



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TERCEROS MOLARES  
INCLUIDOS

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FLORECITA SALAZAR GONZALEZ



MEXICO, D. F.

1984



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.

## I N D I C E

### INTRODUCCION

- I.- ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL
- II.- ANATOMIA
- III.- HISTORIA CLINICA
- IV.- ESTUDIO RADIOGRAFICO
- V.- ESTUDIO DE LABORATORIO
- VI.- TECNICAS ANESTESICAS
- VII.- INSTRUMENTAL
- VIII.- TRATAMIENTO PREOPERATORIO
- IX.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS
- X.- TECNICAS QUIRURGICAS
- XI.- TRATAMIENTO POSOPERATORIO

### CONCLUSIONES

### BIBLIOGRAFIA

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

Para todo cirujano dentista de práctica general, es de suma importancia conocer la extracción quirúrgica de los terceros molares incluídos, ya que se presentan con frecuencia en nuestro consultorio.

En la mayoría de los casos, el paciente está mal informado acerca de ésto, ya que acude a nosotros cuando estos molares empiezan a causar alguna molestia.

El paciente debe poner todo de su parte para llegar con éxito a la extracción.

El llevar a cabo una extracción correcta de éstos molares es necesario tener una historia clínica completa y minuciosa; estudios de laboratorio y una serie radiográfica adecuada de acuerdo al caso y así poder llegar a un diagnóstico certero; al igual que salir adelante en cualquier complicación que se presente durante la intervención.

El acto quirúrgico de la extracción se hará tomando en cuenta las distintas técnicas y se elegirá la más adecuada para cada caso con lo que se tratará de traumatizar lo menos posible al paciente.

## ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL.

## ASPECTOS GENERALES DE LA CAVIDAD BUCAL

La boca es parte del aparato digestivo y está formada por:

- a) Un tubo largo muscular que comienza en labios y termina en el ano.
- b) Varias glándulas voluminosas situadas fuera del tubo digestivo (salivales, hígado, vesícula biliar y páncreas).

Las partes del aparato digestivo son: boca, farínge, esófago, estómago y los intestinos delgado y grueso.

La función del aparato digestivo es tomar de los alimentos ingeridos los metabolitos necesarios para el desarrollo y mantenimiento del organismo.

**Cavidad Bucal:** Está revestida por epitelio estratificado plano y presentan gránulos de queratina. El techo de la boca está formado por paladar duro y paladar blando. El paladar blando es un músculo estriado esquelético y el duro descansa en tejido óseo.

**Labios:** Constituidos por fibras musculares estriadas y tejido conectivo fibroelástico. Están cubiertas de piel, que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

**Mejillas:** Están revestidas por epitelio grueso del tipo plano estratificado no queratinizado, constituyendo papilas elevadas.

**Lengua:** Compuesta de músculo estriado, dispuesto -

en tres planos. La mucosa que reviste la superficie dorsal -- comprende dos partes, una que cubre el cuerpo de la lengua; y la otra, que cubre la raíz de la lengua.

La mucosa contiene papilas de tres tipos:

- a) Filiformes
- b) Fungiformes
- c) Calciformes

Dientes: Se encuentran insertados en los huesos del maxilar y la mandíbula respectivamente.

Dentina: Los odontoblastos forman dentina, que comprende fibras colágenas, llamadas fibras de Korff. La dentina limita a pequeños conductos llamados túbulos dentinarios. La colágena constituye el 90% de dentina, 10% de fosfoproteína, con pequeñas cantidades de glucoproteína y mucoproteína.

Esmalte: Los ameloblastos producen esmalte, está constituido por una matriz que posee proteína y carbohidratos, con fosfato de calcio en forma de apatita. Los extremos de los ameloblastos reciben el nombre de prolongaciones de Thomes.

Membrana periodóntica: Se desarrolla del mesénquima del saco dental que rodea al diente en desarrollo, está formado por haces gruesos de fibras colágenas.

Pulpa: Es un tejido conectivo que proviene del mesénquima de la papila dental, ocupa cavidades pulpares de los canales radiculares.

Glándulas Salivales: Son tres: Parótida, Submaxilar y Sublingual. La saliva es la secreción mezclada de todas las glándulas salivales, contiene sales, gases y material orgánico (ptialina, amilasa salival y maltas) y mucina.

**Parótida:** Incluida entre la apófisis mastoides y la rama ascendente de la mandíbula, se extiende debajo del arco cigomático y de la glándula, su conducto de Stenon atraviesa al músculo biccinador a nivel del segundo molar superior.

**Submaxilar:** Situada contra la cara interna del cuerpo de la mandíbula y su conducto de Wharton se abre adelante de la lengua por detrás de los incisivos inferiores.

**Sublingual:** Situada debajo de la mucosa del piso de la boca, sus secreciones se vacían por el conducto de Rivinus.

**Faringe:** Sirve de paso a los aparatos respiratorio y digestivo y consta de tres partes:

**Faringe Nasal:** Situada encima del nivel del paladar blando.

**Faringe Bucal**

**Faringe Laríngea:** Va desde el nivel del hioides hasta es esófago.

**Amígdalas Palatinas:** Son masas ovoides de tejido linfático que se extiende entre los arcos glosopalatino y faringopalatino.

**Esófago:** Es un tubo rectomuscular que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Su función es transportar el alimento de la boca al estómago.

**Estómago:** Tiene función de suministrar líquidos digestivos al bolo alimenticio para licuarlo e iniciar la digestión, que es efectuada por el jugo gástrico.

Este jugo contiene tres enzimas (pepsina, rennina, y lipasa) ácido clorhídrico y moco.

**Intestino Delgado:** Tiene forma de herradura alrededor de la cabeza del páncreas, se continúa con el yeyuno y termina en el íleon.

**Intestino Grueso:** Está formado por: Ciego, apéndice, colon ascendente, transverso, descendente, pelviano y recto; terminando en el ano.

## ANATOMIA.

## A N A T O M I A

Huesos de la cabeza: La cabeza consta de cráneo y cara; protege al encéfalo y a los órganos de la vista, gusto, oído, olfato y sostiene a los dientes en posición firme al cráneo.

El cráneo ocupa la parte superior y posterior de la cabeza; es una caja destinada a alojar y proteger la parte más noble del eje nervioso central, al encéfalo.

El cráneo está constituido por ocho piezas óseas.

De estos ocho huesos tenemos cuatro impares situados en la línea media. Se llaman: occipital, frontal, etmoides y esfenoideas.

Cuatro pares: Dos temporales y dos parietales.

Existen también un gran número de huesitos supernumerarios que se encuentran accidentalmente entre los diversos huesos del cráneo.

La cara se encuentra en la parte inferior y anterior del cráneo. Está constituida de 14 huesos que se reúnen alrededor de uno solo de ellos, el maxilar, como centro común, el hueso Vómer y la mandíbula impares; los demás son pares, y están dispuestos simétricamente a cada lado de la línea media y son: maxilar, pómulos o huesos malar, unguis, cornetes inferiores, huesos propios de la nariz y palatinos.

Solo describiremos el maxilar y la mandíbula ya que nos son de suma importancia.

**Maxilar:** Es de forma cuadrangular, presenta dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y senos maxilar.

**Cara Interna:** Presenta la apófisis palatina, forma parte del piso de las fosas nasales y la bóveda palatina.

**Cara Externa:** Presenta la foseta mirtiforme, donde se inserta el músculo mirtiforme.

**Borde Anterior:** Forma el orificio anterior de las fosas nasales y borde superior de la rama ascendente.

**Borde Posterior:** Constituye la tuberosidad del maxilar.

**Borde Superior:** Se articula en el unguis, etmoides.

**Borde Inferior:** Presenta alveolos dentarios.

**Mandíbula:** Presenta un cuerpo y dos ramas, el cuerpo tiene dos caras y tres bordes, las ramas tienen forma cuadrangular, tienen dos caras y cuatro bordes.

**Cara Anterior:** Presenta la sínfisis mentoniana. Hacia afuera y hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano, donde salen nervio y vasos mentonianos.

**Cara Posterior:** Presenta la apófisis geni, y fuera de la apófisis presenta la foseta sublingual donde aloja la glándula sublingual.

**Borde Inferior:** Presenta las fosetas digástricas.

**Borde Superior:** Presenta la apófisis interdientarias.

**RAMAS:**

**Cara Externa:** Se inserta el músculo macetero.

**Cara Interna:** Presenta el orificio superior del con-

ducto dentario.

Borde Anterior: Forma la hendidura vestibulocigomático.

Borde Posterior: Están en relación con la glándula parótida.

Borde Superior: Presenta la escotadura sigmoidea entre la apófisis coronoides y el cóndilo.

Borde Inferior: Forma el arco de la mandíbula.

#### MUSCULOS MASTICADORES

Temporal: Este ocupa la fosa temporal, de la que toma su forma y dimensiones. Es un ancho abanico, cuya base se halla dirigida arriba y atrás, y cuyo vértice corresponde a la apófisis coronoides de la mandíbula.

Se inserta por arriba; en la línea temporal inferior; en toda la extensión de la fosa temporal situada por debajo de la línea temporal inferior; en la cara profunda de la aponeurosis que lo cubre, pero sólo en sus dos tercios superiores; en la parte media de la cara interna del arcocigomático, por algunos fascículos de desarrollo muy variables y también en la cara anterior del tendón de origen del músculo masetero.

Es apalanado de afuera a dentro, el músculo temporal presenta dos caras, una interna y otra externa y tres bordes que se distinguen en superior, anterior y posterior.

La aponeurosis temporal es una lámina fibrosa muy resistente, brillante y nacarada, que tiene la misma forma gene-

ral del músculo que envuelve.

Eleva y dirige hacia atrás la mandíbula.

Macetero: Es un músculo corto, grueso, de forma cuadrilátera, situado en la cara externa de la rama ascendente de la mandíbula.

Este músculo está constituido por dos fascículos claramente visibles si se examinan por la cara externa, los cuales se denominan: Fascículo superficial o anteroexterno y --- Fascículo profundo o posterointerno.

El macetero, tiene dos caras, una interna y otra externa y cuatro bordes que son: superior, inferior, anterior y posterior.

Su aponeurosis es cuadrilátera como el músculo que cubre y se inserta por arriba en la cara externa del arco cigomático; por abajo, en el borde inferior de la mandíbula y por -- atrás en el borde parotídeo del mismo hueso. Por adelante esta aponeurosis circunda el borde anterior de la apófisis coronoides y en parte en el borde anterior y la cara externa de la rama de la mandíbula.

El macetero eleva a la mandíbula.

Pterigoideo Interno: Se encuentra por dentro de la rama del maxilar, el pterigoideo interno es un músculo grueso, de forma cuadrilátera, que se extiende de la apófisis pterigoideas al ángulo de la mandíbula.

Toma origen por arriba en toda la extensión de la fo-

sa pterigoidea, es decir, en la cara externa del ala interna - de la apófisis pterigoides, en la cara interna de su ala externa, en el mismo fondo de la fosa, debajo de la fosita escafoidea y de la inserción del músculo periestafilino externo, y - por último, en la cara posterior de la apófisis piramidal del palatino.

Está profundamente situado entre el esqueleto facial y la porción superior del conducto digestivo.

Es un músculo que eleva a la mandíbula y ayuda a los movimientos de lateralidad.

**Pterigoideo Externo:** Se encuentra por afuera del pterigoideo interno, se aloja en la fosa cigomática. Es un ancho abanico, la base corresponde a la base del cráneo y el vértice ocupa la parte interna de la articulación temporomandibular.

Tiene dos fascículos de origen en la base del cráneo un fascículo superior esfeoidal y otro inferior o pterigoideo.

Cada músculo pterigoideo está rodeado de una delgada aponeurosis de envoltura, como todos los músculos. Además existe entre ellos una hoja fibrosa, la aponeurosis interpterigoidea.

Además esta hoja importante tiene dos hojas: la aponeurosis pterigote y una hoja vascular.

El músculo pterigoideo externo, tiene constantemente un punto fijo en el cráneo y el móvil en el cóndilo de la mandíbula.

Cuando se contraen los dos originan que la mandíbula

desplace hacia adelante y la contracción de uno sólo origina movimientos de lateralidad.

**Nervio Trigémino:** Este es un nervio mixto, es sensitivo y motor, sus filetes sensitivos inervan a la cara y la mi tad anterior de la cabeza; sus filetes motores inervan los mús culos masticadores.

**Origen aparente:** Está unido a la cara inferior de la protuberancia anular por dos raíces, una gruesa que es la sensitiva y una delgada que es la motora.

El origen real del trigémino motor o nervio masticador tiene dos núcleos uno principal que se encuentra profundamente situado en la protuberancia, algo por encima del núcleo facial; el otro accesorio que se encuentra en el lado interno del tubérculo cuadrigémino anterior.

El trigémino sensitivo que es la raíz gruesa con su ganglio de Gasser, que es una masa de substancia nerviosa colocada en una depresión que ocupa la cara anterior del peñasco del hueso temporal.

Se origina en el cavum de Meckel a partir del ganglio de Gasser en el cual llegan las tres ramas el nervio oftálmico, el maxilar y el mandibular después de un largo trayecto.

**Nervio Oftálmico:** Se divide en tres ramas que son: - Nervio Nasal, Nervio Frontal y Nervio Lagrimal.

**Nervio Nasal:** Llamado también nasociliar, penetra a la órbita por la parte ancha de la hendidura esfenoidal y pasa por el anillo de Zinn y se divide en dos ramas terminares que-

son: Nervio nasal interno y nervio nasal externo, los cuales se distribuyen por la piel de la nariz hasta la punta, donde constituye el nervio nasolobar.

El nervio frontal penetra en la órbita por la parte más ancha de la hendidura esfenoidal por fuera del anillo de Zinn y del patético, sale por el agujero supra-orbitario distribuyéndose por la frente y el cuero cabelludo, hasta llegar al vértice de la cabeza, así como por el seno frontal y a la piel que cubre el párpado superior.

El nervio lagrimal, penetra en la órbita y se distribuye por la glándula lagrimal, la conjuntiva y la piel que cubre la parte externa del párpado superior.

Nervio Maxilar: Se divide en seis ramos que son: - Ramo Meníngeo, Ramo Orbitario, Nervio Esfeno-palatino, Ramos Dentarios Posteriores, Nervio Dentario Medio y Ramo Dentario Anterior.

Ramo Meníngeo Medio: Se desprende en la porción intracraneal del nervio y va destinado a la duramadre.

Ramo Orbitario: Nace en plena fosa pterigomaxilar, atraviesa la hendidura esfenoidal, anastomosándose con un ramo del nervio lagrimal; de esta asa anatómica nacen filetes lagrimales para la glándula lagrimal.

Nervio Esfeno-palatino: Pasa por un lado del ganglio esfenopalatino al cual está íntimamente ligado y se proporciona algunos ramos anastómóticos; se divide en numerosas ramas terminales destinadas a la órbita, emite los nervios nasales superiores, los nervios nasopalatinos, pterigopalatinos, palatino anterior, palatino medio y palatino posterior.

Ramos dentarios posteriores: Que en número de dos o tres, se introducen por los agujeros dentarios posteriores que se encuentran en la tuberosidad del maxilar y forman, anastomosándose por encima de los molares y premolares, un plexo - dentario que proporciona los ramos de las raíces de todos los molares superiores, al hueso maxilar y su mucosa.

Nervio dentario medio, que nace dentro del canal infraorbitario, desde ahí desciende hasta el plexo dentario donde se confunde con los dentarios posteriores.

Ramo dentario anterior, nace en el conducto infraorbitario y se introduce por las raíces de los incisivos y caninos.

El nervio infraorbitario se divide a su salida del conducto infraorbitario en numerosas ramas destinadas a innervar el párpado inferior, los labios y fosas nasales.

Nervio Mandibular: Este se divide en 4 ramas que son: El nervio temporo-bucal, el nervio temporal profundo, medio, el nervio temporo-masetérico y el nervio lingual.

Nervio Mandibular: Se divide en dos ramas, anterior y posterior.

Las ramas del tronco terminal anterior son tres:

El nervio temporobucal pasa entre los dos haces del músculo pterigoideo externo y se divide en nervio temporal profundo anterior destinado a la parte anterior del músculo temporal y el nervio bucal que es sensitivo, desciende por detrás de la tuberosidad del maxilar y se distribuye por la piel y la mucosa de las mejillas.

El Nervio Temporal Profundo Medio, se dirige hacia -- afuera entre el pterigoideo y el ala mayor del esfenoides y -- termina en la parte media del músculo temporal.

El Nerio Temporo-masetérico, destinado a inervar el músculo lasetero y parte posterior del músculo temporal, de -- donde deriva una rama para la articulacion temporo-mandibular.

Las ramas del tronco terminal posterior son cuatro:

El tronco común de los nervios del pterigoideo interno, el peristafilino externo y del músculo del martillo.

Nervio Dentario Inferior, que es el más voluminoso, se dirige hacia abajo, alcanza el orificio dentario inferior -- junto a la espina de Spix, camina por el conducto dentario jun to con los vasos hasta el agujero mentoniano, terminando a su salida dando ramas para la región mentoniana y el ramo incisivo; dentro del conducto dentario emite ramas destinadas a los molares, premolares y caninos.

Nervio Lingual: El cual después de recibir una anas tomosos facial llamada nervio de la cuerda del tímpano, se coloca bajo la mucosa gingivo-lingual por encima de la glándula y del ganglio submandibular y sublingual por intermedio de los ganglios nerviosos.

#### Función del Nervio Trigémino:

El nervio oftálmico recibe y transmite la sensibilidad de la piel y de la región frontal y párpado superior; da -- sensibilidad a la mucosa de las fosas nasales, es decir, del -- canal infraorbitario, senos frontales, esfenoidales y etmoidales, así como del globo ocular; transporta fibras vegetativas-

tomadas del facial para la secreción lagrimal y del motor ocular común para la dilatación de la pupila y la vasomotricidad del globo ocular.

Por intermedio del nervio maxilar recibe y transmite la sensibilidad de la piel de la mejilla, párpado inferior, ala de la nariz y labio superior; transmite la sensibilidad de la mucosa de la parte inferior de las fosas nasales y zona respiratoria, la de los dientes del maxilar así como de las encías. Las fibras vegetativas tomadas del nervio facial para las secreciones lagrimal y nasal.

El nervio mandibular recoge la sensibilidad de la piel de la región temporal, de la mejilla y del mentón. Sus ramas profundas llevan la sensibilidad de la mucosa bucal, cara interna de las mejillas, encías, labio inferior, la región anterior de la lengua, dientes y de la mandíbula. Lleva fibras sensitivas tomadas del nervio facial para la sensibilidad gustativa de la punta y bordes de la lengua; los músculos de la mímica. El nervio mandibular es el nervio masticador; inerva los músculos que realizan esta función.

El territorio del nervio mandibular corresponde a la mandíbula, con excepción de la región del ángulo de la mandíbula que recibe su inervación supervicial del plexo cervical superficial hacia atrás; el territorio del mandibular está limitado tanto en la región temporal como a nivel de la nuca por el del segundo par raquídeo; en resumen: le corresponde la inervación sensitiva de la región temporal, del trago y del lóbulo de la oreja, de la mejilla, labio inferior, mentón, la mu

cosa de la mejilla, encías de los dientes inferiores y la muco  
sa de la lengua,

## HISTORIA CLINICA.

## HISTORIA CLINICA

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información:

**Molestia Principal:** Se registran sucintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

**Padecimiento Actual:** La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas. El paciente raramente describe su padecimiento clara, concisa y cronológicamente como empezó y como ha evolucionado. Tampoco describe adecuadamente los síntomas en lo que respecta a la localización, tipo, regiones de irradiación, duración, relación con otras funciones, respuesta a las medicinas domésticas o prescritas y el estado actual.

### Generalidades:

Nombre, dirección, sexo, edad, raza, estado civil, ocupación, fecha de nacimiento, número de expediente.

**Admisiones Previas:** Fecha, diagnóstico, terapéutica, otros datos de importancia.

**Molestia Principal:** Manifestaciones existentes y duración de las mismas.

**Padecimiento Actual:** Anótese la evolución cronológica del padecimiento principal, principiando con la fecha de la iniciación previa a la actual admisión. Inclúyase la descripción del principio de las causas que lo originaron y las influencias ambientales. En los casos indicados, defínase los síntomas en función de calidad, severidad, duración, irradiacio--

nes, así como continuidad o intermitencia. Mencionése los factores que agravan y los que alivian. Menciónese (o bien descártense) los datos positivos o negativos de importancia que sean compatibles con las distintas enfermedades que se tomarán en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial. Anótese los datos en cuanto a la pérdida de peso, apetito y fuerza física. - Escribese un comentario acerca de lo fidedigno de las aseveraciones del sujeto interrogado.

**Antecedentes Familiares:** Estado de salud actual o reada a su muerte y causa de la misma, de los padres, y hermanos. Obténgase informes acerca del padecimiento que haya sufrido -- cualquier paciente que pudiese afectar al paciente en forma hereditaria o por conducto: accidentes infecciosos, enfermedades mentales, neoplasias, enfermedades metabólicas, trastornos endocrinos, padecimientos cardiovasculares o renales, alergias.

**Antecedentes Maritales:** Duración. Edad y estado -- de salud del esposo (a) y niños, en caso de que vivan, o causa y edad al momento de la muerte. Matrimonios previos, embarazos, abortos, o productos muertos, grado de compatibilidad.

**Residencia y Ocupación:** Menciónese las localidades en que haya vivido el paciente. Especifíquese las distintas ocupaciones del paciente, (los posibles peligros físicos o mentales derivados de las mismas) y sus referencias ocupacionales.

**Antecedentes Sociales:** Educación, hogar y medio ambiente, situación económica, número de dependientes.

**Antecedentes Patológicos:** Fiebre reumática, escarlatina, amigdalitis, difteria, pleuresía, neumonía, malaria, tu

berculosis, sarampión, tos ferina, parotiditis, infecciosa, ictericia. Contactos: alergia.

Enfermedades Venéreas: En los hombres, investíguense síntomas específicos, signos y el nombre de la enfermedad.- En los pacientes de sexo femenino interroguense o investíguense terapéuticas previas.

Accidentes: Fechas de los mismos y transtornos residuales o invalidez.

Operaciones: Fecha, diagnóstico, procedimiento, nombre y dirección del hospital y del cirujano, complicaciones y resultado.

Servicio Militar: Arma, fecha, localidad, grado al darse de alta y baja, enfermedades durante el servicio, invalidez debida a servicio, compensaciones consecuentes.

Interrogatorio por Sistemas:

Cabeza: Traumatismos, cefalea, dolor sinusal.

Ojos: Visión, Dolor, Inflamación, anteojos, diplopía.

Oídos: Dolor, audición, exudado, zumbido de los oídos, dolor mastoideo.

Nariz: Olfato, traumatismos, obstrucción, renorrea, epistaxis, goteo post-nasal, resfriados, estornudos.

Boca: Sistomatología referida a dientes, labios, encías y lengua, transtornos del gusto.

Garganta: Adenitis, bocio, determinaciones del metabolismo basal.

Cardiorespiratorio: Dolor en tórax, palpitaciones, disnea, tos, hepatitis, ortopnea, edema, resfriados, asma, ex-

pectoración, sudoración, sofocación por cuerpo extraño.

**Aparato Digestivo:** Flatulencia, náuseas, vómito, malestar, dolor, disfagia, hematomesis, melena, cólicos, ictericia, hemorroides, costipación, diarrea, empleo de antiácidos, eructos, distensión por gases. Relación de la sintomatología con la ingestión de alimentos, tipo y cantidad de éstos.

**Aparato Genitourinario:** Disuria, poliuria, frecuencia de las micciones, hematuria, piuria, nicturia y volúmen de la misma, oliguria, anuria, goteo postmiccional, incontinencia, cólicos.

**Ciclo Mestrua**l: Menarquia, fecha del último periodo, regularidad, duración y cantidad; color asociado, cefalea asociada, leucorrea, otras anormalidades, edema, síntomas menopáusicos.

**Sistema Neuromuscular:** Temperamento, memoria, preocupaciones, nerviosismo, conflictos emocionales, vértigo, lipotimias, trastornos sensoriales, neuralgias, contracciones musculares, zonas de anestesia, parestesias, ataxia, convulsiones dolores musculares o articulares, atrofas o alteraciones musculares, deformidades.

**Sistema Endocrino:** Hambre excesiva, pérdida de apetito, sed, cambio de voz, habla, color o textura de la piel, potencia sexual, peso, ciclo menstrual, visión, mentalidad, pérdida de cabello, anormalidades del crecimiento, somnolencia, trastornos del sueño, sensibilidad a la temperatura ambiente, cefaleas, convulsiones, astenia notable, lactancia.

**Sangre:** Antecedentes de anemia y trastornos hematólogicos o tendencias hemorrágicas.

Hábitos: Alimentación y todos los detalles correspondientes a la misma, sueño, tabaquismo, ingestión de té, café, bebidas alcoholicas, medicamentos y narcóticos.

Peso: Medio; cifra y fecha del peso máximo, peso actual; pérdida de peso en función de tiempo.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

## ESTUDIO RADIOGRAFICO

La función de la radiografía dental es ayudar a establecer un diagnóstico completo.

Para interpretar adecuadamente la película, el profesional debe tener conocimiento de la apariencia radiográfica de las estructuras anatómicas normales y estar familiarizado con las modificaciones que tienen lugar como resultado de los diferentes tipos de desviaciones patológicas.

Para ayudarnos a obtener una buena interpretación - debemos hacer uso de un negatoscopio.

La radiografía es un informe sobre una película fotográfica de densidades radiolúcida y radiopaca. Es un cuadro bidimensional de un objeto tridimensional y carece de una perspectiva de profundidad.

El uso de la radiografía está definitivamente indicado en dientes retenidos, supernumerarios y no erupcionados, quistes, raíces, y cuerpos extraños, caries, lesiones periapicales, abscesos, granulomas, hipercementosis, perlas, nódulos y fracturas.

La localización por medio de radiografías dentales debe ser interpretada por comparación de vistas tomadas de distintos ángulos de proyección.

Los tipos de exámenes radiográficos dentales usados en la localización son los siguientes: periapical, oclusal -- sección transversal y maxilar lateral, cabeza lateral, postero anterior.

Muchas ocasiones es necesario, en las localizaciones

que la película periapical sea suplementada con ciertos tipos de exámenes radiográficos.

ESTUDIO DE LABORATORIO.

## ESTUDIOS DE LABORATORIO

Los estudios de laboratorio que se solicitan habitualmente tienen dos fines. Con su interpretación, el dentista puede ayudarse para llegar al diagnóstico clínico correcto y ser capaz de resolver situaciones delicadas que puedan hacer dificultosa la operación,

La serie completa de radiografías dentales puede complementarse con otras oclusales y de mordida como así también extrabucales.

Estas radiografías ayudan a relacionar el problema dental con las demás estructuras importantes de cabeza y cuello.

El exámen de sangre y orina se pide obligatorio a todos los pacientes que van a ser operados. Con ellos se puede descubrir una enfermedad oculta general, la cual transforma a un paciente de "buen riesgo quirúrgico" en otro en el cual aún una operación mínima puede poner en peligro la vida.

Para el exámen de orina se deberá emplear una muestra reciente. Obsérvese el color y aspecto; investigúese el pH, la densidad, y la glucosa. Examínese el sedimento no teñido después de centrifugar una muestra de orina durante 5 minutos. Si existen bacterias, obsérvese la motilidad y sus características tintoriales en el colorante de Gram.

Para el exámen de sangre, se hará un recuento de eritrocitos o hematocrito, número de leucocitos, hemoglobina, recuento diferencial y velocidad de sedimentación globular; en -

los pacientes con anemia, deberán observarse las cifras del hematocrito.

El hematocrito expresa el porcentaje de glóbulos rojos en relación con el plasma, después de haber centrifugado la sangre.

**TECNICAS ANESTESICAS.**

## TECNICAS ANESTESICAS

## Preparación del paciente:

Después de tomar una historia clínica cuidadosa y antes de inyectar el anéste-sico local, se hacen algunos comentarios informales al paciente, asegurándole que el procedimiento será indoloro. Se ajusta el sillón para colocar al paciente - en posición intermedia; se estudia la topografía de las estructuras que van a anesthesiarse por medio de la palpación y observación. El área de la inyección se limpia con gasa estéril y se aplica un antiséptico en el área. Nunca deben aplicarse -- inyecciones en una cavidad bucal sucia. Si es necesario, debe administrarse tratamiento profiláctico. Si el sitio de inserción de la aguja no puede mantenerse seco a causa de un flujo-abundante de saliva, se colocan rollos de gasa en los fondos - de saco de los vestíbulos bucales por encima del conducto --- submaxilar.

## Instrumental:

La jeringa de cartucho, goza de una aceptación casi-universal y exclusiva. Sus aditamentos más recientes consisten en la posibilidad de cargarse lentamente y la adición de - un dispositivo para aspiración. Las jeringas de vidrio han si-do desplazadas por las jeringas plásticas, esterilizadas y desechables.

Las agujas de acero inoxidable disponibles en la actualidad, eliminan un grado considerable el riesgo de roturas. Se necesitan dos tipos de agujas para aplicar inyecciones en - odontología: Las agujas del número 23, de 41 mm, para inyec--

cion profunda, y las de los números 25 y 27 de 25 mm, para inyecciones suprapariólicas.

En la actualidad no existe una lista completa de normas respecto a las agujas, cartuchos y jeringas usados en odontología.

Bloqueo de los nervios Palatino Anterior y Esfenopalatino.

Nervio Infraorbitario:

Anatomía: Este nervio es continuación directa del nervio maxilar. Se introduce en la órbita a través de la hendidura esfenomaxilar y corre en el piso de la misma. Primero en el surco y luego en el canal infraorbitario y se distribuye por la piel, el párpado inferior, la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como la mucosa del vestíbulo nasal.

Técnica: Se palpa con el dedo medio la porción media del borde inferior de la órbita y luego se desciende cuidadosamente cerca de un centímetro; por debajo de este punto, donde por lo general se palpa el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario, manteniendo el dedo medio en el mismo lugar, se levanta con el pulgar y el índice el labio superior y con la otra mano se introduce la aguja en el repliegue superior del vestíbulo oral y se deposita la anestesia de 2 a 3 milímetros.

Indicaciones: Intervenciones quirúrgicas en el lugar del nervio infraorbitario.

Extracciones complicadas con resección de colgajo so

bre uno o varios incisivos o caninos.

Extirpación de quistes radicales o granuloma dentario.

#### Nervio Dentario Posterior:

Anatomía: Estos nervios nacen del nervio maxilar superior en la fosa pterigo-maxilar, antes de la entrada al conducto infraorbitario. Recorren la tuberosidad del maxilar y penetran por orificios situados en la tuberosidad de 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo distocervical del tercer molar superior.

Los nervios dentarios posteriores se anastomosan con los dentarios medios y anteriores; inervando, primero, segundo y tercer molar superior.

Técnica: La función se realiza en el fondo del surco vestibular, a nivel de la raíz distal del segundo molar. Después de que la aguja se ha introducido se deposita la anestesia, la aguja debe penetrar 2 cm.

#### Ramas Alveolares Superiores, Nervio Palatino Anterior y Nasopalatino:

Anatomía: Las ramas alveolares superiores se desprenden del nervio infraorbitario, antes de que atravesase la hendidura esfenomaxilar, da origen a las ramas alveolares posteriores, que corren en la superficie de la tuberosidad del maxilar y penetran en ella para inervar los molares superiores.

Durante su trayecto por el conducto infraorbitario, el nervio infraorbitario da origen a la rama alveolar superior media y a varias ramas anteriores, inervando los premolares,

caninos e incisivos superiores.

El nervio palatino anterior: Corre desde la fosa pte rigopalatina hacia abajo en el canal del conducto palatino posterior para aparecer en el paladar duro e inerva la mucosa de esta región y la encía palatina correspondiente.

El nervio nasopalatino: Es la mayor de las ramas nasales posteriores superiores, corre hacia abajo y adelante a lo largo del tabique nasal, atraviesa el conducto palatino anterior y da ramas a la porción más anterior del paladar duro y a la encía que rodea los incisivos superiores.

Técnica: Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean introduciendo la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar superior después se dirige a la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar e introduciéndose la aguja por detrás de la cresta infracigomática e inmediatamente distal al segundo molar superior, después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo maxilar y se introduce de 2 a 3 cm., haciéndola dibujar una curva aplanada de concavidad superior.

Las ramas alveolares superiores, medias y anteriores: Se bloquean separadamente para cada diente en particular, introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea al diente y buscando la extremidad de la raíz, donde se inyecta de 1 a 2 ml.

Nervio Palatino Anterior: Se bloquea inyectando unas décimas de milímetro de anestésico en el conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos.

Indicaciones: Se utiliza para la anestesia de los dientes del maxilar. Para tratamiento conservatorio, en donde generalmente sólo se necesita anestesiar la pulpa dentaria, la-

infiltración de la mucosa gingival que rodea al diente es suficiente.

Si se trata de intervenciones quirúrgicas, es necesario complementar la infiltración palatina para cada diente en particular. Cuando se va a practicar la extracción de todos los dientes de la mita de la arcada, es necesario el bloqueo tanto del nervio palatino anterior como el nasopalatino.

#### Bloqueo de las Ramas del Nervio Mandibular:

Anatomía: El nervio alveolar inferior se desprende del nervio mandibular cuando éste se divide inmediatamente por debajo del agujero oval y se dirige hacia abajo, primero por dentro del músculo pterigoideo medio, entre éste a la rama del mandibular. El nervio entra en el orificio del conducto dentario que está situado más o menos en el punto medio de la rama y corre en el canal del mismo nombre hasta el nivel del incisivo medio; aquí se divide dando ramas para los dientes y encía de la mandíbula.

Técnica: Con el dedo índice es localizada la línea oblicua o sea el borde interno de la rama de la mandíbula. Se hace punción en este punto, por encima del plano oclusal del tercer molar.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes.

Desde este punto se introduce la aguja lentamente pegada a la cara interna de la rama de la mandíbula, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los premolares del lado opues-

to, manteniendo el mismo plano oclusal.

La punta de la aguja estará siempre en contacto con la rama, inyectando de 1.5 a 2 ml. de anestesia.

Indicaciones: Cirugía bucal y tratamientos de mandíbula. Intervenciones quirúrgicas de los alveolos situados en el costado del borde lingual, en el surco comprendido desde el primer molar hasta casi la línea media, y si el nervio lingual está también anestesiado, en el borde lateral de la lengua.

Cuando se ha complementado la anestesia en el bloqueo del nervio bucal, inclusive intervenciones en la línea correspondiente a los segundo y terceros molares y extracciones de los mismos.

#### Nervio Mentoniano:

Anatomía: Este nervio se origina en el conducto dentario inferior a partir del nervio alveolar inferior, sale por el agujero mentoniano a la altura del paladar. Inerva a la piel y mucosa del labio inferior.

Técnica: El foramen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior del vestíbulo oral por dentro del labio inferior, o ir detrás del primer premolar.

Con el dedo índice se palpa el paquete vasculonervioso o su salida del agujero mentoniano. La aguja se introduce hacia dicho agujero hasta que la punta está en cercanía con el paquete vasculonervioso.

Indicaciones: Tratamiento de los incisivos, caninos y primer premolar inferior.

Intervenciones quirúrgicas en el labio inferior, mucosa gingival o porción labial del proceso alveolar.

**INSTRUMENTAL.**

## INSTRUMENTAL

Toda cirugía requiere de una gran variedad de instrumental, de acuerdo con el tipo de operación que se vaya a realizar.

Instrumentos para sección de tejidos blandos:

**Bisturí:** El dentista, utiliza comunmente un bisturí de hoja corta y nos sirve para realizar incisiones.

**Tijeras:** Se emplean para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la paradentosis.

Pueden usarse para seccionar cicatrices y trozos de colgajos, unas tijeras rectas y otras curvas.

Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas en especial curvas.

**Pinzas de disección:** Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. Las pinzas de dientes de ratón poseedoras de tres dientesitos que engranan entre sí, permiten sostener firmemente el colgajo.

**Instrumentos de galvano y termocauterío:** Radiobisturí o electrotomo. Permiten efectuar la sección de los tejidos gingivales el galvano o el termocauterío o el radiobisturí instrumentos con los que asimismo pueden abrirse abscesos o destruirse los capuchones que cubren el tercer molar.

**Legras, periostotomos, espátulas romas:** Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento requieren de estos instrumentos.

**Separadores:** Se emplean estos separadores para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que estos sean heridos ni traumatizados.

**Instrumentos para sección de tejidos duros:**

**Escoplos y martillo:** Se les emplea para efectuar -- sección quirúrgica (osteotomía) y aún resección (ostectomía) - del hueso que cubre el objeto de la intervención.

**Fresas:** La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, ostectomía u osteotomía especialmente que, cuando son efectuadas con cuidado, resultan -- sencillas y carentes de inconvenientes. Pueden usarse las -- fresas comunes como las redondas o de fisura; también son útiles las fresas llamadas quirúrgicas.

**Pinzas gubias:** Se utilizan para la resección del -- hueso que actúa extrayendo el hueso por mordiscos sobre este - tejido, previa preparación de una puerta de entrada, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos- óseos que emergen de la superficie del hueso.

**Pinzas para tomar algodón, gasa, etc.:** Se utilizan -- unas pinzas con ramas de bayoneta, este instrumento es de uso -- frecuente en otorrinolaringología. Sirve también para introdu -- cir mechas en el interior de las cavidades óseas, alveolos o - cavidades patológicas.

**Pinzas de Kocher:** Comprimen la arteria o vena sec-- cionadas, que expuestas así para ser ligadas con catgut.

En la cirugía bucal se usan como separadores de col- gajos, o para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o dien--

tes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, en este último caso actúan como hemostáticas.

Cucharillas para hueso: Sirven para eliminar del interior de las cavidades óseas tales como granulomas, fungosidades, quistes, etc.

Pinzas para extracciones dentarias: Estas se utilizan para realizar extracciones dentarias, o raíces dentarias.

Elevadores: Tiene el objeto de movilizar o extraerdientes o raíces dentarias.

Agujas para sutura: Por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán de ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas.

Portaagujas: Con éstos se dirigen las agujas pequñas, las toman por la superficie plana y las guían en sus movimientos.

Sondas: Se utilizan las acanaladas -tallo en forma de canal-, para drenar abscesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos en forma precisa y delicada, en cuyo caso el -- hueco de la sonda sirve de guía; las sondas de conductos, para trayectos fistulosos finos, o como guía en el curso de una apinectomía; las sondas de plata, con su extremidad en forma de - oliva, también para trayectos, para investigar secuestros y estudiar cavidades óseas.

Instrumental para la limitación del campo operatorio:

Pinzas de campo: Con ellas se toman y fijan las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

### Material Quirúrgico:

Ropas para el cirujano y sus ayudantes.

Delantal: Sin botones, se cierra por detrás por cintas. Mangas hasta la muñeca, que pueden ser de tejido de punto.

Cubreboca: Este también cubre la nariz del operador, confeccionado en lienzo de trama tupida, provisto de cintas que se anudan por detrás de la cabeza. Evita que la flora del cirujano llegue al campo operatorio y asimismo protege a aquel de infecciones y salpicaduras de sangre, pus, agua de lavajes y aún de que le salten restos óseos o dentarios. (Los ojos del operador pueden estar protegidos mediante anteojos de cristales grandes).

Cubrecabeza: Un cubrecabeza de género protege la cabeza del operador.

Elementos de uso imprescindible:

Guantes de goma: Completan las medidas de asepsia de la cirugía.

Cepillos: Elementos indispensables para la limpieza de las manos. Se les debe esterilizar y guardar en una caja de metal o en un recipiente especial.

Jabón, Alcohol, Tintura de Yodo, Tintura de Merthiolate: Son todos elementos de uso común y necesario en la cirugía bucal.

Compresas: Son trozos cuadrados, de hilo de algodón, blancos o verdes, con los que se cubre la mesa de instrumentos. Con compresas del mismo tamaño se cubre el campo operatorio.

Casas: Son útiles para cirugía bucal los trozos pequeños y con los bordes dobladillos.

Material de Sutura:

Catgut: Material reabsorbible obtenido del intestino de oveja y se emplea en la ligadura de vasos, como simple elemento de sutura o en los planos profundos.

Hilo de Seda: En cirugía bucal son los más usados y es bastante económico.

Hilo de Lino: El hilo negro tiene la ventaja de hallarse fácilmente sobre la mucosa cubierta de fibrina en la hora de su extirpación, pasados 3 ó 4 días de la operación, este es también demasiado económico.

Nylon: Este material es el que causa menos lesiones a la delicada trama gingival.

Esterilización:

Para que sea exitosa una intervención, todos los elementos que en ella intervengan deben estar perfectamente estériles, o sea libres de gérmenes vivos. La asepsia es uno de los fundamentos de la cirugía moderna.

La esterilización se hace por medios químicos y físicos.

Agentes Físicos:

Calor seco: Lo proveen aparatos consistentes en cajas metálicas cuyo ambiente se calienta por medio de gas o electricidad.

Calor húmedo: Método simple es el de lograr ebullición del agua contenida en un recipiente en el que se ha depositado el material a esterilizar.

Esterilización de instrumentos y material quirúrgico:

Instrumental quirúrgico metálico: Requiere estufa seca y temperatura de 130° durante 30'. Los instrumentos por métodos químicos.

Tubos de Goma: Se esteriliza por medio de ebullición durante 20', se guardan en frascos con solución antiséptica.

Jeringas: Lo ideal es usar estufa seca.

Guantes de Goma: Se lavan con agua y jabón y se pasan al autoclave debidamente protegidos.

Cepillos: Ebullición de 20'.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

## TRATAMIENTO PREOPERATORIO

Antes de emprender cualquier intervención quirúrgica se deberá obtener una historia clínica y hacer una exploración física completa. Todos los síntomas y datos clínicos significativos de deberán valorar, ya sea por medio de una consulta especializada como por métodos apropiados. Interróguese al enfermo con respecto a la sensibilidad a antibióticos específicos, así como acerca de reacciones presentadas en intervenciones previas, antes, durante o después de ellas si toleró bien la medicación preanestésica, la anestesia, la medicación posoperatoria; si soporta bien los esfuerzos; se agita o siente palpitaciones al subir la escalea; tiene sensación de falta de aire en determinadas circunstancias; duerme bien, sin despertarse, y con cuantas almohadas; se levanta de noche para orinar y orina más de noche que de día; se le hinchan los pies; su pulso es acelerado o muy lento; nota las venas del cuello muy llenas; sabe que es hipertenso o -- por el contrario hipotenso; nota las uñas o los labios morados; si padeció de reumatismo y que tratamiento le dieron -- para ello; si se siente débil; si es diabético; si algún familiar directo lo es; si es cardíaco o padece alguna enfermedad venérea; si es alérgico y está sometido a tratamiento con corticoides; si junto con palpitaciones siente nerviosismo, temblores de manos, manos calientes y sudorosas.

Con estas preguntas, podemos orientarnos hacia la existencia de patologías capaces de comprometer el éxito de-

una intervención o que la torne muy riesgosa.

Tranquilícese al paciente con respecto a cualquier temor que pudiera tener (dolor, anestesia, etc.)

Obténgase permiso por escrito para proceder a la --  
intervención firmado por el paciente o tutor.

**CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS.**

## CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

### INCLUIDOS

Dentro de los maxilares ocupan posiciones diversas y estas posiciones en que se encuentran podrán clasificarse con respecto a su angulación, erupción, o en la forma que ocupan dentro del alveolo.

E. Winter, ha clasificado los distintos tipos de retención del tercer molar basándose en cuatro puntos esenciales:

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

La posición del tercer molar retenido.

a) Retención Vertical.- El molar en este tipo de retención, puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y del primero.

b) Retención Horizontal.- Aquí el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y del primer molar.

c) Retención Mesio-angular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de grado variable (alrededor de los-45°).

d) Retención Disto - angular.- Es una forma anteropuesta a la que antecede, el tercer molar tiene un eje mayor dirigido hacia la rama; por lo tanto, la corona ocupa dentro de ésta rama una posición variable, de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

e) Retención Invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo de retención poco común.

f) Retención Buco-angular.- En este tipo de tercer molar ya no ocupa como en los anteriores, el mismo plano que en el segundo o primero, sino que su eje mayor es perpendicular al plano en que están orientados al segundo y el primero. La corona del molar retenido, está dirigida hacia bucal; posición bucoangular.

g) Retención Linguo-angular.- Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigido hacia el lado lingual.

Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama:

El tercer molar puede guardar, con respecto a la rama una relación variable, relación que Pell y Gregory han clasificado en tres clases, que están en directa dependencia con el acto quirúrgico.

Clase I.- En esta clase, hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo

molar, para ubicar con comodidad el diámetro medio distal. de la corona del tercer molar.

Clase II.- En la segunda clase el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y de la cara distal del segundo, es mayor que el diámetro medio distal de la corona del tercer molar.

Clase III.- En la clase tercera, todo o la mayor parte del tercer molar se encuentra ubicado en la rama.

Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar las distintas clasificaciones, de esta manera se consigue ubicar radiográficamente la posición real del molar en el interior de la mandíbula y la relación del diente retenido con el segundo molar y el hueso circunvecino.

Relación del Molar retenido con el borde anterior de la rama.

Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

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

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

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

## CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIOR

### RES RETENIDOS

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En la retención submucosa puede estar total o parcialmente retenido.

#### Posición del tercer molar superior retenido .

a) La posición Vertical: El eje mayor del tercermolar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar total o parcialmente cubierto de hueso.

b) Posición Mesio-angular: El eje del molar retenido está dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición no es muy frecuente.

c) Posición Distoangular: El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides con la cual puede hacer contacto.

d) Posición Horizontal: El molar está dirigido -- hacia el carrillo, por lo cual la cara triturante puede ponerse en contacto. La cara triturante del molar suele dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la -- bóveda.

e) Posición Paranormal: El molar retenido puede ocupar diversas posiciones, que no encuadran en la clasificación dada.

TECNICAS QUIRURGICAS

## TECNICAS QUIRURGICAS

La extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos es un procedimiento quirúrgico complicado que incluye los tejidos blandos, músculos y parte del hueso.

La zona de operación es muy restringida y de difícil acceso; está muy vascularizada e inundada constantemente de saliva, lo que hace necesario el uso de aparatos de aspiración.

Se debe de mantener estricta asepsia. La operación debe ser planeada con cuidado por adelantado, para decidir si en el curso de la operación deben cambiarse los originales.

### Pasos básicos del procedimiento operatorio:

1.- Verificar si las radiografías muestran el tamaño completo y exacto, el número y tamaño así como la curvatura de las raíces o coronas del diente adyacente o estructural vital.

2.- Clasifique la retención.

3.- Estúdiese la radiografía oclusal para establecer la relación vestibular del diente.

4.- Examínese la posición de las raíces en relación con el conducto dentario inferior así como en el seno maxilar.

5.- Revisar los exámenes practicados.

6.- Decídase si el diente retenido puede ser extraído o no por medio de:

a) Seccionamiento del diente.

b) Combinación de remoción ósea y división --

dentaria.

c) Solamente por exéresis del hueso vecino.

7.- Crear un espacio por el cual el diente retenido puede ser movido adecuadamente si eliminar tejido óseo excesivamente.

8.- Determinése el mejor método y los mejores instrumentos para la eliminación de hueso.

9.- Determinése la mejor dirección para elevar el diente retenido y los instrumentos adecuados con trauma mínimo.

#### FACTORES QUE COMPLICAN LA TECNICA OPERATORIA

- 1.- Curvatura anormal de las raíces.
- 2.- Hipercementosis.
- 3.- Proximidad del conducto dentario.
- 4.- Paciente ancianos que presentan densidad ósea.
- 5.- Espacio folicular lleno de hueso.
- 6.- Anquilosis entre el hueso y el diente retenido.
- 7.- Acceso difícil causado por:
  - a) Músculo orbicular de los labios.
  - b) Incapacidad para abrir la boca bien.
  - c) Lengua grande e incontrolable.

#### COLGAJO DE TEJIDOS BLANDOS

La incisión para el colgajo se inicia en la parte lingual de la línea oblicua externa, se continúa por vestibular alrededor del cuello del segundo molar, de ahí se extiende hacia abajo en dirección del fondo del surco en ángulo de 45°. Con el periostotómo se separa cuidadosamente el colgajo

teniendo presente que el periostio debe acompañar a la mucosa bucal.

El colgajo debe tener los siguientes requisitos:

- 1.- Permitir una buena exposición.
- 2.- Tener base ancha.
- 3.- Ser bastante grande para no causar trauma a los tejidos blandos y la cicatrización se apoye sobre una base ósea amplia.
- 4.- Un sólo trozo, sin líneas secundarias, exige una buena insición.
- 5.- Los puntos de sutura deben descansar sobre un plano óseo: de otra manera los puntos se desprenden, la insición se abre nuevamente y el colgajo se sumerge en la cavidad ósea realizada, con los transtornos de cicatrización.

#### DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Realizada la insición, se coloca entre los labios de la herida, o entre la fibromucosa y la arcada dentaria, una legra, una espátula o un periostotómo. Todos ellos se esgrimen de la misma manera que el bisturí o sea entre el pulgar índice y medio: apoyándose decididamente contra el hueso y son sucesivos movimientos de lateralidad, con los cuales gira la espátula o el periostotómo sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando, por lo tanto, fibromucosa y periostio.

El desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria.

Este colgajo se mantiene levantado por medio de sepa

rador romo, sin dientes que pudieran traumatizarlos; el colgajo palatino, a fin de que no impida ser objeto a operar, se fija a los dientes vecinos con un hilo de sutura, se separa con una aguja por su borde libre, si el paciente es desdentado estos hilos se fijan por su con pinzas de Kocher a la compresa protectora.

No todos los colgajos vuelven a su lugar de origen, en ciertos casos el colgajo puede deslizarse e ir a ocupar -- otras regiones, para cubrir perforaciones buconasales o buco sinusales, o en las estafilorrafias. En ciertos casos, conocidos de antemano, deberá dársele al colgajo una base suficientemente ancha como para que su nutrición no resulte perturbada.

#### OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA

La osteotomía es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso; la ostectomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación.

Ostectomía con escoplos, pueden presentarse distintas circunstancias el operador maneja el escoplo y martillo -- o el operador el escoplo y el ayudante el martillo.

Algunas veces, cuando el hueso es papiráceo o está adelgazado por procesos patológicos, el escoplo puede ser usado a presión manual.

#### OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA CON PINZAS GUBIAS

La pinza gubia se emplea para agrandar orificios -- previamente agrandados con los escoplos. Puede asimismo utilizarse para ostectomía; resección de hueso sobrante del bor-

de alveolar o las puntas óseas que quedan después de las extracciones.

La pinza gubia que funciona como cizalla o un sacabocados y es cortante por el lomo o por la punta de sus ramas, - según el modelo, se introducen dentro de la cavidad ósea, se cierra, el hueso que ha circunscrito las ramas es así eliminado, los bordes afilados y las crestas se eliminan por medio de lima para hueso.

#### OSTEOTOMIA CON FRESAS

La fresa es un instrumento muy útil para practicar - osteotomía, pues evita el desagradable golpe del escoplo.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua-esterilizada o suero fisiológico proyectado con una jeringa de vidrio, para evitar recalentamiento del hueso.

#### OPERACION PROPIAMENTE DICHA

La extracción del molar retenido se realiza después de ser eliminados o disminuídos los factores de la resistencia. (osteotomía).

Se aplica sobre la cara mesial del tercer molar un - elevador, con puntos de apoyo sobre el borde óseo mesial o mesio-bucal, eleva el molar dirigiéndolo hacia el lado distal y hacia arriba. Siguiendo los principios mecánicos de palanca, - de primero y segundo género.

Este es un enunciado general, pero cada caso requiere un tratamiento individual según el operador.

La odonto-sección simplificada y agiliza la opera--

ción, puede realizarse en dos formas distintas: según su eje mayor o su eje menor, para la primera usamos el escoplo perfectamente de hoja ancha de uno de los biseles, muy bien afilados y para la segunda fresa, redonda o de fisura.

El uso de escoplo debe ser con un solo golpe intenso para no traumatizar al paciente; el borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar o sobre un surco.

La odontosección con fresa, se realiza a nivel del cuello bajo un chorro de suero fisiológico para evitar sobrecalentamiento. El corte debe permitir que la parte distal sea más ancha que la parte mesial, con el objeto de que la corona pueda ser elevada cómodamente.

La extracción de las partes seccionadas se realiza según las posiciones que tenga el tercer molar inferior, pero todas siguen el mismo plan de tratamiento y el mismo instrumental, escoplos, fresas, botadores anchos de hoja fina.

#### SUTURA

Maniobra que tiene la finalidad de reunir los tejidos separados por la incisión, para tal finalidad se utiliza una portaagujas, aguja y material de sutura.

En cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual del maxilar y terminarla en bucal. En incisiones situadas en una sola cara, la aguja debe ser dirigida desde lo más complicado a lo más simple, esto es, de distal a mesial.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

## TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Cuando la operación se ha terminado, se hace un exá--  
men cuidadoso para ver si no hay coágulos de sangre en la faring  
ge. La boca es aspirada. Se quitan todos los instrumentos util  
izados durante la operación. Se coloca al paciente con la ca-  
beza hacia arriba. Esto se hace para evitar la aspiración o de  
glusión de sangre o mucus. Se le vigila constantemente, en es-  
pecial los síntomas de shock, dificultad respiratoria o gran hem  
orragia. Se toman el pulso y la respiración cada quince minu-  
tos hasta que esté totalmente recuperado, y después cada treinta  
minutos. Se coloca cerca del paciente una cubeta riñonera, -  
para que pueda expectorar en cualquier momento.

No se debe permitir que el paciente se ponga cianóti-  
co, si esto ocurre, se aspira la boca y se administra oxígeno.-  
Se controlarán periódicamente la respiración y el pulso, hasta-  
que el paciente vuelva a la normalidad.

Se aplican sobre la zona operada bolsas con hielo in-  
mediatamente; esto reduce de modo notable el edema posoperato--  
rio.

Se le permite comer y beber apenas pueda, y se le in-  
cita a hacerlo precozmente. Se le recomienda dieta blanda.

A las ocho horas del posoperatorio se le recomiendan-  
buches de 0.3g de oxiclorseno sódico en 30g de agua, tres ve--  
ces al día, y se continúa por varios días.

Se le observa al paciente diariamente hasta darlo de-  
alta.

## CONCLUSIONES

El cirujano dentista tiene la obligación de obtener una buena historia clínica, radiografías, estudios de laboratorio, para poder establecer el estado general del paciente y así disminuir al mínimo cualquier riesgo que pudiera tener.

La extracción de terceros molares es una tarea difícil, por lo cual se debe planear bien antes de efectuarla; tenemos que ubicar bien el molar, tener buena iluminación del campo operatorio y realizarla con una buena técnica operatoria.

Debemos disminuir al mínimo el dolor, asimismo, el stress en el que pueda encontrarse el paciente.

Se deberá trabajar de acuerdo con el Médico General cuando los pacientes presenten alguna enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- CIRUGIA BUCAL  
Guillermo Ries Centeno.  
Edit. Ateneo
- 2.- CIRUGIA BUCAL  
W. Harry Archer  
Edit. Mundi
- 3.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL  
Gustavo Cruger  
Edit. Interamericana
- 4.- PRONTUARIO MEDICO  
Marcurs A. Krupp  
El Manual Moderno
- 5.- MANUAL DE PRACTICA MEDICA  
Milton J. Chatton  
El Manual Moderno
- 6.- Radiologia  
Antonio Ibarra Belmont  
U. A. N. M.