



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EXTRACCION QUIRURGICA
DE TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N:

**ELIA HARUMI NAGAYA GOMEZ
MA. ALICIA CAROLINA BORBOLLA NAVA**

MEXICO, D. F.

1981



[Small decorative mark]



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

INTRODUCCION

CAPITULO I GENERALIDADES

CAPITULO II ESTUDIO DEL PACIENTE QUIRURGICO
 1. Historia Clínica
 2. Exámenes de laboratorio
 3. Rayos X

CAPITULO III ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y ACCIDENTES

CAPITULO IV ANATOMIA TOPOGRAFICA

CAPITULO V INSTRUMENTAL

CAPITULO VI ANESTESIA

CAPITULO VII TECNICA QUIRURGICA

CAPITULO VIII ACCIDENTES Y/O COMPLICACIONES DENTRO
 DE LA CIRUGIA

CONCLUSIONES

BIBLIIDGRAFIA

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

Podríamos dedicar mucho espacio en comparar el - cuerpo humano con la máquina más perfecta fabricada por el hombre, y la ventaja sin duda, quedaría a favor del cuerpo humano.

Este es admirable por la perfección de su funcio_ namiento; pero, sobre todo, por su adaptación para ajus_ tarse por sí mismo a cualquier cambio de condición a - que se halle expuesto. En ocasiones sufre desperfec_ tos debido a que se siente invadido por enfermedades o afectado por métodos antihigiénicos de vida a que se ve sometido. Sólo por excepción una persona nace con de_ fectos que interfieran el funcionamiento normal del - cuerpo humano.

Esta nuestra máquina, bajo condiciones normales, se repara por sí misma, se ajusta por sí sola y se man_ tiene de la misma manera, pero como toda regla tiene su excepción, la dentadura del cuerpo humano, si, tiene - que ser reparada, para lo cual nosotros, que nos hemos_ verido preparando en las aulas de la facultad, para ser merecedores a obtener el título de Cirujanos Dentistas, y poder reparar el deterioro de la dentadura ya sea por descuido del paciente que lo haya afectado o por defec_ tos genéticos ajenos a su voluntad.

El trabajo que hemos preparado no aspira a que - arroje luces definitivas a diferentes problemas, antes_ bien, confesemos nuestras inexperiencias; y precisamen_

te on atención a estas consideraciones, pedimos benevolencia al juzgarlo.

CAPITULO I

GENERALIDADES

El término "Retenidos" se usa más bien indefinidamente al incluir dientes retenidos en el verdadero sentido de la palabra, o sea, dientes cuya erupción normal es impedida por dientes o por hueso, dientes en posición anormal ya sea hacia lingual o bucal, dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal.

El tercer molar es el octavo diente a partir de la línea media. Hace erupción de los diecisiete años en adelante; la formación y mineralización de su ápice termina a los veinticinco años o más. En la gran mayoría, la mineralización tiene múltiples fallas, las cuales son visibles en la superficie del esmalte, que lo exponen muy fácilmente a ser agredido por afecciones cariosas. Muchas veces sus lóbulos de crecimiento no logran hacer unión correcta, y ésto acarrea deformaciones y fallas superficiales.

En un 40% la corona del tercer molar, posee cuatro eminencias y el resto puede tener cinco, o tres cúspides.

Lo mismo puede ser birradicular, unirradicular y muchas veces multirradicular. También las raíces pueden ser más cortas que la corona, aunque algunas veces son más grandes que ella, casi siempre, es curva hacia distal.

Cuando el tercer molar hace erupción ya el arco dentario ha tomado un funcionamiento normal; y es raro -

que su erupción no cause trastornos traumáticos, infecciosos acompañados de dolor.

La inconstancia en su posición, es notoria ya - que en un 60% de los casos aproximadamente no hace oclusión y más de la mitad no hace erupción fuera de la encía; en estos casos se les denomina molares impactados.

El término "Impactación" implica que el diente - no puede surgir porque está bloqueado por otro u otros dientes o por hueso que está encima.

Muchas veces estos molares impactados provocan - una serie de complicaciones: Accidentes neurológicos, - alopesia; Accidentes mecánicos, movilidad; Accidentes - infecciosos cuando estén medio incluidos; y los accidentes tumorales pueden formar quistes, y éstos pueden degenerar.

Se denominan "dientes retenidos" (dientes incluidos impactados) aquellos que una vez llegada la época - normal de su erupción quedan encerrados dentro de los - maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

La "retención dentaria" puede presentarse en dos formas:

El diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto - por la mucosa gingival (retención subgingival). Cualqquiera de los dientes temporarios, permanentes, o supernumerarios pueden quedar retenidos en los maxilares.

Según la estadística BERTEN-CIESZYNSKI, la fre-

cuencia que corresponde a los dientes retenidos es la siguiente:

Tercer molar inferior	35 %
Tercer molar superior	9 %

C A P I T U L O I I

ESTUDIO DEL PACIENTE QUIRURGICO

1. HISTORIA CLINICA

Es el medio por el cual investigamos los antecedentes del paciente, y así obtenemos datos que nos permitirán conocerlo mejor. Esta se hará cuando el paciente sea de primera vez, o poner al día la hecha previamente. La historia deberá hacerse de una forma ordenada y detallada.

a) DATOS GENERALES

Estos serán la primera información que obtendremos del paciente, y son: Nombre, edad, ocupación, estado civil, dirección y teléfono.

b) ANTECEDENTES

Nos permitirán darnos cuenta del estado general del paciente.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Para tener conocimiento de algunas enfermedades que tienen una predisposición familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Nos deberá informar de todas las enfermedades de la infancia, o cualesquiera que haya padecido, operaciones que se le hayan practicado, o si presenta alguna sensibilidad o alergia a cualquier medicamento o alimento.

c) INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

En este interrogatorio investigamos:

Aparato Digestivo
Aparato Cardiovascular
Aparato Respiratorio
Aparato Genitourinario
Sistema Endócrino
Sistema Hematopoyético
Sistema Nervioso

d) PADECIMIENTO ACTUAL

Si el paciente tiene una queja específica, deberemos interrogarlo detalladamente desde su inicio, sintomatología y duración.

II. EXAMENES DE LABORATORIO

El aspecto de los tejidos orales o la historia del paciente pueden orientar sobre la conveniencia de realizar algunas pruebas de laboratorio. Los exámenes de laboratorio han de ser un complemento de la explore-

ción clínica cuidadosa y de la historia, y no un atajo para establecer un diagnóstico.

Un informe negativo de las pruebas de laboratorio raras veces permite llegar a una conclusión; un resultado positivo suele ser definitivo. Generalmente es mejor solicitar directamente los análisis al laboratorio, que obtenerlo a través del médico de cabecera ya que éste no conoce la significación de la prueba en el campo odontológico; sin embargo, si está el paciente en tratamiento con el médico al mismo tiempo debe solicitarse su colaboración.

Puede estar indicado el estudio hematológico cuando el aspecto de la encía o la historia de hemorragias excesivas en caso de heridas, así se aconseja. La posibilidad de que la diabetes sea un factor complicante de la afección periodóntica constituye una inducción para la terminación de la glucemia en ayunas. Cualquier investigación de laboratorio que sea preciso efectuar, se llevará mejor a efecto después de hacer una historia clínica completa y la exploración del paciente.

a) BIOMETRIA HEMATICA

Nos ayuda a descartar algunas enfermedades generales que producen lesiones bucales.

b) PRUEBAS DE COAGULACION

Tiempo de sangrado, de protrombina, todo esto nos ayudará a determinar si hay alguna tendencia hemorrágica.

c) ANALISIS DE ORINA

Aportará datos que pueden sugerir alguna enfermedad renal o diabetes.

d) EXAMEN DE LOS TEJIDOS

Generalmente es después de una biopsia, y nos da un estudio macroscópico y microscópico.

e) SIGNOS VITALES

Temperatura, pulso, respiración, presión arterial. Son de suma importancia, sobre todo la presión arterial en pacientes con alguna enfermedad general conocida o en pacientes de edad avanzada.

f) ELECTROCARDIOGRAMA

Permite observar alguna enfermedad del músculo cardíaco, infarto agudo, principalmente en pacientes mayores de cuarenta años.

g) ANTIBIOGRAMA O PRUEBA DE SENSIBILIDAD

Nos sirve para la identificación de microorganismos causantes de la infección y sensibilidad a los antibióticos, ésta nos ayuda a determinar el antibiótico adecuado, así como dosis y duración.

III. RAYOS X

Son indispensables para hacer un buen diagnóstico relacionado con estructuras dentales y ósea. La radiografía deberá cumplir con ciertos requisitos: Claridad, que sean recientes, que se observe todo el diente y tejidos circunvecinos; para hacer el diagnóstico del tercer molar incluido, estudiaremos corona, raíz, hueso de soporte, conducto dentario inferior.

a) CORONA

La corona puede tener tamaño y forma variables, así como su posición. La corona puede presentar caries, lo cual dificultará la extracción, ya que la resistencia de la corona es menor.

b) RAZA

Al igual que la corona, las raíces pueden variar en su forma, tamaño y posición; algunas se extienden de bajo del conducto dentario inferior, y debido a esto, se corre el peligro de producir una lesión en el nervio dentario inferior.

c) HUESO ALVEOLAR

Puede interferir con la extracción, la densidad del hueso determinará la técnica quirúrgica, y la cantidad de hueso que se eliminará.

d) CONDUCTO DENTARIO INFERIOR

Si se encuentra muy próximo podríamos lesionarlo. Cuando la raíz hace presión, se desvanece o se hace más oscura en la parte donde toca el conducto.

RADIOGRAFIA INTRAORAL

Posición del Paciente.- Sentado en el sillón con el respaldo perpendicular al suelo.

Posición de la Cabeza.- La cabeza ligeramente inclinada hacia atrás de manera que la línea oclusal de la mandíbula se encuentre horizontal.

Posición de la película.- Se coloca en el interior de la boca con su eje mayor horizontal, el borde superior de la película paralelo a la arcada, no sobresaliendo de la línea de oclusión más de tres o cuatro milímetros, el borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del tercer molar.

Posición del aparato de rayos X.- El cono del aparato debe colocarse perpendicular a la película. El rayo central debe estar dirigido al centro de la película.

C A P I T U L O I I I

ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y ACCIDENTES

Las causas por las cuales un diente no hace erupción se pueden clasificar de la siguiente manera:

I. RAZONES EMBRIOLOGICAS

Cuando el germen dentario se ubica en un sitio alejado de donde debe erupcionar. El germen puede hallarse en su sitio, pero con una angulación, que al calcificarse y empezar a erupcionar, la corona está en contacto con un diente vecino, y esto, causa una verdadera fijación del diente. Por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

Al haber fijación del diente en "erupción" hay una posición viciosa, sus raíces se constituyen, pero su fuerza impulsiva no logra colocar el diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

II. OBSTACULOS MECANICOS

a) FALTA DE MATERIAL DE ESPACIO.- Completada la calcificación del diente, y en maxilares con dimensiones reducidas, no tiene lugar para ir a ocupar su sitio normal en la arcada. Se lo impide el segundo molar y la rama.

b) El impedimento que se opone a la normal erupción, puede ser: un órgano dentario, dientes vecinos - que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, posición viciosa de un diente retenido, que choca contra las raíces de los dientes vecinos.

c) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos. Los tumores llamados odontomas constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria, por otra parte, un quiste puede rechazar o incluir profundamente al diente que encuentra en su camino, impidiendo su normal erupción.

III. ENFERMEDADES GENERALES

Enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes, o que estén ligadas al metabolismo de calcio (raquitismo).

Cuando por hábito adquirido o contracciones espasmódicas que se efectúan en los movimientos mínimos, tics y otras modalidades gesticulatorias, se produce un exceso de presión externa, que sumada al final del día, no ha sido igualmente compensada por la posición interna, como la de la lengua. Por ejemplo: llegará a alterarse el equilibrio que mantiene a los dientes en su posición normal, y es por sí solo, especialmente en los niños, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares.

La reducción evolutiva gradual en el tamaño de los maxilares humanos, da por resultado maxilares dama-

siado pequeños para acomodar los terceros molares.

Causas locales. - Irregularidad en la posición y presión de los dientes adyacentes, densidad del hueso - que lo cubre, inflamaciones crónicas continuadas con su resultante, una membrana mucosa muy densa; falta de espacio por maxilares poco desarrollados, permanencia excesiva de dientes primarios, cambios inflamatorios en - el hueso.

I. Causas Sistémicas de Retención.

Las retenciones se encuentran a veces donde no - existen condiciones locales presentes.

A) PRENATALES

1) Herencia 2) Mezcla de razas blancas y negras
3) Sífilis 4) Tuberculosis 5) Desnutrición.

B) POSTNATALES: Causas que pueden interferir - con el desarrollo del niño:

1) Raquitismo 2) Anemia 3) Sífilis hereditaria
4) Tuberculosis 5) Enfermedades exantemáticas.
6) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados
7) Enfermedades de los maxilares y tejidos vecinos
8) Disendocrinias.

II. Condiciones raras:

a) Disostosis cleidocraneal (osificación defec-

tiosa de huesos craneales). Enfermedad congénita.

b) Oxicefalea (cabeza de cono).

c) Progeria (envejecimiento prematuro).

d) Acondroplasia (enfermedad del esqueleto). Enanismo.

e) Fisura palatina (enfermedad del paladar. Fisura congénita en línea media).

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

Clasificación.- Existen varias clasificaciones, - la de George B. Winter, la de Pell y Gregory, y Paranormal.

Comenzaremos con la clasificación de Winter. Posición del tercer molar retenido.

Se puede encontrar en varias posiciones:

a) Retención vertical.- En este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; la característica es que su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

b) Retención horizontal.- El eje mayor es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

c) Retención mesioangular.- Su eje está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de éste un ángulo de grado variable (alrededor de 45°).

d) Retención invertida.- El tercer molar tiene - su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar, y sus raíces hacia la cavidad bucal; es muy poco común, y se le denomina también Paranormal.

e) Retención distoangular.- Su eje mayor está dirigido hacia la rama ascendente.

f) Retención bucoangular.- Su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y primer molar. La corona del molar retenido está dirigida hacia bucal.

g) Retención linguangular.- El eje del diente - es perpendicular al plano en que están orientados los - molares anteriores, pero la corona está dirigida hacia lingual.

Desviación del tercer molar retenido.

Puede presentar desviaciones con respecto a la - arcada:

a) Normal.- Sin desviación, o sea, el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

b) Desviación bucal.- Está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada.

c) Desviación lingual.- Está desviado hacia el - lado lingual de la arcada.

d) Retención bucolingual.- El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia la - lengua.

CLASIFICACION DE WINTER

CLASE I



MESIOANGULAR



HORIZONTAL



VERTICAL

CLASE II



HORIZONTAL



MESIOANGULAR



VERTICAL

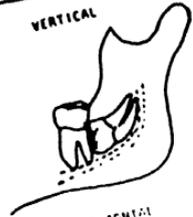
CLASE III



DISTOANGULAR



MESIOANGULAR



HORIZONTAL

La otra clasificación es la de Pell y Gregory, - respecto a la relación del molar con el borde anterior_ de la rama:

Clase I. Hay suficiente espacio entre el borde_ anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar, para dar cabida a todo el diámetro mesio—distal de la corona del tercer molar.

Clase II. El espacio entre la rama ascendente y el aspecto distal del segundo molar es menor que el diá_ metro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III. Cuando todo, o la mayor parte del - tercer molar se encuentra dentro de la rama ascendente.

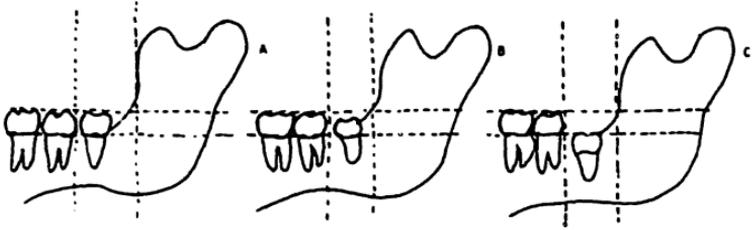
Profundidad Relativa del Tercer Molar dentro del Hueso:

Posición A.- Cuando la porción más alta del ter_ cer molar se encuentra al mismo nivel o por encima de - la superficie oclusal del segundo molar.

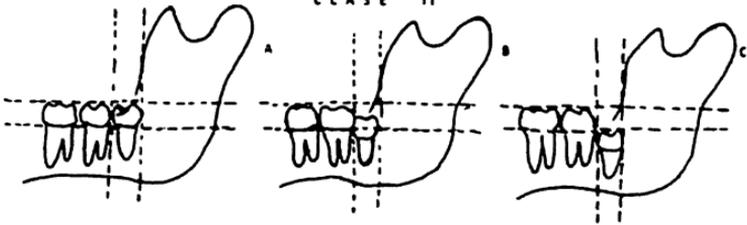
Posición B.- Cuando la porción más alta del dien_ te se encuentra bajo la línea oclusal, aunque encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- Cuando la porción más alta del dien_ te se encuentra al mismo nivel, o por debajo, de la lí_ nea cervical del segundo molar.

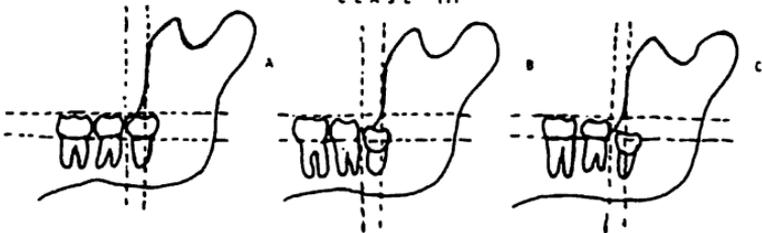
CLASE I



CLASE II



CLASE III



ACCIDENTES

Los molares impactados provocan una serie de complicaciones: Accidentes Neurológicos, Accidentes Mecánicos, Accidentes Infecciosos y Accidentes Tumoriales.

Los dientes retenidos, no erupcionados o en mal posición, pueden ser extraídos a causa de la presencia de infecciones, reabsorción patológica de los dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada como se ve en los quistes y tumores, dolor, fracturas y otras complicaciones.

Infecciones.- Pericoronitis infecciosas, abscesos alveolares crónicos o agudos, osteitis supurativa crónica, necrosis, osteomielitis.

Dolor.- Puede reflejarse no solamente en las zonas de distribución de los nervios interesados, y a la de los nervios del plexo relacionado sino a regiones más alejadas; a menudo el dolor se refleja en el oído.- El dolor puede ser ligero y localizado, puede ser grave y aún agudísimo, incluyendo todos los dientes superiores e inferiores en el lado afectado, puede ser intermitente, constante o periódico; puede ser una neuralgia intermitente trifacial, que simula el tic doloroso.

Fracturas.- Las fracturas que se producen son mandibulares, a nivel de zonas ocupadas con dientes retenidos, demuestra que son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.

Otras complicaciones.-

1.- Sonido retumbante, zumbante del oído.

2.- Otitis

3.- Afecciones de los ojos: a) obscuridad de visión, b) ceguera, c) Irritis d) dolor que disimula al glaucoma.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en:

I. Accidentes mucosos. II. Accidentes Nerviosos. -
 III. Accidentes celulares. IV. Accidentes Oseos. V.
 Accidentes linfáticos o ganglionares. VI. Accidentes_
 tumorales.

I. Accidentes Mucosos

Se denominan accidentes mucosos, las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el molar retenido. Su primer tipo es la pericoronitis; de esta primera etapa clínica parten los distintos y varia dos accidentes.

La pericoronitis es la lesión inicial y el accidente de alarma, este accidente se origina en una época en relación del molar de juicio, su comienzo puede ser brusco o incidioso, se instala un proceso inflamatorio_ con signos característicos como dolor, tumor, calor y -rubi.

Dolor.- Casi siempre precoz, puede quedar locali zado a la región del capuchón, o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, o tomar distintas vías. - En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus.

Este dolor es generalmente nocturno, puede aman tar con el roce de los alimentos o con cambios de tempe

ratura; el dolor puede deberse a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una úlcera debajo del capuchón, originada por el roce de una cúspide del molar en erupción.

Tumor.- La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen, la forma y ubicación se comprobará con una radiografía.

Rubor.- La encía cambia su color normal y se presenta de color rojizo, o rojo violáceo; cubierta de restos alimenticios y coágulos de sangre.

Calor.- Hay un cambio de la temperatura debido a la vasodilatación. El estado general es afectado: fiebre, anorexia, astenia. Los ganglios regionales son atacados (adenitis del ganglio de Chassaignac), la masticación se dificulta.

II. Accidentes Nerviosos

Los accidentes nerviosos se producen porque el nervio dentario puede incidir en trastornos reflejopáticos o neutrópicos, que se traducen en herpes, exemas, etc. Entre esos debe considerarse el trismus, como reacción antálgica.

III. Accidentes Celulares

La inflamación y absceso consiguiente pueden tomar varias vías:

Vía Externa.- Partiendo del tejido celular submu

coso, el capuchón gingival del tercer molar, se insinúa a través del tejido conjuntivo que envuelve los heces de inserción inferior del buccinador, más o menos a la altura del espacio comprendido entre la rama externa de la cresta temporal y la línea oblicua externa.

Vía Anterior.- La fusión purulenta se desarrollaría a lo largo del tejido conjuntivo submucoso del surco vestibular inferior, desde el tercer molar hasta el segundo premolar, después se correría por debajo del borde anteroinferior del buccinador, pasando entre él y la cara interna del triangular de los labios. Esta última vía, es la más factible de acuerdo con los principios generales que regulan la difusión de los procesos supurados, siguiendo las dependencias de los tejidos más permeables, en este caso el conjuntivo laxo, que se encuentra en gran parte del trayecto.

IV. Accidentes Óseos

Estos son sumamente raros, pero los pocos casos en general son extraordinariamente ruidosos: graves osteomielitis. Son posibles accidentes óseos que se conviertan en verdaderas osteitis, osteoflemones y osteomielitis. En tales casos, el proceso óseo fue una complicación inmediata de la infección del saco folicular; una característica importante es que sucedieron en personas desdentadas totalmente, en el sitio del accidente.

Otra forma de accidente óseo consiste en el proceso de osteitis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión, el foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de propagarse y dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales.

Otra, es que la infección del saco pericoronario queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente y dar procesos óseos locales y en algunos casos con repercusión a distancia.

V. Accidentes Linfáticos o Ganglionares.

La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronitis es algo frecuente y común, se puede decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar. Los ganglios que se le atribuyen a la región del tercer molar son los subángulos maxilares (ganglio de Chassainac), este accidente ganglionar es una adenitis que evoluciona con la marcha del proceso pericoronario, el ganglio vuelve a su normal proporción una vez terminada la afección del saco pericoronario; la adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio. En esas circunstancias, el ganglio está aumentado de volumen, doloroso a la palpación y espontáneamente, tiende a la supuración, que se abre camino de por sí, o el ganglio es abierto por el cirujano.

El adenoflemón es un accidente común, su marcha y evolución se ha modificado favorablemente con los antibióticos.

VI. Accidentes Tumoraes

Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos; estos tumores son los quistes dentígeros, estos quistes pueden infectarse, dando procesos supurativos de intensidad variable, complicándose con osteitis y osteomielitis.

Sin llegar a la condición de quiste dentígero - los restos del saco dentario, ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar puede no desaparecer del todo, originando lo que se denomina granuloma posterior o anterior o quiste marginal del tercer molar.

El saco pericoronario permanece adherido al cuello del diente en la porción mesial o distal, este saco no está íntegramente conservado, sino que sus hemisferios posterior o anterior son los que se mantienen; estos hemisferios, cerrados y sin contacto con el medio bucal, permanecen un tiempo con la misma identidad, pueden aumentar de volumen, adquiriendo caracteres quísticos (semejantes a los quistes dentígeros) o infectarse, como se infectan los fondos de saco. Este saco coronario infectado y el granuloma o quiste consiguiente, originan procesos parecidos a los de la pericoronitis actuando como infección focal. Introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía se llega a una cavidad de tejidos blandos, en el cual, brota un pus amarillo, maloliente.

FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis.
- 3.- Proximidad del conducto dentario inferior.
- 4.- Gran densidad ósea, especialmente en pacientes ancianos.
- 5.- Espacio folicular lleno de cemento o hueso (ancianos).
- 6.- Acceso difícil al campo operatorio, causado por:
 - a) Músculo orbicular pequeño de los labios.
 - b) Incapacidad para abrir bien la boca.
 - c) Lengua grande e incontrolable.

CAPITULO IV

ANATOMIA TOPOGRAFICA

RELACIONES TOPOGRAFICAS

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR. Este conducto se -
 inicia en la cara inferior de la rama ascendente del ma-
 xilar inferior, a nivel de la espina de Spix. Esta es-
 pina presta inserción al ligamento esfenomaxilar. Se -
 inicia a nivel del orificio superior, el conducto des-
 ciende en el interior del hueso y se dirige hacia abajo,
 adelante y afuera. Y desemboca en la cara externa a ni-
 vel de los premolares. En su trayecto en el cuerpo del
 maxilar el conducto pasa algunos milímetros por debajo
 de los ápices dentarios, alguna vez es lateral o lin-
 gualmente colocado; el diente que tiene mayores varieda-
 des en sus relaciones con el conducto por las distintas
 situaciones que puede ocupar en el maxilar, es el ter-
 cer molar.

El conducto describe en su recorrido una curva, -
 de concavidad anterior; esta curva se divide en dos seg-
 mentos: uno anterior y otro posterior. Antes de llegar
 al agujero mentoniano el conducto se subdivide en dos -
 ramas: Una externa y otra interna, la externa se dobla
 sobre sí misma en ángulo agudo y recibe el nombre de -
 conducto mentoniano, recorre un trayecto el cual desem-
 boca en el agujero mentoniano; la rama interna se dobla
 en arco, el conducto incisivo. En el cuerpo del maxil-
 lar, el conducto se sitúa por encima del borde inferior.
 El conducto dentario está ocupado por el nervio denta-
 rio inferior, rama del maxilar inferior, por la arteria

dentaria inferior, rama colateral descendente de la arteria maxilar interna, éstos se hayan rodeados por tejido celular.

RELACIONES DE LOS DIENTES CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR. Adquieren importancia en el curso de las infecciones del hueso y en la cirugía que se practica en esta zona. La relación que el conducto dentario inferior puede presentar con los ápices dentarios son de tres tipos: El primer tipo, el más frecuente, es aquel en el cual la distancia entre el conducto y los ápices radiculares, disminuye lentamente de adelante a atrás, hasta llegar al tercer molar, no estando separado el conducto de los ápices del molar, más que por una capa de tejido esponjoso. En el segundo tipo, los ápices del tercer molar están situados a bastante distancia del conducto, el tercer tipo, es aquel en que todos los dientes llegan hasta él.

CON EL AGUJERO MENTONIANO.

El agujero mentoniano, situado en la cara externa de los bordes superior e inferior del hueso, y entre las caras proximales de los premolares, sus ápices pueden estar muy vecinos al orificio, separados por una capa de tejido óseo. En un tratamiento quirúrgico, para respetar la integridad del paquete vasculonervioso que hace emergencia por este orificio, debe valerse de técnicas especiales.

Vasos y Nervios.- De la Región Mentoniana.

Arterias.- Proviene de la arteria mentoniana, rama de la dentaria inferior, que sale del hueso por el

agujero mentordiano.

Venas.- Estas van a desembocar en la vena facial y en la submentordiana.

Linfáticos.- Estos van a terminar en los ganglios submaxilares y en los suprahioides.

NERVIOS.- Los nervios de esta región son motores y sensitivos; los primeros dependen del facial. Los nervios sensitivos de esta región tiene dos orígenes:

a) Del nervio mentordiano, rama del dentario inferior; sale en forma de penacho por el agujero mentordiano y se reparte por la piel, músculos, periostio y hueso de la cara anterior del maxilar.

b) De la rama transversa del plexo cervical superficial, que inerva la piel de la región.

REGION MASETERINA. VASOS Y NERVIOS.

El sistema vasculonervioso de la región maseterina se clasifica en dos grupos: superficial y profundo.

A) Grupo superficial.- a) arterias: arteria transversal de la cara y arteria facial.

b) Venas. Desembocan en la vena facial, en la temporal superficial y en la yugular externa.

c) Linfáticos. Son tributarios de los ganglios submaxilares.

d) Nervios.- Estos pertenecen a las dos ramas -

terminales del nervio facial. La porción situada al -
frente del ángulo del maxilar está inervada por ramas -
del plexo cervical superficial.

B) Grupo profundo. a) Arteria maseterina, que -
atravesando la escotadura sigmoidea, se distribuye por
el músculo masetero.

b) Venas maseterinas, que desembocan en el plexo
pterigoideo.

c) Nervios.- Nervio maseterino, rama del nervio_
maxilar inferior.

REGION GENIANA.

Vasos y nervios.- a) arterias. En esta región -
hay una rica red arterial. Estas arterias tienen ve- -
rios orígenes: la arteria lagrimal, la infraorbitaria,-
la alveolar, la bucal, la transversal de la cara y la -
facial.

b) Venas. Desembocan en tres troncos principa-
les: la vena facial, que desemboca a su vez en la yugu-
lar interna, la vena temporal superficial y el plexo -
pterigoideo.

c) Linfáticos. Son tributarios de los ganglios_
submaxilares. Existen en esta región un conjunto de -
ganglios denominados genianos, que suelen dar procesos-
inflamatorios.

d) Nervios. Son motores y sensitivos.

Nervios Motores: dependen del facial, por sus ra-
mas cérvicofacial y temporofacial.

Nervios sensitivos. Tienen distintos orígenes:—
 provienen del lagrimal, rama del oftálmico; del bucal, —
 rama del maxilar inferior, bajo cuya dependencia está —
 la piel y la mucosa de la cara externa del maxilar infe-
 rior, desde el borde anterior de la rama ascendente has-
 ta la región del primer molar; del nervio maxilar supe-
 rior, que saliendo del agujero supraorbitario se distri-
 buye por la región y sus áreas vecinas.

REGION DE LA FOSA CIGOMATICA

Vasos y nervios.— a) Arteria maxilar interna. Ra-
 ma terminal de la carótida externa, nace a nivel del —
 cuello del cóndilo, y de ahí se dirige hacia adelante, —
 adentro y arriba, hacia la fosa pterigomaxilar, donde —
 da su rama terminal la arteria esfenopalatina. En su —
 trayecto toma relación con el borde inferior y la cara —
 externa del músculo pterigoideo externo, y la cara in-
 terna del temporal.

Las ramas descendentes son: la dentaria inferior
 que penetra en el conducto del dentario inferior; la ma-
 seterina que atraviesa la escotadura cigomática y se di-
 rige hacia el músculo masetero; la bucal, que irriga la
 región gerdana; la pterigoidea, destinada a los múscu-
 los homódimos, y la palatina superior, que, después de
 un trayecto intróseo por el agujero palatino posterior,
 llegará a la bóveda palatina.

La rama terminal, la arteria esfenopalatina, des-
 pués de nutrir las fosas nasales, sale también a la bó-
 veda por el agujero palatino anterior.

b) Venas. Unidas en plexo, desemboca en regio-
 nes importantes: plexo alveolar, desemboca en la vena —

facial por intermedio de la vena alveolar; plexo pterigoideo, del cual tiene origen la vena maxilar interna, que uniéndose a la vena temporal superficial, va a formar la vena yugular externa.

c) Nervios. Nervio maxilar inferior: tercera rama del trigémino, sale del cráneo por el agujero oval, es originado por dos ramas, una motora y una sensitiva.

Desde su salida del agujero oval, el nervio maxilar inferior, corre un corto trayecto en la fosa cigomática y se subdivide en sus ramas colaterales:

1) Nervio maseterino. Nace del nervio maxilar inferior, atraviesa la escotadura sigmoidea, de adentro a afuera, y se reparte en gran número de ramos en la cara profunda del masetero.

2) Nervio Bucal. Después de su nacimiento se dirige hacia afuera y adelante, pasa entre los dos haces del pterigoideo externo y cambiando su dirección hacia abajo y adelante, desciende hacia el buccinador.

Sus ramos terminales se distribuyen por la cara profunda de la piel del carrillo, y sus ramos profundos perforan el buccinador e inervan la mucosa bucal desde el tercer molar inferior hasta el primer molar.

3) Nervio dentario inferior. Este nervio continúa, aproximadamente, la dirección del tronco del nervio maxilar inferior y dirigiéndose hacia abajo y adelante se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior. Recorre este conducto en toda su extensión en compañía de la arteria y venas dentarias inferiores. En su trayecto, al abandonar el nervio maxilar hasta introducirse en el conducto dentario, el ner-

vio dentario inferior, se sitúa entre los dos músculos pterigoideos; más abajo entre el pterigoideo interno y la cara interna del maxilar inferior.

En su trayecto da diversas ramas colaterales que son: Ramo anastomótico con el lingual, el nervio milohioideo que separándose del dentario inferior cuando éste se introduce en el conducto, recorre un canal óseo labrado en la cara interna del maxilar inferior. (Canal milohioideo).

Dentro del conducto dentario, el nervio da: 1o.- filetes nerviosos destinados a los molares y premolares. 2o. filetes gingivales que se dirigen a la encía que cubre la cara externa del maxilar inferior hasta el primer premolar; y 3o. filetes óseos destinados al hueso y periostio.

Sus ramas terminales son el nervio mentoniano y el nervio incisivo. El mentoniano aparece por el agujero de su nombre y abriéndose en un gran penacho, inerva la cara externa del maxilar inferior en la región comprendida entre los premolares y la línea media, la piel y mucosa del labio inferior, también hasta la línea media. El nervio incisivo, siguiendo la dirección del nervio dentario da filetes destinados a los incisivos central y lateral y caninos inferiores.

4.- Nervio Lingual. Situado por delante del nervio dentario inferior, se dirige hacia la punta de la lengua. En su trayecto da ramos destinados a la mucosa gingival de la cara interna del maxilar inferior.

REGION MENTONIANA. MUSCULOS.

Situada por debajo de la región labial, corres—

ponde a la región ósea de este nombre. Existen tres - músculos por debajo de la piel: el triangular de los labios, el cuadrado del mentón y el borla de la barba.

a) Músculo triangular de los labios. Este se - inserta en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar. Desde esta línea de inserción sus fibras se dirigen hacia la comisura labial, cubriendo en su recorrido al músculo cuadrado de la barba y al tucicador.

b) Músculo cuadrado de la barba. Se inserta en - el mismo tercio interno que el triangular, por debajo - del cual queda ubicado. Se dirige hacia la línea media insertándose en la piel del labio inferior.

c) Músculo borla de la barba. Se inserta en las eminencias alveolares del incisivo central, lateral y - canino, desde donde se dirige hacia abajo y afuera, hasta la cara profunda del mentón.

TEMPORAL.- Tiene forma de abanico, amplio, abarca la fosa temporal. Sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante y se inserta en la epófisis coronoides de la rama ascendente de la mandíbula.

Se divide en tres haces de fibras: posterior, anterior y medio; la dirección de las fibras es: posterior: horizontal, medio: oblicuas, anterior: vertical.

Función o acción: Eleva la mandíbula hacia arriba y atrás, es posicionador y elevador, lleva los condílos a relación céntrica (la mandíbula). Cuando el músculo se contrae y el otro se relaja, la mandíbula se - mueve hacia un lado, o sea, interviene en los movimientos de lateralidad.

MASETERO.- Es rectangular, tiene dos haces de fibras: uno superficial y el otro profundo.

Haz superficial.- Va desde la base del hueso molar al ángulo de la mandíbula por el borde inferior hasta el segundo molar, va de adelante hacia atrás. El masetero interviene con su haz superficial en los movimientos de protrusión.

Haz profundo.- Va de la base del arco cigomático y se inserta en toda la cara externa de la rama ascendente.

Función principal: da la fuerza para los movimientos de masticación.

Función secundaria: movimientos de protrusión y diducción.

PTERIGIDEO INTERNO.- Se inserta en el borde de la mandíbula y se dirige de atrás a adelante. Está dentro de la apófisis pterigoides, se dirige hacia el ángulo de la mandíbula por su parte interna.

Acción principal: Es el más activo en protrusión.

PTERIGIDEO EXTERNO.- Se inserta en la pared lateral externa de la apófisis pterigoides, tiene forma piramidal triangular, con base en la apófisis pterigoides y con vértice en la ATM, tiene dos haces de fibras superiores e inferiores.

Haz superior: Viene del ala mayor del esfenoideas el músculo articular, atravesando las fibras de la cápsula.

Haz inferior: Va de la cara externa de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo.

Función: Es el primero que inicia el movimiento de apertura, y el más importante en los movimientos de lateralidad.

VIENTRE ANTERIOR DEL DIGASTRICO.- Interviene en la apertura máxima. Cuando hay interferencias en los movimientos de protrusión puede haber inflamación del pterigoideo interno (palpar por debajo del ángulo de la mandíbula), al no haber un primer molar inferior, el primero superior puede extruirse e interferir en los movimientos de protrusión.

BUCCINADOR.- Se presenta como amplia capa muscular cuadrilátera, hallándose en contacto directo con la mucosa bucal. Se inicia en el proceso alveolar del maxilar a nivel del primer molar y continúa hacia atrás hasta el proceso pterigoideo, desciende hasta el rafé pterigomandibular y continúa por la cresta buccinadora y la pared lateral de los alveolos de los molares, dirigiéndose hacia adelante hasta la comisura de los labios.

Acción: Expeler al exterior el contenido del vestíbulo bucal.

C A P I T U L O V

INSTRUMENTAL

Los instrumentos necesarios para Cirugía Bucal, varían, dependiendo del número y carácter de las operaciones que se intentan realizar. Y el número de cada uno de ellos, depende de la amplitud quirúrgica.

Antes de poder utilizar los instrumentos correctamente, debemos poseer conocimientos fundamentales de los mismos, así como las indicaciones para su utilización.

MINIMO DE INSTRUMENTOS EMPLEADOS

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1.- BISTURI | Mango Bard-Parker No. 3 |
| HOJAS DE BISTURI | Bard-Parker No. 15, 11 y 12. |
| 2.- ELEVADOR DE PERI
OSTIO | Molt No. 9, Woodson No. 1 |
| 3.- PIEZA DE MAND | Baja o alta velocidad. |
| 4.- FRESAS QUIRURGI-
CAS | De carburo bola y fisura. |
| 5.- ELEVADORES | Recto Nos. 1 y 8.
De Cryar Nos. 44 y 55. |
| 6.- FORCEPS | Superiores Universales No. 150.
Inferiores Universales No. 151.
Inferiores en cuerno de vaca No.
23. |

7.- PINZAS DE HEMOSTASIA	Curvas o rectas. Mosquito o Kelly.
8.- CURETAS	Doble punta, quirúrgica y clásica.
9.- LIMA DE HUESO	De dos puntas.
10.- TIJERAS	Rectas o en ángulo.
11.- PORTAAQUILAS	De 12.5 ó de 15 cms.
12.- SUTURA	Seda 000

1.- BISTURI

El cuchillo, bisturí o escalpelo puede ser uno solo, con mango y hoja unidos, como lo son los periodontales, o puede ser mango y una hoja desmontable y desechable.

HOJAS DE BISTURI

La hoja No. 11 es recta y puntiaguda, se emplea para incisión y drenaje, y cuando es necesario un corte a ciegas en tejidos profundos. La hoja No. 12 es falciforme y puntiaguda especialmente adaptada para la incisión de margen gingival y se presta para seguir las líneas cervicales de los dientes. La hoja No. 15 con borde cortante convexo, que se vuelve recto a medida que se aproxima al mango, ésta es la más útil y se utiliza con mayor frecuencia. Se puede emplear para todas las incisiones intrabucales, como reflexión de colgajos, o de exposición de estructuras que quedan bajo labios, mejillas, paladar, lengua y piso de la boca.

Las hojas de bisturí desechables vienen en paquetes previamente esterilizadas.

2.- ELEVADOR DE PERIOSTIO O LEGRA

Se emplean principalmente para el levantamiento del mucoperiostio y puede emplearse para mantener los colgajos en retracción mientras prosigue el acto quirúrgico.

3 y 4.- PIEZA DE MANO Y FRESAS QUIRURGICAS

Se puede emplear tanto la pieza de mano de baja velocidad, como la de alta velocidad.

La fresa quirúrgica se emplea para la eliminación de hueso y el corte de los dientes. Se prefieren las fresas de carburo, y las más empleadas son las de fisura estriada y redondas.

5.- ELEVADORES

Uno de los instrumentos más valiosos como auxiliar en la extracción de los dientes es el elevador o palanca de exodoncia. Estos vienen en varios tipos y formas y el C.D. escoge el de su preferencia.

El elevador puede dividirse en tres partes fundamentales: el mango, el cuello y la hoja.

La hoja varía en el ancho de 2 a 4 mm. y puede formar una línea recta con el mango, estar ligeramente desalineada o curvada, o, formar con él un ángulo.

Los elevadores generalmente tienen mangos grandes que se ajustan a la palma de la mano.

6.- FORCEPS

Los bocados de los fórceps han sido creados para asir las coronas de los dientes y por lo tanto hay muchas modificaciones.

En los fórceps para molares la configuración de las raíces juega un papel importante en el diseño de los bocados. Además, los mangos se modifican para proporcionar varias curvaturas, longitudes y superficies para prevenir desplazamientos.

Las formas más sencillas y probablemente más usadas son los fórceps universales No. 150 para superiores, y fórceps universales No. 151 para inferiores.

7.- PINZAS DE HEMOSTASIA

Vienen en varios tamaños, las pinzas mosquito - curvadas, son pequeñas, y las curvadas Kelly, son más grandes son muy útiles en cirugía bucal. Estas fueron creadas originalmente para pinzar vasos sanguíneos, de ahí su nombre de pinzas de "Hemostasia". Gracias a la longitud de sus puntas y a las estrías de sus superficies internas, permiten asir tejido blando y fragmentos de raíces o de hueso. Su punto de apoyo está a más de 2.5 cms. de sus puntas de trabajo, ésto les permite llegar al fondo de los alvéolos.

8.- CURETAS

La cureta viene en tres tamaños: pequeña, mediana y grande.

Se emplea para explorar el fondo de los alvéolos, para enuclear granulomas, tumores de tejidos blandos, - quistes. Es un instrumento diseñado para revelar al cirujero el tipo de estructuras con las que entra en contacto, y así, diferenciar entre tejido óseo, estructura dentaria y desde luego tejidos blandos.

9.- LIMA PARA HUESO

Se usa para limar y pulir bordes de hueso que - han sido maltratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía. Viene en una gran - variedad de tamaños y formas. La de doble punta No. 21 es la más recomendable en Cirugía Bucal.

10.- TIJERAS

Tienen múltiples formas y tamaños. Pero hay dos tipos principales de uso general, denominados tijeras_ de sutura y tijeras para tejidos.

Los mangos de las tijeras intrabucales pueden - ser ligeramente curvas y las hojas pueden ser rectas o también ligeramente curvas e inclinadas a casi cualquier ángulo a partir del punto de apoyo del instrumento.

Aunque las tijeras para tejidos también se emplean para suturas en muchos casos, las tijeras específicas para suturas son un instrumento de hojas rectas y

una superficie roma y una punta afilada.

11 y 12.- PORTAGUJAS, AGUJA Y SUTURA.

Portaguja.- Su extremo de trabajo es corto, generalmente de menos de 2.5 cms. Normalmente es roma y la superficie interna de contacto de las puntas tienen estrías que se entrecruzan. Esto permite colocar la aguja firmemente sostenida por los picos en cualquier ángulo.

Aguja.- Esta deberá poseer un borde cortante para suturar la mucosa bucal. Deberá emplearse una aguja redonda, no cortante, para hacer puntos de sutura o cerrar músculos o aponeurosis.

Sutura.- Para suturar en mucosa bucal se deberá emplear seda Deknata tipo B, 3-0, o seda Ethicon 3-0.- El material de sutura no absorbible posee resistencia a la tensión uniforme seca o húmeda, esto se presta para hacer nudos con instrumentos. Siendo negra, los puntos son más fáciles de ver al ser retirados.

CAPITULO VI

ANESTESIA

Dentro de la cirugía bucal, la anestesia varía - en sus técnicas, dependiendo de la zona a tratar puede ser local, regional o general.

Se denomina anestesia local, a la que suprime la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal; la anestesia regional o troncular es en la que la solución anestésica la depositamos en un tronco o rama nerviosa. La anestesia general es aquella en la que hay pérdida de la sensibilidad y la conciencia.

Para poder aplicar la anestesia para realizar el proceso quirúrgico de extracción, deberemos conocer un poco del o los nervios a anestésiar.

NERVIO TRIGEMINO. El trigémino o V par craneal presenta tres divisiones: Oftálmico, Maxilar Superior, y Maxilar Inferior.

Oftálmico. Sale del cráneo a través de la fisura orbital superior. Sus ramos inervan estructuras dentro de la órbita, frente, el cuero cabelludo, los senos frontales y los párpados superiores.

Maxilar Superior. Pasa a través del agujero redondo hacia la fosa pterigopalatina, ahí da ramos al ganglio esfenopalatino. Da tres ramos: Ramo Faríngeo, Nervios Palatinos y Ramo Esfenopalatino.

Nervio Maxilar Inferior. Llega a la fosa infra-

temporal a través del agujero oval. Consta de dos porciones, una motora y otra sensorial, ésta es mayor. La división mandibular sale del cráneo a través del agujero oval, se separa bajo el músculo pterigoideo externo formando la división anterior o motora y la división posterior o sensorial.

La división posterior de los ramos auriculotemporal y lingual, pasa entre la rama ascendente y el ligamento esfenomaxilar para penetrar al conducto dentario como nervio dentario inferior, de ahí avanza para inervar los dientes posteriores hasta el primer premolar. El ramo incisivo continúa hacia adelante dentro del cuerpo de la mandíbula e inerva el canino y los incisivos. El ramo mentoniano, sale por el agujero de igual nombre, e inerva la piel del mentón y membranas mucosas del labio inferior.

Ramo Lingual. Proporciona sensación general a los dos tercios anteriores de la lengua y del piso de la boca y la mucosa del aspecto lingual de los dientes.

Nervio Buccinator (bucal largo). Se une con el facial formando un plexo alrededor de la vena facial; manda ramos que inervan las membranas mucosas del carrillo, llegando hasta el ángulo de la boca.

ANESTESIA DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR

Se deberá palpar con el dedo índice el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. La aguja se deberá insertar en el ápice del triángulo pterigomandibular, o a nivel de la línea media del dedo índice. Hay dos maneras de introducir la jeringa, puede ser que ésta vaya paralela a la arcada dentaria, y, después dirigirla hacia el lado opuesto a la altura de los premo-

lares; también se puede insertar de manera que la jerin
ga primero esté del lado opuesto a la altura de los pre
molares, y después dirigirla al otro lado hasta que que
de paralela a la arcada dentaria. La aguja puede tocar
el hueso, aunque no es necesario que lo haga, pero eso
no dará mayor seguridad. En ese momento depositamos to
da la solución anestésica.

ANESTESIA DEL NERVI0 BUCAL

Su objeto es bloquear la sensibilidad de la cara
externa del maxilar inferior desde el tercer molar has-
ta el primer premolar. Es necesaria antes de iniciar -
la cirugía del tercer molar.

Deberemos insertar la aguja en fondo de saco mu-
covestibular frente al primer molar, avanzando hacia -
atrás, paralela al plano oclusal hasta llegar frente al
segundo o tercer molar, ahí se deposita una cantidad de
solución sobre la mandíbula.

CAPITULO VII

TECNICA QUIRURGICA

La extracción del tercer molar inferior, es esencialmente un problema mecánico, como lo es la extracción de todo diente retenido; pero a nivel del tercer molar inferior, hay una serie de factores, para hacer de esta operación una de las más complicadas de la cirugía bucal. Estos factores se refieren al sitio de ubicación del molar, de difícil acceso y mala iluminación y visión, la dureza y poca elasticidad del hueso, la sa liva y la sangre que oscurecen el campo operatorio.

Toda operación quirúrgica consta de varios tiempos:

a) Incisiones y colgajos b) Osteotomía y osteotomía
 c) Odontosección d) Avulsión e) Tratamiento de la cavidad: curetado, limado y lavado f) Sutura
 g) Indicaciones.

a) INCISIONES Y COLGAJO

La incisión está condicionada por el tipo de retención. En general, se prefieren las incisiones amplias, que permiten un extenso colgajo, que descubra con holgura el hueso a reseca.

El tipo común de incisión es el angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cara distal del segundo molar y se extiende hacia atrás. La otra rama se inicia en el mismo punto de la cara distal o en

la porción distal del reborde gingival y se dirige hacia abajo, adelante y afuera en una extensión aproximada de un centímetro, esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival, cuando se haga necesaria la aplicación de los elevadores.

La técnica para hacer la incisión será la de bisel invertido alrededor del cuello del segundo molar; - se mantendrá sobre el borde anterior alveolar mientras esto sea posible. Si el acceso es inadecuado, la incisión puede extenderse en cualquier dirección. Se emplea la hoja de bisturí de Bard-Parker No. 15, asegurándose que la incisión se extenderá hasta el hueso y se hará toda la incisión de un solo intento.

Se recomienda un colgajo de tipo sobre. Se empleará el elevador para periostio No. 1, de Woodson para liberar el tejido interdentario, y se comienza a levantar el colgajo, se utilizará un movimiento de empuje para la elevación del colgajo, terminándose así el levantamiento del colgajo. El colgajo se sujeta por medio de un retractor, el que deberá ser colocado suavemente sobre el hueso sin presionar en forma constante al colgajo, con esto se reduce bastante el desgarramiento del colgajo, edema y dolor postoperatorio.

b) OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso; osteectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación. La operación se realiza con la ayuda de las fresas quirúrgicas de alta velocidad con irrigación.

La fresa actúa eliminando el hueso en su totali-

dad, realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la - tabla ósea; el hueso limitado por las perforaciones es levantado con una legra. La fresa debe actuar siempre_ bajo un chorro de agua esterilizado o suero fisiológico, para evitar recalentamientos del hueso. El agua se pro_ yecta con una jeringa de goma o de vidrio.

c) ODONTQSECCION y d) AVULSION

Esta técnica permite la reducción de la corona - en piezas pequeñas que se van secando, permitiendo la - creación de un espacio a través del cual se quitan las porciones restantes de la raíz.

Como regla general para la clase I, posición A, - retención mesioangular, se requiere poca remoción de - hueso. Sin embargo, en algunos casos es necesario redu_ cir la cara bucal por lo menos hasta el ángulo mesiobu_ cal, a fin de exponer el margen cervical en ese punto, - de modo de poder hacer un orificio en el cuello del - diente. Luego la porción mesial de la corona, que está colocada debajo de la convexidad del segundo molar, pue_ de ser separada de las raíces por medio de un elevador_ que se inserta en ese orificio y hacer así la suficiente presión.

e) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD: CURETEADO, LIMADO Y LAVA_ DO

El cureteado se hace con cucharillas quirúrgicas hasta que el hueso truene (que el hueso esté limpio), - siempre abarcando las paredes de esta cavidad; el cure_ teado debe hacerse sin utilizar mucha fuerza. El cura_ taje deberá emplearse primero como un método de explora_

ción para asegurarnos de que el alvéolo se encuentre - limpio, así mismo, asegurarnos de que el saco folicular haya sido retirado completamente, ya que su presencia - en el alvéolo puede dar origen a un quiste, y este a - un ameloblastoma, ya que el saco folicular tiene un alto potencial ameloblástico con el quiste dentífero.

Limado, puede emplearse una lima para alisar - áreas intercaptales u otros márgenes óseos, se controla rá el sangrado volviendo a colocar el colgajo en su lugar.

Deberemos irrigar, para retirar fragmentos y esquirlas de hueso y que quede perfectamente limpio el alvéolo.

Después del secado del alvéolo se puede hacer - uso de gel-foam, que se puede emplear como hemostático y como obturador de espacio; esta última función es muy útil en la intervención de quistes y tumores de la cavidad bucal y también no hay peligro de la descomposición del coágulo. El gel-foam (esponja de gelatina), es una esponja quirúrgica, estéril, sin propiedades antigénicas. Se trata de una matriz esponjosa, derivada de la gelatina, insoluble pero absorbible. Se expende en el comercio en frascos esterilizados por calor seco a - 150°C, de aspecto blanco lechoso, es sumamente liviano.

Tiene propiedades hemostáticas a causa de su - enorme área superficial, esto debido a millares de intersticios que presenta por su consistencia esponjosa, en los cuales la sangre puede penetrar.

f) SUTURA

La sutura es la maniobra que tiene por objeto -

reunir los tejidos separados por la incisión. En cirugía bucal, se acostumbra iniciar la sutura en la cara - palatina del maxilar y terminarla en la bucal. En las incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es, de distal a mesial.

MÉTODOS DE SUTURA

Hay dos son los métodos para realizar las suturas, - por puntos o sutura continua. Ambos serán considerados.

Sutura a puntos separados.- Es el método más usado en Cirugía Bucal. Consiste, en realizar puntos independientes uno de otro. Con la aguja enhebrada con el material de sutura y manejada por el portaagujas, se perfora la fibromucosa del lado lingual, a una distancia - aproximada de medio centímetro del borde de la incisión. La aguja recorre su trayecto y aparece en el colgajo bucal, a una misma distancia del borde libre y frente a la perforación lingual. Se retira la aguja y el hilo - recorre todo el trayecto que necesita hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades, se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo. Sucesivos pases de aguja siguiendo las mismas indicaciones completarán el procedimiento, cada punto estará localizado a un centímetro de distancia.

Preparación de los nudos utilizando el portaagujas.

Los nudos se preparan rápidamente, ahorrándose - mucho tiempo en la intervención; se pasa el hilo por - los labios de la herida. Se toma, con los dedos índice

y pulgar de la mano izquierda, el cabo que tiene la aguja; se lo apoya en el portaagujas y se hace dar al hilo dos vueltas completas alrededor del extremo del portaagujas, se entrea-bre ligeramente el instrumento y se toma entre sus mordientes el cabo libre. Se tracciona el portaagujas, de manera que las dos vueltas de hilo se deslicen hacia delante y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta a nivel de la herida y se tiene realizada la primera parte del nudo, para completarlo, se realiza la maniobra en sentido inverso, y se ajusta el nudo.

CAPITULO VIII

ACCIDENTES Y/o COMPLICACIONES DENTRO DE LA CIRUGIA

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales o generales de distinta índole; así que el deber del operador debe ser prevenirlas.

Shock.- Es la complicación más inmediata que puede presentarse. Suele ser debido a la anestesia o tratarse de un shock quirúrgico. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, originadas por lo general por el miedo a la operación. Los signos notables son: el paciente palidece, su frente se cubre de gotas de sudor, la respiración se hace ansiosa, los ojos miran hacia un punto fijo, el pulso disminuye de frecuencia. Esta situación se mantiene por breves minutos. El tratamiento se realiza de la siguiente manera: Se suspende la intervención, se coloca al paciente horizontalmente con la cabeza más baja que el cuerpo, para combatir la anemia cerebral; es útil la administración de oxígeno al 100% con la careta para la anestesia general. Se inyectará por vía intramuscular y vasoconstrictores del tipo de la metedrina, veritol, u otros sintéticos derivados de la efedrina.

INFECION.- La extracción dentaria puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene importancia en los cardíacos y reumáticos, porque pueden originarse endocarditis bacterianas graves. A los pacientes con lesiones reumáticas o cardíacas es menester administrar penicilina a grandes

dosis, durante y después del tratamiento (500,000 u. - diarias).

Entre los accidentes dentro de la cirugía pueden mencionarse:

- 1) Exposición del conducto dentario inferior.
- 2) Corte del nervio dentario inferior o compresión de este nervio, lo que da por resultado una insensibilidad prolongada o parestesia del labio.
- 3) Trismus agudo que impide la masticación.
- 4) Fractura de raíces.
- 5) Desgarramiento de los vasos sanguíneos por lesión o compresión de la arteria y vena dentaria inferior. - Interrupción del afluyente sanguíneo al colgajo palatino durante mucho tiempo, lo que da lugar a una nerosis.
- 6) Fractura importante del proceso alveolar.
- 7) Traumatismo o desplazamiento de los dientes vecinos, ésto puede dar lugar a la pérdida de la vitalidad de los mismos, y a procesos infecciosos periapicales.
- 8) Decoloración de los tejidos blandos por encima y debajo de la mandíbula, debajo del ojo, mejillas o labio inferior, dependiendo del sitio operado; ésto es el resultado de una equimosis producida por una hemorragia postoperatoria.
- 9) Lascivias en los labios, mejillas o mucosas por el uso de instrumentos.
- 10) Pérdida de una gran parte del proceso alveolar por nerosis debida al mal plero de la técnica para usar, o por un gran traumatismo del hueso por un exceso de presión con el elevador.
- 11) Quemadura del hueso por fresas usadas a mucha velocidad y sin corte.
- 12) Fracturas de la mandíbula.
- 13) Gran traumatización de los tejidos blandos.

- 14) Exposición exagerada de las raíces de los dientes - vecinos, que puede dar por resultado la pérdida de estos dientes.
- 15) Un ápice empujado al conducto dentario inferior.
- 16) Dolor que puede ser causado, por un trauma normal, - o el dolor intenso de la alveolitis durante la operación bajo anestesia local de la mandíbula; si se ejerce mucha presión con las raíces o con los instrumentos sobre el nervio dentario inferior. El paciente experimenta dolor, lo que es cierto, a pesar, de que el paciente presenta insensibilidad del labio.

CONCLUSIONES

La extracción del tercer molar inferior retenido es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye - los tejidos blandos, músculos, y parte el hueso más duro del esqueleto.

La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso, está muy vascularizada e inundada constantemente por saliva; lo que hace necesario el aparato de succión y sobre todo, mantener una estricta asepsia.

Asimismo, cuando se haya detectado por los métodos de exploración clínica, estudios radiográficos, buena salud, la edad máxima en el paciente con respecto a su erupción tendría que decirse que es el momento propicio de que el Cirujano Dentista lleve a cabo la extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos.

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

- ARCHER W. H. ORAL SURGERY
- COSTICH E. R. CIRUGIA BUCAL; PRIMERA EDICION
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
1974. MEXICO
- ESPONDA V. R. ANATOMIA DENTAL; TERCERA EDICION
DIRECCION GENERAL DE PUBLICACIONES, UNAM.
1975. MEXICO.
- KRUGER G.O. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL; PRIMERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
1960. MEXICO.
- LYNCH J. M. METODOS DE LABORATORIO; SEGUNDA EDICION.
EDITORIAL INTERAMERICANA
1972. MEXICO.
- PRIVES M. ANATOMIA HUMANA; SEGUNDA EDICION
EDITORIAL MIR.
1975. MOSCU.
- RIES CENTENO G.A. CIRUGIA BUCAL; SEPTIMA EDICION
EDITORIAL EL ATENEO
1968. ARGENTINA.
- SANCHEZ SILVA A. INTRODUCCION A LA TECNICA Y EDUCACION
QUIRURGICAS.
PRIMERA EDICION.
EDITOR: FRANCISCO MENDEZ CERVANTES
1978. MEXICO.

WAITE D. E.

CIRUGIA BUCAL PRACTICA; PRIMERA EDICION
COMPAÑIA EDITORIAL CONTINENTAL
1978. MEXICO.