

Lej. 919

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CLINICA QUIRURGICA EN TERCEROS MOLARES INFERIORES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

GONZALO VELAZQUEZ ACUÑA

MEXICO, D. F.

1982



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

	Pag.
<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>CAPITULO I</u>	
UBICACION ANATOMICA.	
TEMA I	
Tercer molar inferior	3
TEMA II	
Relaciones anatómicas del tercer molar inferior.	4
TEMA III	
Ubicación anatómica del tercer molar inferior.	11
TEMA IV	
Técnica radiográfica para el tercer molar inferior.	17
<u>CAPITULO II</u>	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.	19
<u>CAPITULO III</u>	
INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.	
TEMA I	
Instrumental quirúrgico.	21
TEMA II	
Material quirúrgico.	23
TEMA III	
Material de sutura.	24
TEMA IV	
Esterilización.	25
<u>CAPITULO IV</u>	
HISTORIA CLINICA.	27
<u>CAPITULO V</u>	
CLINICA QUIRURGICA EN TERCEROS MOLARES INFERIORES.	
TEMA I	

Técnica quirúrgica	31
TEMA II	
Rotación vertical sin desviación cara mesial accesible	32
TEMA III	
Posición mesioangular sin desviación.	37
TEMA IV	
Tercer molar inferior retenido en posición distoangular.	39
TEMA V	
Extracción del tercer molar inferior retenido en posición horizontal.	42
TEMA VI	
Extracción del tercer molar inferior retenido en posición linguangular.	43
TEMA VII	
Extracción del tercer molar inferior retenido en posición bucoangular.	43
TEMA VIII	
Extracción del tercer molar inferior en posición invertida.	44
<u>CAPITULO VI</u>	
POSOPERATORIO	45
<u>CAPITULO VII</u>	
COMPLICACIONES DE LA OPERACION.	
TEMA I	
Complicaciones locales.	48
TEMA II	
Complicaciones generales.	50
<u>CAPITULO VIII</u>	
CASO CLINICO.	51

CONCLUSIONES

55

BIBLIOGRAFIA

56

INTRODUCCION.

El tercer molar es un diente que no en todas las personas se presenta con una erupción correcta; lo cual produce una serie de anomalías y accidentes patológicos en diversos grados y esto se presenta tanto en el sexo femenino como en el masculino, en diferentes edades y en ambos maxilares.

Esta patología se presenta principalmente en la raza blanca, es debida a la falta de espacio para su erupción normal, - siendo esto una de las razones primordiales. La raza negra por lo general no presenta dichos accidentes en la erupción de los terceros molares ya que su mandíbula es grande y permite una erupción correcta.

Se han obtenido datos estadísticos y como resultado se ha considerado que los accidentes de erupción de los terceros molares inferiores va en aumento en las últimas generaciones y - que también hay un ligero predominio en el sexo femenino, se dice que esto está dado por los estados fisiológicos de la mujer exacerbando los accidentes de erupción.

Los terceros molares no presentan por regla general una edad determinada en su erupción, ya que su aparición puede ir desde los 15 a los 62 años, pero su erupción presenta un porcentaje más elevado entre los 21 - 25 años en un 53%, y en algunas ocasiones pueden no existir los gérmenes de los terceros

molares, pero es en un porcentaje muy bajo.

La eliminación de los terceros molares inferiores constituye un capítulo muy importante en la práctica de la cirugía oral.

Es un procedimiento que requiere una gran habilidad técnica y un claro raciocinio, los problemas que se asocian a estas técnicas requieren cuidados absolutos hacia el paciente.

A continuación expondré las indicaciones, técnicas empleadas y cuidados generales que han de observarse en las extracciones de los terceros molares inferiores.

CAPITULO I. UBICACION ANATOMICA.

TEMA I. TERCER MOLAR INFERIOR.

Definición.- El tercer molar es el órgano terminal de la serie dentaria, tiene características morfológicas propias y diferenciales. Es el diente que presenta mayores variedades de forma, tamaño, disposición y anomalías.

La extracción de los terceros molares retenidos.- Dentro de la cirugía bucal podemos incluir la extracción de los terceros molares inferiores parcial o totalmente retenidos. Es importante hacer la extracción de estos dientes, ya que si los dejamos dentro del arco mandibular nos pueden crear complicaciones serias en los tejidos adyacentes por la persistencia y compresión que ejercen en los nervios, vasos y venas contiguas a él

La extracción del tercer molar inferior constituye un problema mecánico. en el cual se debe de tener sumo cuidado; para realizar dicha operación es preciso llegar hasta hueso donde se aloja el molar, se reseca ó eliminan las porciones óseas que lo recubren, y se aborda el diente empleando palanca para eliminarlo.

En la extracción del tercer molar inferior se cuenta con poco acceso al campo, mala iluminación, poca visibilidad, y el hueso presenta poca elasticidad y dureza dificultando esto una

operación rápida y sin traumatismo operatorio y nosoperatorio, otra de las complicaciones que se nos presentan es la acumulación excesiva de saliva y el sangrado restándonos aún más visibilidad sobre el campo operatorio.

TEMA II. RELACIONES ANATÓMICAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En este tema se estudiarán brevemente las zonas anatómicas de importancia relacionadas con el tercer molar inferior y su ubicación anatómica dentro del arco mandibular.

Maxilar Superior.- Es un hueso par, su forma se aproxima a la cuadrangular, siendo algo aplanada de fuera a dentro. Presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad ó seno maxilar.

Cara Interna: presenta una saliente horizontal llamada apófisis palatina, la cara superior de ésta forma el piso de las fosas nasales, y la inferior forma parte de la bóveda del maxilar, la cara interna se articula con la apófisis palatina del otro maxilar y juntas terminan en su parte anterior formando la espina nasal anterior.

Cara Externa: presenta la fosita mirtiforme, posteriormente se encuentra la giba canina; por detrás y arriba de ésta se encuentra la apófisis piramidal que presenta un vértice que se ar

ticula con el hueso malar, una cara superior que forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario, en la cara anterior se abre el conducto suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre, en la cara posterior presenta canales y orificios por donde pasan nervios dentarios posteriores y arterias alveolares destinadas a los gruesos molares.

Borde Anterior: arriba de la espina nasal anterior está una escotadura que con la del lado opuesto forman el orificio anterior de fosas nasales.

Borde Posterior: en su parte baja se articula con la apófisis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófisis pterigoides.

Borde Superior: forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

Borde Inferior ó Alveolar: presenta una serie de alvéolos dentarios, su vértice perforado deja paso al paquete vasculo-nervioso del diente, los alvéolos se hallan separados por tabiques óseos que constituyen las apófisis interdientarias.

Maxilar Inferior.- Es un hueso impar y se puede considerar dividido en un cuerpo y dos ramas.

Cuerpo: Tiene forma de herradura; se distinguen en él dos caras y dos bordes.

Cara anterior: es convexa y presenta en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades - del hueso conocida como sínfisis mentoniana, su parte inferior - más saliente se denomina eminencia mentoniana; hacia afuera y -- atrás de la cresta se encuentra el agujero mentoniano (por donde salen el nervio y los vasos mentonianos, los cuales provienen de la arteria mentoniana, rama de la dentaria inferior, y se reparte en la región de la submentoniana y de la labial inferior, las venas van a desembocar en la vena facial y en la submental de - los vasos linfáticos de la región, que van a terminar en los -- ganglios submaxilares y en los suprahioides), más atrás se observa la línea oblicua externa que partiendo del borde anterior de la rama vertical va a terminar en el borde inferior del hueso y en la cual se insertan los músculos: triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cara posterior: cerca de la línea media se encuentran las a pófisis geni, dos superiores que sirven de inserción a los múscu los genioglosos y los inferiores donde se insertan los genihioi- deos; más atrás nos encontramos con la línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el músculo milohioideo, por encima de esta línea se encuentra la foseta sublingual en donde se alo- ja la glándula sublingual, más afuera por debajo de esta línea -

se encuentra la foseta submaxilar donde se aloja la glándula del mismo nombre.



Borde Inferior: se presentan las fosetas digástricas, una a cada lado de la línea media en ellas se inserta el músculo digástrico.

Borde Superior o Alveolar: presenta los alvéolos dentarios separados entre sí por apófisis interdientarias.

Ramas: son dos, derecha e izquierda; son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y hacia atrás. Tienen dos caras y cuatro bordes.

Cara externa: en su parte inferior se inserta el músculo --masetero que se extiende oblicuamente, desde el arco cigomático; se consideran dos fascículos: uno anteroexterno o superficial y otro posterointerno o profundo .

Cara interna: en su parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar se encuentra el orificio superior del conducto dentario, por él se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores. La espina de Spix sobre la que se inserta el ligamento esfenomaxilar forma el borde anteroinferior de aquél orificio. Tanto este bor

de como el posterior se continúan hacia abajo y adelante hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de esta cara una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

Borde anterior: está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se halla excavado en forma de canal, cuyos bordes divergentes se separan al nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes; este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

Borde posterior: Es liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo, por su relación con la glándula parotídea.

Borde superior: en él se encuentra la escotadura sigmoidea situada entre dos salientes: la apófisis coronoides por delante y el cóndilo de la mandíbula por detrás. La primera es de forma triangular con vértice superior en el que se inserta el músculo temporal. La escotadura sigmoidea comunica la región masetérica con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetéricos. El cóndilo de forma elipsoidal, se articula con la cavidad glenoidea del temporal; se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo en cuya cara in-

terna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

Borde inferior: se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás se une con el borde posterior y forma el ángulo del maxilar inferior o gonion.

Inervación.- Para la cirugía del tercer molar inferior debemos de tomar en cuenta los nervios que lo inervan, ya que es de gran importancia lograr una buena anestesia.

Esta región es inervada por el trigémino por intermedio de su tercera rama el nervio maxilar inferior que contiene fibras sensitivas (que provienen del ganglio de gasser) y fibras motoras (constituyen la raíz delgada del trigémino que rodea el ganglio), ambas porciones salen del cráneo por el agujero oval. Una de sus ramas terminales, el nervio dentario inferior tiene bajo su dependencia la inervación sensitiva de la zona, éste sale del tronco del nervio maxilar inferior y dirigiéndose hacia abajo y adelante se introduce en el orificio superior del conducto dentario y lo recorre en toda su extensión, junto con la arteria y venas dentarias inferiores.

Dentro del conducto dentario inferior el nervio dentario inferior da tres filetes :

1) Filete nervioso dentario destinado a molares y premola--
res.

2) Filates nerviosos que se dirigen a la encía que cubre la
cara externa del maxilar inferior hasta el primer premolar.

3) Filates nerviosos destinados al hueso y periostio.

El nervio lingual, es la segunda rama del nervio maxilar in-
ferior, recorre la región pterigomaxilar junto con el borde ante-
rior del pterigoideo interno, discurriendo muy próximo a la cara
interna del maxilar inferior, el nervio lingual da filetes gingi-
vales que inervan la cara lingual de la encía a nivel de los mo-
lares.

El nervio bucal es también rama del nervio maxilar inferior
del que se separa después que éste abandona el agujero oval; se
dirige hacia abajo, adelante y afuera, entre la apófisis coronoi-
des y la tuberosidad del maxilar; corre por dentro del temporal
hasta el músculo buccinador, al cual atraviesa, dando inervación
a la encía del lado bucal del maxilar inferior desde el tercer
molar hasta el segundo premolar.

Al realizar una exodoncia se debe tomar especial interés en
la región gingivodentaria, que consta de tres partes y que son:
la encía, hueso y dientes, que en nuestro caso sería el tercer
molar inferior.

TEMA III. UBICACION ANATOMICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En el borde superior del maxilar inferior se encuentran los alvéolos dentarios donde a su vez contienen los dientes. En este caso a tratar el tercer molar inferior está en contacto con algunas partes anatómicas importantes como el nervio dentario inferior; el conocimiento de dichas relaciones nos explican la evolución y desarrollo de los procesos infecciosos y tumorales debidos a las anomalías en la erupción o retención de los terceros molares inferiores.

El tercer molar está implantado en el ángulo diedro de unión de la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula, los alvéolos son la base para su implantación, en su vértice hay unos orificios por los cuales pasan los vasos y nervios.

Las relaciones anatómicas del conducto dentario con respecto a los ápices del tercer molar son de tres tipos:

- 1) Cuando la molar está en contacto con el conducto.
- 2) Cuando existe una distancia considerable entre el conducto y la molar.
- 3) La distancia entre los ápices y el conducto es ínfima, únicamente separados por una capa delgada de tejido esponjoso.

Por medio del estudio radiográfico nos vamos a ayudar para

ver cual es la relación que existe entre el conducto y el tercer molar; la radiografía nos proporcionará un conjunto de detalles de gran utilidad desde el punto de vista anatómico y quirúrgico, la observación del saco pericoronario y algún elemento patológico.

1. Los distintos elementos anatómicos importantes a nivel del tercer molar son los siguientes:

- a) El borde anterior del maxilar.
- b) La línea oblicua externa.
- c) La cresta temporal.
- d) La línea milohioidea.
- e) El hueso pericoronario.

Dichos elementos no siempre se aprecian en el estudio radiográfico y puede ser debido a la superposición que hay entre sí o puede ser por algún proceso de cualquier índole, por esta razón es muy importante conocer e identificar cada zona anatómica relacionada con este diente antes de realizar cualquier intervención quirúrgica.

Radiográficamente se puede apreciar la relación ápices - conducto como un trazo radiolúcido formado por dos líneas paralelas (cortical rodeada por tejido óseo esponjoso); por regla general este conducto es inferior y externo con respecto a las raíces dentarias, cuando este diente se encuentra retenido el con-

ducto dentario puede surcar su cara vestibular o lingual dejando una huella muy visible en el diente extraído.

2. Clasificación del Tercer Molar Inferior Retenido.

Winter ha sido el creador de las diferentes clasificaciones de los terceros molares retenidos, con fines quirúrgicos y de acuerdo con la posición que mantienen en los maxilares, para esto se divide en cuatro puntos esenciales:

1. La posición de la corona.
2. La forma radicular.
3. La naturaleza de la osoestructura que rodea al molar.
4. La posición del tercer molar con relación al segundo.

Posición del Tercer Molar Retenido.

a) **RETENCION VERTICAL:** en este tipo de retención puede estar totalmente o parcialmente cubierto por hueso, pero lo característico es que su eje mayor es ligeramente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

b) **RETENCION HORIZONTAL:** El eje mayor del diente retenido es perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

c) **RETENCION MESIOANGULAR:** el eje mayor del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de este un ángulo variable de 45 grados.

d) RETENCION DISTOANGULAR: su eje mayor está dirigido hacia la rama montante de la mandíbula, por lo tanto la corona ocupa una posición variable de acuerdo con el ángulo que está desviado.

e) RETENCION INVERTIDA: la corona está dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal; es muy poco común este tipo de retención y se le denomina también paranormal.

f) RETENCION BUCOANGULAR: en este tipo, el tercer molar ya no ocupa como en las anteriores el mismo plano que el segundo molar sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que está hacia bucal.

g) RETENCION LINGUANGULAR: el eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores pero su corona está dirigida hacia el lado lingual.

El Tercer Molar con Diferentes Desviaciones.

El tercer molar también puede presentar cuatro tipos de desviaciones en relación con su corona.

a) Normal. No hay desviación y el tercer molar sigue la forma de la arcada.

b) Desviación Bucal. El molar está dirigido hacia afuera de el óvalo de la arcada.

c) Desviación Lingual. La corona está desviada hacia lingual.

d) Desviación Bucolingual: El molar está dirigido hacia el lado bucal, pero presenta además otro tipo de desviación, que hace que la corona esté inclinada hacia el lado interno o lingual.

También el tercer molar retenido puede guardar con respecto a la rama montante del maxilar una relación variable; según Peell y Gregory han clasificado esta relación en tres diferentes clases, las que están en dependencia con el acto quirúrgico.

Clase 1.- En esta primera clase hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar inferior.

Clase 2.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3.- En ésta clase toda la mayor parte del molar se encuentra en la rama montante de la mandíbula.

3. Profundidad Relativa del Tercer Molar en el Hueso.

La profundidad relativa del tercer molar en el hueso o la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo molar se le estudian tres posiciones:

Posición a). Es la más alta del tercer molar retenido, se encuentra al mismo nivel ó por encima de la línea oclusal.

Posición b). La posición más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

Posición c). La parte más alta del molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Para realizar cualquier intervención quirúrgica de un tercer molar inferior retenido es necesario tomar en consideración y coordinar las clasificaciones, y de ésta manera ubicarnos radiográficamente en la posición real del tercer molar en el interior del maxilar y la relación del diente retenido con el segundo molar, hueso y zonas anatómicas de interés quirúrgico.

TEMA IV. TECNICA RADIOGRAFICA PARA EL TERCER MOLAR INFERIOR.

El estudio radiográfico del tercer molar retenido es de suma importancia por lo cual se necesitan ciertas condiciones para que la radiografía nos de imágenes nítidas y que nos podamos ubicar con respecto a la posición del molar y no obtener una radiografía deformada que nos puede crear inconvenientes en el acto operatorio.

1) Radiografía Intraoral. El paciente sentado ya en el sillón dental con el respaldo perpendicular al suelo, mantendrá la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, de tal manera que la línea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

La posición de la película.- Se coloca en el interior de la boca con su eje mayor horizontal, el borde superior paralelo a la arcada no debe sobresalir de la línea de oclusión más de cuatro mm.

En la radiografía se debe de observar con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

La posición del aparato de rayos x; se deberá colocar el cono perpendicularmente a la película, aproximadamente ubicado a nivel del espacio interdentario entre el segundo y tercer molar.

2) Radiografía Oclusal. Permite obtener la relación buco-lingual y los detalles de los elementos que se encuentran orientados en esta dirección.

La radiografía se obtiene colocando la película radiográfica común sobre la arcada dentaria a radiografiar y dirigiendo los rayos perpendiculares a la película; el cono del aparato de rayos x se ubica por debajo del borde inferior del maxilar.

3) Radiografía Extrabucal. Se utiliza cuando no es posible obtener radiografías intrabucales; aunque no alcanzan el valor ni la exactitud de las segundas pueden ser de utilidad.

CAPITULO II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Como en todo acto operatorio o tratamiento odontológico se presentan indicaciones y contraindicaciones.

Indicaciones.

La erupción de los terceros molares inferiores provocan accidentes los cuales indican la eliminación de dicho diente.

1. Pericoronaritis.

- a) Trismus de grado variable.
- b) Decaimiento general.
- c) Repercusión ganglionar.
- d) Mal aliento.

2. Accidentes inflamatorios.

- a) Mucosos.
- b) Gingivodentarios.

3. Accidentes tumorales.

- a) Quistes dentígeros.
- b) Queratocístas.

Contraindicaciones.

1) Enfermedades locales y estado general perturbado por la afección dentaria o peridentaria.

2) Afecciones con dependencia del estado general del paciente.

3) Estados fisiológicos en la mujer (menstruación, embarazo), actualmente el ciclo menstrual no es ninguna contraindicación.

ción a menos que presente algún problema en particular; el embarazo tampoco se puede considerar como contraindicación a menos que la paciente se encuentre en las primeras etapas de la gestación o a término y en casos particulares del paciente.

5) Estados patológicos en caso de afecciones de los aparatos y sistemas, estados infecciosos agudos, diatesis hemorragíparas.

Cualquier acto quirúrgico se puede llevar a cabo si el paciente se somete estrictamente bajo las recomendaciones de su médico de cabecera, esto conlleva un riesgo mínimo en cambio el hecho de dejar el tercer molar inferior puede contribuir para el decaimiento o complicaciones de enfermedades y malestar general en su organismo.

Por lo tanto es muy importante realizar una historia clínica bien detallada para poder valorar el caso clínico.

CAPITULO III. INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO.

TEMA I. INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

La cirugía bucal necesita un instrumental especializado para incidir la encía y llegar a hueso para la eliminación del tercer molar, algún tumor ó procesos patológicos.

1. Instrumental para tejido blando:

a) Bisturí: en cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta, el bisturí está formado de un mango y una hoja intercambiable según la zona a intervenir; en cirugía de tercer molar se usa el Bard-Parker con hoja del número 15.

b) Sindesmotomo: Se usa para abrir o separar la encía del cuello del diente.

c) Tijeras: Se usan para seccionar lengüetas y festones gingivales, para nuestra práctica las de Neumann son de gran utilidad y tenemos las tijeras rectas o curvas.

d) Pinzas de disección, de gran utilidad para la preparación de los colgajos.

e) Pinzas dentadas, para tomar la fibromucosa sin lesionarla.

f) Pinzas de diente de ratón, para sostener los colgajos.

g) Pinzas de Kocher, para tomar la fibromucosa.

h) Radio bisturí o electrotomo; la sección de los tejidos gingivales puede realizarse por métodos técnicos o eléctricos, por medio del galvano o termocauterio o radio bisturí (también

sirven para incidir abscesos, destruir los capuchones que cubren el tercer molar).

i) Legras, periostotomos, espátulas romas; se usan para el desprendimiento de la mucosa incidida se colocan entre el mucoperiostio y hueso y se separa hasta donde sea necesario.

j) Separadores: se utilizan para separar los labios y colgajos para no traumatizarlos, el más usual es el de farabeuf.

2. Instrumental para sección de tejido duro:

a) Escoplos y martillos: el escoplo en cirugía se utiliza frecuentemente para resección del hueso que cubre el objeto de la intervención. El escoplo es una barra metálica, uno de sus extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y comunmente afilado; actúa a presión manual o accionado a ligeros golpes de martillo.

b) Pinzas gubias: para realizar la resección del hueso por medio de mordiscos sobre el tejido óseo. También se usan para eliminar bordes cortantes o crestas óseas del hueso.

c) Fresas: se pueden usar las más comunes redondas del número 5 al 8, o de fisura número 560 y las fresas quirúrgicas de Schmberg número 1 y 2.

d) Limas. Para la eliminación de bordes cortantes.

e) Cucharilla, para colección de muestras patológicas como granulomas, fungosidades, quistes, tejido, y para eliminar todos los restos de tejido necrótico.

f) Los fórceps y elevadores, para la avulsión del diente.

TEMA II MATERIAL QUIRURGICO.

Los cirujanos y ayudantes deben de llevar ropa especial para este tipo de intervenciones.

1. Delantal quirúrgico: consiste en un delantal que se cierra por atrás en la espalda del operador por medio de cintas y las mangas llegan hasta la muñeca.

2. Cubrecabezas, es de género y debe proteger toda la cabeza.

3. Cubre-boca: el objeto de usar el cubre boca es el de proteger el campo operatorio de la flora del cirujano y al mismo tiempo éste se protege de el peligro de alguna infección que puede transmitirle el paciente, ó por lo menos evitar que salpique sangre y saliva a la cara.

4. Guantes de goma: se usan como una medida de asepsia para el paciente.

5. Cepillo: se usa para el lavado de las manos antes de colocarse los guantes.

6. Jabón, alcohol, tintura de yodo y de merthiolate, agua destilada y suero fisiológico.

7. Compresas: son cuadros de género de hilo o algodón blancas o azules que sirven para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio; existen dos tipos de compresas las simples y las fenestradas y esto depende de como se vaya a operar sí con el paciente sentado o acostado. Las compresas fenestradas son de género, cuadriláteras con una perforación oval,

y ya colocada en el paciente permite el acceso libre dentro de la boca.

TEMA III. MATERIAL DE SUTURA.

En cirugía bucal se usan como material de sutura:

a) Catgut: material reabsorbible, se obtiene del intestino de oveja, su uso está confinado únicamente para ligadura de vasos y planos profundos, se obtiene ya esterilizado en el mercado

b) Hilo seda; muy empleado en cirugía bucal se usa directamente la seda ya esterilizada.

c) Hilo de lino, se emplea en gran escala el hilo negro de lino por su fácil localización sobre la mucosa bucal cubierta de fibrina después de tres o cuatro días de la operación.

Agujas para sutura. Son curvas ó rectas, pero de dimensiones pequeñas.

Portaagujas. Se usan para dirigir las agujas.

Requisitos mínimos para la intervención de un tercer molar:

Las operaciones de cirugía bucal puede realizarse en distintos locales, según sus necesidades o circunstancias. La mayor parte de las intervenciones se pueden efectuar en el consultorio dental, un menor número se debe realizar en un medio hospitalario. Pero se hace hincapié en que el profesional que no cuente con todos los medios necesarios para realizar una cirugía por lo menos debe cumplir un mínimo de detalles quirúrgicos y debe de -

tener buenas medidas de asepsia y antisepsia y buena esterilización en el consultorio.

TEMA IV. ESTERILIZACION.

El instrumental metálico de cirugía se esteriliza en la estufa seca, los instrumentos dispuestos en cajas se introducen en la estufa a una temperatura de 130° durante 30 minutos. Los instrumentos con filo o bisturí y escoplos pueden esterilizarse por medios químicos.

1. Tubos de goma y material de drenaje: se esterilizan por medio de ebullición durante 20 minutos, se retiran con pinzas y se conservan en un frasco de boca ancha en una solución antiséptica.

2. Jeringas: se esterilizan en estufa seca.

3. Delantal del cirujano y ayudantes; compresas: estos materiales deben de esterilizarse en autoclave, se colocan en tambores 4 ó 6 delantales; las compresas se colocan en otro tambor, - las gasas también se esterilizan por este medio.

4. Guantes de goma: se pueden esterilizar en autoclave o por medios químicos a una temperatura de 128° , si se usan agentes químicos el indicado es el fenol; los guantes se lavan previamente con agua y jabón, secados con alcohol y espolvoreados con talco.

5. Cepillos: se esterilizan por ebullición durante 20 minutos y se conservan en cajas esterilizadas.

6. Lavado quirúrgico de las manos: se utiliza el cepillo, jabón, agua y alcohol; en los lavabos contiguos a las salas de - operaciones se lavan las manos: se enjabonan, se toma el cepillo esterilizado del recipiente donde se guarda, se practica un cepi llado minucioso en manos y antebrazos durante cinco minutos. Des pués del lavado antiséptico de manos y antebrazos se toma una ga sa impregnada de alcohol y con ella se frotran las regiones lava- das; después de esto la enfermera coloca el delantal al cirujano y se lo anuda por la parte de atrás; se colocan los guantes.

CAPITULO IV. HISTORIA CLINICA.

Para poder efectuar el estudio integral de cualquier paciente es preciso que el cirujano recopile con exactitud los datos - que nos proporcione el interrogado y los signos clínicos localizados o difusos para poder establecer un buen diagnóstico. Todos los signos clínicos quedarán anotados en la historia clínica y - para esto se emplearán palabras sencillas y claras a modo de que el paciente las entienda facilmente.

1.- La Anamnesis nos sirve para ponerse en contacto directo con el sujeto o terceras personas para investigar la enfermedad actual y los antecedentes de él y sus familiares. En el padecimiento actual se debe de preguntar al paciente para precisar con la mayor exactitud posible el inicio del padecimiento, para determinar si es agudo o crónico el proceso le pediremos al paciente nos indique el lugar del dolor.

Es necesario saber la causa desencadenante y los mecanismos que pudieran haber influido en la pérdida de la salud y que el individuo puede pasar desapercibido o no darle importancia.

2.- Investigación de signos clínicos. Se debe de mantener una idea panorámica de los padecimientos, saber si se encuentran afectados algunos aparatos y sistemas, todo esto se logra gracias al conjunto de signos clínicos que nos mostrarán alguna disfunción de estructuras .

3. Historia clínica:

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre.-----Edad----- Sexo.-----
Edo. civil.-----Ocupación.-----
lugar de origen.-----Lugar donde radica.-----
Fecha de ingreso.-----Fecha de estudio.-----

I. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

- a) Antecedentes fímicos.-----
- b) Antecedentes Neoplásicos.-----
- c) Antecedentes endócrinos.-----
- d) Antecedentes reumáticos.-----
- e) Antecedentes neuropsiquiátricos.-----
- f) Antecedentes cardiovasculares.-----

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

1) Habitación:

- a) Construcción.----- Ventilación.-----
- b) Servicios.----- Higiene personal.-----
- c) Higiene bucal.-----

2) Alimentación:

- a) Tipo de alimentación.-----
- b) Calidad y cantidad.-----

3) Hábitos:

- a) Alcoholismo.-----Tabaquismo.-----Toxicomanías.-----
- b) Edad de inicio de cualquier hábito.-----

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

- 1) Enfermedades durante la infancia: Viruela.----Sarampión.
-----Escarlatina.----- Rubeola.-----.
- 2) Enfermedades congénitas: antecedentes fímicos.----- ----
reumáticos.-----alérgicos.-----traumáticos.-----
gineco-obstétricos.-----quirúrgicos.-----

IV. ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

- a) Padecimiento actual.-----
Noción de sitio.-----Noción de tiempo.-----
Causa desencadenante.-----Recopilación de datos clíni-
cos.----- Modo de iniciación.-----
Evolución de los signos clínicos.-----

V. APARATOS Y SISTEMAS:

- a) APARATO DIGESTIVO.
- b) CARDIOVASCULAR.
- c) RESPIRATORIO.
- d) GENITOURINARIO.
- e) ENDOCRINO.
- f) HEMATOPOYETICO.
- g) NERVIOSO.

VI. SENTIDOS:

- a) VISTA.
- b) TACTO.

c) GUSTO.

d) OLFAO.

VII. ESTADO PSICOLOGICO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO.

CAPITULO V. CLINICA QUIRURGICA EN TERCEROS MOLARES INFERIORES.

TEMA I. TECNICA QUIRURGICA.

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye en la mayoría de las veces una tarea muy difícil por la zona donde se ubica y la posición en que se encuentre el molar.

Para poder realizar tal operación es preciso llegar hasta el hueso donde se aloja el molar resecaando las porciones óseas que cubren y abordan el diente empleando palanca para eliminarlo, esta operación consta de varios tiempos y técnicas que a continuación se describen.

1. La Incisión; está condicionada por el tipo de retención la más indicada es la que permite un colgajo amplio y deje al descubierto el hueso por resecaar.

2. Preparación de colgajos; se insinúa el periostotomo en la brecha quirúrgica progresando desde distal a mesial.

3. Osteotomía y Ostectomía; se puede hacer con osteotomos, escoplos ó fresas, dependiendo la técnica a seguir.

4. Extracción propiamente dicha; se realiza siguiendo los principios mecánicos de palanca apropiados que toman un punto de apoyo en las estructuras óseas vecinas o en la cara mesial del tercer molar. El punto de apoyo destinado a aplicar la palanca está dado por el lado inferior o base del triángulo interdentario del arco, y según el tipo de retención depende la forma y a-

plicación del elevador. La potencia y la fuerza destinada para movilizar el molar depende del tipo de retención para no fracturar el maxilar o molar y para esto se practica la suficiente resección ósea para facilitar la operación.

5. Tratamiento de la cavidad ósea; algunas operaciones requirieron un tratamiento particular de la cavidad ósea y se realiza colocando dentro de ella medicamentos, gasas con medicamentos o drenaje (drenes de gasa o goma).

6. Sutura de colgajos; se realiza con aguja curva e hilo de seda o nylon.

TEMA II. RETENCION VERTICAL SIN DESVIACION. CARA MESIAL ACCESIBLE.

1. Técnica de Winter:

a) Tipo de incisión: en este tipo de retención donde necesita usar la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador se realiza una incisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido desde el borde mesial del festón gingival y llega a distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar con el objeto de proteger el festón gingival de los traumatismos operatorios, Winter realiza una pequeña incisión perpendicular a las primeras señaladas y se traza sobre la lengüeta mesial del molar retenido y el colgajo lo separa con el periostotomo.

b) Osteotomía: El movimiento que el tercer molar realiza para abandonar el alvéolo puede ser traducido como un círculo o -

sea que la corona del molar va a ser dirigida hacia la rama montante del maxilar, por lo tanto se elimina el hueso que exista en distal, Winter lo elimina con el osteotomo destinado a reseca-
car hueso distal (IL,IR).

Se toma el osteotomo, se empuña solidamente con la mano derecha dirigiendo el bisel de la hoja hacia el hueso a reseca-
r, el borde cortante debe descansar en la oscoestructura, se ejerce suficiente presión para reseca-
r la porción ósea, el osteotomo corta el hueso distal en pequeños trozos yendo de bucal a lin-
gual.

c) Extracción propiamente dicha: se emplean los elevadores winter del 1-9 que es de aplicación mesial, el 9 de aplicación M-B. Se introduce el elevador en el espacio interdentario se toma como si se tratara de la extracción de un tercer molar normal se introduce entre los labios de la incisión de la mucosa en su primer tiempo actúa como cuña al penetrar más permite el despla-
zamiento del molar a el lado distal elevando y luxando al molar retenido, aplica el elevador en contacto la parte plana de la hoja con la cara mesial del molar y realiza un movimiento girando el mango del instrumento en el sentido de las agujas de reloj; si no se ha logrado la luxación se aplica la hoja a nivel más bajo, la fuerza a emplearse está dada por la forma radicular después de luxado el diente puede ser extraído de el alvéolo con pinzas para extracciones o con el mismo elevador.

2. Extracción por osteotomía con fresa. La fresa nos sirve para realizar la osteotomía necesaria y es un instrumento osco-

traumatizante usándolo debidamente (refrigeración con agua esterilizada o suero fisiológico). Para osteotomía distal se usa fresa 560 colocada en ángulo recto y las fresas redondas número 8 - de carburo y de tungsteno.

a) Incisión: se inicia un centímetro por atrás de la cara distal del segundo molar, y se prolonga hacia adelante festoneando los cuellos de los dientes hasta el primer molar (es útil para todo tipo de retenciones).

b) Osteotomía : Se separan los labios de la incisión se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecarse. La fresa a medida que reseca va profundizando entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal haciendo la osteotomía necesaria que requiera la extensión de hueso y la disposición radicular.

c) Extracción propiamente dicha: con el elevador de Winter o los de Barry; el elevador recto se apoya en la cara distal del segundo molar y se dirige el instrumento hacia adelante la hoja de éste con lo cual se va a desplazar el molar hacia atrás cuando se usa este punto de apoyo es porque el molar tiene corona completa y solidez del macizo facial para que no haya riesgo de fractura.

3. Extracción por osteotomía a escoplo. El escoplo accionado a martillo o escoplo automático para realizar la osteotomía distal puede aplicarse en este tipo de retención con determinadas reservas.

a) Osteotomía: para realizar la osteotomía distal se usa un

escoplo de media caña, perpendicularmente dirigido hacia abajo - en la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso en pequeñas porciones hasta descubrir la superficie del molar para vencer resistencia.

b) Extracción propiamente dicha: Se realiza con un elevador recto, se introduce en el espacio interdentario y se mueve alrededor de su eje en sentido distal descansando el borde inferior de su hoja sobre la estructura ósea del espacio entre el segundo y tercer molar por el mismo mecanismo de acción de palanca, el elevador recto dirige el diente retenido hacia arriba y atrás

4. Extracción por odontosección: Este método está muy indicado en retención mesioangular, la odontosección puede realizarse de dos formas:

a) Se divide el diente según su eje menor.

b) Se divide el diente según su eje mayor.

En ambos casos y en algunas ocasiones se puede realizar sin osteotomía y el diente se puede seccionar sin resección ósea previa. La odontosección de molares retenidos se realiza con discos de piedra de carburo, fresas, escoplo recto y de media caña el escoplo de Sorensen.

a) Acceso: el acceso es imprescindible prepara una vía de acceso para que los instrumentos destinados a cortar el diente puedan cumplir los cometidos sin traumatizar las partes blandas ni lesionar el hueso.

b) Disco de carborundum: En muy pocos casos tiene aplicación este procedimiento, se usa cuando la profundidad del molar re

tenido lo permite separando las partes blandas, el disco secciona el diente en su cuello, para eliminar cúspides mesiales, el diente en su eje mayor; se debe de mojar el disco con suero fisiológico.

c) Piedras montadas: Las piedras montadas de uso dentístico se emplean con el objeto de cortar esmalte como maniobra previa, al uso de la fresa.

d) Fresas: se introduce la fresa de fisura número 570 y se dirige de bucal a lingual tratando de seccionar en toda su ampli tud la corona del molar retenido.

e) Escoplo automático: secciona el diente en su eje mayor, se emplea una punta cortada a bisel se apoya el borde cortante del bisel dirigiéndolo perpendicularmente a la cara triturante del molar a dividir sobre la depresión del esmalte y no sobre las crestas, la línea de aplicación de apoyo debe de coincidir sobre el espacio intraradicular con dos o tres golpes son suficientes para seccionar al molar.

f) Extracción del molar por odontosección en su eje menor:

a) Extracción de la corona. La extracción de la corona después de seccionar el diente en su eje menor se realiza por medio de elevadores finos (2L ó R de Winter) se introducen los elevadores en el espacio creado por la fresa se desplaza a la corona a nivel distal y se eleva hacia afuera.

b) Extracción de la raíz. Se extrae con elevadores se inspecciona la cavidad ósea, se retiran las esquirlas, se adaptan los labios del colgajo y se practican dos o tres puntos de sutu-

ra.

Las variaciones en las técnicas reside en la mayor o menor osteotomía del hueso que interfiera para la extracción propiamente dicha, anteriormente se han descrito diferentes técnicas a seguir para la avulsión del tercer molar con o sin desviación; exceptuando el tercer molar inferior totalmente erupcionado.

5. Tercer molar inferior retenido en ausencia de dientes. - En ausencia del diente vecino y posición vertical del tercer molar inferior se pierde el punto de contacto mesial, en éste tipo de retención el trabajo quirúrgico debe vencer solamente los restos óseos que cubren el molar.

a) Incisión: se usa la técnica angular en caso de retención

b) Osteotomía: con fresa se reseca el hueso, con fresa de fisura en ángulo recto la osteotomía mesial; con fresa de bola número 7.

c) Extracción propiamente dicha: se realiza con elevadores rectos.

TEMA III. POSICION MESIOANGULAR SIN DESVIACION.

1. Técnica de Winter para la posición mesioangular sin desviación con cara mesial accesible o inaccesible:

a) Incisión: partiendo de la cara distal del segundo molar a una distancia de un centímetro ; si hay necesidad de usar elevadores se practica una incisión sobre el borde bucal del molar retenido en la misma proporción que el anterior.

b) Osteotomía: el triángulo óseo distal es eliminado con un

osteotomo (2R,2L) el borde cortante del cincel se apoya en la superficie e incidir y bajo presión manual se elimina, la cantidad de hueso a eliminar está dado por el grado de inserción del molar (a mayor inclinación mesial mayor cantidad de hueso distal y mayor osteotomía) y por la forma radicular.

c) Extracción propiamente dicha: se selecciona el elevador de acuerdo a la forma y tamaño del espacio interdental entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar y el borde superior del interceptum, el elevador se introduce entre el espacio interdentario dirigido hacia abajo y en sentido lingual (como cuña) con movimientos ligeros giratorios del mango dirigidos hacia mesial y distal y de acuerdo con la disposición y forma radicular y se va graduando la fuerza.

2. Osteotomía con fresa: la osteotomía con fresa está muy indicada en este tipo de retención, ésta varía un poco de la que se realiza en la retención vertical, se usa fresa de bola, se practican algunos pequeños orificios en el hueso los que deben llegar hasta el molar retenido la presión ósea limitada entre los puntos perforados por la fresa y el tercer molar se eliminan con un golpe de escoplo, se coloca con el bisel dirigido hacia distal y se trata de introducir entre la cara distal del molar y el hueso a resecar con un golpe de escoplo se hace saltar la porción ósea distal.

La cantidad de hueso a resecar está de acuerdo con el grado de inclinación del molar y la forma y disposición de sus raf-

cos y el contacto con el molar anterior, el hueso distal se elimina con fresa de fisura número 560.

Extracción propiamente dicha: elevadores de Winter son los que se usan, la técnica a seguir es la misma señalada en la de Winter.

3. Extracción por odontosección: esta técnica es muy indicada para las retenciones mesioangulares y se puede aplicar en distintas formas, las cuales ya se describieron anteriormente.

4. Retención mesioangular en dientes ausentes.

a) Incisión: en caso de retención completa se usa la incisión angular o en caso de que esté parcialmente retenido se usa el desprendimiento de colgajo.

b) Osteotomía a escoplo: Con un escoplo fino o de media caña se reseca el hueso distal para llegar y dejar al descubierto por lo menos la cara distal de la corona; la resección mesial está condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial sobre la que se aplica el elevador. Con fresa se resecan idénticas porciones de hueso, el distal se opera con fresa de fisura en el ángulo recto y el lado mesial se puede realizar con fresa redonda número 7 montadas en piezas de mano.

c) Extracción propiamente dicha: Los elevadores de Winter (B-7 R/L) o los elevadores de Abs todos de aplicación mesial, el manejo de éstos ya se ha descrito en los casos anteriores.

TEMA IV. TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR

La extracción del tercer molar inferior retenido en posi-

ción distoangular; es la menos frecuente y los métodos que se utilizan son los mismos y muy laboriosos por la posición del molar que para ser extraído debe ser dirigido en sentido distal - hacia la rama ascendente de la mandíbula, y la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar - con esta rama.

1. Técnica de Winter. Esta técnica es aplicable con éxito - en los casos de distoversión, con la cara triturante expuesta en sus tres cuartos anteriores y en caso de angulaciones poco exagerados.

a) Incisión: si el molar está parcialmente erupcionado puede efectuarse el mismo tipo de incisión explicada anteriormente en las otras clases de retenciones; en retenciones profundas y - completas se recomiendan las incisiones angulares.

b) Osteotomía: Con el osteotomo (IR,L) se llega a la porción ósea que cubre la cara triturante, se elimina con los osteotomos 3,5 o II (R,L) se hacen orificios como ya se explicó para descubrir hueso de la cara del diente retenido.

c) Extracción propiamente dicha: Se emplean elevadores con aplicación bucal número 10 son muy útiles, se introducen y se colocan sobre la cara bucal en el sitio de la bifurcación de las - raíces (es necesaria una amplia osteotomía de la tabla externa) se aplica el elevador y se gira el mango del instrumento hacia - el lado bucal consiguiéndose así el desplazamiento.

2. Extracción por osteotomía con fresa y escoplo:

a) Incisión. Se realiza una incisión larga que permita un amplio colgajo para un buen campo operatorio, parte de dos centímetros por detrás de la cara distal del segundo molar y corre próxima a la cara interna del maxilar; la incisión que llega a la cara distal del segundo molar se amplía sobre la cara bucal desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar hacia abajo, afuera y adelante se separan los labios de la incisión y se mantienen los colgajos para permitir visión perfecta del hueso a resecar.

b) Osteotomía: La resección del hueso distal se realiza con un escoplo recto se practica la osteotomía de la porción distal y de la que cubre la cara triturante del molar retenido, la cantidad de hueso debe ser todo el existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del molar. La osteotomía mesial se realiza con fresa redonda número 6 o 7, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y tercio superior de la raíz del tercer molar (se elimina el tabique interdentario) para eliminar la resistencia ósea.

c) Extracción propiamente dicha: con los elevadores de Winter 12 se reseca y se introduce en la cara bucal del molar y el hueso bucal, la misma operación se efectúa en el lado distal, estas aplicaciones luxan el diente retenido y su elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal entre la cara triturante y el hueso, girando el mango del instrumento ha-

cia adelante se eleva el molar y la extracción final es con un instrumento de aplicación bucal.

d) Sutura: dos o tres puntadas de sutura unen la herida cubriendo dentro de lo que permita la extensión del tejido gingival .

3. Extracción por odontosección: Esta técnica ya se describió anteriormente la única diferencia es que este tipo de retención el diente se corta de acuerdo con el eje menor del diente, la extracción de la corona se realiza con un elevador, la extracción de la raíz depende de la forma de éstas, lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal siguiendo el eje o curvatura de las raíces.

TEMA V. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

1. En este caso es muy recomendable los métodos de odontosección ya que disminuyen la fuerza operatoria y el traumatismo y los riesgos posoperatorios son menores.

a) Incisión. Debe trazarse paralela al eje mayor del molar retenido.

b) Odontosección. Se corta el diente a la altura del cuello con fresa de fisura montada en el ángulo recto.

c) Extracción propiamente dicha: se maneja la técnica ya -- descrita anteriormente.

2. Retención horizontal en ausencia de diente vecino.

El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser --

subgingival, la accesibilidad de la cara mesial determinará la cantidad de osteotomía necesaria, la aplicación del elevador se puede hacer sobre la cara mesial y el molar se dirige hacia arriba y hacia distal, en ocasiones se puede hacer la extracción sin odontosección aplicando la técnica para retención horizontal del molar.

TEMA VI. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION LINGUANGULAR.

a) Incisión: La rama anteroposterior de la incisión debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso, la rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido en la cara distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo como las otras incisiones estudiadas.

b) Osteotomía: Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante; esta osteotomía puede hacerse por la técnica de Winter, levantando colgajos, se elimina con osteotomo número 2 (R/L) el hueso de la cara superior, ó se puede realizar con escoplo ó fresas número 8, esta técnica debe ser completada con la odontosección.

c) Extracción propiamente dicha: La extracción por odontosección es la de mejor éxito.

TEMA VII. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCOANGULAR.

a) Incisión: Debe ser paralela y coincidir con la porción -

dentaria más accesible.

b) Osteotomía. Proveerá el acceso necesario a las caras dentarias.

c) La extracción de este molar en posición bucal sigue los principios ya mencionados (sección del diente en el sentido de su eje menor, se divide con fresa de fisura de mesial a distal, las partes se extraen por separado).

TEMA VIII. EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR EN POSICION INVERTIDA.

La técnica varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial. Los molares relativamente superficiales se extraen previa resección de hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar.

Odontosocción: Se realiza con fresa de fisura según el eje mayor del diente y se divide a éste en sus dos elementos según la posición del molar.

CAPITULO VI. POSOPERATORIO.

Son maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención. El tratamiento posoperatorio es una fase importante de nuestro trabajo, los cuidados posoperatorios se refieren a la herida misma, al campo operatorio (cavidad bucal) y al estado general del paciente.

1. Terminada la operación el ayudante debe lavar perfectamente la sangre que se pudo haber quedado en la cara y labios con una gasa mojada en agua oxigenada, la cavidad bucal será irrigada con suero fisiológico para eliminar sangre, saliva y restos óseos que aumenta la flora microbiana bucal. El paciente va en su domicilio y pasadas cuatro horas de la intervención se hará lavajes suaves de su boca con alguna solución antiséptica.

2. **Fisioterapia:** Se usan agentes físicos como elementos posoperatorios, por ejemplo: bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada que se colocan en la cara, frente al sitio de la operación, esto evita la congestión y el dolor posoperatorios, previene los hematomas y hemorragias, y edemas posoperatorios. El frío se usa por períodos de 15 minutos seguidos de un descanso de otros 15 minutos, y se aplica los 3 días siguientes a la operación.

3. **Cuidados de la herida:** La herida en la cavidad bucal cuando evoluciona normalmente no necesita terapéutica, la naturaleza provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo

y la protección de la herida operatoria, al segundo día la herida se lava con suero fisiológico tibio.

Los puntos de sutura se retiran al cuarto día, se pasa sobre el hilo a extraer un algodón mojado en tintura de yodo ó merthiolate, se toma una pinza de disección y se tracciona ligeramente un extremo del nudo y por debajo de este se corta.

4. Tratamiento general: Este es practicable por el cirujano odontólogo y el clínico, se refiere al mantenimiento del pulso, tensión arterial, alimentación del paciente (indicarla), tratamiento general de las complicaciones posoperatorias.

5. La alimentación : El paciente después de la intervención quirúrgica en boca, hará su primera comida 6 horas despues de la intervención, su dieta consistirá en una taza de té con leche tibia; 6 horas después puede tomar : extracto de carne, caldo de carne, puré de papas, gelatina, manzana cocida, jugo de tomate, fideos, huevos pasados por agua, dulce de leche.

6. Instrucciones para el paciente: Antes de despedir al paciente se le dan instrucciones precisas sobre el cuidado que debe tener en su domicilio: enjuagues, alimentación, tratamiento médico (antibióticos, corticoides):

a) Guardar reposo y mantener la cabeza en alto por algunas horas.

b) Colocar hielo en la cara sobre la región operada durante 15 minutos por 15 de descanso.

c) No realizar ninguna clase de enjuagatorios por término de tres horas.

d) Si se deja gasa, retirarla al cabo de una hora.

e) Después de 3 horas de la intervención, realizar un en --
juagatorio.

f) En caso de dolor que tome un analgésico y repetirlo cada
tres horas en caso de que el dolor persista.

CAPITULO VII. COMPLICACIONES DE LA OPERACION.

En algunas ocasiones las operaciones pueden ser seguidas - por alguna complicación local o general, a continuación se mencionan algunas medidas que se pueden tomar.

TEMA I. COMPLICACIONES LOCALES.

1. Hemorragias:

A) Hemorragia primaria: es la que aparece inmediata a la operación; el tratamiento de este tipo de hemorragia se realiza - por dos procedimientos:

1) Se ligan o aplastan los vasos que sangran, la ligadura - tiene escasas aplicaciones, el aplastamiento se practica comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso sangrante con un instrumento romo.

2) Por taponamiento: En este procedimiento se actúa mecánicamente y se logra por el taponamiento y la compresión, se coloca un trozo de gasa y se sutura.

B) Hemorragia secundaria: es la que aparece después de algunas horas o días de la intervención, puede ser por la caída del coágulo o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia, el tratamiento de este tipo de hemorragia es por dos métodos local y general:

a) Método local: Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente, o que el paciente realice un enjuagatorio de su boca para retirar los restos del coágulo y sangre para localizar el punto sangrante, la hemostasis se realiza por taponamien-

to a presión con gasa simple (o con medicamento); encima de la herida y comprimiendo sus bordes se deposita un trozo grande de gasa seca la cual se mantiene con los dedos o bajo la presión masticatoria, durante una hora.

b) Método general: Se mejorará el estado general del paciente administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y la sangre perdida se reemplaza por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes.

2. Hematoma: Es la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El hematoma se trata habitualmente igual que un absceso incidiéndolo a bisturí o galvano cauterio, en algunas ocasiones puede intentarse disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre todavía líquida del hematoma.

3. Infección: A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio la infección no es común y puede sobrevenir de una operación un flemón, abscesos, celulitis, y aún procesos de mayor intensidad; el proceso más común es la alveolitis:

Tratamiento: una alveolitis puede calmarse colocando en el alvéolo una porción de cemento quirúrgico, éste se retira dos ó tres días después.

4. Dolor posoperatorio:

a) El dolor posoperatorio debe ser calmado por medicamentos preconizados como la antipirina, piramidón (morfina excepcional-

mento).

b) El frío colocado a intervalos sobre la región operada -- calma los dolores en las primeras horas del posoperatorio.

c) En caso de náusea o dolor a la deglución se administran analgésicos por vía rectal.

TEMA 11. COMPLICACIONES GENERALES.

La complicación más frecuente que puede presentarse puede ser debida al anestésico o tratarse de un shock quirúrgico. Por lo común se trata de lipotimias de intensidad variable, su tratamiento es:

a) Se coloca al paciente horizontalmente con la cabeza más baja que el cuerpo para combatir la anemia cerebral.

b) Administración de oxígeno al 100%.

c) Se inyectará por vía intramuscular vasoconstrictores del tipo de la metanfetamina, veritol u otros derivados de la efedrina.

CAPITULO VIII. CASO CLINICO.

La presencia de los terceros molares en el paciente se descubrió accidentalmente al realizarse un estudio radiográfico en la zona de los molares inferiores, al paciente se le orientó con respecto a esto explicándole que lo más adecuado era la extracción de dichos molares ya que por la falta de espacio y posición de estos no erupcionarían en forma correcta.

1. Estudio Clínico. Al realizar el estudio clínico se observo que el molar estaba completamente cubierto por la mucosa bucal y se apreciaba una zona isquémica en la encía retromolar pero sin ninguna sintomatología a la palpación.

2. Estudio Radiográfico. Después de tomar la radiografía -- del tercer molar y observando los detalles radiográficos se comprobó que el tercer molar no sólo estaba cubierto por la encía - sino que se encontraba completamente retenido en el hueso de la mandíbula.

El espesor del hueso que cubría el tercer molar retenido a proximadamente de la superficie a la profundidad que está en contacto con la parte distal de la corona era de 1 mm. y el tipo de retención observada fué la bucoangular con clase 1 y posición B.

A) Tercer molar inferior derecho con posición bucoangular.

En este caso el molar no ocupa el mismo plano que el segundo ; su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientado

dos estos dientes, en este caso la cara mesial es inaccesible y su cara oclusal está hacia bucal.

B) Tercer molar inferior derecho con clase 1.

En la clase 1 el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

C) Posición B.

En ésta posición del tercer molar retenido en su posición más alta se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar. Otro de los detalles radiográficos observados fué que el conducto dentario inferior se encontraba muy cercano a los ápices del tercer molar inferior.

3. Preoperatorio. Consta de el estudio previo del enfermo - en vísperas de la intervención, evaluación médica y preparación del quirófano; consta de medidas locales y generales.

Medidas generales:

a) Se realizan los exámenes de laboratorio: tiempo de coagulación, de sangrado, biometría hemática, heritrometría, general de orina para saber las cifras de albúmina y glucosa ; todo esto se complementa con el estudio radiográfico periapical y una panorámica.

b) Elección de material e instrumental debidamente esterilizado.

Medidas locales:

a) Lavado de la región, asepsia quirúrgica .

b) Anestesia: se bloquea el nervio dentario inferior (anestesia troncular o regional) y se refuerza con el bloqueo del nervio bucal.

4. Intraoperatorio.:

a) Dierisis; para la dierisis se utilizó el bisturí Bard - Parker número 15, se aplicó el colgajo revatido se inició un centímetro atrás y se llegó a la cara distal del segundo molar, se prolongó hacia adelante contorneando el cuello de los dientes -- hasta el primer molar, con legra se separó el tejido incidido.

b) Osteotomía. El corte parcial de hueso para tener acceso al tercer molar se realizó con fresa quirúrgica de carburo con baja velocidad, la osteotomía se realizó a expensas de la tabla externa, después de la osteotomía necesaria se ejerció palanca - en la cara distal del segundo molar.

c) Extracción propiamente dicha. En este caso fue necesario usar la técnica de odontosección, se seccionó la cúspide distal que era la que oponía resistencia, se realizó de nuevo palanca - en la cara distal del segundo molar con un botador recto se hicieron movimientos giratorios y se extrajo el molar de la cavidad. Después de la extracción se pudo observar que el conducto - dentario inferior estaba en contacto con los ápices del molar retenido.

5. Posoperatorio. Después de la extracción propiamente dicha se lavó la cavidad con solución fisiológica, se aseguró que

no quedara ningún resto del saco pericoronario, se suturó con seda tres ceros, únicamente se realizaron dos puntos de sutura uno en la parte distal del segundo molar y otro en la rama ascendente de la mandíbula donde iniciamos nuestra incisión.

Indicaciones para el paciente después de la intervención:

a) Guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto - (dos almohadas).

b) Colocar hielo en la cara sobre la región operada durante 15 minutos por 15 de descanso por algunas horas.

c) No realizar ningún enjuagatorio hasta que no hubiesen pasado tres horas de la operación.

d) Dieta blanda a las seis horas después de la operación a base de jugos de papaya y piña; y en los tres primeros días los alimentos sin grasa.

e) Se le indicó al paciente que regresara después de cinco días para retirar los puntos de sutura.

f) Se le prescribieron analgésicos en caso de dolor únicamente.

Después de cinco días al paciente se le retiraron los puntos de sutura y se observó una buena evolución de los tejidos con un proceso de cicatrización normal. No remitió ninguna complicación posoperatoria.

CONCLUSIONES.

Cada uno de los capítulos desarrollados son con el fin de orientar y dar a conocer las medidas básicas que se deben tomar en cuenta para poder realizar la cirugía de los terceros molares inferiores y de evitar las complicaciones que se pueden presentar.

En primer lugar tenemos que el interrogatorio es un punto muy importante para que podamos valorar el estado general del paciente; aunado a esto los exámenes de laboratorio, el estudio radiográfico de la zona por intervenir para poder tomar las medidas necesarias en caso de que se nos presente algún inconveniente para poder realizar la intervención quirúrgica.

En este tipo de intervenciones es muy importante la asepsia y antisepsia, tanto en la sala de operaciones como en el campo operatorio, desde la preparación del paciente hasta la cirugía propiamente dicha. El instrumental y el material quirúrgico debe ser el apropiado para realizar este tipo de operaciones.

Se debe tener conocimiento exacto de las zonas y detalles anatómicos que se encuentran relacionados con el tercer molar inferior.

Tomando en cuenta cada uno de los detalles especificados en cada uno de los capítulos e integrándolos para la realización de la cirugía de terceros molares inferiores, para la preparación del paciente y evitar o disminuir los riesgos operatorios.

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

1. RIES CENTENO GUILLERMO A.
TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.
EDITORIAL EL ATENEO
1968.

2. RIES CENTENO GUILLERMO A.
CIRUGIA BUCAL
CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA.
EDITORIAL EL ATENEO.
1980.

3. KRUGER GUSTAVO.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

4. THOMA.
PATOLOGIA ORAL.
MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
EDITORIAL INTERAMERICANA.
1960.

5. QUIROZ G. FERNANDO.
ANATOMIA HUMANA.
EDITORIAL PORRUA.
1971.

6. GURALNICK C. WALTER.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
SALVAT EDITORES.
1971.

7. A. BERGER.
EXODONCIA.
EDITORIAL LABOR .

8. PORT - EULER.
TRATADO DE ODONTOLOGIA.
EDITORIAL LABOR.