

2ej 390



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y TECNICAS
QUIRURGICAS**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

GUADALUPE GRANADOS PEREZ

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.

INTRODUCCION.

CAPITULO I. "DESCRIPCION DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMI--
CAS RELACIONADAS CON LA REGION DE TERCE--
ROS MOLARES RETENIDOS".

Descripción anatómica de maxilares.....	3
a) Maxilar Superior	
b) Maxilar Inferior	
Músculos Circunvecinos.....	7
Inervaciones.....	11

CAPITULO II. "ANATOMIA DENTAL DE TERCEROS MOLARES".

Definiciones generales.....	20
Tercer molar superior.....	21
Tercer molar inferior.....	23

CAPITULO III. "TERCEROS MOLARES RETENIDOS".

Etiología.....	27
Anatomía patológica y quirúrgica	30

	Clasificación.....	41
CAPITULO IV. "EXAMENES CLINICOS".		
	Historia Clínica.....	46
	Estudio Radiográfico.....	51
	Análisis de Laboratorio.....	55
CAPITULO V. "CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS".		
	Premedicación.....	62
	Anestésicos.....	67
	Contraindicaciones.....	68
CAPITULO VI. "LA OPERACION".		
	Instrumental Quirúrgico.....	71
	Campo Operatorio.....	73
	Tiempos Quirúrgicos.....	73
CAPITULO VII. "TECNICAS QUIRURGICAS EN CASOS CLINICOS MAS FRECUENTES".		
	Tercer molar superior.....	83
	a) Casos clínicos	

Tercer molar inferior..... 88

a) Casos clínicos

CAPITULO VIII. "TRATAMIENTO POSTOPERATORIO".

Instrucciones al paciente..... 94

M e d i c a c i ó n..... 95

Revisión Periódica.....95

CONCLUSIONES.

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

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

En la elaboración de ésta tesis mi principal objetivo es hacer conciencia al Cirujano Dentista sobre la importancia que tiene la Cirugía Bucal tanto en el conocimiento-anatómico, fisiológico, diagnóstico clínico y tratamiento - de los maxilares y tejidos adyacentes.

Siendo este tema para mí de gran importancia (Terceros Molares Retenidos y Técnicas Quirúrgicas) ya que es parte de la especialidad de cirugía Maxilo Facial y tomando en consideración mi inclinación en un futuro para la misma, he decidido elaborar la presente.

CAPITULO I. "DESCRIPCION DE LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS
RELACIONADAS CON LA REGION DE TERCEROS
MOLARES RETENIDOS".

Descripción anatómica de maxilares

a) Maxilar Superior

b) Maxilar Inferior

Músculos circunvecinos

Inervaciones

" DESCRIPCION ANATOMICA DE MAXILARES "
MAXILAR SUPERIOR

Maxilar Superior.- Los dos maxilares superiores constituyen la base ósea de la cara superior, y por su forma, o tamaño y posición determinan en lo esencial la morfología de la cara, participan en la estructuración del paladar son portadores de la arcada dentaria superior, y mediante un pilar frontal y un pilar cigomático transmiten la presión masticatoria al craneo cerebral.

El Maxilar Superior consta de: Cuerpo

Apófisis Ascendente

Apófisis Cigomática

Apófisis Alveolar

Apófisis Palatina

Cuerpo.- Se encuentra formado por:

- a) Cara anterior: Borde orbitario, agujero suborbitario fosa canina.
- b) Cara posteroinferior: Infratemporal o cigomática, tuberculo maxilar, agujeros alveolares que dan paso a nervios y vasos dentales.
- c) Cara orbitaria o Superior: Canal suborbitario que acaba continuándose con el conducto infraorbitario.
- d) Cara Nasal o Interna: Orificio del seno maxilar, Cresta-

turbinal inferior.

Apófisis Ascendente.

- a) Cresta lagrimal anterior
- b) Canal Lagrimal: Surco cuya porción inferior, conjuntamente con el hueso lagrimal y el cornete inferior, va a formar el conducto lácrimonasal.

Apófisis Cigomática o Piramidal.- Que se articula con el hueso cigomático

Apófisis Alveolar.-

- a) Arco alveolar: Arco marginal libre de la apófisis alveolar.
- b) Tabiques intraalveolares: Que separan los alveolos.
- c) Tabiques intrarradiculares e intraalveolares: Que separan los moldes de las raíces dentarias premolares y molares.
- d) Eminencias alveolares: Eminencias en la cara externa de la apófisis alveolar correspondiente a los alveolos dentarios.

Apófisis Palatina.- Constituye con la contralateral de las tres cuartas partes del paladar óseo.

MAXILAR INFERIOR
(Mandíbula)

El maxilar inferior es un hueso de estructura simétrica que consta de una mitad derecha y una mitad izquierda, las cuales de esbozos separados en su origen, se soldan formando un solo hueso impar. Es una lámina ósea arqueada de forma aproximadamente parabólica. Y es el más grande de los huesos de la cara.

Anatómicamente esta compuesta por: Cuerpo del Maxilar y Rama del Maxilar.

Cuerpo del Maxilar:

a) Cara externa: Protuberancia mentoniana, Triángulo del menton, cuya base es el borde inferior del cuerpo.

Tubérculo Mentoniano.- Pequeño que corresponde al ángulo inferior del triángulo en cada lado.

Agujero Submentoniano.- Orificio a nivel del primero y segundo molar, salida de la arteria y del nervio mentoniano del conducto dentario inferior.

b) Cara Lingual o Interna:

Fosa Digástrica: Inserción del músculo digástrico.

Fosilla Sublingual: Impresión provocada por la glándula-sublingual.

Fosilla Submaxilar: Depresión plana originada por la glándula submaxilar.

c) Porción Alveolar, Arco Alveolar, Alveolos Dentarios:

Compartimiento para los dientes.

Tabiques Inter-alveolares: Que separan los alveolos.

Tabiques Interrradiculares o Intraalveolares: Que separan los moldes de las raíces dentarias premolares y molares.

Eminencias Alveolares: Eminencias de la porción alveolar determinadas por las raíces dentarias.

Rama del Maxilar:

a) Angulo del Maxilar: Transición del borde inferior del cuerpo del Borde posterior.

b) Rugosidades para la inserción del Masetero: Rugosidades en la cara externa del ángulo, determinada por la inserción del masetero.

Rugosidad Pterigoidea: Rugosidad determinada por la inserción del pterigoideo interno en la cara interna del ángulo del maxilar.

Apófisis Articular.

Apófisis Coronoides: Tendón de inserción osificada del músculo temporal.

Agujero Maxilar: Orificio en la cara interna de la rama, comienzo del conducto dentario inferior.

Conducto Dentario Inferior: Conducto de la arteria y del nervio dentario en la rama y el cuerpo del maxilar.

Espina de Spix: Laminilla ósea en el agujero maxilar determinada por la inserción del ligamento esfenomaxilar.

Surco Miloiodeo: Surco que comienza en agujero maxilar y que se dirige oblicuamente hacia abajo para la arteria miloiodea y el nervio miloiodeo.

Cóndilo del Maxilar: Cabeza de la articulación del maxilar.

Cuello del Maxilar: Porción adelgazada de la apófisis articular del cóndilo.

Fosilla Pterigoidea del Cóndilo: Inserción del Pterigoideo-externo.

" MUSCULOS CIRCUNVECINOS DE TERCEROS MOLARES "
(Superiores e Inferiores)

CLASIFICACION:

MUSCULO TEMPORAL

MUSCULO MASETERO

MUSCULO PTERIGOIDEOS EXTERNO E INTERNO

MUSCULO BUCCINADOR

MUSCULO CONSTRICTOR DE LA FARINGE

MUSCULO MILOICDEO

MUSCULO TEMPORAL.- Tiene la forma de un ancho abanico cuya base está dirigida hacia arriba y atras, y cuyo vértice corresponde a la apófisis coronoides del maxilar inferior. Se inserta por arriba., 1.- En la línea temporal inferior 2.- En toda la extensión de la fosa temporal 3.- En los dos tercios superiores de la cara profunda de la aponeurosis temporal 4.- Por algunos fascículos de desarrollo muy variable en parte media de la cara interna del tendón de origen del masetero.

El músculo temporal es un músculo masticador, eleva el maxilar inferior y la aplica contra la mandíbula superior.

MUSCULO MASETERO.- Es aproximadamente rectangular y esta formado por dos haces principales que abarcan desde el arco cigomático hasta la rama y el cuerpo del maxilar, se inserta en el ángulo de la mandíbula y abarca desde el segundo molar sobre la superficie externa del maxilar hasta el tercio inferior de la superficie posterointerna de la rama. La función principal del masetero es la elevación del maxilar aunque puede colaborar en protusión simple, y juega un papel muy importante en el cierre del maxilar cuando simultáneamente este es protraído. Toma parte en los movimientos laterales externos del maxilar. Da fuerza para la masticación.

MUSCULOS PTERIGOIDEOS: Pterigoideo Interno.- Es un músculo grueso, de forma cuadrilátera, situada por dentro - del procedente y constituye el masetero interno de algunos- autores. Se inserta por arriba en toda la superficie de la fosa pterigoidea, de allí las fibras musculares se dirigen- oblicuamente hacia abajo, atrás y afuera para terminar en - la parte interna del ángulo de la mandíbula, y en la cara - interna de la rama ascendente.

Pterigoideo Externo.- (Lateral) Tiene uno de sus fascículos su origen en la superficie externa del ala externa de la - apófisis pterigoides. El otro de sus fascículos tiene su - origen en el ala mayor del esfenoides. Los dos fascículos- se reúnen por delante de la articulación temporomandibular- cerca del cóndilo.

Se inserta en la superficie anterior del cuello del cóndilo y algunas fibras en la cápsula articular y en la porción an- terior del menisco articular.

Su función es impulsar el cóndilo hacia adelante y despla- zar al menisco en la misma dirección en movimientos peque- ños. Se encuentra relacionado con todos los grados de los- movimientos de protracción y abertura del maxilar. Inter- viene en movimientos laterales pero auxiliado por el masete- ro y el pterigoideo interno y la porción anterior y poste- rior de los músculos temporales. Lo mas importante es que- hace su función en el comienzo de la abertura.

MUSCULOS BUCCINADOR.— Es un músculo horizontal que se extiende desde ambas mandíbulas a la comisura de los labios y constituye la parte lateral de la cavidad bucal. Se inserta por atrás en la parte posterior del reborde alveolar de los dos maxilares, en la parte correspondiente a los tres últimos molares, en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la rama ascendente; desde esos lugares, sus fibras convergen hacia la comisura de los labios y terminan en la cara profunda de la piel y de la mucosa de esa comisura. Está inervado por ramos del nervio temporofacial y ramo cervicofacial. Su acción es ayudar a llevar el bolo alimenticio hacia las caras oclusales.

CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE. De forma cuadrilátera y sus inserciones en relación con la región del tercer molar son: La porción anterior insertada en la línea milohioides y su inserción anterior en el ligamento pterigomaxilar las cuales son de interés quirúrgico en algunas retenciones del molar como las disto y linguoversiones que pueden necesitar maniobras para desinsertar parte de este músculo.

MUSCULOS MILOHIODEO.— De forma cuadrilátera, se inserta en la línea milohioides y se extiende desde el maxilar inferior al hueso hioides formando entre ambos un plano muscular constituyendo el piso de la boca. Su inserción postero-superior cruza en diagonal la proyección de las raíces del tercer molar a altura variable, según el tipo de retención de esta pieza.

Los molares en linguoversión pueden tener su corona en inmediato contacto con la inserción posterior del músculo son de interés quirúrgico.

"INERVACIONES DADAS POR: NERVIOS, ARTERIAS, VENAS Y LINFÁTICOS"

- 1.- NERVIOS: Estas regiones están bajo la dependencia del quinto par craneal que es el trigémino por intermedio de su segunda y tercera ramas que son: El nervio maxilar superior y El nervio maxilar inferior.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.- Penetra por el agujero redondo mayor en la fosa pterigo-palatina.

Conduce solamente fibras sensitivas.

Su territorio de inervación comprende: a) La duramadre --
 b) La piel del párpado inferior de la mejilla, del labio superior y del ala de la nariz c) La mucosa de la cavidad nasal, del paladar, del labio superior y del seno maxilar --
 d) Los dientes del maxilar superior.

Después de su emergencia del ganglio de Gasser se interna -- el nervio maxilar superior através del agujero redondo mayor en la fosa pterigopalatina y se divide allí en tres ramos principales: Nervios esfenopalatinos, nervio cigomático, nervio infraorbitario.

Ramos del nervio Infraorbitario.- 1.- Ramos alveolares 2.--
Ramos cutáneos.

NERVIO MAXILAR INFERIOR.- Atraviesa el agujero oval para -
llegar a la fosa cigomática.

Este nervio es el más grueso de los tres ramos del trigémi-
no. Y provee inervación sensitiva.

a) La dura madre b) La piel (Mentón, labio inferior, por- -
ción anterior del pabellón de la oreja y del conducto audi-
tivo externo). c) La mucosa (Mejilla, suelo de la cavidad -
bucal, dos tercios anteriores de la lengua) d) Dientes del-
maxilar inferior y articulación temporo maxilar.

El nervio maxilar inferior abandona la cavidad craneal atra-
vés del agujero oval y llega a la fosa cigomática donde se-
divide en dos ramos:

- a) Ramos Anteriores
- b) Ramos Posteriores

Ramos Anteriores.- Nervio Bucal= Inerva la mucosa de la me-
jilla.

Ramos Posteriores.- Ramo. Interno= (Nervio lingual)
Ramo Medio= (Nervio alveolar inferior o
dentario Inferior)
Ramo Externo= Nervio aurículo temporal-
Izquierdo.

2.- ARTERIAS

Para su irrigación arterial mencionaremos a la Arteria Carótida Externa que es una de las ramas de la Arteria Carótida Primitiva.

Arteria Carótida Externa.- Vasculariza: Cabeza, fuera de la cavida craneal, y el cuello. Esta a su vez emite ocho ramos dividida en:

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1.- Ramos Anteriores | 2.- Ramo Medial |
| 3.- Ramos Posteriores | 4.- Ramos Terminales |

De esta clasificación de ramos hago mención de los que tienen más relación con la región de Terceros Molares.

ARTERIA FACIAL.- Esta arteria pertenece a la clasificación de ramos anteriores.

Se localiza por detrás del músculo estilohiideo y del vientre posterior del músculo digástrico, llega hasta la glándula submaxilar. En el extremo anterior de la inserción del masetero transpone el borde del maxilar inferior y atraviesa oblicuamente la cara debajo del músculo cigomático hasta el lado de la nariz. Su rama terminal es la arteria angular que se anastomosa con el ramo terminal de la arteria oftálmica en la comisura palpebral interna.

Ramos de la arteria Facial:

Ramos Cervicales

Ramos Faciales

ARTERIA MAXILAR INTERNA.- La arteria maxilar interna es el más grueso de los dos ramos terminales de la arteria Carótida externa y emerge en ángulo recto de la misma. En su emergencia a la altura de la articulación temporomaxilar la oculta el ramo del maxilar inferior y, debajo del mismo penetra primero en la fosa cigomática y más profundamente en la fosa pterigopalatina, donde se ramifica en sus ramos terminales. De acuerdo con este trayecto se distinguen tres sectores: Porción Maxilar, Porción pterigoidea Y Porción Pterigopalatina.

Desde la porción maxilar se vascularizan: El oído y el maxilar inferior y un ramo se destina a la cavidad craneal.

- a) Arteria Auricular Profunda
- b) Arteria Timpánica Anterior
- c) Arteria Dentaria Inferior.- Esta arteria se interna en el conducto maxilar, del cual vuelve a salir como arteria mentoniana a la vez en el ramo incisivo se dirige hacia adelante. Vasculariza las partes del maxilar inferior.
- d) Arteria Meningea Media.

PORCION PTERIGOPALATINA

Emite casi todos los ramos terminales en la proximidad inme

diata del agujero pterigopalatino.

- a) Arteria Alveolar Posterosuperior.- Una de las arterias - del maxilar superior forma con las arterias alveolares - anteriores procedentes de una arcada arterial.
- b) Arteria Infraorbitaria.- A través del conducto infraorbi-
tario, a la cara (nariz, párpado inf., labio superior).-
Sus ramos que emergen en el hueso maxilar durante el tra-
yecto son las arterias alveolares maxilares anterosupe-
riores que se dirigen a los incisivos y al canino. El -
ramo terminal anastomosa con las arterias faciales.

VENAS

Las venas mas importantes para este tema son:

- 1.- Vena Yugular Interna
- 2.- Venas Yugulares Externas y An-
teriores.

Las venas yugulares por tegla general existe en número de -
tres: Una profunda y dos superficiales, estas tres venas -
yugulares forman entre sí un sistema de abundantes anastomo-
sis que varía mucho en su configuración detallada.

Las raíces de las tres venas yugulares pueden ser resumidas
en cuatro grupos:

- a) Venas Craneales Internas
- b) Venas Faciales
- c) Venas de los órganos de la cabeza y del cuello.

d) Venas Occipitales y Auriculares.

Vena Yugular Interna

Sus afluentes son:

- 1.- Los senos de la cavidad craneal.- Que recogen las venas craneales y las venas oftálmicas.
- 2.- Las venas faríngeas procedentes de un plexo faríngeo situado en la circunferencia dorsal y lateral de la faringe.
- 3.- La vena Lingual, la vena tiroidea superior, la vena esternocleidomastoidea, todas, las cuales corresponden aproximadamente a las arterias Homónimas.
- 4.- La vena Facial= También esta vena corresponde en su trayecto aproximadamente a la arteria homónima. Su comienzo como vena angular en la comisura palpebral media se halla en anastomosis con las venas oftálmicas que a su vez desembocan en el seno cavernoso en el interior de la cavidad craneal.
- 5.- Tronco temporomaxilar= Transcurre delante del pabellón de la oreja y detrás del maxilar inferior hacia abajo, y recoge las venas temporales superficiales y medias y el plexo pterigoideo que es el territorio de las venas que acompañan a los ramos de la arteria maxilar interna.

Venas Yugulares Superficiales

La vena yugular externa tiene un trayecto casi vertical sobre el esternocleidomastoideo, dirigiéndose hacia abajo e internándose en la profundidad sólo por encima de la clavícula para desembocar a nivel del ángulo venoso. Su territorio de drenaje por regla general se halla situado detrás del oído, pero también la vena facial o el tronco temporomaxilar pueden desembocar en la vena yugular externa en vez de hacerlo en la interna.

La Vena Yugular Anterior.- Es la más delgada de las tres venas yugulares. Se constituye en el cuello a nivel del hioides y se dirige hacia abajo a ambos lados de la línea media para desembocar en la anterior o bien directamente en el ángulo venoso.

VASOS LINFÁTICOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES

Ganglios Submaxilares.- 5-8 ganglios a lo largo del borde del maxilar inferior situado en la proximidad de la glándula submaxilar. Afluentes: Porción media de la cara dientes, encías, lengua, suelo de la cavidad bucal con sus glándulas.

Ganglios Submentonianos.- Están situados debajo del mentón. Afluentes: Labio inferior, vértice de la lengua, mentón.

Ganglios Faciales Profundos.- Están situados medialmente --

del maxilar inferior. Afluentes: Los vasos linfáticos profundo de la cara, procedentes de las cavidades orbitaria y nasal, de la fosa intratemporal, de la laringe y del paladar.

CAPITULO II. "ANATOMIA DENTAL DE TERCEROS MOLARES"

Definiciones generales

Tercer molar superior

Tercer molar inferior

ANATOMIA DENTAL DE TERCEROS MOLARES
SUPERIOR E INFERIOR

DEFINICIONES GENERALES

- 1.- Corona= La corona es la parte del diente cubierta por esmalte, que presenta cuatro caras: Vestibular Lingual, Oclusal y Cervical. Además dimensiones como son: El largo o longitud de la corona, el ancho de la corona - (diámetro mesiodistal) el grueso es el diámetro labio-lingual, en los dientes anteriores o vestibulo lingual- en dientes posteriores.

En la cara oclusal de la corona se encuentran:

Eminencias (cúspide, tubérculo, cresta, arista, cima o vértice).

Depresiones (surco, fosa fosita, fisura, agujero).

El límite exacto de la corona anatómica es la línea cervical, que marca la terminación del esmalte y señala perfectamente el cuello del diente.

- 2.- Cámara Pulpar= Ocupa la parte central, rodeada por dentina, en esta cavidad es donde se encuentran alojados todos los tejidos blandos del diente. La pulpa central limitada por la capa rica en células constituye la masa celular más profunda constituida por vasos sanguíneos y conductos linfáticos.

3.- Cuello= Es el contorno que marca la unión entre la corona y la raíz.

4.- Raíz= La raíz del diente es la parte que sirve de soporte, se encuentra firmemente colocado dentro de la cavidad alveolar en el espesor de la apófisis alveolar de los huesos maxilares y mandibular. La raíz está constituida por dentina y cubierta por cemento.

TERCER MOLAR SUPERIOR

El tercer molar superior es el diente más inconstante su morfología se puede considerar muy semejante a los molares superiores (primero y segundo), pero con dimensiones comparativas variables tanto en la corona como en la raíz, puede ser de mayor o menor volumen en todo sentido.

Descripción Anatómica de acuerdo a sus caras o lados:

Lado Vestibular.- La corona de este molar es la más pequeña (tanto en sentido mesiodistal como en cérico oclusal) de los tres molares superiores además sus raíces son: 1) Mucho más cortas 2) Casi siempre fusionadas 3) Generalmente presentan la inclinación más marcada de los tres molares.

Lado Lingual.- Generalmente falta la cúspide D.L. y solo una cúspide lingual única de base ancha forma el perfil lingual. Además la raíz lingual suele estar fusionada con las raíces vestibulares presentando en la mayoría de los casos-

una inclinación distal más pronunciada que la de cualquiera de los otros dos molares.

Lado Mesial.— La fusión de las raíces mesiovestibular y lingual es generalmente un rasgo característico del tercer molar. Las raíces de este molar son siempre cortas y la corona presenta perfiles bastante irregulares.

Lado Distal.— En este diente falta la cúspide D.L. la cúspide de D.V. es tamaño reducido y se puede ver una mayor extensión de la superficie oclusal que en los demás molares.

Lado Oclusal.— Como generalmente no hay cúspide D.L. en el tercer molar, el perfil de la corona es triangular o en forma de corazón, la cúspide D.V. es de tamaño mínimo y la superficie oclusal es la más pequeña de las presentadas por los demás molares superiores. La línea oblícua si no falta por completo, es apenas visible. La disposición de presión surco puede ser muy variable y los surcos suplementarios muy numerosos.

Pulpa.— El corte mesio distal muestra una cámara pulpar con un cuerno pulpar mesiovestibular grande y otro distovestibular muy pequeño que parece emerger de un lado del otro cuerno. En el corte vestibulolingual la forma de la cavidad pulpar se parece a la de una tachuela invertida; los cuernos pulpares mesiovestibular y lingual bastante separados son del mismo tamaño. El corte transversal muestra una cámara pulpar de forma ovoide, o sea estrecha en el eje mesio distal.

TERCER MOLAR INFERIOR

El tercer molar inferior tanto como el superior son los dientes más inconstantes de la dentición.

En algunos casos ni siquiera llega a formarse (ausencia congénita), en otros, habiendo terminado el desarrollo de su corona no logran salir (inclusión). El momento de su erupción es también muy irregular, algunos aparecen a los 16 años otros a los 30, y aún más tarde. Pueden poseer una, dos o tres raíces, o bien tres raíces fusionadas.

La corona de este molar presentan tantas variaciones que resulta imposible reconocer características constantes. En algunos casos, puede tener gran parecido morfológico con el primero o el segundo molar; mientras que otros la corona podrá ser fácilmente identificada gracias a su cortedad y contorno bulboso.

Descripción Anatómica de acuerdo a sus caras o lados:

Lado Lingual= Generalmente, es difícil distinguir el lado lingual de este molar, presenta ciertas irregularidades, como: 1) Corona corta de forma netamente bulbosa 2) Cúspides redondeadas 3) Raíces cortas, situadas muy juntas o fusionadas y con marcada inclinación distal.

Lado Distal= El contorno distal de la corona puede ser de forma bulbosa. La tabla oclusal ocupa un área muy reducida

y casi toda la superficie vestibular de la corona es visible del lado distal. La raíz distal es más estrecha, en sentido vestibulolingual, y la más corta de todas las raíces de molares inferiores.

Lado Oclusal= Presenta con frecuencia un contorno ovoide. La mitad mesial de la corona es mucho más ancha en sentido vestibulolingual que la porción distal. Los perfiles vestibular y lingual, más o menos rectas, convergen fuertemente en sentido distal.

La tabla oclusal presenta un contorno ovoide bien definido. Generalmente, hay cuatro cúspides, estrechas, de forma irregular y mucho menos cónicas que las cúspides de los demás molares.

Las crestas marginales mesial y distal no son rectas en sentido vestibulolingual sino que forman arcos muy convexos que unen las crestas de las cúspides vestibular y lingual.

El rasgo más característico de la superficie oclusal es la irregularidad de tipo de disposición de presión surco. Los surcos principales suelen ser cortos y de dirección muy irregular.

Las raíces del tercer molar inferior presentan todavía más variaciones que la corona en cuanto a forma y número. Es muy frecuente encontrar raíces muy largas o muy cortas; casi rectas o muy inclinadas. Muchas veces están fusionadas,

también pueden presentar cuatro raíces grandes y bien definidas. Tampoco es raro encontrar pequeñas raíces accesorias, que parecen ramificarse a partir de la raíz principal.

CAPITULO III. "TERCEROS MOLARES RETENIDOS"

Etiología

Anatomía patológica y quirúrgica

Clasificación

" TERCEROS MOLARES RETENIDOS "
SUPERIOR E INFERIOR

ETIOLOGIA.

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

La retención dentaria puede presentarse en dos formas: el diente está completamente rodeado por tejido óseo (retención intraósea) o el diente está cubierto por la mucsa gingival (retención subgingival).

Su etiología puede ser de diversa índole:

Razones embriológicas.- La ubicación especial de un germen dentario en sitio muy alejado del de normal erupción; por razones mecánicas, el diente originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

El germen dentario puede hallarse en un sitio, pero en una angulación tal, que al calcificarse el diente y empezar el trabajo de erupción, la corona toma contacto con un diente vecino, retenido o erupcionado; este contacto constituye una verdadera fijación del diente en erupción en posición viciosa. Sus raíces se constituyen pero su fuerza impulsiva no logra colocar al diente en un eje que le permita erupcionar normalmente.

Obstáculos mecánicos.- Que pueden interponerse a la erupción normal.

- a) Falta material de espacio
- b) Hueso con una condensación tal que no pueda ser vencido en el trabajo de erupción (enostosis, osteítis condensante, osteoesclerosis), procesos óseos que originan una imagen "lechosa" o blanquecina.
- c) El impedimento que se opone a la normal erupción puede ser: un órgano dentario; dientes vecinos, que por extracción prematura del temporario han acercado sus coronas, constituyendo un obstáculo mecánico a la erupción del permanente.
- d) Elementos patológicos pueden oponerse a la normal erupción dentaria: dientes supernumerarios, tumores odontogénicos (odontomas), constituyen un impedimento mecánico de la erupción dentaria.

Causas Generales.- Todas las enfermedades generales en directa relación con las glándulas endócrinas pueden ocasionar trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencias de dientes. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo y las enfermedades que le son propias) tienen también influencia sobre la retención dentaria.

Capdeponet explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos.

- 1º. La cavidad virtual existente alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario cavidad

del saco folicular, de Capdepont, puede, por numerosas influencias patológicas, hacerse real, transformándose en quistes dentígenos) y ser el asiento de procesos infecciosos.

- 2º. La falta de espacio, ocuparía el primer lugar de los accidentes en la erupción de los terceros molares retenidos (e inclusive de otras piezas dentarias).
- 3º. Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exarcean su virulencia.

CLASIFICACION:

- I. Accidentes mucosos
- II. Accidentes mecánicos
- III. Accidentes nerviosos
- IV. Accidentes infecciosos
- V. Accidentes celulares
- VI. Accidentes óseos
- VII. Accidentes linfáticos o ganglionares
- VIII. Accidentes Tumorales.

" TERCER MOLAR SUPERIO "

ANATOMIA PATOLOGICA Y QUIRURGICA

La región del tercer molar retenido está constituida por tejidos duros y tejidos blandos que lo cubren y circundan.

Dichas estructuras son estudiadas por separado, y en este tema abordaremos ambos tejidos de acuerdo a su patología y área quirúrgica.

- a) Corona.- Tamaño, forma y estado de la corona. La corona puede ser más pequeña o más grande que la normal.
- b) Raíz.- Las raíces del tercer molar superior generalmente están fusionadas en una masa única. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintos ángulos pueden no estar aún calcificadas.

Generalmente presenta variaciones en su porción radicular, es tri o tetrarradicular; sin embargo no es raro encontrar un número mayor de raíces. Todo esto confiere una extraordinaria fragilidad en su porción radicular.

- c) Alveólo.- Su forma es irregular. El número de conos alveolares es variable.

Su arquitectura anatómica debe ser considerada en sus caras proximales bucal y palatina. Las caras proximales están formadas por los tabiques esponjosos que separan el tercer molar de los dientes contiguos su espesor es variable. El borde inferior generalmente roma, está de acuerdo con el estado y la edad del paciente. La cara -

bucal es generalmente más gruesa comparada con la del primer molar y casi igual que la del segundo molar. La región palatina es también gruesa. La cara distal está en directa relación con la tuberosidad del maxilar.

- d) El Hueso Distal.- La amplitud de la zona distal de la tuberosidad, vecina al tercer molar, es altamente variable. Su solidez y resistencia también lo son. con todo, esta porción ósea puede considerarse de relativa fragilidad.- Su fractura y desprendimiento no son rarezas quirúrgicas.
- e) Seno Maxilar.- La vecindad con el seno maxilar del tercer molar superior en ciertos pacientes está muy vecino, y en algunos casos sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción del tercer molar puede ocasionar, en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar o el molar puede ser proyectado en esta cavidad.

Hay que tomar en consideración además una fractura que puede comprometer en muchas ocasiones el piso del seno y hacer que se desprenda junto con el molar dejando una amplia abertura en el antro maxilar.

- f) Apófisis Pterigoides.- El molar puede estar en íntimo contacto con la apófisis pterigoides. Existe el peligro de fractura con los esfuerzos operatorios. La tuberosidad del maxilar es susceptible de correr igual suerte y ser arrancada en el curso de una extracción, aún de la de un molar normalmente erupcionado.
- g) Acceso a la Cara Mesial.- Sobre la cara mesial se aplicará el elevador que luxará al molar. La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la necesidad de una osteotomía del tabique mesial para permitir la colocación del instrumento.

h) El Saco Pericoronario.- El saco pericoronario es visible y un elemento importante en el acto quirúrgico.

" TERCER MOLAR INFERIOR "

ANATOMIA PATOLOGICA Y QUIRURGICA

La región del tercer molar, constituida por el hueso maxilar, el molar retenido y las partes blandas que lo cubren y revisten.

Al igual que en el superior dichas estructuras serán estudiadas de acuerdo a su patología y área quirúrgica.

- a) **Corona.**—La corona del tercer molar inferior presenta una variedad de forma, tamaño y estado que será menester conocer, porque en esta porción del diente reside gran parte de nuestra labor quirúrgica. La corona puede ser normal, pequeña o grande; con un número normal de cúspides o multicuspídea y poseer lóbulos, tubérculos o cúspides adicionales. Puede por otra parte, presentar caries, resorciones y fracturas.

Radiológicamente la corona se observa en relación con el capuchón de esmalte, pulpa, superficie oclusal y desplazamiento vestibular. La corona puede adoptar varias posiciones; esta se verá bajo la clasificación de terceros molares.

- b) **Cámara Pulpar.**—Puede ser pequeña o estar completamente obliterada, por lo que la cubierta de esmalte perderá su contorno definido.

El reconocimiento preoperatorio de la torsión es importante, ya que ayuda en la planeación del procedimiento operatorio reduciendo el trauma; las caries constituyen otra consideración importante, suelen complicar la extracción, ya que la resistencia de la corona es importan

te para el plan operatorio.

- c) Raíces.- Ningún molar tiene características parecidas a las que presenta el tercer molar inferior, en lo que respecta a número, forma, tamaño, disposición y anomalías de la raíces.

En su conjunto las raíces del tercer molar pueden asemejarse a un cono de base superior, que coincide con el cuello dentario. Dentro de este cono se dibujan todas las presentaciones posibles de las raíces del tercer molar, - excepción hecha de las dirigidas en el sentido de sus nombres y las raíces divergentes.

Por lo general el tercer molar es birradicular. La raíz mesial que puede ser bífida es aplastada en sentido mesiodistal, y algo más ancha en su porción bucal que en la lingual. La raíz distal tiene características parecidas, aunque por lo general su dimensión mesiodistal es menor que la de la raíz mesial. Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces; correlativamente, - resulta una disposición radicular caprichosa, pues escapa a toda norma particular. En muchas ocasiones, la bífidez de la raíz mesial hace al molar trirradicular; en otros casos, raíces supernumerarias, con enanismo o gigantismo, puede así mismo haber molares con sus raíces fusionadas pudiendo ser variable el número de conductos radicales.

Radiológicamente la dirección y tamaño radicular configuran el problema más importante de entre todos los otros, puesto que las maniobras destinadas a eliminar el molar retenido, teniendo que vencer por procedimientos mecánicos el anclaje de las raíces en el hueso, deberán adaptarse a dichas características a fin de que las fuerzas-

y movimientos aplicados en la extracción le haga recorrer a esta por-
ción del molar la vía de menor resistencia.

Clasificación:

- 1... Ambas raíces rectas: forma muy frecuente, su disposición recta puede ser total, observándose ambas raíces rectas; desde luego, es posible encontrarlas rectas pero también divergentes y son de dimensiones cortas o largas.
2. Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia el lado distal: La disposición está dependiendo del grado de inclinación distal y el conjunto radicular, da un anclaje particular al tercer molar dentro del alveolo. Ahora bien, a nivel de la angulación distal suele encontrarse el punto de menor resistencia y cuando los movimientos quirúrgicos no son correctamente dirigidos puede fracturarse la raíz distal.
3. Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia el lado mesial incurvada en grado variable: En algunos casos se ha observado agredido a la desviación o dilaceración mesial, un grado variable de cementosis. La línea de menor resistencia está a nivel del ángulo radicular.
4. Raíz mesial dirigida hacia el lado mesial y raíz recta: poco frecuente este caso en su disposición radicular y la inclinación mesial de la raíz mesial da un sólido anclaje al molar.
5. Raíz mesial dirigida hacia el lado distal y raíz recta: La raíz mesial está inclinada distalmente y puede haber contacto o fusión del ápice mesial con la raíz distal recta. Encierra por lo tanto un trozo considerable de hueso entre ellas.

(1)



(2)



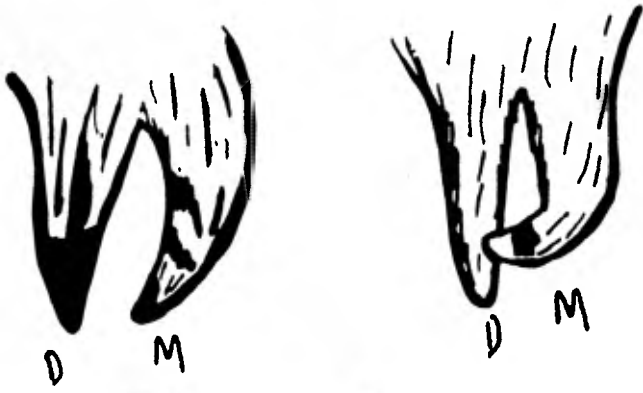
(3)



(4)



(5)



(6)



(7)

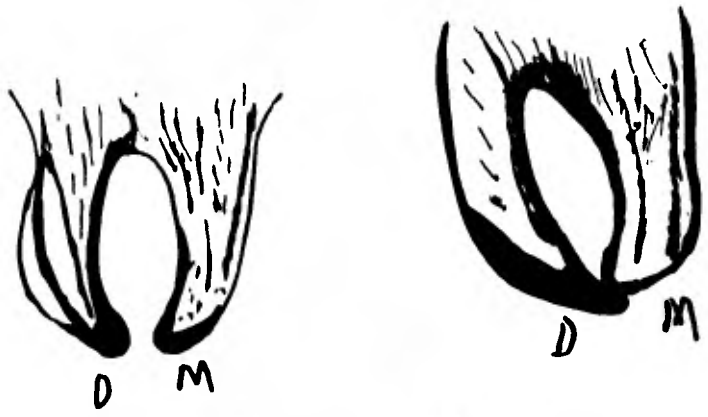


(8)



6. Ambas raíces dirigidas hacia el lado distal: Es muy frecuente, sobre todo en tipos vertical y mesioangular. Es una presentación favorable a la exodoncia.
7. Ambas raíces inclinadas mesialmente: Se puede observar esta disposición sobre todo en los casos de retenciones constituyendo un sólido anclaje del molar en el hueso.
8. Raíz mesial dirigida hacia el lado mesial y raíz distal hacia el lado distal: Son raíces divergentes que presentan desviación en mayor o menor grado; en este caso hemos encontrado anomalías apicales, dilaceraciones o cementosis.
9. Raíz mesial dirigida distalmente y raíz distal dirigida mesialmente: Se presenta por lo común con cementosis que inclusive llegan a fusionarse a nivel de sus ápices entre los cuales encierran un sólido bloque óseo (séptum)
10. Ambas raíces fusionadas: Las cuales forman una sola masa cónica, y se pueden acompañar en ocasiones de dilaceración o cementosis.
11. Desviación bucal o lingual de ambas raíces: es decir, las raíces pueden presentarse desviadas en sentido bucal o lingual, en estos casos, una lingual y otra es bucal, esta disposición origina un sólido anclaje del molar en el hueso.

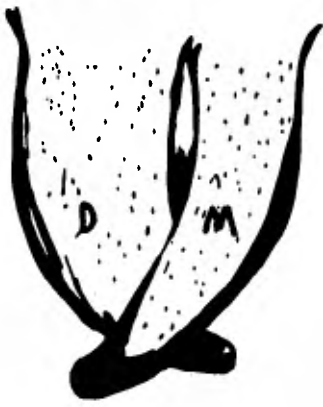
(9)



(10)



(11)



(12)

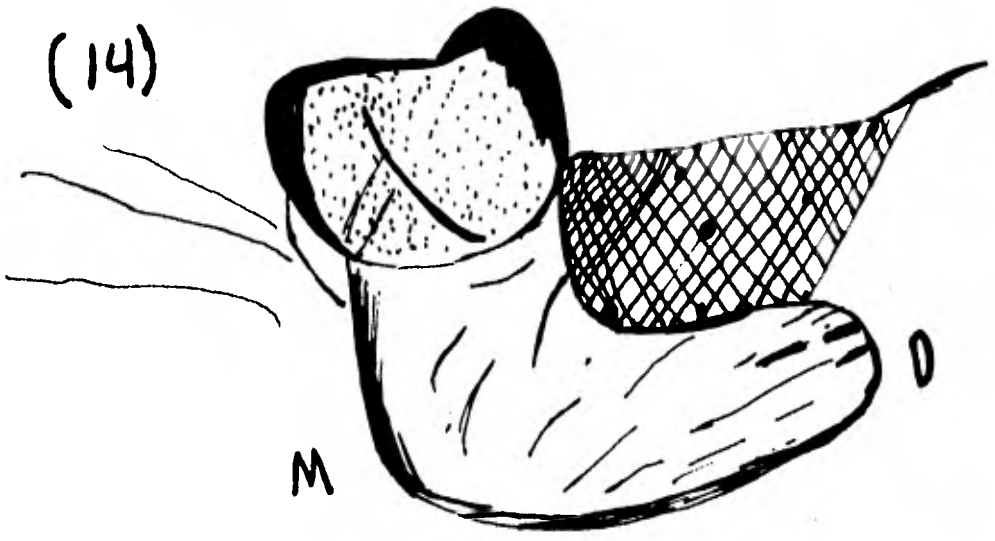


12. Raíces supernumerarias: Pueden presentarse la bífidez de la mesial o distal, o de ambas a la vez y pueden dirigirse estas - raíces supernumerarias en distintos sentidos.
13. Raíces incompletas calcificadas: Son comunes en niños y jóvenes para la extracción del tercer molar con fines ortodóncicos.
14. Anomalías radiculares diversas: Por ejemplo- Gran cementosis y dilaceración distal del maciso radicular. Puede solucionarse previa osteotomía distal (encuadrulado), el elevador aplicado en la cara mesial, dirige el molar hacia el lado distal.
- También hay casos de reabsorción radicular y rizólisis.
 - En lo que se refiere al tamaño de la raíz, varía notablemente (cortas o prolongadas).
- d) Hueso de Soporte.- El séptum y el interséptum ambas entidades anatómicas han sido denominadas así por Winter. El séptum es la porción ósea situada entre las raíces del tercer molar inferior reteniendo. Constituido por hueso esponjoso de características similares a las del hueso mesial, su forma es sumamente variable y está en relación directa con la posición del molar y la disposición de sus raíces. A pesar de esta variabilidad morfológica, puede afirmarse que en los terceros molares - verticales y con raíces rectas el séptum adquiere la forma de un prisma triangular cuyas bases se confunden con las tablas externa a interna del maxilar inferior; el ángulo diedro superior es agudo y se relaciona con el espacio interradicular del tercer molar; sus ángulos inferiores están a la altura de los ápices radiculares.

(13)



(14)



Es aconsejable estudiar previamente a la extracción su forma y disposición, pues siendo un sólido anclaje del molar es menester considerar si será posible fracturarlo o se deberá abandonar todo intento en tal sentido y proceder en cambio adivinar y separar las raíces del molar.

El interséptum es el espacio, de forma variable situado entre el tercero y el segundo molar; en otras palabras es hueso mesial.

- e) Hueso Mesial.- Es la porción ósea que se encuentra entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero, dispuesta de tal modo que cubre parcial o totalmente esta última haciéndola accesible o inaccesible al instrumento de la exodoncia. El hueso mesial, cuya intimidad sólo puede ser investigada mediante un examen radiográfico y que es llamado por Winter interséptum, tiene la forma de una pirámide, en ocasiones truncada, de base inferior, cuatro caras (externa o bucal, de interés quirúrgico, interna, mesial y distal) y vértice superior (También de interés quirúrgico). El vértice puede ser cortante, presentar el saco pericoronario o ser asiento de algún tipo de patología (osteítis, granuloma mesial).
- f) Hueso Bucal.- Es la porción ósea que cubre la cara bucal del molar retenido.
- g) Hueso Distal.- Clave de la cirugía del tercer molar inferior retenido, porque es principalmente a sus expensas que se practica la extracción del molar, el hueso distal cubre la cara homónima del diente.

- h) Hueso Lingual.-- Es la porción ósea que cubre la cara lingual del tercer molar, su corona y raíces en las retenciones totales o sólo sus raíces en el molar erupcionado. Se extiende como el hueso bucal, desde la cara distal del segundo molar hasta la porción más distal del tercero, pero no tiene su consistencia, tanto que, o muestra una protuberancia en relación con las cúspides o las raíces del diente retenido, o bién labial a la fractura, presenta en ocasiones una perforación o ventana que deja al descubierto alguna variable porción del tercer molar, según el tipo de retención. En otras oportunidades, como consecuencia de procesos patológicos, el hueso lingual ha desaparecido, estando reemplazado por el saco pericoronario o por tejido de granulación.

Todo el alvéolo del tercer molar está proyectado hacia la cara lingual del hueso, formando lo que se ha denominado "balcón del tercer molar". Una vertical tirada desde el borde superior del hueso lingual, cae aproximadamente 1 cm. por dentro del borde inferior del hueso.

- i) Hueso Oclusal.-- Denomínese así la porción ósea que cubre la cara oclusal o triturante del molar retenido y que se continúa con los demás huesos estudiados. En varios tipos de retención el hueso oclusal sólo cubre la mitad distal o la mitad lingual de la corona del retenido. Está formado por dos delgadas tablas de hueso compacto, que encierran una variable cantidad de hueso esponjoso.-- Eliminando quirúrgicamente el hueso oclusal, nos enfrentamos con el saco pericoronario, que es un elemento sangrante que cubre la cara oclusal del diente en estudio.
- j) Saco Pericoronario.-- El saco pericoronario normal se presenta como una nítida línea radiolúcida que rodea la co-

rona del tercer molar retenido. Puede en algunas ocasiones (la mayoría a nivel del tercer molar) comunicar con el medio bucal e infectarse. Además, restos epiteliales pueden modificar su estructura y adquirir características tumorales. Los procesos patológicos reciben, como se comprende, distintos nombres, pero en síntesis privan un tejido de granulación. Interesa señalar que una vez infectado este saco pericoronario, debe ser considerado un elemento de infección focal.

- k) Conducto Dentario Inferior.- Este importantísimo elemento anatómico, que aloja el paquete vasculonervioso dentario inferior, se inicia en la cara interna del maxilar a nivel de la espina de Spix, y recorre el hueso hasta la altura de los premolares inferiores, o sea hasta el denominado agujero mentoniano. El conducto dentario está protegido por una cortical que le es propia, perfectamente identificable.

Sicher ha señalado tres tipos de relación del conducto con las raíces del molar.

- 1.- Primer tipo: El conducto está en contacto con el fondo del alvéolo del tercer molar.
- 2.- Segundo tipo: Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores.
- 3.- Tercer tipo: Todos los molares inferiores se relacionan con el conducto.

" CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES "
SUPERIOR E INFERIOR

TERCER MOLAR SUPERIOR

Los terceros molares retenidos en la arcada superior quedan en menor proporción que los inferiores.

Y es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos.

Clasificación:

1.- Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso.

CLASE A = La porción inferior de la corona del tercer molar superior está a nivel del plano oclusal del segundo molar.

CLASE B = La porción inferior de la corona del tercer molar superior está entre el plano oclusal y la línea cervical del segundo molar.

CLASE C = La porción inferior de la corona del tercer molar superior está en la línea cervical del segundo molar sobre ella.

2.- La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| a) Vertical | Estos pueden presentarse simultanea |
| b) Horizontal | mente en: |
| c) Mesio angular | A) Desviación Vestibular |
| d) Disto angular | B) Desviación Lingual |
| e) Invertido | C) Torsión. |
| f) Vestibulo angular | |
| g) Linguo angular | |

3.- Relación del tercer molar superior retenido con el seno.

Aproximación sinual (a.s.) no hay hueso o existe una pequeña lámina de hueso entre el tercer molar superior y el seno maxilar conocida como aproximación seno maxilar.

No hay aproximación sinual (n.a.s.) hay dos o más milímetros de hueso entre el tercer molar superior y el seno maxilar.

TERCER MOLAR INFERIOR

Es conveniente mencionar la clasificación del tercer molar inferior siendo esta de gran importancia ya que para su cirugía es necesario conocer sus posiciones.

La clasificación del Pell y Gregory incluyen una parte de la clasificación de George B. Winter.

a) Relación del diente con la rama ascendente del maxilar.

CLASE I: Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II: El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III: Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

b) Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición A. La posición más alta del diente está a nivel de la línea oclusal o sobre ella.

Posición B. La posición más alta del diente está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C. La posición más alta del diente está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

c) La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| a) Vertical | Puede presentarse en: |
| b) Horizontal | A) Desviación Vestibular |
| c) Invertido | B) Desviación Lingual |
| d) Mesio Angular | C) Torsión |
| e) Disto Angular | |
| f) Vestíbulo Angular | |
| g) Linguo Angular. | |

CAPITULO IV. "EXAMENES CLINICOS"

Historia clínica

Estudio radiográfico

Análisis de laboratorio

" HISTORIA CLINICA "

Es de vital importancia la elaboración de una historia clínica para cada paciente, tomando en cuenta que para una cirugía de alto riesgo es necesario conocer afondo el estado físico y psicológico del mismo.

Es conveniente conocer y entender su personalidad desde el principio para que todos y cada uno de los datos proporcionados sán de una veracidad absoluta y poder constatar su estado general.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ EEDAD _____ FECHA _____
 EDO. CIVIL _____ DIRECCION _____
 OCUPACION _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____
 DOMICILIO _____ TELEFONO _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HABITACION
 CONSTRUCCION _____ CUARTOS _____
 PERSONAS QUE LA HABITAN _____
 CUANTOS DUERMEN EN CADA CUARTO _____
 VENTILACION _____ ILUMINACION _____

HIGIENE PERSONAL

BAÑO _____ CAMBIO DE ROPA _____

ALIMENTACION

INMUNIZACIONES.

GRADO DE ESCOLARIDAD _____

ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____

FACTOR R.H. _____

ANT. DE TRAT. MEDICOS _____

MUJER

ANT. GINECOBSTETRICOS _____

MENARCA _____

RITMO _____

EMBARAZO _____

ABORTOS _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPION, VARICELA, RUBEOLA, ESCARLATINA, TUBERCULOSIS, -
 TOSFERINA, QUIRURGICOS, INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS, SIFI-
 LIS, PAROTIDITIS, AMIGDALITIS, HEPATITIS, OBESIDAD, TRANS-
 FUNCIONALES, EPILEPSIS, PARASITOSIS, TRANSTORNOS DE CONDOC-
 TA, INFESTACION, HEMATEMESIS, HEPISTASIS, CONVULSIONES.

PADECIMIENTO ACTUAL

SINTOMA (cuadro actual) _____ CAUSA APARENTE _____

ANALISIS DE CADA UNO

CARACTERISTICAS DE LA BOCA

DOLOR PROVOCADO, EXPONTANEO, ARDOROSO, PUNZANTE, INTERMITENTE, CAMBIOS DE POSICION, INGESTACION DE ALIMENTOS LOCALIZACION DE LA LESION.- GENERAL, LOCAL, FORMA, RELACION CON LOS CONTIGUOS _____ COLOR, CONSISTENCIA, TEXTURA, TAMAÑO, DURA, PETEQUIAS, AMPULAS, BRILLANTE ASPERA Y LISA.

NOTA: Dentro del padecimiento actual, que es uno de los pasos más importante de la historia clínica hay que tomar en cuenta tres pasos 1.- Fecha de aparición 2.- Evolución 3.- Signos y síntomas.

APARATOS Y SISTEMAS

DIGESTIVO

APETITO, DISFAGIA, REGURGITACION, DISPEPSIA, NAUSEAS, VOMITO, HEMATEMESIS, MELENA, ICTERICIA, METEORISMO, DIARREAS, - CONSTIPACION, RECTORRAGIA, PUJO, TENESMO, GASTRITIS.

RESPIRATORIO

TOS, EXPECTORACION, HEMOPTISIS, DOLOR, DISNEA, DISFONIA.

CARDIOVASCULAR

DOLOR, PALPITACIONES, DISNEA, EDEMAS, OPRESION, CEFALEA, -

FOSFENOS, ACUFENOS.

URINARIO

POLIURIA, DISURIA, POLAQUIURIA, RITMO, INCONTINENCIA HEMATURIA, PIURIA, ENURESIS, DOLDR.

GENITAL

METORRAGIA, DISMENORREAS, OLIGOMENORREAS, POLIMENORREA.

SISTEMA NERVIOSO

ALTERACIONES DEL SUEÑO _____ ALT. DE LA SENSIBILIDAD MOV.,
 INVOLUNTARIA _____ CONVULSIONES _____ CEFALEA _____ ALT.
 DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS _____ ALT. DE LOS PARES -
 CRANEALES.

ENDOCRINO

ALT. SOMATICA, DIABETES, BOCIO, INSF. SUPRARRENAL, ACNE.

MUSCULO ESQUELETICO

ALGIAS, ATROFIAS, DEFORMIDADES, ALT. ARTICULARES, M. NORMAL.

HEMATICO

ANEMIA, PURPURA, EQUIMOSIS, SANGRADO, ADENOMATIAS.

PIEL Y ANEXOS

LESIONES EN PIEL, ALT. DEL CABELLO, ALT. DE UÑAS, ALT. DE -
 MUCOSA, DIAFORESIS, PRURITO, .

SINTOMAS GENERALES

PIEBRE, ASTENIA, ADINAMIA, ANOREXIA, PERDIDA DE PESO. MOTIVO
VO DE LA CONSULTA

ETIOLOGIA

PLAN DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO.

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR

En el estudio radiográfico del tercer molar superior - retenido es considerada una serie de puntos importantes ya que de una buena interpretación se dará un buen diagnóstico para el éxito de la cirugía.

Existen tres técnicas radiográficas que dependiendo del caso clínico de que se trate se tomará una sola o completando a las tres técnicas (tomada por separado) siendo indispensable conocer y ubicar perfectamente la colocación de la pieza, la forma y dirección de sus raíces y la relaciones circundantes del alveólo.

TECNICAS RADIOGRAFICAS

- | | |
|-----------------------------|---|
| | a) Periapical |
| 1.- Radiografía Intraorales | b) Interproximal |
| 2.- Radiografía Oclusal | |
| | a) Proyección lateral derecha e izquierda |
| 3.- Radiografía Extraoral | b) Proyección oblicua de cráneo |
| | c) Panorámica |

Puntos de referencia en el examen radiográfico

- 1.- Posición del tercer molar

- 2.- Posición del segundo molar
- 3.- El hueso que cubre la cara triturante
- 4.- El tabique mesial
- 5.- El hueso distal
- 6.- Tamaño, forma y estado de la corona
- 7.- Las raíces del tercer molar
- 8.- Vecindad con el seno maxilar
- 9.- Vecindad con la apófisis pterigoides
- 10.- Acceso a la cara mesial
- 11.- El saco pericoronario

ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Un estudio radiográfico a fondo y bien definido dá la pauta a seguir en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido, siendo de gran importancia este examen.

Para un diagnóstico correcto existen tres técnicas radiográficas que dependiendo del caso clínico de que se trate se tomará una sola complementando con las tres técnicas (tomadas por separado), siendo indispensable conocer y ubicar perfectamente la colocación de la pieza, la forma, la dirección de sus raíces y las relaciones circundantes del alveólo.

TECNICAS RADIOGRAFICAS

- 1.- Radiografía Intraoral
- 2.- Radiografía Oclusal
- 3.- Radiografía Extraoral
 - a) Proyección lateral oblicua
 - b) Proyección oblicua de cráneo

Puntos de referencia en el exámen radiográfico

- 1.- Estado de la corona del tercer molar (integridad de la cara mesial)
- 2.- Estado de la corona del 2o. molar (integridad de la cara distal)
- 3.- Forma, disposición y número de las raíces del tercer molar
- 4.- Forma del séptum interradicular
- 5.- Espesor, altura y disposición del tabique nasal del alveólo
- 6.- Relación de la rama montante con la cara distal del tercer molar
- 7.- Forma, espesor, altura y disposición del tabique óseo interdentario
- 8.- Grado de contacto del tercer y segundo molar
- 9.- Forma y disposición de las raíces del segundo molar

10.- Posición del tercer molar en sí

11.- En que grado de retención se encuentra el tercer molar inferior.

"ANALISIS DE LABORATORIO"

Todo paciente al que se le vaya a realizar una intervención quirúrgica de cualquier índole, es indispensable realizarle una serie de análisis de laboratorio para complementar su historia clínica y sobre todo, en los casos en que se sospeche de algún padecimiento en especial o que el mismo paciente nos lo haya confirmado, como por ejemplo:

- 1.- En pacientes cardíacas: química sanguínea, electrocardiograma, biometría hemática, tiempo de sangrado y de coagulación, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y de trombina.
- 2.- En pacientes hemofílicos: factores de coagulación factores anti-hemofílicos
- 3.- En pacientes diabéticos: química sanguínea, colesterol total, proteínas totales, relación albúmina globulina y curva de tolerancia (prueba de azúcar en la orina)
- 4.- En mujeres embarazadas: biometría hemática, química sanguínea, examen de la orina.

También es muy importante registrarle al paciente su presión arterial y pulso, sobre todo cuando se van a administrar sedante a pacientes mayores de 15 años.

Tomando en cuenta que la frecuencia de pulso oscila entre 60 a 80 pulsaciones por minuto en el adulto normal, y que las pulsaciones han de ser al mismo tiempo fuertes y regulares.

La presión arterial de un adulto en estado normal es de 90/60 y de 150/100 mm. hg.

CIFRAS NORMALES DE EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA

EXAMEN	HOMBRE	MUJER	AL NACER	NIÑOS UN AÑO	10 AÑOS
Hemoglobina	15-20	13.5-17g	12.8-18.1	10.7-12.7	13.0-14.6
Hematócrito	<u>45-60</u>	<u>40-52</u>	40-62		
CMHG	32-36				
Volumen Globular	83-104				
Leucocitos	5,000-10,000	9-30(miles)	6-18(miles)	4,500- 13,500	38
Linfocitos	24-38	30	60		
Monocitos	4-9	5.8	4.8	4.3	
Neutrófilos	50-70	61	31	53	
Eosinófilos	1-4	2.2	2.6	2.4	
Basófilos	0-1	0.6	0.4	0.5	
Segmentados	45-65	52	28	51	
En Banda	0.7	9, 1	3.1	3.0	
Metamielocitos	0	0	0	0	

Exámen	Hombre	Mujer	Al nacer	Niños un año	10 años
Mielocitos	0	0	0	0	0
SEDIMENTACION	0.-6.5	0-15	0-2		3-13

Reticulocitos	0.5-1.5%
Células L.E	Negativa
Plaquetas	150,000-400,000 mm ³
T. Sangrado	1-3 min.
T. coagulación	8 a 12 min.
T. de Protrombina	80-100 %
T. Tromboplastina parcial	30-50 segundos
Retracción del coágulo	30 min.
Se inicia	dentro de los siguientes
Se completa	240 min.
Coombs directo	negativo
Coombs indirecto	negativo

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa	60..100	Proteinas Totales	6-8g
Urea	16-35	Albúmina	3.0-4.1g
Creatina	0.75-1.2 mg	Globulinas	2.7-3.8g
Tolerancia a la glucosa		Relación A/G	1 a 2
60'	menos de 195mg.	Transaminasas G. oxalacética	8-40 U
120'	menos de 140mg.	Transaminasa G. pirúvica	- 5-35 UI
180'	menos de 130mg.	Fosfatasa alcalina	13 a 40 UI

BACTERIOLOGIAHemocultivo.

Negativo

Coprocultivo.

Escherichia coli (cepas no patógenas de), Klebsiella.

Citrobacter, Enterobacter, Serratia, Proteus.

Bacteroides y Clostridia.

Urocultivo.

No hubo desarrollo de gérmenes o tiene menos de 10,000 gérmenes en un aumento de leucocitos.

Faringeo.

Streptococcus (alfa y gamma), Staphylococcus aureus y epider-

dermis,, Bacilos difteroides, especies no patógenas del género Neisseria. Diplococcus pneumoniae Haemophilus influenzae y Cándida.

Espectoración.

Streptococcus (alfa y gamma), Staphylococcus aureus y epi--dermis.

CAPITULO V. "CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS"

Premedicación

Anestésicos

Contraindicaciones

PREMEDICACION

La medicación preanestésica es el uso de fármacos antes de administrar un anestésico.

Debemos estar conscientes de que cada paciente que se nos presenta en el consultorio difiere en temperamento, condición física, inteligencia, y resistencia a la tensión nerviosa, por lo tanto es conveniente despertar la confianza en el paciente y tranquilizarlo, pues existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor clínico, sobre todo cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales.

La premedicación es imprescindible para todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada como las extracciones múltiples y difíciles, o en la eliminación de un diente retenido.

Propósitos de la Premedicación

- 1.- Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo (sin producir somnolencia excesiva)
- 2.- Elevar el umbral del dolor (Trans- y Postoperatorio)
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Controlar las arcadas.

- 5.- Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos locales (lipotimias y shocks)
- 6.- Controlar los trastornos motores (en enfermos con parálisis cerebral).

Para lograr estos propósitos por lo regular exige un concomitante de dos o tres fármacos, las clases más empleadas incluyen hipnóticos, tranquilizantes, opioides antieméticos y anticolinérgicos.

Clasificación:

Barbitúricos (ejemplo: Pentobarbital y el - Secobarbital-Vía: Oral o Intra muscular.

Dosis: Adultos de 100 a 300mgs

Niños: de 3 a 5 Mg/Kg. de peso corporal.

HIPNOTICOS

Sedantes no Varbitúricos-: Paraldehido, hidrato de cloral - glutetemida.

Antihistamínicos: Hidroxicina- Dosis: de 50- Mgs. a 150 Mgs. I.M.

Fenotiacinas- Promacina, Prometacina, y Propiomacina en dosis I.M. de 20- Mg. a 50 MG.

TRANQUILIZANTES

(Agentes contra la ansiedad)

Butirofenonas= Droperidol combinada con Fentanil.-Dosis: 2.5 Mgs. a 5 Mgs. de droperidol que brinda de 6 a 12 Hrs. Suele ocurrir in-tranquilidad y discinesia ex-trapiramidal, especialmente en niños. Estos efectos secundarios pueden tratarse con buen éxito valiéndose de atropina o mesilato de benatropina.

Benzodiacepinas= Combinación con escopolamina y diazepam de 5 Mgs. a 10 Mgs. es activo por Via bucal.

Morfina= Antes de operar de 8 mgs. a 10 Mgs.-Via; I.M.

OPIOIDES

Meperidina= Via; I.M. de 50 Mgs. a 100 Mgs.

Fentanil= Acción de dos horas. Dosis= 0.05 a 0.10 Mgs. I.M.

Enotiacina= Disminuye las náuseas y vomitos posanestésicos, pero muchos clínicos prefieren tratar los vómitos y las náuseas activamente en caso de ser necesario después de la operación.

ANTIEMETICOS.

Droperidol e Hidroxicina= a veces se emplean por su acción anti-tiemética.

ANTIEMETRICOS

Benzoquinamida= Es tranquilizante, también -
 es algo de estimulante respi-
 ratorio, y vasopresora en -
 consecuencia no comparte al-
 guna de las desventajas de -
 otros antieméticos. En la ac-
 tualidad se está estudiando-
 en dosis de 25 mg. a 50 mg.-
 en cuanto a su eficacia para
 los vómitos provocados por -
 anestesia.

Otros medicamentos que se ha
 comprobado producen efecto -
 antiemético después de la ad-
 ministración intramuscular -
 incluyen éstos.

Escopolamina= Dosis: 0.4 mg. a 0.6 mg.

Ciclina= Dosis: 50 Mg.

Trimetobenzamida= 200 Mg. es conveniente men-
 cionar que ninguno goza de
 amplia aceptación.

Atropina= I.M de la dosis estandar de 0.4 Mg.
 a 0.6 Mg.

FARMACOS

Escopolamina= I.M. 0.4 a 0.6 Mg.

ANTICOLINER
GICOS

(antisialogogo)

Nota: En pacientes tratados con barbitúricos en dosis hipnóticas deben estar en ayunas 4 horas antes de la cita y no pueden volver solos a su domicilio.

En individuos sensibles, la administración de barbitúricos antes de la anestesia produce en ocasiones síntomas de excitación.

"ANESTESICOS"

La extracción de Terceros Molares Impactados se puede realizar bajo anestesia local (troncular) o anestesia general, esto lo decidirá el Cirujano Dentista después de considerar la Historia Clínica, exámenes radiográficos y los análisis de laboratorio.

--ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS--

NOMBRE		
OFICIAL	COMERCIAL	DURACION DE ACCION
Procaína	Novocaína	Corta (de media a una hora. c/1:50 000 Epi. Corta
Butetamina	Monocaína	(de media a una Hora. C/1:50 000 Epinefrina.
Tetracaína	Pantocaína	
Propoxicaína	Ravocaína	
Benzocaína		
Metabutetamina	Unacaína	Intermedia (de una a dos dos horas)
Metabutoxicaina	Primaína	Intermedia (de una a dos horas)
Meprilcaína	Oracaína	Corta (de media a una hora) C/1:50 000 Epi.
Isobucaína	Kincaína	Larga (más de dos horas- C/1;66 000 de Epinefrina
Lidocaína	Xilocaína	Larga (más de dos horas).
Mepivocaína	Carvocaína	Al 3% S/vaso constrictor de una a dos horas

Pirrocaína	Dinaciana	Con 1.50 000 de Epinefri na.
Prilocaina	Citanest	al 4% S/Vaso constrictor de una a dos horas.

Para una anestesia general, ésta deberá realizarse - en un hospital y con un médico anestesista para mayor control del paciente y de la intervención, así como de una adecuada recuperación; Es recomendable sobre todo en pacientes con parálisis cerebral, retraso mental etc. y no indicada en pacientes embarazadas, principalmente en los tres primeros y tres últimos meses, pues puede producirse un aborto o parto prematuro consecuentemente.

"CONTRAINDICACIONES"

Las contraindicaciones para la extracción de los terceros molares están dadas por:

1.- Afecciones que dependen del estado del tercer molar retenido o en franca erupción.

2.- Afecciones en dependencia con el estado general del paciente incontroladas.

Como por ejemplo:

- a) Pacientes Diabéticos
- b) Pacientes que sufran hipertiroidismo
- c) Pacientes con insuficiencia suprarrenal

- d) Pacientes con angina de pecho
- e) Pacientes con trombosis coronaria
- f) Pacientes hemofílicos
- g) Pacientes cardiopatas

En estos casos se debe remitir al paciente con su médico familiar, quién lo tratará y controlará su padecimiento. Una vez controlado el paciente nos lo enviará con su - autorización por escrito e indicará las órdenes a seguir para efectuar la extracción.

CAPITULO VI. " LA OPERACION "

Instrumental quirúrgico

Campo operatorio

Tiempos quirúrgicos

" INSTRUMENTAL QUIRURGICO "

Es indispensable mencionar que es de gran importancia la ayuda que se puede prestar durante la operación al contar oportunamente con el instrumental necesario para obtener los siguientes beneficios:

1o. El realizar más fácilmente nuestros movimientos sin pérdida de tiempo.

2o. Menor probabilidad de accidentes causados por el uso de instrumental inadecuado y en malas condiciones.

3.- Reducción de traumatismos que ejerce sobre los tejidos parodontales.

4.- Menos molestias post-operatorias para el paciente.

Es importante vigilar personalmente los siguientes pasos.

a) Selección de instrumental quirúrgico apropiado para la extracción de la pieza que estamos tratando.

b) Revisar su mantenimiento periódicamente

c) Perfecta esterilización del instrumental

d) Adiestramiento de la asistente dental para disponer el instrumental sobre el Braket, con un orden práctico y seguro.

ENUMERACION DEL INSTRUMENTAL

1.- Jeringa tipo Carpule para anestesia

- 2.- Espejo bucal
- 3.- Bisturí (hoja intercambiable No. 12 o 15)
- 4.- Tijeras rectas o curvas
- 5.- Eyector quirúrgico
- 6.- Periostótomo o legra
- 7.- Separadores
- 8.- Escoplos
- 9.- Fresas quirúrgicas: (redonda del no. 15 para ostiotomía, de fisura No. 5 o 6 para odontosección)
- 10.- Pinzas gubias (alveolotómo)
- 11.- Elevadores o botadores ya sean rectos o de bandera
- 12.- Forceps No. 222, y se elegirá otro según el caso clínico.
- 13.- Limas para hueso (escofinas)
- 14.- Cucharillas para hueso
- 15.- Elementos de sutura
 - a) Pinzas portaagujas (o de mosquito)
 - b) Aguja e hilo (existen presentaciones comerciales prácticas y económicas en las cuales ya vienen con aguja enhebrado y esterilizado, el calibre es de No. 000 o 0000 y para este tipo de sutura se utiliza la seda dental) Catgut- para mucosa que es material-resorbible

"CAMPO OPERATORIO"

Uno de los factores más importantes es mencionar la seguridad que debe mostrar o reflejar el C. Dentista como la Asistente Dental para que el paciente no sienta temor.

Para este tipo de cirugía es conveniente usar la ropa adecuada y estéril, así como todos y cada uno de los instrumentos quirúrgicos que se van a utilizar.

Ropa quirúrgica:

Gorro, cubrebocas, bata, guantes, y -
botas.

El campo operatorio es la región quirúrgica en sí, - la cual es necesario aislar después de la asepsia, (con solución de benzal o cualquier solución antiséptica). Esto - se hará con campos o compresas estériles (fijados con pin--zas de campo) en la cual solo se dejará un orificio perteneciente a la boca y a las narinas.

Es conveniente evitar hasta donde sea posible que el paciente vea el instrumento quirúrgico que vamos a utilizar debido a puede impresionarse innecesariamente.

" TIEMPOS QUIRURGICOS "

Sin apartarse de los postulados de la cirugía gene--ral la cirugía bucal por la índole en que actúa determina - otros tiempos.

- 1o. Incisión
- 2o. Preparación de colgajo
- 3o. Osteotomía u ostectomía
- 4o. Operación propiamente dicha
- 5o. Tratamiento de la cavidad ósea
- 6o. Sutura
- 7o. Tratamiento post-operatorio

INCISION

Consiste en abrir tejidos blandos para llegar a planos más profundos donde debe realizarse el objetivo de la - intervención.

Requisitos de la Incisión:

- a) Debe iniciarse en el punto más distal sobre la cara oclusal del tercer molar superior e inferior retenido.
- b) Tiene que ser de un solo intento.
- c) Nos debe proporcionar un acceso amplio al lugar de la - operación en sí, para que el colgajo obtenido nos permita ver correctamente y no se oponga e interfiera a las - maniobras posteriores.

PREPARACION DEL COLGAJO

El colgajo consiste en una masa de tejidos separados incompletamente del cuerpo especialmente con fines quirúrgicos.

Indicaciones para realizar un Colgajo:

- a) Se practicará colgajo cuando con ello se consiga mejorar la visualización del campo operatorio.
- b) El colgajo debe practicarse cuando esté indicado la eliminación de hueso (en este caso sería la extracción en sí de los terceros molares sup. e inf.)
- c) Se hará colgajo para evitar que los tejidos blandos sean dañados con la instrumentación sobre dientes o hueso.

Requisitos para un Colgajo correcto:

- 1.- Deberá ser el colgajo lo suficientemente grande para permitir una perfecta visualización y un buen acceso a todas las porciones del hueso que se va a eliminar.
- 2.- La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un buen aporte sanguíneo a los tejidos reflejados.
- 3.- Los márgenes del colgajo deberán ser lo suficientemente redondeados, debido a que pueden producirse escaras en ángulos pronunciados y que pueden quedar mal cicatrizados posteriormente.

- 4.- El colgajo debe incluir todo el mucoperiostio, para que se forme nuevo hueso.
- 5.- La incisión vertical se llevará a cabo en el área interproximal para evitar la tensión y contracción en tejidos blandos delgados y provocar el desgarramiento y traumatismo de ellos.
- 6.- El cogajo se efectuará de tal forma que cuando se vuelva a su posición original los márgenes o bordes descansen sobre hueso sano.

OSTEOTOMIA U OSTECTOMIA

Término aplicado a la eliminación del hueso que cubre, protege o aloja el tercer molar sup. e inf. retenidos.

Durker sostiene: "Es preferible extraer más hueso que el necesario, eliminando de este modo la resistencia, que eliminar demasiado poco empleando como compensación la fuerza traumática para eliminar el molar"

La osteotomía es una maniobra importante; es menor en todos los tipos de terceros molares superiores ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

La osteotomía se puede realizar con:

- 1.- Escoplo o cinceles

- 2.- Escoplo automático (ya muy poco usado en la actualidad).
- 3.- Fresas quirúrgicas.
- 4.- Pinza Gubia o alveolotomo.

En la osteotomía el grado y cantidad de hueso que de be eliminarse está dada por:

- a) El tipo de retención (posición de esta pieza)
- b) Cantidad y altura del hueso
- c) Forma y disposición radicular.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

En este tiempo realizamos en sí el objetivo principal de nuestra intervención, es decir eliminadas las estructuras óseas (resistencia) procedemos a la extracción del tercer molar retenido accionando una fuerza ejercida (potencia) sobre el mando del elevador (palanca) y recargado firme y apropiadamente (punto de apoyo) en hueso, e introduciéndose en la cara mesial del molar retenido.

Esta es la mecánica de la extracción, pero no siempre es la aplicable en forma absoluta, por razones obvias en relación tanto a la clase de retención y colocación del molar, como a la forma y disposición de sus raíces.

Es conveniente mencionar la Odontosección como una técnica o un método para la cirugía de terceros molares.

Ventajas de la Odontosección:

- a) Se disminuye el tamaño del campo operatorio traduciéndose en menor edema post-operatorio.
- b) Reduce la cantidad de hueso a eliminarse
- c) Acorta el tiempo operatorio
- d) Suprime casi por completo el trismus post-operatorio
- e) Evita: lesión sobre dientes vecinos
- f) Es mínima la lesión sobre el hueso vecino.

La odontosección puede realizarse de distintas formas.

- 1.- Con escoplo o cinceles
- 2.- Con escoplo automático
- 3.- Con fresas quirúrgicas (es el más usual en la actualidad)

Nota: En pacientes de edad avanzada, con hueso hipercalcificado o esclerótico, deben complementarse dos técnicas, la odontosección precedida de la osteotomía.

Al realizar la odontosección con fresas quirúrgicas existen dos contingencias en su manejo.

10. Sección insuficiente de la corona debido a que la fresa no logra seccionar todo el tejido dentario, sigue unida a sus raíces por medio de un istmo de esmalte-dentina en cantidad variable y en este caso nos ayudamos de instrumental llamado disyuntor.

20. La fresa puede rebasar los límites de la corona y lesionar las porciones óseas que la rodean y ambas partes blandas bucales o linguales, o también lesionar conducto dentario inferior con la súbita hemorragia y parestesia post-operatoria del labio. A este respecto es indispensable tener magnífica iluminación y hemostasia en el acto operatorio.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD

Realizada la extracción del molar retenido, el tratamiento sobre la cavidad ósea es la siguiente:

- 1.- Eliminación quirúrgica del saco pericoronario (fuente de hemorragias, alveolitis, osteitis, y eventualmente neoplasias)
- 2.- Raspaje y limado de bordes cortantes con limas para hueso.
- 3.- Corte de tejido granulomatoso, restos epiteliales (si hubo infección aguda, lavado de la cavidad con suero fisiológico tibio).
- 4.- En caso de terceros molares con pericoronitis se obtu-

Para la cavidad alveolar a base de agentes bactericidas o bacteriostáticos, también los antibióticos son muy eficaces; los cuales tienen como objetivo:

- a) Combatir la infección (conos de penicilina)
- b) Actúan mecánicamente llenando el alveólo (gelfoan)
- c) Y se utiliza como agente hemostático.

SUTURA

En términos generales se hace de la forma siguiente;

- 1o.- Se adapta cuidadosamente el perióstio y se vuelve el colgajo a su sitio original.
- 2o.- Se toma la pinza porta-agujas con la aguja enhebrada y se procede a atravesar primero el colgajo del distal al proximal, una vez retirada la aguja se practica el nudo quirúrgico y se corta el hilo sobrante.
- 3o.- Dependiendo el caso, se colocarán los puntos que sean necesarios.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez terminada la sutura se revisa cuidadosamente la herida, esto es con el fin de dejar la misma en buen estado, (vasos sangrantes y puntos de sutura bien colocados).

Se lava la cavidad bucal con un atomizador que con--

tenga una solución séptica y aromatizante con el fin de eliminar sangre o cualquier residuo alojado en algún sitio dentro de ésta para evitar que los coágulos entren en putre-facción.

Inmediatamente después es conveniente colocar gasas-húmedas con el propósito de evitar la acumulación de sangre bajo el colgajo mientras se efectúa el proceso de coagula-ción. En el caso de que el paciente pase al servicio de recuperación (hospitalizado) se darán indicaciones a la enfermera del cambio frecuente de gasa durante los primeros treinta minutos. Pero si el paciente fuera externo a él se le dará la indicación.

CAPITULO VII. "TECNICAS QUIRURGICAS EN CASOS CLINICOS -
MAS FRECUENTES".

Tercer molar superior

a) Casos clínicos

Tercer molar inferior

a) Casos clínicos

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO

Para la extacción del tercer molar superior es menes ter practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido dentro del hueso que lo aprisiona.

Posición Vertical

Incisión.- Puede usarse la incisión de dos ramas:

- 1.- Anteroposterior
- 2.- Bucal

- La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en una longitud de un centímetro.
- La inclinación bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en -- profundidad hasta el hueso o corona del molar y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar.
- El colgajo se desprende según se ha señalado, con un periostótomo y se sostiene con un separador.

- Osteotomía= El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos o a fresa; En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con el mismo elevador. Es menester en todos los tipos de terceros molares superiores ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido.

- Vía de acceso a la cara mesial= La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa. Si no lo es, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial, que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel se realiza con un escoplo recto, o con una fresa redonda.

- Extracción propiamente dicha= Empleo de elevadores. Cualquier elevador recto puede ser usado, muchos cirujanos recomiendan usar 1, 2 o 14 (R o L) de Winter, elevadores rectos o elevadores de Clev-dent.

- Técnica de empleo de los elevadores= Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar. La introducción del instrumento se realiza a merced de un débil movimiento rotatorio que se imprime al elevador. Actúa en su primer tiempo como cuña. En esta primera parte de su movimiento para llegar a su punto de aplicación, el elevador consigue luxar el tercer molar.

- Punto de apoyo= En general, el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir este último.
- Movimiento del elevador= Aplicado el elevador separado el labio y el carrillo con un espejo se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido (recordar el movimiento que hay que imprimir al maxilar inferior, para alejar la apófisis coronoides del sitio de la extracción.
- Sutura= Extraído el molar, revisado los bordes óseos: en especial el tabique externo y posterior, retirado el saco pericoronario con una pinza gubia, se aplica el colgajo en su sitio y se practican uno o dos puntos de sutura.

Posición Meioangular

La extracción del tercer molar en posición mesioangular debe estar condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal. La cantidad del hueso distal y el contacto con el segundo es uno de los problemas que se pueden encontrar. A nivel del maxilar superior la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía, distal y triturante en la preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso necesita una osteotomía en el lado mesial que en la retención vertical porque el punto de aplicación del elevador ha de ser

más alto. Para lograr este fin es menester también eliminar también parte de la tabla ósea vestibular, que cubre la cara bucal del tercer molar retenido.

- Osteotomía= Se realiza con los mismos procedimientos ya -- señalados para los otros tipos de retenciones (escoplos o fresa) requiriendo solo una mayor incisión de hueso en -- distal para descubrir al diente hasta el nivel de su cue-- llo.
- Empleo de los Elevadores= Se introduce profundamente el -- elevador, hasta llegar a aplicarlo sobre la cara mesial -- del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción-- de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal, -- para vencer el contacto mesial, y luego los movimientos -- del elevador dirigen el diente hacia abajo y abuera. En -- molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y sin esfuer-- zos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

Posición Distoangular

- La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más distalmente que en los casos anteriores para evitar desgarrros de la encía, en el desprendimiento del colgajo.
- Osteotomía= Generalmente no hay hueso sobre la cara tritu-- rante, ni hacia distal. Solo es menester preparar la vía de acceso en el lado mesial.

- Empleo de Elevadores: Se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Hay que tener cuidado con este tipo de retención, con la tuberculosis y la apófisis pterigoides con movimientos bruscos pueden fracturarlos. Estos instrumentos, que actuarán en su función de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácialmente entre la cara distal del segundo molar y la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero.

Posición Paranormal

- Las distintas y variadas posiciones que puede ocupar el tercer molar en relación paranormal, no permiten fijar una regla para su extracción. Como maniobra previa será necesario realizar radiografías intraorales y una extra oral de perfil. La técnica estará dada por la disposición que presenta el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos. Algunos casos, son los menos, indican la extracción del segundo molar y aún del primero.
- Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de la Caldwell Luc, como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.

EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER
MOLAR . INFERIOR RETENIDO

Posición Vertical- Desviación Bucal- Cara Mesial Inaccesible.

Clinicamente

- Presenta sólo su cúspide mesiolingual erupcionada (o todo el molar está cubierta por mucosa).
- El hueso mesial cubre la cara mesial de la corona del ter
cero, así como el hueso bucal que cubre la cara bucal \neq
(por la desviación)
- Y presenta las distintas regiones óseas vecinas que cu- -
bren parte o totalmente el molar retenido.
- La cámara pulpar conserva nítidamente su imagen.

Interpretación Radiográfica

- Superposición de la corona del tercer sobre el segundo mo
lar.
- La cara oclusal es muy poco o nada visible y está por lo-
general por debajo de la línea oclusal.
- No existe espacio interdentario porque el molar cubre o -
lo ocupa el hueso mesial.

Técnica Quirúrgica

- 1.- Se hace la incisión de Magnus, y el desprendimiento del colgajo.
- 2.- Se efectúa la osteotomía primero de la cara mesial que es importante, su acceso, después de la cara oclusal - (según lo que cubre ésta), y de la cara bucal (lo necesario dejando al descubierto el mayor diametro del molar), y la cara distal con fresa No. 8 en especial en - ángulo distal-ocluso bucal.

Si fuese necesario se efectúa la odonto sección de - la cúspide buco distal.

- 3.- Extracción del molar retenido.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.
- 6.- Tratamiento post-operatorio inmediato.
- 7.- Tratamiento post-operatorio mediato.

Posición Distoangular- Desviación Bucal, Cara Mesial Accesible.

Clinicamente

- Todo el molar está cubierto por mucosa o es visible una - parte de la cara mesial y el ángulo mesio oclusal.

Interpretación Radiográfica:

- La imagen de las raíces y la cámara pulpar es normal y el espacio interradicular está bien definido.

Técnica Quirúrgica

- Son desfavorables para la exodoncia debido a que el molar, por acción de fuerza mesial se desplaza hacia el lado distal siendo el hueso distal la sólida muralla que detiene el movimiento.

- 1.- Incisión y desprendimiento del colgajo.
- 2.- Osteotomía en hueso distal, bucal y oclusal; y odontosección necesaria.
- 3.- Extracción del molar retenido.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.
- 6.- Tratamiento Post-operatorio inmediato.
- 7.- Tratamiento Post-operatorio.

Posición Horizontal, Sin Desviación, Cara Mesial Accesible.

- Presenta al descubierto gran parte de su corona, su cara-oclusal, gran parte de la distal y una de la bucal. El ángulo mesio oclusal puede estar por encima del cuello del segundo molar o por debajo dando este detalle un sólido anclaje al tercer molar.

Interpretación Radiográfica.

- El tercio de la mitad mesial de la cara oclusal del tercero está en contacto con la cara distal del segundo molar.

- La cara oclusal no es visible por superponerse las cúspides bucales o linguales, ni es visible la cara oclusal del segundo molar.

- La longitud mesio distal de la corona del tercero es mayor que la altura de la corona del segundo, y por esto se explica por encima del plano oclusal.

Técnica Quirúrgica.

- 1.- Incisión de Magnus y desprendimiento del colgajo.
- 2.- Osteotomía distal y escasa por bucal y odontosección indicada cuando el ángulo mesio-oclusal de la corona del tercero, este en la concavidad cervical del segundo, será más útil y efectivo el método de la desviación del molar según eje menor, para no arriesgarse a traumatizar, pudiendo luxar el segundo cuando no la propia imposibilidad de extracción del tercer molar.
- 3.- Extracción de la pieza dentaria retenida.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.
- 6.- Tratamiento post-operatorio inmediato.
- 7.- Tratamiento post-operatorio mediato.

Posición Paronormal (invertida, Ectópica, Heterotópica).

Clinicamente

- Puede hallarse ubicadas por detrás del segundo molar en posición invertida, es decir, su cara oclusal dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo, guardando alguna relación con los planos bucal y lingual estudiados por otro tipo de retenciones, o apartándose caprichosamente de estos planos o se ubican en cualquier lugar o sitio de la rama ascendente ángulo, apófisis coronoides o inclusive en cóndilo (casos muy poco frecuentes). Por lo general se acompañan de procesos patológicos (quistes dentígenos)

Interpretación Radiográfica

- Será necesario tomar varias radiografías (intraoral, extraoral, Oclusal), para ubicar su posición y dirección de sus raíces correctamente.

Técnica Quirúrgica.

- 1.- Incisión, será trazada de acuerdo a la posición del molar, así como el colgajo deberá ser amplio.
- 2.- Osteotomía, también está sujeta a la posición del molar paronormal, y casi siempre es indispensable.

CAPITULO VIII. "TRATAMIENTO POSTOPERATORIO"

Instrucciones al paciente

M e d i c a c i ó n

Revisión Periódica.

" INSTRUCCIONES AL PACIENTE "

Es de buen profesionista darle al paciente ciertas - instrucciones por escrito, ya que en la mayoría de los ca-- sos las personas lo que más desean es descansar y llegar lo más pronto posible a su domicilio. Pero si el paciente va-- acompañado de algún familiar puede repetírsele en forma verbal las siguientes indicaciones.

- 1.- Cuando llegue a su domicilio después de la operación, - conviene guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto.
- 2.- Colocarse una bolsa con hielo en la cara, sobre la re-- gión operada, ya que el frío reduce la congestión, el - edema de los hematomas y el dolor post-operatooperato-- rio.
- 3.- No realizar ninguna clase de enjuagatorios.
- 4.- Después de tres horas puede realizar enjuagatorios con-- soluciones salinas tibias (repetiéndose cada dos horas).
- 5.- Si presentara hemorragia mayor que la normal, el paciente puede utilizar un taponamiento de urgencia colocada-- sobre la herida un trozo de gasa esterilizada, sobre la cual morderá más o menos 30 minutos.
- 6.- La alimentación durante las primeras seis horas será líquida, e indicarle además que no debe tomar bebidas al-- cohólicas ni comidas irritantes.

" MEDICACION "

- 1.- Se le receta al paciente analgésicos para combatir el dolor post-operatorio (sólo en caso de presentarse).
- 2.- La ingestión de vitamina B y B12, colaboran para la restitución de tejidos en el proceso de cicatrización.
- 3.- Si hubo proceso infecciosos severos, se le receta al paciente antibióticos con el fin de prevenir complicaciones y eliminar totalmente dichos procesos.
- 4.- Dependiendo del traumatismo ocasionado por la intervención quirúrgica sobre tejidos parodontales (duros y blandos), se le recetará antiinflamatorios.

" REVISION PERIODICA "

- 1.- Se le cita al paciente a las 48 hrs. después de la in-tervención para ver si no hubo complicaciones, se le practica un lavado sobre el sitio operado y sus vecindades, eliminado así el mal gusto y el mal aliento.
- 2.- Se cita a los cinco días para retirarle los puntos de sutura.
- 3.- Por último, se cita a los tres días después para obser-var y asegurar el éxito de la intervención.

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

La finalidad de todos y cada uno de estos temas fueron encaminados para conocer la importancia que implica la extracción quirúrgica de los Terceros Molares Retenidos.

Es conveniente mencionar además que se deben tomar - medidas preventivas, es decir, que al efectuar tanto la inspección clínica como el exámen radiográfico y si en estas - se detecta un tercer molar retenido hacerle ver a nuestro - paciente la importancia que tiene esta pieza, y los trastor nos que puede ocasionarle si no se hace a tiempo la extrac- ción ya que la mayoría ignóra este aspecto.

A la conclusión que he llegado es la responsabilidad de esta extracción en el aspecto de conocimientos teóricos- y prácticos para así llegar al éxito, pero si se careciese de uno de estos dos puntos es preferible darle una nueva ci ta hasta estar conciente de ambas cosas ya que está de por- medio nuestra integridad y ética profesional como Cirujano- Dentista.

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

L. TESTUT - O. JACOB

ANATOMIA TOPOGRAFICA

OCTAVA EDICION - TOMO PRIMERO

SALVAT EDITORES, S.A. - 1977

H. VOSS, R. HERLINGER

ANATOMIA HUMANA

EDITORIAL EL ATENEO - 1974

KRAUS - JORDAN - ABRAMS

ANATOMIA DENTAL Y OCLUSION

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V. 1972

GUILLELMO A. RIES CENTENO

CIRUGIA BUCAL

EDITORIAL EL ATENEO - 1975

GUILLELMO A. RIES CENTENO

EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

EDITORIAL EL ATENEO - 1968

GUSTAVO O. KRUGER

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V. 1978

TESIS -- LOS RAYOS X EN ODONTOLOGIA

MANUEL GRANADOS PEREZ DR.

ENEP -- ZARAGOZA

APUNTES DE CIRUGIA MAXILO FACIAL

IMPARTIDOS EN LA FAC. DE ODONTOLOGIA

(CLINICA PERIFERICA BENITO JUAREZ) UNAM. 1977

FLORENTINO HERNANDEZ DR.

ZEGARELLI, EDUAR V., D.D.S., M.S.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

SALVAR EDITORES, S.A. 1972

LOUIS D. GOODMAN -- ALFRED GILMAN

BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA

QUINTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

NIELS JORN. JORGENSEN

JESS HAYSEN JR.

ANESTESIA ODONTOLOGICA

LUIS MARTINEZ CERVANTES

CLINICA

PROPEDEUTICA MEDICA.