

24. 434

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TECNICAS QUIRURGICAS PARA
LA EXTRACCION DEL TERCER
MOLAR INFERIOR RETENIDO**

T E S I S

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

P R E S E N T A N

MARTHA PATRICIA HERRERA OUTIERREZ

Y

JUAN ALFREDO SANCHEZ VILLICANA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I. ANATOMIA

- 1.- Maxilar inferior
- 2.- Anatomia Dental del tercer molar inferior
 - a) Corona
 - b) Camara Pulpar
 - c) Cuello
 - d) Raices

CAPITULO II. GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS

- 1.- Definición
- 2.- Etiología
- 3.- Complicaciones Derivadas de los Dientes Retenidos

CAPITULO III. ACCIDENTES PROVOCADOS POR LA RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

- 1.- Generalidades
- 2.- Etiología
- 3.- Clasificación

CAPITULO IV. TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

- 1.- Generalidades
- 2.- Clasificación
- 3.- Indicaciones y Contraindicaciones

CAPITULO V. EXAMENES CLINICOS

- 1.- Historia Clínica
- 2.- Estudio Radiográfico
- 3.- Pruebas de laboratorio
- 4.- Diagnóstico

CAPITULO VI. PREOPERATORIO

- 1.- Premedicación
- 2.- Asepsia y Antisepsia
- 3.- Colocación de Campos
- 4.- Anestesia

CAPITULO VII. TRANSOPERATORIO

- 1.- Instrumental
- 2.- Tiempos Quirúrgicos
- 3.- Técnicas Quirúrgicas

CAPITULO VIII. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

- 1.- Tratamiento Inmediato
- 2.- Tratamiento Mediato
 - a) Instrucciones al Paciente
 - b) Medicación
 - c) Revisión Periódica

CAPITULO IX. COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR DESPUES DE LA EXTRACCION

- 1.- Edema
- 2.- Abscesos
- 3.- Hemorragia
- 4.- Alveolitis
- 5.- Periostitis
- 6.- Osteomielitis

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Este tema Técnicas Quirúrgicas para la extracción del tercer molar inferior retenido, ha despertado en nosotros un gran interés, ya que con frecuencia se presentan en el consultorio este tipo de problemas, por lo tanto es indispensable que el Odontólogo tenga los conocimientos básicos, para así poder solventar este tipo de padecimientos en un momento dado.

La extracción de terceros molares retenidos, es un tema importante para la Cirugía Bucal, ya que tiene como meta eliminar las molestias en el paciente, con el menor traumatismo posible, aplicando los principios básicos de la extracción y manteniendo un margen de seguridad en cada una de las intervenciones.

Sintetizando diremos que en la extracción del tercer molar inferior retenido, requiere de toda una técnica y la aplicación de métodos que nos lleven a la realización de un tratamiento satisfactorio, y así tratar de lograr un avance y perfección de nuestro campo y eliminar totalmente cualquier malestar que éstos provoquen.

CAPITULO I.

ANATOMIA :

Una de las bases más importantes, para la obtención de mayores beneficios, y la realización de óptimos resultados en la extracción de dientes retenidos, en este caso tercer molar inferior, es el poseer la mayor destreza, y conocimientos básicos, como en el caso de la Anatomía.

Para lo cual referimos los siguientes puntos.

1.- MAXILAR INFERIOR:

Es un hueso impar, medio, que está situado en la región anterior e inferior de la cara, formando su borde inferior, el límite entre cara y cuello.

Se encuentra en contacto, no articulado, con el maxilar superior. Y se articula con la cavidad glenoides que se encuentra en la cara pósterior inferior del peñasco. Para su estudio lo dividiremos en tres partes, un cuerpo y dos ramas laterales.

El cuerpo.- De forma de herradura, o de media pulsera, presenta dos bordes; Borde superior: En él cual se insertan, ó implantan los dientes, premolares y molares inferiores. Borde inferior: Subcutáneo y palpable en toda su extensión. Presenta dos caras; Cara Anterior.- Convexa en sentido transversal y plana en sentido vertical, está en relación con la piel y se insertan en ella algunos músculos cutáneos. A los lados de la línea media hay dos orificios, por donde salen del maxilar los nervios dentarios inferiores, para distribuirse en las partes vecinas.

Cara Posterior.- Está cubierta por mucosa de la cavidad oral y forma el límite anterior de la misma. En la parte media hay cuatro pequeñas apofisis espinosas, Dos superiores y dos inferiores, llamadas apofisis Geni, en la que se insertan los músculos Genioglosos.

Las ramas laterales son cuadrilongas, con los lados mayores verticales.

b) CAMARA PULPAR: Es de suma importancia el estudio de ésta, en lo que se refiere al exámen radiográfico, desde el punto de vista quirúrgico, ya que la imagen de la cámara pulpar y de los conductos intactos o distorsionados, serán un detalle más para la correcta interpretación y diagnóstico de la posición del tercer molar.

c) CUELLO: Es el límite anatómico entre corona y raíz siendo de la porción más angosta de esta conjunción. Papel muy importante desde el punto de vista quirúrgico.

d) RAICES: Resulta sumamente difícil esquematizar la disposición tan variada de las raíces de los terceros molares. Por lo cual se ha hecho la siguiente clasificación, la cual podríamos afirmar es una de las más completas.

Clasificación:

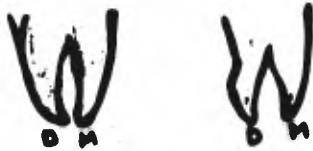
1.- Raíces Rectas: Su disposición recta puede ser total, (forma muy frecuente), siendo posible encontrarlas rectas pero también divergentes en dimensiones cortas o largas.



2.- Raíz Mesial recta y Raíz Distal dirigida hacia el lado distal: La disposición depende del grado de inclinación distal dando un anclaje particular al tercer molar. El punto de menor resistencia es a nivel de la angulación distal. Por lo cual debemos dirigir correctamente los movimientos quirúrgicos, ya que de lo contrario nuestra raíz distal podría fracturarse.



- 3.- Raíz Mesial recta y Raíz Distal dirigida hacia el lado mesial:
 Se ha observado además de esta desviación o dilaceración mesial, un grado variable de cementosis.
 Encontrando en el ángulo radicular, la línea de menor resistencia. El incurvamiento de la raíz será en grado variable.



- 4.- Raíz Mesial dirigida hacia el lado mesial y Raíz Distal recta:
 Es poco frecuente la presentación de esta disposición radicular. La cual nos da como resultado un sólido anclaje al molar.



- 5.- Raíz Mesial dirigida hacia el lado distal y Raíz Distal recta:
 Debido a esta inclinación de la raíz mesial, puede haber contacto o fusión del apice mesial, con la raíz distal recta. Encerrando así un trozo considerable de hueso entre ellas.



- 6.- Ambas raíces dirigidas hacia el lado Distal: Esta presentación la encontramos con mucha frecuencia sobre todo en posiciones tales como vertical y mesio angular. Siendo lo mismo muy favorable a la extracción quirúrgica.



- 7.- Ambas Raíces inclinadas mesialmente: Las retenciones en este tipo de disposición, constituyen un sólido anclaje del molar en hueso.



8.- Raíz Mesial dirigida hacia el lado mesial y Raíz Distal dirigida hacia el lado distal; Raíces divergentes en los cuales se ha encontrado anomalías apicales, dilaceraciones o cementosis. Esta desviación puede ser en menor o mayor grado.



9.- Raíz Mesial dirigida distalmente y Raíz distal dirigida mesialmente; En este caso las hemos encontrado por lo común con cementosis, por lo que inclusive llegan a fusionarse a nivel de sus ápices, entre los que encierran un sólido bloque óseo (SEPTUM).



10.-Ambas Raíces Fusionadas: Estas forman una sola masa cónica la cual puede ir acompañada en ocasiones de dilaceración o cementosis.



11.-Desviación bucal o lingual de ambas raíces; Esta disposición origina un sólido anclaje del molar en hueso.



12.-Raíces Supernumerarias: Pueden presentarse la bifidez de la mesial o la distal, o la de ambas a la vez, y pueden dirigirse estas raíces supernumerarias en distintos sentidos.



13.-Raíces incompletamente calcificadas: Este tipo de raíces lo presentan los niños y jóvenes, a los cuales se les practica la extracción del tercer molar, con fines ortodóncicos.



14.-Anomalías Radiculares: a) Gran cementosis y dilaceración hacia distal del ápice radicular, (Osteotomía distal, encuadrilado,). El elevador se aplicará en la cara mesial dirigiendo el molar hacia el lado distal.
b) Reabsorciones radiculares o Risólisis.
c) El tamaño de la raíz variara notablemente (cortas o prolongadas).



CAPITULO II.

GENERALIDADES DE LOS DIENTES RETENIDOS:

Definición: Dientes Retenidos (Dientes incluidos, impactados) Son todas aquellas piezas dentarias que al llegar la época normal de su erupción permanecen en el interior de los maxilares conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico. Siendo estas piezas ya sea de primera o segunda dentición, o dientes supernumerarios.

Esta retención puede presentarse de dos maneras:

Retención Intraósea.- El diente está completamente rodeado, por tejido óseo.

Retención Subgingival.- El diente está cubierto por la mucosa gingival.

Generalmente hay un conjunto de dientes que tienen una mayor predisposición a esta patología de dientes retenidos, entre ellos encontramos el tercer molar.

Blum. (1923) lo clasifica de la siguiente forma:

<u>Maxilar</u>		<u>Mandibular</u>	
Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
62	33	231	36

Según estadísticas de Berten - Ciessynski.

Tercer molar inferior .- 35%

Tercer molar superior .- 9%

Debido a esta gran diferencia en el porcentaje de retención de estas piezas dentarias ha sido la causa por lo cual nos ha atraído éste tema para la elaboración de nuestra Tesis.

Siendo uno de los casos que con más frecuencia afronta el Cirujano Dentista en el consultorio.

El número de dientes retenidos es numéricamente variable aún en el caso de un mismo paciente.

LUNDA (1937), menciona el caso de un joven de 16 años, con

25 dientes retenidos; 18 en maxilar superior y 7 en mandíbula. Considerando esta anomalía como hereditaria, ya que la madre del paciente presentaba la misma anomalía.

2.- Etiología: La causa principal de la retención dentaria es el proceso mecánico, ya que el diente al llegar su época normal de erupción, y tratar de aparecer en la arcada dentaria encuentra un obstáculo, impidiendo así la realización de su trabajo de erupción.

Para lo cual podemos dividirla en :

Causas Locales.- 1.- Causas Embriológicas...-La ubicación del germen dentario en un sitio alejado del normal a su erupción. Por lo tanto el germen se encuentra imposibilitado para llegar al borde alveolar.

También podemos encontrar al germen dentario en su sitio; pero en una angulación tal, que al calcificarse, y empezar el trabajo de erupción, la corona tome contacto con un diente vecino, ya sea retenido o erupcionando. Constituyendo este contacto una verdadera fijación del diente. Lo cual no permite al mismo colocarse en un eje que le permite erupcionar normalmente.

2.- Causas Mecánicas.- Son los obstáculos que se interponen en el camino a seguir de estas piezas dentarias, impidiendo así un correcto y eficaz trabajo de erupción.

a) Falta de Espacio.- Con frecuencia se produce, debido a la extracción prematura de dientes temporales; los dientes vecinos han acercado sus coronas constituyendo así un obstáculo mecánico a la erupción del diente permanente.

También podemos considerar la posición del germen del tercer molar inferior retenido, el cual debe desarrollarse entre la cara distal del 2o. molar (pared inextensible), y la rama montante del maxilar.

- b) Falta de Desarrollo de los Maxilares.
- c) Condensación del tejido óseo de la región.- Cuando existe una mayor calcificación, los procesos de erupción no poseen la fuerza suficiente para vencer la hipercalcificación.
- d) Dientes Supernumerarios.- Debido a que estos van a ocupar el espacio correspondiente al tercer molar y por consiguiente provocan su retención.
- e) Presencia de Quistes y Tumores Óseos.- La presencia de quistes en las proximidades que debe ocupar el tercer molar es debido a la erupción tardía de este diente, ya que al ponerse en contacto la membrana con el germen no puede reabsorber el esmalte, por lo que rechaza el diente, desviándolo de su trayectoria normal quedando retenido en el maxilar o en la mandíbula, o solo desviado.
Los quistes dentígenos envuelven la corona, no permitiendo así que el diente haga erupción, proyectándolo a distancia.

Causas Generales: 1.- Trastornos Endocrinos.- Que ocasiona trastornos en la erupción dentaria, retenciones y ausencia de dientes. Debido a la relación directa que va a existir entre todas las enfermedades generales con las glándulas endocrinas.

- 2.- Enfermedades ligadas al metabolismo del Calcio.- Que van a ejercer gran influencia en la retención dentaria.

Según Berger clasifica las causas de retención en locales y generales, las cuales ya hemos descrito antes. Además menciona que existen condiciones sistémicas, las cuales son:

I.- Causas Prenatales:

- a) Herencia
- b) Mezcla de razas

III.- Causas Postnatales: Son todas aquellas causas que interfieren en el desarrollo del niño, como:

- 1) Raquitismo
- 2) Anemia
- 3) Tuberculosis
- 4) Sífilis Congénita
- 5) Disendocrinas
- 6) Desnutrición

Raquitismo.-

La falta de desarrollo dental suele manifestarse durante los primeros años de vida, ya que las principales manifestaciones se observan en los huesos.

Sífilis Congénita.-

Los cambios dentales relacionados con esta enfermedad, consisten en hipoplasia de todos los dientes además de ciertos cambios característicos de disposición y desarrollo de las regiones anteriores de los maxilares con reducción considerable de las raíces de estos dientes.

III.- Condiciones Raras:

- 1) Disostosis Cleidocraneal
- 2) Oxicefalia
- 3) Progeria
- 4) Acndroplasia
- 5) Paladar Fisurado

Disostosis Cleidocranial: Condición congénita rara, en la que existe una osificación defectuosa de los huesos craneales, ausencia completa o parcial de las clavículas, recambio dentario retardado, dientes permanentes no erupcionados y dientes supernumerarios rudimentarios.

Oxicefalia: Es la llamada "cabeza conica", en la cual la parte superior de la cabeza es puntiaguda.

Progeria: Representa envejecimiento prematuro. Es una forma de infantilismo caracterizada por estatura pequeña, ausencia de vello facial, actitudes y maneras de anciano.

Accondroplasia: Es una enfermedad del esqueleto que empieza en la vida fetal y produce una forma de enanismo. En estas condiciones el cartilago no se desarrolla normalmente.

Paladar Fisurado: Es una deformidad manifestada por una fisura congénita en la línea media.

3.- Complicaciones Derivadas de los Dientes Retenidos:

Infecciones.- Son las complicaciones de más importancia de los dientes retenidos. Entre ellas encontramos las siguientes:

- a) Pericoronitis Infecciosa
- b) Absesos Alveolares (crónicos ó agudos)
- c) Osteitis Supurativa Crónica.
- d) Necrosis
- e) Osteomielitis

Dolor.- Este puede ser reflejo, o sea que no solo se presenta en las zonas de distribución de los nervios interesados sino también en los plexos nerviosos asociados, y regiones más alejadas; a menudo el dolor se refleja al oído.

El dolor puede ser ligero y localizado en el área inmediata del diente retenido. Puede ser grave, y aún agudísimo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, en el lado afectado, el oído y la zona parauricular, cualquier.

parte atravesada por el nervio trigémino o aún la zona completa inervada por dicho nervio. El dolor puede ser intermitente, constante o periódico. El dolor puede ser una neuralgia intermitente facial que simule un tic doloroso, que se distingue por ser agudo, lancinante y súbito como resultado del contacto con una zona esencial sobre la cara o labios. Esto lo diferencia de otras neuralgias faciales.

Fracturas.- La frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior, a nivel de zonas ocuradas por dientes retenidos, demuestra que éstos son un factor de debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.

Otras Complicaciones.- Los dientes retenidos son cuerpos en mal posición y como tales son fuentes potenciales de otras complicaciones, las cuales, aunque no raras, se encuentran con menor frecuencia que las ya mencionadas.

Estas pueden ser:

- 1.- Sonido tintinante, susurrante, zumbante del oído (Tinnitus Aurium).
- 2.- Otitis
- 3.- Afecciones de los ojos tales como:
 - a) Disminución de la visión
 - b) Ceguera
 - c) Iritis
 - d) Dolor que simula el del glaucoma.

CAPITULO III.

ACCIDENTES PROVOCADOS POR LA RETENCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

1.- Generalidades:

Como ya sabemos es frecuente que los dientes retenidos (y en especial los terceros molares inferiores), produzcan trastornos de diversa índole, aspecto e intensidad; que van desde una simple, inadvertida y asintomática molestia por parte del paciente, hasta un severo y doloroso traumatismo. Dichos trastornos ó accidentes tienen lugar en todos los climas, edades y ambos sexos, e inclusive en ambos maxilares.

En lo que se refiere a la raza son más predominantes en la raza blanca, debido a la falta de espacio en los maxilares, para la erupción normal. A diferencia de la raza negra, que se presentan con menor frecuencia estas anomalías, debido a que sus maxilares son más grandes y dan cabida no sólo a la erupción normal del tercer molar, sino que en algunos casos excepcionales hasta para el cuarto molar.

Con respecto al sexo, hay un ligero predominio de la mujer sobre el hombre, según recientes estadísticas, quizá esto sea debido a los trastornos fisiológicos de la mujer.

Estos trastornos, accidentes aparecen por lo general entre los 15 y 30 años de edad, aunque dichos trastornos pueden presentarse hasta los 65 años de edad.

2.- Etiología:

- a) 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).
- b) La existencia de una cavidad virtual alrededor de la corona del diente retenido.
Esta cavidad por diferentes influencias patológicas puede hacerse real y ser la base de una diversidad de procesos infecciosos, por ejemplo los quistes dentígeros.

- c) Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en la cavidad cerrada, exarceban su virulencia.

3.- Clasificación:

I.	Accidentes Mucosos
II.	" Mecánicos
III.	" Nerviosos
IV.	" Infecciosos
V.	" Celulares
VI.	" Óseos
VII.	" Linfáticos o Ganglionares
VIII.	" Tumoraes

ACCIDENTES MUCOSOS: Causados directamente sobre los tejidos blandos que rodean al tercer molar inferior retenido y dos son los más comunes:

- 1.- Pericoronitis.
- 2.- Gingivostomatitis ulceromembranosa.

1.- Pericoronitis: Inflamación de los tejidos blandos que rodean un diente que no ha erupcionado completamente.
Por lo general suele presentarse en los 3os. molares inferiores. Dichos procesos inflamatorios se presentan de dos formas:

a) Pericoronitis aguda o de inicio brusco, sin previo aviso y con signos característicos como:

Dolor intenso en el capuchón, que puede irradiarse a la línea del nervio dentario inferior, y ubicarse en el lado a nivel del tragus.

Edema que traumatiza e irrita, sobre todo al ocluir el diente antagonista causando hemorragia local.

Cambio de color de la goma. De rojo se transfiere a un rojo-violáceo con formación de pequeños coágulos.

Fiebre, debido a la vasodilatación que provoca un cambio en la temperatura local.

Los síntomas anteriores se manifiestan a nivel local, pero en el cuadro inflamatorio en sí, afecta el estado general rápidamente ocasionando: fiebre, halitosis, linfadenopatías, dis-fagia unilateral durante la masticación aumentan las molestias y debajo del capuchón puede formarse pus; y cuando el edema aumenta produce trismus, así como maloclusión, retención dentaria, bolsas periodontales y en general anomalías orgánicas.

TRATAMIENTO:

Después de efectuar la extracción del molar causante de la lesión y la resección quirúrgica del saco folicular:

1.- Se limpia el alveolo mediante curetaje suave y lavado con suero fisiológico tibio, para quitar residuos, se drena (en caso de no lograrse, y a la palpación rebelde fluctuación, se inside y se drena a través de ésta ó si hay fiebre y linfadenopatías se considerará el tratamiento con antibióticos primero.

2.- Se empaqueta en el alveolo una tira de gasa yodoformada, impregnada de medicamentos balsámicos:

 aceite de clavos.....60 partes

 bálsamo del Canadá...35 "

 bálsamo del Perú..... 5 "

La cual no debe permanecer más de 48 horas en la cavidad. Este taponamiento tiene como fin obturar la cavidad para impedir, que queden acumuladas cantidades de sangre entre el tapón y la pared alveolar, la cual descompondría, originando alveolitis.

3.- Se cita al paciente a las 48 horas, y se impregna el tapón con agua oxigenada para facilitar el desprendimiento de este, y se retira suavemente, se lava la cavidad con agua bidestilada, con solución alcohólica de fenol yodoformado (20 gotas de fenol yodoformado en alcohol puro, posee propiedades antiputridas), y se vuelve a taponar la cavidad, por periodo de dos a tres días, técnica que se repite hasta que el alveolo muestre que está cubierto por tejido

de granulación y no existan síntomas inflamatorios, ni dolorosos; por último se sutura.

b) Pericoronitis crónica o de inicio insidioso y leve: Aparecen ligeros procesos inflamatorios (con duración de 2 a 3 días), con dolores sumamente leves, trismus poco acentuados y entre el capuchón y el molar brotan gotas de pus y sangre; el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

2.- Gingivostomatitis Ulcero-Membranosa: Padecimiento caracterizado por la formación de úlceras muy dolorosas por debajo del capuchón, acompañándose de trismus por lo general, siendo tres los factores predisponentes principales:

- a) Traumatismo en el momento de ocluir el diente antagonista sobre el capuchón del tercer molar inferior retenido.
- b) Inflamación de tejidos blandos, como secuela del punto anterior.
- c) Irritación y halitosis ocasionadas por el acumulo de restos alimenticios en descomposición debajo del capuchón.

TRATAMIENTO:

1.- Se pasa una solución de ácido crómico al 10% , con una torunda, sobre la zona afectada; en casos severos, después de dicho toque puede aplicarse una solución de nitrato de plata al 20%.

2.- Se indica al paciente que haga enjuagues con:

Rp.

Bicromato de potasio	5 g
Acido bórico	4 g
Agua destilada	100 g

Una cucharada en un vaso común de agua tibia, 3 veces al día.

3.- Ya que haya cedido y sanado completamente dicho padecimiento se efectúa la extracción del tercer molar inferior retenido.

ACCIDENTES MECANICOS: Se refiere a la acción mecánica del 3er.

molar inferior retenido, ejercida sobre el segundo molar inf. y muchas veces sobre dientes caninos e incisivos:

- 1.- Maloclusión dentaria que trae como consecuencia trastornos articulares y musculares.
- 2.- Apilamiento de dientes, que causa una deficiente higiene durante el cepillado originando así parodontopatías, por lo cual el paciente es remitido de inmediato a tratamiento ortodóncico.
- 3.- Trastornos sobre su integridad anatómica, por ejemplo alteraciones en el cemento (rizólisis), en la dentina y en la pulpa.
- 4.- Trastornos "Protéticos", en pacientes portadores de aparatos de prótesis, se observan desajustes y molestias que antes no existían, detectándose sin más, con un examen radiográfico, lo cual termina por confirmar la retención dentaria.

ACCIDENTES NERVIOSOS:

Estos se presentan con bastante frecuencia debido a la presión ejercida, por el tercer molar inferior, sobre los dientes vecinos, sobre sus nervios, o sobre sus troncos mayores, originando en ocasiones neuralgias del trigémino; también estos accidentes actúan sobre el nervio dentario inferior causando trastornos reflejo-páticos y neurotróficos, que se traducen en: herpes, canicie, eczemas, etc.; cuyo tratamiento consiste en la eliminación de la causa que lo origina.

El trismus puede ser producido por la erupción del tercer molar inferior o por la misma retención de éste, su tratamiento puede ser por medio de estos tres métodos:

- 1.- Modificación del estado infeccioso, tratando la úlcera debajo del capuchón, dominado el proceso infeccioso, el trismus desaparece.
- 2.- Terapia mecánica, por medio de aparatos especiales, unos complicados y otros muy simples (cunas de madera), pinzas para sujetar ropa, las cuales se colocan entre las aristas dentarias formando las contracciones musculares que se oponen a la apertura normal de la boca, mejorando su tonicidad. Este método es lento y requiere paciencia y esfuerzo,

y dedicación por parte del paciente. Durante esta terapéutica se aplican compresas de agua caliente sobre el lado afectado.

- 3.- Con anestesia general, obtenemos abrir la boca para la extracción del tercer molar inferior retenido que provoca el trismus, abriéndose lenta y cuidadosamente para evitar lesiones articulares o musculares.

ACCIDENTES INFECCIOSOS: Son los concernientes a la infección del saco pericoronario (pericoronitis) que envuelve al diente, siendo su etiología muy diversa:

- 1.- Por vía hemática
- 2.- Al hacer erupción el diente retenido, su saco pericoronario hace contacto con el medio bucal.
- 3.- Por contagio de una complicación apical o periodóntica del diente vecino.
- 4.- Caries en dientes retenidos.

Sintomatología:

Dolor, inflamación local, absceso, fístula, osteítis, osteomielitis, adenoflemonas, estados sépticos generales.

TRATAMIENTO:

Control absoluto de la infección, administración de antibióticos y antiinflamatorios, extracción del diente retenido, previo examen radiográfico.

ACCIDENTES CILIARES: Representan las complicaciones celulares de la pericoronitis debidas a la inflamación y absceso, las cuales se proyectan por distintas vías como se demuestra en el siguiente esquema:

ABSCEOS A EVOLUCION EXTERNA:

- 1° Absceso buccinotomaxilar
- 1° " de la "loga" anastomótica

ABSCEOS A EVOLUCION INTERNA:

- 2° Absceso submaxilar
- 2° " del piso de la boca

ABSCEOS A EVOLUCION POSTERIOR:

- 3° Abscesos del pilar anterior
- 3° " submandibular

- P Músculo pterigoideo interno
- M " masetero
- B " buccinador
- MI " milohioides

TRATAMIENTO:

Todo los abscesos, deben incidirse con bisturí o galvano-cauterio.

Tratamiento del absceso bucciomaxilar.

- 1.- Con bisturí de hoja corta, se hace la incisión por vía bucal en el surco vestibular, hasta llegar a hueso (cara - externa del maxilar inferior)
Evitando así una cicatriz inútil.
- 2.- Vaciado el absceso, hay que tratar urgentemente el foco inicial (la pericoronitis), para evitar una nueva colección purulenta.
- 3.- Extracción del tercer molar retenido.
- 4.- Corte de tejido granulomatoso, lavado de la zona con suero fisiológico, para eliminar restos epiteliales, residuos de secreción purulenta, producción de hemorragia, puntos de suture.
- 5.- Seguir con el tratamiento post-operatorio a base de antibióticos y antiinflamatorios. Citar al paciente después de 48 hrs. pasada la intervención.

ACCIDENTES OSIBOS:

Estos son originados por una pericoronitis y son excepcionalmente raros. Por lo general, para lo cual citaremos algunos OSIBOS:

- 1.- Proceso de osteítis desarrollado entre el segundo molar inferior y el 3o. molar inferior retenido en posición mesioversión. Este foco óseo es susceptible de propagarse y originar cuadro séptico de osteoflemones e infecciones generales.
- 2.- En casos pericoronarios infectados, o en algunas ocasiones en que por quistes dentígeros que envuelven sus coronas, hicieran focos de osteítis y osteomielitis (es muy rápido el paso de una etapa de osteítis a una

de osteomielitis).

- 3.- Por lo regular, presentan una característica interesante, es decir, tales procesos existen en 3os. molares inf. retenidos aislados, en personas edéntulas, en el sitio del accidente.

TRATAMIENTO CLINICO Y QUIRURGICO DE LA OSTEOMIELITIS:

Tratamiento clínico.- Hospitalización del enfermo, (con reposo y tranquilidad, vigilando la deshidratación, acidosis y albuminuria. Con dieta rica en proteínas, calorías, vitaminas; el insomnio causante por el dolor, debe ser eliminado a base de hipnóticos y sedantes.

Si está presente una grave toxemia, debe administrarse antitoxinas en suficiente cantidad para neutralizar las toxinas liberadas por la infección, este tratamiento se realiza cuando los antibióticos son inefectivos. Pueden administrarse sulfamídicos y penicilina combinados o individualmente.

Tratamiento quirúrgico.-

- 1.- Anestesia general del paciente con intubación necesaria.
- 2.- Extracción del 3er. molar retenido causante del proceso infeccioso.
- 3.- Incisión en la región vestibular en el punto más doloroso
- 4.- Trepanación del hueso, en casos de osteomielitis hiperépticas y dolorosas, con fresas quirúrgicas eliminar tabla externa y llegar hasta médula.
- 5.- Provocar y colocar una fístula para facilitar un drenaje seguro de los abscesos, lo cual es de suma importancia, cuando existen dientes vecinos que permitan fijar en ellos un tubo de goma "rubberdam" con vendajes o ligaduras, como medio de drenaje, se pueden efectuar lavados con soluciones de antibióticos o instalación de líquido de Dakin-Garrel.
- 6.- En el orificio hueso se deja por 48 hrs. una gasa yodoforada.
- 7.- Cuidados post-operatorios.

ACCIDENTES LINFÁTICOS E INFLAMATORIOS:

Son repercusiones de una pericoronitis. Principian por una adenitis simple que evoluciona de acuerdo al proceso pericoronario y el ganglio (de Chassaignac) retorna a sus normales dimensiones una vez terminada la afección del saco pericoronario.

En el caso de afecciones muy virulentas, en el estado general del paciente se ha resentido, una adenitis simple se puede transformar en un flemón ganglionar (adenoflemón).

Presenta una sintomatología específica: ganglio aumentado de volumen, dolor a la palpación, repercusión sobre el estado general del paciente, supuración.

TRATAMIENTO:

Es a base de antibióticos, drenaje, fistula, raspaje de la zona de osteitis, con vía de acceso extraoral y por lo general su tratamiento quirúrgico entra en los dominios de la -- Cirugía General.

ACCIDENTES TUMORALES:

1.- Quistes Dentígeros

2.- Adenomatosis o tumores odontogénicos

Quistes dentígeros. - "Todo diente retenido es un quiste dentígero en potencia".

Constituidos por una bolsa conjuntivo-epitelial, y cuyo exámen radiográfico (extraorales y oclusales), determina siempre una corona de diente retenido en dicha bolsa, cuyo líquido puede ser de color amarillento, de tono hemático o lechoso, el cual contiene:

seroalbúmina

seroglobulina

agua

células en diferentes estados de degeneración
leucocitos.

Estos quistes se expanden por lo general hacia la raíz montante, rechazando la table externa por debajo del alveolo

y llegando en ocasiones al cóndilo y apófisis coronoides.

Son de volúmen variable, producen desviaciones dentarias y por lo general son asintomáticos (dolorosos excepcional y esporádicamente), causan deformación facial dependiendo del tamaño del quiste.

TRATAMIENTO:

Extirpación quirúrgica total de la bolsa quística y extracción del diente retenido.

Adamantinomas o tumores Odontogénicos. - Son aquellos originados por tejidos dentarios embrionarios (adamas: "De la dureza de la piedra").

Esta asepción se aplica en el sentido de que las células formadoras del adamantinoma son las mismas del órgano del esmalte (adamentoblastos), los cuales les incube la formación de la sustancia dura del diente.

Se desarrollan en cualquier edad y su sitio de preferencia es el maxilar inferior y específicamente en la región del tercer molar, es decir en el ángulo del maxilar.

Por lo cual generalmente ocasiona desplazamiento de piezas dentarias.

TRATAMIENTO :

Extirpación quirúrgica total.

CAPITULO IV.

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

1.- GENERALIDADES:

La calcificación de la corona comienza a los 7 años, llegando a su término a los 12 años, edad en la cual da principio la calcificación de la raíz, terminando entre los 17 y 21 años. Generalmente al terminar la calcificación de la raíz la corona se encuentra al nivel del plano de oclusión pero estando cubierta por una mucosa de espesor variable.

Después de terminada la calcificación y de que la corona se encuentre en el plano de oclusión, el diente lo encontramos colocado más próximo a la cara interna que a la externa su cara mesial está en contacto, con la cara distal del segundo molar y su cara distal la encontramos separada del borde anterior de la rama ascendente por un espacio de 1 cm. aproximado.

La forma y tamaño de este molar, tanto de su corona como de su raíz, es muy variable ya que en ocasiones se asemeja al del segundo molar y en otras al primero; lo más frecuente es encontrarlo atípico.

Generalmente es de una sola raíz de forma cónica. Podemos encontrarlo de dos raíces, una mesial y la otra distal encontrando éstas en diferente posición.

En ocasiones se observan tres o cuatro raíces parcialmente desarrolladas. La mucosa que está cubriendo la raíz del tercer molar se inserta a la altura del cuello de éste cuando ha hecho erupción, formando un anillo fibroso más espeso y resistente en la cara vestibular que en la lingual.

2.- CLASIFICACION:

George B. Winter hizo una brillante clasificación de los terceros molares retenidos, con fines quirúrgicos en la cual nos basaremos.

El Dr. Winter para clasificarlos se basó en cuatro puntos esenciales siendo los siguientes:

- 1o.- la posición de la corona.
- 2o.- la forma radicular.
- 3o.- la naturaleza de la osteoestructura que rodea al molar incluido.

40.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADE

Posición: a) Normal.- El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

b) Proyección Bucal.- El molar está dirigido hacia afuera del ovalo de la arcada.

c) Proyección Lingual.- La desviación del molar tiene su lugar hacia el lado lingual de la arcada.

RELACION DEL TERCER MOLAR INCLUIDO, CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR

Segun Pell y Gregory hay una relación variable entre el tercer molar y la rama ascendente del maxilar, la que han clasificado en tres clases:

1a. clase.- En esta clase se ubica bien el diámetro del tercer molar porque hay suficiente espacio entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar.

2a. clase.- En este caso es mayor el diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar que el espacio que existe entre la rama ascendente y el segundo molar en su cara distal.

3a. clase.- Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama ascendente del maxilar.

PROFUNDIDAD DEL TERCER MOLAR EN HUESO.

La relación de la altura entre la cara oclusal del tercer molar y la cara oclusal del segundo molar, es lo que Pell y Gregory han llamado profundidad del tercer molar en hueso para lo cual dan tres posiciones al respecto:

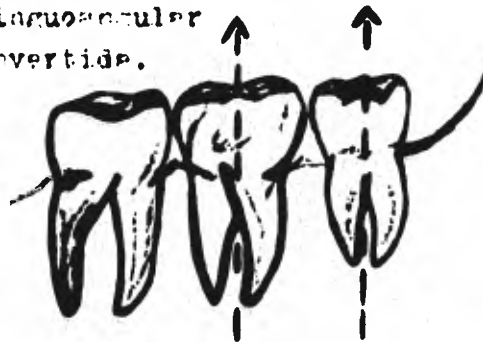
a) Cuando la parte más alta del tercer molar está al mismo nivel o por encima de la línea oclusal del segundo molar.

b) Cuando la porción más alta del tercer molar está por debajo de la línea oclusal del segundo molar pero arriba de la línea cervical del segundo molar.

c) Cuando la parte más alta del tercer molar se encuentre al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

POSICIONES DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

- 1.- Posición Vertical
- 2.- " Horizontal
- 3.- " Mesioangular
- 4.- " Distoangular
- 5.- " Buccoangular
- 6.- " Linguoangular
- 7.- " Invertida.



POSICION VERTICAL:

En esta posición el tercer molar puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso ; la característica principal es que su eje mayor es senciblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.



POSICION HORIZONTAL:

En esta posición el eje mayor del tercer es ligeramente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.



POSICION MESIOANGULAR:

El eje del tercer esta dirigido hacia el segundo molar, formando con este diente, un ángulo alrededor de los 45°.



POSICION DISTOANGULAR:

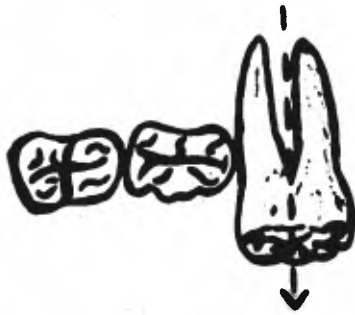
El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama contante; por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.



POSICION BUCCOANGULAR:

En este tipo el tercer molar ya no ocupa como en las anteriores el mismo plano que en el segundo o el primero si no que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados el segundo y el primero.

La corona del molar retenido este dirigido hacia bucal.



POSICION LINGUOLINGUAL:

El eje del molar es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido esta dirigida hacia el lado lingual.



POSICION INVERTIDA:

El tercer molar presente su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raices hacia la cavidad bucal.

Es un tipo de retencion muy poco común.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN RELACION CON LA ARCADA.

a) NORMAL: El tercer molar sigue su posición, en la forma oval de la arcada.



b) PROYECCION BUCAL: El molar está dirigido hacia afuera del ovalo de la arcada.



c) PROYECCION LINGUAL: La desvinci3n del molar tiene su lugar hacia el lado lingual de la arcada.



RELACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR.

Segun Pell y Gregory:

1a. clase.- En esta clase se ubica bien el diámetro del tercer molar, porque hay suficiente espacio entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente del maxilar.



2a. clase.- En este caso es mayor el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar que el espacio que existe entre la rama ascendente y el segundo molar en su cara distal.



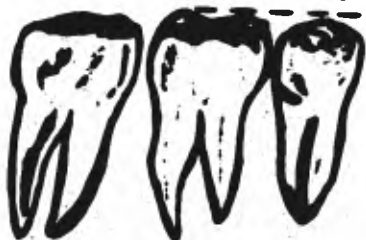
3a. clase.- Todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama ascendente del maxilar.



ERUCCIONES DEL TERCER MOLAR EN HUESO.

Pell y Gregory: Tres posiciones:

- 1.- Cuando la parte más alta del tercer molar está al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.



- 2.- Cuando la porción más alta del tercer molar está por debajo de la línea oclusal del segundo molar, pero arriba de la línea cervical del segundo molar.



- 3.- Cuando la parte más alta del tercer molar se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.



3.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

INDICACIONES:

- a) Anomalías de Sitio: Cuando el tercer molar se encuentra retenido totalmente o semiretenido.
- b) Cuando el molar retenido cause molestias.
- c) Obstáculo para la erupción normal del segundo molar.
- d) Presencia de accidentes durante su erupción.

- e) Formación de infecciones, quistes, caries, necrosis de la pulpa, absceso periapical, resorción de raíces, irritación crónica de los tejidos adyacentes etc.
- f) Por consideraciones ortodóncicas se cree causen presión en la posición de los demás dientes.

CONTRAINDICACIONES:

- a) Enfermedades locales y estados generales perturbados por la afección dentaria.
- b) Afección con el estado general del paciente.
- c) Estados patológicos: fiebre, alteración en algún aparato, sistema y estados infecciosos agudos.

CAPITULO V

EXAMENES CLINICOS

Para realizar una intervención cualquiera en el organismo, lo mismo que para operaciones de Cirugía bucal son necesarios los exámenes clínicos: Historia clínica, Pruebas radiográficas y pruebas de laboratorio.

1.- HISTORIA CLINICA:

Antes de efectuar cualquier intervención quirúrgica es necesario conocer no solo el órgano o región afectada, en la cual haremos de intervenir, sino también el estado general de salud de la persona, tanto por sistemas como por aparatos: lo anterior lo podemos obtener por medio de la Historia Clínica, la que es de vital importancia elaborarle a cada paciente, y para lo cual debe reunir sus datos personales más importantes, así como los, datos de antecedentes patológicos y no patológicos padecidos por sus familiares más cercanos o en el mismo, tratando de conocer y entender su personalidad desde el principio para procurar que todos y cada uno de los datos proporcionados sean de una veracidad absoluta y poder constatar su estado general.

Esta Historia Clínica se complementa con un examen físico sistemático bucal, el cual consta de :

Inspección

Talncación

Percusión

Auscultación.

Procurando que sea lo menos molesto para el paciente ya que de él dependerá determinar su capacidad física y psicológica para tolerar la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido.

Por medio del interrogatorio se obtienen antecedentes familiares, hereditarios, tanto en hábitos, como en antecedentes personales del paciente, sus hábitos y costumbres, obtendremos la sintomatología por sistemas y aparatos, así como la enfermedad actual de que pueda tratarse, en este caso el tercer molar inferior retenido, el cual presentará dolor en la zona de inclusión, casi siempre provocado por el ataque a la pulpa o a la ---

raíz de los dientes cercanos.

Entre los antecedentes patológicos generales los más importantes son: alergias medicamentosas, experiencias a los anestésicos, locales y generales, debítes, cardiopatías, discrasias sanguíneas, enfermedades renales, enfermedades nerviosas, tratamiento general y medicinas que ha tomado anteriormente.

Tratándose de la exploración física nos dará los signos presentados en la boca, tales como: sialorrea en el caso de que el tercer molar este parcialmente incluido se presentará la mucosa de esta región ulcerada. Los síntomas y signos obtenidos por medio de este interrogatorio y la exploración física pueden ser ratificados por medio de pruebas de laboratorio y de gabinete. (estudio radiográfico)

2.- ESTUDIO RADIOGRAFICO:

Es un método irremplazable por su eficacia en el diagnóstico de dientes incluidos, lo que constituye la radiografía. Con la cual se hará un estudio completo del diente es decir, de su tamaño, su forma, su posición en el maxilar, su relación con el segundo molar, la dirección y la forma de sus raíces, su relación con las tablas internas y externas, con la rama ascendente con el canal dentario la condición patológica del diente y de los tejidos vecinos.

El estudio radiográfico del molar retenido debe tener imágenes que representen con toda fidelidad el objeto real, ya que las radiografías deformadas o que no encuadran en las condiciones normales siempre originan inconvenientes en el acto quirúrgico. Siendo necesario y muy importante este examen.

Existen tres técnicas radiográficas:

- a) Radiografía Intraoral
- b) " Oclusal
- c) " Extraoral.

RADIOGRAFIA INTRAORAL:

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

Posición de la cabeza.- La cabeza estará ligeramente inclinada hacia atrás de manera que la lí

nea oclusal del maxilar inferior se encuentre horizontal.

Posición de la Película.- La película se coloca en el interior de la boca, con su eje mayor horizontal, en el borde superior de la película paralelo a la arcada y no sobresaliendo de la línea de oclusión más de 3 ó 4 mm.

El borde anterior de la película debe estar colocado a la altura de la cara mesial del primer molar o más distalmente si las condiciones anatómicas lo permiten.

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

Posición del aparato de rayos X.- El cono del aparato debe estar colocado perpendicular a la película, el ángulo vertical correcto es de 0° .

El rayo central debe estar dirigido al centro de la película, aproximadamente ubicado al nivel del espacio interdentario entre el segundo y el tercer molar.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL:

Generalmente con este tipo de radiografías se obtienen datos acertados porque se adapta fácilmente a la región que ha de radiografiarse y los rayos X pueden proyectarse directamente sobre esta obteniendo como resultado un detalle, contraste y longitud radiolar correctos. Por lo que respecta al tercer molar se observará la cantidad de tejido óseo que cubre la pieza dependiendo de esto la cantidad de hueso a resacarse.

RADIOGRAFIA OCLUSAL:

Posición del paciente.- El respaldo del sillón se inclinará hacia atrás.

Posición de la cabeza.- La cabeza se inclina descendiendo el oído todo lo que le permite la comodidad del paciente. Luego se rotará la cabeza hacia el lado opuesto al del molar a radiografiarse.

Posición de la película dental.- La película dental ha de ser colocada entre ambas aristas dentarias lo más distalmente posible.

El paciente morderá sin mucha presión la película. Su ángulo distobucal ha de encontrarse ligeramente hacia arriba, con el fin de permitirle insinuarse entre la rama montante del maxilar inferior y la tuberosidad del maxilar superior.

Posición del aparato de rayos X.- El cono del aparato se coloca por debajo del borde inferior de la mandíbula de manera que el rayo central sea perpendicular a la película y pase a través del maxilar y del eje mayor del molar incluido.

La radiografía oclusal dará la ubicación del tercer molar en su relación buco-lingual, la cantidad de hueso existente de lado bucal y del lado lingual, la relación del molar con la rama ascendente y la dirección antero posterior del molar.

RADIOGRAFIA EXTRAORAL:

La radiografía extraoral está indicada cuando existan condiciones que dificulten o impidan la colocación intraoral de la película como trismus, procesos inflamatorios, intolerancia del paciente. Aunque este tipo de radiografías nunca logra los efectos y la exactitud de la radiografía intraoral.

Posición del paciente.- Sentado al respaldo del sillón verticalmente colocado.

Posición de la cabeza.- Ligeramente inclinada hacia atrás y en un ángulo de 30 ó 40 grados respecto al eje central, hacia el lado a radiografiar.

Posición de la película.- La película en este tipo de radiografías se guarda dentro del chasis se coloca con el eje mayor vertical apoyado sobre la cara del lado a radiografiarse tomando amplio contacto con la región de la rama ascendente y del borde inferior del maxilar. La película debe estar en lo posible paralelo al plano vertical de la rama ascendente.

El paciente sostiene el chasis con la palma de su mano. El chasis debe guardar una cierta distancia con respecto a la cabeza.

Posición del aparato de rayos X.— El tubo en ángulo de 0 grados se coloca por debajo del ángulo del maxilar opuesto al que se va a radiografiar, con el objeto de evitar la superposición de las ramas del hueso que restan nitidez a la película.

El rayo central atraviesa de esta manera las regiones blandas del piso de la boca y lengua, cruza la cara interna del maxilar, el órgano dentario e radiografiarse siendo senciblemente perpendicular a la película.

3.- PRUEBAS 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.

Pruebas de Laboratorio:

- 1.- **Biometría Hemática.**— Se especifica la cantidad de glóbulos rojos y glóbulos blancos, plaquetas y hemoglobina contenidas en sangre.
- 2.- **Química Sanguínea.**— Se especifican la glucosa, urea, ácido úrico y creatinina, contenidas en sangre también el tiempo de sangrado (1 a 6 minutos), tiempo de coagulación (6 a 10 minutos), tiempo de protrombina (12 segundos).
- 3.- **Exámen General de Orina.**— Nos informa de la existencia de los elementos normales o anormales; algunos de estos, tales como la albúmina, la glucosa, la acetona, sedimentos PH alterados etc.

Alguna alteración en cualquiera de estos elementos analizados exige un tratamiento previo a la intervención. 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 7-8 anti-hemofílicos.
- 3.- En pacientes diabéticos.- Química Sanguínea, colesterol, proteínas totales, relación albúmina-globulina y curva de tolerancia (azúcar en la orina.)
- 4.- En mujeres embarazadas.- Biometría Hemática, química sanguínea, examen de la orina.

También ha de tomarse en cuenta los signos vitales, con el fin de valorar el estado general del paciente, así como observar constitución, conformación peso y estatura.

PULSO: 80 - 90 , 70 - 80 Las pulsaciones han de ser al mismo tiempo fuertes y regulares.

RESPIRACION: 16 - 20

FRECUENCIA CARDIACA: 60 - 70

PRESION ARTERIAL: 120 - 80 Sobre todo revisar cuando se ha de administrar sedantes a pacientes mayores de 15 años.

TEMPERATURA CORPORAL: 36.5 - 37

4.- DIAGNOSTICO:

Es considerado como el arte de reconocer un proceso de enfermedad, y la base fundamental de la terapéutica dental a partir de la Historia Clínica, exploración completa basándose en sus síntomas y signos; dándonos como resultado la decisión a que se ha llegado, el diagnóstico se elabora después de conocer el resultado de los rayos X y la Historia clínica.

Desde el punto de vista, diagnóstico, es difícil citar la naturaleza de las molestias que presenta el paciente en las regiones de los terceros molares.

Pues durante el desarrollo de su erupción en algunas casos va acompañada de diferentes trastornos, y por su relación con las estructuras anatómicas que lo rodean cuando este no ha efectuado su erupción y por su posición muchas veces nos dificulta su diagnóstico, después de que esto sea preciso podemos así sentar un pronóstico, e intuir un tratamiento adecuado a la intervención.

CAPITULO VI.

PREOPERATORIO.

1.- **PREMEDICACION:** Es indispensable en todos los casos de cirugía bucal grave o prolongada, como extracciones múltiples o eliminación de un diente retenido.

Como ya sabemos cada paciente difiere en temperamento, condiciones físicas, inteligencia y resistencia e las tensiones nerviosas, por lo tanto no pueden tratarse a todos por igual; -- hay que despertar la confianza en el paciente tranquilizarlo -- pues existen casos en que la sedación preoperatoria, es de gran valor clínico, sobre todo cuando los presentan miedo exagerado a las operaciones dentales.

Es necesario reforzar el anestésico local con un medicamento que tenga el efecto calmante sobre el S.N.C. y la administración de un barbitúrico de corta duración o de un atarésico, -- no sólo moderará en un ahorro de tiempo y de esfuerzo para --- ambas partes.

PROPOSITOS DE LA PRE-MEDICACION.

- 1.-Mitigar la aprensión, ansiedad o miedo.
- 2.-Elevar el umbral del dolor.
- 3.-Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.-Controlar las arcadas dentarias.
- 5.-Contrarrestar el efecto tóxico de los anestésicos -- locales. (lipotimias y shocks: sobre todo en hombres-jóvenes.)
- 6.-Controlar los trastornos motores (en enfermos con --- parálisis cerebral.)

El sedante ideal que ha de administrarse antes del anestésico local sería aquel que deprime solo algunos de los centros superficiales específicos del S.N.C. y que no afecte al bulbo -- raquídeo y que actúe y desaparezca rápidamente sin provocar --- efectos residuales como suelen hacerlo los medicamentos que ahorran su uso.

EJEMPLO: El pentobarbital sódico en dosis pequeñas es un depresante cortical que actúa como sedante a dosis mayores se administra 15 ó 20 minutos antes de la operación por vía bucal, tomando en cuenta también la edad, peso y temperamento del paciente.

NOTAS: En pacientes tratados con barbitúricos en dosis hipnóticas deben estar en ayunas 4 hrs. antes de la cita y no pueden volver solos a sus domicilios.

En individuos sensibles, la administración de barbitúricos antes de la anestesia producen a veces síntomas de excitación.

2.-ASEPSIA Y ANTISEPSIA: Son unos de los fundamentos de la cirugía moderna. Toda intervención, para ser coronada por el éxito, exige que todos los elementos en dependencia con la operación estén libres de microbios.

Dentro del término "elementos" deben ser considerados, el sitio donde se realiza la operación (campo operatorio), las manos y ropas de los que realizan la operación; los instrumentos materiales o cuerpo de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico.

La cavidad bucal, a pesar de su riquísima flora bacteriana no debe apartarse de estos principios quirúrgicos y aunque es verdad que la boca posee extraordinario mecanismo de la defensa el rigorismo quirúrgico, en lo referente a la cirugía que en ella se aplica, no puede admitir concesiones de ninguna especie.

Para la cual encontramos la siguiente definición:

Asepsia. -Es el conjunto de procesos terapéuticos, que tienen por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de estos al organismo.

Antisepsia. -Es la que se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado al organismo y para ello utilizamos agentes químicos llamados antisépticos.

En técnica quirúrgica se considera como asepsia, el conjunto de reglas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material quirúrgico y todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio.

La esterilización se puede realizar por distintos medios que pueden ser: Físicos, Químicos y Biológicos.

AGENTES FISICOS: Son el calor seco y el calor húmedo.

CALENTAMIENTO SECO.-Es el que puede obtenerse por medio de un horno en un período de tiempo de 20 minutos, a una temperatura de 120° : al cual se calienta por medio de gas y de electricidad.

CALENTAMIENTO HUMEDO.-Se eleva en un recipiente la temperatura del agua hasta que esta alcanza 100° (ebullición), dentro de él se introduce el material a esterilizar, puede emplearse el calor bajo presión, con el cual se consigue elevar la temperatura a 130° ó 140° C.

Los aparatos designados para tal propósito se denominan autoclaves, éste quizás sea el más efectivo medio de esterilizar, ya que tiene la propiedad de hacer estallar las esporas que son la causa de la resistencia de los gérmenes, en éste método se utilizan, testigos (papel que al marcarse de color oscuro nos indican una esterilización efectiva.)

AGENTES QUIMICOS.-Constituyen los productos que en terapéutica se denominan antisépticos y desinfectantes, solo citaremos aquellos en relación con nuestro objetivo, sin estudiarlos desde el punto de vista químico.

ALCOHOL.-Se emplea para la antisepsia de las manos del cirujano, del campo operatorio, y para conservar ciertos materiales.

TINTURA DE YODO.-(Yodo diluido en alcohol al 1%) en cirugía general se usa para la antisepsia del campo operatorio.

En cirugía oral no se emplea mucho, porque tiene propiedades irritantes y de todas las mucosas bucales no lo soportan sin reacción.

Se aplica generalmente para la antisepsia del punto de punción de la aguja en las distintas anestésicas. En partes iguales con el alcohol se utiliza para vincular los espacios interdentarios, los cauchones del tercer molar, el sitio donde va a practicarse la incisión.

ACIDO FENICO.- En solución alcohólica se emplea para esterilizar el punto de punción, tiene además ligeras propiedades anestésicas.

AGUA OXIGENADA.

SOLUCION DE BENZAL.-Son a base de jabón, actúa por saponificación de grasas rompiendo la tensión superficial, el tiempo mínimo para una esterilización satisfactoria es de 12 horas.

En la clinica dental el nivel de los brazos del sillón dental puede considerarse como línea de demarcación de la asepsia; todo lo situado arriba de éste nivel debe cumplir con dichos requisitos asépticos.

ASEPSIA DEL CIRUJANO:

1.- Sustituir ropa de calle por ropa adecuada.

2.- Colocarse gorro quirúrgico y cubreboca.

3.- El lavado quirúrgico es necesario tanto en cirugía mayor como en intervenciones dentales: Las manos y antebrazos se cepillan desde los codos durante cinco minutos con cepillo y jabón o detergente de hexaclorofeno y agua. Durante el lavado y cepillado las uñas deben limpiarse correctamente.

Se recomienda después del lavado un enjuague con antiséptico de baja tensión superficial, como el alcohol o el septisol

4.- Las manos se secan con una toalla esteril, estando en este momento quirúrgicamente limpias pero no esteriles.

5.- El ayudante con ropa y guantes esteriles, ayuda al cirujano a ponerse la ropa esteril, asegurando la bata del cirujano en la parte posterior.

6.- La colocación de los guantes, en su parte interna es solamente tocada por las manos del cirujano, en la parte exterior de los guantes de hule se consideran esteriles. Es necesario que el cirujano traiga puestos guantes cuando toca sangre, líquidos tisulares o saliva.

3.- **COLOCACION DE CAMPOS:** El dentista y su asistente dental deben reflejar en sus mangas y actuaciones la seguridad de que nada molesto va a ocurrir y que el paciente no tiene nada que temer.

Es conveniente siempre que en este tipo de cirugía, como mencionamos ya anteriormente, usar guantes, gorra y cubreboca tanto el dentista como su asistente, así como un esteriliza-

amiento efectivo de todos y cada uno de sus instrumentos.

ALBIA INHET DE J.

a.-) Se prepara la región de la incisión, e asistencia ---
quirúrgica debe incluir la piel peribuca; la mucosa en ---
que se va a operar. Mediante el paciente que se lave la cara
con detergente hexaclorofeno. Después se aplica un antiséptico -
incoloro y no irritante a la piel alrededor de la boca y la ---
mucosa. La boca del paciente se lava con solución antiséptica -
de color acredeable, y la región inmediata a la punción de la ---
angulo de la incisión se limpia con un antiséptico que tiene-
colorante, violeta de genciana, mertiolate etc. para que en la ---
región que se va a operar se identifique claramente como prepa-
rada antisépticamente.

b.-) El campo operatorio se limpia con cenizo y jabón ---
detergente, se enjuaga y se aplica un antiséptico adecuado.

c.-) El pelo del paciente puede cubrirse con campos o ---
toallas estériles.

d.-) Para aislar perfectamente el campo, en la cara de ---
nuestro paciente colocamos un paño con una rendidura en el con-
tro que sea del tamaño adecuado para que podamos desarrollar la
intervención.

e.-) Se aísla el campo con toallas estériles para facilitar
las maniobras quirúrgicas en la disposición del instrumental ---
sobre la mesa. Siempre siguiendo un orden en la colocación del -
instrumental, se estará de acuerdo con el desarrollo de la in-
tervención; instrumentos de corte: bisturí, pinzas de disección, -
tijeras etc.

Enseguida se colocaran los instrumentos de hemostasis: pinzas de Kelly, de mosquito etc. En el centro o la parte superior ; se coloca el material de sutura.

En cirugía bucal solo se usan tres materiales de sutura que son: Catgut, hilos de seda y lino del número tres ceros.

Catgut.- Es un material reabsorbible que se obtiene del intestino de la oveja. Este formado químicamente por sustancias proteicas, fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos. En cirugía bucal se emplea como elemento de sutura, en casos que se desea que éste elemento sea reabsorbible, como por ejemplo: en los planos profundos de las plásticas gingivales.

Hilos de Seda.- La seda es muy empleada como material de sutura, tanto en cirugía general como en cirugía bucal. Cuando se usa es preferible usar directamente la seda esterilizada en tubos que se expenden en el comercio.

Hilos de Lino.- Se emplea en gran escala el hilo negro de lino, que tiene la ventaja de su fácil hallazgo, sobre la mucosa cubierta de fibrina, después de 3 ó 4 días de la operación

Porta Agujas y Agujas.

Y en otro lugar especial el instrumental para realizar la intervención quirúrgica.

4.- ANESTESIA:

Todas las maniobras que la cirugía emplea para el tratamiento de las afecciones, provocan dolor. La supresión de éste dolor es una de las más grandes conquistas de la humanidad, la cual se ha logrado gracias al empleo de la Anestesia; término que se usa corrientemente para designar éste procedimiento, pero

que en realidad tiene distintas acepciones:

Anestesia: Es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad. Analgesia es la supresión del dolor, conservando la conciencia.

Así pues entendremos el término de anestesia, para describir las maniobras que se realizan con el fin de suprimir el dolor.

La extracción del tercer molar inferior retenido se puede realizar bajo anestesia local (truncular) o anestesia general.

Esto es decisión del Cirujano Dentista, quién después de considerar: la Historia Clínica, exámenes radiográficos y los análisis de laboratorio.

En lo que se refiere a la anestesia general, ésta deberá realizarse en un hospital y con su 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 es indicada en embarazadas principalmente en los tres primeros meses y los tres últimos, pues puede producirse aborto o parto prematuro consecuentemente.

ANESTESIA DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR.

Se conoce con el nombre del bloqueo mandibular o anestesia truncular. Esta se obtiene anestesiando el nervio dentario inferior y de sus ramificaciones (nervio mentoniano, e incisivo, y también del nervio buccal y del bucal).

Situado en la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior. La solución anestésica se deposita en el surco mandibular que contiene tejido conjuntivo laxo, atravesado por

vasos y por el nervio alveolar inferior.

Produce anestesia de todos los dientes del lado inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales, ya que estos reciben también inervación de las fibras del lado opuesto.

TECNICA.

LUGAR DE FUNCION.-Vértice del triángulo pterigo mandibular. Se palpa la forma retróclavicular con el índice y se coloca la uña sobre la línea milohioides (oblicua interna).

DIRECCION E INCLINACION.- Con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al punto oclusal, de los dientes del molar inferior, en dirección a la rama del maxilar y al dedo índice.

PROFUNDIDAD.- La aguja se introduce entre el hueso y los músculos y ligamentos que lo cubren; después de avanzar unos 15mm. se siente la punta chocar con la pared posterior del surco mandibular, donde se deposita 1.5 ml. de solución anestésica al lado del nervio alveolar inferior.

Por regla general el Nervio Lingual se anestesia, durante la inyección mandibular, inyectando algunas gotas a mitad del recorrido de la aguja.

Frecuentemente vemos a completar la inyección anestésica con una inyección bucal.

ANESTESIA BUCAL.

Nervio Anestesiado.- (Bucinator) Bucal.

LUGAR DE FUNCION.- Pliegue mucobucal, inmediatamente por detrás del molar que se desea anestésicar.

DIRECCION DE LA AGUJA.- Hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente.

La solución anestésica se de inyectarse lentamente.

Con la inyección lingual completaremos el bloqueo del --- nervio dentario inferior. La inyección mentoniana, y a veces la --- mandibular no producen anestesia de los tejidos blandos de la --- superficie lingual del maxilar inferior, lo que obliga a la anestesia del nervio lingual.

ANESTESIA DEL NERVIO LINGUAL.

Este se localiza por delante del nervio alveolar inferior entre el músculo pterigoideo y la rama ascendente del maxilar inferior. Crece hacia adelante, a poca distancia de las raíces del tercer molar, entre el piso de la boca, pasando entre los --- músculos milohioideo e hipogloso e inerva los dos tercios anteriores de la lengua, además del piso de la boca y la encaja lingual del maxilar inferior.

LUGAR DE PUNCIÓN.

En el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desea anestésicar, (para los incisivos se usa un adaptador curvo).

PROFUNDIDAD.

Sin ejercer presión, dépositese lentamente unas gotas de solución en el mucoperiostio, produciéndose de esta manera la anestesia rápidamente.

CAPITULO VII .

TRANSOPERATORIO

1.- INSTRUMENTAL: Un factor indispensable y de gran ayuda durante la operación es contar oportunamente con el instrumental necesario, obteniéndose así grandes beneficios, entre ellos nos encontramos:

- a) La realización más fácil de nuestros movimientos y sin pérdida de tiempo.
- b) Menor probabilidad de accidentes causados por el uso de instrumental inadecuado y en malas condiciones.
- c) Reducción del traumatismo que se ejerce sobre los tejidos parodontales.
- d) Menos molestias post- operatorias para el paciente.

Por lo cual es muy importante vigilar personalmente lo siguiente:

- 1.- Selección de instrumental quirúrgico apropiado para la extracción de la pieza a tratar.
- 2.- Revisar su mantenimiento periódicamente.
- 3.- Perfecta esterilización del instrumental.
- 4.- Adiestramiento de la asistente dental para disponer el instrumental sobre el bracket, con un orden práctico y seguro.

En términos generales, en una operación de Cirugía oral se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana sobre él y por esta se vuelven los tejidos a su sitio normal, dándose por terminada la intervención.

Para dicha intervención del tercer inferior retenido, se deberá contar con instrumentos para tejidos blandos y duros. Entre ellos contamos:

Bisturí.- En Cirugía oral se usa comúnmente un bisturí de hoja corte, este instrumento consta de un mango y de una hoja la cual puede tener distintas formas y tamaños. En la práctica de Cirugía de terceros molares preferimos el bisturí de Bard-Parker con hoja del número 11, 12, o 15.

Tijeras Rectas o curvas. - Se les emplea para seccionar lengüetas, fisiones bilabiales, y trazos de encía. También puede usarse para seccionar bridas fibrosas y trazos de colgajos además de cortar la mucosa cuando exista pericoronitis. Tiene además uso para cortar puntos de sutura.

Especter Quirúrgico.

Pinzas de Disección. - Nos ayudan en la preparación de colgajos, y en otras maniobras, el Cirujano puede valerse de las pinzas de disección dentadas para tomar la fibromucosa sin lastimarla, o las pinzas de dientes de ratón, o las pinzas de Kocher, las cuales desempeñan un papel similar.

Termocauterio. - Es utilizado para seccionar tejidos gingivales, pudiendo incidir abscesos o destruir los capuccones que cubren el tercer molar.

Periostótomo o lepra, y espátula roma. - Para el desprendimiento y separación de las fibromucosas primeramente incididos por el bisturí.

Jeringas y agujas. - Estas deben ser de tipo estándar de fácil manejo para el Cirujano, por lo general se trabajará con jeringa Carpule con adaptador corto e indistintamente con aguja corta o larga desechables. Las agujas pueden ser de distintos calibres, estos los seleccionará el Cirujano de acuerdo a su técnica de bloqueo.

Separadores. - Son necesarios para mantener apartados los labios para no herirlos.

Escollos y martillos. - Se utilizan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención, o sea la tabla externa de las extracciones del tercer molar retenido. Los escollos se emplean para seccionar dientes en las maniobras de odontosección.

Piña Gubia. - Para realizar la resección del hueso (Osteotomía) pueden ser estas pinzas rectas o curvas, actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre el tejido.

Piezas de mano de Alta velocidad y una de Baja velocidad.-

Para cuando se tienen que hacer perforaciones en el hueso y para librar el diente retenido, o en su defecto para seccionar el molar y para extraerlo, valiendo por supuesto de las piezas de mano y de las fresas quirúrgicas.

Fresas.- La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, pueden usarse las fresas comunes. Estas pueden ser redondas del 5 al 8, de figura la 560 siendo más útiles las fresas quirúrgicas de Schenberg y Allport.

Fresas quirúrgicas.- Redonda del # 5 para osteotomía.

De figura # 5 ó # 6 para odontosección.

Limas de Hueso.- Para eliminar las crestas óseas después de la extracción de un molar.

Pinza Kocher.- Esta destinada en Cirugía para hacer hemostásis, o comprimir una arteria, una vena que ha sido seccionada.

Cuchara para Hueso.- Tienen por objeto eliminar del interior de la cavidad ósea las colecciones patológicas.

Elevadores o Botadores, ya sea rectos o de bandera.-

Forceps # 222.- Según el caso clínico puede elegirse de otro número.

Limas para Hueso (ESCOFIMAS).

Elementos de Sutura:

- a) Pinzas portaguja (o de MOSQUITO)
- b) Aguja e hilo: Existen presentaciones comerciales prácticas y económicas en las cuales ya viene la aguja enhebrada y esterilizada, el calibre es del # 000, y para este tipo de sutura se utiliza la seda dental.

Gasa Estéril.- Las cuales sirven para absorber la sangre al momento del acto quirúrgico, o también para limpiar los instrumentos etc.

2.- TIEMPOS QUIRURGICOS:

1o. INCISION

2o. PREPARACION DEL COLGAJO

30. OSTEOECTOMIA

40. OPERACION PROXIMAMENTE DICHA

50. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OBLA

60. SUTURA

10. 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 inferior retenido.
- b) Tiene que ser firme y de una sola intención.
- c) No 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 o interfiera a las maniobras posteriores.

Por ejemplo: Incisión para terceros molares retenidos con la cara mesial inaccesible, ésta corre sobre la cresta alveolar y festonea la encía vestibular del segundo y primer molar, deteniéndose en el espacio interdentario entre el 1er. y 2o. premolar denominada Incisión de McGowan, siendo la más usual en la actualidad y la que nos reporta mayores beneficios.



20. PREPARACION DEL COLGAJO:

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

INDICACIONES PARA REALIZAR UN COLGAJO:

1. Se practicará colgajo cuando con ello se consiga mejorar la visualización del campo operatorio.
2. El colgajo debe practicarse cuando esté indicada la eliminación de hueso (en este caso sería la extracción en sí del 3er. molar retenido).
3. Se hará colgajo para evitar que los tejidos blandos sean dañados con la instrumentación sobre dientes o hueso.

REQUISITOS PARA UN COLGAJO CORRECTO:

- a) Deberá ser el colgajo lo suficientemente grande para permitir una perfecta visualización y un buen acceso a todas a todas las porciones del hueso que se va a eliminar.
- b) La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un buen aporte sanguíneo a los tejidos reflejados.
- c) Los márgenes del colgajo deberán ser lo suficientemente redondeados, debido a que puede producirse escaras en ángulos pronunciados y puede quedar mal cicatrizado posteriormente.
- d) El colgajo debe incluir todo el hueso-periostio, para que se forme nuevamente el hueso.
- e) 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.
- f) El colgajo se efectuará de tal forma, que cuando se vuelva a su posición original, los márgenes o bordes descanen sobre hueso sano.

Trasada la incisión se hace la hemostasia comprimiendo por breves instantes la región; se toma el periostótomo y se introduce entre los labios obtenidos por la incisión, dirigiéndose de distal hacia mesial y al tocar francamente el periostótomo el hueso y apoyándose en él, se hacen suaves movimientos de lateralidad y de giro del instrumento y desprendiendo el labio bucal de la incisión. El desprendimiento del colgajo se realiza en distantes extensiones, según el tipo de retención de que se trate el caso.

En este dibujo se observa que el colgajo ya se encuentra tra desprendido de la inserción ósea, este tipo de colgajo es muy útil desde el punto de vista quirúrgico y post-operatorio, pues reúne el máximo de condiciones requeridas.



30. OSTEOTOMIA:

Término aplicado a la eliminación del hueso que cubre, protege o aloja al 3er. molar inferior retenido.

Durbeck 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".

Es decir, que usando una fuerza manual excesiva para vencer dicha resistencia, puede tener como resultado la fractura del maxilar o lesiones alveolares graves (y en algunos casos irreversibles) de distinta intensidad.

LA OSTEOTOMIA SE PUEDE REALIZAR CON:

- 1.- Escoplo o Cinceles.
- 2.- Escoplo automático (ya muy poco usado en la actualidad)
- 3.- Fresas quirúrgicas.
- 4.- Con pinza gubia o alveolotomo.

En la osteotomía el grado y cantidad de hueso que debe eliminarse está dado por:

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

4o. OPERACION PROPIAMENTE DICHA: EXTRACCION DEL MOLAR --- RETENIDO.

En este tiempo realizamos en si el objetivo principal de nuestra intervención, es decir, eliminadas las estructuras óseas (RESISTENCIA) procedemos a la extracción del tercer molar inferior retenido, accionando una fuerza ejercida (POTENCIA) sobre el mango del elevador (PALANCA), y recargando firme y apropiadamente (PUNTO DE APOYO) en hueso e introduciéndose en la cara mesial del molar retenido.

A amplios rasgos, 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.

Consecuentemente resulta indispensable no concretarse a una sola técnica o conocimiento, al contrario, hay que tratar -- de manejar varias técnicas o conocimientos para la cirugía de esta pieza, por ejemplo la ODONTOSECCION.

VENTAJAS DE LA ODONTOSECCION.

- a.-) Se disminuye el tamaño del campo operatorio traduciéndose en menor edema post-operatorio.
- b.-) Reduce la cantidad del 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, pues en la ---- extracción se usan elevadores de hoja pequeña que no traumatizan las estructuras peridentarias.
- g.-) El peligro de fractura del maxilar queda muy disminuido -- pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor.
- h.-) En un gran número de casos se disminuye el peligro de ---- lesión sobre el nervio dentario inferior.
- i.-) El método previene la fractura en las tablas alveolares -- externa e interna.

La odontosección puede realizarse de distintas formas:

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

11A: En pacientes de edad avanzada, con huesos hipercalcificados escleróticos, deben complementarse dos técnicas:

La odontosección precedida de la osteotomía.

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

1a.- Sección insuficiente de la corone debido a que la fresa no logra seccionar todo el tejido dentario, y la corona sigue unida a sus raíces por medio de un istmo de esmalte-dentina en cantidad variable y en este caso nos ayudamos de un instrumental llamado disyuntor.

2a.- La fresa puede rebasar los límites de la corone y lesionar las porciones óseas que lo 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.

50. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

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

- 1.- Eliminación quirúrgica del saco pericoronario (fuente de hemorragias, alveolitis, osteitis y eventualmente neoplasias)
- 2.- Raspado 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 obtura la cavidad alveolar, a base de agentes bactericidas o bacterios táticos también los antibióticos son muy eficaces. (los cuales tienen como objetivo:
 - a.-) Combatir la infección (conocido penicilina)
 - b.-) Actúa mecánicamente llenando el alveolo.
 - c.-) Se utiliza como agente hemostático.

60.- FORMA:

En términos generales se hace de la siguiente.

forma:

1.- Se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve---
el colgajo a su sitio original.

2.- Se toma la pinza portaguja con la aguja enhebrada -
y se procede a atravesar primero el colgajo lingual--
y en segundo el colgajo bucal.

3.- Una vez retirada la aguja se practica el nudo quirúr-
gico y se corta.

4.- Dependiendo el caso, se colocaran tantos cuantos pun-
tos sean necesarios.

3.- TECNICAS QUIRURGICAS;

Debido a la gran variedad y capri-
chosas posiciones en las cuales podemos encontrar estas piezas, e
es difícil que existe una técnica general para que podamos reali-
zar la extracción del tercer molar inferior retenido.

Por lo tanto el Cirujano Dentista debe estar capacitado para
aplicar la técnica más adecuada en cualquier caso clínico.

Así como su habilidad, destreza y conocimientos quirúrgicos.

A continuación presentamos algunos ejemplos de algunas técnicas
quirúrgicas de casos que se presentan con más frecuencia, casos
más o menos problemáticos para la extracción del tercer molar--
inferior retenido.

"CASOS CLINICOS"

POSICION VERTICAL, DESVIACION BUCAL, CARA MESIAL INACCESIBLE

Clinicamente: Presenta sólo su cúspide mesiolingual erupcionada (o sea todo el molar está cubierto por mucosa).

El hueso mesial cubre la cara mesial de la corona del 3º, así como el hueso bucal cubre la cara bucal (por desviación).

Y presente las distintas regiones óseas vecinas que cubren parte o totalmente el molar retenido. La cámara pulpar conserva nítidamente su imagen.



Interpretación Radiográfica:

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



TECNICA QUIRURGICA:

- 1.- Se hace la incisión de Magous 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 cubra ésta), y de la cara bucal (lo necesario dejando al descubierto el mayor diámetro del molar), y la cara distal con fresa No. 0, en especial en el ángulo disto-ocluso-bucal. Si fuese necesario se efectúa la odontosección de la cúspide mesiolingual.

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

POSICION DISTOANGULAR: DESVIACION BUCAL, CARA MESIAL ACCESIBLE

CLINICAMENTE:

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

INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

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

TECNICA QUIRURGICA:

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 curvatura que detiene el movimiento.

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



"POSICION PARANORMAL (INVERTIDA ECTOPICA HETEROTOPICA)"

CLINICAMENTE:

Pueden hallarse ubicados 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 relaciones, o apartándose caprichosamente de estos planos, o se ubican en cualquier lugar o sitio de la rama ascendente del ángulo, apófisis coronoides e inclusive cóndilo (casos muy pocos frecuentes). Por lo general se acompañan de procesos patológicos (quistes dentígeros)



INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

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



TECNICA QUIRURGICA:

- 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 pararnormal, y casi siempre es indispensable la odontosección de éste.
- 3.- Extracción del molar retenido. En caso de terceros molares retenidos en pacientes edéntulos se pueden extraer sin efectuar odontosección.

- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.
- 6.- Tratamiento post-operatorio inmediato.
- 7.- Tratamiento post-operatorio mediato.

"MOLARES CON RAICES CONVERGENTES"

Osteotomía para liberar la corona profundizando por distal hasta liberar la retención representada por la curva radicular.

Odontosección con fresa de fisura o de bola, longitudinalmente hasta obtener dos porciones del diente: mesial y distal. Enseguida con fresa de bola eliminar todo lo posible de la porción radicular.

Primero extraeremos la raíz distal luxándola hacia adelante con un elevador curvo. Después continuaremos con la raíz mesial luxándola hacia atrás, apoyándonos en su porción mesial vestibular con un elevador recto o curvo.



"MOLARES CON RAICES DIVERGENTES"

El ángulo óseo triangular inter-radicular es el principal obstáculo.

TECNICA:

Llevaremos a efecto la osteotomía siguiendo el procedimiento anterior. La odontosección con fresa de bola o de fisura para separar el diente en dos porciones: mesial y distal, teniendo precaución de dejar suficientemente amplia la hendidura entre las dos porciones corona-raíz.

Primero luxaremos la raíz mesial por su forma expansiva. Eliminar el triángulo óseo inter-radicular para evitar la retención apical de la raíz mesial y luxarla con elevador recto o curvo en dirección mesial.



CAPITULO VIII.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO :

Sin duda alguna se puede decir que este es uno de los principales pasos para el éxito de nuestra intervención como Mead sostiene, ya que si nosotros no damos las indicaciones, y atención necesaria al paciente, podrían existir consecuencias de otro indole.

1.- TRATAMIENTO INMEDIATO: Una vez terminada la operación procedemos a limpiar la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada.

Se lava la cavidad bucal con un atomizador que contenga 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 putrefacción.

2.- TRATAMIENTO MEDIATO:

- a) Instrucciones al paciente
- b) Medicación
- c) Revisión Periódica

INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

Resulta de buen gusto y sobre todo muy profesional darle a nuestro paciente dichas instrucciones, pues resulta más comodo ya que en la mayoría de los casos los pacientes, lo que más desean es descansar y llegar lo más pronto posible a su domicilio.

Indicaciones para el paciente:

- 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 región operada, ya que el frío reduce la congestión, el edema y la hinchazón de los hematomas, y el dolor post-operatorio.
- 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 se presentara hemorragia mayor de lo normal, el paciente puede utilizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo de gasa esterilizada, sobre la cual mordrá más o menos 30 minutos.
- 6.- La alimentación en las primeras seis horas será líquida: té, caldo tibio, leche, naranjadas, licuados en general, etc.

MEDICACION:

- 1.- Se le receta al paciente analgésicos para combatir el dolor post-operatorio (solo en caso de presentarse).
- 2.- La ingestión de Vitaminas B y B 12 , colaboran para la restitución de tejidos en el proceso de cicatrización.
- 3.- Si hubo procesos 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 recetarán antiinflamatorios también.

REVISION PERIODICA:

- 1.- Se le cita al paciente a las 48 hrs., después de la intervención para ver si no hubo complicaciones, se le practica un lavado sobre el sitio operado y sus vecindades, eliminando así el mal gusto y el mal aliento.
- 2.- Se cita a los 5 días para retirar los puntos de sutura y se proyecta un delicado chorro de agua tibia.
- 3.- Por último, se cita a los tres días después para observar y asegurar el éxito de la intervención.

CAPITULO IX.

COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR DESPUES

DE LA EXTRACCION :

- a) EDEMA
- b) ABSCESOS
- c) HEMORRAGIA
- d) ALVEOLITIS
- e) PERIOSTITIS
- f) OSTEOMIELITIS

EDEMA :

Es una infiltración de un líquido seroso en el tejido subcutáneo. En ocasiones, después de una extracción y sin previo aviso, se inflama la cara del paciente en forma alarmante, la piel se pone tensa y brillante, primero se edematiza el párpado inferior y después el superior.

El proceso se resuelve a menudo en un período de 48 a 72 hrs. pero puede ser que el edema evolucione hacia flemón.

ABSCESOS :

Esta puede ser otra complicación de la extracción dentaria, los abscesos pueden situarse en lugares distintos, ya sea en el maxilar superior o en la mandíbula, pueden ser abscesos mucosogingivales, cutáneos o subperiósticos.

En el maxilar superior se forman abscesos palatinos y del seno maxilar, y en la mandíbula se forman abscesos en el piso de la boca pudiendo ser benignos o graves como flemón séptico.

Tratamiento : Nuestros esfuerzos serán encaminados a la debridación y canalización.

HEMORRAGIA :

En la salida de sangre de los vasos, ya sea por diapedesis a través de las paredes íntegras o debido a alguna enfermedad, o por rotura a través de las paredes lacradas a causa de alguna lesión traumática.

Hemorragia Inmediata .- Se presenta inmediatamente después de la primera pérdida de sangre.

Hemorragia post-extracción .- Puede ser de origen arterial, venoso o capilar. La pérdida de sangre puede deberse a trastornos locales o generales.

La hemorragia primaria puede ser causada por un enjuague precoz o vigoroso de la boca, por un chupeteo constante con expectoración de sangre.

La hemorragia secundaria se debe con frecuencia a la formación deficiente o a la infección del coágulo.

Tratamiento :

El tratamiento de la hemorragia primaria en Cirugía bucal se realiza por dos procedimientos: uno instrumental que tiene su aplicación en la ligadura del vaso que sangra.

El otro procedimiento es cuando se limpia la zona de la extracción mediante solución salina para extraer de la herida todos los fragmentos sueltos de hueso y de diente, y se intentará mediante presión, para detener la hemorragia.

Con un trozo de gasa esterilizada se coloca en la zona de la extracción y se pide al paciente que muerda con presión firme y continua durante 10 a 15 minutos si se ha conseguido cohibir la hemorragia, el paciente puede abandonar el consultorio pero deberá mantener mordida una nueva torunda o escupir durante 24 hrs.

En la hemorragia secundaria su tratamiento se realiza por métodos locales y métodos generales.

Métodos locales : Se realiza un taponamiento a presión con gasa estéril o con medicamentos.

Métodos generales : Se tratará de reemplazar la sangre perdida con una inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos anticonagulantes, ergotina, conglutina.

ALVEOLITIS :

Es una infección mixta y puede ser pútrida o séptica, también se le conoce con los nombres de osteitis alveolar o alveolo seco. La alveolitis está caracterizada por la descomposición pútrida del coágulo encontrando las paredes alveolares sin tejido de granulación.

Los síntomas de la alveolitis se presentan del segundo o tercer día, persistiendo algunas veces hasta 30 días.

Este es uno de los accidentes más molestos y dolorosos de la exodoncia, que se puede evitar procurando realizar nuestra operación con toda la preocupación y la limpieza posible.

Tratamiento :

Consiste en la limpieza del alveolo lavándolo con alguna substancia antiséptica secándolo perfectamente e introduciendo un apósito de cemento quirúrgico presionándolo hacia el fondo del alveolo con los dedos.

PERIOSTITIS:

Es un estado inflamatorio pútrido del periostio esta puede ser: aguda o crónica, localizada o difusa.

El proceso inflamatorio del periostio es muy semejante al de cualquier otro tejido, la diferencia de que el periostio contiene una cantidad mucho mayor de tejido conectivo, y que durante la evolución del proceso inflamatorio se observa la presencia de osteoblastos y osteoclastos.

Por lo general la periostitis puede ser diagnosticada por la irregularidad del periostio que se observa en la radiografía y que consiste en un abultamiento del hueso una línea irregular del periostio. El pronóstico es casi siempre favorable.

OSTROMIEELITIS:

Es una inflamación pútrida de la médula ósea que puede ocurrir en forma aguda o crónica.

Los microorganismos que producen esta enfermedad son: el estafilococo, estreptococo, neumococo y rara vez el bacilo coli común.

El microorganismo que con más frecuencia

produce la **osteomielitis** en el estafilococo dorado.

La infección puede ser, por una extracción dentaria en período de inflamación aguda, así el peligro empieza desde la infiltración de cualquier líquido anestésico. Los síntomas generales de una osteomielitis son: inflamación de la cara que en ocasiones impide abrir la boca, dolor a la presión, tumefacción y supuración.

El tratamiento se basa en procedimientos de incisión y drenaje y en el cultivo y antibiograma del material extraído.

CONCLUSIONES

Es de suma importancia que el Cirujano Dentista conozca con anterioridad la zona por operar por medio de una serie radiográfica, como también será indispensable tener el instrumental necesario para la remoción ósea y separación de tejidos blandos.

Con el estudio radiográfico que se obtenga se podrá determinar el tipo de técnica por emplear y la cantidad de tejido óseo por eliminar.

Otro punto importante dentro de la Cirugía es el de preparar al paciente con anterioridad a la intervención, haciéndole ver la importancia que tienen estas piezas y los trastornos que pueden ocasionar si no se hace la extracción a tiempo, ya que la mayoría de los pacientes ignoran este aspecto.

Así mismo deberá efectuarse una Historia Clínica y Análisis de laboratorio, en todo tipo de intervención quirúrgica, ya que por medio de estos valoraciones el estado general del paciente.

Se debe considerar que la capacidad del Cirujano Dentista y la colaboración del paciente son requisitos indispensables para obtener resultados favorables y así mismo llevar al paciente a una total recuperación.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
5a Ed. Tomo 1
Edit. Buenos Aires.
- 2) Tratado de Cirugía Bucal
Walter C. Gurselnick.
- 3) El Tercer Molar Inferior Retenido.
Ries Centeno Guillermo
Edit. El Ateneo Buenos Aires Argentina.
- 4) Salcido García Juan F. Dr.
Apuntes de Patología Bucal Dental impartidos en la Facultad Nat. de Odontología. U.N.A.M.
- 5) "Manual de Anestesia Local en Odontología"
Wintrop, Products, Inc.
Nueva York, U.S.A.
- 6) Cirugía Bucal
Edward V. Zegarelli
Edit. Salvat, S.A.
Barcelona España.
- 7) Cirugía Bucal
W. Harry Archer.
Edit. Mundi. S.A.
Buenos Aires Arg. 1968