

41-937

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



RETENCIONES DENTARIAS O
DIENTES IMPACTADOS
(TERCEROS MOLARES)

*DIRIGI Y REVISÓ
29-11-80.*

México
C.D. JOSÉ T. OSORIO R.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARCOS SANTILLAN NIÑO



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.

T E M A R I O

- I .- Generalidades
- II .- Historia Clínica y Clasificación
- III .- Aspecto Clínico
- IV .- Aspecto Histopatológico
- V .- Aspecto Radiográfico
- VI .- Aspecto Terapéutico
- VII .- Conclusiones
- VIII.- Bibliografía

GENERALIDADES

Comenzaremos por enumerar algunas Generalidades para este trabajo se verán desde las condiciones del Quirófano hasta las técnicas de Asepsia para una mejor intervención.

Citaremos desde el punto de vista histórico, el enunciado que dice, desde 1867 comenzó la - - Cirugía Aséptica que empezó con la publicación de un trabajo de Lister sobre la eliminación de bacterias patógenas de las heridas Quirúrgicas. Tocamos este punto porque de ahí se partió para la eliminación de las bacterias dentro del Quirófano Paciente y Cirujano.

La técnica que utilizó Lister fué ácido carbónico nebulizado como intento para destruir las bacterias existentes, como dicen los autores que la función de la Cirugía Moderna es la destrucción de Microorganismos que afecten en determinado - - momento el estado de salud del individuo, en nuestro caso es la remoción de algún órgano dentario retenido o incluido, que pueda afectar nuestro -- sistema estomatológico y debemos tener una excelente asepsia para mejor protección no sólo del paciente sino del cirujano y los ayudantes de éste.

Antes se creía que no era necesaria la Asepsia del consultorio en el mismo grado que la Asepsia -- del Quirófano pero se ha notado que puede ser hasta más necesaria que en el Quirófano por las causas siguientes:

1o.- Dentro del Consultorio y en toda la Atmósfera las bacterias es el Hábit Natural, de enfermedades producidas por ellas.

2o.- Hay mucha más comunicación de el exterior al interior de un Consultorio Dental a un Quirófano y las pacientes muchas veces se presentan al Consultorio con alguna infección no solo bucal sino respiratoria -- como ejemplo gripe.

3o.- Los instrumentos y en especial los utilizados en alta velocidad por su uso pueden dispersar las bacterias afectando estas al instrumento al paciente al cirujano y a las personas que rodean el campo operatorio.

4o.- Otro aspecto son los medicamentos que utilizan para la práctica -- diaria y como la pieza de mano no puede ser esterilizada en el auto

clave es otro foco de infección.

En la práctica diaria del cirujano dentista es importante la Asepsia, como dijimos líneas -- antes pero lo que no se acepta, es que las mismas técnicas de Asepsia de la práctica diaria -- sean iguales para alguna intervención de Cirujía no solo la relacionada con las Retenciones Dentarias sino con cualquier otra.

Tocaremos aquí a grandes rasgos la Constitución de un Quirófano aunque esto sólo nos -- sirva como antecedente de conocimiento puesto -- que la práctica nuestra se dará en el Consultorio Dental.

a).- CONSTA DE AISLAMIENTO GEOGRAFICO.-

Este es situado en una porción aislada del Hospital.

b).- AISLAMIENTO BACTERIANO.- Es la --

atmósfera del Quirófano se utiliza ropa y calzado especial (estéril).

c).- CENTRALIZAR EL EQUIPO.- Esto es, --

equipo en cantidades adecuadas y a la mano.

d).- CENTRALIZACION DE PERSONAL.- Esto

es desde el cirujano hasta el ayudante de menor rango todos forman

do el mejor equipo posible para el éxito de la intervención cualquiera que ésta sea.

Sin tomar en cuenta la Constitución Interna del Quirófano en sí éste es de lo que está formado y no se toca lo demás (paredes, piso, techo, lámparas, etc.) porque viendo la realidad se puede catalogar como una Cirugía de Emergencia en el Consultorio y no se piden las mismas condiciones que en algún Hospital.

Cuando se hace la intervención con anestesia general es de suma importancia que el Cirujano esté frente al paciente, antes del efecto de ésta, por si éste tiene alguna pregunta o comentario de última hora, así como darle mayor confianza y seguridad al paciente.

Como Generalidades también citaremos los Métodos de Esterilización que se utilizan en Cirugía Bucal y que son los siguientes:

1o- Agentes Físicos

a).- Vapor a Presión

b).- Calor seco

2o- Agentes Químicos

a).- Oxido de etileno

b).- Solución de glutoraldehído (Cidex)

c).- Radiación.

Después de tocar a grandes rasgos el porqué - de las Técnicas de Asepsia y la constitución de un Quirófano así como los Métodos de Esterilización de Instrumental de Cirugía, haremos un análisis o plantearemos la situación en si de nuestro trabajo de Retenciones Dentarias en la forma más clara y concisa.

Enfocando directamente las Generalidades de las Retenciones Dentarias por principio de cuenta daremos las causas por las cuales se presentan en los pacientes y que son las mas comunes. Pérdida prematura de dientes primarios ya sea por extracción o por proceso carioso, produciendo la mesialización de los dientes secundarios o dientes permanentes.

La persistencia de los mismos produce al igual, entre otros aspectos tumorales como Odontomas o Quistes. También se debe de saber que cuando algún diente retenido esta expuesto a la saliva o al exterior son potencialmente infecciosos, no es así cuando estos no están expuestos al exterior.

Entre otras están la Evolución Filogenética y algunas enfermedades generales, citaremos a continuación los lugares a los cuales corresponde las

piezas retenidas y que se conforma esta lista de acuerdo a como se han presentado los casos.

- | | | |
|-----------------|----------------------------------|------------|
| 10.- Terceros | Molares | Superiores |
| 20.- Terceros | Molares | Inferiores |
| 30.- Caninos | Superiores | |
| 40.- Caninos | Inferiores | |
| 50.- Premolares | Superiores | |
| 60.- Premolares | Inferiores | |
| 70.- Incisivos | Superiores e Inferiores | |
| 80.- Segundos | Molares Superiores e Inferiores. | |

También se sabe que cuando se presenta una Retención Dentaria el tratamiento es la extracción y solo se exige lo contrario cuando se presenta algún aspecto como los que se citan a continuación:

- 1.- El paciente debido a su estado de salud no es indicado ningún tipo de Intervención Quirúrgica.
- 2.- En pacientes en los cuales debido a su edad no sea necesario el procedimiento de extracción debido a que no interfiere su salud y es inecesario y poco prudente.

Dentro de la elaboración de este trabajo citaremos en primer lugar las complicaciones que se presentan debido a estos dientes y que son los

siguientes.

Los problemas mas comunes que se presentan son infección y dolor. También existen complicaciones Compresivas para pasar a las Quísticas que da la pauta para la formación de Quistes Foliculares y Migración de los dientes además de la erosión de los dientes normales adyacentes.

Se han dado casos de degeneración de saco folicular formando un ameloblastoma y posteriormente carcinoma franco, por último todos los focos infecciosos debido a la presencia de alguna reacción local.

Por último en éste capítulo citaremos un párrafo de el autor. " Los dientes incluídos se han definido como aquellos cuya erupción es parcial o totalmente obstruida por hueso o por otros dientes, y a partir de esto desarrollaremos nuestro trabajo por el bien de nuestro paciente. "

EL COMIENZO ES LA PARTE
MAS IMPORTANTE DEL
TRABAJO.

PLATON

HISTORIA CLINICA

Dentro de la Medicina General su uso en tiempos posteriores era primordial solo para determinados pacientes o padecimientos especiales, mas con el paso del tiempo, esto ya es cosa común en cualquier tipo de tratamiento médico, debido a que se incluye en el cuestionario del paciente todo tipo de padecimientos relacionados o no con su enfermedad específica por la cual visita a su médico.

En la Odontología esta Historia Clínica es de suma importancia, esto es para saber hasta que punto, nuestro paciente está o no en condiciones de poder aceptar un tratamiento dental, en este caso lo que se puede hacer en este trabajo.

La presencia de la Historia Clínica en este tipo de tratamiento es fundamental, por el hecho de que el paciente sin saberlo o sin recordar en ese momento ha tenido algún padecimiento en forma general y por lo tanto es necesario saber el cómo, el cuándo y el porqué de determinada enfermedad, por el hecho de que pueda repercutir con nuestra intervención. Dentro de las razones ya citadas estan las siguientes cuatro que se analizan a continuación:

- 1.- Para saber con seguridad de que el trata-

miento dental que se va a efectuar en el -
paciente no afecte la salud ni su bienestar
o que como se dijo en el párrafo anterior -
que algún padecimiento general no afecte -
nuestro tratamiento dental.

- 2.- Hacer lo posible por detectar algún padeci-
miento ignorado por el paciente y que se -
determine que debe de haber tratamiento --
individual para ese padecimiento.
- 3.- Definir si el paciente es alérgico a determi-
nado o determinados medicamentos que pueda -
entorpecer tanto el PRE, como el Posoperato-
rio y así tener éxito en el intervención.
- 4.- Y algo que puede resultar primordial en -
nuestra profesión que es una especie de -
documento o archivo gráfico, que en caso de
alguna reclamación judicial por incompeten-
cia profesional, se presente como prueba y
pueda resultarnos útil para cualquier - -
efecto.

La Historia Clínica se debe de desarrollar de la
manera más sencilla posible para que el paciente en-
tienda las preguntas de la misma y las responda con
firmeza y el conocimiento de que sus respuestas no
saldrán más allá de la puerta del Consultorio Dental.

Incluye la exploración visual en la cual se puede -
ver por ejemplo si existe inflamación, sangrado, --
lesión dentro y fuera de la cavidad oral. La física
o dactilar y que encierra la palpación también dentro
y fuera de la cavidad si es tejido duro, blando, - -
lesión en alguna pieza dentaria, etc. y la explora-
ción por medio de la comunicación preguntando algo
acerca de como empezó y cuando, si hay dolor, si --
comió o tomó algo que formara la reacción, dentro -
de éstas preguntas enfocar por los antecedentes --
médicos de los parientes más cercanos a nuestro --
paciente.

Quando nuestro paciente se presente frente a
nosotros, hay que hacerlo sentir lo mejor posible y
que nos vea como su amigo antes que como su dentista
todo esto para podernos desarrollar dentro de una -
atmósfera llena de cordialidad de comunicación y de
amistad, no importa que el paciente se manifieste -
mediante un lenguaje no muy coherente con respecto a
la medicina y evitar la represión desde éste punto
de vista para así poder seguir este tipo de diálogo
en citas posteriores, haciendo sentir al paciente -
en franca camaradería. Para poder preguntarle su
punto de vista respecto al Dentista en relación con
el mismo, su modo de vivir, sus hábitos, su ocupación

y algo que pueda resultar primordial cual va a ser la actitud que va a tomar en relación a la salud de su persona, pues esto puede tener cierta reacción con su estado emocional que presente al empezar cualquier tratamiento dental en nuestro caso, que es la Retención Dentaria.

A continuación se presenta una serie de preguntas que forman la estructura de la Historia Clínica, y observaciones que pueden acarrear más conocimientos para llegar al éxito de nuestra intervención en general.

HISTORIA CLINICA

Nombre ----- Sexo ----- Edad -----

Dirección ----- Tel. -----

Edo. Civil ----- Ocupación -----

CUESTIONARIO GENERAL

- 1.- Esta usted enfermo en estos momentos -----

- 2.- Que padecimiento tiene -----
- 3.- Esta usted en tratamiento -----
- 4.- Lo han operado -----
- 5.- Sobre qué padecimiento -----
- 6.- Tiene algún padecimiento de los que se citan a continuación:
 - a).- Fiebre Reumática -----
 - b).- Cardiopatía Reumática -----
 - c).- Lesiones Cardíacas Congénitas -----
 - d).- Enfermedad Cardiovascular -----
 - e).- Trastorno Cardíaco -----
 - f).- Ataque Cardíaco -----
 - g).- Insuficiencia Coronaria -----
 - h).- Oclusión Coronaria -----
 - i).- Tensión Arterial Elevada -----
 - j).- Arterioesclerosis -----
 - k).- Apoplejía -----

- 7.- Después de cualquier esfuerzo nota que hay dolor en el -
pecho -----
- 8.- Después de ejercicio moderado le falta aliento -----
- 9.- Se le hinchan los tobillos -----
- 10- Al acostarse hay alguna dificultad para respirar -----
- 11- Tiene asma o fiebre del heno -----
- 12- Tiene usted alguna alergia -----
- 13- Urticaria o Erupción Cutánea -----
- 14- Ha habido desvanecimientos o ataques -----
- 15- Padece usted algún tipo de diabetes -----
- 16- Hepatitis, Ictericia o Enfermedad Hepática -----
- 17- Artritis -----
- 18- Reumatismo Inflamatorio -----
- 19- Ulceras Gástricas -----
- 20- Trastornos Renales -----
- 21- Tuberculosis -----
- 22- Al toser ha expectorado sangre alguna vez -----
- 23- Ha tenido Hipotensión -----
- 24- Padece Enfermedades Venereas -----
- 25- Padece algún trastorno de la sangre, anemia o hemofilia

- 26- La han operado o han aplicado Radioterapia por algún - -
tumor -----
- 27- Ha padecido alguna enfermedad que no esté citada aquí --

CUESTIONARIO BUCAL

- 1.- Presencia de Caries -----
- 2.- Presencia de Restos Radiculares -----
- 3.- Prótesis Parciales -----
- 4.- Ha padecido Hemorragias Anormales debido a Extracciones

- 5.- Se produce equimosis con facilidad -----
- 6.- Ha necesitado transfusión de sangre debido a hemorragia
por extracciones -----
- 7.- Tiene dolor en la boca -----
- 8.- Hay sangrado en las encias -----
- 9.- Ha sufrido algún trastorno importante debido a determina
do tratamiento dental -----
- 10- Cuando visitó al Dentista por última vez -----
- 11- Que tratamiento le dió -----
- SOLO MUJERES:
- 12- Esta usted embarazada -----
- 13- Esta dentro de su período menstrual -----
- 14- Tiene algún trastorno relacionado a su período menstrual

- 15- Toma alguno de estos medicamentos: -----
- a).- Antibioticos o Sulfamidas -----
- b).- Anticoagulantes -----
- c).- Analgésicos -----

- d).- Tranquilizantes -----
- e).- Cortizona (Esteroides) -----
- f).- Medicamentos para la presión sanguínea

- g).- Insulina Tolbutamida -----
- h).- Otros -----

16.- Es usted alérgico a alguno de los siguientes
medicamentos: -----

- a).- Anestésicos Locales -----
- b).- Penicilina -----
- c).- Sulfamidas -----
- d).- Aspirina -----
- e).- Yodo -----
- f).- Barbituricos -----
- g).- Sedantes y Tabletas contra el Insomnio

17.- Si dentro de este Cuestionario no se citó - -
algún padecimiento que usted tenga favor de
citarlo -----

OBSERVACIONES:

Fecha -----

Firma del Paciente -----

Firma del Dr. -----

C L A S I F I C A C I O N

Puesto que a partir de este punto nos adentra-
remos ya en nuestro Tema con todas sus manifesta-
ciones, daremos cita a la Clasificación que se ha
hecho en estos casos citaremos la que hicieron los
Autores Pell y Gregory tomando como punto de refe-
rencia la relación del segundo molar con la rama -
ascendente de la mandíbula y la relativa profun- -
didad del tercer molar dentro del hueso así como -
la posición del tercer molar en relación con el --
eje mayor del segundo molar y que a continuación -
haremos cita.

Relación del diente con la rama ascendente del
maxilar inferior:

CLASE I.- Cuando hay espacio entre la rama -
ascendente y la cara distal del se-
gundo molar para dar cabida a todo
el diámetro mesiodistal de la corona
del tercer molar.

CLASE II.- Cuando el espacio entre la cara -

distal del segundo molar y la --
rama ascendente es menor que el
diámetro mesiodistal de la corona
del tercer molar.

CLASE III.- Cuando no existe espacio y la ma-
yor parte del tercer molar se en-
cuentra dentro de la rama ascendent
te.

Ahora citaremos al tercer molar desde el punto
de vista de la profundidad relativa dentro del hueso.

POSICION A.- Cuando la posición del diente in-
cluido se encuentra al mismo nivel
o por encima de la superficie - -
oclusal del segundo molar.

POSICION B.- Cuando la porción mas alta del -
diente se encuentra bajo la línea
oclusal, aunque encima de la -- -
línea cervical del segundo molar.

POSICION C.- Cuando la porción mas alta del -
diente se encuentra al mismo nivel
o por abajo de la línea cervical -
del segundo molar.

Igualmente citaremos al tercer molar en rela- -
ción con el eje mayor del segundo molar.

a).- Vertical

- b).- Horizontal
- c).- Invertido
- d).- Mesioangular
- e).- Distoangular

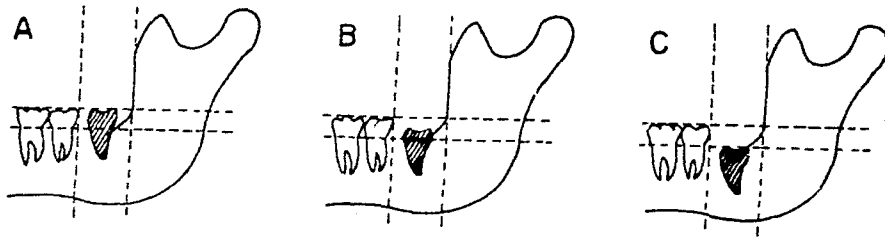
A continuación esta representada la relación del tercer molar con la rama ascendente del maxilar inferior y del tercer molar desde el punto de - - vista de profundidad relativa dentro del hueso - por medio de la siguiente gráfica.

Todo esto para saber que tipo de instrumento y que tipo de inclusiones se deben utilizar para el - éxito de nuestro procedimiento Quirúrgico.

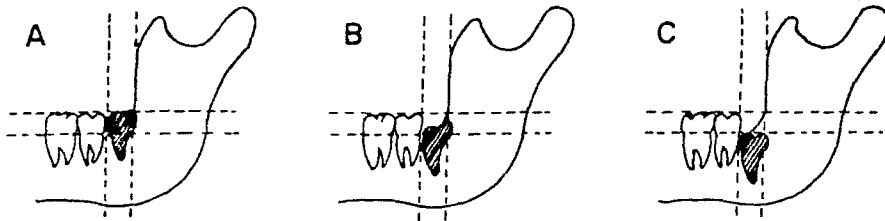
EN EL CAMPO DE LA OBSERVACION
EL AZAR SOLO FAVORECE A LA
MENTE QUE ESTA PPREPARADA.

LOUIS PASTEUR

C L A S E I



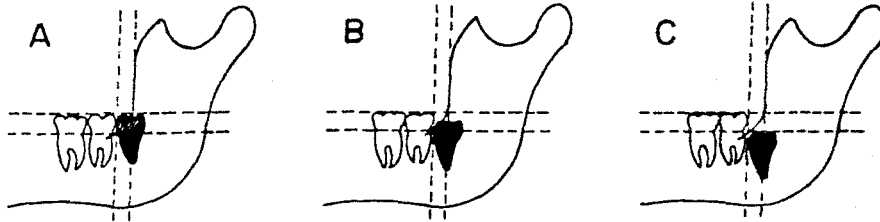
C L A S E II



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

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

C L A S E III



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

ASPECTO CLINICO

Dentro de este Aspecto lo que principalmente se presenta o problemas mas comunes son infección y dolor, para posteriormente saber identificar la relación de un diente con otro puesto que muchas veces es muy difícil la identificación de las - - verdaderas causas para saber su diagnóstico, cuando se presenta esto se pasa a el Diagnóstico - - Radiográfico puesto que solo así se dara el verdadero estudio clínico.

Porque muchas veces se llega a errar sobre - las manifestaciones clínicas, por ejemplo en Aspecto Clínico las piezas dentarias estan en posición normal pero la radiografía muestra superposición, no habiéndola, lo que puede llegar a suceder es que la angulación del rayo fué diferente al normal.

Una manifestación clínica que se presenta - - casi la mayoría de las veces es sin duda la Inflamación que es una reacción a la lesión de los - - elementos vasculares y que actúa para destruir la acción del agente lescivo, esta reacción se inicia con vasoconstricción seguida por vasodilatación y la liberación posterior de Histamina, Bradaquinina y Serotonina.

Se pueden presentar accidentes en esta - -

intervención como son infección del Saco Dentario que tiene repercusiones locales regionales y a -- distancia, para la presencia de ésta infección -- deben de existir 2 factores que son el aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo y el establecimiento de una puerta de entrada la que está condicionada por -- factores mecánicos, traumáticos sobre el capuchón que cubre el 3er. molar originados por las -- cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o por la acción conjunta de ambos.

Estos párrafos citados anteriormente se citan en ellos las manifestaciones clínicas mas frecuentemente vistas no solo a nivel local nuestro, -- sino a nivel general respecto a las retenciones -- dentarias.

Ya con lo citado antes pasaremos a desglosarlo en el Aspecto Histopatológico y posteriormente como se presenta en los Estudios Radiográficos no solo -- en tejidos puros sino también en parodonto mucosa y demás con estos aspectos lo que se quiere es la -- verdadera identificación y diagnóstico de nuestro -- caso como trabajo de estudio y posteriormente de -- práctica.

DEBEMOS MANTENER LA MENTE
POR DELANTE DEL OJO Y EL
OJO POR DELANTE DE LA MANO.

OLIVER WENDELL HOLMES

ASPECTO HISTOPATOLOGICO

En éste capítulo citaremos como su nombre lo indica, la situación que guardan los tejidos dentarios en relación a la presencia de lesiones - - - traumatismos o de inflamación de las zonas que se presenten o cerca de la zona de donde se localiza la retención ya sea superior o inferior ya sea - - derecha o izquierda según el caso.

Cuando se presenta inflamación como ya se dijo anteriormente es una vasoconstricción seguida de una vasodilatación. La finalidad de las reacciones inflamatorias es centralizar al agente lescivo pues - cuando hay dilatación de leucocitos y anticuerpos -- que fagocitan a los agentes lescivos y restos celula res.

Cuando hay destrucción de tejido los leucocitos su emigración es mas evidente pues por la fagocitosis de bacterias en producción de anticuerpos especí - ficos que se acumulan en la zona lesionada viéndose - reforzados por una red de fibrina esta actúa como -- localizadora de bacterias y atrapándolas se pueden - presentar los siguientes fenómenos.

RESOLUCION.- Elementos defensores digieren el tejido lesionado volviendo a su estado normal.

ORGANIZACION DEL EXUDADO.- En la parte central de la región inflamatoria hay leucocitos muertos y el Pus - puede estar localizado como en los abscesos o diseminarse -- como en celulitis.

DESTRUCCION DE TEJIDO.- Ocasiona destrucción - acompañada de supuración irreversible se presentan fibroblastos y forma colágeno desa parece la inflamación.

En los accidentes nerviosos se presentan trastornos reflejo páticos y neutróficos que se traducen en herpes, peladas, canicie, ecsemas también el trimus como reacción antálgica.

En los accidentes celulares se presentan los - casos en los cuales la inflamación y el absceso - - pueden tomar varias vías por ejemplo:

- a).- Hacia adentro arriba y atrás.
- b).- Hacia atrás y arriba
- c).- Hacia adentro
- d).- Hacia afuera y atrás
- e).- Hacia afuera y adelante

Dentro de los accidentes óseos propiamente - - dichos como complicación de una pericoronaritis son

sumamente raros casi propiamente dicho excepcionales dentro de los cuales solo citaremos graves - - Osteomielitis con grandes sequestros.

En los accidentes linfáticos o ganglionares - este es un hecho común ó sea en la mayoría de infecciones se presenta su cortejo ganglionar.

Por último en los accidentes tumorales lo que se presenta por normalidad son los quistes dentígeros. Estos pueden infectarse dando procesos -- superativos de intensidad variable complicándose con procesos (Osteitis y Osteomielitis).

f).- Estudio de las raíces del tercer molar.- Aquí citaremos las posiciones en que se presentan las - raíces del tercer molar puesto que es de suma importancia.

Ambas raíces dirigidas distalmente, raíz distal recta, raíz mesial dirigida hacia distal, raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal dirigida hacia mesial, ambas raíces rectas, ambas raíces fusionadas raíz mesial recta y distal dirigida hacia mesial, ambas raíces dirigidas hacia mesial, raíz distal dirigida hacia distal y raíz mesial dirigida hacia mesial, raíces supernumerarias.

Es necesario una buena radiografía para que no

se presenten anomalías radiales tiene que abarcar -
la película, la totalidad de la raíz para su presen-
cia.

g).- El septum radicular del tercer molar.-
o sea el espacio interradicular del -
tercer molar debe ser propiamente «estudiado en la película.

h).- Hueso distal.- Aquí se ve la consis-
tencia, la dimensión del mismo, su -
espesor, ver si no se encuentra afec-
tada por procesos patológicos etc.

i).- Contacto del segundo y tercer molar.-
Se analiza este punto mas que nada -
para saber la Técnica que se usará.

j).- Porción ósea entre 2a. y tercer molar
Para saber como apoyarnos con los ele
vadores en la intervención.

k).- Cara mesial del 3er. molar.- Se puede
decir que es una de las causas donde
debe de estudiarse lo mejor posible -
puesto que es la cara donde se apoya
el instrumento en cualquier Técnica y
debe de encontrarse lo mejor posible.

l).- Espacio interdentario.- En este punto
es importante por el hecho de que nos

da la pauta para saber que tipo, -
tamaño y forma de elevador debe de
usarse.

m).- Corona del 2o. molar.- Aquí se da
para su estudio solo para saber el
tamaño, forma, disposición estado
clínico de la misma con relación -
al tercer molar.

n).- Raíces de segundo molar saber si -
las raíces son cónicas o están fu
sionadas pues se puede fracturar al
hacer presión en la cara deistal -
del mismo.

o).- Conducto dentario.- Deben de estudiar
se la posición y las relaciones del -
conducto dentario con los apices del
tercer molar.

Los accidentes del tercer molar se clasifican -
de la siguiente manera:

- 1o.- Accidentes Mucosos
- 2o.- Accidentes Nerviosos
- 3o.- Accidentes Celulares
- 4o.- Accidentes Oseos
- 5o.- Accidentes Linfáticos o Ganglionares
- 6o.- Accidentes Tumorales

En el primer caso se origina de manera brusca o insidioso. Brusco aparece sin anuncio previo. A nivel del capuchón que cubre el molar retenido, - - total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio.

ES NECESARIO MIRAR BIEN LO
QUE SE HACE PARA PODER HACER
BIEN LO QUE SE MIRA.

G. C. INGHAM.

ASPECTO RADIOGRAFICO

En el Estudio Radiográfico del tercer molar - exige condiciones con el fin de que la radiografía no dé imágenes que no representen con toda fidelidad el objeto real puesto que con algún inconveniente el acto operatorio no satisface su intervención.

Existen una serie de películas radiográficas - las cuales citaremos a continuación de la siguiente manera.

RADIOGRAFIA INTRAORAL:

El paciente sentado con el respaldo del sillón perpendicular al suelo, cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, la película dentro de la boca a la altura de la cara mesial del primer molar en su borde anterior de la película, el aparato de Rayos X su cono debe estar perpendicular a la película.

Dentro del estudio de la Radiografía Intraoral se tocan en consideración y de vital importancia los siguientes puntos.

Los puntos a considerar en la película - Radiográfica Intraoral en primer lugar es lo referente a la posición dentro del hueso, su relación con los molares vecinos, forma coro-

naría y radicular Osiestructura etc. dándolas como sigue:

- a).- Aquí se cita la posición y desulacion del tercer molar para de aquí partir a la clasificación de la ratención todo esto en relación con el segundo molar.
- b).- Posición del segundo molar en este se estudia porque por su cara distal puede ser útil para la aplicación de una fuerza en la intervención por - eso Clínica y Radiográficamente se - estudia su solidez, estado y posición.
- c).- Relación del molar retenido con el - borde anterior de la rama montante.- Esto es más que nada para clasificar la pieza en relación con la rama montante.
- d).- Profundidad en el hueso.- Aquí se clasifica la pieza con respecto a la - - línea oclusal y cervical.
- e).- Corona del tercer molar.- Aquí entra la forma de la corona si es normal o anormal, tamaño de la misma si es mayor a la que se considera normal, su

estado que guarda o sea si presenta traumatismos, caries etc, se necesita saber su aspecto carioso mas que nada para poder saber donde se suministrará la fuerza para la extracción.

RADIOGRAFIA OCLUSAL:

Paciente sentado y la posición del respaldo del sillón se inclinará hacia atrás, la cabeza reclinada hasta la comodidad del paciente, la película colocada entre ambas arcadas lo más distalmente posible, mordiendo la película el paciente lo mas suave posible, el cono del aparato de Rayos X colocado por debajo del borde inferior de la mandíbula es necesario comparar esta película con la intraoral para precisar las relaciones anatómicas y las condiciones que rodea el hueso.

Para su estudio de esta película se citan los siguientes puntos.

- a).- Sin Desviación.- Es cuando no hay superposición de imágenes del tercer con el segundo molar no es visible la cara oclusal del tercer molar.
- b).- Desviación bucal.- Hay superposición de imágenes del tercer molar con el segundo.

c).- Desviación Lingual.- No hay super- -
posición de imágenes de las coronas - -
de ambos, visible cara oclusal del - -
tercer molar.

d).- Desviación Bucolingual.- Se presenta
superposición de imágenes de ambas -
coronas visible cara oclusal de ter-
cer molar.

RADIOGRAFIA EXTRAORAL:

Este tipo de película en realidad se cita
por su existencia mas no por su uso, puesto que
solo cuando existe alguna anomalía por la cual
no pueda tomarse la intraoral se usará ésta t^écn
nica, puede existir trismus, procesos inflama-
torios, intolerancia del paciente etc., solo --
así se recomienda ésta técnica.

El paciente sentado y respaldo del sillón
verticalmente colocado, cabeza ligeramente incli-
nada en ángulo de 20° a 30°, respecto al eje -
central, la película dentro del chasis con pan-
talla reforzada, paralela al plano vertical de -
la rama ascendente, al aparato de Rayos X cono -
con angulación 0° por debajo del ángulo del maxi-
lar opuesto al que se va a radiografiar.

Los resultados para su estudio de esta peli-
cula ya se dijo no serán comparados con los de la

intraoral, puesto que para este tipo de inter
vención se requiere exactitud y ésta nos la da
la película Intraoral.

LA PRISA EN TODA EMPRESA
ACARREA EL FRACASO.

HERODOTO.

ASPECTO TERAPEUTICO

Como ya se dijo anteriormente lo necesario es la extracción de las piezas retenidas ya sean superiores o inferiores, izquierdo a derecho por lo tanto en el aspecto Terapéutico citaremos a grandes rasgos las Técnicas que hay, el instrumental etc. y que se presenta en algunos casos según la habilidad del Cirujano, los accidentes operatorios.

Una vez que el paciente haya sido evaluado, la Historia Clínica revisada, los instrumentos seleccionados y la anestesia establecida podrá dirigirse la atención a los detalles Quirúrgicos, cuando el paciente tiene mala higiene se le dan enjuagues de peróxido de hidrógeno antes de la intervención, -- también se delinearán el campo operatorio por medio de material esteril (toallas) esto por el hecho de que se evitará así la contaminación que puede dar el pelo la barba. Para el tratamiento citaremos los tres pasos y que son:

INCISION: Está condicionada al tipo de retención de la pieza mientras mas grande de mejor.

OSTEOTOMIA: Es la eliminación del hueso por medio de fresas, escoplos o instru

mentos de Winter.

ESTRACCION PROPIAMENTE DICHA: Es la extirpación por medio de palanca, punto de apoyo potencial y resistencia.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION CARA MESIAL ACCESIBLE:

La incisión.- Se hace sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde -- mesial del festón gingival y en -- sentido distal algunos milímetros por debajo del borde óseo distal a resecar.

En la Osteotomía.- El movimiento de la corona - debe ser dirigida hacia la rama - montante del maxilar, en la eliminación del hueso distal se utilizan Osteotomos.

Para la extracción propiamente dicha.- Se utilizan los elevadores del número 1 - al 9; elevadores de aplicación mesial estos destinados a introducirse entre el segundo y tercer molar del alveolo, luxado el diente se - extrae con pinzas para extracciones o con el mismo elevador.

La extracción por Osteotomía con fresa se utiliza porque es de suma importancia la higiene de -- este instrumento por lo renovado y su esterilización es magnífico para su uso.

La incisión se utiliza de la misma forma que se dijo líneas antes mientras más grande mejor por el hecho del colgajo amplio.

La Osteotomía, produciendo ya el espacio se pone la fresa sobre el borde óseo distal por resecarse.

Para la extracción, se utilizan los elevadores - de Winter como ya dijimos antes.

RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION CARA MESIAL INACCESIBLE:

Incisión.- En dos ramas una en sentido bucal, la otra en sentido distal,

Osteotomía.- Se utiliza el mismo instrumental -- que el caso anterior así como los mismos movimientos, para la extracción propiamente dicha también los mismos pasos. Citados anteriormente.

La fresa se utiliza en este caso para la eliminación suficiente del hueso, para evitar resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso.

RETENCION VERTICAL, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS:

La incisión.- Se utiliza, una angular o donde -
se descubra ampliamente el hueso.

Osteotomía.- El hueso que cubre es reseado por
medio de scoplos o fresas, con las
mismas reglas que las anteriores.

La extracción propiamente dicha.- Se utilizan -
elevadores que se ponen entre la
cara mesial del molar y la cara -
mesial del alveolo y se gira hacia
mesial.

RETENCION MESIDANGULAR SIN DESVIACION A CARA MESIAL -
ACCESIBLE O INACCESIBLE:

La incisión.- En sentido distal en relación con
la cara distal del molar retenido.

Osteotomía.- El triángulo óseo distal se elimina
con osteotomos por pequeños trozos
todo el hueso necesario.

La extracción por medio de elevadores.- El tipo
de éste lo dará la forma y tamaño
del espacio interdentario entre la
cara mesial del tercer molar la -
cara distal del segundo y el borde
superior del Interseptum también -
se utiliza la Osteotomía por fresa,

la extracción por Osteotomía a -
escorlo y la extracción por Odon
tosección.

RETENCION MESIOANGULAR AUSENCIA DE DIENTES VECINOS:

Incisión.- Angular en caso de retención toral,
en retención parcial se usa inci
sión distal.

La Osteotomía.- Se hace por escoplo y por medio
de fresa.

Estracción propiamente dicha.- Se utilizan ele
vadores de Winter números 8 y 12
ó elevadores angulares todos se -
utilizan por mesial.

RETENCION EN POSICION DISTOANGULAR:

La Incisión.- Es por cara distal solo se utiliza
angular cuando es retención profun
da y completa.

Osteotomía.- Por osteotomo No. 1 hasta porción -
ósea que cubre cara triturante y -
distal del molar retenido.

La extracción propiamente dicha.- se utiliza ele
vador de Winter No. 9 sobre la - -
cara mesial cerca del borde bucal
como si fuera una cuña entre el -
molar y el hueso.

TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL CARA -
MESIAL ACCESIBLE:

La Técnica de Winter dice que la incisión sigue los mismos principios de otros tipos de retención.

La Osteotomía.- sigue los mismos pasos que la -
retención mesioangular con los
osteoromos 2 y 4 .

En la extracción propiamente dicha.-La forma y
tamaño del espacio mesial indi-
ca el número de elevador a usar
se.

RETENCION CON CARA MESIAL INACCESIBLE:

En estos casos la superficie mesial es mas baja
que el borde superior de la osiestructura y el acceso
a la cara mesial solo puede conseguirse escindiendo -
el ^húso.

ESTRACCION DE TERCER MOLAR RETENIDO, POSICION LINGUAN
GULAR:

La incisión.- Se traza al nivel de la tabla inter
na del hueso.

La Osteotomía.- Se reseca el hueso que cubre la -
cara superior y la cara triturante por medio de la Técnica de - -
Winter.

La extracción propiamente dicha.- Una vez elimina

da la cantidad de hueso requerida, se introduce el elevador 2 o 7 entre la cara mesial y el hueso y se eleva la pieza hacia arriba y atrás.

También se hace la Osteotomía con fresa redonda y extracción por Odontosección.

Dentro de las anomalías que se nos pueden representar en nuestra intervención solo citaremos las más comunes y que son las siguientes:

- 1a.- Fractura del diente.
- 2a.- Fractura y luxación de los dientes vecinos.
- 3a.- Fractura del instrumental empleado en exodoncia.
- 4a.- Fractura del maxilar y dentro de este accidente encontraremos:
 - a).- Fractura de la Tuberosidad.
 - b).- Fractura total del maxilar
 - c).- Perforación de las tablas vestibular o palatina.
 - d).- Fractura del borde alveolar.
- 5a.- Lesión del seno maxilar nos encontramos:
 - a).- Perforación del piso del seno.
 - b).- Penetración de una raíz en el seno - - maxilar

6a.- Penetración en el seno maxilar.

7a.- Penetración de un diente en regiones - -
vecinas.

8a.- Luxación de los maxilares.

9a.- Lesión de las partes blandas vecinas.

10a.- Lesión de los troncos nerviosos.

11a.- Hemorragia.

12a.- Hematomas.

13a.- Alveolitis

EL SECRETO DEL EXITO ES LA
CONSTANCIA PARA LOGRAR UN
PROPOSITO.

DISRAELI

C O N C L U S I O N E S

Dentro de este último tema creo conveniente, citar o analizar desde el punto de vista del - - Cirujano Dentista en General, a éste tipo de tratamiento para lo cual creo necesario adentrarse - en cada tipo de especialidad mas que nada por el hecho de medida de urgencia dentro del consultorio para beneficio del paciente, pues como se citó -- anteriormente esta anomalía se presenta generalmente por algún tratamiento durante la niñez.

(Extracciones Prematuras, Pérdida de piezas por - Traumatismos, Caries, etc.), por lo tanto creo -- necesario señalar que hay que saber que tipo de - tratamiento será el indicado en una anomalía de - este tipo, y todo esto será inútil si el Cirujano Dentista no posee los conocimientos necesarios -- aunque tenga los instrumentos adecuados, puesto - que si no tiene capacidad todo será contraproducente.

Al aplicar el Cirujano Dentista sus conocimientos al cuidado y necesidad de sus pacientes - se encuentra desempeñado un arte y ésta habilidad o actitud deberá ser reconocida por lo que es.

Aquí citaremos un párrafo del Doctor Waite -

y que dice lo siguiente:

La Ciencia es el conocimiento de hechos, especialmente aquellos relacionados con fenómenos naturales del mundo físico. El Arte es la aplicación de estos conocimientos para su utilización - por el Hombre.

El Arte de ejercer, denota fineza, fluidez, - oportunidad, ritmo visión y comprensión con relación a como se presta la atención profesional.

Por lo tanto quiero hacer referencia a que -- el Cirujano Dentista debe desempeñar lo mejor posible su papel, que es así como el Médico General -- haciendo referencia a que somos el correo de la sa lud o la mejor integridad física del individuo.

Por último se escribe lo siguiente en relación a la Cirugía Bucal en General.

Al igual que en todas las formas, un Arte bien ejecutado, la Cirugía Bucal no deberá ser una - - secuencia desligada de pasos mecánicos sino una - - serie de Acciones Integradas y Fluidas ajustadas a las necesidades de los pacientes por el bien de - - ellos y la satisfacción y éxito del CIRUJANO DENTIS TA.

LA UNICA CATASTROFE TOTAL
ES AQUELLA DE LA QUE NO
APRENDEMOS NADA.

W. E. HOCKING

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

I .- Cirugía Bucal Práctica

Waite E. Daniel

Edit. C.E.C.S.A. México

II .- Apuntes de Cirugía Bucal

Sánchez Torres Javier

Kimura Fujikami Takao

1er. Congreso Latinoamericano

Y

2o. Nacional de Odontología Institucional

Curso 1979

III .- Revista Cubana de Estomatología

Centro Nacional de Información de Ciencias

Médicas

Volúmen 12 Nos. 1, 2

Enero - Agosto 1975

IV .- Tratado de Cirugía Oral

Guralnick Walter C.

Salvat Editores, S. A.

1971

V .- Cirugía Bucal

Ries Centeno Guillermo

Edit. El Ateneo

7a. Edición

VI .- Patología Bucal y Dental

Velázquez Tomás

1966

VII .- Apuntes de Histología

Facultad de Odontología

Curso 1974 - 1975

VIII.- Apuntes de Patología

Buco - Dental

Facultad de Odontología

Curso 1975.

FELIZ AQUEL HOMBRE QUE
BUSCA LA CAUSA DE LAS
COSAS.

VIRGILIO

EL VALOR TEMPLADO CON
LA PRUDENCIA AGRANDA
LOS LIMITES DEL EXITO.

MAYNIHAN.