero que lo consulte se sienta estimulado al empleo y mejoramiento de las técnicas quirúrgicas de la cirugía bucal, para beneficio del aparato estomatognático de todo paciente que durante el ejercicio de la hermosa profesión de odontología; sean atendidos por consulta pública ó privada.

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

Las generalidades son las bases y la aplicación de los principios generales para emplearse en toda cirugía por pequeña que sea, ésta sea, siendo planeada ó de emergencia lo mismo - puede ser, una hemorragia accidental, una extracción necesaria ó preventiva, herida de tejidos blandos, una fractura ó ya sea -- una traquetomía.

Para lo más simple hasta lo complicado siempre será útil la aplicación de los principios y bases de la cirugía.

D E F I N I C I O N

Cirugía Bucal.- Es una rama de la odontología que - trata del diagnóstico, tratamiento por medio de maniobras quirúrgicas y cuadyuvantes de las patogenias, traumatismos y defectos de los maxilo mandibulares, así como regiones adyacentes.

PRINCIPIOS ACEPSIA Y ANTICEPSIA

De limpio a sucio.

Del centro a la periferia.

De lo distal a lo proximal.

OBJETIVOS.

Que se deben de plantear en la cirugía.

Dar confianza y seguridad al paciente.

Trabajar en un medio estéril si es posible.

Evitar posibles infecciones ó prevenir las mismas.

Efectuarla en un mínimo de tiempo.

Prevenir todo posible accidente Pre-Trns y Post. Operatorios.

Principios específicos para la Odontosección del tercer molar.

Hacer de un solo corte la insición.

No traumatizar el área Operatoria, ó Tejido Celular adyacente.

Conservar el aporte sanguíneo del colgajo.

El colgajo debe de permitir la libre separación del sitio a intervenir.

DEFINICION DEL TERCER MOLAR

RETENIDO

Son todas aquellas piezas dentarias superiores ó inferiores que no efectúan una erupción completa, en su edad cronológica de desarrollo, corona, cuello y raíz para alcanzar la funcionalidad, no lográndolo debido a obstáculos anatómicos que obstruyen los movimientos naturales de los dientes y que están cubiertos por huesos ó tejidos blandos parcial ó totalmente.

ETIOLOGIA DE LAS RETENCIONES

La retención de las piezas dentarias es debido a factores que se ajustan en igualdad de circunstancias, tanto superiores como inferiores.

Los datos consultados mencionan una reducción paulatina de la evolución de los maxilares humanos, se justifica por mutaciones genéticas, por la mezcla de las razas ó tipos genéticos.

CAUSAS LOCALES:

- a) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- b) Membrana y mucosa muy densa
- c) Inflamación crónica continua con sus complicaciones.
- d) Irregularidad en la posición de un diente adyacente.
- e) Densidad del hueso que lo cuble.
- f) Indebida retención de los dientes primarios.
- g) Abulción prematura de los dientes primarios.

CAUSAS SISTEMICAS:

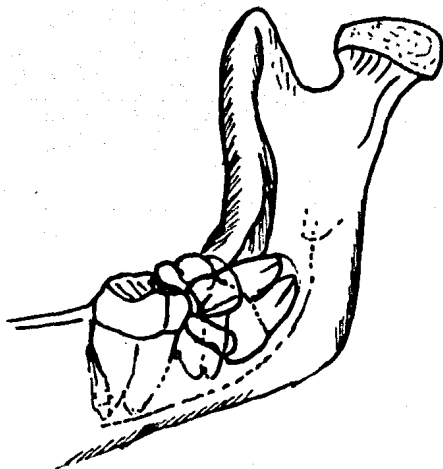
- a) Pre-natales
- b) Herencia
- c) Mezcla de razas

CAUSAS POST-NATALES:

- a) Raquitismo
- b) Anemias
- c) Sífilis congénita o lues
- d) Tuberculosis
- e) Enfermedades endocrinas

CONDICIONES RARAS:

- a) Distosis cleidocraneal.- Quiere decir defectuosa osificación y se considera una anomalía congénita capaz de ser hereditaria, caracterizada por aplasia de la clavícula, si es de que no esta ausente y en desarrollo exagerado del diámetro trasverso del cráneo, cuyas fontanelas se osifican tardíamente.



Region tupperface del tener

entibular

- b) Oxicefalia.- Se caracteriza por tener una cabeza puntiaguda con alargamiento de la frente, que permanece saliente y elevada acompañada de trastornos oculares, es consecuencia de la soldadura prematura de los huesos y suturas del cráneo, - que sólo se desarrolla en altura.
- c) ACONDROPLASIA.- Significa sin cartilago; enfermedad debida a una detención del desarrollo por calcificación de los cartilagos ó de conjunción de huesos largos, presentando una cabeza muy voluminosa, observándose macrocefalia en comparación del cuerpo.
- d) Paladar hendido, fisurado.- Deformidad manifiesta por una fisura congénita en la línea media de los maxilares, desde el punto de vista embriológico la retención esta ocasionada por una alteración en la angulación normal del germen dentario, por lo que llegado el momento de la erupción el diente toma contacto con la pieza adyacente la que impedirá la salida normal constituyéndose una fijación de dicho diente en -- posición viciosa.

INCIDENCIA DE LA IMPACCION:

- a) Terceros molares inferiores
- b) Terceros molares superiores
- c) Caninos superiores
- d) Premolares inferiores
- e) Caninos inferiores
- f) Premolares superiores

- g) Incisivos centrales superiores
- h) Incisivos laterales superiores

P A T O L O G I A

Breve descripción de la patología de la región del tercer molar inferior. Los cuadros patológicos descritos brevemente en este capítulo son los que con más frecuencia e incidencia, llegan consultas dentales por un proceso con anterioridad iniciado, por el ya estudiado tercer mandibular, llamada Operculitis.

1.- Siendo una de las más frecuentes pericoronitis - cuya sintomatología es característica.

Se instala alrededor de los terceros molares en frente e parcialmente retenidos, caracterizándose por una celulitis e inflamación difusa de los tejidos blandos extendiéndose por los tejidos e a lo largo de los planos faciales, producida por microorganismos que producen Hialuronidasa y Fibrinolisinasa como los estreptococos, estos cuadros siempre presentarán problemas - al cirujano bucal si antes no se atiende con tratamientos adecuados, previos al acto quirúrgico del tercer molar inferior.

2.- Quiste dentigero, se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared del tejido conectivo del folículo dental el cual se une con el epitelio folicular de revestimiento para formular una - - -

cavidad quística, son un porcentaje del 37% de los mandibulares inferiores lo presentan.

3.- Quistes Primordiales.- Estos quistes se pueden desarrollar en el sitio de los terceros molares que por alguna razón genética no se desarrolló y nos llegan a dar una lesión quística en la que se puede encontrar tejido conectivo cubierto de una capa regular y delgada de epitelio escamoso estratificado.

4.- Se puede localizar enfermedad parodontal por epitelologías ya conocidas en que se debe de dar tratamiento para resolver el caso satisfactoriamente, no complicar el Post-Operativo del Tercer Molar Inferior.

5.- Caries en todas sus etapas que pueden debilitar la corona y los puntos de apoyo para la extracción del tercer molar.

C A P I T U L O I I

ANATOMIA DE LA REGION TERCER MOLAR INFERIOR

MANDIBULA. - Hueso impar de tejido compacto.

Tiene forma de herradura, considerándole un cuerpo y dos ramas.

Lo que hace que me interese de manera especial la unión del cuerpo de la mandíbula y la rama ascendente.

Por lo que describiré brevemente el cuerpo de la mandíbula.

Posee dos caras interna y externa, cuatro bordes - elementos anatómicos y funcionales.

La porción basilar, se une sin límites visibles - con la rama ascendente y la porción alveolar.

La región alveolar tiene una ligera inclinación - hacia la cara lingual de la mandíbula, lo que origina su unión con la rama ascendente y apófisis alveolar.

Nos describe un espacio acanalado que recibe el - nombre de canal o fosa retromolar, espacio que tiene importancia especial para el desarrollo del tercer molar y patologías posteriores.

El Borde externo o bucal, del canal mencionado - esta formado por el borde anterior, de la rama ascendente.

La cara externa del cuerpo de la mandíbula esta - dividida en forma diagonal por la prolongación del borde interior de la mandíbula, recibiendo el nombre de línea oblicua -

externa, encontrando que la región anterior a la línea es con
cava y la inferior es conv7xa, línea que va a terminar en for
ma de penacho, a nivel del segundo molar, sobre ella se inser
tan los músculos cutáneo del cuello. Cuadrado de la barba, -
triangular de los labios por encima de la inserción de estos-
músculos y hacia el fondo de la fosa retromolar. Encontramos-
el origen de el músculo buccionador.

CARA POSTERIOR INTERNA.- Está cruzada diagonalmente con la ca
ra externa por la línea Milohioidea, cuya característica es ru
gosa y prominente bien definida siendo la línea que pasa so -
bre el tercer molar, a nivel del terio apical sirviendo de in
serción a los músculos Milohioideos que forman el piso de teji
dos blandos junto con otra estructura anatómica de la cavidad
estomatognática.

El límite externo de la región sublingual la observo
como lámina osea-externa y la porción inferior externa, se
ve cóncava que sirve para sostener ó soportar las glándulas -
submaxilares, describiendo la cara interna ó lingual de la re-
gión del tercer molar.

La línea Milohioidea no se observa como la prolon-
gación de la cresta temporal sino una línea rugosa funcional -
independiente para las estructuras blandas linguales.

Y se puede decir que la cresta temporal forma el -
borde interno de la arcada alveolar sirviendo de inserción a -
los ligamentos coronarios.

RAMA ASCENDENTE.- Son aplanadas transversalmente en número de-

dos y de forma cuadrangular, con dos caras y cuatro bordes - dando esta descripción de forma rectangular con su eje mayor - formando un ángulo con el cuerpo de la mandíbula . Presenta- dos caras que están involucradas con el tercer molar inferior.

CARA EXTERNA.- Es observada en su parte inferior con más rugo- sidades para la inserción del músculo masetero a la altura del tercer molar.

CARA INTERNA.- Se localiza en la parte media y hacia la mitad- de la línea diagonal, que da del conducto a la línea diagonal, al término de la misma, el orificio superior del nervio denta- rio se encuentra se describe posteriormente. Porción infe- rior se inserta el músculo pterigoideo teniendo poca relación- con el tercer molar sin dejar de tener interés para la cavidad oral, porción anterior muestra una parte bien definida y la - cresta temporal que nace del ángulo de la apófisis coronoides- dirigiéndose en forma rugosa hacia abajo, adelante, atrás, y - abajo para finalmente dividirse al llegar a la región del ter- cer molar, formando dos crestas bien definidas

Una cresta externa que constituye el borde externo- de la apófisis alveolar, cresta interna, y borde interno.

Estas crestas forman un triángulo con base anterior y vértice posterior llamado trigono retromolar.

Sirviendo en su parte media y superior para la in- serción del músculo temporal.

En el lado externo del trigono retromolar se inser-

ta el ligamento ~~ter~~terigo mandibular o aponeurosis bocinato fa-
ringea.

Borde anterior inicia con una espina prominente -
en la cúspide de la apófisis coronoides y se dirige luego ha-
cia abajo y adelante, después desciende abajo y ligeramente -
hacia atrás para curvarse adelante y afuera para nuevamente a
la altura de la cara oclusa del tercer molar formando una lí-
nea oblicua.

Hasta esta fase se describe la región mandibular -
del tercer molar en su forma cuadrangular y en la topografía-
osea o se utiliza para extraerlo con técnica quirúrgica.

HUESO PERICORONARIO.- Tomando en cuenta la posición del molar
retenido encontramos variaciones en las características del -
mismo como consistencia de disposición, tamaño, altura, del -
hueso pericoronario, para poderlo describir con más claridad-
se divide en seis partes.

Si se toma en cuenta el diseño del tercer molar en
que varía el tamaño, para poderlo estudiar con más sencillez-
se describe de lingual a vestibular de mesial a distal, y de-
basal a oclusal.

1) HUESO LINGUAL.- Se nombra así al hueso de la ca
ra lingual del tercer molar retenido y la porción radicular -
del de erupción normal. Su marginación del hueso mesial y el
hueso distal, cada uno por su ubicación, el límite superior -
es el borde alveololingual y su límite inferior el plano basal
a la altura de los ápices del molar, considerandose como par-

te la bifurcación de la cresta temporal, es en casos normales un hueso de escaso espesor que frecuentemente es modificado - por la posición de las raíces del mencionado molar e incluso una notoria lámina osea adelgazada al máximo. A esto se debe las frecuentes fracturas con dedicación hacia piso de boca durante las maniobras mecánicas armadas para la extracción del mismo, tomando en cuenta que éste hueso es cruzado por la línea oblicua interna.

2) HUESO BUCAL.- Se considera a la parte que cubre ésta cara; corona y raíz, sus límites no están muy detallados - dada la influencia de las estructuras anatómicas de la tercer molar estudiada, sin embargo se puede decir que en una molar - bien erupcionada encontramos los límites en la llanura del - hueso bucal en la que se inicia la depresión que forma la fosa retromolar, insertándose en éste sitio las fibras del músculo bucinador, extendiéndose la llanura desde el borde alveolar, en íntimo contacto con el molar hasta la línea oblicua - externa. Siendo la prolongación hacia el lado distal del bor - de alveolar del segundo y primer molar variando el espesor y - altura de la tabla osea externa de acuerdo al tipo de reten - ción que se localice el tercer molar inferior retenido.

3) HUESO MESIAL.- El hueso mesial, se le nombra a - la porción osea que se encuentra en la cara mesial del molar - inferior retenido y la cara distal del segundo molar, sus lí - mites nos lo van a dar el tipo de retención y posición que - presente el tercer molar, en el caso de una erupción normal -

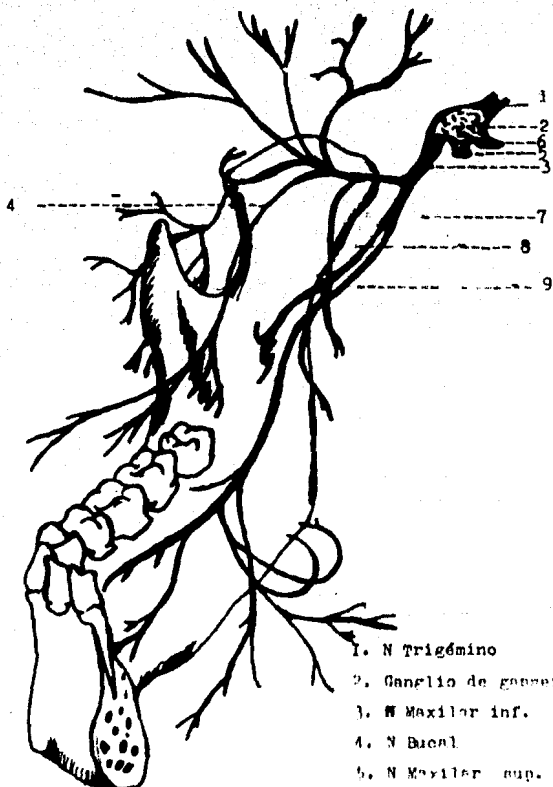
mente nos dará una forma de pirámide truncada, con base sobre un plano horizontal trazado a nivel del apéndice mesial del molar mencionado, de todas las caras de esta pirámide la que más interesa para su estudio son la cara bucal y el vértice truncado, ya que se toma como punto de apoyo en la mayoría de las técnicas quirúrgicas de la extracción armada del tercer molar inferior retenido.

4) HUESO DISTAL.- Es la parte que cubre la cara al distal del molar en forma y extensión; la consistencia de estas características dependerá la posición de nuestro molar, es considerada como la base de la extracción del tercer molar retenido, el hueso distal es una amplia superficie que comprende desde la línea externa hasta la cresta temporal a nivel alveolar, su límite distal se funde con la rama ascendente y su límite mesial termina con la cara distal del tercer molar prolongándose con el hueso oclusal según la posición adoptada del tercer molar.

En una erupción normal el hueso distal presenta espacio triangular llamado trigonoretromolar. Este último lo podemos localizar ó no estar presente según la posición de corona y raíz del molar inferior retenido.

En ocasiones llegamos a encontrar en el hueso distal el orificio inicial de dimensiones variables por donde se desliza un paquete trifuncional nutritivo.

Este asegura salida a los vasos correspondientes de calibre importante, que puede ser involucrado al realizar - - -



1. N Trigémino
2. Ganglio de gasser
3. N Maxilar inf.
4. N Bucal
5. N Maxilar sup.
6. N Oftrálmico
7. N Auriculotemporal
8. N Alveolar inf.
9. N Lingual

la incisión distal en la intervención, dando lugar a un sangrado intenso ó profuso. Encontrando éstos vasos sanguíneos más frecuentemente próximos a la cresta temporal.

Este hueso es la clave de la extracción ya que a sus expensas y por medio de maniobras quirúrgicas, es realizada la extracción, además de la posición del molar, generalmente se cuenta con la forma, dimensión y posiciones variables que facilitan el establecimiento frecuente de procesos patológicos en este hueso, originados por el saco pericoronario.

5) HUESO BASAL.- Se le llama hueso basal a una superficie cuadrada que se haya ubicada debajo de los ápices del tercer molar en posición normal ó vertical ó mesio angular, disto angular, si el molar estudiado se funde con los límites y lechos vecinos es relativa su localización.

En este hueso los límites anteriormente descritos están sólidamente formadas por cortical espesa que contiene tejido esponjoso, de estructuras poco apretadas, por lo que hace factible que por éste pase el conducto dentario inferior con estructuras nutricias, vasos, arterias, nervios, ganglios linfáticos, en algunas ocasiones se considera que el estudiado hueso tiende a fusionarse por su escaso volúmen, sin embargo éste hueso puede ser base para procesos patológicos de origen periapical ya conocidos.

6) HUESO OCLUSAL.- El hueso oclusal es una porción que cubre la cara oclusal del tercer molar incluido. Sus lí ----

mites estan dados por las porciones oseas mencionadas, las ca racterísticas al igual que todos los anteriores son determi- nadas por el tipo de retención radicular que, presente nuestro molar estudiado, este hueso se puede encontrar formado por - dos delgadas corticales, compactas y en cantidad variable de hueso esponjoso entre ellas. Con este hueso se está dando de talladamente la ubicación de la área quirúrgica osea del ter- cer molar retenido. Se puede decir que éstas paredes forman= el alveolo del tercer molar inferior.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOr. En la actualidad se describe como un canal que tiene su origen en la cara interna de la rama - ascendente, en su parte superior éste orificio se situa equi- distante de los cuatro bordes de la rama.

El conducto dentario se localiza en el interior - del hueso de la mandíbula, presenta una cortical que lo revis te formando una anatomía independiente con respecto a su indi vidualidad.

A través del hueso se han encontrado casos en que- la cortical se encuentra ausente lo que puede ocasionar algún accidente durante las maniobras quirúrgicas, sigue un trayec- to de arriba a abajo de atras hacia delante terminando en el agujero mentoniano.

Este conducto presente dos tipos de curvaturas, la primera en plano sagital descrita por dos segmentos, ya que - en su totalidad se dirige de arriba hacia abajo, de atras ha- cia delante se puede describir diciendo que el primer segmen to va de la espina de spix hasta las proximidades del primer-

el segundo segmento se dirige del primer molar al agujero men-
toniano dirigiéndose en forma profunda y de embudo.

Encontrándose en la mayoría de los casos con cor--
tical propia, marcando una avertura en el hueso esponjoso, es
te hueso goma de unas características, siendo compacto, espe-
so y consistente, pero a medida que avanza disminuyen estas -
cualidades.

El dentario inferior pasa por debajo de las raíces
del tercer mandibular en ocasiones con una pronunciada impor-
tancia en el plano horizontal por localizarse desde su inicio
proximo a la tabla interna del proceso oseó mandibular, situ-
andose, en él variadas posiciones con respecto al plano y en-
relación con el tercer molar mandibular y al plano mencionado.
Generalmente el conducto esta situado en posición bucal con -
respecto al tercer molar, tomando en cuenta que éste esta nor-
malmente erupcionado, por otra parte si el molar esta en posi-
ción bucal, el dentario estará constituido hacia lingual con-
respecto al diente, esto nos muestra el recorrido del conduc-
to en el plano horizontal siendo éste de adentro hacia afuera
llegando hasta el orificio mentoniano.

Describiendo el plano frontal representado a nivel
del tercer molar conforma oval con un ojo mayor vertical diri-
giéndose hacia atras del tercer molar aumentando en esta di--
rección y desminuyendo hacia el primer molar.

Se puede decir que la cortical se encuentra inte--
grada en toda su extensión del conducto. Sin embargo hay un-
gran número de casos en que no existe la cortical, en las pro

ximidades del tercer molar, así como ausencia del tabique que separe del paquete nutricio. Dada la casuística en la que las raíces presentan un conducto ó tunel a través del cual pasa el nervio y vasos nutricios, ésta es una de las problemáticas a las que se enfrenta el cirujano dental, ya que la primera impresión que dá es la de estar sujeto a una banda elástica, al efectuarlos movimientos para su abulción quirúrgica mecánica, otra de sus presentaciones es la de un zurco de variable profundidad en las raíces en caras radiculares de terceros mandibulares, sin duda en el diseño embrionario de la raíz sobre el conducto dentario, otro de sus casos es donde las raíces abrazan por completo el conducto dentario. Estos casos se dan solo en retenciones profundas de terceros molares con raíces en formación, ya que el crecimiento de estas debe hacerse a expensas de tejido esponjoso, dado que no es así, a de moldarse a un conducto con cortical definida, durante su formación embriológica de las raíces, debiendo sortear el conducto, las raíces se dividirán rodeando el conducto, una a una por el lado bucal y en ocasiones bucolingual uniéndose más abajo nuevamente e incluso pueden llegarse a fusionarse anteriores en anatomía, embriología y fisiología, se puede decir que la extracción de un tercer molar con las características anteriores ocasione la sección ó traumatización del contenido del conducto dentario. Dado complicaciones operatorias y post-operatorias que pueden ser traducidas a pariestias breves, prolongadas, e incluso definitivas del labio y también hemorragias, muchos casos de éstos son predesibles radiográficamente, y es conv

- - - - -

niente explicar al paciente de las posibles complicaciones.

Algunos autores sostienen que los axones de las terminaciones nerviosas periféricas se regeneran a razón de uno a dos milímetros por día, lo que se podría acelerar con fisioterapia para una más pronta recuperación, no en su totalidad siendo menos notora la lesión que lo anterior dejaría ya que siendo una lesión considerable es de esperar un período largo de recuperación.

PERIOSTIO.- Así como las víceras musculos, corazón, los huesos, también están recubiertos por una membrana llamada periostio. Este tejido rodea a manera de envoltura por así decirlo, todos los huesos y la mandíbula no es una excepción sólo interrumpiendo a nivel de la arcada dentaria. El periostio es un tejido que está directamente adherido en la periferia de los cuellos dentarios y sólo es posible su dehiscencia por medio de maniobras quirúrgicas, desprender su incursión ó adhesión. Se encuentra a nivel de su adherencia el borde oseó, que las fibras del periostio se entrecruzan así mismas y las gingivales formando un todo sólido.

Ete tejido lo podemos identificar porque es un color blanco pálido, en este hueso mandibular, al efectuar su desprendimiento mecánico armado de su línea de incursión a nivel del borde alveolar, puede ser separado con relativa facilidad del hueso llevando lo que sea necesario para las maniobras quirúrgicas.

MUCOSA ALVEOLAR.

Igual que la cavidad de nuestra especialidad --- también el espacio comprendido del molar estudiado es recubierto por una mucosa alveolar.

Describiendo dos porciones, la de la cresta alveolar, la otra encía propiamente dicha, con anterior se puede decir que la mucosa puede no presentar solución de continuidad, -- cubriendo el lado bucal y el lado lingual presentando a un tiempo adecuado la abertura por donde eucpcionarán las piezas dentadas como la región del tercer molar.

Histológicamente la Mucosa alveolar esta formada, por espitelio, conteniendo las características propias de la mucosa, constituida por epitelio pavimentoso estractificado y el corión formado por papilas.

La mucosa se implanta en la submucosa de espesor y estructura variable, y ésta se asienta, se implanta sobre el -- periostio, si se toma en cuenta la ubicación del tercer molar inferior, la relación que presenta la mucosa con éste dependerá de -- la cantidad de hueso que cubra al molar pudiéndose encontrar intacto o presentar solución de continuidad.

En el primer caso la mucosa bucal se continúa --- a lingual reposando sobre la submucosa y el periostio en el segundo caso entre la capa inferior de la mucosa y el esmalte dentario, se encuentra el saco pericoronario en cantidad variable -- dado que la submucosa no se haya al saco pericoronario y es fácil separarlo.

cil separarlo.

Histológicamente el tejido gingival de los terceros molares no está sano ya que es común que haya procesos inflamatorios de intensidad variable ocasionado por la falta de espacio y espensas de este tejido gingival y del saco pericoronario se originan las complicaciones patológicas de las pericoronaritis, convirtiéndose en un foco infeccioso silencioso pero de un valor clínico real.

SACO PERICORONARIO.

Histológicamente procede de una condensación del mesodermo que posee funciones específicas, circunscribe y al folículo y acompaña al diente en sus periodos eruptivos ó de erupción. En el caso estudiado el saco se inserta exactamente a nivel del cuello rodeando toda la corona, y de no presentarse una erupción normal el saco se puede encontrar indefinidamente teniendo su función de cubierta coronaria.

En algunas ocasiones se puede localizar comunicado con el medio bucal, lo cual ocasiona una gran infección a nivel del tercer molar inferior, una pericoronitis u otras patologías agregadas dada la flora bacteriana normal de la cavidad oral.

MUSCULOS

Para todo acto quirúrgico es necesario que el cirujano bucal conozca ampliamente la región a intervenir así como histología patología, anatómicamente y para nuestro caso específico trataré brevemente los músculos involucrados - con la región del tercer molar inferior retenido describiendo los en forma sencilla conociendo al masetero temporal, bucinador, constrictor superior de la faringe, pterigoideo interno y milohioideo, lo describiré como se presenta en el organismo de la externa a lo interno.

MASETERO.- Músculo de forma rectangular que se inserta en la apófisis cigomática y de fuera a dentro se inserta en el ángulo de la mandíbula por la cara externa de la misma, en su descripción encontramos que esta formado por dos fascículos uno externo y uno anterior, y otro profundo posterior interno de lo que más se va a detallar es la cara interna y el borde anterior del fascículo profundo.

La cara interna del músculo presenta una inserción en las tres cuartas partes inferiores de la cara externa de la rama ascendente, y el borde anterior describe una diagonal en la cara bucal del tercer molar mandibular normalmente erupcionado.

En algunos casos quirúrgicos el tercer molar inferior presenta retenciones que obligan al cirujano bucal a desincertar las fibras de este músculo para lograr abordar con éxito la pieza dentaria.

TEMPORAL

Músculo que se observa en forma de abanico y se dirige de la fosa del temporal a la rama de la mandíbula, en la que solo su inserción inferior tiene relación con el caso estudiado del tercer mandibular encontrándose insertado en dos caras, una interna y otra externa de la apófisis coronoides y en la cresta del temporal, cara interna de la rama ascendente, algunas de sus fibras las podemos localizar en la parte distal - del hueso la inserción de mayor importancia tiene en este caso es la de la mandíbula en forma de "V" invertida entre cuyas ramas no hay fibras musculares, en casos especiales el cirujano tiene que desprender algunas de las fibras musculares, esto es muy frecuente a nivel del trigono molar, teniendo cuidado de aplicar los principios antes mencionados de la cirugía.

BUCINADOR

Este músculo es importante conforme la pared lateral de la cavidad bucal, tomando gran importancia con la zona del tercer molar mandibular. Es un músculo aplanado e irregularmente cuadrilátero, esta situación en la parte profunda de la mejilla presenta inserciones óseas musculares y aponeuróticas toma una dirección desde la parte posterior de la arcada - hasta la comisura labial. Las inserciones óseas tienen lugar en el maxilar superior y en el inferior las primeras inserciones se encuentran en la cara externa del maxilar superior a nivel de los tres molares, en el hueso palatino y en el gancho - de la ala interna de la apófisis pterigoides, haciendo la inserción en la región fibrosa conocida con el nombre de aponeurosis

bucinatofaríngea o ligamento pterigomaxilar y en inferior sus inserciones musculares tienen lugar en el ligamento pterigomandibular que se extiende desde la apófisis pterigoidal, hasta - la última porción de la cresta temporal inferior detrás del molar se inserta el músculo bucinador descendiente e insertándose en la mandíbula y superficie externa y anterior de la fosa retromolar, continuándose por la línea oblicua externa hasta la raz mensisal del primer molar inferior.

Teniendo gran importancia con los colgajos que se - efectúan para la extracción del tercer molar inferior. Teniendo precaución por la inserción posterior es el músculo se sigue hacia adelante para insertarse en la comisura labial. Anatomicamente esta muy relacionada con el área operatoria de los terceros molares, como lo es la inserción del tercio inferior-externo del hueso basal, por lo que en ciertas retenciones del tercer molar ya que es necesario desprender pared de esta región para realizar un colgajo.

CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE

Este músculo presenta tres inserciones importantes- describiéndose como sigue: se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis pteigoides, otra en el ligamento pterigomandibular y en el extremo distal de la línea milohioidea por lo que mencionan estas últimas tienen mayor relación con el -- tercer molar inferior, de acuerdo al tipo de impacción que presente, serán los requerimientos de su deninserción para las libres maniobras quirúrgicas.

MUSCULO MILOHIOIDEO

Se clasifica como un músculo par de forma cuadrilátera uniéndose los dos dando lugar al piso de la boca, se inserta en la línea milohioidea desde el extremo posterior de esta línea hasta la sínfisis; en su inserción posterior superior cruza en diagonal la proyección de las raíces, del tercer molar dependiendo su cercanía al tipo de retención del mismo, por lo que esta contra indicado el colgajo del lado lingual o piso de la lengua.

PTERIGOIDEO INTERNO

Es un músculo corto y poderoso por su función que desempeña, sólo se puede encontrar relación con el tercer molar si éste se localiza en una posición con retención distoangular con gran desviación lingual, lo que ocasiona que adelgase la tabla interna, quedando la corona muy próxima a la inserción inferior, este músculo se dirige extendiéndose de la fosa pterigoidea, hasta la cara interna del ángulo de la mandíbula, la cara externa del músculo con el hueso forman un espacio abierto que tiene mucha importancia para la región operatoria como son nervios dentarios inferior, lingual, vasos nutricios.

NERVIO

La región del tercer molar para su efecto quirúrgico se encuentra inervado por tres ramas del V par o trigemino-

cuya función es sensitiva y motora, por lo que la atrofia de este nervio puede traer como consecuencia una parestesia facial.

La región del tercer mandibular inferior se encuentra bajo la función del trigésimo correspondiendo a la tercera rama, nervio dentario inferior ó mandibular, este nervio se localiza por debajo del espacio Pterigomandibular descendiendo y penetrando al hueso de la mandíbula a través del orificio dentario parte superior, al mismo tiempo que el paquete vascular ó nutricio.

La segunda rama que toma el nombre de la región anatómica que inerva lo localizamos como nervio lingual, rama terminal del nervio maxilar inferior, penetra la región pterigomandibular al mismo tiempo, dando sensibilidad al borde anterior del pterigoideo interno, pasando por la cara interna de la mandíbula a un centímetro por debajo del tercer molar, estando sujeto a las variantes de posición de la clasificación de las raíces. Esta rama lingual da filetes gingivales que inervan la cara lingual de la encía a nivel de los molares y parte media de la lengua.

La rama del bucal largo ó bucinador se separa después de atravesar el agujero oval, dirigiéndose hacia abajo, adelante y fuera entre la apófisis coronoides y la tuberosidad del maxilar superior, penetrando en el músculo temporal hasta llegar al músculo bucinador, el que atraviesa dando inervación y función al mismo y a la encía de lado bucal o vestibular de-

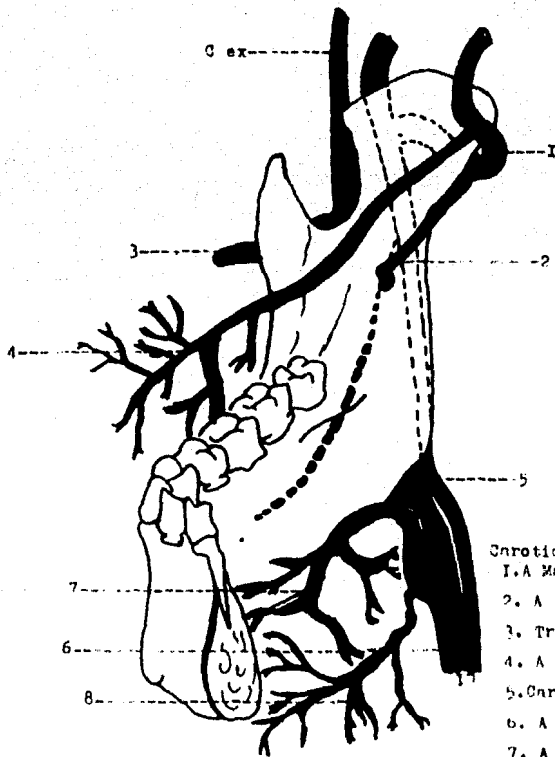
la mandíbula con una sensibilidad desde el tercer molar hasta el segundo premolar, por lo que en ocasiones hay que reforzar la anestesia en esta área del vestíbulo del tercer molar inferior.

ARTERIAS.

Para todo acto quirúrgico, uno de los principios es conservar la irrigación nutricia, y en la región del tercer molar inferior se cuenta con la nutrición de la arteria maxilar interna, que nos proporciona una rama colateral, que desciende la anterior. La arteria dentaria inferior se origina a la altura del Cóndilo dirigiéndose hacia abajo y afuera, recorre el espacio pterigomandibular nutriendo y oxigenando esta zona para posteriormente introducirse junto con el nervio dentario inferior en el conducto y pasar a formar parte del paquete vascular nervioso que se dirige a través del conducto del mismo nombre.

Esta posee dos clases de ramas; la parte nutricia de la pulpa que se describen como arterias pulpares que penetran por el foramen apical y continúa en esta misma forma para todos los dientes inferiores, así como la derivación de pequeñas arterias alveolares, que nutren el tabique interdentario e interradiculares, estas tienen especial importancia para el Post operatorio inmediato del tercer molar inferior. Al mismo tiempo estas arteriolas mandan ramas de pequeñas colaterales al periodonto y encía de la cara bucal y lingual del área operatoria, para mayor exactitud cabe aclarar que la en-

ARTERIAS



- Carotida externa
- I. A Maxilar int.
- 2. A Dentaria inf.
- 3. Transversa de la cara
- 4. A Facial
- 5. Carotida interna
- 6. A Lingual
- 7. A Sublingual
- 8. A Carotida Primitiva

cia externa está irrigada en parte por las ramas de la arteria bucal, rama que se deriva de la maxilar interna y que penetra en esta zona descendiendo para dar irrigación a la encía de la cara interna, complementada por una rama de la Mílohiodea, colateral de la dentaria inferior y parte de la rama anastomática de la arteria lingual y palatina, cubriendo una gran zona vascularizada e importante para toda intervención quirúrgica de terceros molares.

VENAS.

En la anatomía se describen las partituras en la forma más simple para la pronta asimilación, por lo que las venas son un elemento nutricional funcional más, del paquete vascular nervioso de la zona estudiada y que penetran dentro del conducto dentario alojando dos o más venas que recorren el mismo trayecto que la arteria dentaria y sus colaterales, siendo homólogas y paralelas para llevar a efecto sus funciones nutricias tanto a las arterias pulpaes, óseas periodonticas y gingivales.

Las venas dentarias se dispersan en el pleno pterigoideo, situado en la región cigomática, el cual tiene una amplia función que cumplir, como es la de desaque y descongestionamiento de la circulación venosa, desempeñando una evaluación en el desarrollo y evolución de los procesos infecciosos o patológicos que se llevan a efecto en las zonas tributarias de esta región siendo una de las mayores defensas, si ésta circula adecuadamente sin registrar ningún estasis sanguíneo.

VASOS LINFATICOS.

Como todas las partes del cuerpo, esta región interesada también cuenta con defensas y filtros de todo proceso patológico y para ello se cuenta con los vasos linfáticos que alerta y detiene las infecciones, de los tejidos blandos pericorinarios y huesos que rodean al tercer molar mandibular, cuyos conductos linfáticos van a desembocar a una serie de ganglios localizados en la región suprahióidea en las celdas submaxilares que para el conocimiento de estos, se localizan en número de seis a ocho y están situados en la celda submaxilar, muy próximos a la piel.

Se localizan muy fácilmente con el método clínico de la palpación e indicar al paciente que incline la cabeza del lado afectado, permitiendo la relajación de los músculos que a su vez deja palpar y reconocer los ganglios. Localizándolos por debajo del borde interior de la mandíbula, haciendo apoyo o ligera presión contra la cara interna localizando los ganglios subglandulares o retroglandulares, situados entre la glándula submaxilar y el plano muscular profundo siendo los mayores, el de Starhr que nos pueden indicar una patología a nivel del tercer molar inferior.

ANATOMIA DESCRIPTIVA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

El tercer molar inferior, presenta una gama de variaciones, para describirlo como un órgano terminal de la serie dentaria, el tercer molar inferior presenta características morfológicas propias con algunas variaciones. Podría de-

cirse que en todas sus presentaciones es anormal por la inconstancia de su forma y se puede afirmar que hay algunas presentaciones en que su forma es parecida al primer molar inferior, - en otros casos no tiene ninguna similitud con otros dientes.

Hay ocasiones en que se puede encontrar la ausencia congénita del mencionado molar. Así como es posible encontrar la presencia de un cuarto y hasta de un quinto molar y en casos muy raros, la presencia de un saco folicular tres o más - dientecillos juntos. O una de sus variantes dentro de sí es gigantísimo, enanismo registradas como anomalías comunes de este diente.

CORONA.

No es posible hacer una descripción rigurosa, dada la gran cantidad de variantes que presenta, se puede identificar la forma del segundo molar, de un premolar, hasta del primer molar, si esto es lo que se puede identificar en algunas - casuísticas registradas nos dan de tres, cuatro, cinco y hasta seis cúspides presentándose con algunas anomalías de diversas formas, cúspides supernumerarias o defectos en la formación - normal de la corona en una alta estadística, la corona siempre es más grande que las raíces. Llegándose a observar coronas - gigantes que sobrepasan en medio centímetro tanti lingual, bucal como distinto sobrepasando las medidas del primer molar, - en ocasiones, se localizan de coronas pequeñas que no sobrepasan las dimensiones del premolar.

DENTINA DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR.

La dentina ocupa gran parte del diente, constituyendo la parte principal de la estructura de la Corona.

La producción principal de dentina la hacen los - - odontoblastos localizados en la pulpa, durante la dentinogénesis, por lo consiguiente, la dentina se lo considera tejido - vivo capaz de reaccionar ante estímulos fisiológicos y patológicos aparición de dentina secundaria y fascículos muertos en escala.

PULPA.

Está constituido por una masa de tejido conectivo y se puede dividir en dos, pulpa coronal que comprende los cuernos pulpaes y la pulpa radicular, que comprende la parte apical y el foramen apical que asegura la continuidad entre la - pulpa radicular y los tejidos conectivos como son vasos sanguineos y linfático, nervio y elementos de tejido conectivo, formando la parte nutricia del diente.

ESMALTE.

Es una estructura constituida por una sustancia dura de aspecto vitreo que cubre la superficie externa de la corona del tercer molar, el esmalte se encuentra totalmente mineralizado ya que contiene 96 a 98 % de sustancia inorgánica como la hidroxapatita cristalina, constituyente mineral más - - abundante, el resto está formado por agua 4 %, lo demás por - oligometales.

Propiedades: Dureza 200 a 500 KHN

Densidad: Esta según la región del diente.

Color: Dependerá del espesor de la dentina.

Resistencia: Es muy quebradizo, es relativa y baja.

Solubilidad: Es soluble en un medio ácido.

Permeabilidad: Es de grado variable, por las vainas que rodean la prisma o vaina del prisma.

Fórmula: $Ca_{10}(OH_2)(PO_4)_{16}$

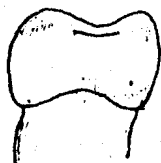
Para dar una descripción más detallada de la anatomía del tercer mandibular, se explicará por las 5 caras que posee de arriba. Daremos principio.

CARA OCLUSAL.

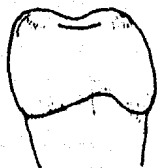
Es una forma variable de acuerdo con el número de cúspides y la presentación de parcialmente erupcionado o totalmente incluido, ya que de ser ésta última, estarán cubiertas por cortical ósea y aún así se percibe la pentacúspidoos donde existen 3 cúspides vestibulares y dos linguales, en los molares con cuatro cúspides existen dos vestibulares y dos linguales, los tricúspides se encuentran por regla general dos vestibulares y una lingual.

LA CARA MESIAL.

Se localiza con una superficie ligeramente plana y una dimensión bucolingual mayor que la gingivoclusal.



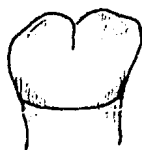
MESIAL



DISTAL



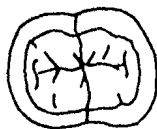
LINGUAL



VESTIBULAR



OCCUSAL



OCCUSAL

CARA BUCAL O VESTIBULAR.

Presenta una superficie convexa con una gran variedad de surcos de acuerdo a la cantidad de cúspides vestibulares (oclusales).

CARA LINGUAL.

Presenta una superficie ligeramente plana en sentido vertical, pero ligeramente convexa en sentido horizontal.

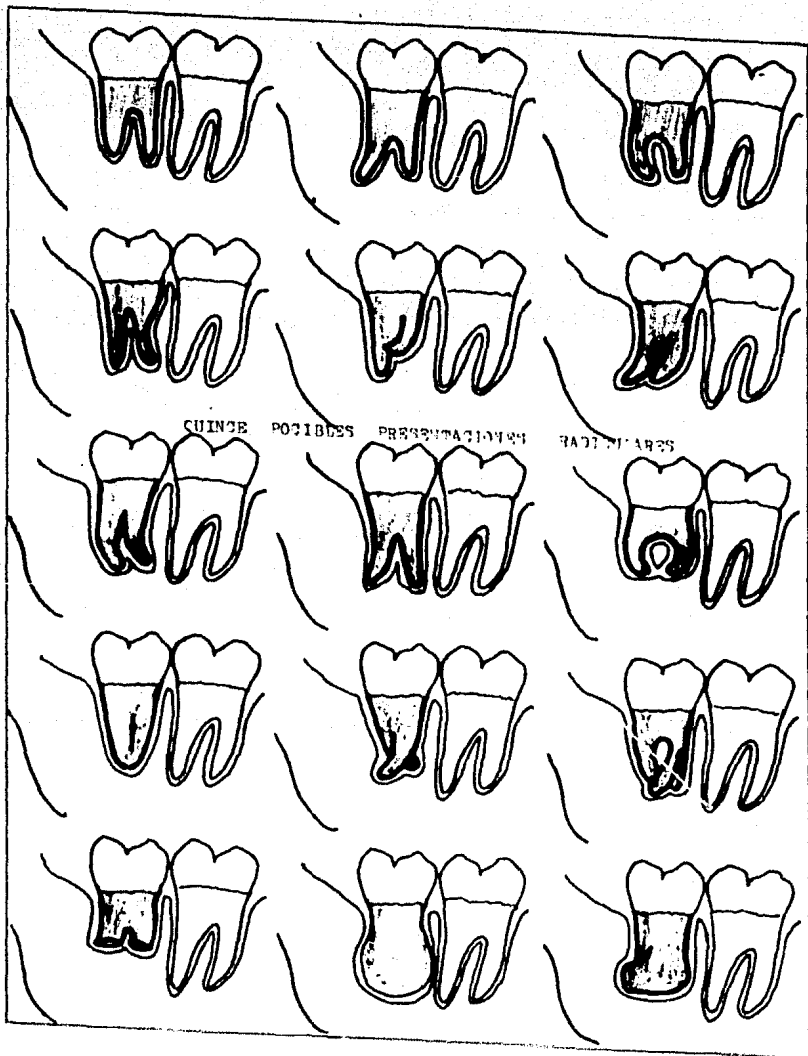
CARA DISTAL.

Es una superficie convexa que es más marcada en el tercio oclusal que en el tercio medio y en gingival.

LAS RAICES.

De éstas tenemos una más amplia descripción, ya que las casuísticas que por medio de estudios radiográficos se han encontrado, dan una cantidad de variantes que permitirá presentar una gráfica con imágenes que se transportan en líneas manuales detalladas de las anomalías en forma, tamaño, número y disposición, mostrándose en las más de sus veces birradicales, siendo una de las raíces aplanadas en sentido mesial, distal y la opuesta distal aplanada en el mismo sentido pero con diámetros menores que la mesial.

Sin que los dibujos que en las gráficas tengan toda vía variantes, se puede decir que respecto a los cambios y



modificaciones genéticas nada se puede decir, esto sigue siendo así, esto lo confirma, los molares con tres ó cuatro raíces y - en ocasiones cinco, en éstos casos las raíces son de forma in - descriptible por no seguir una forma particular, encontrándose - bifidez ó birradicular en la raíz mesial, siendo éste trirradi - cular. En algunos casos son raíces supernumerarias encontrándo - las colapsadas, con enanismos, gigantismo. Además en unas posi - ciones que mucho dejan de ser clasificadas como arbitrarias por su colocación en el proceso mandibular y región retomolar obser - vando estas variantes se puede decir que se presentan raíces fu - sionadas dando una forma crónica a la raíz siendo en estos ca - sos monorradiculares, birradiculares ó trirradiculares y penta - rradiculares.

No se puede asegurar que en todos los casos se pre - sente con la misma curvatura, pero la casuística han dado una - tendencia a que la raíz sea curva, hacia distal, se puede dar - una justificación por la forma de la mandíbula ó ángulo de la - misma.

Explicado lo anterior, se presentará una descrip - ción de las raíces del tercer impactado.

I.- Caso birradicular en forma recta son frecuentes y estas pueden ser rectas, divergentes hacia apical, pueden ser de raíces enanas ó de larga dimensión con un mínimo de dificul - tad para su extracción.

RAIZ MESIAL RECTA.

Raíz Distal con dirección curva hacia distal mencionado desviación da un anclaje especial al tercer molar en la cavidad alveolar, en el que encontraremos una angulación distal con menor resistencia y ampliando los movimientos de palancación fuerzas dirigidas suele presentar menos dificultad que si el acto quirúrgico no es el correcto, suele fracturarse la raíz distal y puede extraerse en forma individual o fraccionaria.

RAIZ MESIAL RECTA Y RAIZ DISTAL CURVA. EN GRADO VARIABLE HACIA EL LADO MESIAL.

Encontrándose en ocasiones con desviación o dilaceración mesial con cementosis en el área de menor resistencia y para sus extracciones en el ángulo radicular.

RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL.

En la raíz distal recta, no es muy frecuente la inclinación de la raíz mesial que de a un anclaje más resistente.

En este tipo de raíz mesial está inclinada distalmente, puede presentar fusión del ápice mesial con la raíz distal recta, presentando el septum resistente por su cantidad. Raíces dirigidas hacia el lado distal teniendo una gran incidencia en el tercer molar sobre todo en los tipos verticales y medio angulares, siendo una favorable presenta-

ción para el acto quirúrgico. Este tipo radicular puede presentarse como variedad, las raíces fusionadas en su extremo apical o ligeramente unidas por cemento en el espacio interradicular.

Raíces inclinadas mesialmente. Esta presentación se puede observar constituyendo un fuerte anclaje del molar en el hueso, también puede presentar las variedades de raíces fusionadas en su extremo apical o ligeramente unidas en su espacio interradicular por cemento.

Raíces divergentes de ambos lados distal y mesial lo presentan entre sí esta desviación la registran mayor o de menor grado, también se han encontrado desviaciones, dilaceraciones o cementosis.

Raíz Mesial dirigida distalmente y raíz distal dirigida distalmente y raíz distal dirigida mesialmente por lo común se presentan con cementosis llegándose a fusionar a nivel de sus ápices encerrando una gran cantidad de huesos interradicular.

Ambas raíces fusionadas presentando una forma cónica, denotando surcos de la lingual y mesial, lingual ambas presentan las ya conocidas anomalías y una facilidad relativa exterior.

DESVIACION BUCAL O LINGUAL DE AMBAS RAICES.

Esta variante se puede encontrar con alguna caracteri

rística de las ya mencionadas, así como en los tipos de raíces anteriormente descritas.

RAICES SUPERNUMERARIAS.

Van normalmente acompañadas de las variantes anteriores mencionadas. Pueden presentarse de los tipos radiculares - anteriores, pueden ser una o varias en una, o en las dos raíces pueden dirigirse en los dos sentidos haciendo imposible la clasificación y un medio eficaz de diagnóstico, es por medio de - las radiografías o pasar ignoradas hasta el momento de su extracción quirúrgica.

RAICES CON HIPOCALSIFICACION.

Es frecuente la presencia de este tipo particular en niños y jóvenes a los que se les realiza una cirugía preventiva con fines ortodónticos, las raíces se presentan incompletas y en las formas más variadas.

ANOMALIAS RADICULARES.

En sus diversas presentaciones se pueden hablar de anomalías de forma o disposición sin llegar a una clasificación exacta por ser inimaginables.

Las raíces que se pueden presentar en el tercer molar inferior siendo una de las más comunes la fusión de raíces así como la cementosis radicular, la cual se asienta en -

cualquier raíz o se dispone en forma de masa, la cual le da un anclaje mayor en el proceso alveolar mandibular.

Estas descripciones generales son necesarias para las variaciones en tamaño y dirección, todo de acuerdo con la forma del molar. Esta tiene gran importancia para el examen radiográfico y con esta observar los detalles más importantes correctamente, en la interpretación y diagnóstico de la posición del tercer molar. Los conductos radiculares que acompañan uno a cada raíz y este puede indicarnos las raíces supernumerarias, en caso de ser único el conducto nos indicará fusión radicular.

CLASIFICACION DE INPACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Esta clasificación es posible que esté muy semejante a la de los diferentes autores que en cirugía de tercer molar hay, pero en una descripción estricta que por lo mismo no se puede desarrollar en otra forma que la ya clasificada por Pell y Gregory sumada a las descripciones de George H. Winter. Para la que siempre se considerarán tres factores anatómicos - ineludibles y los que siempre se tendrán que tomar en cuenta - para la planeación de toda cirugía de terceros molares inferiores.

1o.- Se iniciará tomando la relación del diente con la rama ascendente de la mandíbula y la corona del segundo molar.

20.- A este segundo factor se determina por la profundidad relativa del tercer molar en relación al hueso que puede ser superficial medio o profundo.

30.- El tercer factor se ubica con la posición del eje longitudinal del tercer molar inferior en relación con el Eje longitudinal del segundo molar (WINTER).

A continuación enunciaré clasificación simple para posteriormente hacerla más detallada.

IMPACCION VERTICAL.

Es una posición muy frecuente en que se encuentra el tercer molar en una posición vertical normal pero impedido en su erupción normal por la superficie distal del segundo molar, o el borde anterior de la rama por falta de espacio.

IMPACCION O RETENCION HORIZONTAL.

Al tercer mandibular se encuentra en posición horizontal con respecto al cuerpo de la mandíbula y la corona puede estar o no en contacto con la cara distal del segundo molar. Este se puede localizar a cualquier nivel dentro del hueso.

RETENCION MESIOANGULAR

Con una descripción geométrica se dice que está en posición -

oblicua en la que la corona está orientada en sentido mesial - hacia la rama, en contacto con la superficie distal de la raíz del segundo molar.

RETENCION DISTOANGULAR.

El tercer molar presenta una inclinación oblicua - con respecto al hueso; con la corona del diente en dirección - distal hacia la rama ascendente, tocando o no las raíces del - tercer molar a la superficie distal del segundo molar.

INVERTIDO.

Las retenciones que a continuación se describen son variantes de estas presentaciones anteriormente mencionadas, - y que con gráficas será más objetiva. Por lo que solo las - enunciaré a continuación.

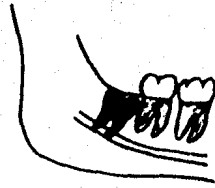
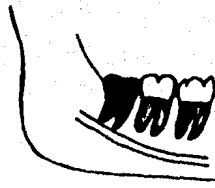
VESTIBULOANGULARES.

LINGUOANGULARES.

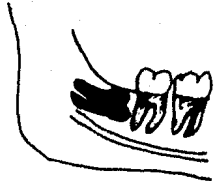
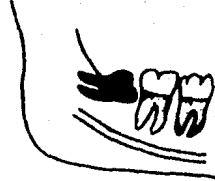
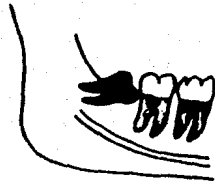
Presentándose en ocasiones desviaciones vestibular, lingual, torsión en variación de grados y sentido direccio-- nal. Se hará una clasificación de acuerdo a los factores antes mencionados son:

1o. CLASE.

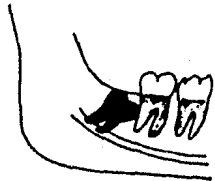
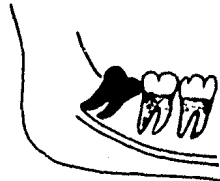
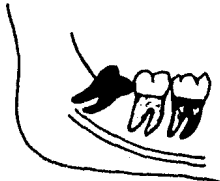
En esta encontramos que radiográficamente hay sufi-



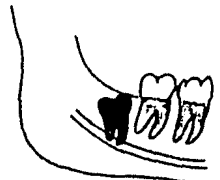
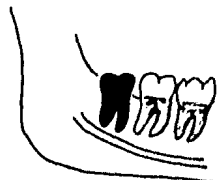
CLASE I



REFERIDA AL ESPACIO QUE HAY



ENTRE LA RAÍZ Y LA PARTE DISTAL
DEL CORONA



TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

ciente espacio entre la rama y la parte distal del segundo molar, para la colocación adecuada del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar inferior. Por lo que se hace una subclasificación más detallada.

GRUPO I: La parte más sobresaliente del diente se encuentra por la línea oclusal o sobre ésta.

GRUPO 2: La porción más alta del diente está por debajo del nivel oclusal y por encima de la línea cervical del segundo molar.

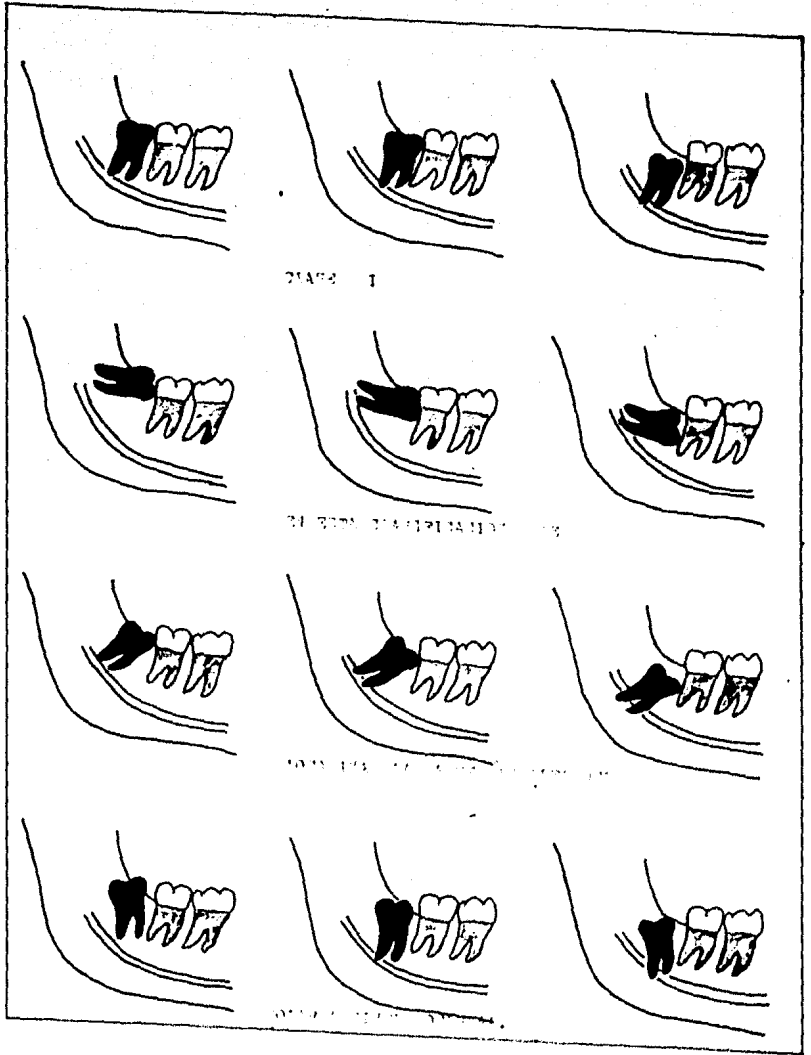
GRUPO 3: En que la porción más alta del diente de acuerdo con la posición está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

2ª. CLASE.

Esta clase se distingue por presentar un espacio en tre la rama y el extremo distal del segundo molar, siempre es menor que el diámetro mesio distal de la corona del tercer molar.

GRUPO 1: La parte más alta del diente se localiza a nivel sobre la cara oclusal.

GRUPO 2: La porción más alta del diente está por debajo del plano oclusal, y por encima de la línea cervical del segundo molar.



GRUPO 3: La porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

3a. CLASE.

En su gran mayoría los terceros molares están localizados en la rama ascendente, pero puede haber sus excepciones.

GRUPO 1: La parte más alta del diente se encuentra a nivel de la línea oclusal o sobre ésta.

GRUPO 2: En esta presentación la porción más alta del diente se localiza por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

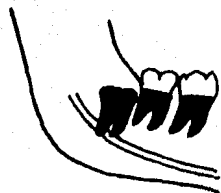
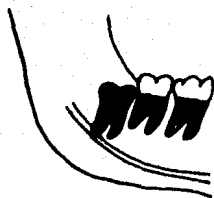
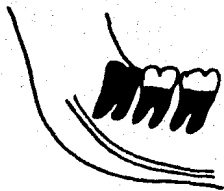
GRUPO 3: Aquí la porción más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

4a. CLASE.

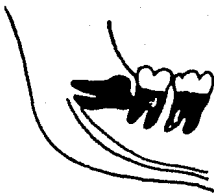
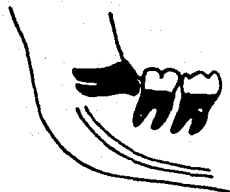
Esta clasificación está hecha en relación al conducto dentario, su presentación, ubicación.

5a. CLASE.

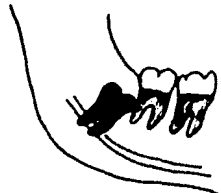
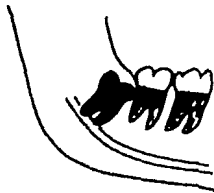
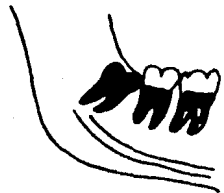
Es una de las clasificaciones más caprichosas por la presentación de los órganos dentarios que se encuentran incluidos ectopicamente, ya sea en que el diente incluido adquiere una posición que no entra en las clasificaciones que hasta la fecha hay descritas, un ejemplo de éstas puede ser que se localice en el vértice de la apófisis coronoides o en el cóndilo.



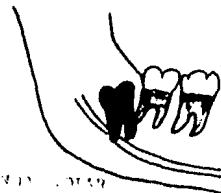
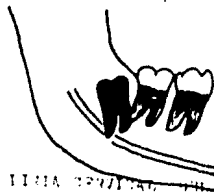
CLASE III.



ACI DE LOCALIZA LA PARTE



EN ALTA DEL DIENTE EN DEJARO DE



LA LINGUAL DEL DIENTE EN DEJARO DE

CAPITULO III.

PRE-OPERATORIO

Para cualquier acto quirúrgico ya sea cirugía plan- oada o de urgencia por mínimo que sea ésta, requiere de una - preparación inmediata o mediata para que por medio de ésta co- nocer el estado de salud del paciente y el grado de enfermedad que padece en el momento que se decide realizar una cirugía.

Estos conocimientos van a dar la oportunidad de pre- parar al paciente, en las condiciones óptimas tanto físicas - como emocionales.

Con el fin de establecer si la operación, puede ser realizada sin peligro y en caso contrario adoptar las medidas conducentes para que el riesgo quirúrgico desaparezca o sea - reducido al mínimo.

EL PRE-OPERATORIO SE DIVIDE EN:

I. EXAMENES DE GABINETE Y LABORATORIO

A).- HISTORIA CLINICA.

La historia clínica se considera parte de un expediente que va a contener datos específicos y confidenciales del paciente con- virtiéndose en un documento legal; es además un medio de diag- nóstico útil y sencillo que emplea el cirujano bucal, obte- niéndose por medio de un interrogatorio directo, si la edad - del paciente lo permite, siendo en forma discreta y sencilla,

ya que se deben obtener datos como:

1.- Ficha de Identificación.

Nombre, sexo, hermanos, tíos, estado civil, escolaridad, ocupación, domicilio actual.

2.- Antecedentes heredo familiares.

Datos sobre padres, hermanos, tíos, abuelos; de padeci-
mientos como diabetes, Cáncer, padecimientos cardiacos, -
fímicos, etc.

3.- Antecedentes personales no Patológicos.

En este capítulo se estudiará su medio socioeconómico y -
el medio en que vive. Escolaridad, hábitos, vacunas etc.

4.- Antecedentes personales Patológicos.

En estos antecedentes serán más específicos y demás impor-
tancia para el caso de cirugía, ya que se le harán pregun-
tas:

a).- Padecimientos propios de la infancia, ejemplo:
Sarampión, Varicela, Tosferina.

b).- Antecedentes de haber padecido: Diabétes, Tubercu-
losis Neoplaseas o Cáncer, Lues o Sífilis, enfermedades
cardiorespiratorias, fatigas, etc.

c).- Antecedentes quirúrgicos, fecha de la última ci-
rugía.

d).- Antecedentes Traumáticos

e).- Antecedentes Transfusionales y la última fecha

f).- Antecedentes alérgicos

g).- Si es femenino, antecedentes obstétricos.

h).- Padecimiento actual

Este va a estar más encaminado a la especialidad odon
tológica como exploración de la cavidad oral, haciendo un inte-
rogatorio específico al inicio y forma en que se desarrolle -
sintomatología, tiempo de que la padece, interrogatorio especí-
fico de la cavidad oral.

PREGUNTAS QUE SE HARAN AL LLEGAR A ESTA ETAPA

- 1.- ¿Sí ha tenido experiencias dentales con anterioridad?
- 2.- ¿Le han anestesiado en alguna ocasión?
- 3.- ¿Ha tenido alergias a medicamentos o alimentos?
- 4.- ¿Está usted bajo algún tratamiento médico y cual es?
- 5.- Cuando se corta accidentalmente ¿tiene tendencia a sangrados prolongados? Si, No.
- 6.- ¿Cuándo fué la última fecha de reconocimiento médico? si es así, ¿cuál es su dirección?

De estas preguntas, el Cirujano dentista va a formular el crit
erio para efectuar los estudios y medios de diagnóstico que ayu-
den a corroborar o descartar los padecimientos sugeridos por el
paciente, o en caso necesario, delegar al especialista si el pa-
decimiento general así lo amerita, realizando un trabajo efi-
ciente y seguro para la salud del individuo.

Para llevar a cabo todo el método anterior, es neces
ario que se realice un interrogatorio completo.

- 5.- Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Esto se hace con un vocabulario sencillo de acuerdo -

al nivel cultural del paciente.

Aparato Digestivo.

Anorexia, Disfagia, Vomitos, Diarreas, Flatulencia, Gastritis, etc.

Aparato Respiratorio.

Si padece disnea, que puede ser de medianos y grandes esfuerzos todos con características, flemas, color, olor, - aislada, frecuentemente.

Aparato Cardiovascular.

Este tiene una gran importancia ya que de él dependemos para las funciones vitales. Preguntar si presenta fatigas, de que intensidad, si tolera el ejercicio, dolor o presión precordial, si es pungitivo o constrictivo, palidez, sudoración, - fosfenos, campanitas, si se le edematizan los pies, manos, varices, vértigos. Se debe de tomar sus constantes vitales como - son: pulso, presión, respiración, temperatura.

Aparato Urinario.

Cantidad, frecuencia, color, olor de la orina, si - tiene dolor intercostal o lumbal y explorar para corroborar lo sugerido, disura, poliuria, polaquiuria.

Aparato Genital.

Si es mujer, cuando se inició su menarca, fecha de su última regla, período y duración, preguntar número de gestas, paras ó abortos.

Sistema Hematopoyético y Linfático.

Si ha presentado algunas alteraciones sanguíneas, - cuando y con que duración, tratamiento si lo tiene o tuvo, en - que consistió. A la exploración, observar si existen adenopattas para descartar sobre todo en boca, cuello, posibles neopla ceas.

Sistema Nervioso.

Si padece convulsiones, temblores, neuralgia, mialgias, cefaleas, a la exploración, observar reflejos diversos y pupilares como midriasis, miosis, etc.

EXAMENES DE LABORATORIO

Uno de los medios más eficaces que contribuyen ampliamente a que efectue un diagnóstico correcto y por ende un tratamiento adecuado, son los estudios biomédicos, que con sus técnicas y metodología microscópica, nos dan las armas o medios para combatir y restablecer el equilibrio psicosomático del individuo.

Es así como el cirujano oral recurre a los exámenes de laboratorio para descartar o comprobar los diagnósticos que por medios clínicos ha realizado de ciertas enfermedades, como son: Diabetes, Neoplaces, Anemias, Discracias sanguíneas ocasionadas por diversas causas, en las que considero se debe de conocer los niveles normales y los patológicos así como el grado de avance de la enfermedad que presenta el paciente y en esta forma tomar las precauciones y medidas pertinentes para su preven-

ción y tratamiento. De éstos se puede hacer una clasificación de los más necesarios para el tema que se está tratando.

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA

Este examen es un conjunto de pruebas sanguíneas que se realizan tomando una muestra de sangre del individuo en un tubo de ensayo con una sustancia llamada anticuagulante para que la muestra de laboratorio se divida en plasma y elementos figurados. Haciéndose un estudio en conjunto y fraccionado del laboratorio. De la Biometría todo es importante, pero se va a poner más atención, glóbulos rojos, blancos, por mililitro cúbico de sangre, tipo de leucocitos, ya que estos sirven para diagnósticos diferenciales, cantidad de hemoglobina, descartar anemias, número de plaquetas. De todos éstos datos se dará una tabla de límites normales.

Grupo Sanguíneo y tiempo de coagulación es muy importante para el cirujano bucal, ya que la extracción dentaria es una de las causas más comunes de hemorragias en pacientes que acuden a consulta y se encuentra que son pacientes predispuestos y sin una historia clínica completa. Para estos pacientes se ve la necesidad de solicitar un examen completo de sangre.

El Cirujano bucal da importancia a un factor sanguíneo importante para la cirugía, ya que de ello depende mucho el éxito de la cirugía del tercer molar mandibular. Como lo es el tiempo de protombina. Se considera que es una medición del tiempo necesario para que se forme un coágulo, una alteración de este nos dará indicios de posibles alteraciones en la coagulación. Estas alteraciones pueden ser a consecuencia de enfer-

medades sistemáticas y pueden ser insuficiencias hepáticas, mala absorción a la terapéutica con farmacos del tipo Dicumarol o anticoagulantes.

También pueden registrarse variantes de acuerdo a la técnica empleada, siempre se debe pedir al laboratorio la técnica para omitir errores.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Este examen clínico nos dará datos importantes del funcionamiento renal, que tendrá una extremada importancia ya que por este se eliminarán los medicamentos que se utilizarán para efectuar una cirugía bucal.

Al mismo tiempo nos revelará la presencia de elementos normales y anormales. En la orina, por lo que nos vamos a guiar para determinar que tipo de padecimientos presenta el actual paciente y grado en el que se encuentra en el momento de efectuar la cirugía del tercer molar.

Anexar la tabla de los exámenes de laboratorio.

TABLA DE EXAMENES CON VALORES NORMALES.

BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA.

HEMOGLOBINA	M 12.8-17 G. H 15-20 g.
HEMATOCRITO	M 40-52 ML H 45-60 ML
LEUCOCITOS	5,000, 10,000
LINFOCITOS	24-38
MONOCITOS	4-9
NEUTROFILOS	50-70
EOSINOFILOS	1-4
BASOFILOS	0-1
MIELOCITOS	0
METAMIELOCITOS.....	0
BANDAS	0-7
SEGMENTADOS	45-65
TIEMPO DE SANGRADO.....	I- 3 min.
TIEMPO TROMPOPLASTINA.....	30-seg.
TIEMPO DE PROTOMBINA	80-100%
TIEMPO DE TROMBINA	18-22s
EIBRINOGENO TOTAL	200-400 mg.
GLUCOSA	60-100 mg.
UREA.....	16-35 mg.
BILIRRUBINA.....	de 0-80 mg.

EXAMEN GENERAL DE ORINA.

P H	6
DENSIDAD	1.003 - 1.035
ALBUMINA	NEG
HEMOGLOBINA	NEG
ACETONAS	NEG
SEDIMENTOS LEUCOCITOS	MENOS DE 10 LEUC.
ERITROCITOS	NEG

ESTUDIOS DE GABINETE

El estudio radiográfico es el registro de la sombra de los tejidos del diente, que el cirujano bucal utilizará como medio de diagnóstico, por lo que está obligado a efectuar un exámen radiológico.

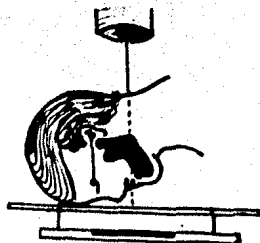
El examen radiológico de la región del tercer molar mandibular, me va a proporcionar una serie de detalles anatómicos importantes, desde el punto de la valoración quirúrgica, - pueden presentarse completamente erupcionados, parcial o totalmente retenidos, impactados o incluidos al efectuar la exploración física o clínica, estos por lo que las radiografías nos revelan la posición exacta de su forma y distribución de raíces, su relación con el conducto dentario inferior, con la rama de la mandíbula y la relación que guarda con la anatomía del segundo molar. Por medio de la imagen radiográfica será posible observar algunos elementos patológicos que pueden presentar en los tejidos del área que interesa. Por todo lo mencionado, a los Rayos X se les considera indispensables para la cirugía de los mandibulares por simple y sin complicaciones - que nos parezca la exploración clínica.

TECNICAS RADIOGRAFICAS

Las técnicas radiográficas que se utilizarán, estarán sujetas al criterio del cirujano bucal, el aparato de Rayos X con que se cuenta, si se manda a un laboratorio de RX especializado, y por último a la situación, inclinación de las



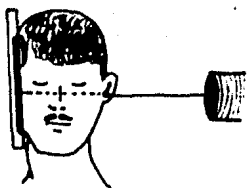
PROYECCION BASAL



PROYECCION PANORAMICA MANDIBULAR



PROYECCION LATERAL
OBLICUA



PROYECCION LATERAL ERECTA



PROYECCION PARANASAL

diferentes posiciones del molar, éstas determinarán el tipo de técnica que se utilizará para cada caso que se presente.

En todas y cada una de éstas técnicas deberán proporcionarnos una imagen clara, precisa, con todas las características de una buena técnica para poder observar una, la posición e inclinación del tercer molar y con los datos aportados, el cirujano bucal estará en condiciones de planear la intervención con técnicas a emplearse con modificaciones en el sitio de abordaje.

TECNICAS INTRAORALES

Es una de las técnicas más sencillas, ya que se cuenta con la colaboración del paciente para su colocación y retención de la película de Rayos X, éstas técnicas pueden tomarse con un aparato de Rayos X convencional, en el consultorio particular.

Las películas que se utilizan tienen una presentación simplificada con un sellado que evita su velado al estar en contacto con la luz y la saliva. En ocasiones ya las hay hasta con el revelado y fijador automático en la misma película, simplificando más el trabajo del cirujano dentista. Se cuenta con dos medidas de 4.5 X 3.5 cm, para tomar periapicales y de 6 X 8 cm. para tomar oclusales, de acuerdo a los requerimientos del paciente en particular.

Estos Rayos X nos determinarán los pasos a seguir de acuerdo a observaciones en estas películas radiográficas.

TECNICAS EXTRAORALES.

Estos estudios radiográficos se delegan a un laboratorio especializado, ya que requieren de un equipo y conocimiento más profundo de radiología, para la toma de éstas películas, el equipo con el que se deberá contar es: un chasis con pantalla intensificadora de imágenes, que además de ayudar al manejo y protección de la placa, permite reducir en el tiempo de exposición así como la posibilidad de movimientos involuntarios del paciente, éstas técnicas se consideran muy útiles para la cirugía del tercer molar, por su intensidad de imagen y claridad para hacer una buena interpretación de los datos registrados.

PROYECCION BASAL

Esta técnica es amplia en su abordaje, ya que en su totalidad la mandíbula, desde un plano superior inferior, y no como la técnica oclusal que sólo permite observar la zona alveolar y en la boca se puede observar la zona alveolar y los cóndilos de los cóndilos de la mandíbula y la rama de la misma. Esta es útil para localizar los molares alojados en la rama ascendente. Material empleado para esta técnica:

Se requieren de placas de 15 X 15 cm. para colocarse horizontalmente en una superficie plana, sobre la cual el paciente debe de colocar el mentón, teniendo el pecho en el mismo plano sin hacer movimientos que produzcan una exposición innecesaria a los RX, el cono se dirigirá guiado por un haz de luz que emite para dirigir los RX, correctamente a la parte superior del cráneo y al centro de la placa, con una trayectoria paralela

al punto anatómico de referencia que pasa por el Tragus y el ángulo de la mandíbula.

AP PROYECCION MANDIBULAR O POSICION DE HERRADURA

Una técnica más que permite una imagen posterior anterior de la mandíbula con superposición de las vértebras cervicales de la región con la región del mentón y pared del cuerpo mandibular, la imagen más clara que ofrece es la de los ángulos de la mandíbula.

Esta técnica es útil para localizar el tercer molar en sentido bucolingual, cuando este se encuentra en la rama ascendente. Los medios utilizados en ésta técnica son:

Al paciente se le coloca de tal forma que sus labios queden centrados en la línea media que dibuja el as luminoso en el centro de la placa, con el plano de referencia, comisura de los ojos tragus perpendicular al centro de la película, al mismo tiempo se dirigirá el Rayo perpendicular a la placa quedando en un plano horizontal de 15 X 15 cm.

PROYECCION LATERAL OBLICUA

Este tipo de radiografías permite observar el ángulo de la mandíbula que interese para la vista del molar sin superposición de ninguna otra estructura.

Para llevar a buen éxito ésta técnica, el paciente - deberá poner todo lo que esté de su parte estando inmóvil, colocado en el plano sagital paralelo a la placa, con el ángulo de la mandíbula centrado en el as lumínico que marca el aparato de

Rayos X. El cono se coloca en un ángulo de 45°, dirigiendo el rayo a la parte media que hay de distancia entre los dos ángulos de la mandíbula, hacia el centro de la película o chasis, para captar el ángulo que toca la placa colocada a una distancia de 15 cm. en el plano horizontal.

PROYECCION LATERAL

Para la buena interpretación de ésta radiografía, - el cirujano bucal debe de hacer un diagnóstico diferencial de las estructuras anatómicas superpuestas que se observan.

Esta técnica da una vista de la cabeza, en la que - se observa de forma lateral con una proyección superpuesta de ambos lados de la mandíbula, al paciente se le coloca en una - posición sedente o de pie, con la cabeza recta o recargado en la placa, que será colocada perpendicular al plano horizontal. Y el cono se dirigirá desde el lado opuesto de la cabeza perpendicularmente al centro de la placa.

DESCRIPCION RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR

El cirujano bucal, el odontólogo en general, debe - tener amplios conocimientos para realizar un buen diagnóstico radiográfico del área interesada.

Para éstas descripciones, mencionaré dos términos - para estar más familiarizada con las descripciones y los datos que ampliamente se describirán.

RADIOLUCIDA, RADIOPACA

Las estructuras anatómicas que se muestran en un exámen radiográfico de tercer molar inferior, no siempre se pueden observar con claridad por la inconveniencia que tiene la superposición de imágenes, por lo que hay la necesidad de estudiar cada zona de la anatomía del tercer mandibular específicamente para un buen diagnóstico diferencial.

LINEA OBLICUA EXTERNA

Esta referencia anatómica se observa una sombra radiopaca, superpuesta sobre la parte superior de las raíces de los molares, ésta línea con seguridad es la prolongación del borde anterior de la rama ascendente, cruza la cara externa del maxilar inferior, terminando a nivel del primer molar, lo que hace que en algunos casos pase inadvertida por este medio de diagnóstico.

Para la extracción de los terceros molares es de vital importancia conocer la forma, extensión, ubicación y densidad del hueso, ya que servirá de apoyo para las maniobras quirúrgicas.

LINEA MILHIOIDEA

Muestra una línea radiopaca nítida, precisa, que se observa por debajo del ápice de primero y segundo mandibular, cruzando los ápices del tercero. Se observa más abajo que la línea oblicua externa puede coincidir con la imagen del dentario inferior, ya que ésta línea surge en la superficie -

interna de la mandíbula a nivel de la región canina dirigiéndose hacia atrás y arriba, con dirección hacia la lingual, su mayor visibilidad es a nivel de los molares.

CRESTA DEL TEMPORAL

De escasa imagen radiográfica por su ubicación anatómica, nace en la cara interna de la apófisis coronoides dirigiéndose hacia atrás, incursionándose hacia adelante, con una proximidad de un centímetro por detrás del tercer molar, observándose que la cresta se bifurca en forma de "Y" dibujando el borde alveolar externo e interno de los molares inferiores.

Radiográficamente con la técnica de periapicales, se observa radiopaca por lo que es más recomendable una proyección posterior anterior del cráneo o en una P. basal, ya que en estas si es posible observarla con claridad.

BORDE ANTERIOR

Esta técnica nos muestra una vez más la mandíbula y hueso compacto, por lo que tendré cuidado al observar la presencia radiopaca, nítida en la parte superior, superponiéndose con la cara distal del tercer molar, haciendo especificación que la superposición con el tercer molar abarca la totalidad de la corona, esto no significa que la pieza esté encerrada dentro de la tabla ósea de la mandíbula, sino que representa la proyección en el sentido lateral del borde anterior sobre el tercer molar.

DENTARIO INFERIOR

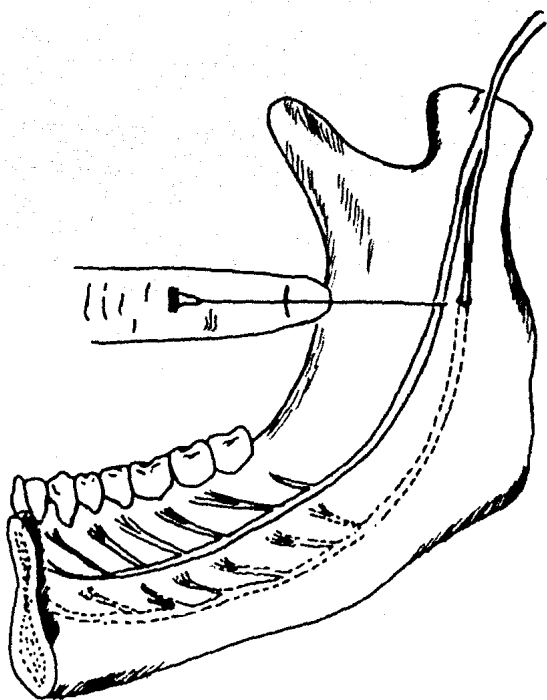
A continuación describiré el aspectoradiográfico - del conducto dentario inferior.

El conducto dentario inferior en capítulos anteriores se describió viendo la relación anatómica normal, con las estructuras que se mencionan a continuación: Molares inferiores, con el tercer molar inferior con el conducto localizado en posición inferior, bucal e inferior erobucal en casos raros por lingual con relación a los mandibulares. Esta descripción es más completa tomando en cuenta las disposiciones radicular, que en estas gráficas anteriores se muestra.

Así el estudio radiográfico del dentario toma referencias importantes entre los ápices y el conducto, éste se muestra próximo al tercer molar o esta íntima relación con la pieza dentaria, y en ocasiones, la raíces de los molares, y uno de estos es el tercer molar, que puede rodear o envolver el conducto dentario y también el tercer molar puede presentar por el que pasa quedando sujeto al dentario y sus elementos nutricios, en otros casos sólo puede estar superpuesto sobre las raíces de los molares sugiriendo y teniendo a la confusión de que pueda estar sujeto a las raíces. El conducto puede surcar sus caras vestibulares o linguales, en estos casos, se notará el estudio radiográfico, trazando un surco bien visible en el diente y solo verse debilmente. En el primer caso lo que nos muestra una imagen representada por dos líneas paralelas que están protegidas por una cortical nítida, rodeadas por tejido óseo esponjoso normal.

La imagen del conducto se modifica cuando se super--

BLOQUEO ANESTESICO



1. DENTARIO INYECCION
2. LINGUAL

ponen las raíces, se arquean en dirección del ápice; la segunda es cuando registra una anomalía de la unión cemento dentaria de las raíces, esto nos da una imagen superpuesta y confusa; la tercera modificación se presenta en casos de la descripción de un tunel en las raíces por la cual atraviesa el paquete vásculo nervioso, sufriendo cambios variables en la imagen como arqueos en sentido apical y cambio de intensidad, construcción a nivel de la abertura del tunel.

LOCALIZACION DEL DENTARIO INFERIOR

Mätodo de desplazamiento. Si se toman dos placas de idåntica posición en la boca, del tercer molar, cambiando en la segunda sólo la angulación del cono, podremos determinar si el conducto se encuentra por lingual o por vestibular del molar.

Una angulación negativa o más negativa que la que se requirió para la primera toma, hará si el conducto es situado por lingual, que éste se mueva hacia abajo en relación con las raíces del tercer molar, las que se moverán hacia abajo superponiåndose así, a la imagen del conducto. Si el conducto permaneciese en el mismo lugar, estaría directamente debajo de las raíces.

La regla que gobierna el måtodo es la siguiente: Si el conducto se mueve en la misma dirección en que el cono es desplazado, el conducto está situado por lingual, por el contrario, si se mueve en dirección opuesta, está por vestibular.

Por todo lo anterior, es de gran interés quirórgico, conocer antes de la extracción del molar, la relación de éste -

con el conducto dentario, esto solo se podrá conocer por medio del exámen radiográfico.

HUESO PRECORONARIO

Hueso Mesial

Porción de hueso que se encuentra entre la cara mesial de un tercer molar inferior retenido y la cara distal del segundo molar.

El estudio radiográfico de esta zona es importante, ya que la cúspide o cima de éste hueso nos va a servir de apoyo para la instrumentación. Debe estudiarse su consistencia y la existencia de procesos patológicos que lo debiliten. Generalmente esta porción de hueso se observa radiopaco, en forma - - traingular, con base amplia y vértice que varía de altura según la posición de la pieza.

Hueso bucal

Porción de hueso que cubre la cara bucal del tercer molar inferior. Radiográficamente no puede ser observado por - la superposición de los molares en una radiografía periapical sólo en una radiografía oclusal, podremos observar su espesor - pero no su estructura. La radiografía oclusal también nos permite observar los casos patológicos que aparecen con mayor radiolucidez y que hacen aparecer a la corona del molar retenido como colocada entre signos de paréntesis.

Hueso distal

Porción de hueso que cubre la cara distal del molar

retenido.

El estudio radiológico nos permite observar su extensión y condiciones clínicas. En pocos casos este hueso es conservado íntegramente, ya que el gran número de procesos patológicos ocasionados en la mayoría de los casos por el saco pericoronario, modifican su estructura y resistencia.

A expensas de este hueso y de las maniobras quirúrgicas que se efectúan sobre él, se logra una de las vías necesarias para la extracción del molar. La extensión del hueso distal es determinada por el tipo de retención.

Radiográficamente se presenta como una basta superficie radiolúcida, que está en contacto muy variable con la cara distal de la corona del tercer molar y su raíz. Por lo general, se observa entre el hueso y la cara distal del molar, una zona radiolúcida en forma de media luna, que se inicia a nivel del cuello de la pieza y termina en la imagen del borde anterior de la rama ascendente. Otras veces puede continuarse el hueso distal con el oclusal, como en el caso de un mesio inclinación del molar o cuando éste se encuentra totalmente retenido.

Hueso lingual.

Es la porción de hueso que cubre la cara lingual del molar. Presenta los mismos aspectos que el bucal. Es importante su estudio radiológico ya que de ser demasiado delgado, y en el caso de raíces fracturadas al tratar de extraerlas, haciendo presión, pueden ser introducidas al fracturarse éste hueso, hacia la región submandibular.

Hueso oclusal.

La porción de hueso que cubre en parte o totalmente la cara oclusal del tercer molar retenido. Es una continuación de las porciones de hueso antes mencionadas. Radiográficamente puede observarse en una radiografía periapical, notándose radiopado en todo su espesor.

Hueso basal.

Es la porción de hueso subyacente al tercer molar retenido. Su importancia radica en su relación con el conducto dentario inferior. Se observa en una radiografía periapical.

Saco Pericoronario.

Se observa en terceros molares retenidos, sin comunicación al medio bucal, conservando su estructura histológica normal. Radiográficamente se observa como una línea radiolúcida que rodea a manera de halo, la corona del diente retenido. Los bordes de la imagen son netos y el hueso vecino presenta su cortical nítida y normal. Debe de evitarse la contaminación de éste con el medio bucal para prevenir procesos infecciosos.

APLICACION DE LA TERAPEUTICA MEDICA EN LA CIRUGIA BUCAL

El cirujano dentista está obligado a prevenir toda - posible complicación en la invariabilidad de patologías existentes en cada individuo, de las que haré mención de algunas complicaciones y sus medidas preoperatorias.

EMBARAZO

Estado fisiológico normal de la mujer, que tendrá -- contraindicado tomar RX en el tercer trimestre del embarazo, para evitar posibles anomalías genéticas en el producto.

Así mismo tendrá contraindicada la aplicación de anestesia general, previniendo la instalación de un cuadro abortivo, por relajación de el musculo liso en el útero. Quedará también - contraindicado el empleo de otros medicamentos, mencionando como ejemplo las Tetraciclinas.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

- a).- Aplicación del delantal de plomo.
- b).- Consultar con el Ginecólogo.
- c).- Aplicación de anestesia local.

EDAD AVANZADA

Es una etapa cronológica de la evolución de todo ser humano, en la que se presentan diversas enfermedades como las - del Metabolismo que puede estar disminuido, dando un cuadro de - desnutrición, por lo que hay que prevenir una recuperación lenta en todos los niveles del estado físico.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Se debe de instalar un tratamiento médico previo, para compensar las deficiencias metabólicas así como evitar la aplicación de anestesia general, a menos que el especialista en medicina interna así lo indique, de no tener contraindicaciones específicas.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Enfermedad de las Coronarias y Angina de Pecho: Estos padecimientos deben de tener un control previo, con el especialista para que las medidas que tome el cirujano oral, sean preventivas a una posible exacerbación del padecimiento.

PRECAUCIONES.

Estos padecimientos son gravemente atacados por el estado emocional e interés y para contrarrestar estos efectos nocivos, deberá indicarse evitar la excitación, no aplicar anestesia local que involucre sistema vascular, indicar premedicación con Seconal Sódico 100 mg. en cápsulas, treinta minutos antes de la intervención, media ampolleta de Diazepan 05 miligramos de éste igual que la anterior. Si es necesario hospitalizar al paciente para su mejor control médico.

INFARTO DEL MIOCARDIO.

Padecimiento que en la actualidad es frecuente por el tipo de presiones emocionales que ocasiona el medio ambiente, -

por lo que, al igual que la anterior, debe de ser controlado el paciente, por un cardiólogo, teniendo contraindicado el empleo de inyecciones intravasculares, por lo que es necesaria una premedicación y un tiempo mínimo del último infarto a la fecha de la intervención, por lo menos de seis meses.

INDICACIONES PREPARATORIAS

Evitar la excitación nerviosa, evitar infiltración de Epinefrina por inyección intravascular, indicar Seconal Sodio, hospitalización si es necesario.

HEMORRAGIA Y PROBLEMAS DE COAGULACION

Toda patología de los factores de coagulación debe de ser controlada por medidas específicas; antes de planear cualquier intervención, para evitar complicaciones mayores a las de una extracción quirúrgica del tercer molar retenido.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Consultar con el especialista sobre el tratamiento de anticoagulantes, posibles transfusiones, la posibilidad de llevar de 1.5 a 2.5 el tiempo de Protombina, preveer una hemorragia adecuada, no utilizar Vitamina "K" por estar contraindicada.

FIEBRE REUMATICA, ENDOCARDITIS BACTERIANA

Padecimientos que son muy comunes en la edad de adolescentes y niños menores de quince años, ocasionadas por focos

infecciosos como las caries dental, Pericoronitis de terceros molares y otros como Amigdalitis de repetición.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Estas medidas están sujetas a los factores: edad, peso, constitución física y para cada sujeto individual. Antibióticoterapia preventiva: se indicará el grupo de las Penicilinas naturales, que actúan sobre gérmenes positivos como son Penicilina O V de 800,000 y 400,000 U, dos días antes de la intervención, en algunas ocasiones, es necesario indicar Penicilina G - Cristalina de 500,000 ó hasta un millón intramuscular, una hora antes de la intervención de terceros molares, valorando el estado y necesidades del paciente en particular y en caso de alergia a este producto biológico, será útil indicar Eritromicina - 250 mg. por cuatro o cinco días.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Estos padecimientos por lo general, tienen una etiología múltiple porque complican dentro de su evolución, varias estructuras funcionales del organismo, hasta llegar a ser problemática en edad avanzada.

Se debe consultar al médico por el grado de descompensación y el manejo de farmacos hipotensores, dándonos la indicación de aplicar anestesia local. Siempre intervenir pasado el período de gravedad.

BLOQUEO CARDIACO Y SHOCK

Esto solo se llega a presentar en casos muy avanzados

de los problemas anteriores descritos.

El cirujano dentista se verá obligado a efectuar maniobras de urgencia para posteriormente delegar el caso médico - tratante. Para aplicar monitor, equipo de resucitación cardiaca - y control hospitalario.

HIPERTENSION NO CONTROLADA

Enfermedad con diversas etiológicas, que se presentan en todas las edades y su etapa más peligrosa es cuando se registra una tensión arterial de 150/110 a más de estas cifras, es necesario controlarla, para efectuar la extracción del tercer molar inferior.

Posterior a su control médico las indicaciones se -- simplifican, evitando la excitación nerviosa, evitar inyección de anestésicos, intravasculares, sobre todo éstos contienen vaso - constructor de premedicación, se usará el Seconal.

En las alteraciones ya controladas, se tendrá precaución de tomar la presión arterial para estar seguro de las medidas pertinentes para estos casos.

ASMA BRONQUIAL.

Es caracterizada por un estado alérgico, a agentes - físicos y químicos interfiriendo la homeostasis a nivel alveolar, que puede ser controlado por inmunizaciones específicas para cada cuadro establecido.

Las indicaciones sólo se presentan por un cuadro asmático por excitación, al efectuar la extracción quirúrgica del

tercer mandibular.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

La anestesia local es la de elección, sin embargo - ésta intervención puede ser realizada bajo anestesia general - que deberá ser del tipo Fluothane, por la acción dilatoria sobre los músculos y tejidos bronquiales, se indicarán fármacos - del tipo de Aminofilina e Hidrocortizona.

PADECIMIENTOS HEPATICOS.

Estas enfermedades pueden ser producto de un proceso crónico, también alcoholonutricionales como es la cirrosis Hepática, otras causas pueden ser degeneración del hígado por Neoplasias y hemorragias por la producción deficiente de Protombina.

MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR

Se debe de mandar hacer un estudio especializado de las llamadas Pruebas Hepáticas, pruebas de Protombina, hasta lograr tiempos de 1.5 a 2.5, aplicar vitamina "K", de ser necesario para lograr los tiempos que están indicados para la cirugía del tercer molar inferior, éstos pacientes metabolizan rápidamente los anestésicos generales como los barbitúricos, requiriendo mayor cantidad y aumento los riesgos quirúrgicos.

En problema de Úlcera ó perforación de la misma, estará contraindicada la administración de Corticoesteroides para disminuir el edema posterior a la cirugía.

DIABETES

Enfermedad metabólica caracterizada por la alteración

del metabolismo de los Carbohidratos y clasificada por las triadas de síntomas, polidipsia, polifagia, poliuria. Y lo más riesgoso, es cuando da manifestaciones de coma diabética, ceto acidosis, infecciones por bajas defensas y cicatrización retardada.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Exámenes en orina, controlarla por medio de Tolbutamida e Insulina si es necesario: realizar la intervención durante niveles normales de glucosa en sangre, sobre todo bajo anestesia general, planeando la intervención por la mañana y suministrar antibiótico terapia.

EPILEPSIA

La mayor complicación es que por estres nervioso, se precipite una crisis en el momento de efectuar la intervención con anestesia local ya que si es un paciente controlado, con tratamiento adecuado suele presentar pocos problemas.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

En caso de presentar crisis convulsivas a esta indicación, aflojar las ropas, si se realiza la intervención fuera del quirófano, dejar el cuello libre, evitar aspiración y tragado de la lengua con un bloque adecuado entre la lengua o con canula de gedel que es de hule, si se prolonga demasiado, administrar barbitúricos de acción ultra contra por vía endovenosa, para evitar así las complicaciones posteriores a un ataque, siendo esta relajación de esfínteres depresión, postconvulsional.

EMBOLIA CEREBRAL, APOPLEGIA

Padecimiento que en la actualidad se debe a accidentes cerebro vasculares, consistentes en hemorragias cerebrales, y es tados de shock con diversos trastornos de la conciencia o estado de alerta.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Se debe de comunicar con el médico tratante. Por la - posible administración de anticoagulantes. Ser muy clínico en las observaciones siguientes, parecias, parestesias, hipersensibilidad en las extremidades superiores, dificultad en el habla y complicaciones de los nervios craneales que interesan al área del tercer molar, inferior.

ALTERACIONES HEMATICAS

Anemias. Estas pueden ser crónicas o agudas la sintoma tología que se describe es en general para todos los tipos de anemias, incluyendo algunos padecimientos como policitemias, trastornos hemorrágicos, agrunulocitosis, para todas las enfermedades se presenta un ataque al estado físico manifestado por: debilidad, fatibilidad, irritabilidad, palidez dérmica acentuada. La esclerós tica de los ojos tiene un color azul o blanco perlado, radiográficamente se observa, dilatación cardíaca, esplenomegalia y hepatome galia.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Se identificará un insuficiente aporte de oxígeno indi-

cando este por cateter nasal, es muy mal tolerada la pérdida de la resistencia, por lo que se tendrá siempre precaución de tener oxígeno 100% durante la intervención, una buena hemostasia y antibiomaticoterapia si el caso lo requiere, manejo hospitalario si las complicaciones son mayores.

LEUCEMIA, PURPURA TROMBICITOPENICA O IDEOPATICA

Todas estas patogenias son ocasionadas por carecer de algún factor de producción ya sea hemoglobina, plaquetas, eritrocitos, glóbulos blancos o en el caso de cualquier otro elemento importante de la sangre, que se elabora en el organismo.

MEDIDAS PRE-OPERATORIAS

Se requiere de una hemostasia adecuada, en ocasiones - se requiere de transfusiones de sangre fresca o de plaquetas después de que presenten una hemorragia profusas que sufren, también como medida general se indicará antibiomaticoterapia preventiva, el manejo de estos pacientes se deberá hacer siempre en área hospitalaria.

TRATAMIENTOS PREVIOS DE LA REGION DEL TERCER MOLAR RETENIDO

Estos padecimientos suelen ser, la consulta del paciente como una forma inicial de la cirugía, se presentan refiriendo un dolor intenso en la región retromolar inferior manifestando - alitosis, y encontrándose a la exploración clínica, con un cuadro de síntomas: tumor, rubor, dolor, inflamación y en ocasiones exudado.

Esta patogenia se debe a dos causas principales que

son:

1.- Irritación traumática del tejido que cubre el tercer molar inferior de la presión que ejercen las cúspides del molar al tratar de hacer erupción.

2.- Crecimiento bacteriano activo en un medio ideal - como es la región retromolar y el saco pericoronario, favoreciendo la instalación de un cuadro que se deberá combatir con antimicrobianos, y dependiendo del criterio del cirujano, la decisión del paciente a una pronta extracción en caso de que el molar sea la causa directa de la molestia que lo hace entrar al consultorio.

Para estos cuadros patológicos se cuenta con tres métodos para su resolución.

I. CONSERVADOR

Se irriga el saco pericoronario con solución fisiológica a la proporción de 250 CC de sol más 1 cc de yodo además se prepara una sol. con fenol al 5% + 12 cc de tintura de yodo - 18 cc + 24 cc de glicerina que nos va a servir para irrigar utilizando una jeringa y aguja de calibre indicado, este tratamiento se indica adiestrando previamente al paciente para que lo realice en su domicilio libremente hasta la remisión del caso, para poder hacer la extracción, adicionando algún antibiótico de primera elección como Penicilina y de persistir se elegirá otro antimicrobiano.

REMOCION DE TEJIDO PERICORONARIO OPERCULECTOMIA

Esta determinación está sujeta al criterio del cirujano bucal, ya que este tejido presenta cierto grado de dificultad, para retirarlo correctamente se puede hacer por métodos convencionales, siendo el más eficaz y correcto, utilizando el bisturí de corriente eléctrica que presenta buenas ventajas para el diente y tejidos vecinos, por presentar buen deslizamiento, ocasiona mejor sangrado dejando mayor visibilidad al cirujano. También se puede hacer hemostasia por medio de electrocoagulación; este método se considera uno de los más aceptados ya que disminuye las posibilidades de difundir la infección por el sellado inmediato de vasos sanguíneos y linfáticos, por lo que en especial, apoyo este tratamiento si el paciente lo acepta y las molestias no son muy intensas.

EXTRACCION DEL DIENTE

Algunos autores apoyan este tratamiento pero debe de volarse las probabilidades de éxito y de no favorecerse una mayor infección; siempre que se decida hacer la intervención, será conveniente prescribir una terapia antibiótica y preparar la región efectuando el anterior tratamiento, estableciendo lavados por medio de la tinctura de yodo, extrayendo el molar en un sólo periodo de cirugía como más adelante se describirá.

PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO

Esto significa crear un medio limpio y si está en condiciones hospitalarias, estéril. Esto debe de hacerse antes de que el paciente tome asiento. Específicamente para realizar una

cirugía del tercer molar impactado, se requieren de condiciones óptimas de limpieza, ya que el estado de asepsia absoluta es imposible, dado que se labora en una cavidad con flora bacteriana, que para ésta cavidad es normal. La cavidad oral deberá prepararse con anterioridad evitando tártaro, dientes careados, restos radiculares, que en su caso debe de ser obturadas, restauradas ó extraídas, evitando focos posibles de infección en el sitio intervenido, todo esto aunado a una buena exploración clínica de los tejidos, éstas medidas nos darán mejores post-operatorios.

En casos de localización de gingivitis ulceromembranosa, ó Las estomatitis que requieren tratamientos previos, otra contraindicación serán los diferentes padecimientos venereos que exponen el éxito de la cirugía y la salud del cirujano.

Aún en estado normal, el tejido oral deberá prepararse escrupulosamente con técnica de cepillado, efectuando una asepsia con solución desinfectando previamente diluida, para evitar que sea cáustica ó dañina para la cavidad oral. Dependerá del criterio del cirujano para emplear tintura de Meriolate, agua oxigenada ó simplemente jabón diluido.

Precauciones que deben de tener en cuenta para la preparación física del paciente:

Si es de sexo masculino, no deberá de llevar barba, bigote, ni lo tiene, deben de presentarse bien rasurados.

Si es de sexo femenino, deberá presentarse sin maquillaje facial ni uñas pintadas, estas medidas permiten la intervención, disminuyendo los riesgos y complicaciones.

PREPARACION FISICA DEL PACIENTE.

Se deben de tomar las medidas preventivas para que el paciente esté cómodo y relajado física y mentalmente.

Antes de iniciar cualquier procedimiento, debe de cubrirse al paciente el cabello si lo tiene largo para que no contamine los campos quirúrgicos, colocarle una compreso o un gorro, se procede a preparar al paciente retirando lentes, protesis, maquillaje si lo usa, darle la posición adecuada para intervenir - el tercer molar inferior, colocando la luz en dirección a la región operatoria. El ayudante deberá de colocar campos estériles como pechera, a nivel de los hombros tratando de aislar el campo operatorio, con el objeto de evitar posibles contaminaciones. En tanto el cirujano bucal hará la aplicación de su propedáutica y empleo de sus técnicas quirúrgicas para proteger al paciente de posibles infecciones.

Estas medidas serán: instalación de gorro, cubreboca, lavado de manos con sus tres tiempos quirúrgicos, vestido de bata estéril así como el calzado de guantes en las mismas condiciones para dirigirse a la región operatoria, que se describirá más adelante.

ANESTESIA

Para toda administración de droga, es necesario que -

la persona que indique las dosificaciones debe de estar enterada con las últimas técnicas y nuevos medicamentos empleados para este fin, ya que este es uno de los campos más experimentados a el descubrimiento de nuevas dosis y nuevos fármacos.

La elección del anestésico depende de la zona anatómica donde se va a emplear, tomando en cuenta la región e intervención, el estado general del paciente, las preferencias del cirujano bucal, si aplica anestesia local troncular o general.

La anestesia local se utiliza eficazmente en la cavidad oral, todo aquel tejido que sea mucosa.

En la extracción del tercer molar mandibular, es necesario la aplicación de la técnica troncular o regional del nervio maxilar inferior, que proporciona excelente anestesia para la intervención de piel mentón, labio inferior, piso de la boca y lengua, especialmente para la extracción quirúrgica del tercer molar inferior.

BLOQUEO DEL NERVIO ALVEOLAR INFERIOR Y NERVIO LINGUAL

Tomando como referencia la zona retomolar y colocando el dedo índice a nivel del borde oblicuo interno del maxilar que se palpa, inmediatamente por detrás del borde anterior de la rama para efectuar el bloqueo de los dos nervios. Se puede comprobar los efectos de la infiltración por medio de los síntomas que más adelante se describirán.

BLOQUEO DEL NERVIO BUCAL

La anestesia del nervio bucal registrará la insensibi-

lidad en la cara externa del maxilar inferior, tomando desde la región del primer molar, hasta la del tercer molar interesado o la llamada anestesia intraligamentosa a nivel del carrillo entre tercer y segundo molar, comprobando la anestesia de las ramas - del dentario inferior, evitando así la infiltración de sustancias tóxicas en la región de la exódoncia previniendo así una posible alveolitis.

MANIFESTACIONES SENSITIVAS DE LA ANESTESIA.

La rapidez de la aparición de los síntomas dependerá en gran parte del Ph de la solución inyectada, si se aplican soluciones alcalinas, la anestesia se establecerá instantáneamente, en cambio con soluciones ácidas, se establecerá a los 10 ó 15 minutos.

Los primeros síntomas se manifiestan por la sensación de hormigueo del labio inferior, sensación que aumenta a medida que avanza la profundidad, intensidad y extensión, llegando hasta la línea media inferior. Cuando la anestesia es completa deben estar insensibles todas las partes anatómicas del maxilar inferior con excepción de la porción de la encía y perióstio, que cubre la cara externa, desde el segundo molar al segundo premolar que es la zona inervada por el nervio bucal. Así como la parte lingual deberá quedar anestesiada.

Se debe comprobar la efectividad de la anestesia, comprobando la sensibilidad con un instrumento que en condiciones normales cause dolor, haciéndose por lado lingual y vestibular - así como la región de los premolares. Localizando las áreas -

sensibles se evitan errores que se pueden presentar por no estar anestesiado el dentario inferior ó el bucal largo. En caso de -- que se localice un fracaso, deberá investigarse el motivo y repararse las referencias anatómicas, para aplicar una nueva inyección. En ocasiones a pesar de que se presenten todos los síntomas de una anestesia profunda, al efectuar las maniobras quirúrgicas se registra sensibilidad, se debe a anastomosis del lado opuesto, invervación proveniente del plazo cervical, ó periodontitis intensa en el molar inferior, dolor a la presión del tercer molar incluido.

DESCRIPCION DEL TRANS OPERATORIO

Se describe como el tiempo que transcurre desde el momento en que sea anestesiado hasta la recuperación de ésta y el cierre de la herida.

En el trazo operatorio de la intervención de los terceros molares retenidos, se pueden presentar diversas complicaciones así como de diferente gravedad. Debe de tener el cirujano bucal buena observación clínica para detectar de inmediato los problemas para resolverlos en el mismo instante en que se presentan.

A manera de mención haré notar tales complicaciones:

- 1.- Fractura de la corona clínica.
- 2.- Exposición del conducto dentario.
- 3.- Sección del nervio dentario inferior así como simple lesión, traumatismo ó compresión de este nervio, lo que da como resultado una sensibilidad prolongada. parestesia.

- 4.- Fractura de las raíces
- 5.- Desgarramiento de los vasos sanguíneos o excesivo aumento de la presión sobre los mismos.
- 6.- Fracturas de variadas dimensiones de la apófisis alveolar.
- 7.- Traumatismo, fractura o desplazamiento de primeros y segundos molares, lo que puede complicar el estado de salud de la región, ocasionando procesos patológicos en región periapical así como pérdida de la vitalidad.
- 8.- Pigmentación de los tejidos blandos debajo y encima de la mandíbula, ocasionada por un derrame o hemorragia no controlada, dando como resultado una equimosis, de cantidad variable, que procederá a la resorción del mismo.
- 9.- Lesión traumática de los tejidos blandos como mucosa adyacente, labios, mejillas así como la comisura labial.
- 10.- Fractura del maxilar inferior
- 11.- Exposición exagerada de la raíz distal del segundo molar inferior
- 12.- Dolor durante la operación con anestesia local en la mandíbula, Si se ejerce mucha presión sobre las raíces o con los instrumentos sobre el nervio dentario inferior.
- 13.- Shock por pérdida de sangre ocasionada por el desgarramiento de la arteria y vena dentaria inferior o por intolerancia del anestésico local.

14.- HEMORRAGIAS.- Todas las intervenciones en la cavidad oral van a producir un sangrado, puesto que esto resulta inevitable; es deber de todo cirujano dentista, el tener un estricto control de esto y del paciente, para evitar la gravedad y posteriores complicaciones.

15.- Mencionaré los tipos de Shock que se pueden desencadenar. Estos pueden ser primario ó neurogénico, en el que se empleará la labor de convencimiento y el empleo de la Psicología, para su pronta atención.

El tipo de Cardiogénico, es uno de los más difíciles de sacar, ya que hay que emplear todos los métodos de urgencia y resucitación; como equipo de paro, resucitador, medicamentos como bicarbonato, calcio, Hidrocortizona, soluciones parenterales, etc.

Shock Hipovolémico. En este tipo de shock la cantidad de sangre circulante disminuye como resultado de una hemorragia franca, también puede ser por pérdida de plasma, cuyo tratamiento será; la aplicación de líquidos, reposición de la sangre y sus elementos y otros.

INDICACIONES AUXILIARES PARA ESTAS COMPLICACIONES.

I.- Posición de trendolomburg, que consiste en que la cabeza está más baja que el resto del cuerpo, favoreciendo un aporte sanguíneo al cerebro y un retorno más rápido de la sangre al

corazón y disminuye en corto grado la hipotensión.

2.- Ventilación adecuada al pulmón, aplicación de oxígeno para evitar o combatir la hipoxia cerebral.

3.- Reponer la temperatura

4.- Chechar cada diez minutos las constantes vitales.

5.- Administración de fármacos como vasoconstrictores por vía en dovenosa, para que actúe rápidamente.

Uno de los medicamentos puede ser la Noroepinefrina, ésta le vanta la presión a nivel periférico e incluso cardiaco, otro medicamento muy empleado es la Hidrocortizona que disminuye la acción del simpático siendo éste medicamento más empleado en el área hospitalaria.

APLICACION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS

Para realizar una cirugía en la cavidad oral, es nece sario emplear material y equipo especializado, para la cirugía - del tercer mandibular, por lo que me obliga a mencionar sólo lo indispensable.

Material. Es todo aquel que solo se emplea una sola vez y se - destruye como son: gasas, suturas, cera para hueso, compresas, - campos.

Equipo. Se entiende por equipo, todo aquel instrumento que se -

puede utilizar nuevamente en una cirugía como son: una cirugía integrada por todas sus piezas, metálicas, de acero inoxidable, aspirador, electro coagulador, en sí, el quirófano o el consultorio dental.

CLASIFICACION DEL INSTRUMENTAL

Corte. Para esta etapa quirúrgica se emplean hojas bard-parker II o 15 intercambiables o bien el bisturí de Austin con hoja intercambiable con doble bisel. Otro equipo de corte son las tijeras que pueden ser curvas, de enca, rectas o de Mayo, que se emplean para seccionar, inserciones musculares bajas, o bien para exceso de tejido, ya sea eliminar puntos de sutura.

Equipo hemostático. Este es todo aquel equipo que se emplea para cohibir un sangrado de variada intensidad y éstas pueden ser: Pinzas de mosco, pinzas rochester, curvas o rectas.

Pinzas de disección. Pinzas que se presentan de variados tamaños, sin dientes y con dientes, utilizadas para la preparación, separación de los colgajos así como la protección sanguínea de los mismos, auxilia a la aplicación correcta de los puntos de sutura.

Espátulas. O legras, que son muy útiles en la preparación de los colgajos, así como los movimientos de palanca para la extracción de tercer molar mandibular.

Separadores. Los hay de diferentes tamaños, pero los que más se utilizan son: Farabeuf y Austin.

Equipo para Osteotomía. Se utiliza el Escoplos para separar y cortar el hueso o lámina ósea que cubre la corona del diente - parcial o totalmente.

La describiré a pesar de que se muestra en una lámina más adelante, Se emplea para seccionar el hueso con su parte metálica biselada y a expensas de una de sus caras. La hoja puede ser recta o encontrarse ahuecada en forma de caña, puede actuar a presión manual o con finos golpes de martillo, o poder graduar el golpe con el escoplo automático, pueden ser el Barry y los de Sorensen.

Equipo de Fricción. Estas pueden ser fresas. Para la Odontosección y la Osteotomía se deben de emplear intermitentes, para prevenir el calentamiento y pérdida de hueso de la zona quirúrgica.

Pinzas Gubias. O alveolotomo, éste tiene diversas aplicaciones, como retirar hueso bucal o lingual, así como regularización del proceso alveolar, en este caso el alveolo dental, saco folicular. Estas mismas funciones de regularización del proceso tienen las limas.

Cucharillas.- Se utiliza en el último paso de la cirugía bucal, eliminando esquirlas óseas, granulaciones y saco pericoronario.

Elevadores. Este es uno de los instrumentos más utilizados por el cirujano bucal y consta de un mando, cuerpo, hoja con acanaladura en su parte media diseñados por Winter, teniendo aplicación mesial, bucal y mesiobucal, siempre que no se tome como apoyo - el segundo molar, pero más que una técnica específica, el cirujano puede elegir otros elevadores de Barry, Seldin y Celdet.

Agujas para Sutura. Hay diversas presentaciones, las últimas son de mejor material y atraumáticas sin que por esto no se usen en-sartables y pequeñas, que son más económicas y de fácil esterilización.

Portagujas. Es una pinza especial con dientes finos y cruzados que puede ser de metal o de diamante.

CONTINUACION DE LA TECNICA QUIRURGICA

Toda intervención quirúrgica que se realiza en el organismo, consta de varios tiempos que se podrían mencionar en forma general - como, Dieresis, Sinérisis, Hepicrisis, Hemostasia, Disección y - sutura, que pueden y deben ser correctamente sincronizados y sistematizados, por lo que procederé a mencionar esta iniciación de la misma.

- 1.- Asepsia y antisepsia
- 2.- Aislar el área operatoria con campos estériles
- 3.- Confirmación de la anestesia
- 4.- Proceder a la incisión
- 5.- Osteotomía, si el caso lo amerita
- 7.- Odontotomía con medidas preventivas
- 8.- Luxación con la aplicación de la física, fuerza haciendo palanca
- 9.- Extracción con movimientos adecuados al caso clínico
- 10.- Limado, regularización, lavado y curetaje.
- 11.- Confrontación de los bordes y sutura.

La cirugía de terceros molares es un procedimiento quirúrgico

que debe ser llevado a cabo, de acuerdo con una técnica específica y planeada, en relación a la clínica que se presente, dadas las diferentes posiciones adoptadas por el tercer molar inferior retenido, que se decide que no se podrán dar normas generales - aplicables, a todos los casos por lo que las técnicas que mencionaré deberán tener un buen juicio de aplicación y libre abedrio de aplicación a cada caso en particular, así como el cirujano - dentista que lo atienda.

CIRUGIA PROPIAMENTE DICHA

Una vez que se han previsto todas las medidas anteriores, se procederá a separar el carrillo con un retractor, visualizando y marcando la región, se realiza la incisión de un solo corte y con la profundidad adecuada. Para efectuar el colgajo, se inicia en la línea oblicua externa a una distancia de 2 cc., por distal del segundo molar inferior, y se dirige hacia adelante hasta contactar la línea media de la superficie distal del - segundo molar, se continúa la incisión por vestibular festoneando el cuello del segundo molar hasta el espacio interproximal entre el primero y segundo molar, de este sitio se dirige extendiéndose hacia abajo en dirección al fondo del surco en un ángulo de 45° grados., inmediatamente se procede a efectuar el colgajo, - desprendiendo con legra la mucosa, submucosa y periostio, pasando una seda con aguja atraumática para proteger el colgajo, facilitando su manipulación, logrando un buen acceso a la zona del - molar retenido dándonos una visibilidad clínica para tomar la - decisión o paso continuo. Una vez retraído el colgajo, cuidando



INCISION



DISEÑO DEL
COLGAJO



DEBARRIDACION



VISTA DE LA
CORONA



OSTEOTOMIA
CON PRESA



REDUCCION
SEGUN EL CASO
CON CIGEL



LUXACION DEL
TERCER MANDIBULAR

de una buena irrigación, se procede a la osteotomía; mediante el empleo de fresas quirúrgicas o cincel, haciendo un círculo de orificios, marcando con estos instrumentos en la zona donde se estima que estará la corona del molar retenido, cuidando de no dañar la raíz distal del segundo molar, dando un acceso para su libre manipulación. Este paso debe ejecutarse rápidamente pero con precisión para economizar tiempo y disminuir el trauma operatorio, tomando como precaución y medida preventiva de irrigar la zona con suero fisiológico o solución destilada, con el fin de no ocasionar calor friccional y por ende necrosis ósea.

Se marca lo que se cree deberá ser el diámetro de la corona del molar, para evitar tener que ensanchar más de lo necesario. Se sincronizan las excavaciones entre sí y se elimina la lámina ósea que obstruye la visibilidad del molar. Con la fresa se termina de eliminar los obstáculos óseos que puedan interferir con la cirugía del tercer molar inferior. Se hace hemostasia cuantas veces sea necesaria con una gasa ejerciendo una presión ligera. En cuanto al saco pericoronario pueden elegirse tres formas de manipularlo.

I.- Extracción del molar entero, para lo cual se iniciará una nueva osteotomía al costado de la raíz para obtener un mejor punto de apoyo con el elevador o botador. Al emplear elevador, debe de tenerse especial cuidado con el segundo molar que puede ser lesionado y prevenir una posible fractura de mandíbula, que puede ocasionarse a raíz del empleo de una mala aplicación -

de fuerza, punto de apoyo y palanca, que es igual a desplazamiento o acación de movimiento.

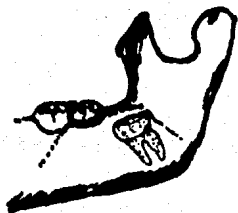
2.- División del molar con cincel y martillo, dando unos golpecitos ligeros y firmes para desplazar la lámina ósea, - con movimientos delicados y precisos.

3.- División del molar con fresa de fisura con material de carburo, siendo irrigado continuamente y preferiblemente utilizar baja velocidad.

Si esta técnica no basta para la clínica que se presenta en el momento de la cirugía, el cirujano dental deberá elegir el método más delicado para dividir el diente y extraerlo por - odontosección, sin ocasionar un daño mayor al tejido óseo.

El uso de fresas de carburo es lo más indicado en este tipo de remociones quirúrgicas, el empleo del cincel y el martillo son traumáticos y muy molestos para el paciente, por lo - que su uso se verá limitado al empleo de una anestesia local y - se empleará más libremente con anestesia general, limitándose - hasta donde sea posible.

Se procederá a efectuar la luxación del tercer molar a medida que se van extrayendo las porciones del molar, deben de examinarse con buena luz para comprobar la integridad de las - raíces, asegurarse de que no se ha quedado algún ápice en el -



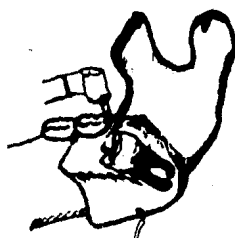
INCISION



PREPARACION DEL COLGAJO
Y DISEÑO DE LA OSTEOTOMIA



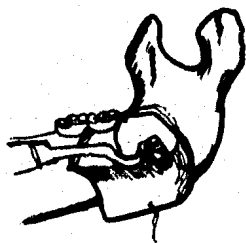
ELIMINACION DE LA
TUMORALIDAD



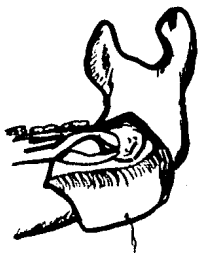
ORTE DE LA CORONA
Y ELIMINACION DE LA
TUMORALIDAD



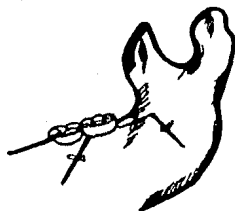
ODONTOTOMIA DE
RAICES.



EXCAVACION DE LAS
RAICES DEL MOLAJOR



REGULARIZACION DE
LOS BORDES OSEOS



RESORTA DE Y
SUTURA.

fondo del alveolo, de ser así se debe elegir el método de los ensanchadores para evitar un mayor traumatismo; siendo eliminado con la mayor delicadeza posible dada la proximidad del paquete vasculonervioso nutricio inferior.

Se tratará de localizar el saco pericoronario si es que existe para lograr su eliminación; posteriormente se practicará con una lima para hueso, la regularización de la cavidad ósea y se procederá a hacer un lavado de la misma con suero fisiológico o con agua bidestilada usando una sonda de Gilman o una geringa con aguja sin bisel, hasta que la cavidad ósea esté perfectamente limpia. Si no hay un sangrado que forme el coágulo, se provocará con una gasa estéril frotando suavemente en el alveolo, para proceder a la parte final de la cirugía; se comprobará que no hay restos radiculares con una radiografía inmediata, para finalmente afinar el colgajo confrontando los bordes y efectuando la sutura del mismo, que deberá de ser con seda negra de 000 y 0000, eligiendo los puntos de sutura a libre adbedrio como son:

- a) Sutura continua
- b) Puntos de colchonero
- c) Puntos discontinuos

A continuación se mostrarán unas gráficas de ésta técnica.

POSTOPERATORIO

El tratamiento mencionado es muy importante y puede mejorar o empeorar los inconvenientes durante la intervención quirúrgica, para su mejor aplicación lo dividen en dos: tratamiento mediato e inmediato.

Terminada la operación, se limpia la cavidad bucal con una solución bidestilada, lavando perfectamente con el fin de eliminar sangre y restos blandos, óseos o tejido dentario, que se puede localizar en los surcos vestibulares, debajo de la lengua y muchas veces en la bóveda palatina, evitando de este modo, que los coágulos contribuyan a la contaminación de la cavidad, ocasionando putrefacción y alitosis.

INDICACIONES INMEDIATAS:

Se aplica un trozo de gasa estéril en la región del tercer molar inferior intervenido, indicando al paciente que muerda firme pero suavemente sobre ella. Si es una unidad hospitalaria se traslada a su cuarto, si no lo es, y se realiza a nivel de consultorio, se pasa a sala de descanso, en caso de lo primero se traslada a sala de recuperación. Se indicará que puede colocarse una bolsa de hielo sobre la región del lado operado por algunos minutos, siendo intermitente, ya que esto reduce la congestión y el edema postoperatorio, previene los hematomas y disminuye el dolor.

INDICACIONES MEDIATAS

De regreso el paciente a su domicilio, es útil que obedezca las prescripciones del cirujano sujetándose a los principios de la cirugía y fisiología general, que guarde reposo por algunas horas o de ser posible 24 horas. Por otra parte el reposo evita una irrigación mayor, previniendo una posible hemorragia secundaria. Se indicará que continúe en su domicilio colocando sobre la cara en el lado operado, una bolsa de hielo que mantendrá en su sitio intermitente según su resistencia al mismo. Indicar que no es necesario que practique ningún tipo de colutorios enjuagatorios durante las primeras horas, ya que es menester conservar la integridad del coágulo, por ser éste el mejor obturador del alveolo. Indicar en caso de hemorragia secundaria, se coloque un trozo de gasa estéril que mantendrá en su sitio durante media hora, ejerciendo ligera presión, si ésta no cede, colocar en el sitio operado una bolsita de té, que actuará a nivel local como vasoconstrictor, de lo contrario si no cede, avisar al cirujano dentista para que tome las medidas pertinentes.

Se indicará que no se enjuague la boca hasta el día siguiente. Por la mañana podrá lavarse la boca suavemente con una mezcla de agua con 1/2 cucharadita de sal en un vaso, repetirlo tres veces en 24 horas. Esta indicación es a libre albedrío del cirujano dentista, puede o no indicarlo.

MINISTRACION DE FARMACO.

En caso de dolor, tomará el analgésico indicado - que puede ser Acido Acetil Salicflico, Dimetil, Pirazolona, - etc.

VITAMINOTERAPIA.

La ingestión de Vitaminas A y C, contribuyen a una pronta cicatrización, así como a la producción de colagena para el mismo fin de confrontación de heridas, ésta se puede -- proporcionar ya elaborada ó natural en la dieta, Cebalín en - tabletas ó ampulas ingeridas con jugo, ó complejo B en cápsulas, perlas ó ampulas. Esto varía según el criterio del dentista.

INDICACION DE ANTIMICROBIANOS.

Estas indicaciones estarán sujetas a las observaciones del Odontólogo, tomando en cuenta las características clínicas de la cirugía, para que decida tomar medidas preventivas de procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse y tomando en cuenta la flora más común de la cavidad -- oral. Teniendo como punto de partida el sitio de la extracción, deben ser tratados con medicamentos de primera elección, ó segunda elección según sea el caso, como Penicilinas, Eritromicinas, Tetraciclinas, Ampicilinas y un variado arsenal terapéutico existente en la gama de los antibióticos.

Todas estas indicaciones están sujetas, en relación

directa al grado de instrumentación quirúrgica, traumatismo, desgarras, dilaceraciones, fracturas radicales, hemorragia, contaminación de la región con secreción salival, etc.

Operaciones limpias y sin traumatismos, raramente ocasionan dolor, esto se ha comprobado durante la práctica particular y de presentarse, se combatirá por los medios anteriormente mencionados, haciendo un uso adecuado de la terapéutica médica.

DIETA

Por propia comodidad del paciente, se le indicará que en las primeras horas no ingiera alimentos que contengan lípidos, irritantes y de contenido duro, por lo que deberá indicársele - dieta líquida las primeras 24 horas, siendo licuada, posteriormente deberá ser dieta blanda, así como que ingiera líquidos - fríos abundantes, ya que muchas de las complicaciones postoperatorias se deben a las dietas, que de alguna manera trastornan - la buena evolución de la cicatrización del área operada.

HIGIENE DENTAL

Los dientes y la persona física, recibirán el tratamiento de limpieza usual, a excepción de la región del tercer - mandibular hasta que cicatrice completamente.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA

La seda negra debe de retirarse del 4o, 5o. y hasta -

el octavo día de la operación: ya que la eliminación temprana puede originar hemorragias secundarias, la dehiscencia de los bordes así como la movilización del coágulo, con los consiguientes trastornos postoperatorios, también un retiro tardío, ocasiona trastornos ya que las sedas no se reabsorven en el tejido humano. Las suturas se procederán a retirar con un previo aseo de la región - accionándolos con tijeras de puntos o bien, con tijeras de mayo, para posteriormente proceder a un enjuague de agua tibia.

En esta visita se valorará su alta, previamente de revisar la región operada, ya que todo cirujano dentista tiene la obligación - legal y moral de dar de alta al paciente cerrando el caso con las últimas observaciones del estado de salud del paciente.

CONCLUSIONES

De lo escrito anteriormente, puedo decir que el tercer mandibular ocupa uno de los primeros lugares de impacción por - obstáculos, anatomofisiológicos y funcionales, haciéndolo más - frecuente en nuestra época, por registrarse así en las estadísti - cas de la odontología civilizada.

La extracción quirúrgica de los mandibulares, es un - procedimiento quirúrgico menor, que debe de ser realizado de acuer - do a los principios de la cirugía general, de acuerdo con la téc - nica específica, en relación con el tipo de impacción o retención que los medios de diagnóstico me muestren para cada caso clínico específico.

También me doy cuenta de las complicaciones transope - ratorias a las que hay que enfrentarse durante el ejercicio de - la Odontología, que se ve obligada a tratar al paciente desde el punto de vista médico propedéutico, ayudado por los medios de - diagnóstico, gabinete y laboratorio; recordando que todo ser hu - mano posee una individualidad ligada al tratamiento dental, se - encuentra un ser que reacciona frente a una agresión física y - emocional, por lo que el equipo de salud a la que pertenece el - odontólogo ha reducido al mínimo, o la total resolución de la mo - lestia buco-dental.

La actitud ética, eficiente y oportuna del cirujano - dental, ayudará a nuestra población a la detección y tratamiento de la Patología que he mencionado durante la presente tesis.

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

- 1) A. RIES CENTENO . CIRUGIA BUCAL.
Séptima Edición. Editorial EL ATENEO . BUENOS AIRES
- 2) G.A. RIES CENTENO . EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
Segunda Edición. Editorial EL ATENEO . BUENOS AIRES
- 3) GUSTAVO KRUGER . TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
Cuarta Edición . Editorial Interamericana.
- 4) COSTICH WHITE CIRUGIA BUCAL
Editorial Interamericana
- 5) CIRIGUA DE CABEZA Y CUELLO
WISE BAKER Tercera Edición. Editorial Interamericana
- 6) SHAFER HINE LEVY
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Tercera Edición , Editorial Interamericana
- 7) RICHARD C. O BRIEN
RADIOLOGIA DENTAL
Segunda Edición, Editorial Interamericana
- 8) GOODMAN Y GILMAN
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA.
- 9) TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA
Quinta Edición
CARLOS E. BIRO
- 10) ANATOMIA HUMANA TOMO I Y II
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
Editorial Porrua, 1973.
- 11) MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
Laboratorios Astra.
- 12) ESTOMATOLOGIA
Editorial Interamericana.