

1ej. 374



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO
Y SU TRATAMIENTO

TESIS

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

presentan:

JOSE EUGENIO GONZALEZ CONSTANTINO
ADAN DE JESUS GONZALEZ RODRIGUEZ

México, 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

	Pág.
INTRODUCCION	3
I.- HISTORIA	
II.- CONSIDERACIONES GENERALES	5
a).- Anatomía	
b).- Miología	
c).- Inervaciones	
d).- Ganglios Linfasticos.	
III.- ETIOLOGIA-ETIOPATOGENIA	10
a).- Definición	
b).- Causas	
IV.- DIAGNOSTICO- Examen Extraoral e Intraoral	13
a).- Historia Clínica	
b).- Pruebas de Laboratorio	
c).- Estudio Radiográfico	
d).- Modelos de Estudio	
V.- CLASIFICACION DE TERCEROS MORALRES INF. RETE- NIDOS DE ACUERDO A SU POSICION	27
VI.- CONSECUENCIAS MEDIATAS ORIGINADAS POR DIENTES RETENIDOS	31

	2
	Pág.
VII.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA	35
VIII.- CUIDADOS PREOPERATORIOS	42
IX.- ANESTESIA	39
X.- TRATAMIENTO QUIRURGICO:	
a).- Instrumental	
b).- Técnicas	
XI.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES	
XII.- POSTOPERATORIO (cuidados)	87
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFIA	93

INTRODUCCION

A lo largo de la historia del hombre y en la lucha por su existencia, éste ha enfrentado diversos problemas entre los cuales figuran fenómeno - Salud-Enfermedad.

A través de la época el hombre ha tratado de evitar -- las enfermedades y prolongar la vida, creando medios preventi-- vos entre los cuales se desarrolla la medicina, la cual; a medida que avanza, se ha enriquecido con adelantos técnicos y científicos, creándose diferentes ramas y especialidades, cuyo fin es: La Salud del Hombre.

Una de las ramas de la salud es la odontología, que en base a su desarrollo actual continúa su avance logrando, en la mayoría de los casos; medios necesarios para llevar a cabo el fin deseado.

HISTORIA:

Los antropólogos afirman que el ser humano moderno -- agranda su caja craneana a expensas de sus mandíbulas observándose una línea prehipofisiaria casi vertical a medida que va -- disminuyendo el número de dientes. Esto causado por una dieta -- más blanda que no permite un desgaste fisiológico completo de --

las piezas temporales y por consiguiente poseer un aparato masticatorio poderoso, siendo una de las causas principales de retención de las piezas dentarias.

Está comprobado actualmente que el tercer molar tiende a desaparecer, de ahí el resultado de la falta de espacio, trayendo como consecuencia la retención de los mismos; y el apiñamiento de las piezas anteriores-inferiores, por lo tanto la cirugía del tercer molar inferior retenido, tema de esta tesis lo consideramos dentro del ejercicio de la odontología de vital importancia. Basándonos en el enunciado general que nos dice; - los dientes que no se encuentran en posición y funcionamiento adecuado en el arco dentario, deberán ser extraídos por razones ortodóncicas, de infección, dolor y profilácticas.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

a).- Anatomía.

La zona en que se encuentra ubicado el tercer molar inferior forma un ángulo diedro al unirse la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula.

ANATOMIA DEL TERCER MOLAR:

Para que la intervención de éste sea un éxito es recomendable resaltar su anatomía ya que esta pieza nos presenta una gran variedad de posiciones, formas y anomalías.- Referente a su tamaño encontramos molares enanos y molares grandes.

Corona.- Presenta cuatro o cinco cúspides.

Cara M. plano y diámetro buculingual mayor que el ocluso vertical.

Cara B. convexa, con un número de surcos de acuerdo al número de cúspides.

Cara L. es regularmente de forma plana.

Cara D. Presenta una forma convexa.

Las estructuras que lo rodean son:

Hueso M. porción situada entre la cara mesial del tercer molar y cara distal del segundo molar; zona llamada también- Interseptum.

Hueso D. extendiéndose desde la línea oblicua externa hasta la cresta temporal.

Hueso B. Hueso que cubre el lado Bucal de la pieza.

Hueso L. Cubre la cara lingual del tercer molar, limitada por el interséptum mesialmente.

Hueso O. cubre toda la cara oclusal y está formando por dos capas de hueso compacto y una de hueso esponjoso.

Hueso Basal.- hueso que encontramos en la zona inf. de las raíces del tercer molar.

Hueso Interradicular.- Hueso esponjoso que ocupa el espacio en donde encontramos la raíz.

Tabla Ext. e Int.- Están formados por hueso esponjoso y en esta porción encontramos el conducto dentario inferior.

Periostio.- Es el tejido que rodea a el hueso.

Alveolo del tercer molar.- Con forma de pirámide - de base cuadrangular cuyo vértice se encuentra dirigido hacia el

cuerpo del maxilar y cubierto por tejido epitelial.

Saco Dentario (folículo).- Es un producto de la condensación del mesodermo acompañado al diente en su erupción; en las piezas no erupcionadas rodea a la corona y en ocasiones es causante de infecciones que dan origen a neoplasias de características benignas y malignas. Por lo que es esencial su extirpación en el momento de llevarse a cabo la cirugía.

B).- MIOLOGIA

Musc. Temporal.- Extendiéndose desde la cara externa - del cráneo (fosa del temporal) a Max. Inf.- Su inserción inf. - se realiza en la apofisis coronoides y a lo largo de la rama ascendente de la mandíbula. Es un musc. con forma de abanico. --
Función.- Da posición a la mandíbula durante el cierre.

Musc. Masetero.- Musc. de forma rectangular, insertándose en arco cigomático a cara ext. de la mandíbula a nivel del segundo molar y el tercio inf. de la rama ascendente.

Función. Da fuerza al Max. inf., elevando la mandíbula y colaborando en protusión y en movimientos laterales externos.

Musc. Pterigoideo Int.- Se origina en fosa pterigoidea, extendiéndose a el ángulo mandibular, la cara ext. de este músc. forma con el hueso un espacio abierto llamado pterigomandibular por donde pasa al conducto dentario inf. y el dentario lingual con sus respectivas venas y arterias

Función. elevar y colocar en posición lateral la mand. y presentando actividades en protusión.

Músc. Buccinador.- Va desde pared posterior de la arcada hasta comisura labial insertándose en cara ext. del max. sup. a nivel de los terceros molares en el ligamento Pterigomaxilar. - En mand. ocupa la fosa retromolar y línea oblicua ext. hasta la raíz mesial del primer molar.

Función. Contribuye a la deglución manteniendo el alimento en piezas posteriores y oprimiendo los carrillos.

Musc. Milohioideo.- Extendiéndose desde la mand. a hueso hioides, formando el piso de la boca, se inserta en línea milohioidea hasta la sínfisis, la inserción posterosuperior cruza por las raíces del tercer molar.

Función. contribuye a la deglución y baja la mand. por contracción.

C). INERVACIONES.

Región inervada por el Quinto par craneal (trigémico), en su tercera rama, la maxilar inferior o mandibular cuya rama-terminal es la dentaria inf. pasando por el espacio pterigomandibular a nivel del agujero superior junto con su arteria colateral de la arteria maxilar interna, que irriga la zona del tercer molar.- La arteria dentaria inferior se introduce en el espacio pterigomaxilar junto con sus dos ramas; la arteria pulpar y la arteria alveolar, las cuales envían irrigaciones a parodonto y encía.

La parte externa se encuentra irrigada por la arteria bucal y la porción interna por la arteria milohioidea y lingual.

Las venas recorren el mismo camino de las arterias.

Las Cadenas Ganglionares que tienen relación con esta pieza se encuentran situadas en la región suprahioidea y en donde encontramos los ganglios preglandulares en número de 6 a 8 localizados por debajo del borde inferior del maxilar, entre los dos vientres del músc. digástrico y músc. milohioideo, además encontramos los ganglios de Sthar y de Chassalgnac situados en la glándula submaxilar.

III.- ETIOLOGIA ETIOPATOGENIA

a).- Definición. El caso de la retención dentaria, es ante todo, un problema mecánico, ya que al realizarse la erupción normal, encuentra en su camino un obstáculo que impide la realización de la función a la que está programado. En consecuencia, la erupción dentaria se encuentra incapacitada mecánicamente por ese obstáculo. Por lo tanto una pieza dentaria se considera retenida cuando su erupción normal es impedida por caracteres embriogénicos, por obstáculos óseos, mecánicos, reducción de tejido óseo, enfermedades generales en directa relación con glándulas endocrinas o ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo), las cuales tienen influencia por un origen traumático. Otro de los factores predisponentes de retención dentaria son la mala posición de dientes adyacentes y aquellos que no han erupcionado después de su período normal de aparición clínica. En el caso del tercer molar su aparición clínica normal comprende de 18 a 21 años, pasando este período diagnosticaremos una pieza retenida.

b). CAUSAS.

Las cuales pueden ser de origen Local y Sistémico.

Causas Locales:

1). Falta de espacio.

- 2). Malposición de dientes adyacentes produciendo presión.
- 3). Indebida retención de los dientes primarios.
- 4). Pérdida prematura de la dentición primaria por extracción y traumatismos.
- 5). Cambios inflamatorios en tejido óseo por enfermedades exantémicas en niños.
- 6). Enfermedad adquirida infecciosa como la necrosis.
- 7). Inflamaciones crónicas como Quistes, Tumores, etc.
- 8). Densidad mayor de tejido óseo cubriendo a la pieza dentaria.
- 9). Una densidad mayor de mucosa gingival.
- 10). Maxilares poco desarrollados.
- 11). Un desgaste fisiol. adecuado de las piezas temporales logrado con una dieta adecuada (sólida).

Causas Sistémicas:

- 1). Causas Prenatales.
 - a). Herencia.
 - b). Mezcla de razas.
- 2). Causas Posnatales.
 - a). Anemia.
 - b). Desnutrición.
 - c). Disendocrinas.

- d). Raquitismo.
- e). Sífilis Congénita.
- f). Tuberculosis

3). Condiciones raras.

- a) Acondroplasia
- b) Distosis cleidocraneal (Síndrome de Crouzon)
- c) Oxicefalia
- d) Progenia.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es el estudio elaborado al paciente que será sometido a cualquier intervención quirúrgica o tratamiento-médico con el fin de conocer su estado de salud general y ponerlo en condiciones óptimas para soportar la intervención. De esto dependerá el éxito de la operación.

Un buen diagnóstico dependerá de una consciente elaboración de:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| | examen extraoral |
| a) Historia clínica | examen intraoral |
| b) Pruebas de laboratorio | |
| c) Estudio radiográfico | |
| d) Modelos de estudio. | |

EXAMEN EXTRAORAL

a) Inspección visual en la que observaremos posiblemente aumento del volumen en lo que respecta a su asimetría facial por procesos infecciosos y tumorales.

b) Palpación. Descubrimos con este examen la diferen

cia entre el lado sano y el lado enfermo. Tratamos de localizar aumentos de volumen provocados posiblemente por edemas, flemones, adenitis.

EXAMEN INTRAORAL

Observación de la cavidad oral por medio de este examen.

Primeramente hacemos que realice la apertura de la cavidad oral con el fin de localizar trismus.

Luego procedemos a realizar las siguientes pruebas que son métodos de: interrogatorio, palpación, percusión, auscultación, medición y función exploratoria.

- a) Coloración y estado de las encías.
- b) Membrana periodontal con el fin de localizar radiológicamente posibles patologías como bolsas parodontales, sarro o traumas por aparatos protésicos mal adaptados.
- c) Zona dental: detectar posibles caries, erosión, -- abrasión, piezas supernumerarias, piezas faltantes, posición de la dirección.

En este caso de extracción del tercer molar impactado-inferior se observará la parte expuesta de la corona si la hay, -

tejido gingival correspondiente y de piezas adyacentes así como inflamaciones. En el estudio radiológico se observará el estado de sus raíces, posibles hipercalcificaciones y profundidad en el tejido óseo y distancia que hay del segundo molar a rama ascendente según el doctor Winter el cual realizó una clasificación que más adelante mencionaremos.

IV. HISTORIA CLINICA

La historia clínica constituye el instrumento de diagnóstico más útil, resaltando la importancia que tiene éste con relación al tratamiento a que será sometido.

Si hubiera alguna indicación de enfermedad o anomalía general aguda o crónica, será prudente que el odontólogo consulte al médico del paciente para informarse del estado actual de la afección y a la vez informárselo al paciente.

Este interrogatorio presenta varios incisos.

- 1) Ficha de identificación
- 2) Historia actual del paciente
- 3) Antecedentes odontológicos
- 4) Antecedentes personales no patológicos
- 5) Antecedentes personales patológicos
- 6) Antecedentes heredo-familiares

- 7) Antecedentes quirúrgicos y traumáticos.
- 8) Antecedentes alérgicos y anestésicos.
- 9) Interrogatorios sobre aparatos y sistemas.
- 10) Padecimiento actual.
- 11) Examen bucal.
- 12) Estudio radiográfico
- 13) Modelos de Estudio
- 14) Diagnóstico
- 15) Pronóstico
- 16) Tratamiento
- 17) Evolución
- 18) Observaciones

1) Ficha de identificación

Nombre..... sexo edad Ocupación

Dirección Tel Estado civil

Fecha de estudio Expediente #

2) Antecedentes personales no patológicos

higiene personal Alimentación

habitación alcoholismo

tabaquismo toxicomanías

3) Antecedentes personales patológicos

Diabetes Hepatitis Tuberculosis

Sífilis Parasitosis Sarampión

Tosferina Varicela Viruela

Paludismo Rubeola Paperas

Amigdalitis Epilepsia Convulsiones

Cardiopatías Poliomiелitis

4) Antecedentes Heredofamiliares

Cualquier padecimiento de carácter hereditario.....

Edo. de salud de

Madre Padre hermanos.....

Espos(a) Hijos.....

5) Aparatos y Sistemas

Respecto a:

Tos (tipo)..... expectoración epistaxis.....

Disnea cianosis

6) Antecedentes alérgicos y anestésicos

Experiencias anestesia general experiencias anestesia

local Alergia a sustancias químicas

Alergia a alimentos Alergias vegetales

A. Circulatorio

palpitaciones Disnea de esfuerzo

Dolor precordial Edema de tobillos

Cefalea lipotimia Mareos

Aparato Digestivo

Anorexia..... Disfagia Dispepsia

Meteorismo..... dolor de estómago..... Diarrea.....

estreñimiento hemorragia Salivación.....

Polidépsia

Aparato urinario

Polaciuria Disuria Histuria

hematuria piuria edema de párpados.....

poliuria.....

Aparato genital femenino

Menarquia..... Ritmo..... Dismenorrea.....
 Menopausia..... Embarazo..... Hemorragia.....
 Leucorrea..... Antecedentes de aborto
 Ultima menstruación

Aparato genital masculino.

Alteraciones anteriores..... condición actual

Antecedentes Quirúrgicos y Traumáticos.

Intervenciones quirúrgicas anteriores

golpes fracturas padecimiento ac-
 tual.....

Sistema nervioso

Sueño parestesias

irritabilidad parálisis

problemas emocionales

Muscular esquelético

mialgias parálisis astralgias.....

deformaciones

Organos de los sentidos

olfato visión gusto.....
 auditivo..... tacto

Exploración

Pulso..... Temp.....

Cabeza

Cráneo..... Cara..... Ojos.....

Oídos fosas nasales.....

Exploración de la región afectada

.....

Examen cavidad bucal

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

E D c b a a b c D E

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

E D c b a a b c D E

Dolor a la percusión..... palpitación frío calor

dulce..... otros piso de boca.....lengua.....

carrillos..... encías..... forma.....color.....

paladar..... frenillos..... caries

restauraciones..... oclusióndientes ausentes....

ATM Dientes ausentes.....alteraciones pulpaes....
amígdalas..... estudio radiológico

Cuello

ganglios linfáticos..... tiroides.....
región yugal.....

Pruebas de laboratorio

Sangre, orina, tendencia hemorrágica, biopsia, etc.

Diagnóstico de presunción
.....
Pronóstico
Tratamiento

b) Pruebas de laboratorio

En este caso se realizan pruebas de sangre y orina, en -
donde conoceremos las condiciones de salud de nuestro paciente, an
tes de llevarlo a la intervención quirúrgica de donde evaluaremos-
el poco o mucho riesgo que ello implique.

Citaremos a continuación las cifras normales de los di--
ferentes análisis.

Biometría hemática:

Biometría hemática:

glóbulos rojos Hombre: 5-6 millones x mm³
 Mujer 4.5 " "

Tiempo sangrado 1-6 minutos.

Tiempo protombina 11-12 seg.

Tiempo coagulación 3-5 min.

Tiempo tromboplastina 35-45 seg.

Fórmula blanca:

Leucocitos: 6-8 mil x mm³

Neutrófilos De 69 a 70%

Linfocitos de 20 - 30 %

Monocitos de 4 - 5%

Eosinófilos de 1 - 3%

Basófilos de 0

Leucocitos: procesos infecciones y algunas anemias

Neutrofilia: nos proporciona datos de infección aguda

Linfocitos - datos de infección crónica

Aumento de acidófilos - infección alérgica

aumento de monocitos - se observa en osteomielitis

aumento de basófilos en infecciones intestinales.

Química sanguínea

Colesterol	150-250 miligramos
Glucosa	80-120 "
Albúmina	35-55 "
Acido úrico	3- 5 "
Gratinia	0.20 - 0.50 x mil
plaquetas	200 mil - 300 mil por m ³

Plaquetas disminuyen en anemia perniciosa, púrpura hemorrágica y en la enfermedad de Werlhof. Aumentan en enfermedades infecciosas y leucemia.

Glucosa: Exceso 150 miligramos determina, en muchas ocasiones la diabetes mellitus, por lo que no es recomendable la intervención quirúrgica.

Diatesis hemorrágicas

Hemofilia. Se presenta con un aumento en el tiempo de coagulación, con tendencias hemorrágicas espontáneas o provocadas de origen hereditario.

Escorbuto. Provocado por una hipavitaminosis. Síntomas: gingivitis, movimiento de los dientes.

Leucemia: Tendencia hemorrágica, con manifestación bucofaríngea, en sangre se presenta una leucocitosis:

EXAMEN DE ORINA

Color: amarilla, ámbar o intenso. Si se presenta clara, se debe a diabetes incípida o a esclerosis renal.

Si se obscurece puede ser por una infección, claudicación cardíaca o ictericia.

ASPECTO:

Normalmente es transparente. Cuando es turbia, en ocasiones por pus o sales.

OLOR

Sui generis, sus cambios no tienen gran valor

Racción: ácida, su cambio será seña, de alarma

Densidad: a 15°C es de 1.016-0.22

Aumenta en la diabetes. Disminuye en la diabetes incípida y en la esclerosis renal.

UREA:

Cantidad eliminada en 24 horas es de 20-30 g. Aumenta en ciertos estados diabéticos y en tuberculosis. Disminuye en nefritis aguda y algunas insuficiencias hepáticas.

ACIDO URICO. Normalmente 0.25-0.75 g

Aumenta en leucemia y anemia perniciosa. Disminuye en la insuficiencia renal.

FOSFATOS: Se elimina en 1.50 a 3 g por día. Aumenta en la diabetes. Disminuye en nefritis crónica y atrofias del hígado.

CLORUROS. Interpretación radiográfica.

El estudio radiográfico es un método más de diagnóstico de la cavidad bucal como de la zona del 3er molar inferior retenido, ya que por los datos que nos aporte nos daremos cuenta de los detalles anatómicos y patológicos de la región, modelando así nuestro criterio quirúrgico.

Se tomarán radiografías periapical, oclusal y extraoral.

d). Modelos de Estudio:

Este estudio es un método más que puede efectuarse para llevar al éxito nuestra intervención quirúrgica, que debe o no ser elaborado; esta variante es marcada por la experiencia del cirujano dentista.

La finalidad que persigue este estudio es la observación de la constitución del proceso alveolar y la posición dent

ria adyacente de la zona por intervenir que aunado al estudio - radiográfico ya practicado marcamos con lapiz tinta en dichos - modelos la incisión más acertada y la remoción de hueso que con sideremos necesaria.

CAPITULO V

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS DE ACUERDO A SU POSICION

El tercer molar inferior se encuentra localizado en la cara distal del segundo molar y ocupa dentro del maxilar inferior diversas posiciones, así como varias formas.

El Dr. George B. Winter ha proporcionado una clasificación bastante aceptada por muchos dentistas por abarcar todo el proceso quirúrgico y sin mucho riesgo y trauma para el paciente.

El Doctor Winter ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar inferior, basándose en cuatro puntos esenciales, los cuales son:

1. La posición de la corona
2. La forma radicular
3. La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
4. La posición del tercer molar en relación con el --
segundo.

La posición del tercer molar inferior incluído.

Lo encontramos en el maxilar inferior en distintas posiciones las cuales vamos a ennumerar:

- a) Retención vertical. El tercer molar en este tipo de retención puede estar totalmente o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y el primer molar.
- b) Retención horizontal: Aquí el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primero.
- c) Retención mesioangular: el eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable, (alrededor de los 45°)
- d) Retención distoangular: su corona se encuentra dirigida hacia la rama ascendente formando su eje mayor con el segundo molar en ángulo abierto hacia arriba.
- e) Retención invertida. El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar

y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo - muy común de retención y se le denomina también re tención paramolar.

- f) Retención bucoangular: la corona se encuentra dirigida hacia bucal.
- g) Retención lingoangular: Su corona se encuentra -- dirigida hacia el lado lingual y sus raíces hacia la tabla externa.

Otras clasificaciones también bastante aceptadas por - muchos dentistas son las que hicieron los doctores Pell y Gregory, los cuales tomaron en cuenta los siguientes factores:

CLASE I. Con respecto a la distancia de la cara distal del segundo molar, con el borde anterior de la rama ascendente. En este espacio hay cavidad para el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II. En esta clase el espacio está disminuido - entre la cara distal del segundo molar y el borde inferior de la rama ascendente; el espacio es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III. En esta clase, el tercer molar se encuen-

tra parcial o totalmente alojado en la rama ascendente de la mandíbula.

Profundidad Relativa del tercer molar en el hueso- sugerida por los Dres. Pell y Gregory.

POSICION A. La porción más alta del tercer molar retro: nido, se encuentra a nivel de la línea de oclusión.

POSICION B. Cuando la porción más alta de esta cara - oclusal está debajo de la línea de oclusión sin llegar a la línea cervical del segundo molar.

POSICION C. Cuando la porción más alta del diente, esta tá por debajo de la línea cervical del segundo molar.

CAPITULO VI

CONSECUENCIAS MEDIATAS ORIGINADAS POR DIENTES
RETENIDOS

En general los dientes retenidos son susceptibles de producir trastornos de diversas índoles, a pesar de que muchas veces inadvertidas y en ocasiones asintomáticas para el paciente. Estos accidentes pueden clasificarse de la siguiente manera:

Accidentes mecánicos. Los dientes retenidos actúan mecánicamente sobre los dientes vecinos, pudiendo producir trastornos que se traducen sobre su normal colocación en el maxilar y en su integridad anatómica.

Trastornos sobre la colocación normal de los dientes. - El trabajo mecánico del diente retenido, en su intento de "desinclusion". Produce desviaciones en la dirección de los dientes vecinos y aún transtornos a distancias como el que produce el tercer molar sobre caninos e incisivos, a los cuales desvía de su normal dirección produciendo entrecruzamiento de dientes y conglomerados antiestéticos.

Transtornos sobre la integridad anatómica del diente. - La constante presión que el diente retenido o su saco dentario --

ejerce sobre el diente vecino, se traduce en alteraciones en el cemento (rizalísis) en la dentina y aún en la pulpa de estos - - dientes. Como complicación de la invasión pulpar, puede haber procesos periodónticos de diversa índole, de diferente intensidad e importancia.

Trastornos protéticos. Tenemos la confirmación de egtos trastornos con innumerables casos, los cuales pueden concretarse como siguen: pacientes portadores de aparatos protésicos, advierten que sus prótesis basculan en la boca y no se adaptan - como a la que estaban acostumbrados.

Un examen clínico descubre una protuberancia en la encía y una radiografía aclara el diagnóstico de una retención dentaria. El diente en su trabajo de erupción, cambió la forma -- anatómica del maxilar con las naturales molestias.

Accidentes infecciosos. Estos accidentes están dados, - en los dientes retenidos, por la infección de su saco pericoronario. La infección de este saco puede originarse por distintos -- mecanismos y por distintas vías:

- a) Al hacer erupción el diente retenido, su saco se -- abre espontáneamente al ponerse en contacto con el medio bucal.

- b) El proceso infeccioso puede producirse una complicación apical o periodóntica de un diente vecino.
- c) La infección de saco, puede originarse por vía hemática.

La infección del saco folicular se traduce en procesos de distinta índole: inflamación local con dolores, aumento de temperatura local absceso y fístula, osteitis y osteomielitis, adenoflemones y estados sépticos en general.

Los procesos infecciosos del saco folicular que acabamos de considerar, pueden actuar como infección focal produciendo trastornos de la más diversa índole y a distancia sobre los órganos vecinos (como por ejemplo: en seno maxilar y fosas nasales), la presencia de un diente retenido, de trastornos diversos.

Accidentes nerviosos. Los accidentes nerviosos producidos por los dientes retenidos son bastante frecuentes. La presión que el diente retenido ejerce sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios y sobre troncos mayores es posible que originen molestias de intensidad, tipo y duración variables (naturalmente del trigémino).

La presión que el tercer molar ejerce en sus diversas-

formas de retención, sobre el conducto dentario inferior puede ser causa de trastornos nerviosos de diversa índole. Con todos los verdaderos procesos neurálgicos por terceros molares retenidos, no son tan frecuentes como el número de los molares en los que, después de extraídos puede observarse en una de sus caras radicales, un surco creado por el conducto dentario.

Accidentes tumorales. Todo diente retenido es un quist dentígeno en potencia. Los dientes portadores de tales quistes emigran el sitio primitivo de iniciación del proceso, pues el quiste, en su crecimiento, rechaza centrifugamente el diente originador.

CAPITULO VII

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Encontramos que son tres los postulados sobre los cuales se encuentra una base técnica quirúrgica:

- a) Evitar el dolor
- b) Prevenir la infacción
- c) Cohibir la hemorragia

La Asepsia y Antisepsia nos van a brindar los conocimientos necesarios para prevenir y combatir las infecciones.

Asepsia. Va a ser el método para prevenir las infecciones destruyendo o evitando los agentes infecciosos, en especial por medios físicos.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes, no en su totalidad, pero si disminuir la entrada de éstos al organismo.

Antisepsia. Es el conjunto de procedimientos y prácticas destinados a impedir la colonización y destrucción de gérmenes patógenos, especialmente por medio de agentes químicos.

La antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes -

(reduciendo su virulencia, sin modificar el número) cuando han penetrado al organismo.

La asepsia y la antisepsia no sólo se aplican al "paciente", sino también:

- a) al personal
- b) al instrumental
- c) al lugar.

Métodos de esterilización

La esterilización es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Toda intervención para llegar al éxito deseado exige que todos los elementos en relación con la operación estén libres de microorganismos.

Un ejemplo de los elementos que deben ser también esterilizados son:

- a) Ropa del cirujano
- b) Guantes
- c) Campo operatorio
- d) Instrumental
- e) Material de sutura.

Para esterilizar los elementos antes mencionados nos valemos de agentes químicos y físicos.

A. Químicos. constituyen los productos que en la terapéutica se denominan antisépticos y desinfectantes, ejemplo:

- 1) alcohol. Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano, del campo operatorio y para conservar ciertos materiales.
- 2) Tintura de yodo. Lo aplicamos para la antisepsia del punto de punción de la aguja en las distintas técnicas anestésicas.
- 3) Acido fénico. Es una solución alcohólica, se emplea para esterilizar el punto de punción.
- 4) Tintura de merthiolate. Tiene las mismas aplicaciones que el yodo.

B. Físicos

- 1) Calor húmedo. En un recipiente se eleva la temperatura del agua hasta que ésta alcanza 100°C (ebullición), y dentro de ella se introduce el material a esterilizar.
- 2) Calor seco: se consigue por medio de aparatos consistentes en cajas metálicas, cuyo ambiente se ca-

lenta por medio de gas o electricidad.

Esterilización del instrumental

El instrumental metálico que se emplea en exodoncia - debe ser esterilizado en la estufa seca. Los instrumentos convenientemente dispuestos en su caja respectiva, y acondicionados - según las circunstancias o necesidades, se eleva la temperatura hasta 130° en la cual se mantienen durante 30 minutos. Los instrumentos con filo, como el bisturí y escoplos pueden esterilizarse por medios químicos. Existen esterilizadores especiales - para estos instrumentos a base de sustancias químicas que no dañan el instrumental. Las jeringas se esterilizan, de preferencia en la estufa seca.

CAPITULO VIII

ANESTESIA

Para evitar complicaciones en la intervención quirúrgica del tercer molar inferior incluido será necesario que las técnicas anestésicas a emplear sean lo más adecuadas posibles, ya -- que esto representará un mayor porcentaje en lo referente al éxito de nuestra intervención, y a la vez será una tranquilidad extra para el paciente.

En cirugía bucal y para la extracción habitual de cualquier diente, se interesa sobre todo la anestesia que involucre a la tercera rama del nervio trigémino, que corresponde al nervio maxilar inferior y sus ramas terminales, en el caso concreto nos interesa la anestesia del nervio dentario inferior, que es el mayor de sus ramas.

Para realizar sin dolor la punción mandibular, la aguja deberá pasar entre la rama ascendente y los ligamentos y músculos -- que cubren la superficie proximal de dicha rama ascendente.

Técnica de anestesia

La técnica de inyección mandibular nos interesa como -- anestesia de conducción generalmente asociada a la anestesia ter-

minal; si vamos a realizar la extracción de molares retenidos; algunas ocasiones utilizamos estas técnicas para operar quistes y eliminar pequeñas tumoraciones.

Para asegurar una anestesia profunda y prolongada de tal manera que nos permite terminar nuestra intervención sin molestias para nuestro paciente, es necesario dominar la técnica de inyección troncular para lo cual seguiremos los siguientes pasos:

- a) Palpar el triángulo pterigomandibular con el dedo índice, en modo tal que la uña quede sobre la línea oblicua interna.
- b) Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los dientes bicúspides del lado opuesto, dirigiremos nuestra aguja paralelamente al plano de oclusión de los dientes inferiores, con dirección hacia la rama mandibular y el dedo que realiza la palpación.
- c) Hacer la punción en el vértice del triángulo pterigomandibular introduciendo la aguja hasta que se sienta la pared posterior del surco mandibular (aprox. 15 mm)

Este tipo de anestesia sirve para intervenir odontológicamente todos los dientes del lado puncionado sin pasar la línea media.

Será necesario en ocasiones realizar una anestesia del nervio lingual que generalmente anestesiemos durante la inyección mandibular si depositamos la solución al ir introduciendo la aguja; caso contrario requerirá una inyección lingual anterior a -- los molares.

La inyección lingual se empleará siempre y cuando la -- anestesia del dentario interior no haya sido del todo satisfactoria y podamos intervenir sin contratiempos.

En la anestesia del nervio lingual puncionaremos la membrana mucosa lingual a nivel de la mitad de la raíz por distal de los dientes por anestésiar. Debemos depositar la solución exactamente bajo la membrana mucosa, con lentitud y sin hacer presión.

CAPITULO IX

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Es la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de intervenirse, con el fin de establecer si la intervención puede ser realizada sin peligro y en el caso contrario adoptar las medidas necesarias para que ese peligro desaparezca o en su defecto sea reducido al mínimo.

Las medidas preoperatorias indispensables a todo acto -- quirúrgico local, las podemos clasificar en:

1. Generales. Que son las que se refieren al organismo total.
2. Locales. Las que se realizan en el campo operatorio antes de nuestra intervención.

La antibioterapia como medida preventiva antes del tratamiento quirúrgico es una medida preventiva útil que se emplea en la actualidad.

Medidas generales. En esta medida preventiva se llevan a cabo dos indicaciones importantes:

- a) Examen de orina
- b) Tiempo de coagulación y sangrado, esta última indi--

ción sola no tiene valor clínico.

Consideraciones sobre las posibles alteraciones de la hemostasis

Estudio clínico del paciente. Por lo general siempre - debemos preguntar al paciente si ha tenido algún problema hemorrá gico en intervenciones anteriores. Al efectuar la historia clíni ca debemos profundizar sobre el particular y en casos de existen- cia de problemas de salud anteriores se llevará a cabo el examen- de las medidas convenientes.

La extracción dentaria es la causa más común de hemo-- rragias en pacientes predispuestos, debiendo examinarse por es- te motivo los pasados antecedentes hemorrágicos: gingivitis, -- epixtasis, hematuria, excesiva salida de sangre ante traumatis mos leves, fácil producción de hematomas, equimosis o petequias. Sólo en contadas ocasiones se llegará a la conclusión que el pa- ciente se enfrente a una enfermedad del tipo de diabetes hemorrá gica hemofílica, púrpuras trombocitopénicas o vasculares.

Todos estos estados nos conducirán a solicitar la con- sulta médica para profundizar el estudio clínico y poder contar- con un examen completo de su biometría hemática.

Como lo mencionamos anteriormente, la mayor parte de -

los antecedentes de este tipo no serán graves y una minuciosa -- técnica quirúrgica y los apropiados recursos hemostáticos locales serán suficientes para su control.

Tratamiento de diátesis hemorrágicas. Debe considerar se en las maniobras hemostáticas locales cuando no es suficiente la terapia general aunque esto no ocurre en la mayoría de los -- casos, repone el factor; en efecto por medio de transfusiones -- de sangre total o parcial según sea el grado de hemorragia.

Para una hemostasis local efectiva, contamos con elementos mecánicos la sutura y la presión, ambas son efectivas -- con elementos químicos, sustancias estípicas y hemostáticos -- orgánicos tales como la trombina, la tromboplastina y esponjas -- de hemofibrina.

Examen de la orina: nos informa de la existencia de -- elementos normales o anormales, algunos de estos últimos como: la albumina, la glucosa y la acetona, lo que exige tratamiento previo.

MEDIDAS LOCALES

Estado de la cavidad oral: Para realizar una interven ción en la cavidad oral se exige en ésta condiciones óptimas de limpieza. El tártaro dentario, las raíces y dientes cariados --

que serán extraídos u obturados. Se exceptúan estas medidas cuando se realiza la extracción de dichas raíces o dientes, que constituyen el objetivo principal de la intervención.

Las afecciones existentes en las partes blandas de la cavidad oral contraindican una intervención, siempre que ésta no sea de suma urgencia. Nos referimos a la gingivitis y estomatitis (en especial la ulceromembranosa) lo cual constituye un terreno negativo en toda intervención quirúrgica y es necesario un tratamiento previo.

En cuanto a las lesiones tuberculosas y sifilíticas (chancro, placas mucosas), contraindican toda intervención en la cavidad oral por el peligro que significa realizar incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Aún en estado normal, la cavidad oral cuenta con una gran cantidad de bacterias por lo que, antes de una intervención debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), con cualquier otro antiséptico o soluciones jabonosas. Especial dedicación deberemos presentarle a los espacios interproximales, lenguetas gingivales y capuchón de los terceros molares. Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada o un antiséptico y pintadas con tintura de mer

thiolate antes de la intervención.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, predisponen a la cavidad oral en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos - y las complicaciones postoperatorias.

TEMA XI

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye, la mayor parte de las veces, una tarea sumamente difícil y complicada, en algunas ocasiones resulta muy cansada, tanto para el paciente como para el operador.

La extracción de este molar es esencialmente un problema mecánico, como lo es la exodoncia de todo diente retenido, -- confabulándose 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, que es de difícil acceso.

A manera de definición podríamos describir lo dicho -- por el doctor Landete: "La extracción del tercer molar consiste en la eliminación de un cubo contenido (el molar) que está dentro de otro cubo (hueso).

La disminución del cubo contenido (molar) se logra -- dividiéndolo (odontosección), y disminuyendo la resistencia del cubo (osteotomía).

a) Instrumental:

Para lograr la avulsión del tercer molar retenido, con

mayor facilidad y un menor riesgo para nuestro paciente, nos será de gran utilidad conocer el método mecánico o físico en que se encuentra basado uno de nuestros principales instrumentos utilizados en la extracción de piezas retenidas, el cual conocemos como botador o elevador.

Este se basa principalmente en el método de palanca y se compone de: una barra, punto de apoyo, potencia y resistencia.

Encontramos palancas de primero, segundo y tercer género, siendo las más utilizadas en nuestro campo operatorio las de primero y segundo grados.

Palanca de primer género. Presenta la potencia en un extremo y la resistencia en el extremo opuesto, quedando el punto de apoyo en la parte media de la barra. El elevador actúa como palanca de primer género cuando su punto de apoyo se encuentra representado por el hueso en la parte media, la potencia está dada por la fuerza que se aplica en el mango y la resistencia estará en el extremo contrario.

Palanca de segundo género. Presenta la potencia y el punto de apoyo en los extremos y la resistencia se encuen-

tra en la parte central. El elevador en este género de palanca, el punto de apoyo, se encuentra en un extremo, está dado por el hueso, la resistencia representada por el molar y la potencia dada por el tallo del instrumento.

Los elevadores o botadores actúan también como cuña o como rueda.

La selección de nuestro instrumental será de acuerdo con el tipo de nuestra intervención y la experiencia adquirida. Este debe ser esterilizable, no corrosible y presentando buen filo, ya que esto nos ayudará a ahorrar tiempo, esfuerzos inútiles y a evitar molestas innecesarias al paciente.

El instrumental lo dividiremos de acuerdo a los pasos en que realizamos nuestra intervención quirúrgica:

- a) Instrumental para incisión.
- b) Instrumental para osteotomía
- c) Instrumental para sutura.

Este instrumental se complementará con el usado en la práctica diaria, el cual consta de pinzas de curación, espejo, excavador, etcétera.

Instrumental para incisión

Utilizamos bisturí, pinzas para disección, tijeras, periostotomos y separadores.

Instrumental para osteotomía

Encontramos escoplos, pinzas gubias, lima para hueso, cucharillas para hueso, fresas quirúrgicas de baja y alta velocidad, elevadores de Winter, de Barry, de Seldin y los elevadores universales. Para la extracción de las raíces utilizamos los elevadores de Clev-Dent y los Winter y apicales.

Instrumental de sutura

Se compone de hilo, el cual es de varios grosores - y diferente material, ya sea seda, nylon o catgut, según sea el indicado en cada caso.

Agujas que pueden ser curvas o semicurvas, según el caso.

Pinzas portaguñas, también existiendo una gran variedad, nosotros utilizamos preferentemente las pinzas de Mayo.

Por último mencionaremos y no porque no sea de importancia, el aspirador o succionador quirúrgico que nos ayuda-

rá a tener una mejor luz quirúrgica.

Como toda cirugía bucal la intervención quirúrgica - de los terceros molares retenidos, consta de varios tiempos:

- 1) Incisión
- 2) Preparación del Colgajo
- 3) Osteotomía
- 4) Extracción propiamente dicha
- 5) Tratamiento cavidad ósea
- 6) Sutura

1) Incisión. La incisión estará condicionada al - tipo de retención, y tiene por objeto abrir por medios mecánicos o físicos el tejido gingival. Por lo general, somos partidarios de incisiones amplias que permitan un amplio colgajo para descubrir y contar con una buena luz quirúrgica.

"Incisiones pequeñas e insuficientes, originan más molestias que ventajas".

Toda incisión se hará con bisturí, generalmente -- de hoja corta, de un solo trazo, abarcando mucoperiostio -- y llegando a hueso.

El tipo de incisión más común, es la angular; una de sus ramas se traza desde el centro de la cavidad distal del -- segundo molar y se extiende hacia atrás; su largo varía con -- el tipo de retención. 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 exten-- sión aproximada de un centímetro. Esta segunda rama de la incisión es necesaria para no lacerar el tejido gingival en el -- acto de la aplicación de los elevadores.

2) Preparación del colgajo

Después de haberse efectuado la incisión haremos he-- mostasia de la región y, posteriormente, tomaremos un perios-- totomo o una legra y lo introducimos en medio de los labios -- del trazo desde el lado distal hacia el mesial; con suaves mo-- vimientos de lateralidad y giro desprenderemos el lado bucal -- hasta llegar al espacio interdentario entre el primer molar y-- el segundo premolar.

El lado interno se separa con la misma técnica, sien-- do su extensión variable según el tipo de retención.

El colgajo deberá abarcar el tejido gingival y perios-- tio.

3) Osteotomía

La eliminación del hueso, que será necesario remover según sea el tipo de retención, será realizada con instrumentos de Winter o escoplos, pinzas Gubias y fresas quirúrgicas de alta o baja velocidad en la inteligencia que es importante una buena irrigación con suero fisiológico o agua bidestilada.

El empleo de las fresas quirúrgicas de alta velocidad vino a facilitar enormemente la eliminación del hueso tanto mesial distal, bucal, lingual como oclusal, y, por consiguiente, facilitará la intervención en tiempo y traumatismo para nuestro paciente.

Las fresas que utilizamos más comúnmente son de fisura (560), de bola (# 8) y sacra: de carburo y diamante.

4) Extracción propiamente dicha

Una vez elaborada la osteotomía procedemos a eliminar nuestro molar retenido valiéndonos de palancas apropiadas que toman puntos de apoyo en las estructuras óseas vecinas -- o en la cara distal del segundo molar. Con el fin de simplificar y provocar el menor traumatismo posible al paciente, -- se dividirá la pieza en los fragmentos que sean convenientes, siendo extraídos por separado. A esa fragmentación se le co-

noce como odontosección.

Ventajas de la odontosección

- a) se disminuye el tamaño del campo operatorio
- b) se reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
- c) se suprime, casi por completo, el dolor postoperatorio.
- d) No hay lesión sobre los dientes vecinos.
- e) Lesión mínima sobre el hueso vecino, pues en la extirpación se usan elevadores de hoja pequeña -- que no traumatizan más allá de las estructuras periodontarias.
- f) El peligro de fracturas de la mandíbula -- queda disminuído al no usarse la fuerza mecánica -- como único factor.
- g) Con lo anterior, prevenimos principalmente las -- fracturas de las tablas alveolares interna y ex-- externa.

La odontosección se lleva a cabo de dos maneras:

- a) Dividiendo la pieza según su eje menor.
- b) Dividiendo la pieza según su eje mayor.

La odontosección según su eje menor.

Indicada en molares con posición vertical que presenten su cara mesial inaccesible y su cara oclusal por debajo del plano oclusal.

En piezas con posición mesioangular con cara mesial - inaccesible y la cara oclusal debajo del plano cervical.

En piezas con posición horizontal con cara mesial -- inaccesible y la distal se encuentra por debajo del plano vertical.

En piezas con posiciones distoangular, linguo y bucoangular y en posición invertida.

La odontosección según su eje mayor.

Indicada en molares con posición vertical que presenten su cara oclusal accesible o cuando se quita el hueso que - recubre la cara oclusal, quedando ésta accesible para colocar sobre ella el escoplo.

En piezas con posición mesioangular con cualquier desviación y en clase I y II.

5) Tratamiento de la cavidad ósea

Una vez realizada la extracción del molar retenido, - eliminaremos el saco pericoronario con una cucharilla y pinzas, en seguida realizamos un raspado de las paredes y fondo del alveolo para eliminar cualquier proceso patológico que existiera.

Por último emparejamos los bordes óseos para que no - queden aristas o puntas agudas y así evitar molestias posteriores.

Para lograr esto utilizamos una lima o alveolotomo.

Una vez que nos aseguramos que nuestro alveolo se encuentra limpio, lográndolo con lavado a presión moderada de -- agua bidestilada y preferentemente suero fisiológico y gasas, - trataremos de formar un buen coágulo, ya que éste será el me-- jor taponamiento en nuestra cavidad ósea y tomando en cuenta -- las medidas necesarias para evitar una infección.

Estas medidas son esencialmente terapéuticas.

6) S u t u r a .

La sutura tiene por objeto la reconstrucción de los - planos incididos para favorecer a la cicatrización.

Una buena sutura debe reunir ciertos requisitos para - que sea efectiva, entre los cuales tenemos:

Unir tejidos de la misma naturaleza, no dejar espacios invertos, porque así prevenimos la proliferación de gérmenes. Emplear la clase de sutura y el material adecuado, y por último nuestra sutura debe efectuarse en una herida con -- excelente asepsia.

La técnica para una buena sutura está dada principalmente por la experiencia particular del cirujano dentista, sin embargo describiremos una técnica que resulta sencilla.

Una vez realizada la limpieza de nuestra zona tratada y se haya adaptado el periostio y el colgajo, se encuentra en su lugar; tomamos el portaagujas, el cual tendrá una aguja -- curva enhebrada con el hilo a utilizar, tomaremos el colgajo lingual y después el bucal atravesando uno primero, o si se -- prefiere, los dos de una sola intención; retiramos la aguja y realizamos con la pinza portaagujas el nudo que será primero con una doble vuelta seguido de un segundo nudo simple, pero -- con una vuelta a la inversa del anterior. Esto es invirtiendo los cabos.

Lo justo del nudo sera hasta ver unidos completamente

las dos superficies; bucal y lingual.

El número de puntadas estará dado por el tamaño de la incisión efectuada.

En la mayoría de los casos se utiliza una sutura conocida como puntos aislados.

B).- TÉCNICAS.

Extracción del tercer molar inferior retenido en sus distintas posiciones.

I.- Posición Vertical.- Esta va de acuerdo a la curvatura que presenta la mandíbula y encontramos distintas formas que van desde la normal (no presenta desviación), la bucal y lingual.

En este tipo de desviaciones, la técnica reside en la mayor o menor osteotomía del hueso mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador y la dirección en que debe moverse el molar retenido.

Estos tipos de desviaciones, también indican diferentes formas de odontosección que pueden realizarse en cada una de ellas.

I-A.- Retención vertical normal, cara mesial accesible.

Incisión.- En este tipo de retención, sólo se 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 llegando en el sentido distal, algunos milímetros -- por detrás del borde óseo distal.

Osteotomía.- El movimiento que el tercer molar inferior retenido debe efectuar para abandonar el alveolo donde está alojado, puede ser traducido gráficamente en un arco de -- círculo, en decir, la corona del molar ha de ser dirigida -- hacia la rama montante de la mandíbula. Por lo tanto, todo el hueso que exista por el lado distal en contacto con la corona del tercer molar retenido en posición vertical, debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollar este arco de círculo.

Extracción propiamente dicha.- El empleo de los elevadores de WINTER (elevadores de aplicación mesial), numerados del uno al nueve, están destinados a ser introducidos entre el segundo y tercer molar; tienen como función la de luxar y llevar el molar de su alveolo.

La elección del elevador debe de estar de acuerdo -- con el ancho del espacio interdentario.

Introducción del Elevador.- Una vez elegido éste, - se toma y se introduce suavemente en el espacio interdentario- entre los labios de la incisión mucosa. Este instrumento ac-- túa en su primer tiempo como cuña, en esta función penetra el espacio interdentario. Esta penetración permite en algunos -- casos el desplazamiento del molar hacia el lado distal elevan- do y luxando el mismo.

Aplicación del Elevador.- Introducida completamente la hoja del elevador en el espacio interdentario, la parte -- plana de la hoja, es aplicada contra la cara mesial del ter- cer molar y su borde sobre el borde superior de la estructura ósea.

Movimiento del Elevador.- Se realiza girando el - mango en sentido de las manecillas del reloj, al estar in-- terviniendo en el cuadrante derecho y a la inversa de las ma- necillas del reloj en el cuadrante izquierdo.

En esta función, el instrumento actúa como una palan- ca de primer género y con el movimiento hacia distal en la -- misma proporción con que fue girada; si la luxación no ha sido

terminada con ese movimiento, entonces se aplica la hoja a un nivel más bajo.

Eliminación del Molar.- Luxado el diente, éste puede ser extraído del alveólo con forceps de bocados finos o con el mismo elevador.

I-B.- Retención vertical sin desviación cara mesial-inaccesibles.

El ángulo medio oclusal de la corona del tercer molar retenido, puede encontrarse situado por debajo de las estructuras óseas de tal modo que la cara mesial sobre la cual se aplica el instrumento destinado a elevar el diente, no es accesible. Es necesario por lo tanto, preparar una vía de acceso a dicha cara mesial.

A). TECNICA DE WINTER:

INCISION.- Es una incisión de dos ramas; una bucal trazada en la lengüeta interdientaria bucal, otra rama distal trazada sobre el ángulo buco oclusal del molar impactado.

OSTEOTOMIA.- Se practica como en la retención vertical, con la cara mesial accesible, con los osteotomos, se extirpa el hueso distal. Para la aplicación del elevador en-

la cara mesial del molar impactado, es necesario reseca parte de la estructura mesial, para tal fin se utiliza el osteotomo.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- La técnica del uso -- del elevador, es la misma que en el caso anteriormente citado.

B). EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA QUIRURGICA.

OSTEOTOMIA.- El objeto de la intervención, es eliminar suficiente cantidad de hueso, como para poder vencer las resistencias mecánicas del molar implantado en el hueso. En este tipo de retención vertical, el molar puede presentarse con su cara oclusal totalmente cubierta por hueso. La eliminación de este hueso y la preparación de una vía de acceso a la cara mesial para aplicar el elevador, puede ser realizada a fresa quirúrgica redonda o fisura.

La eliminación del tejido óseo, debe ser tanta como la necesaria para permitir el paso del diámetro mayor del molar.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Sugerimos el empleo de los elevadores de Winter No. 1, 2, 3 o elevadores de hojas finas, el elevador se abre camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial y va al encuentro de la cara mesial del tercer molar.

Llegando al molar y apoyándose en el borde óseo y en la cara distal del segundo (siempre que sus condiciones lo permitan), se trata de luxar el diente hacia distal, con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal. Esta luxación hacia distal está condicionada por la forma radicular.

I-C.- Retención vertical ausencia de dientes vecinos.

Los dientes vecinos pueden estar ausentes en su totalidad o solo faltar el segundo molar. En el primer caso, generalmente el molar retenido produce accidentes inflamatorios. Es frecuente que pacientes desdentados totales, portadores de prótesis, sientan molestias originadas por los terceros molares retenidos. Su eliminación se impone.

El molar puede presentarse de varios modos: La retención puede ser parcial o totalmente intraósea o subgingival. La técnica para la extracción, debe estar guiada por los mismos principios ya señalados. Es necesario eliminar suficiente cantidad de hueso, como para poder llegar hasta la cara mesial y aplicar ahí los elevadores.

INCISION.- En caso de retención total, preferimos la incisión angular para que permita descubrir perfectamente -

el hueso.

OSTEOTOMIA.- El hueso que cubre al molar es eliminado con escoplos (osteotomos de Winter o escoplos a mano) y el uso de fresas quirúrgicas.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Los elevadores utilizados para este tipo de retención son los números 11, 12 y 13 de Winter; se introduce la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la pared correspondiente del alveolo, se gira el instrumento en sentido mesial, con lo cual se logra elevar el molar hacia arriba y hacia distal. Cuando se presenta con la cara mesial inaccesible, debe emplearse el método de la odontosección del molar con fresa, según su eje menor, y la extracción de cada parte por separado.

II-A.- EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

En este tipo de técnica se unen dos problemas quirúrgicos que tenemos que resolver.

OSTEOTOMIA.- En este tipo de retención, la cantidad de hueso distal, suele estar dispuesto de una manera más abundante en las retenciones de este tipo (mesioangulares) que en las retenciones verticales. El contacto con el segundo mo-

lar constituye uno de los más sólidos anclajes del molar retenido. La eliminación del tejido dentario y la odontosección son verdaderamente medidas indispensables que evitan traumatismos y sacrificios óseos inútiles.

En el molar inferior retenido para ser extraído de su alveólo, se oponen dos elementos que acabamos de citar: el punto de contacto y el hueso distal. En algunos casos aún eliminando toda la porción de hueso distal, la extracción se ve dificultada e impedida por el contacto de las cúspides mesio-- bucales y mesiolingual del tercer molar sobre la cara distal de la corona del segundo molar o en la cara distal de la raíz distal por debajo de la línea cervical. Resulta de estas ocasiones, un problema mecánico inútil tratar de elevar un diente en tales condiciones, si no se elimina el obstáculo que representan las cúspides mesiales.

II-B.- Retención mesioangular sin desviación cara mesial accesible o inaccesible.

A.- TECNICA DE WINTER.

INCISION.- Winter ha indicado diferentes tipos de incisiones para abordar la retención mesioangular. Cuando no se necesita aplicar elevadores, en la cara mesial, se prac-

tica una incisión que partiendo de la cara distal del molar - retenido, se extiende en sentido distal en una distancia - - aproximada de un centímetro. Si hay necesidad de usar los elevadores aplicados a la cara mesial, se practica una incisión- sobre el borde bucal del molar retenido, con el fin de evitar el traumatismo en los espacios interdentarios y la laceración- del tejido gingival.

OSTEOTOMIA.- El triángulo óseo distal es eliminado - con un osteotomo número 2R y 2L con la técnica usual. El - borde cortante del cincel se apoya en la superficie a incidir- y bajo presión manual se elimina a pequeños trozos el hueso -- necesario.

La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por - el grado de giroversión del molar retenido (a mayor inclina- ción mesial, mayor cantidad de hueso distal, y por lo tanto- mayor osteotomía.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

a). Elección del elevador.- La forma y tamaño del - espacio interdentario existente entre la cara mesial del ter-- cer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del interséptimo, son las zonas que rigen el tipo de elevador --

que se debe emplear.

b). Introducción del elevador. El elevador se introduce en el espacio interdentario, dirigido hacia abajo y en -- sentido lingual, actuando en este primer tiempo como cuña. -- Con ligeros movimientos giratorios del mango del instrumento di rigido hacia mesial y distal, el elevador ocupa el espacio.

c). Aplicación del elevador.- La parte plana de la hoja del elevador es aplicada contra la cara mesial del tercer molar, su borde inferior sobre el borde superior del espacio interdentario.

d).- Movimiento del elevador.- Dirigiendo el mango - del elevador en sentido mesial y de acuerdo con la disposición y forma radicular, se gradúa la fuerza necesaria para extraer el molar.

B.- EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A FRESA QUIRURGICA.

OSTEOTOMIA.- La fresa quirúrgica está muy indicada - en este tipo de retención, la técnica de su uso varía un poco con la de la retención vertical.

Con una fresa de bola colocada en pieza de mano se - practican algunos pequeños orificios en el hueso, los cuales

deben llegar hasta el molar retenido, la porción ósea limitada entre los puntos perforadores por la fresa y el tercer molar, se eliminan con un golpe de escoplo; este instrumento se coloca con un bisel dirigido hacia distal, entre la cara distal del molar y el hueso a eliminar. Con un golpe de escoplo se hace resaltar esta porción ósea distal.

La cantidad de hueso a reseca está de acuerdo con el grado de inclinación del molar retenido, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar antagonista. El hueso distal se elimina mejor con fresa quirúrgica de fisura # 560.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

En la práctica consideramos de gran utilidad los elevadores de Winter, podemos usar otros instrumentos contruidos del mismo diseño y basados en el mismo principio mecánico. Esta técnica ya fue señalada anteriormente en el estudio de la técnica de Winter.

C.- EXTRACCION POR OSTEOTOMIA A ESCOPLA.

Para realizar la osteotomía distal puede aplicarse el escoplo accionado a martillo o el escoplo automático.

Se utiliza un escoplo de media caña, perpendicularmente dirigido hacia la superficie ósea y con golpes de martillo, se elimina el hueso en pequeñas porciones hasta descubrir la suficiente visibilidad del molar retenido, con el fin de que sean vencidas las resistencias (hueso distal y puntos de contacto). En este tipo de retención con la cara mesial del molar accesible, si no se elimina el punto de contacto de las cúspides, habrá que extirpar hueso hasta por lo menos la mitad de la raíz. El exceso de presión ejercida sobre el hueso distal o sobre el hueso mesial, trae consigo dolores de gran intensidad que van relacionados con el grado de trauma.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Se realiza como el efectuado en la extracción por osteotomía a fresa quirúrgica.

EXTRACCION POR ODONTOSECCION.- Este método es indicado en la retención mesioangular.

La odontosección puede aplicarse de dos distintas formas:

Se divide el diente según su eje mayor, o bien, según su eje menor. Ambas técnicas pueden realizarse con o sin osteotomía. Esta odontosección se realiza con discos de carburo, fresas quirúrgicas, escoplo recto de media caña o el

escoplo automático.

II-C.- Retención mesioangular en ausencia de dientes vecinos.

Puede presentarse en algunas ocasiones, la ausencia del segundo molar que significa la desaparición del punto de contacto mesial.

En este caso la técnica quirúrgica debe vencer solamente la resistencias óseas que cubren al molar. La osteotomía puede hacerse a escoplo o a fresa quirúrgica. La odontosección sola, se aplica en casos de hiper cementosis o raíces divergentes.

Es sumamente importante estudiar radiográficamente el problema antes de iniciar la intervención quirúrgica de estos molares aislados y prevenir con esto problemas de fractura de la mandíbula inferior a nivel de ángulo o cóndilo. La odontosección por lo tanto, es útil indicación.

INCISION.- En caso de retención completa, preferimos la incisión angular; si el molar está parcialmente erupcionado, se aplica la misma clase de incisión mencionada.

OSTEOTOMIA A ESCOPLA.- Con un escoplo fino o de media caña, se reseca el hueso distal para dejar al descubierto

por la cara distal la corona.

La resección del hueso por el lado mesial, está condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial, sobre la cual se aplicará el elevador.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Para efectuarla son útiles los elevadores de Winter o elevadores angulares de Ash, todos ellos de aplicación mesial.

Se coloca la hoja del elevador entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alveólo. Una vez aplicado, se gira hacia mesial, con la cual se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba.

La fuerza aplicada al elevador está de acuerdo al grado de osteotomía o disposición radicular.

III-A.- Extracción del tercer molar inferior retenido en posición distoangular.

La posición distoangular es poco frecuente y cuando encontramos el tercer molar así, las técnicas de extracción suelen ser laboriosas.

Las dificultades, residen en que para ser extraído, debe ser dirigido en sentido distal, es decir hacia la rama -

ascendente y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con esta rama. Existe suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercer molar, es decir existiendo un ancho espacio interdentario, podemos utilizar un elevador de hoja gruesa.

Este instrumento es aplicado sobre la cara mesial, cerca del borde bucal e introduciendo el elevador como si fuera --cuña entre el molar y el hueso, logrando elevar el molar; si la cantidad de hueso distal resecado no es suficiente, deberá --practicarse una mayor osteotomía; el elevador es colocado nuevamente en el mismo punto y con la misma acción de cuña, el --molar es dirigido hacia arriba y atrás. En este caso, más útiles son los elevadores de aplicación bucal, los cuales para --introducirlos y colocarlos sobre la cara bucal, en el sitio de bifurcación de las raíces, será necesaria una franca osteotomía de la tabla externa. Aplicado el elevador, se gira el mango hacia bucal, consiguiendo así, desplazar el molar.

La extracción del tercer molar en distoversión, generalmente exige el sacrificio de una considerable cantidad de --hueso.

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 a resecaarse por el lado distal, debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial del mismo.

Con fresa redonda, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y el tercio superior de la raíz del tercer molar, es decir, se elimina el tabique interdentario.

De este modo se habrá eliminado toda resistencia ósea, disminuyendo los riesgos de fracturas maxilar o dentaria.

La odontosección se lleva a cabo con fresa o escoplo-automático, realizándose en este tipo de retención una odontosección según el eje menor de la pieza.

La fresa se dirige paralelamente a la línea cervical del molar retenido introduciéndose en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar retenido y la tabla ósea externa.

Para efectuar la extracción de la corona, se introduce un instrumento delgado (cuchara del block, elevador, etc.) en el espacio creado por la fresa con el fin de comprobar la -

separación de los dos segmentos. Se proyecta la corona todo lo que distalmente permita el hueso y se vuelve a colocar en contacto con el muñón radicular.

La extracción de la corona, no es problema, una vez seccionado el molar, con la misma cuchara o con un elevador angular, buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona del molar.

La conducta a seguir a esta altura de la intervención, depende de la forma y disposición de las raíces. Lo más sencillo es desplazar las raíces hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las mismas.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

Para la extracción del tercer molar retenido inferior en posición horizontal, pueden usarse o aplicarse iguales técnicas que las utilizadas con la retención mesioangular.

Cuando la capa mesial es inaccesible, en estos casos la superficie mesial es más baja que el borde superior del alveólo; el acceso a la cara mesial sólo se puede conseguir escindiendo el hueso. Como no es posible llegar hasta la cara mesial, se practica la entrada con los osteotomos en la cara

bucal para permitir la entrada y aplicación del elevador.

En el espacio creado por el osteotomo, se introduce un elevador, se dirige el mango del instrumento hacia abajo, y el molar se desplaza hacia arriba y hacia distal. A medida que el espacio se aumenta por el desplazamiento del molar, puede irse colocando sucesivamente elevadores de hojas mayores, siguiendo la intervención hasta ahora descrita.

Se puede reducir la cantidad de osteotomía distal, aplicando el procedimiento de la odontosección. La técnica puede realizarse por dos métodos:

a) Extracción del molar retenido, seccionando según su eje menor: se corta el diente a la altura del cuello, con una fresa de fisura. La extracción de las partes seccionadas se efectúa como en la retención mesioangular.

b) Extracción del tercer molar inferior retenido, seccionando según su eje mayor. Este método es aplicable cuando la corona del tercer molar está ligeramente desviada hacia el lado bucal, se practica la sección con un escoplo de hoja ancha. Este instrumento se introduce sobre el centro de la cara triturante; ya dividido el mesial se encuentra fuertemente retenida por debajo de la línea cervical del segundo-

molar. En este caso es necesario separar en dos secciones la cara mesial, seccionándola con una fresa de fisura.

La raíz mesial se elimina realizando pequeños orificios sobre su cara distal con la misma fresa de fisura o con fresa de bola.

En este orificio se introduce un instrumento llamado cucharilla de Black, y con él se elimina la raíz fraccionándola hacia mesial.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

Si se presenta en estas condiciones, su cara triturante está dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual de la mandíbula. El examen radiográfico muestra al molar según su eje mayor; estos molares, se presentan en un gran número de los casos con sus raíces incompletas.

El molar puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable. Para la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior (como el molar está girando, puede ser la cara bucal o distal), el hueso de la tabla interna (que cubre la cara triturante), y la suficiente cantidad de hueso distal, para poder dirigir el molar retenido hacia arri-

ba y hacia distal.

Se reseca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante, es necesario realizar una amplia osteotomía de abordaje, pues estos molares, sobre todo los que poseen sus raíces incompletas, tienden a rodar en el interior del alveólo y es muy difícil desalojarlos del alveólo.

Eliminada la suficiente cantidad de hueso que cubre el molar retenido, se introduce un elevador.

La técnica de la odontosección, aplicada en estos tipos de de terceros molares, es la que da más éxitos. Una vez seccionados con fresa quirúrgica de bola a nivel del cuello (cuando poseen raíces) o dividida la corona con el mismo instrumento o con escoplo, colocado sobre su cara oclusal (cuando se trate de corona sin raíces), se elimina cada fragmento con un elevador de Clev-dent o con pinzas de Focher curva pequeña; este instrumento logra elevar mejor el elevador, los fragmentos seccionados por la fresa. La odontosección con escoplo debe realizarse en casos de molares de raíz incompleta, antes de que se movilice la corona: como asientan sobre una base muelle, el bulbo dentario, el golpe de escoplo no es muy efectivo, cuando la corona se ha desubicado, aún

parcialmente.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION
BUCOANGULAR.

La cara triturante se haya dirigida hacia la mejilla.-

El molar aparece en la mejilla como un disco.

La extracción del tercer molar retenido en posición - bucoangular, siguen los principios ya señalados; la sección del diente en su sentido de su eje mayor, dividiéndolo con una fresa quirúrgica de fisura de mesial a distal; simplifica el problema.

Las partes se extraen por separado (la teoría es igual que la posición linguangular).

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO EN POSICION
INVERTIDA.

La técnica a emplearse para la extracción, varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los molares ligeramente superficiales, se extraen pre via resección del hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar, que es la distal. La odontosección, se realiza con una fresa de fisura, según el eje mayor del diente, divi-

diendo el molar en dos secciones. Según la posición del molar, se puede extraer primero la raíz, o la corona, y a expensas del espacio creado, se elimina la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen un serio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del molar, además de una juiciosa y bien estudiada conducta, se pueden emplear con los distintos tipos de elevadores que han sido considerados.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON SUS RAICES INCOMPLETAS.

(Gérmenes del tercer molar inferior).- La ortodoncia indica muchas veces la necesidad de extraer prematuramente (como profilaxis, o en otra oportunidad como terapéutica) el tercer molar inferior con sus raíces incompletas, que puede producir o produce desviación de los dientes o desarreglo de los tratamientos ortodónticos.

La edad en que debe de efectuarse la extracción de estos molares con su corona ya formada y su raíz incompleta calcificada varía como el criterio del ortodoncista. Por lo general se trata de niños de doce a dieciseis años.

A pesar de ser molares sin raíces completas, su ex--

tracción constituye un problema por que la distancia del borde anterior de la rama o la cara distal del segundo molar es muy-pequeño y porque también es muy pequeña la boca del paciente; por otra parte, después de la osteotomía, y durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan sobre el interior de - la cavidad ósea, debido a que están encapsulados.

La técnica de la extracción de estos molares, no varía mucho con respecto a las enunciadas para los molares con raíces incompletas, puesto que la posición en el hueso es la misma.

La presencia del saco pericoronario disminuye la cantidad de osteotomía necesaria; por regla general hay que eliminar tanto hueso como el mayor diámetro de la corona del molar retenido, de modo que su extracción no se haga a expensas de la fuerza, sino de la útil y juiciosa aplicación de los -- elevadores, eliminando el molar retenido, siguiendo el camino de menor resistencia.

Durbeck considera que es preferible resecar hueso en mayor cantidad que la necesaria, disminuyendo de este modo la resistencia, que eliminar menos hueso, y debemos usar la fuerza traumática como compensación.

Ya realizada la osteotomía, utilizamos los elevado-

res para extraer el molar retenido, es preferible dividir el molar en dos secciones, utilizando fresas quirúrgicas redondas o escoplo y extraer cada parte por separado.

El saco pericoronario debe ser cuidadosamente eliminado, desde que su epitelio tiene posibilidad de crecimiento y puede formar un tumor quístico.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

A pesar de que se toman las debidas precauciones con la extracción del tercer molar, se pueden presentar situaciones que retarden la cicatrización, por lo cual en este capítulo haremos un breve estudio de éstos y la manera de tratarlos.

ACCIDENTES.

Durante la intervención se puede fracturar la parte activa del instrumento que estamos usando, el cual queda dentro de los tejidos. Inmediatamente trataremos de sacarlo, si presenta fácil acceso; en caso contrario se recurrirá a una radiografía para localizar el fragmento del instrumento.

Una vez localizado se prepara una vía de acceso para

proceder a retirar esa parte del instrumental que quedó dentro de los tejidos.

También se puede dar el caso de que se fracture la pieza vecina al tercer molar, o también de que sea luxado, -- por la mala técnica quirúrgica.

En el caso de que se luxe el segundo molar, se debe inmovilizar ésta con los medios ya conocidos, y en cuanto a la fractura, se esperará un tiempo conveniente para tratarla en clínica dental, lo cual también se aplica cuando se presenta el desalojamiento de obturaciones y trabajos protésicos.

Cuando se presente la fractura de la mandíbula, seguiremos los preceptos dados para resolver el caso, lo mismo en los accidentes de las mucosas y labios.

Cuando se nos presenta el enfisema, el tratamiento es a base de compresión de los tejidos por medio de vendas elásticas.

COMPLICACIONES.

HEMORRAGIA.- Cuando se presenta la hemorragia después de la operación, buscaremos su origen, para así poder determinar cuál será el tratamiento. Nos podemos valer de me

dios mecánicos como ligaduras o taponamiento de espuma de fibrina grenetina, celulosa, etc., los cuales se llevan al alveólo, y por compresión tratarán de detener la salida de sangre, podemos usar gasa estéril y yodoformada, o un cemento quirúrgico. También podemos utilizar el termocauterio y el galvanocauterio; asimismo se pueden usar sustancias que se aplican localmente - como son: adrenalina, ticombina, gasa, gelfoam.

Se pueden usar coagulantes siendo los más usados el - cloruro de calcio y el lactato de calcio en dosis de 20 grs.- divididas en 5 días.

Cuando la hemorragia haya sido abundante, se pondrá - suero, también ayuda como medida preventiva de la hemorragia la vitamina K, solamente cuando existan datos de hepatopatía.

TRANSFUSION SANGUINEA.- Nos valemos de ella cuando - el paciente ha perdido una cantidad de sangre considerable -- que pueda ocasionar después otros problemas.

INFECCION DEL ALVEOLO.- Comúnmente llamado alveólo - seco, es una de las más desagradables complicaciones que se - presentan después de la extracción del tercer molar, la cual se produce cuando el coágulo se ha desintegrado, dando los - siguientes síntomas: dolor, el cual es intenso, halitosis, -

mal gusto principalmente.

Su curación es prolongada y para lograrla, en cuanto nos damos cuenta de que se ha establecido la enfermedad, citamos a nuestro paciente para hacerle lavados con suero fisiológico tibio, tratando de eliminar todo el material putrefacto y haciendo un curetaje del alveólo; le podemos poner gasa estéril, la cual se impregna en guayacol y aceite de oliva en iguales cantidades y se coloca en el alveolo; también podemos colocar cemento quirúrgico de Ward, el cual aliviará el dolor del paciente. Estos apósitos se cambiarán cada tercer día y si es necesario se harán dos o tres veces, dejando un intervalo de 24 horas, hasta que disminuyan los dolores y veámos que en el fondo del alveolo se forma tejido de granulación.

También nos podemos ayudar de vitaminoterapia, así como de los antibióticos.

INFECCION DE LOS MAXILARES.- Es una complicación seria, a causa de que ha llegado hasta hueso, produciendo dolor, exudado, purulento y secuestros óseos; para corroborar el diagnóstico nos valemos de radiografías.

Para su curación podemos aplicar lavador periódicos y uso de las sulfonamidas, así como de vacunas y todo aquello

que esté encaminado a aumentar las defensas del organismo.

E D E M A .- Se caracteriza porque la cara se inflama y la piel se pone brillante y tensa, lo cual causa alarma en el paciente. Generalmente el proceso se resuelve al segundo o tercer día, o puede evolucionar hacia el flemón.

Su tratamiento será a base de hidroterapia sobre la parte afectada colocándolo 15 minutos y descansando una hora, y buches de agua caliente, adicionando un antiséptico. En cuanto se refiere al tratamiento general, estará encaminado a fortalecer al paciente por los medios ya ennumerados.

FLEMON.- Es el siguiente paso del edema no resuelto en 72 horas, y se caracteriza por una inflamación del tejido celular.

El tratamiento será a base de calor, pudiéndose aplicar: compresas secas, compresas húmedas, bolsas de agua caliente, sustancias que conserven el calor, e irradiaciones luminosas (rayos infrarrojos).

El tratamiento general será igual que en el edema.

ABSCESO.- Es una colección purulenta que se aloja en los tejidos, siendo su tratamiento por medios quirúrgicos.

NEURITIS.- Cuando se presente, se deberá administrar el Complejo B.

PARESTESIA.- Se trataña en igual forma que la anterior; generalmente se resuelve con el tiempo, volviendo a la normalidad la inervación, y en caso dado que no suceda -- así, se tomarán las debidas providencias para el caso.

Puede ser útil la asociación de Vitamina B₁₂.

T E M A XII

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Estos cuidados van a consistir en dar las indicaciones apropiadas a nuestros pacientes, para que después de la intervención quirúrgica no tengamos problemas de infecciones o cualquier otro tipo de complicaciones.

I.- Se pedirá al paciente una higiene bucal escrupulosa de las piezas no dañadas, esto servirá para -- acelerar la curación y eliminar posibles olores y gustos desagradables, evitando la zona afectada.

II.- El frío local. Se usa en todos los casos en el -- cual exista traumatismo, pero no debe existir infección aguda, lo cual tiene el fin de disminuir la inflamación.

El frío controla la hemorragia por vasoconstricción, -- evitando de esta manera la formación de hematomas y la equimosis local.

El frío retarda los procesos inflamatorios químicos y fisiológicos, el uso del frío es limitado en los edemas locales,

su valor está en emplearlo al principio y por un tiempo no muy prolongado y en la cirugía bucal tiene aplicaciones más limitadas como: procedimientos postoperatorios en la reducción de fracturas, odontectomía y otros trastornos en la cual la infección no está presente; después de ocasionar un traumatismo en la mandíbula, esto tiene como fin reducir la inflamación y la acumulación de líquidos tisulares y exudados; también tiene como fin aliviar el dolor en las neuralgias faciales y pulpitis; etc.

La terapia del frío será aplicada por medio de bolsas de hielo, hielo picado en una toalla, baños fríos; su aplicación no deberá ser en períodos no más largos de 20 minutos, ya que un período más largo provocará necrosis y gangrena.

La alimentación estará basada en una dieta blanda, para evitar que la herida sea lastimada; la dieta irá acompañada de vitaminas principalmente las del complejo B, si es necesario.

Se dará a nuestro paciente por escrito las siguientes indicaciones, ya que al explicárselas se le podrían olvidar pues se encuentra un poco perturbado por la operación:

INDICACIONES:

- 1.- NO enjuagarse la boca durante las 3 horas siguientes a la intervención quirúrgica.
- 2.- Cuando se enjuague la boca, después de las.... -
hágalo con extrema suavidad.
- 3.- Durante las próximas 24 horas, tome alimentos --
líquidos y tibios solamente.
- 4.- En el caso de que llegue a sentir dolor, tomar -
una tableta del medicamento que indica la receta
(analgésico, etc.)
- 5.- Si se presenta alguna hemorragia en horas, en -
las cuales no puede concurrir al consultorio, ha-
ga una bola con gasa esterilizada, del tamaño de
una nuez y aplíquela sobre la herida, apretándo
la fuertemente con los dientes antagonistas.

Consérvela en su sitio hasta que vuelva al con--
sultorio lo que deberá hacer lo antes posible.
- 6.- Si nota que se le inflama la cara, coloque sobre
la piel afectada una bolsa de hule con hielo. --
Entre la bolsa y la piel ponga un lienzo delgado,
mantenga la bolsa en la piel durante 15 minutos y

luego retíresela.

- 7.- Regrese al consultorio el día de mañana a las --
_____, pues los puntos de sutura debe--
rán retirarse entre el cuarto y quinto día des--
pués de la intervención.

La administración de antiinflamatorios y antibióticos --
serán siempre de acuerdo al criterio del Cirujano Dentista, ya--
que él conoce el estado en que se encuentra el paciente y si --
los requiere o no.

Después de que el paciente haya seguido las indicaciones
al pie de la letra y realizado todo lo indicado por el Ci-
rujano Dentista, será difícil que llegará a presentarse algu-
na complicación, terminando así con el tratamiento quirúrgico
del tercer molar inferior retenido.

TEMA XIII

CONCLUSIONES

Considerando que nuestros conocimientos al término de esta etapa nos irán aumentando según sea nuestro empeño y la experiencia que nos vaya dando la práctica profesional, no podremos decir que culminamos nuestra carrera, sino por el contrario, es cuando empezaremos a aprender y será el mismo paciente el que nos vaya enseñando la manera de proceder y adquirir mayor seguridad para poder realizar y solucionar cualquier patología que se nos presentará, no abarcando una sola rama de la odontología, esto enfocado a un beneficio general en la que se refiere a salud dental y tratar de no restringirnos a la larga o corto de nuestra actividad profesional.

Al llevar a cabo el desarrollo de esta tesis, llegamos a la conclusión de que los problemas ocasionados por órganos dentarios retenidos, es evitado por medio del acto quirúrgico aunado a los estudios radiográficos y clínicos, así como anatómicos, Histológicos y embriológicos, los cuales serán de una ayuda invaluable para realizar la intervención quirúrgica en condiciones ideales y elaborando así un plan de tratamiento y utilizando técnicas adecuadas según sea el tipo de caso.

Las técnicas que consideramos más efectivas para este tipo de patología son las de osteotomía y odontosección que al unir las se logra la extracción buscando que dicho molar siga el camino del menor esfuerzo y tiempo, logrando a la vez llegar el menor grado de trauma a nuestro paciente.

Por último quisieramos mencionar la importancia que presenta el tratamiento postoperatorio, en el cual la ayuda del paciente será tan valioso como las técnicas seguidas por el cirujano dentista y logramos completar con este tratamiento el fin y el éxito trazado por nosotros y haber logrado llegar a la resolución de nuestro caso.

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

1.- CIRUGIA BUCAL

Archer W. Harry
Vol. I Cap. IV.
Págs. 124-128
Editorial Mundi
Edición 1968.

2.- CIRUGIA ODONTOMAXILAR

Duarte Avellanal, Ciro
Vols. X y XI
Vol. X Cap. II págs. 71-90
y págs. 293-576
Cap. XX, págs. 579-581
Vol. XI Cap. VI págs. 129-142
Editorial S.A. Buenos Aires.
1a. Edición 1946.

3.- CIRUGIA BUCAL

Mead V. Sterling.
Vol. I Cap. 1, págs. 3-10
Editorial Hispanoamericana
1ra. edición, año 1967.

4.- APUNTES DE CATEDRA DE CIRUGIA BUCAL

Dr. José Luis Almiray López
Clínica "Las Aguilas" UNAM

5.- MEDICINA BUCAL

Dr. Lester W Burket
University of Pennsylvania

6.- CIRUGIA DENTOMAXILAR

Guillermo Ruíz Centeno.
Vol. I, Cap. 1, págs. 13-43
Cap. 3, págs. 48-49
Cap. 4, págs. 53
Cap. 5, págs. 113-119
Cap. 6, págs. 120-190
Cap. 7, págs. 194-227

Cap. 8, págs. 231-303
Editorial El Ateneo,
Buenos Aires,
1a. Edición. Año. 1960.

- 7.- ATLAS DE TECNICAS OPERATORIAS, CIRUGIA, ESTOMATOLOGICA
Y MAXILOFACIAL.
Dr. G. Ginestet.
- 8.- EVALUACION RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INCLUIDO
Revista Hispanoamericana de Odontología
Dr. G. R. González.
- 9.- APUNTES DE CATEDRA. RADIOLOGIA DE LA
Escuela Nacional de Odontología
Dr. Castilla M. Arnulfo.
Págs. 9-19 Cap. I
Año 1970.
- 10.- HISTOLOGIA.
Ham W. Arthur.
Vol. I, Cap. IV, págs. 599-601
Editorial Interamericana, S. A.
5a. Edición, año 1967.
- 11.- TECNICAS QUIRURGICAS
Palacios G. Alberto.
Vol. I, Cap. II, págs. 20-24
Cap. V, págs. 67
Editorial Interamericana, S. A.
1a. Edición, año 1967.