



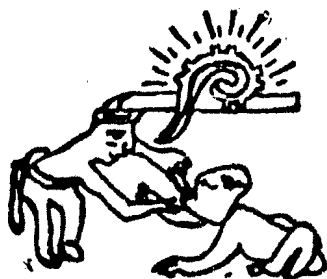
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS MOLARES
INFERIORES RETENIDOS

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a n

REYNA LOPEZ ANTONIO
LAURA MENDEZ MUCIÑO



México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE

INTRODUCCION. -----	1
CAPITULO I HISTORIA CLINICA .-----	2
HISTORIA CLINICA.-----	3
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO .-----	12
PRUEBAS DE LABORATORIO .-----	12
BIOMETRIA HEMATICA .-----	12
a).- Hematocrito o vol globular.-----	12
b).- Recuento de globulos rojos.-----	12
c).- Recuento de glóbulos blancos.-----	12
d).- Fórmula Leucocitaria.-----	13
QUIMICA SANGUINERA.-----	13
a).- Glucosa.-----	13
b).- Urea.-----	14
c).- Acido Urico .-----	14
HEMOGLOBINA EN SANGRE.-----	14
TIEMPO DE COAGULACION .-----	14
TIEMPO DE SANGRADO .-----	14
TIEMPO DE PROTOMBINA.-----	15
EXAMEN GENERAL DE ORINA.-----	15
a).- Glucosa.-----	15
b).-Urea.-----	15
c).-Acido Urico.-----	15
CAPITULO II. ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.-----	17

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES.-----	18
RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES.-----	18
RADIOGRAFÍAS INTERPROXIMALES.-----	19
RADIOGRAFÍAS OCLUSALES.-----	20
a).- Radiografías oclusales para terceros mo- lares inferiores. -----	21
b).- Radiografía oclusal lateroinferior.---	21
c).- Radiografía oclusal oblicuasuperior.--	21
RADIOGRAFIA LATERAL.-----	23
CAPITULO III. CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES --- SEGUN SU POSICION.-----	24
CLASIFICACION DE PELL Y GREGORY .-----	25
CAPITULO IV . INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.-----	27
CAPITULO V. INSTRUMENTAL.-----	31
INSTRUMENTAL DE EXPLORACION.-----	32
INSTRUMENTAL DE INCISION .-----	32
INSTRUMENTAL DE HEMOSTASIS.-----	35
INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO.-----	36
INSTRUMENTAL DE SUTURA.-----	37
MATERIAL DE SUTURA.-----	37
CAPITULO VI TECNICA DE ANESTESIA.-----	39
CAPITULO VII TECNICA QUIRURGICA.-----	46
CAPITULO VIII EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERI- ORES RETENIDOS.-----	52
CAPITULO IX COMPLICACIONES Y ACCIDENTES QUE SE PUEDEN -	

PRESENTAR DURANTE LA EXTRACCION DEL TER	-
CER MOLAR RETENIDO .-----	63
CAPITULO X . TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.-----	66
CONCLUSIONES.-----	70
BIBLIOGRAFIA.-----	71

INTRODUCCION

El cirujano Dentista en la práctica general se encuentra frecuentemente ante pacientes con terceros molares retenidos o bien parcialmente erupcionados, los cuales nos van ocasionar problemas tales como: pericoronitis, abscesos, maloclusiones, debilidad del ángulo de la mandíbula, quistes, etc .

La extracción de estos terceros molares retenidos o parcialmente erupcionados, requieren la mayoría de estos casos procedimientos quirúrgicos, los cuales deben ser ejecutados por el Odontólogo General que este completamente capacitado para realizarlo dentro del consultorio.

En esta tesis queremos que se tome en cuenta que debemos saber los suficientes procedimientos, y técnicas quirúrgicas para que se pueda realizar la cirugía, con el fin de evitar complicaciones, antes y después de ésta.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

Cuando un paciente acude al consultorio del Odontólogo manifestando dolor a nivel de la región retromolar ya sea superior o inferior, es necesario inspeccionar clínicamente la zona dolorosa para tratar de determinar la causa del dolor.

Si en la zona dolorosa observamos un tercer molar parcialmente erupcionado o bien un aumento de volumen, será necesario tomar una radiografía de esa región con el fin de determinar si hay retención parcial o total del tercer molar.

En el caso de confirmar radiográficamente que existen barreras para la erupción del tercer molar, es necesario pasar a la elaboración de la Historia Clínica para determinar si ese paciente puede ser sometido a la cirugía para extraer ese tercer molar retenido, ya sea dentro del consultorio o bien a nivel hospitalario.

La Historia Clínica debe ser enfocada principalmente al estado de salud del paciente, molestia principal, padecimiento o padecimientos actuales, antecedentes, historia social, ocupación, familiar y hábitos, etc

La Historia Clínica debe contener como mínimo los siguientes datos:

- A).- Ficha de identificación.- Nombre del paciente
sexo, edad, estado civil, ocupación, domici--

lio, telefono.

B).- Padecimiento actual.- Molestia principal, fecha de aparición, signos y síntomas.

C).- Antecedentes Personales no Patológicos.- Vacunas que a recibido, si el paciente fuma, si -
 ingiere bebidas alcohólicas y con que frecuencia, o si es adicto a alguna droga.

Si a recibido atención Odontológica y de que tipo(extracciones, amalgamas, cirugía en boca, etc .

A los pacientes del sexo femenino se les preguntará si están embarazadas o bien la fecha de su última menstruación.

D).- Antecedentes Familiares.- Si los padres viven o si no, causas de su fallecimiento , enfermedades que padecen o que padecieron.

E).- Signos Vitales.- Temperatura, presión arterial pulso y frecuencia respiratoria.

Temperatura Corporal.- Los valores normales -
 de 36.6 a 36.8 C

Presión Arterial.- Los valores normales en --
 recién nacidos de 70/50 mm. Hg.

En niños de un año de 80/55 mm. Hg .

En niños de 2 a 14 años 105/65 mm. Hg.

En niñas es de 110/70 mm. Hg.

En adolescentes varones es de 115/70 mm, Hg.

En adolescentes mujeres es de 120/75 mm, Hg.

En adultos hasta 40 es de 120/75 mm, Hg.

De los 45 a los 60 años va desde 125/75 mm, -
Hg. hasta 145/85 mm . Hg.

En adultos por arriba de los 60 años los valo-
res normales que se pueden considerar son de-
130/75 mm. Hg. y 140/85 mm. Hg.

Pulso.- La frecuencia normal de pulso oscila
entre 60 y 80 pulsaciones rítmicas por minuto
en el adulto y de 80 a 100 por minuto en el -
niño.

Frecuencia Respiratoria.- La normal en reposo
es de 24 a 28 inspiraciones por minuto en ni-
ños y de 16 a 18 por minuto en el adulto.

F).- Antecedentes Patológicos.- Entre ellos se en-
cuentran: antecedentes sistémicos, infecciosos
y hemorrágicos .

Antecedentes Sistémicos .- Aquí tenemos a los
nutricionales, cardíacos, vasculares, hepáticos,
renales y respiratorios, principalmente.
Al formular las preguntas a los pacientes de-
bemos tratar de no sugerir respuesta.

Antecedentes Nutricionales y del Sistema Digestivo

tivo.- Se le hacen las siguientes preguntas--
con el fin de indagar acerca de estos antece-
dentes.

Tipo de alimentación.

Frecuencia.

Tiene apetito?

Distingue bien el sabor de los alimentos?

Tiene sed, Mucha sed?

Nauseas, vómitos? A qué horas? Se acompaña con
sangre?

Ha observado si su evacuación sale mezclada -
con pus o sangre?

Tiene sensación de hambre?

Antecedentes Cardiacos y vasculares.- Se su-
guieren las siguientes preguntas :

Tiene palpitaciones?

Obedecen al esfuerzo?

Se fatiga y siente sofocación al caminar con-
grandes o pequeños esfuerzos?

Dolor en el corazón ? A qué compara ese dolor?

En qué sitio, para dónde se extiende, cuánto--
tiempo dura, se acompaña de sensaciones de --
angustia?

Siente que se le duerme algún brazo, dedo o -
alguna parte del cuerpo?

Antecedentes Hepáticos.- Para indagar se sugieren las siguientes preguntas.

Ha tomado su cuerpo alguna coloración especial

Se siente cansado y sin fuerzas?

Se siente inapetente?

Se le ha inflamado alguna vez el abdomen del lado derecho?

Antecedentes Renales.- Se le preguntan las siguientes preguntas.

Orina usted con frecuencia?

Qué color tiene la orina, sale mezclada con sangre?

Cuando termina de orinar, siente todavía ganas de hacerlo aún más cuando haya acabado? --

Siente alguna molestia al hacerlo, como dolor sensación de quemadura, etc.?

Antecedentes Respiratorios.- Se sugieren las siguientes preguntas.

Tiene tos? Produce vómito, es seca?

Tiene expectoración abundante? Qué color tiene?

Tiene dolor en el pecho, la espalda, los costados, aumenta el dolor al respirar profundamente?

Antecedentes infecciosos.- Se realizan las siguientes preguntas.

Qué enfermedades ha tenido?

Ha tenido paludismo?

Dolor en las articulaciones?

Ha tenido tuberculosis? Cuando? fue tratada -
o está en tratamiento en la actualidad?

Ha tenido uno o varios chancros o manchas --
blancas en mucosa de carrillos?

En otra parte del cuerpo? donde?

Se le ha caído el pelo a mechones dejándole -
lunares sin pelo, le han salido manchas rojas
en el cuerpo?

Ha tenido o tiene parásitos?

Está en tratamiento o fue tratado para elimi-
narlos?

Tiene tos o catarros frecuentes?

Se enferma frecuentemente de las amígdalas?

Dolor en las articulaciones?

Antecedentes Hemorrágicos.- Es conveniente --
preguntar al paciente lo siguiente.

Al toser expectora sangre?

Expulsa sangre por la nariz? Bajo que circuns-
tancias?

Tiene vómitos con sangre? Para diferenciar --
las diferentes clases de hemorragia que exis-
ten, qué olor, qué cantidad?

Al recibir un golpe o corte: el sangrado es abundante?

Eliminar sangre por el recto con o sin heces fecales ?

Antecedentes Alérgicos.- Para indagar será necesario preguntar.

Le han administrado penicilina?

Después de habérsela puesto tuvo alguna reacción adversa como mareos, ronchas, calor?

Le han administrado anestesia local?

Tuvo alguna reacción anormal?

Es alérgico a alguna droga, medicamento o a algún alimento?

Antecedentes Médicos y quirúrgicos.- Son de importancia las siguientes preguntas.

Ha estado sometido a tratamiento médico prolongado alguna vez?

Cuando? porqué motivo?

Ha sido hospitalizado alguna vez? Motivo?

Está tomando algún medicamento en la actualidad? Porqué? Cúál? Base farmacológica?

Tiempo de empleo?

Este esquema que hemos puesto ha sido para que nos sirva como orientación al principiante, aunque estará sujeto a variaciones dependiendo del factor personal, -

sexo, edad, cultura y enfermedad o enfermedades de que se trate.

Le damos una importancia exagerada al interrogatorio , pero se justifica si se toma en cuenta la poca habilidad de los alumnos cuando se encuentren por primera vez ante un enfermo.

Cuando terminemos con nuestro interrogatorio deberemos examinar a nuestro paciente y empezaremos por cabeza y cuello.

Ya que es importante es observar la forma del cráneo, el perfil y el color de la tez.

Tamaño consistencia e integridad de los labios y en general de toda la cara.

Al palpar los ganglios linfáticos de cabeza y cuello debemos describir si son dolorosos, césiles , etc.

Al igual deberemos checar la articulación temporomandibular, si hay desplazamiento en función, hacia dónde, ruidos en función o bien dolor, así como describir la alteración que se encontró en caso de que haya.

Después pasamos a examinar intrabucalmente al o los tejidos blandos en donde debemos observar la mucosa masticatoria, especializada y de revestimiento.

La amígdala, el istmo de las fauces, la orofarinjeal las glándulas salivales, si encontramos alguna alteración debemos describirla.

Tenemos que anotar la evolución y las observaciones

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

Después de haber obtenido los datos del interrogatorio y de la exploración al paciente, deberemos considerar que tipo de exámenes clínicos vamos a requerir como auxiliares para nuestro diagnóstico.

Pruebas de laboratorio.- Mencionaremos las más importantes como son: Biometría Hemática, Química Sanguínea, Hemoglobina en sangre, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Protombina, Tiempo de Sangrado y Examen General de Orina.

BIOMETRIA HEMATICA.- Por este medio obtenemos los valores o volumen globular, recuento de glóbulos rojos, recuento de glóbulos blancos y fórmula leucocitaria.

A).- Hematocrito o Volumen Globular.- los valores normales son: de 40 a 54 % en el hombre y de 37 a 47 % en la mujer.

B).- Recuento de glóbulos rojos.- los valores normales en el hombre son de 5,000,000 por milímetro cúbico y en la mujer de 4,500,000 por milímetro cúbico, cuando las cifras se encuentran por debajo de los valores normales, indican la presencia de anemia de cualquier tipo.

C).- Recuento de glóbulos blancos.- las cifras normales en niños son de 8,000 a 10,000 por milímetro cúbico y en el adulto son de 5,000 a 8,0

00 por milímetro cúbico, cuando estas cifras son mayores de los valores normales, indican la existencia de una infección generalmente purulenta y cuando disminuyen pueden por ciertas enfermedades infecciosas como la tifoidea o bien enfermedades de médula ósea.

D).- **Fórmula Leucocitaria.**- nos presentan el porcentaje de linfocitos, monocitos y polimorfonucleares existentes en el individuo.

Los linfocitos se encuentran en un porcentaje de 20 a 30 % normalmente y aumentan en las infecciones crónicas.

Los monocitos se encuentran normalmente en un porcentaje de 5 a 10 % aumentan en la tifoidea paludismo y tuberculosis.

Con respecto a los polimorfonucleares tenemos de tres tipos:

Neutrófilos: se encuentran en un 60 a 65 % y aumentan en las infecciones agudas.

Basófilos: se encuentran de 0 a 1 %.

Eosinófilos: se encuentran en un porcentaje de 2 a 4 %.

QUÍMICA SANGUÍNEA.- Nos va a mostrar las cantidades de glucosa, urea y ácido úrico principalmente

A).- **Glucosa.**- Los valores normales son de 80 a 100 mg. por c.c. de 100cc., aumenta en la diabetes.

- B).- Urea.- Los valores normales son de 20 a 40 mg por cada 100cc, aumenta en alguna alteración interna como por ejemplo la insuficiencia renal.
- C).- Acido Urico.- Los valores normales son de 3 a 5 mg, por cada 100 cc, aumenta en caso de gota entre otras enfermedades.

HEMOGLOBINA EN SANGRE.- Esta se expresa en gramos por 100 cc. y sus valores normales varían según la edad .

Al nacer el valor normal es de 23 gr/cm^3 .

Al año de vida es de $12.6/\text{gr/cm}^3$.

A los 3 años el valor normal es de 13.1 gr/cm^3 y aumenta progresivamente hasta llegar a ser de 15.4 gr/cm^3 , a los 15 años después de esa edad el valor de la hemoglobina en sangre se encuentra entre los 15 a 16 gr/cm^3 .

Cuando estas cifras de hemoglobina en sangre bajan de los valores normales pueden haber la presencia de una anemia generalizada por falta de hierro.

TIEMPO DE COAGULACION.- El tiempo de coagulación venosa es de 8 a 12 minutos y el tiempo de coagulación capilar es de 4 a 8 minutos.

TIEMPO DE SANGRADO.- El tiempo normal es de 2 a 4 -

minutos y nos sirve para diagnosticar problemas hemorrágicos como en la hemofilia,

TIEMPO DE PROTOMBINA.- El tiempo normal es de 10 a 14 segundos, conocer el tiempo de protombina en un paciente es importante como guía de la coagulación de la sangre en el interior vascular.

Es imprescindible durante los tratamientos, anticoagulantes, bajar esta cifra al 70% o menos para prevenir trombosis.

EXAMEN GENERAL DE LA ORINA.- Nos muestra las cifras de glucosa, urea y ácido úrico principalmente

A).- Ácido urico orina, en condiciones normales son de 1.2 a 2.5 gr por centímetro cúbico y disminuye en insuficiencia hepática, nefritis aguda e infecciones y aumenta en la diabetes, gota y tuberculosis.

B).- Glucosa en orina en condiciones normales se encuentra en hiperglucemia y procesos tóxicos

C).- Ácido úrico.- Aumenta en la cirrosis atrónica y leucemias y disminuye en la insuficiencia renal sus valores normales van de los 25 a los 70 mg.

Una vez completados todos los elementos que nos ayudan a emitir el diagnóstico, procedemos al aná-

lisis de los datos que obtuvimos con el interrogatorio y la exploración, así como también los resultados de los exámenes de laboratorio que hubieran sido necesarios para el paciente.

Debemos contar con la mayor cantidad de datos a -- fin de que nuestro diagnóstico sea correcto. Para que -- de esa manera saber si el paciente puede ser sometido a la intervención quirúrgica de un tercer molar retenido, dentro del consultorio o bien a nivel hospitalario y su debido manejo pre y postoperatorio.

CAPITULO II

ESTUDIOS RADIOGRAFI-
COS

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

Las radiografías más usuales para terceros molares retenidos son las siguientes.:

RADIOGRAFIAS INTRAORALES.- Es la técnica mediante la cual se introducen pequeñas películas dentales en el interior de la boca.

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES.- Es la más comúnmente empleada en la práctica dental en la actualidad, con un pequeño aparato de rayos X de baja emisión.

La película intraoral se coloca detrás de las caras palatinas o linguales de los dientes en la posición más cercana posible.

Las finalidades de las películas intraorales son:

A).- La obtención de una imagen de toda la longitud del diente desde la corona hasta al ápice, del alvéolo, las estructuras óseas de sosten mesial y distal y de la formación de hueso más allá del ápice dental.

B).- Desarrollar una técnica estándar, de manera que cualquier examen individual pueda repetirse para lograr un resultado comparable.

En el tercer molar inferior la película y el diente

por lo general se encuentran paralelos y, por lo tanto, el haz de rayos X puede ser horizontal; el ángulo entre los dientes y la película asciende gradualmente llegando alrededor de la región de los incisivos, donde el ángulo del haz central aumenta a -25 grados.

En el caso de un tercer molar en el que sus raíces tienden a inclinarse distalmente, colóquese la película con el eje longitudinal horizontalmente en el interior de la boca atrás de los molares de manera que el borde superior esté a 2 mm. por arriba de las coronas.

Punto central: 3cm. anterior al ángulo de la mándíbula. 1 cm. por arriba del borde inferior. angulación - cero a -10 grados.

Distancia ánodo-película: 10-20cm.

RADIOGRAFIAS INTERPROXIMALES. ODE ALSTA MORDIBLE.

Son muy importantes en Odontología pues muestran la extensión de la caries sospechosa y pueden revelar la -- presencia de caries recurrentes bajo alguna restauración

La película se coloca hacia abajo en el interior de la cavidad bucal de manera que la lengüeta intercoronal descansa sobre las coronas del maxilar inferior. Sosteniendo la lengüeta con la mano para mantener buen contacto entre las coronas y la película, se le indica al paciente que cierre la boca con lentitud hasta que los dientes se encuentren en oclusión. De esa manera el plano oclu--

sal debe estar paralelo al eje horizontal de la película y colocada centralmente.

La angulación del haz de rayos X es vital para la radiografía de aleta mordible, el haz central debe estar dirigido en ángulo recto al cuerpo del maxilar inferior.

En los casos de las Clases I y II de molares retenidos, la única radiografía que visualiza las relaciones de las coronas del segundo y tercer molar es la bitewing en su correcta angulación.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES.— La técnica de la radiografía oclusal implica la colocación de la película entre las superficies de las caras oclusales de los dientes, dirigido el haz del rayo X en forma perpendicular a la película.

Por este método es posible determinar la posición verdadera y la dirección de los dientes normales o desplazados y de fragmentos de dientes, mostrando la extensión o involucración de las lesiones que afectan las estructuras alrededor de los dientes, para determinar la formación de quistes y la expansión ósea, ayuda a observar la verdadera relación de los fragmentos de una fractura del maxilar superior y del maxilar inferior.

Punto centrado : 3cm. por debajo de la sínfisis mentoneana en la línea media.

Dirección del haz de Rayos X: 90 grados al plano o-

clusal y a la película.

Distancia del Anodo- película : 30-45 cm.

A).- RADICGRAFIAS OCLUSALES PARA TERCEROS MOLARES -
INFERIORES.

Cuando un tercer molar no erupcionado se encuentra en la rama ascendente y tiene que mostrarse en la radiografía, ésta debe colocarse en la boca lo más atrás posible, la cabeza inclinada hacia atrás para lograr el plano oclusal-cerca del plano vertical y alejándola por rotación del lado afectado. Así es posible centrar el haz de rayos X sobre el ángulo del maxilar-inferior dirigiendo el haz hacia arriba en 20-ó 25 grados más; pero manteniéndose en la línea del maxilar inferior.

Punto centrado: El ángulo del maxilar inferior o la glándula submaxilar.

Dirección del haz de rayos X: 110-115 grados a la película, paralelo a la rama ascendente.

Distancia Anodo-película: 30 cm.

B).- RADICGRAFÍA OCLUSAL LATEROINFERIOR.

La película se desplaza al lado del maxilar inferior que está siendo investigado, con el eje longitudinal paralelo a la hilera de dientes.

Punto centrado: 4cm. por arriba del ángulo del

maxilar inferior.

Dirección del haz de rayos X: 90 grados paralelo a la superficie lateral del maxilar inferior o sea 10 a 15 grados al plano mediano.

Distancia Anodo-Película: 30 cm.

Para terceros molares no erupcionados, diríjase el rayo central a 110 grados al plano oclusal através del ángulo maxilar inferior paralelo a la rama ascendente del mismo.

C).- RADIOGRAFIA OCLUSAL OBLICUA SUPERIOR.-

En general las radiografías oclusales son de gran ayuda para localizar terceros molares retenidos.

Estas radiografías revelan la posición vestibulolingual de la corona del tercer molar inferior retenido. Pude usarse una película oclusal de tamaño común. La cual se coloca sobre la superficie oclusal de los terceros molares y se lleva hacia atrás, hasta que contacte con la rama ascendente. Se hace ocluir para mantener la película, la cabeza del paciente se lleva a hacia atrás lo más que se pueda y el rayo central se dirige en ángulo recto a la película através del borde inferior del maxilar inferior.

RADIOGRAFIA LATERAL.- Es una radiografía utilizada para terceros molares retenidos en clase III- Horizontal, se obtiene por una imagen de la - mandíbula. En la práctica dental, cuando no - se dispone de cefalometría, puede obtenerse - una radiografía lateral del maxilar superior - con un aspecto de bajo kilovoltaje.

CAPITULO III**CLASIFICACION DE****LOS TERCEROS MOLARES****SEGUN SU POSICION**

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES SEGUN --
SU POSICION.

Los terceros molares retenidos se pueden clasificar de acuerdo a la posición que presenten, a continuación -- mencionaremos a las más usuales que son las de PELL y -- GREGORY .

La clasificación de PELL y GREGORY.-- Incluye una -- parte de la clasificación de GEORGE B. WINTER, Está dada con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y la -- cara distal del segundo molar. En relación con lo anterior se clasifican de la siguiente manera:

A).-- Clasificación del tercer molar inferior con -- respecto a la rama ascendente de la mandíbula-- y a la cara distal del segundo molar.

Clase I.- Cuando existe espacio suficiente entre la rama de la mandíbula y la cara distal -- del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer mo-- lar.

Clase II.- Es cuando el espacio que existe entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase III.- Es cuando el tercer molar está lo-

calizado en la rama ascendente de la mandíbula en su totalidad o casi todo.

B).- Clasificación con respecto a la profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

Posición.- A .- Cuando la cara oclusal del tercer molar está a nivel del plano oclusal del segundo molar o por encima de ella.

Posición .- B.- Cuando la cara oclusal del tercer molar está por debajo del plano oclusal del segundo molar pero por encima de la línea cervical.

Posición .- C.- Es aquella cuando la cara oclusal del tercer molar está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

C).- Clasificación con respecto a la posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- 1.- Vertical.
- 2.- Horizontal.
- 3.- Invertido.
- 4.- Mesioangular.
- 5.- Distoangular.
- 6.- Vestibuloangular
- 7.- Linguoangular.

CAPITULO IV**INDICACIONES Y CONTRA**
-**INDICACIONES DE LA****EXTRACCION**

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.

Es muy importante saber cuando está indicada o contraindicada la extracción de un tercer molar retenido, - con el propósito de no cometer errores durante la cirugía .

INDICACIONES.-

- A).- Cuando el tamaño de los maxilares es pequeño y no hay donde se aloje el tercer molar y no es posible realizar otro tratamiento como ortodoncia o trasplante del molar.
- B).- Durante un tratamiento de ortodoncia la eliminación del molar permanente no erucionado (retenido) está indicada la extracción de éste para facilitar el tratamiento completo del paciente.
- C).- A menudo un molar retenido favorece la acumulación de alimentos y la aparición de caries en el molar adyacente y puede destruir el soporte óseo del molar funcional adyacente a él.
- D).- Cuando radiográficamente descubrimos dientes retenidos en regiones edéntulas y se piensa colocar una prótesis.
- E).- En molares parcialmente retenidos los cuales -

pueden estar asociados con quistes odontógenicos.

CONTRAINDICACIONES.

Se pueden clasificar relacionándolas con el diente en sí y los tejidos que lo rodean, ó con el estado general del paciente.

A).- Afecciones que dependen del estado del diente y de los tejidos que lo rodean.

Cuando la zona a intervenir o en toda la arca da alveolar se presenta una estomatitis o gingivitis ulceromembranosa, ésta afección crea un mal terreno para las intervenciones por el estado particular del tejido gingival, vecino al lugar de la operación, la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones y no son raras las necrosis y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condiciones. Será necesario tratar la gingivitis antes de la cirugía, si la urgencia de la operación no lo exige.

Lesiones tuberculosas o sífilíticas (como chancro, placas mucosas) contraindican toda operación de la cavidad bucal, por el peligro que significa incisiones sobre tales lesiones y

el contacto que representa para el operador.

B).- Afecciones en dependencia con el estado general del paciente.

1.- Estado fisiológico.- Menstruación, en caso de que el paciente presente problemas particulares.

Embarazo, cuando la paciente nos reporta algún problema debemos consultar con su ginecólogo.

2.- Estado patológico.- Afecciones a algún aparato o sistema: enfermedades cardiovasculares graves o antecedentes de infarto grave o reciente del miocardio, no debenser sometidos a las tensiones de una intervención quirúrgica si ésta puede evitarse.

CAPITULO**V****INSTRUMENTAL**

INSTRUMENTAL .

El instrumental de acuerdo a su uso lo podemos dividir en : Instrumental de exploración, instrumental de incisión, instrumental de hemostasis, instrumental especializado, instrumental de sutura y material de sutura.

INSTRUMENTAL DE EXPLORACION.- Aquí vamos a encontrar:--

El espejo, pinzas de curación, cucharilla, -
explorador, además con éstos se debe de colocar una jeringa y cartucho de anestesia.

INSTRUMENTAL DE INCISION.-Estos los vamos a dividir en instrumental para tejidos duros y para tejidos blandos.

A).- Instrumental para tejidos blandos.

BISTURI.- En cirugía se usa el bisturí de hoja corta. El cual consta de un mango y una hoja de distintas formas y tamaños. En nuestra práctica preferimos el bisturí de Bard-Parker con la hoja No. 15.

TIJERAS.- Son instrumentos de sección de tejidos ya que tienen escasa aplicación, los utilizamos para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos de encía en tratamiento, para seccionar bridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos.

También cortamos los puntos de la sutura, ya-

sea con las tijeras rectas o con las curvas.

PINZAS DE DISECCION.- Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. Las pinzas con dientes de ratón - de tres dientes que engranan entre sí, ya que permiten sostener firmemente el colgajo.

Una vez que este seccionada la fibromucosa su separación y desprendimiento para preparar -- los colgajos se realizará con las legras, periostomos t escátulas romas.

SEPARADORES.- Con estos podemos mantener apartados los labios de la herida o los colgajos -- sin que sean traumatizados, se pueden emplear los separadores de Farabeuf de extremos acocados, el igual qu los de Volkmann que constan -- de un mango y tallo que terminan en forma de -- dientes, los cuales se insinúan debajo del -- colgajo al que mantienen fijo.

B).- Instrumental para tejidos duros.

ESCOPLCS Y MARTILLO.- Son de muy frecuente uso en cirugía se utilizan para efectuar la secci -- ón quirúrgica (osteotomía) y aún en la resecc -- ción (ostectomía) del hueso que cubre el obje -- to de la intervención, la tabla externa en -- las extracciones del tercer molar retenido, -

el hueso palatino que protege a los caninos u-
 otros dientes retenidos. También se emplea pa-
 seccionar dientes en las maniobras llamadas -
 odontosección.

ESCOPIO.- Es una barra metálica con un extremo
 cortado a bisel a expensas de una de sus ca--
 ras y convenientemente afilado, actúa a presi-
 ón manual o a golpes de martillo. La hoja pu-
 ede ser recta o estar ahuecada en media caña.

MARTILLO.- Constr. de una meza y de un mango -
 que permite esgrimirlo con facilidad, debe --
 ser dirigido por el operador o por el asisten-
 te.

PINZAS GUBIAS.- Existen rectas y curvas y ac-
 túan extrayendo el hueso por mordiscos previa
 preparación de una puerta de entrada con los-
 escoplos (osteotomía) como cuando se desea --
 eliminar bordes cortantes, creas óseas o --
 trazos óseos que emergen de la superficie del
 hueso. Existen varios tipos con diferencia a-
 la angulación de sus ramas o en la disposici-
 ón de su parte cortante.

FRESAS.- El empleo de las fresas en las opera-
 ciones de la boca es de gran utilidad. La fresa
 puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino

a otros instrumentos . La ostectomía u osteotomía cuando son efectuadas con cuidado, resultan bien y sencillas. Pueden usarse las fresas comunes tales como las redondas del No 5 y 8 y de fisura del No 560.

Son de gran utilidad las fresas quirúrgicas de Schamber, las fresas para labrar caucho, las fresas de Allport y las de Lindermann.

LIMAS PARA HUESO.- Se usen para preparar máxilas alisando bordes y eliminando puntos óseos.

INSTRUMENTAL DE HEMOSTASIS.- Por medio de este instrumento cohibimos la hemorragia, fase importante en todo procedimiento quirúrgico.

PINZAS DE KOCHER.- Su empleo hemostático es reducido dadas las pocas oportunidades que existen en ella de ligar vasos, por tratarse de vasos pequeños de la fibromucosa o bien de vasos grandes intraóseos cuya prehensión es imposible, pero sin embargo en algunos casos pueden emplearse .

También tenemos la Pinzas de Kelly, Pinzas de Mayo, Pinzas de Allis, Pinzas de Mosquito, etc. Las cuales cumplen las mismas funciones de cohibir hemorragias.

INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO.- Tenemos al Separador de Fa-
 rebeuf o de Volkmann.- Se utilizan para no he-
 rir los labios durante la operación en la ca-
 vidad- bucal y también para que el colgajo no
 sea traumatizado y obtener así una buena visi-
 bilidad.

LEGRA.- Se utiliza para el desprendimiento y-
 separación de la fibromucosa.

PINZAS GUBIAS.- Su función previamente se --
 mencionó en instrumental para incisión de te-
 jidos duros.

CUCHARILLAS.- Nos sirven para eliminar del --
 interior de las cavidades óseas, colecciones-
 patológicas, granulomas, quistes, restos óse-
 os, etc .

Forceps.- Son aquellas pinzas para poder res-
 lizar la extracción, basado al principio de -
 la palanca del primer grado, con el cual se -
 toma al diente por extraer y se hacen movimi-
 entos particulares destinados a eliminar el -
 órgano del alvéolo.

ELEVADORES.- Son instrumentos que se basan en
 principios de física a fin de movilizar o extra-
 er dientes o raíces dentarias.

INSTRUMENTAL DE SUTURA.- Tenemos al **PORTA AGUJAS.-** Esta destinada a dirigir las agujas pequeñas a las que toman por su superficie plana y las guían en sus movimientos.

AGUJAS PARA SUTURA?- Para la mayoría de las operaciones de cirugía bucal es conveniente efectuar suturas . Las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas con el fin de evitar lesionar los tejidos gingivales tan propicios a desgarrarse. Su punta puede ser lanciforme o triangular. - También hay material de sutura llamado atraumático es decir, que tiene su propia aguja y que forma continuidad con el hilo, evitando el tropezón que en las agujas ordinarias se origina en el ojillo por doble hilo.

MATERIAL DE SUTURA.- Tenemos al **HILO.-** Lo encontremos de diferentes materiales: Hilo de algodón, - Hilo de seda, Hilo de alambre, Hilo de Nylon (tundek, mereilene), monofilamento y el Catgut que se divide en : simple, semicrómico y crómico (absorbible).

Los materiales no absorbibles son de origen vegetal como los hilos de algodón y lino. Y los de procedencia animal son los de seda. Y-

los elaborados con elementos minerales metálicos son los de alambre de acero inoxidable, de plata y oro. Los sintéticos son derivados de la celulosa como el dermalón y nylon.

Mientras que los materiales absorbibles son de origen biológico y entre éstos el clásico es fabricado con intestino delgado del carnero, se llama catgut el cual viene del grosor desde el 000 al 10 en tres tipos.

Simple: absorbible en 48 hrs.

Semicrómico: absorbible de 5 a 7 días.

Crómico: absorbible de 7 a 10 días.

CAPITULO VI**TECNICA DE ANESTESIA**

TECNICA DE ANESTESIA .

La sensibilidad de la cara nos la dá el quinto par-craneal, llamado Nervio Trigémico.

Como sabemos está constituido por tres ramas: Oftal-
mica, Maxilar Superior y Maxilar Inferior ó Mandibular -
De los cuales el Maxilar Superior y Maxilar Inferior ó -
Mandíbula se dividirán en numerosas ramificaciones entre
las cuales las más importantes en el estudio que nos ocu-
paremos tenemos:

MAXILAR SUPERIOR.- La inervación de los 6 molares supe--
riores (3 derechos y 3 izquierdos) Está dada por los --
nervios dentarios superiores , para premolares y caninos
se inervarán por el nervio dentario medio y para insici-
vos y canino será el nervio dentario anterior.

El nervio esfenopalatino consta de 7 ramas, pero so-
ló de estas ramas, las últimas, dan la inervación del pa-
ladar y son: Palatino Anterior, Medio y Posterior.

MAXILAR INFERIOR O MANDIBULA. Es la tercera rama del tri-
gémico y se dividirá en dos troncos, el anterior, que da
origen a las ramas : Temporo-bucal, Temporal profundo me-
dio y Temporo-maseterino. El posterior , da origen a 4 -
ramas de las cuales las más importantes es el dentario -
inferior, la cual da inervaciones de los molares inferio

res, premolares y caninos. Las ramas terminales del dentario inferior están constituidas por el nervio insicivo y el nervio mentoneano.

Las diferentes ramas, podran ser abordadas por la inyección de la solución anestésica, en los sitios que por referencia se sabe pasa el nervio, para que haya una interrupción de la conducción del estímulo doloroso.

El nervio trigémino estará constituido por una porción motora de menor tamaño y otra de mayor tamaño que es la sensitiva, la que lo hace ser un nervio mixto.

Del Ganglio de Gasser tomarán su origen las tres ramas de este nervio que son: Nervio Oftálmico, Nervio Maxilar Superior y Nervio Maxilar Inferior ó Mandibular.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.- Este nervio va a ser exclusivamente sensitivo y su nacimiento es en la parte media del borde antero externo del ganglio de gasser.

Una vez en su origen, se dirige hacia delante hasta alcanzar el agujero Redondo mayor, por el que atravieza hasta penetrar en la fosa Pterigomaxilar. Aquí alcanzará la hendidura esfenomaxilar dirigiendose hacia adelante - abajo y afuera, y despues al canal suborbitario, al que -recorre y penetra en el conducto del mismo nombre, y sale por el orificio suborbitario, aquí emite sus ramas termi

nales.

En el craneo, tendrá sus trayectorias por un desdoblamiento de la dura madre en donde se implanta el ala mayor del esfenoides y por dentro con el seno cavernoso. El nervio pasará por arriba de la fosa Pterigomaxilar. - (rodeada de tejido adiposo), por encima de la arteria -- Maxilar interna y del ganglio esfenopalatino.

Emite 6 ramas colaterales que son:

- 1.- Ramo Meningeo Medio.
- 2.- Ramo Orbitario . a)Ramo Temporomalar y b) Ramo-Lacrimopalpebral.
- 3,- Nervio Esfenopalatino. a)Nervio Orbitario, b)Nasales superiores. c)Nasopalatinos, d) Pterigopalatinos , e) Palatino Anterior, f) Palatino Medio, g) Palatino Posterior.
- 4.- Nervio Dentario Posterior.
- 5.- Nervio Dentario Medio.
- 6.- Nervio Dentario Anterior.

RAMOS TERMINALES.

- 1.- Parpebrales.
- 2,- Ramos Labiales.
- 3.- Ramos Nasales.

NERVIO MAXILAR INFERIOR O MANDIBULAR. Este es un nervio-mixto va, del borde anterior del ganglio de gasser y se-

forma por la reunión de la raíz motora y la raíz sensitiva que provienen del ganglio.

Cuando sale del ganglio de gasser se dirige en un desdoblamiento de la dura madre hasta llegar al agujero-oval, en donde se relaciona con la arteria Meningea menor. Una vez fuera del agujero oval, queda colocada por fuera de la aponeurosis interpterigoidea y del ganglio otico.- al cual se une intimamente. Entonces se dividirá en dos troncos una anterior y otra posterior, pero antes emite su bifurcación que se introduce en el craneo por el agujero redondo menor.

El tronco anterior tiene 3 ramas que son:

- 1.- Temporobucal.
- 2.- Temporal profundo medio.
- 3.- Temporo-maseterina.

El tronco posterior tiene 4 ramas que son:

- 1.- Nervios del Pterigoideo externo.
- 2.- Periestafilino externo y Músculo del martillo.
- 3.- Nervio auriculo-temporal .
- 4.- Nervio dentario inferior y Nervio lingual.

TECNICA DE ANESTESIA.

Las ramas alveolares superiores posteriores se bloquean haciendo la introducción de la aguja por detrás de la cresta infracigomatica e inmediatamente distal al segundo molar. Inmediatamente después introducimos la aguja aproximadamente 2 a 3 cm . También es llamada -- inyección de la tuberosidad.

Las ramas superiores medias anteriores obtienen su bloqueo separadamente para cada diente en particular, - esto se lleva a cabo introduciendo la aguja en la mucosa gingival que rodea el diente y buscando la extremidad de la raíz, por medio de esto, podemos obtener el bloque o hasta de tres dientes del mismo punto de inserción.

El nervio palatino anterior se bloqueará haciendo: la introducción de la aguja, a la altura del segundo molar por encima del reborde gingival, al lado del agujero pañatino posterior.

El nervio nasopalatino se bloqueará haciendo la -- punción al lado del conducto incisivo, situado en la -- línea media por detrás de los incisivos centrales.

Cuando se trata de hacer intervenciones quirúrgicas Estos bloqueos se complementan con la infiltración palatina de cada diente en particular, y en el caso de intervenciones complicadas en el maxilar superior se aconseja el uso de anestesia general.

Para bloquear el nervio "axilar Inferior ó Mandí--
bular, lo localizamos con el dedo índice izquierdo o de
recho, según el caso, la línea oblicua o sea el borde in-
terno de la rama de la mandíbula. Se hará la punción in-
mediatamente por dentro de este punto, por encima del -
plano oclusal del tercer molar.

La jeringa la debemos mantener paralela al plano -
oclusal de los dientes de la mandíbula y del cuerpo de-
la misma. La jeringa la apoyamos desde los premolares -
contrarios a la región por anestésiar y desde este punto
introducimos la punta de la aguja lentamente, pegada a-
a la rama del maxilar inferior, la aguja se dirige por-
el centro de la uña del dedo índice (por encima). La --
punta de la aguja se mantendrá en contacto con la rama-
durante toda la maniobra, luego se hace la rotación de-
la jeringa hacia el lado por anestésiar y se introduce-
la solución anestésica, la anestesia se obtiene de 2 a-
3 minutos.

Cuando se van a efectuar extracciones en la misma-
región malar, será necesario completar la infiltración-
del periostio y de la mucosa bucal.

CAPITULO VII**TECNICA QUIRURGICA**

TECNICA QUIRURGICA.

El bien que persigue la intervención de la cirugía bucal, será la de llevar a cabo la iluminación del proceso patológico.

Una vez que hemos conseguido nuestro proposito, se llevará a cabo la devolución de los tejidos a sus sitios originales y dejando todo en su normalidad se dará por terminada la operación.

Vemos que la extracción de los terceros molares retenidos será un procedimiento quirúrgico, en el que estarán incluidos tejidos blandos, músculos y hueso.

Como podemos observar la zona de la operación es muy estrecha y de difícil acceso esta zona se encuentra por lo general muy vascularizado y además en un lugar donde habrá una acumulación exagerada de saliva, por lo tanto habrá que planear perfectamente la intervención.

Debemos de insistir en que el operador debe llevar a cabo un plan de tratamiento previo, sobre como va a desarrollarse la intervención, desde su inicio hasta finalizar.

También deberá reducir el número de instrumentos que se vaya a utilizar deberá llevar un programa claro y preciso de acción.

En la extracción del tercer molar retenido debemos-

tener en cuenta las siguientes principios

- 1.- Realizar la operación bajo la mejor visión directa.
- 2.- Planear la operación de manera que esta exija la menor fuerza de palanca. Esto se obtiene mediante suficiente resección de tejido óseo para evitar un trismus.
- 3.- Tener en cuenta el mejor cuidado de no hacer una fractura al segundo molar. Así como de suparodonto y también tratar de no dañar el ángulo de la mandíbula, es debido a que se hace una fuerza exagerada sobre ella, con el botador sin protegerla adecuadamente.

Existen dos métodos que podemos mencionar para llevar a cabo la extracción de los terceros molares retenidos.

- 1.- Por seccionamiento de la pieza .
- 2.- Por resección de hueso, con el propósito de que se lleve a cabo la extracción del diente en una pieza . Para que lleguemos hasta el hueso que aloja el molar tendremos que hacer la suficiente eliminación ó resección de hueso que cubre y podemos abarcar al mismo y hacer la extracción de éste mediante palancas.

Los pasos básicos que podemos mencionar para poder llevar a cabo la extracción del tercer molar retenido -

son las siguientes : Estudiar cuidadosamente las radiografías, determinaremos como observamos el molar. También- observar el número, tamaño y curvatura de sus raíces. La proximidad que tiene su corona y raíces con el diente de junto ó adyacente ó con las demás estructuras.

Notar la clasificación exacta en la que se encuentra, para llevar a cabo la técnica adecuada, también tomaremos en cuenta el resultado del examen de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio en el cual vamos a llevar a cabo la intervención quirúrgica.

Reunir todos los datos que tenemos de nuestro paciente, es decir, orientarnos más sobre los datos que tenemos proporcionados en la Historia Clínica, para poder llevar a cabo el plan de la intervención quirúrgica. Hecho esto podemos hacer la determinación de la incisión del colgajo, teniendo así la necesidad de la exposición adecuada.

Las técnicas de la intervención quirúrgica bucal son Incisión, Osteotomía, Extracción propiamente dicha.

INCISION.- Realizaremos la incisión amplia ya que debemos tener una visión adecuada sobre el campo operatorio y hacemos una incisión que desde la parte más posterior distal del tercer molar rodea la corona bucal y se dirige hacia abajo y afuera, e inclusive se puede hacer hasta el primer molar, se separa el colgajo con una

legra y se mantiene separados para tener una mejor visión para la osteotomía.

El tejido gingival incidido, cualquiera que sea la incisión trazada se separará con el instrumental adecuado y de tal manera podemos obtener los colgajos.

OSTEOTOMIA.- La eliminación de hueso, la llevaremos a cabo por medio del instrumento adecuado que puede ser el escoplo o las fresas según sea el procedimiento a seguir.

Extracción .- propiamente dicha .- Una vez que se ha hecho la osteotomía, procederemos a hacer la extracción del molar retenido, esto lo haremos mediante palancas con punto de apoyo adecuado, que deberá de ser en las estructuras óseas vecinas o en la cara distal del segundo molar.

Una vez que se ha eliminado el diente, deberá hacerse cuidadosamente el lavado de la cavidad. La cureta deberá emplearse primero como explorador para mayor seguridad de que el alveolo se encuentre limpio: podremos usar la irrigación como método de eliminación de fragmentos y esquirlas de hueso, también se podrá usar una lima para hueso, en el caso de que haya quedado esquirlas ó ángulos falsos, el sangrado lo controlaremos por medio de la colocación del colgajo a su lugar y suturarlo, y por último le daremos las indicaciones postoperatorias.

Como una recomendación para el operador podemos --
mencionar que el paciente deberá ser preparado y cubier-
to con los campos de forma aceptable para los procedimi-
entos quirúrgicos fundamentales. La utilización de los-
campos en la cirugía bucal es para aislar áreas contami-
nadas tales como el pelo y la barba.

Como una recomendación para el operador podemos --
mencionar que el paciente deberá ser preparado y cubier --
to con los campos de forma aceptable para los procedimi --
entos quirúrgicos fundamentales. La utilización de los --
campos en la cirugía bucal es para aislar áreas contami --
nadas tales como el pelo y la barba.

CAPITULO VIII**EXTRACCION DE LOS****TERCEROS MOLARES INFERIO****RES RETENIDOS**

CAPITULO VIII**EXTRACCION DE LOS****TERCEROS MOLARES INFERIO****RES RETENIDOS**

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

La extracción de los terceros molares retenidos está considerada en la mayoría de los casos como una extracción complicada y sumamente difícil.

Decimos que es una extracción difícil y complicada debido a que se presentan los siguientes factores: Sitio de ubicación del molar, difícil acceso y mala iluminación y visión, dureza y poca elasticidad del hueso, acumulación de saliva y de sangre, durante la operación, debido al sitio.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO POSICION VERTICAL.

Este molar puede presentar diferentes colocaciones de acuerdo a la curvatura que presente la arcada, que pueden ser: NORMAL (sin desviación), BUCAL, LINGUAL y BUCOLINGUAL, también tomaremos en cuenta si la cara mesial es accesible ó inaccesible como palanca.

En este caso nos concretaremos al vertical sin desviación, ya que en las desviaciones, la única variación que se va a presentar en la mayor ó menor osteotomía del hueso mesial y bucal y el punto de aplicación del elevador. La dirección que hay que darle al molar de acuerdo a su desviación.

A).- INCISION; Se llevara a cabo como se explico en el capítulo anterior.

B).- OSTEOTOMIA.- La eliminación de hueso la podemos llevar a cabo por medio de escoplo y como ya vimos es más recomendable que se haga a fresa, pero también es recomendable la odontosección .

La osteotomía a fresa.- es la más indicada, ya que es el instrumento con el que tiene mayor contacto el Odontólogo, es un instrumento que va a producir muy poco traumatismo usandola debidamente con enfriamiento con agua bidestilada ó con suero fisiologico para evitar el calentamiento.

La osteotomía a escoplo, es aquella en la que usamos el escoplo y el martillo, el escoplo será a media caña, dirigiendo perfectamente perpendicular hacia la superficie ósea y con golpes de martillo se reseca el hueso, en porciones pequeñas hasta que logramos descubrir el molar.

La osteotomía.- por odontosección, está indicada cuando se observan raíces divergentes con exageración, cementosis, los instrumentos usados para dicha técnica son las piedras montadas, los discos de carburo, fresas de fisura y las fresas redondas.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Aquí debemos de introducir el elevador entre el segundo y tercer mo-

lar ya que este se hace para que se pueda luxar y poder elevar el molar de su alvéolo. Sin apoyarse en el segundo molar.

Una vez que se haya luxado el diente, se podrá llevar a cabo la extracción ó bien con el mismo elevador.

La extracción hecha a base de la odontosección se indica en los casos en que hay presenciade raices divergentes, también cuando existe cementosis. Esto lo hacemos con el objeto de hacer la separación de las raices, para llevar esto a cabo usaremos una fresa en la porción media de la corona para tratar de coincidir con el espacio intraradicular, la dirección de la fresa será de bucal a lingual tratando de llegar al espacio intrarradicular, una vez hecho esto se separarán las raices, esto nos permitirá hacer un espacio en la corona. Lo que nos permitirá hacer un desplazamiento por separado de cada una de las partes seccionadas, una vez hecho esto se introduce el botador para hacer la luxación de las raices y su misma extracción .

D).- SUTURA.- Una vez hecha la extracción debemos tener en cuenta que no existan esquirlas ni bordes óseos, luego lavamos y procedemos hacer la colocación del colgajo a su sitio y llevar a cabo la sutura, que como ya sabemos lo mejor será la de puntos aislados.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

Aquí observamos que se presentan dos problemas quirúrgicos, las cuales hay que resolver.

Uno de ellos es la osteotomía; ya que por lo general el molar retenido lo vamos a localizar más profundamente en el hueso, otro es el punto de contacto, constituye uno de los anclajes más sólidos, la eliminación de dicho punto de contacto hará que se eviten traumatismos y eliminaciones óseas útiles, para extraer el molar de su alvéolo tiene que trazar un arco, pero lo cual es menester eliminar estos dos problemas.

A).- INSICION.- Se llevará a cabo como se explicó anteriormente.

B).- OSTEOTOMIA.- Se llevará a cabo como se explicó anteriormente.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Como vemos se presenta el problema del contacto interdentario, por lo que tendremos que usar un elevador con hoja muy pequeña si existirá un gran espacio entonces si, usaremos una hoja ancha, el botador se colocará en el espacio interdentario dirigiendolo hacia abajo y en sentido lingual- aquí actuará como cuña, la parte plana de la hoja del botador se colocará contra la cara mesial del tercer molar dirigimos el mango del instrumento en sentido mesial la fuerza que emplearemos estará dada por la disposición y forma radicular. El diente lo eliminaremos una vez que

haya desaparecido el contacto interdentario entre el tercer molar y el segundo, con las pinzas para extracción ; ó bien con el mismo botador.

La extracción por odontosección que hacemos cuando usamos su eje menor, lo haremos de una vez que hemos hecho la separación de la corona, la retiramos con un botador ó bien con un elevador fino, primero se dirige hacia mesial y luego hacia distal.

Después hacemos la extracción radicular por medio de los botadores ó elevadores rectos ó curvos, también podemos separar las raíces y extraerlas de una en una.

La extracción por odontosección según su eje mayor la haremos introduciendo el botador recto entre las dos porciones del molar, hecho esto conseguimos luxar la parte distal, el sitio ideal para colocar el botador es por medio ó por debajo de la línea cervical y la raíz hacia arriba y atrás.

La porción mesial, una vez que se eliminó la distal se introduce el botador y se eleva como se estuviera completo el molar, y se hacen los mismos movimientos anteriores.

D).- SUTURA.- Tendremos que cuidar perfectamente de que no existan esquirlas ni bordes óseos, ya que es probable que queden por los cortes de la fresa debido a la odontosección, lavar bien y colocar el colgajo en su

lugar y suturar con los puntos necesarios.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DISTOANGULAR.

Esta posición no es muy frecuente, pero cuando se presenta sus métodos de extracción serán laboriosos, en si el problema será la posición del molar, ya que la dirección para que sea extraído este diente es en sentido distal, o sea hacia la rama ascendente y por lo tanto la cantidad de hueso que hay que eliminar el contacto entre el tercer molar y la rama ascendente.

Aquí observamos que el diente se encuentra firmemente anclado a la mandíbula y está cubierto por una gran cantidad de hueso por lo que respecta a su cara distal y triturante.

A).- INCISION.- Realizaremos la incisión como ya se explico anteriormente.

B).- OSTEOTOMIA.- Se llevara acabo como se explico anteriormente.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- El botador o elevador tendrá que ser colocado en la cara mesial del tercer molar retenido y como si se tratara de una cuña lograremos levantar el molar, en dado caso que la osteotomía no sea suficiente, se hará una nueva osteotomía suficiente y se procede hacer la misma operación con el botador.

El botador lo aplicaremos entre la cara bucal del

molar y el hueso, para que tratemos de moverlo: esto -- mismo lo haremos por distal y en lingual, gracias a tales aplicaciones haremos que se luxe el molar, entonces podemos llevar a cabo la extracción con un elevador.

La extracción por odontosección estará más indicada ya que como dijimos tiene que trazarse un arco hacia -- la rama ascendente, por lo que seccionamos la corona y -- la dirigimos todo lo distalmente que permite el hueso y -- se procede a hacer la extracción.

Luego procederemos a la extracción de la raíz, que -- que bebemos tomar en cuenta la forma y la disposición -- de las raíces, lo más recomendable hacer será dirigirla -- hacia distal.

Como podemos observar la extracción la podemos -- terminar como en los otros casos con unas pinzas para ex-- -- tracción.

D).-SUTURA.- Al igual que los otros casos una vez -- que se haya revizado, lavado y colocado el colgajo en -- su sitio original procederemos a hacer la sutura con -- puntos aislados y la cantidad de puntos dependerá del -- tamaño de la incisión realizada.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICI -- ON HORIZONTAL. /

Aquí trataremos de seguir los pasos que realizamos -- en la extracción en posición mesioangular, ya que son --

muy parecidos las posiciones, por lo que esta técnica - tendrá influencia de la mesioangular.

Si usamos la odontosección en este caso se nos facilitará completamente el trabajo y tanto el traumatismo como el postoperatorio serán de menor riesgo también

Será de gran ayuda tratar de conservar al diente - por extraer intacto; pues si separamos la corona se pierde su superficie sobre la cual se puede aplicar el botador o elevador.

A).- INCISION.- Se realizará la incisión que mencionamos con anterioridad.

B).- OSTEOTOMIA.- Se realizará como se explico anteriormente.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Como se explico anteriormente , en la extracción en sentido mesioangular.

D).- SUTURA.- La sutura será como en las otros casos no olvidando de revisar y lavar perfectamente, antes de que se coloque el colgajo en su sitio y suturar con puntos aislados.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION LINGUOANGULAR.

Aquí presenta la característica de que su cara triturante se dirige hacia el lado lingual de la mandíbula

Podemos encontrar dicho molar cubierto por una can-

tividad variable de hueso, por lo que si queremos llevar a cabo la extracción de dicho diente, tendremos que eliminar el hueso que cubre la corona en su parte superior el hueso de la tabla interna y la superficie cantidad de hueso en su porción distal, esto es con el fin de poder dirigir al molar hacia arriba y hacia distal.

A).- INCISION.- Como se explico anteriormente.

B).- OSTEOTOMIA.- Como se explico anteriormente.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Una vez que se ha resecaado la superficie del hueso, se procede a introducir el botador, esto es haciendolo entre la cara mesial y el hueso, tratando de elevarlo hacia arriba y atrás.

D).- SUTURA.- Como ya es sabido se reviza , se lava y se coloca el colgajo en su lugar de origen para poderlo suturar con puntos aislados.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION BUCOANGULAR.

Aquí se presenta la cara triturante del lado contrario que la retención anterior, o sea, se dirige hacia el lado bucal.

Por lo que se sigue las mismos procedimientos para su extracción.

A).- INCISION.- Como se explico anteriormente.

B).- OSTEOTOMIA.- Como se explico anteriormente.

C).- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- Como se explico anteriormente.

D).- SUTURA.- Como se a explicado anteriormente.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

Para dicha extracción deberemos tomar en cuenta mucho la profundidad del molar en el hueso, y también observar la accesibilidad que nos presenta la cara mesial

Ya que los molares que se encuentran relativamente superficiales, se podrá llevar a cabo la extracción una vez que se haya hecho la resección del hueso, que cubre la cara más cercana al borde alveolar.

Podemos decir que la osteotomía a realizarse será fácil de extraerse una porción primero de este y luego la otra, esto dependerá de la situación en que este colocado el molar, ya que primero se extraerá la raíz y luego la corona.

La sutura será completamente igual que cualquiera de los casos anteriores, ya que se haran puntos aislados una vez colocado el colgajo en su sitio de origen.

CAPITULO IX

**COMPLICACIONES Y ACCIDENTES
-
TES QUE SE PUEDEN PRESENTA
DURANTE LA EXTRACCION DEL
TERCER MOLAR RETENIDO**

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES QUE SE PUEDEN PRESENTAR DURANTE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Como es sabido y totalmente comprobado, nunca podemos estar excentos de que se nos presente una complicación o bién un accidente, durante la intervenciones quirúrgicas de dicha extracción, ya que se pueden presentar aunque el operador sea muy hábil y cuente con mucha experiencia ya que si él no los produce, se pueden provocar por diferentes causas, entre los más comunes mencionamos los siguientes:

- 1.- Fractura de una pieza.
- 2.- Fractura de dientes vecinos.
- 3.- Fractura del proceso alveolar.
- 4.- Fractura y luxación de mandíbula.
- 5.- Proximidad del seno maxilar.
- 6.- Penetración del diente en vías respiratorias ó digestivas.
- 7.- Proximidad al proceso cigomático.
- 8.- Lesión del nervio dentario inferior.
- 9.- Lesión del nervio oftálmico.
- 10.- Fusión del tercer molar con las raices del segundo molar.
- 11.- Densidad ósea externa especialmente en ancianos
- 12.- Lesión de las partes blandas vecinas.
- 13.- Espacio folicular lleno de cemento, en individuo

seniles.

14.- hematomas.

15.- Hemorragias.

16.- Accidentes con los instrumentos, en su mal manejo.

17.- Trismus.

18.- Dificultad de acceso al sitio operatorio .

19.- Hipercementosis.

20.- Infecciones;

A) alveolitis.

B) osteitis.

C) osteomielitis.

D) adenitis .

CAPITULO X

TRATAMIENTO POSTOPERATO_

R I O

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Esto lo podemos entender como el conjunto de procedimientos que se van a llevar a cabo después de la intervención quirúrgica, con el fin de que tenga una buena culminación dicha operación.

Una vez que hemos terminado la intervención quirúrgica, nuestro ayudante procederá hacer la limpieza de sangre que pudo haberse salpicado y haberse quedado depositada sobre la cara de nuestro paciente, esto lo realizará con una gasa previamente humedecida con agua oxigenada.

También con la misma solución se podrá hacer la limpieza de sangre que pudo haberse salpicado y haberse quedado dentro de la cavidad bucal, ya que pudieron quedar pequeños partículas de sangre (coágulos) en los dientes vecinos, a la zona de la operación y con tal fin se hace la limpieza de las mismas.

Ahora bien mencionaremos que la fisioterapia es de vital importancia, se recomienda que el paciente se coloque una bolsa con hielo o en su defecto toallas humedecidas en agua helada, sobre la cara enfrente del sitio de la operación, esto se recomienda ya que evitará el dolor y la congestión, también tiende a prevenir los hematomas y las hemorragias, también tenderá a disminuir y delimitar los edemas, el período en que debe de usarse será en-

un lasso no mayor de los 20 minutos, con períodos del mismo tiempo de duración, esto será dentro de los primeros tres días siguientes a la intervención.

Por lo que respecta al calor, este solo tiene la finalidad de que se origine la maduración de los procesos flogísticos y en especial a la ayuda de formación de pus una vez que hayan pasado los 3 primeros días se pueden usar exclusivamente para disminuir la alveolitis ó alveoalgias y dolores postoperatorias.

Por otro lado le recomendamos al paciente que al llegar a casa, trate de guardar reposo por algunas horas, que su cabeza este colocada en alto, también que se coloque hielo.

La sutura se retirará a los 8 días de haber hecho la intervención, ya que después actuará como un cuerno extraño, la técnica correcta para esto es como sigue:- Se utiliza un espejo para retirar el carrillo o la lengua, luego se retira cualquier residuo existente alrededor de las suturas, con una torunda de algodón con unas pinzas para algodón se sujeta uno de los extremos libres de la sutura a un lado del nudo, se retira en tal forma y dirección que el nudo no atraviese el tejido, una vez hecho esto se le permite al paciente un enjuague a base de cualquier enjuague bucal comercial.

La dieta que recomendamos seguir, será a base de

líquidos de preferencia el primer día después de la intervención .

El segundo día se recomienda alimentos blandos o regulares, pero es importante que no se omitan los alimentos .

Si se presentará dolor, se puede tomar alguna tableta de algún analgésico, siempre y cuando este recomendado por el operador.

También se recomendarán antiinflamatorios para contrarrestar el traumatismo, que se provocó en el lapso de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES.

No debemos considerar la extracción dentaria como una simple operación sin complicaciones, por los que debemos tener el conocimiento de valorar el estado general del paciente, de ahí la importancia que tiene la Historia Clínica, de la cual hemos formulado una serie de preguntas que nos ayudarán a valorar al paciente.

Para cualquier sospecha de una pieza retenida o impactada el mejor estudio es la radiografía. Mediante la cual podemos planear, estudiar y analizar el tipo de intervención que debemos realizar. Y respetar los tejidos sin traumatizarlos.

Debemos adherirnos firmemente a los principios básicos de la exodoncia esto es: acceso adecuado, caminos sin impedimentos y empleo de fuerzas controladas.

Es más importante extraer éstos dientes en jóvenes porque el paciente tolerará mejor el procedimiento, y además que se recuperarán más rápidamente y la posibilidad de complicaciones periodontales subsecuentes a la cirugía son menores.

BIBLIOGRAFIA.

Dr BORKET L. W . MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATA
-
MIENTO.

Dr MARTINEZ C. L. CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA.

Dra MASONN, RITA A. GUIA PARA LA RADIOGRAFIA BUCAL/

Dr HANS PICHLER. CIRUGIA BUCAL DE LOS MAXILARES.

THOMA . CIRUGIA BUCAL.

KRUGER . TRATADO DE CIRUGIA BUCAL .

LANFOR A . TESTOT . COMPEDIO DE ANATOMIA HUMANA.

ASTRA . MANUAL DE ANESTESIA.