

430

2ej



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

---

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**EXTRACCION QUIRURGICA DE  
TERCEROS MOLARES**

**TESIS PROFESIONAL**

Que para obtener el Título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Presenta:

**JUAN ROMERO VELAZQUEZ**

---

MEXICO, D.F.

1986



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

### CAPITULO I : HISTORIA CLINICA.

#### A) SECCION SISTEMICA:

|  |    |
|--|----|
| 1.- Parte administrativa .....               | 1  |
| 2.- Parte médica:                            |    |
| I) Interrogatorio .....                      | 2  |
| II) Examen físico .....                      | 7  |
| III) Pruebas de gabinete .....               | 11 |
| IV) Pruebas de laboratorio .....             | 11 |
| B) EXAMEN BUCAL: .....                       | 12 |
| C) FORMAS DE EXPEDIENTES:                    |    |
| - Forma abreviada de expediente médico ..... | 14 |
| - Forma extensa de expediente médico .....   | 15 |
| - Historia clinica .....                     | 20 |

### CAPITULO II: CLASIFICACION DE 3<sup>OS</sup> MOLARES RETENIDOS.

#### I) CLASIFICACION DE 3<sup>OS</sup> MOLARES INFERIORES:

|   |    |
|---|----|
| A) Respecto a su ubicación en la arcada ..... | 24 |
| B) Respecto a su posición .....               | 24 |
| C) Respecto a la rama ascendente .....        | 25 |
| D) Respecto a su profundidad .....            | 26 |
| -) Estudio radiográfico .....                 | 26 |

#### II) CLASIFICACION DE 3<sup>OS</sup> MOLARES SUPERIORES:

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| A) Segun su posición .....    | 27 |
| -) Estudio radiográfico ..... | 28 |

CAPITULO III: INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES  
PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

|   |    |
|---|----|
| I) INDICACIONES: .....                              | 31 |
| II) CONTRAINDICACIONES: .....                       | 32 |
| A) Locales:   |    |
| 1.- Infección pericoronar .....                     | 32 |
| 2.- Osteomielitis .....                             | 33 |
| 3.- Infección de Vincent .....                      | 34 |
| 4.- Noma o Cancrum Oris .....                       | 34 |
| 5.- Trismus .....                                   | 35 |
| 6.- Tumores malignos .....                          | 35 |
| B) Generales:                                       |    |
| a) Avitaminosis .....                               | 36 |
| b) Enfermedad cardiovascular .....                  | 36 |
| c) Hipertensión .....                               | 37 |
| d) Lesión hepática .....                            | 38 |
| e) Diabetes mellitus .....                          | 39 |
| f) Hemofilia y otras enfermedades hemorrágicas..... | 41 |
| g) Anemia .....                                     | 41 |
| h) Ictericia .....                                  | 43 |
| i) Trombocitopenia .....                            | 44 |

CAPITULO IV: ANESTESIA.

|  |    |
|--|----|
| A) Analgesia .....                                 | 45 |
| B) Tipos o grupos de anestésicos .....             | 45 |
| C) Modo de acción de los anestésicos .....         | 46 |
| D) Propiedades farmacológicas .....                | 46 |
| E) Vasocostritores .....                           | 46 |
| F) Técnicas de anestésia: (intraorales)            |    |
| a) Submucosa profunda o supranperióstica .....     | 46 |
| b) Dentarios posteriores .....                     | 46 |
| c) Técnica mandibular (regional o troncular) ..... | 47 |

CAPITULO V: INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| A) para tejidos blandos ..... | 48 |
| B) para tejidos duros .....   | 49 |

CAPITULO VI: TECNICAS QUIRURGICAS.

|   |    |
|---|----|
| -) Tiempos que componen la cirugía bucal .....    | 51 |
| A) Terceros molares superiores:                   |    |
| I) En posición vertical .....                     | 53 |
| II) En posición mesioangular .....                | 54 |
| III) En posición distoangular .....               | 55 |
| IV) En posición paranormal .....                  | 55 |
| -) Posibles retenciones en maxilar inferior ..... | 56 |
| B) Terceros molares inferiores:                   |    |
| 1) Posición vertical .....                        | 61 |
| 2) Retención mesioangular .....                   | 65 |
| 3) Retención distoangular .....                   | 67 |
| 4) Retención horizontal .....                     | 69 |
| 5) Retención linguoangular .....                  | 71 |
| 6) Retención bucal .....                          | 71 |
| 7) Retención paranormal .....                     | 72 |

CAPITULO VII: ACCIDENTES DE LA EXTRACCION.

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1) Fractura de la pieza .....         | 72 |
| 2) Fractura del maxilar .....         | 73 |
| 3) Perforación del piso de seno ..... | 74 |
| 4) Lesiones a la A.T.M. ....          | 75 |
| 5) Fractura del cóndilo .....         | 75 |
| 6) Hematomas .....                    | 76 |
| 7) Alveolitis .....                   | 77 |

## PREFACIO

El problema que representan los terceros molares inclu  
idos; así como las técnicas quirúrgicas para su extracci  
ón, son de suma importancia para el cirujano dentista, -  
ya que dicho problema se nos presentara con cierta frecu  
enci: en nuestra practica diaria.

Antes de realizar la extracción debemos elaborar una -  
historia clínica completa que nos permita valorar la sa-  
lud general del paciente y cuando se crea conveniente, -  
se ordenara exámenes o pruebas de laboratorio, para ini-  
ciar el tratamiento con cierta seguridad o con las debi-  
das precauciones que el caso lo requiera. Tambien se reg  
liza un estudio radiológico, el cual nos indicara, la --  
ubicación, posición y estructuras adyacentes al tercer -  
molar por extraer.

Es por ello que se trata dicho tema, con el objeto de -  
estar lo mejor preparado para su extracción quirúrgica, -  
así como su tratamiento durante y despous de ella.

CAPITULO I

HISTORIA CLINICA

## HISTORIA CLINICA

1

La historia clinica, es de importancia para el cirujano dentista y se realiza con el fin de actualizar o ilustrarnos sobre enfermedades personales o hereditarias, -- principio y evolución de sus padecimientos.

El examen de un paciente se vale de métodos que pueden ser completos e incompletos.

Dentro de los completos están aquellos integrados por: observación, interrogatorio, inspección, palpación, etc. y métodos complementarios de laboratorio y de gabinete.

Dentro de los incompletos encontramos aquellos que consisten de un breve examen clinico y de una posible serie radiográfica.

La historia clinica completa que debe ser realizada -- por todo cirujano dentista, deberá comprender dos secciones. Una sistémica y otra bucal.

Sistémica.-- Quedan comprendidos dos aspectos importantes en el desarrollo de la historia, estos son:

1) Parte administrativa.-- En la cual se realiza la ficha de identificación del paciente y donde deben ser anotados los siguientes datos.

- a) Nombre:
- b) Edad:
- c) Sexo:
- d) Estado civil:
- e) Ocupación:
- f) Dirección:
- g) Telefono:
- h) Originario:

2) Parte médica.- Esta queda integrada de la siguiente manera:

I.- Interrogatorio:- Puede ser:

- a) Directo.
- b) Indirecto.
- c) Mixto.

II.- Examen físico:

III.- Pruebas de gabinete:

IV.- Pruebas de laboratorio:

El interrogatorio se puede considerar como una conversación profesional planeada que consiste en una serie ordenada de preguntas y que permite al paciente comunicar al cirujano sus síntomas, sensaciones y a veces sus tiempos, con el fin de determinar si son reales ó ficticios.

- Antecedentes heredo familiares: Debemos conocer sobre los consanguíneos que hayan padecido ó padescan enfermedades como: Enfermedades congénitas, mentales, nerviosas, neoplasias, cardíacas, sífilis, diabetes.

- Antecedentes personales no patológicos: Se indagará sobre higiene personal, habitación, alimentación, escolaridad, hábitos ó costumbres.

- Antecedentes personales patológicos: Se refiere a enfermedades que padece o haya padecido el paciente como: Diabetes, Enfermedades infectocontagiosas o transmisibles, intervenciones, enfermedades venéreas, enfermedades de la coagulación.

- Padecimiento actual: Motivo por el cual acude el paciente a consulta; hay que investigar el tiempo de evolución del dolor, intensidad, fenómenos que lo aumentan ó -- disminuyen, si es continuo o intermitente, si es localizado o hay irradiación, ¿ que lo produce?, cuando apareció, si presenta o ha presentado fiebre.

#### APARATOS Y SISTEMAS:

A) Aparato Digestivo.- Se preguntará al paciente si presenta o no los siguientes síntomas, así como sus características:

- Masticación: Investigaremos si se mastica bien ó hay -- dificultad para ello, si hay aumento ó disminución de la secreción salival.

Sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago: sensación de peso, plenitud, eructos, regurgitaciones, náuseas, vómitos, diarreas, estriñimiento, flatulencia. Indicando su tiempo de aparición, -- color, cantidad, frecuencia, consistencia.

En la ictericia hemolítica, son frecuentes las anomalías dentarias. Los incisivos superiores aparecen hipoplásticos y ectópicos, faltando en ocasiones los centrales superiores.

B) Aparato Respiratorio.- Debemos investigar si presenta tos seca o flemosa, si se presenta por accesos, tiempo -- que tiene de haber comenzado, evolución, sensación de -- opresión, dificultad para respirar, dolor torácico, fie-

bre, tipo de ésta, sudores vespertinos, etc.

La disnea en la que interviene el factor nervioso es casi siempre de caracter paroxístico. Así mismo la disnea puede ser de pequeños, medianos y de grandes esfuerzos.

Ciertos padecimientos como: edema de glotis, padecimientos gripales, bronquitis, neumonía; pueden formar oclusión a nivel de la faringe.

C) Aparato Cardiovascular.- Preguntaremos con el objeto de conocer en que estado se encuentra el corazón.

- Dolor precordial.- En cara anterior del torax del lado izquierdo, reflejarse al lado derecho ó en la espalda.

El dolor precordial es de gran valor para establecer diagnóstico de cardiopatías tales como: Angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia coronaria, etc.

- Disneas de pequeño y mediano esfuerzo.- Se deben por la falta de capacidad de oxigenación de la sangre en los pulmones, hay perfusión periférica y se presentara cianosis.

- Taquicardia.- Es debida al ritmo acelerado de las contracciones cardiacas.

- Bradycardia.- Es el ritmo excesivamente lento de la contracción cardiacas.

- Hipertensión.- Tensión excesivamente alta de los vasos

sanguíneos; puede ser consecuencia de varias enfermedades como nefritis, desórdenes de las glándulas endocrinas (- pituitaria, suprarrenales), obesidad, endurecimiento de las arterias, etc. La hipertensión primaria ó esencial - se considera como un desorden fundamentalmente sicosomático.

- Hipotensión.- Tensión excesivamente baja de la sangre.
- Mareos frecuentes.
- Hepistaxis.
- Hematomas.
- Patequias.
- Fosfenos.
- sensación de opresión en el pecho.
- Adormecimiento de extremidades superiores (brazo izq.)
- Edema vespertino en tobillos.

En la insuficiencia aórtica, la palidez de la cara (facies aórtica) es característica, así como; los movimientos rítmicos de la cabeza (signos de Musset) y la expansión muy acentuada de las arterias del cuello (baile arterial o danza de las arterias).

El tratamiento de un enfermo cardiópata, supone cierto riesgo en la practica de cualquier intervención. Son peligrosas las operaciones en personas con antecedentes de trombosis coronaria, fiebre reumática, angina de pecho, - degeneración adiposa del corazón, soplos ó arterioesclerosis.

D) Sistema Nervioso.— Aquí se preguntara si ha presentado, ataques convulsivos, desmayos frecuentes, ausencias o lagunas mentales, ausencias espontaneas, migraña, dolores intensos y frecuentes de cabeza, nerviosismo, trastornos de la conducta, tick nervioso, si ha sufrido algun traumatismo que le haya ocasionado algun problema (falta de algún reflejo), si esta bajo algún hipnotico.

La neuralgia es un dolor punzante, palpitante o intermitente a lo largo de un nervio; los varios tipos de neuralgia se nombran por la parte afectada: facial, supraorbital, intercostal, etc., o por la causa: anémica, gotosa, malarial, diabética, sifilitica, cardíaca. También puede deberse a infecciones en terceros molares.

E) Aparato Genito-urinario.— Son padecimientos renales, o de las vias urinarias y padecimientos venereos.

Se debe investigar sobre el color, olor y si hay dolor al orinar, si hay micciones excesivas durante el dia, sensación de insatisfacción al termino de la micción, poliuria, hematuria, anuria.

Enfermedades venereas: Preguntar sobre; si presenta.

- máculas.— Manchas de la piel o mucosa de mayor o menor tamaño y sin relieve, se distingue de la superficie circundante por una modificación apreciable de su color.

- Papula.— Lesión elemental de la piel que consiste en un relieve circunscrito de forma variable (redondo u oval) así como de volúmen, (uno o dos mm.).

Si sufre de prurito (comezón intensa que ocurre como a sintoma de enfermedad cutánea).

Se preguntara si hay exantema en los organos g-nitales, si presenta exudado purulento ó fetido, si hay escozor, ardor, dolor etc.

7) Sistema Endocrino.- Se refiere a las hormonas o a las secreciones internas y en este caso preguntaremos si presenta: Resequedad de la boca y piel, hinchazón, taquicardias, bradicardias, ganancia subita de peso, perdida subita de peso con permanencia de apetito, aumento de visión borrosa o doble, tendencia hemorragica, si presenta signos de diabetes, si es obeso (Hipotiroidismo), si es delgado (Hipertiroidismo) y si presenta oxoftalmia (ojos saltados).

Si hay antecedentes del hipertiroidismo debe pensarse en la posibilidad de padecimiento cardiaco y angina de pecho. ademas, el paciente moderadamente grave sufre de taquicardia, sudoración, cefalea y manifestaciones nerviosas que lo convierten en un mal candidato para la asistencia dental ordinaria.

6) Sistema Musculo Esqueletico.- Investigaremos la proporción simetrica de nuestro paciente, si hay vicios posturales y si hay dolores localizados o generalizados.

II.- EXAMEN FISICO: El dentista debe estar capacitado para observar realmente al paciente cuando elabore su expediente preliminar o el expediente de vigilancia. los puntos que deben observarse son:

- 1.- El color de la piel:

- = Cianosis - Enfermedad cardiaca
- = Palidez - Anemia, temor, tendencia al desmayo.
- = Rubor - Fiebre, sobredosificación de atropina, aprensión, hipertiroidismo.
- = Ictericia - Enfermedad hepática.

2.- Los ojos:

- = Exoftalmos - Hipertiroidismo.

3.- La conjuntiva:

- = Palidez - Anemia.
- = Ictericia - Enfermedad hepática.

4.- Las manos:

- = Temblores - Hipertiroidismo, aprensión, histeria, parálisis agitante, epilepsia, esclerosis múltiple, senilidad.

5.- los dedos:

- = En palillo de tambor - Enfermedad cardiopulmonar.
- = Cianosis del lecho ungueal - Enfermedad cardiaca.

6.- El cuello:

- = Distensión de la vena yugular - Insuficiencia cardiaca derecha.

7.- Los tobillos:

- = Hinchazón - Venas varicosas, insuficiencia cardiaca derecha, enfermedad renal.

**SIGNOS VITALES:**

- 1) Temperatura - La temperatura normal es de  $36.5^{\circ}$  C.
- 2) Respiración - Es de 18 a 20 por minuto.  
 Frecuencia respiratoria, especialmente con insuficiencia cardiaca:  
 a) Normal para el adulto - 16 a 18 x min.  
 b) Normal para el niño - 24 a 28 x min.

- 3) Pulso - Adulto normal.- 60 a 80 x min.  
 Niño normal .- 80 a 100 x min.

- La frecuencia del pulso debe mantenerse dentro de los límites normales y éste debe ser fuerte y regular.

- Cualquier irregularidad, que no sea una contracción prematura muy ocasional (extrasístole, pulso intermitente), es indicación para una consulta médica.

- La irregularidad total del pulso (arritmia completa, pulso irregular permanente) generalmente es indicativa de fibrilación auricular; y puede o no ser seria en relación con el tratamiento dental.

- El pulso alternante, o sea una alternación regular en el tamaño o fuerza de las pulsaciones, indica una lesión miocárdica grave.

- 4) Presión arterial - Es de 120/80 mm Hg.

En ocasiones, en el adulto normal, varía de 90/60 a 150/100. Debido a que puede variar hasta 30 mm durante un período, por esfuerzo o ansiedad. Cuando se obtienen valores anormales deben practicarse varias lecturas y debe suponerse que la lectura más baja es la correcta.

La persona que está tomando un medicamento antihipertensivo, tiene antecedentes de un ataque y una presión de - 160/100; puede constituir un riesgo mucho mayor en el consultorio dental, que un paciente con hipertensión esencial al sin tratar y con lectura de 190/120, con una ausencia total de síntomas relacionables a la hipertensión. Si -- existe duda sobre lo adecuado del tratamiento, debe consultarse al médico del paciente.

Al concluir la elaboración del expediente y quedan serias dudas sobre la reserva funcional del paciente con enfermedad cardiovascular o pulmonar, la prueba de la -- inspiración sostenida es muy útil:

- El paciente realiza una inspiración profunda.
- El paciente se comprime los orificios de la nariz, con el objeto de no exhalar y respirar.
- Sostiene la respiración tanto como sea posible. Los límites pueden ser más de 35 a 45 seg.
- Si el resultado es de 15 seg. o menos debe observarse con suspicacia, especialmente si hay datos de enfermedad cardiovascular o respiratoria.

La prueba del fósforo es otra prueba complementaria -- del funcionamiento:

- Se pide al paciente que sopla a través de un fósforo, sostenido a 15 cm. aproximadamente y con la boca abierta sin que los labios estén apretados.
- La incapacidad para apagar el fósforo, indica una posible obstrucción de las vías respiratorias inferiores.

III.- PRUEBAS DE GABINETE: Solo se mencionan, ya que por regla general se llevan a cabo dentro de los hospitales.

IV.- PRUEBAS DE LABORATORIO: Consisten en:

1) Biometria Hemática - Consiste en la valorización de los globulos rojos ó hematies; siendo su valor normal de 4 a 5 millones  $\times \text{mm}^3$ . Los globulos blancos o leucocitos, tienen un promedio de 5 a 10 mil  $\times \text{mm}^3$  (son importantes en el mecanismo de defensa ante la invasión de microorganismos).

La formula blanca o leucocitaria normal es la siguiente y esta dada en relación con los leucocitos:

|                  |                                    |               |
|------------------|------------------------------------|---------------|
| - Linfocitos .-  | 1,000 a 3,500 $\times \text{mm}^3$ | - (20 a 35%). |
| - Monocitos .-   | 100 a 600 $\times \text{mm}^3$     | - ( 2 a 6%).  |
| - Neutrofilos .- | 3,000 a 7,000 $\times \text{mm}^3$ | - (60 a 70%). |
| - Eosinofilos .- | 50 a 300 $\times \text{mm}^3$      | - ( 1 a 3%).  |
| - Basofilos .-   | 0 a 100 $\times \text{mm}^3$       | - (0.1 a 1%). |

2) Valoración de hemoglobina y hematócrito:

a) Hemoglobina: En el hombre - 13 a 16 grs.  $\times$  100 ml.  
En la mujer - 12 a 14 grs.  $\times$  100 ml.

b) Hematócrito: En el hombre - 47% aproximadamente  
En la mujer - 37 a 45% aproximadamente

Tiempo de protombina: El tiempo normal de protombina es entre los 12 y 15 seg., y determina el tiempo en el cual debe aparecer el coágulo sanguíneo.

La protombina se forma a nivel del hígado y necesita a la vitamina K para su formación, por lo que al haber de-

ficiencia de ésta aparece una tendencia hemorrágica.

Tiempo de Sangrado: su tiempo normal de sangrado es de 1 a 6 min. un tiempo más prolongado indica que el paciente presenta un defecto en su hemostasia.

Tiempo de Coagulación: El tiempo normal de coagulación es de 5 a 10 min.

3) Análisis de orina: Las cifras normales de un examen de orina deben ser:

- Volumen .----- 800 a 1,600 ml. por día.
- Densidad .----- 1,003 a 1,035% en Mg.
- pH .----- 5 a 7
- Glucosa .----- Negativa.
- Acetona .----- Negativa.
- Albúmina .----- Negativa.
- Bilirrubina .----- Negativa.
- Hemoglobina .--- Negativa.
- Sedimentación .- Menos de 10 leucocitos por campo.

#### EXAMEN BUCAL:

- a) Labios.- Veremos el color, forma, textura y volumen.
- b) Encía.- Implantación de las encías, conformación de las papilas, bolsas parodontales, color, textura, consistencia, volumen, pigmentaciones, sangrado.
- c) Profundidad del vestíbulo, inserción de los frenillos.
- d) Piso de boca.- Se palpara con el índice y medio para localizar zonas infartadas o anomalías. así como el color, textura, volumen y consistencia.

- e) Tejidos duros y blandos.- Se vera el color, textura y su conformación.
- f) Ganglios linfaticos.- Se palpara su volumen y se investiga si se presenta dolor.
- g) Oclusión.- Aquí se observara el tipo de oclusión del paciente.
- h) Examen dental por cuadrantes.- Se anotaran en el odontograma: Las caries, placa bacteriana, dientes faltantes (inclusión o anodoncia), supernumerarios, extracciones, etc.
- i) Examen radiografico.- Segun el criterio de cada dentista, se tomara: una serie periapical, interproximales y oclusales; siempre que el caso lo requiera.
- Se interpretara en ellas: El implante óseo, forma de las crestas alveolares, cuerpos radiculares, supernumerarios, caries interproximales, etc.
- j) Plan de tratamiento.- Se indicara el tratamiento a seguir, ya sean extracciones, puentes fijos o removibles, amalgamas, etc.
- k) Firma del paciente, firma del O.Dentista, y fecha.

Como dentistas, deseamos lograr un factor de evaluación con el cual pueda determinarse si podemos iniciar el tratamiento dental en forma relativamente segura, o si está indicada la consulta médica previa al tratamiento; es por ello que se presentan 2 formas de expediente médico

co. La primera es la forma abreviada de expediente médico, tomada de Accepted Dental Therapeutics, American Dental Association, 1979 - 80. Esta forma proporciona un factor confiable de riesgo y es adecuada para el dentista experimentado. Es aplicable para toda terapia dental.

### HISTORIA MEDICA

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nac. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

E.civil: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Originario: \_\_\_\_\_

Responda cada una de las preguntas: Si No

1) ¿Ha estado internado en los últimos años? --- ---

2) ¿Ha estado bajo atención médica últimamente? --- ---

3) ¿Durante el año pasado tomo medicamentos? --- ---

4) ¿Presenta problemas con algún anestésico? --- ---

5) ¿Es alérgico a penicilina, codeína u otro tipo de medicamento? --- ---

6) ¿Ha presentado hemorragia excesiva que requiera algún tratamiento especial? --- ---

7) Marque cualquiera de las situaciones en que haya estado:

|                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| -Problemas cardíacos.           | - Asma         |
| -Lesiones cardíacas congénitas. | - Tos          |
| -Presión arterial elevada.      | - Diabetes     |
| - Anemia.                       | - Tuberculosis |
| - Fiebre reumática              | - Hepatitis.   |
| - Ictericia                     | - Artritis.    |
| - Ataques.                      | - Epilepsia.   |

- |  | Si | No |
|--|----|----|
| 8) (Mujeres) ¿ Esta embarazada actualmente?  | -- | -- |
| 9) ¿ Ha tenido alguna otra enfermedad seria? | -- | -- |

Para ser contestado solo por pacientes que reciban anestesia general:

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 10) ¿ Ha bebido o comido alguna cosa durante las últimas cuatro horas? | -- | -- |
| 11) ¿ Tiene alguna pieza dental removible?                             | -- | -- |
| 12) ¿ Esta usando lentes de contacto?                                  | -- | -- |
| 13) ¿ Quien lo conducira a su casa hoy?                                |    |    |

a.- Nombre \_\_\_\_\_

Principal molestia dental. \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

La segunda es la forma extensa de expediente médico de la American Dental Association, que constituye un auxiliar para la enseñanza y puede servir como punto de partida para un diagnóstico físico completo. Se recomienda para el dentista no experto.

#### HISTORIA MEDICA.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha nac. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ E. civil: \_\_\_\_\_

Responda **Si** o **No** y llene los espacios vacios cuando se indique. Las respuestas son solamente para nuestros expedientes y se consideran confidenciales.

- |   | Si | No |
|---|----|----|
| 1. ¿ Está en buen estado de salud ?   | -- | -- |
| ¿ Ha tenido algún cambio de salud general durante el último año ?   | -- | -- |
| 2.- Mi último examen físico fue en: _____   |    |    |
| 3. ¿ Está actualmente bajo atención médica ?  | -- | -- |
| Si éste es el caso ¿Cual es el padecimiento ? _____   |    |    |
| 4.- El nombre y dirección de mi médico es: _____  |    |    |
| _____   |    |    |
| 5. ¿ Ha tenido alguna enfermedad u operaci6n.   | -- | -- |
| Si este es el caso ¿Cual fue ? _____  |    |    |
| 6. Ha estado hospitalizado(a) o ha tenido alguna enfermedad seria en los ultimos 5 años.  | -- | -- |
| a) Si este es el caso ¿cual fue el problema? _____  |    |    |
| 7. Diga si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:   |    |    |
| a) Fiebre reumática o padecimiento cardiaco reumático.  | -- | -- |
| b) Lesiones cardiacas congénitas.   | -- | -- |
| c) Enfermedades cardiovasculares (ataque cardiaco, insuficiencia coronaria, oclusi6n coronaria, presi6n arterial alta, arterioesclerosis) | -- | -- |
| - ¿ Tiene dolor en el pecho despues de ejercicio.   | -- | -- |
| - ¿ Le falta el aire despues de ejercicio leve ?  | -- | -- |
| - ¿ Se hinchan sus tobillos ?   | -- | -- |
| - ¿ Siente que le falta el aire cuando se recuesta o usa almohadas adicionales al dormir ?  | -- | -- |

|  | Si    | No  |
|--|-------|-----|
| d) Alergia.  | ---   | --- |
| e) Asma o fiebre de heno.  | ---   | --- |
| f) Urticaria o erupciones.   | ---   | --- |
| g) Episodios de desmayo o convulsiones.  | ---   | --- |
| h) Diabetes.   | ---   | --- |
| - tiene que orinar más de 5 veces al día?  | ---   | --- |
| - Está sediento gran parte del tiempo ?  | ---   | --- |
| - Tiene resequead de la boca frecuentemente ?  | ---   | --- |
| i) Hepatitis, ictericia o padecimientos hepáticos  | ---   | --- |
| j) Artritis  | ---   | --- |
| k) Reumatismo inflamatorio (articulaciones in-<br>chadas dolorosas)  | ---   | --- |
| l) Ulceras estomacales   | ---   | --- |
| m) Problemas de riñón .  | ---   | --- |
| n) Tuberculosis.   | ---   | --- |
| o) Tiene tos persistente o con sangre ?  | ---   | --- |
| p) Baja presión arterial.  | ---   | --- |
| q) Enfermedades venéreas.  | ---   | --- |
| r) Otras.  | ---   | --- |
| 8. Ha tenido hemorragia anormal relacionada con<br>extracciones, cirugía o traumatismos previos.--                                   | ---   | --- |
| - Se le forman las hematomas fácilmente.?  | ---   | --- |
| - Ha requerido alguna vez transfusión sanguínea.--   | ---   | --- |
| Si éste es el caso indique por que.?   | _____ |     |
| 9. Tiene algún padecimiento de la sangre (anemia)--  | ---   | --- |
| 10. Ha requerido cirugía o tratamiento con rayos<br>X para un tumor, crecimiento u otro padeci- --<br>miento de la cabeza o cuello ? | ---   | --- |

- |   | Si | No |
|---|----|----|
| 11. Está tomando algún medicamento ?  | -- | -- |
| Si es el caso diga cual. _____  |    |    |
| 12. Diga si esta tomando alguno de los siguientes medicamentos :                        |    |    |
| a) Antibioticos o sulfas.....   | -- | -- |
| b) Anticoagulantes (adelgazadores de la sangre).  | -- | -- |
| c) Medicinas para la presión arterial alta.....   | -- | -- |
| d) Cortisona (esteroides).....  | -- | -- |
| e) Tranquilizantes.....   | -- | -- |
| f) Aspirina .....   | -- | -- |
| g) Insulina, tolbutamida (orinasa) o semejantes ...                                     | -- | -- |
| h) Digital o medicamentos para cardiacos .....  | -- | -- |
| i) Nitroglicerina .....   | -- | -- |
| j) Antihistamínicos .....   | -- | -- |
| k) Anticonceptivos orales u otro tratamiento hormonal .....                             | -- | -- |
| l) Otros .....  | -- | -- |
| 13. Diga si es alergico o a reaccionado en forma alergica:                              |    |    |
| - Anestésicos locales .....   | -- | -- |
| - Penicilina u otros antibioticos .....   | -- | -- |
| - Sulfas .....  | -- | -- |
| - Barbituricos, sedantes o pildoras para dormir..                                       | -- | -- |
| - Aspirina .....  | -- | -- |
| - Yodo .....  | -- | -- |
| - Codeína u otros narcoticos .....  | -- | -- |
| - Otros _____   |    |    |
| 14. Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental previo ? ..... | -- | -- |

Si este es el caso, explique \_\_\_\_\_

15. Tiene alguna enfermedad, padecimiento problema no indicado anteriormente y que usted crea que debe conocer. ? ..... -- --

Si este es el caso por favor explique. \_\_\_\_\_

16. Está empleado(a) en trabajos que lo expongan regularmente a rayos X u otras ionizantes. -- --

17. Esta usando lentes de contacto ..... -- --

MUJERES

18. Esta usted embarazada. ? ..... -- --

19. Tiene algún problema asociado con el periodo menstrual. ? ..... -- --

Principal problema dental: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

## HISTORIA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nac: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Diabetes, Obesidad, Cardiopatías,  
Enfermedades hemorrágicas, Aler-  
gias, Tuberculosis.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Talla, peso, estatura, higiene bu-  
cal, alimentación, tabaquismo, es-  
colaridad, etilismo.

### SIGNOS VITALES:

Fulso: \_\_\_\_\_ Respiración: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
Presión arterial: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades que ha padecido por orden cronológico: \_\_\_\_\_

Fiebres eruptivas, tuberculosis, paludismo, reumatismo,  
infecciones, parasitosis intestinales, convulsiones, in-  
farto al miocardio, accidentes cerebrales, adenopatías,  
amigdalitis.

Ha sido tratado con corticoesteroides: \_\_\_\_\_

Ha sufrido traumatismos mutilantes: \_\_\_\_\_

Ha recibido transfusiones: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Antecedentes de tratamientos médicos y dentales: \_\_\_\_\_

Alergia a los antibióticos o medicamentos en gral: \_\_\_\_\_

Se encuentra bajo vigilancia médica actualmente: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento actualmente: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Padecimiento actual (fecha de iniciación, primeros síntomas, evolución, terapéutica). \_\_\_\_\_

### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

#### APARATO DIGESTIVO:

Mastica bien: \_\_\_\_\_ Presenta halitosis \_\_\_\_\_ La deglución es satisfactoria, existen náuseas, vómito, dolor epigástrico: \_\_\_\_\_

Presenta crecimiento abdominal, sangrado en heces fecales, diarreas, estreñimiento, meteorismo, molestias rectales \_\_\_\_\_

Presenta expulsión de sangre por boca, agruras, acedias, regurgitaciones, eructos, parásitos. \_\_\_\_\_

#### APARATO CARDIOVASCULAR:

Hay disnea de decubito o de esfuerzo. \_\_\_\_\_ Edema, dolor precordial, opresión, palpitaciones, cianosis. \_\_\_\_\_

Presenta sensación de frialdad o adormecimiento. \_\_\_\_\_

Presenta cefaleas. \_\_\_\_\_ Acúfenos \_\_\_\_\_ Fosfénos. \_\_\_\_\_

#### APARATO RESPIRATORIO:

Hay tos con o sin expectoración, con o sin dolor torácico. \_\_\_\_\_. La expectoración es abundante o escasa, purulenta o sanguinolenta: \_\_\_\_\_

APARATO GENITO-URINARIO:

Número de micciones en 24 hrs. \_\_\_\_\_ Presenta ardor o dolor en la micción: \_\_\_\_\_

MUJERES:

Es normal la menstruación: \_\_\_\_\_ Su ritmo: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ N. de embarazos: \_\_\_\_\_

Ha presentado abortos: \_\_\_\_\_

SISTEMA NERVIOSO:

Hay trastornos de la sensibilidad o de la motividad, existe disminución de la memoria \_\_\_\_\_

Organos de los sentidos: \_\_\_\_\_

SISTEMA ENDOCRINO:

Hay diarrea, perdida de peso, temblor digital, polidipsia, poliuria, polifagia, intolerancia al frío. \_\_\_\_\_

EXAMEN BUCAL:

Labios (color, forma, posición, textura, consistencia, volumen). \_\_\_\_\_

Encía (color, forma, textura, volumen, atrofia e hipertrofia, pigmentaciones, sangrado, bolsas parodontales, exudado). \_\_\_\_\_

Profundidad del vestibulo e inserción de frenillos. \_\_\_\_\_

Piso de boca (Color, textura, volumen, consistencia). \_\_\_\_\_

Tejidos duros y blandos (color, textura, volumen, consistencia). \_\_\_\_\_

Ganglios linfaticos(su volumen y si son dolorosos).\_\_\_\_\_

Oclusion:\_\_\_\_\_

Interpretación radiografica:\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Diagnostico:\_\_\_\_\_

Plan de tratamiento:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del C.Dentista

Fecha: \_\_\_\_\_

CAPITULO II

CLASIFICACION DE TERCEROS

MOLARES RETENIDOS

## CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Se denominan dientes retenidos, incluidos o impactados a aquellos que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico; y puede presentarse en dos formas:

- Retención intraósea.- Esta completamente rodeado por tejido óseo.
- Retención subgingival.- Está cubierto por la mucosa gingival.

### I) Clasificación de terceros molares inferiores:

A) Respecto a su ubicación en la arcada: Puede presentar 4 tipos de desviación:

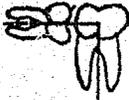
- 1.- Normal: No presenta desviación y sigue la forma oval de la arcada.
- 2.- Bucal: El molar está dirigido hacia afuera del óvalo de la arcada.
- 3.- Lingual: El molar presenta una desviación hacia el lado lingual de la arcada.
- 4.- Bucolingual: El molar dirigido hacia el lado bucal y su cara oclusal desviada hacia lingual.

### B) Respecto a su posición:

a) Posición Vertical.- Su eje mayor es paralelo al eje del segundo y primer molar.



b: Posición Horizontal.- Su eje mayor es perpendicular al eje mayor del segundo, formando un ángulo de  $90^{\circ}$ .



c: Posición Mesioangular.- Su corona está dirigida hacia el segundo molar y los ejes de ambos forman un ángulo aproximado de  $45^{\circ}$ .



d: Posición Distoangular.- Su corona está dirigida en forma variable, hacia la rama ascendente, según el ángulo de inclinación.



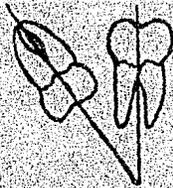
e: Posición Linguoangular.- El eje mayor del tercero está dirigido hacia la lengua.



f: Posición Buccoangular.- Presentan su corona dirigida hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual.



g: Posición Invertida (paranormal).- Presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo. Es raro y poco común que se llegue a presentar.



c) Respecto a la Rama Ascendente: Puede guardar una relación variable. Pell y Gregory lo han clasificado en 3 clases:

1ª Clase.- Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama y la cara distal del segundo molar con respecto a la corona del tercer molar.



2ª Clase.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diametro mesiodistal de la corona del tercero.

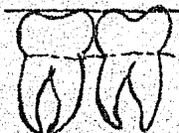


3ª Clase.- Todo o casi en su totalidad el tercer molar se encuentra ubicado en la rama.

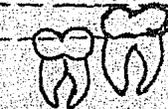


D) Respecto a su profundidad: (plano oclusal)

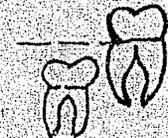
Posición A.- La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra a igual nivel o por encima de la línea oclusal del segundo molar.



Posición B.- La porción más alta del tercer molar retenido se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo molar.



Posición C.- La parte más alta del molar retenido se encuentra al mismo nivel, o por debajo de la línea cervical del segundo molar.



Para poder realizar la intervención quirúrgica es necesario coordinar estas clasificaciones, de esta manera con la radiografía obtendremos: la posición real del tercer molar, sus relaciones con el segundo molar, hueso que lo circunda, forma de la pieza, número y forma de raíces.

Estudio Radiográfico: En este estudio hay varios puntos que se deben considerar:

- Posición y desviación del tercer molar:
- Posición del segundo molar:
- Relación del molar retenido con el borde anterior de la rama montante.
- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
- Estudio de la corona del tercer molar (forma, tamaño, caries).

## II) Clasificación de terceros molares superiores:

Quedan retenidos en menor proporción que los inferiores. Su retención causa accidentes similares a los originados por otras piezas. Un accidente de erupción que es común, es cuando erupciona del lado del carrillo (bu conversión) y su cara oclusal entra en contacto con la mucosa del carrillo durante la masticación terminando por ulcerar la mucosa, produciendo dolor de gran intensidad. Los tejidos blandos vecinos se inflaman produciendo una celulitis acompañada de trismus y ganglios infartados que repercuten en la masticación y hay dificultad para la fonación.

El proceso termina al hacer la extracción o eliminar el factor traumático (cuspidés).

Clasificación según su posición: Así como el tercer molar inferior, el superior tiene una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición son menores en el maxilar superior.

La retención puede ser intraósea o submucosa. Las posiciones son las siguientes:

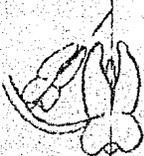
- a) Posición Vertical.- El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje del segundo; - pudiendo estar total o parcialmente cubierto por hueso.



- b) Posición Mesioangular.- El eje se dirige hacia la cara distal del segundo molar. La raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición impide su normal erupción y por ello son frecuentes las caries en la cara distal de raíz o corona del segundo molar superior.



- c) Posición Distoangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar y su cara oclusal mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

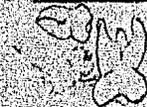


- d) Posición Horizontal.- La cara oclusal está dirigida hacia el carrillo con el cual puede ponerse en contacto y dañar la mucosa (Úlcera).



Otras veces la cara oclusal se dirige hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda.

- e) Posición Paranormal.- El molar puede ocupar cualquier posición, es decir no adopta las posiciones anteriores.



Estudio Radiográfico.- Pueden ser consideradas una serie de puntos de interés; y que son los siguientes:

- 1.- Posición del tercer molar:
- 2.- Posición del segundo molar: Puede estar desviado hacia distal; además debemos considerar el estado de la corona (caries, obturaciones, posición y forma de las raíces).
- 3.- El hueso que cubre la cara triturante: Cantidad y disposición, la existencia o ausencia del saco pericoronario. Estas condiciones indican la técnica y el grado de osteotomía necesaria.
- 4.- El tabique mesial: (forma y dimensiones) Esta dado por la posición del molar. En la posición vertical, estando en contacto el tercero y el segundo, el espacio es nulo o mínimo. En este espacio mesial (previa resección de hueso) deben aplicarse los elevadores para la extracción del retenido.
- 5.- El hueso distal:- La cantidad puede ser variable. En algunas ocasiones la cara triturante puede estar en contacto con la apófisis pterigoides.
- 6.- La corona del tercer molar: (tamaño, forma y estado de la corona).
- 7.- Las raíces del tercer molar: Generalmente están fusionadas. Pueden presentarse separadas y dirigidas en distintas direcciones; pueden no estar calcificadas.
- 8.- Vacindad con el seno maxilar: En ciertos casos está muy cerca al seno y otras veces sus raíces llegan a hacer hernia en el piso sinusal. La extracción pue

de ocasionar, en tales circunstancias, una comunicación patológica con el seno maxilar o el molar ser proyectado en esta cavidad.

9.- Vecindad con la apófisis pterigoides: Puede estar en íntimo contacto con ésta. Existe el peligro de --fractura. La tuberosidad del maxilar puede ser arrancada en el curso de una extracción.

10.- Acceso a la cara mesial: La radiografía debe indicar la facilidad de acceso a esta cara, o fijar la --necesidad de una osteotomía del tabique mesial, para la colocación del instrumento.

CAPITULO III

INDICACIONES Y

CONTRAINDICACIONES

PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Existen distintas opiniones, respecto a la extracción de estos dientes cuando no producen síntomas, ni hay signos radiológicos de lesiones.

Se dice, que las posibilidades de complicación y dificultad de la extracción aumenta considerablemente con la edad. El momento más adecuado para extraerlos, es -- cuando se han formado las dos terceras partes de las raíces, eliminando así el riesgo de la curvatura anormal de los ápices.

I) **INDICACIONES:** Las indicaciones para la extracción de los terceros molares retenidos son:

A) Obstáculos a la erupción normal del 2º molar. -- Esta anomalía del desarrollo, debe corregirse con odontotomía precoz del tercer molar.

Ocurre cuando la mandíbula no se ha desarrollado lo suficiente para alejar al tercer molar, de manera que presiona sobre el segundo molar y lo inclina.

B) Inclinación posterior de los segundos molares. -- La presión del tercer molar en desarrollo sobre la superficie distal del segundo, puede causar la inclinación de este último e impedir así su oclusión normal.

C) Síntomas neurológicos. -- La compresión del nervio dentario inferior, por un molar retenido, produce a veces ciertos síntomas neurológicos que producen dolor, que --

puede ser referido a zonas inervadas por cualquier otra de las ramas del quinto par craneal o de los nervios -- que se anastomosan a él.

Los síntomas neurológicos se presentan con mayor frecuencia en individuos menores de treinta años (durante la etapa de desarrollo del tercer molar).

D) Accidentes de erupción de los 3<sup>os</sup> molares. -- Estos accidentes nos indican la eliminación del diente causante (pericoronitis a repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

II) CONTRAINDICACIONES: Se debe entender que al hablar de contraindicaciones, no significa no realizar la intervención quirúrgica, sino que se debe realizar con las debidas precauciones y con previo tratamiento del paciente con terapéutica médica por medio de antibióticos y en ocasiones de anestesia general para vencer el escollo que el proceso inflamatorio origina.

En resumen esto significa que debemos ir en ayuda del paciente con sufrimiento, dolor y mal estado general, a causa de su afección dentaria.

#### A) Contraindicaciones Locales:

1.- Infección Pericoronar: Es uno de los procesos que con mayor frecuencia causan los terceros molares incluidos. Sucede cuando la encía ha sido perforada, permitiendo la invasión de microorganismos causando la infección de los tejidos peridentales.

En las infecciones pélogenas, se puede formar un absce

so pericoronar que en el maxilar inferior es frecuente que vaya acompañado de trismus, celulitis y linfadenitis o absceso submaxilar.

El objetivo principal del tratamiento es la extracción, aunque a veces es preciso posponerla hasta que se haya eliminado la etapa aguda de la enfermedad.

2.- Osteomielitis: Ocurre más frecuentemente en mandíbula que en maxilar superior.

Empieza como infección de la porción esponjosa o malar del hueso. Puede ser resultado de una infección periapical ó pericoronar; o producirse por la aguja de la inyección (especialmente en anestesia a presión o intracósea); otras veces puede provenir de lo que aparentemente fué una extracción sencilla de una pieza infectada.

La destrucción que causa se debe a la presión del material supurativo en un espacio cerrado. Su causa general es el estafilococo.

- Síntomas: Dolor profundo ocasionalmente acompañado por parestesia intermitente del labio; edema de los tejidos blandos, malestar y elevación de la temperatura, absceso (atravesa hueso cortical y llega a tejidos blandos).

En el tipo invasivo (no localizado) todos los dientes en una sección del maxilar superior o inferior, pueden estar móviles o sencibles y se puede observar pus alrededor de los cuellos dentales y espacios interproximales

- Tratamiento: - Es aconsejable administrar un antibiótico en altas dosis para impedir el progreso de la in-

fección (cultivo y antibiograma para prescribirlo con más eficiencia).

- Drenaje del pus cuando se forma a pesar de la terapéutica antibiótica (el antibiótico debe continuarse de 4 a 6 semanas después que ha cesado el drenaje).

- Extracción del molar o secuestro óseo causante de la infección.

3.- Infección de Vincent: Bajo el colgajo gingival que cubre al tercer molar, es frecuente que exista un foco de esta infección que periódicamente origina brotes de gingivitis ulcerosa, hasta que se realiza la odontectomía; sin embargo se debe tener precaución de no extraer la pieza durante la fase aguda de la infección.

Quando se sospeche de la infección, el diagnóstico se confirma bacteriológicamente y se aplaza la odontectomía hasta eliminar la infección.

4.- Noma o Cancrum Oris: Es una gangrena fulminante, muchas veces mortal, de uniones cutáneomucosas como: labios, nariz, conducto auditivo externo o genitales; suele iniciarse en la superficie mucosa y es mucho más frecuente a nivel de la cavidad bucal. Suele presentarse en niños, adultos y ancianos mal alimentados.

Es importante distinguir el cancrum oris, de un tumor maligno o de lesiones ulceronecróticas esfaceladas secundarias o leucemias, diabetes no controlada o neutropenia maligna.

El tratamiento consiste en administrar parenteralmente grandes cantidades de antibiótico (penicilina) y ne-

jorar la alimentación y resistencia general del paciente.

5.- Trismus: Se presenta como reacción muscular, o por inflamación directa de los músculos masticadores. Se presenta sobre todo en los procesos provenientes de las molares inferiores.

En ocasiones es tan cerrado que será necesario abrir la boca por métodos instrumentales o mediante anestesia general.

6.- Tumores Malignos: Sus células se apartan de su forma original, en tamaño y morfología; teniendo una alta velocidad de reproducción; se propagan e infiltran a los tejidos próximos que desorganizan. Se reproduce aun después de extirpado el tumor pues se propagan por el sistema linfático a otras partes del cuerpo formando tumores.

- Clinicas: Crecen rápidamente, cambio de color (blanquesino), forma irregular, fijo a tejidos circunvecinos, es superficial y se ulcera, presenta metástasis.

- Tratamiento: Descicción según su grado de malignidad y localización, puede ser radical con extirpación de ganglios linfáticos que irrigan dicha región para evitar que llegue a la sangre. La cirugía, radiación o quimioterapia son tratamientos paliativos

En el carcinoma bucal se deriva del epitelio pavimentoso y afecta con más frecuencia a adultos de sexo masculino. En mucosa bucal se llama enfermedad de Bowen y se localiza más frecuentemente en labio inferior.

B) Contraindicaciones Generales: Si la historia clínica, revela la presencia de alguna enfermedad general y está recibiendo tratamiento médico, se consultara al médico acerca del estado actual y del efecto de la enfermedad sobre el tratamiento dental.

a) Avitaminosis: Es una deficiencia de vitaminas que retarda la cicatrización y es posible que fracase el proceso de reparación, tanto de tejidos duros como blandos. Además disminuye las resistencias orgánicas contra la infección y es posible que se presente la infección secundaria y origina la propensión a la hemorragia.

b) Enfermedad Cardiovascular: Las cardiopatías más frecuentes que pueden ocasionar problemas durante la operación son: Angina de pecho (incapacidad transitoria del miocardio para recibir oxígeno, hay dolor opresivo intenso en homro obrazo izq. El tratamiento es el reposo, administración de nitroglicerina, nitrito de amilo o isordil por vial sublingual), Trombosis coronaria (coágulo sanguíneo que se presenta en la arteria coronaria, la obstrucción parcial o completa trae complicaciones graves debido a que el corazón tiene una circulación colateral deficiente), infarto del miocardio (cuando el trombo ocluye una de las ramas mayores de las arterias coronarias, lo cual impide el suministro de sangre del miocardio afectado, hay disnea, nausea, vomito, sudor frio, desplome de la presión así como pulso rapido y debil, además de dolor y síntomas similares a angina de pecho),

insuficiencia cardiaca congestiva ( Puede dividirse en izquierda o derecha, puede presentarse separadas o en forma simultánea. La izquierda se debe a algun transtor no en el ventrículo o en la válvula mitral, en el cual la sangre se acumula en los pulmones y es su principal síntoma la disnea al hacer ejercicio. La derecha tiene como característica que se difunde liquido hacia los tejidos y produce edema en los tobillos para despues invadir piernas, muslos y por último afecta al abdomen. Los pacientes pueden tener un tipo de insuficiencia congestiva crónica, casi siempre derecha y estar sujetos a tratamiento con digital, diurético o ambos, y es importante saber si ha tomado su medicación en el horario indicado.

La digital tiene varios efectos en el músculo cardiaco: 1) Aumenta la fuerza de contracción del miocardio (30% más de sangre en cada contracción), 2) Reduce la rapidez de conducción de impulsos en el nodo auriculoventricular, 3) Actua como diurético al permitir que mayor volumen de sangre llegue a los riñones o puede ejercer un efecto directo sobre los riñones al hacer que aumenten la excreción urinaria.

c) Hipertensión: Significa presión arterial elevada. - la presión obtenida en el momento de expulsión de la sangre del ventriculo se conoce como sistólica y cuando no hay expulsión se conoce como diastólica. En algunos pacientes la presión 136/85 estaría en limites normales.

La arterioesclerosis suele afectar las arterias de todo el cuerpo y es una forma relativamente benigna de hipertensión arterial (Hipertensión arterioesclerótica benigna).

Cuando se eleva la presión diastólica dará lugar a un trastorno más grave (hipertensión diastólica), en la cual hay más de 90 mm Hg. aunque en personas mayores de 50 años con 95 o 100 mm Hg se consideran límites normales.

La hipertensión diastólica se considera grave por lo siguiente:

1. Debido a la presión aumentada en las arterias, el ventrículo izquierdo tiene mayor carga de trabajo que a largo plazo da insuficiencia del mismo.
2. El músculo del ventrículo izquierdo se hipertrofia - debido a la presión que tiene que compensar, lo que puede ocasionar insuficiencia cardíaca.
3. La presión por mucho tiempo en la pared de las arterias puede causar rotura de algunas arterias pequeñas - del cerebro y producir una apoplejía.

Por lo general se hace el diagnóstico de hipertensión cuando la presión sistólica es superior a 150 y la diastólica a 100 mm Hg.

d) Lesión hepática: Las personas que padecen enfermedades graves del hígado como la cirrosis, en la que sangran espontáneamente después de una operación, esta hemorragia se debe vigilar, pues cuando se acompaña de vómito puede deberse a perforación esofágica.

Es recomendable realizar transfusiones, corregir la -

anemia y mejorar los factores antihemorragicos antes de la extracción dental o durante ella y si es necesario - despues de ella.

e) Diabetes mellitus: Es una enfermedad metabolica hereditaria y cronica, dependiente de un déficit relativo o absoluto de insulina. Se presenta en dos formas: Diabetes juvenil y diabetes del adulto: siendo la juvenil más grave. La podemos clasificar en: 1) Leve: Se puede controlar sólo con dieta. 2) Moderada: mediante dieta e hipoglucemiantes bucales ( reducen el azucar de la sangre). 3) Grave: No es controlado mediante dieta o hipoglucemiantes, sino que requiere de insulina inyectada por via subcutanea en el brazo o muslo.

Se caracteriza por la eliminación de azucar por la orina ( glucosuria ) y el incremento de la glucemia (hiperglucemia).

- Si el individuo no ha verificado su orina o si está - ha sido anormal, no se le da algún tratamiento.

- Si está controlado sólo con dieta se puede continuar con el tratamiento dental.

- Si está controlado con hipoglucemiantes bucales o insulina, se lo preguntara si ha tomado su medicación habitual para ese día, de lo contrario no se dara tratamiento dental; ya que ocasionalmente el tratamiento provoca tensión y durante ésta la médula suprarrenal libera epinefrina a la sangre. Además muchos anestésicos -- contienen epinefrina o adrenalina que producen descomposición del glucógeno en glucosa. Es decir es antagonis-

ta de la insulina, ya que actúa de una manera opuesta . Por lo tanto si no está tomando su medicación, la cantidad de adrenalina circulante puede producir una elevación de la glucosa y puede ocasionar coma diabético.

Si la orina fue normal y ha tomado su medicación, se preguntara si ha comido pues de lo contrario no se dará tratamiento hasta que haya ingerido algo de azúcar en terrones o jugo de naranja, con el fin de evitar de que caiga en choque insulínico.

El choque insulínico se puede manifestar por: nerviosismo y temblores, debilidad, dolor abdominal y náusea, sudación, vértigo, pérdida transitoria de la conciencia, convulsiones, coma y en ocasiones el paciente fallece tratamiento: Azúcar o jugo de naranja, si esta inconsciente inyectar glucosa o epinefrina por via intravenosa.

Manifestaciones bucales:

- Gingivitis y dolor de encias.
- Destrucción notable del hueso de sosten de los dientes
- Xerostomía (resequedad de la boca) y ulceraciones de la mucosa bucal.
- Pulpitis en la que el diente afectado no tiene caries
- Curación retardada despues de la operación por la circulación sanguínea deficiente.
- Aliento a acetona (o parecido a olor de fruta) en el paciente no controlado.

El diagnostico de diabetes mellitus se hace con pruebas de sangre y orina. El anestésico local no debe llevar epinefrina o no ser mayor a 1:100,000

El valor de la glucosa sanguínea es de 60 a 120 mg por 100 ml de sangre.

f) Hemofilia y otras enfermedades hemorrágicas: Enfermedad hereditaria caracterizada por una deficiencia del factor VIII (factor antihemofílico) y que es transmitida por una madre portadora a su progenie masculina.

El problema está en la primera etapa de la coagulación. Por lo general se reconoce en la infancia cuando -- hay sangrado espontáneo, por traumatismos leves o al extraer el primer diente deciduo.

Se puede operar, siempre y cuando se practique en el hospital, bajo la supervisión de sus médicos y solo después de haber transfundido el factor VIII.

Las otras enfermedades que presentan propensión a la hemorragia son: Enfermos del hígado (cirrosis crónica), leucemia, escorbuto, ictericia producida por deficiencia de vitamina K, los que padecen púrpura trombocitopénica y de hipertensión.

g) Anemia: Trastorno más común de los eritrocitos; en la que el transporte de oxígeno por la sangre se encuentra disminuido; Debido a una reducción del número de eritrocitos, a disminución de su contenido de hemoglobina o ambas.

- Características: Fatiga, disnea (al hacer ejercicio), cefalea, palpitaciones, edema de los tobillos, en ocasiones angina de pecho en personas de edad avanzada; lengua enrojecida y lisa, así como palidez de las mucosas, la lengua y las palmas de las manos.

Según su origen puede ser:

1.- Insuficiencia de la médula ósea (deficiencia en cantidad o cantidad de eritrocitos nuevos).

- Anemia por deficiencia de hierro (ferropénica). La principal causa es la hemorragia (menstruación, después del embarazo y en la lactancia) por agotarse las reservas de hierro. También puede deberse a la ingestión deficiente de alimentos que lo contienen (carne, legumbres y huevos). Hay menor cantidad de hemoglobina en cada eritrocito.

- Tratamiento: Dar hierro al paciente, mediante pastillas o inyecciones.

El principal interés para el odontólogo, es que los tejidos privados de oxígeno, curan de manera deficiente y el paciente es susceptible a las infecciones.

- Anemia por deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> (perniciosa).- Enfermedad de la mucosa gástrica (revestimiento del estómago), la cual no produce las secreciones necesarias para la absorción de la vitamina y que es necesaria para la producción de los eritrocitos, así como para su maduración normal.

Los eritrocitos pueden descender hasta 1 a 2 millones por mm<sup>3</sup>. (normal 5 millones por mm<sup>3</sup>).

- Síntomas: Dolor intenso y enrojecimiento de la lengua (por atrofia de las papilas).

- Tratamiento: Se inyecta vitamina B<sub>12</sub> de por vida, ya que la incapacidad de la secreción por la mucosa gástrica es permanente.

- Anemia aplásica: Esta afectada en forma parcial o total la formación de eritrocitos por la médula ósea.

Puede ser idiopáticas (no se conoce su causa) y secundarias a alguna causa conocida (sustancias químicas tóxicas, exposición excesiva a rayos X, enfermedad renal y neoplasias).

En sus últimas etapas puede también afectar a la producción de leucocitos y plaquetas (unos atacan las infecciones y otros son necesarios para la coagulación). Estos pacientes pueden sangrar de las encías de manera espontánea.

2.- Por pérdida excesiva de eritocitos: Puede ser debida a:

- Por hemorragia. Se observa después de intervenciones quirúrgicas, en enfermedades generales como úlceras, o como resultado de traumatismos.

El tratamiento es la reposición de la sangre mediante transfusiones.

- Anemia hemolítica. Origina la destrucción rápida de eritrocitos, que da lugar a un incremento de la concentración sanguínea de bilirrubina que, por lo general produce ictericia.

Puede ocurrir en enfermedades como tuberculosis, neoplasias malignas o leucemia; o puede observarse en pacientes con infecciones graves.

b) Ictericia: Debida a enfermedad de células hepáticas o por alguna obstrucción del conducto biliar proveniente del hígado, puede haber acumulación de pigmentos biliares en la sangre, que produce un color amarillento -

de las escleróticas, la piel y las mucosas; en la orina se observa un color café oscuro.

Si se realiza extracción de urgencia, se administran 4 mg. de vitamina K tres veces al día, transfusión de - 250 C.C. de vitamina sistética hidrosoluble por vía endovenosa 2 veces al día para normalizar el tiempo de protombina.

i) Trombocitopenia: Consiste en una disminución del número de plaquetas circulantes (normalmente hay 250,000 por  $\text{mm}^3$ ), lo cual origina que exista deficiencia en el mecanismo de coagulación, es decir hay tendencia generalizada al sangrado.

Puede deberse a efectos tóxicos de agentes químicos, sobre la médula ósea; o puede ser ideopática (causa desconocida).

CAPITULO IV

ANESTESIA

## ANESTESIA

Es una practica muy usual, pero a menudo es una experiencia desagradable para el paciente. Su aplicación -- cuidadosa y adecuada permite realizar cabalmente un tratamiento y contribuye a aumentar la confianza del paciente hacia el dentista.

A) Analgesia: (local) Es la supresión de la sensibilidad de una región de la cavidad bucal permaneciendo el paciente con la conciencia intacta.

Al poner el anestésico en contacto con las terminaciones nerviosas periféricas, anulan la transmisión del dolor; dichas terminaciones están regidas por el trigémino, con sus tres ramas: El oftálmico, el maxilar superior y maxilar inferior; siendo estas últimas las de mayor recepción de los estímulos dolorosos.

### B) Tipos o grupos de anestésicos:

- I) Alcoholes:
- II) Esteres: - Benzocaina ( benzocaina )  
- Paraminobenzoico (novocaina)
- III) Amidas: + Lidocaina ( xilocaina )  
+ Mepivacaina (carbocaina)  
+ Prilcaina (citanest)

Las amidas son las que utilizamos y entre ellas tenemos que el menos tóxico es el citanest por lo que se utiliza en enfermos cardíacos y extracciones cortas. Es de duración intermedia (1 a 2 horas).

La carbocaina puede servir para tiempos más largos se utiliza en cirugías.

C) Modo de acción de los anestésicos:

La solución anestésica provee una gran superficie libre con iones positivos, que son absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa. Es decir; la base libre que forma el anestésico, se libera en el medio alcalino de los tejidos.

D) Propiedades farmacológicas:

- 1.- Período de latencia corto. (tiempo entre la aplicación e instalación.)
- 2.- Duración adecuada.
- 3.- Compatibilidad con vasopresores.
- 4.- Difusión conveniente. (aun cuando se deposite a cierta distancia del nervio).
- 5.- Estabilidad de la solución.
- 6.- Baja toxicidad.

E) Vasoconstrictores: Cuando se asocia al bloqueador, - presenta tres funciones:

- 1) Disminuye la toxicidad del anestésico.
- 2) Prolonga la duración del anestésico.
- 3) Cierra la luz de los vasos.

F) Técnicas de anestesia: (intraorales)

- a) Submucosa profunda o supraperiostica -- Se realiza en el fondo de saco para bloquear las terminaciones nerviosas, punsionando ligeramente paralelo al eje de la raíz y hacia mesial que es el sitio indicado para depositar la solución

- b) Dentarios posteriores: Se hallan situados en la tuberosidad a 2 ó 3 cm. por arriba del ángulo disto cervical del 3er molar superior.

Se anestesia en el fondo del surco Vestibular a nivel de la raíz distal del 2º molar, depositando en esta zona la solución; con lo que se obtiene la anestesia de los tres molares, hueso, periostio, y encía; menos la raíz disto bucal del 1º y la encía palatina de los tres molares (inervados por palatino anterior).

- c) Técnica Mandibular (regional ó troncular)

Con el dedo índice localizamos la línea oblicua (borde interno de la rama).

Puncionamos en ese punto a 1 cm. por encima del plano oclusal del tercer molar. El cuerpo de la jeringa puede estar dirigido desde las caras oclusales de los premolares del lado opuesto; o mantener el cuerpo de ésta paralelo a las caras oclusales.

Se introduce la aguja lentamente dos centímetros pegada a la cara interna de la rama y al mismo tiempo girar la hacia los premolares del lado opuesto y depositando en esta posición otra parte del anestésico; con lo que anestesiarnos el dentario inferior, lingual y el bucal o vestibular.

Al efectuar extracciones es necesario completar la anestésia infiltrando al periostio y la mucosa del lado bucal, inyectando en la mejilla por encima del pliegue mucoso correspondiente al tercer molar y de esta manera anestesiarnos el nervio bucal.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

## INSTRUMENTAL QUIRURGICO

La cirugía bucal requiere de un instrumental especializado, ya que se propone abrir encía, llegar a hueso - (realizando osteotomía) y eliminar el objeto de la operación (diente, tumor o proceso patológico); volviendo los tejidos a su sitio original, dando por terminada la operación. Los instrumentos de que nos valemos para la intervención se dividen en:

### A) Para tejidos blandos:

- Bisturí: Consta de un mango y una hoja. Se usan hojas intercambiables que se eligen según la clase de operación (hojas 11, 12 o 15). El bisturí llamado sindesmótomo se usa para separar la encía del cuello del diente.
- Tijeras: Se emplean para ~~sccionar~~ seccionar lengüetas y festones gingivales, trozos de encía y para cortar puntos de sutura. Las tijeras pueden ser rectas o curvas.
- Pinzas de disección: Para ayudarse en la preparación de los colgajos, en su despegamiento. Las pinzas de dientes de ratón permiten sostener el colgajo.
- Instrumentos de galvano y termocauterío: radiobisturí o electrotomo: Realiza la sección de los tejidos gingivales por métodos térmicos o eléctricos; se pueden incidir abscesos, o destruir los capuchones que cubre el tercer molar.

- Legras, Periostótomos, Espatulas romas: Se usan para el desprendimiento y separación de la fibromucosa primario incidida por el bisturí. Se insinuarán entre los labios de la herida y entre muco-periostio y hueso hasta formar el colgajo; También se emplean para despejar las bolsas de los quistes, del hueso que los aloja.

- Separadores: El objeto de estos es mantener apartados los labios, con el propósito de no herirlos, o para no traumatizar los colgajos. Esta misión puede ser cumplida también con un pericostótomo o con una espatula, con los cuales se sostienen y aparta el colgajo.

#### B) Para tejidos Duros:

- Escoplos y martillo: Se usan para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención (tabla externa, hueso palatino, eliminación de quistes y odontosección)

- Pinsas cubias: Para realizar la resección del hueso (osteotomía) y eliminación del saco pericoronario.

- Limas para hueso: (escófinas) Son utilizadas para alisar los bordes óseos después de la extracción.

- Cucharillas para hueso (curetas): Para eliminación de granulaciones, trozos del saco pericoronario o esquirlas óseas.

- Elevadores: Se utilizan a manera de palanca para la extracción. Así tenemos elevadores de aplicación mesial, bucal y mesiobucal, para raíces usamos los Clew-dent y-

los elevadores apicales, destinados a eliminar pequeños trozos radiculares. Los elevadores pueden ser de Winter o de Barry.

- Agujas para sutura: Son agujas curvas y pequeñas con cavoconvexas en el sentido de sus caras. La herida que dejan en la mucosa es paralela al trazado de la incisión. La tracción de la sutura no tiene acción de agrandar o desgarrar el tejido.

- Portaagujas: Es una pinza que toma la aguja en su superficie plana y la guía en sus movimientos.

- Material de sutura:

a) Catgut (material resorbible) .- Formado por sustancias proteicas, facilmente digeribles por los elementos proteoliticos de los tejidos.

b) Hilos de seda.- Empleada tanto en cirugía general como en cirugía bucal.

c) Hilos de lino .- Tiene la ventaja de poderse encontrar facilmente sobre la mucosa cubierta de fibrina, -- despues de 3 ó 4 dias de la operación.

d) Stylon .- Se esterilizan al formol y pueden hervirse.

CAPITULO VI

TECNICAS QUIRURGICAS

## TECNICAS QUIRURGICAS

Antes de ver las tecnicas quirúrgicas para los terceros molares, mencionaremos los tiempos de que se compone la cirugía bucal.

1.- Incisión: Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención.

En cavidad bucal, tiene el mismo fin: abrir por medios mecánicos (bisturí) el tejido gingival.

Para la extracción de terceros molares retenidos, empezamos la incisión en la parte distal del tercer molar hasta topar con la cara distal del 2º y festonear en el 2º y 1º molar, con lo cual se obtiene un mejor campo operatorio.

2.- Colgajo: Debe ser mucoperiostico y debe ser desprendido de su inserción en el tejido óseo, con una legra, espátula de Freer ó periostótomo.

3.- Osteotomía: Consiste en abrir el hueso que cubre el objeto de la operación; y puede realizarse con escoplos y martillo o con fresas quirúrgicas de baja velocidad.

4.- Operación propiamente dicha: Es donde se ejecuta la eliminación del molar retenido.

5.- Tratamiento de la cavidad ósea: Se realiza colocando dentro de ella medicamentos, gasas con medicamento, lavado de los alveolos o cavidades con soluciones anestésicas o antisépticas. El taponamiento se hace con el fin de evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños, prevenir la hemorragia y el dolor.

Por ejemplo con la gelfoam se logra reducir la hemorragia y el dolor postoperatorio. Otro sería el uso de fibrinfoam para prevenir hemorragia postoperatoria, así como en hemofilia. En combinación con la trombina los resultados son satisfactorios.

6.- Sutura: Es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión.

7.- Tratamiento postoperatorio:

- Terminada la operación limpiamos con una gasa húmeda con agua oxigenada o solución isotónica, la cavidad bucal los restos de sangre que pudieran quedar.

- Al llegar a casa guardar reposo por varias horas.

- Colocar una bolsa con hielo en la cara sobre la región operada, durante 15 minutos por 15 de descanso, por varias horas.

- En caso de dolor tomar el analgésico indicado.

- Tomar el antibiótico indicado, con el fin de prevenir procesos infecciosos.

- Dieta blanda durante los 2 primeros días después de la intervención.

- Los puntos de sutura los retiramos a los 4 o 5 días. Con un algodón mojado en tintura de yodo o de mertiolato limpiamos el hilo de sutura antes de quitarlo, con el fin de esterilizarlo.

En terceros molares se quitarán a los 2 días ya que después de este tiempo actúan como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones.

### A) Terceros Molares Superiores:

Quedan retenidos en menor proporción que los inferiores y ocurre por lo general en aquellos molares que oropcionan hacia el lado del carrillo (bucoversión).

La cara triturante esta en contacto con la mucosa del carrillo, y por movimientos masticatorios termina por ulcerar la mucosa, produciendo dolores de gran intensidad; los tejidos blandos circuncantes se inflamam y se produce una celulitis acompañada de trismus y ganglios infartados.

El proceso no termina hasta que se realiza la extracción del molar, o se suprime el factor traumático.

### Tecnica Quirurgica:

#### 1) En posición vertical:

- Incisión: Empezamos la incisión en la parte distal de lo que seria el tercer molar, continuado hasta la cara distal del segundo y festoneando el 2º y 1º molar, con lo cual se obtiene un mejor campo operatorio.

- Colgajo: Desprendemos y levantamos el colgajo con un periostótomo.

- Osteotomía: Eliminamos el hueso con escoplo o fresas de carburo para pieza de mano de baja velocidad; hasta ver por lo menos la cara bucal y mesial.

- Extracción propiamente dicha: Se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo, debido a un movimiento rotatorio. El elevador actúa en su primer tiempo como cuña para llegar a su punto de aplicación (cara an-

terior del molar). El punto de apoyo es la cara distal del segundo molar, o el tabique óseo en caso de existir.

Para luxar y extraer la pieza debemos hacer movimientos en los cuales el molar debe ser dirigido hacia afuera, abajo y atrás hasta conseguir extraerlo.

- Tratamiento de la cavidad: Sacamos el saco pericoronario con una cureta, y lavamos con solución antiseptica.

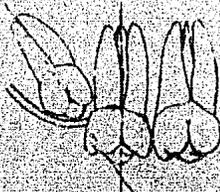
- Sutura: Se regresa el colgajo a su sitio y se practican 1 o 2 puntos de sutura.

## II) En posición mesioangular:

Los pasos para la extracción son los mismos que el anterior, solo mencionaremos las variantes que presenta.

- Osteotomía: Es mayor en mesial, porque el punto de aplicación ha de ser más alto; Para ello es necesario eliminar parte de la tabla ósea vestibular, que cubre a la cara bucal del molar, y requiriendo una mayor escisión de hueso en distal, para descubrir el diente hasta el nivel de su ducelo.

- Extracción propiamente dicha: El molar debe ser dirigido primero hacia distal, para vencer el contacto mesial y después dirigirlo hacia abajo y afuera. En molares con raíces abiertas, con cementosis o dilaceradas, este movimiento debe ser con lentitud y sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas.



### III) En posición distoangular:



- Incisión: Debe dirigirse más distalmente para evitar desgarros de la encía.

- Osteotomía: Generalmente no hay hueso sobre la cara triturrante, ni hacia distal. Solo es necesario preparar la vía de acceso en mesial.

- Extracción: Se coloca el elevador sobre la cara mesial del 3<sup>er</sup> molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás.

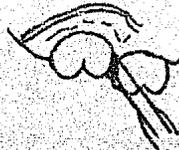
En este tipo de retenciones debemos tener cuidado con la tuberosidad y la apófisis pterigoides pues movimientos bruscos pueden fracturarlas. Usamos elevadores Cley dent o de Winter que actuaran en función de cuña o palanca.



incisión.



colgajo y osteotomía



extracción.



sutura.

IV) En posición paranormal: No permite fijar una regla para su extracción. La técnica estará dada por la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos ya que en ciertos casos será indicada la extracción del segundo molar para tener acceso al tercero.



POSICION VERTICAL

Sin Desviación



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucal



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Lingual



Cara mesial accesible.

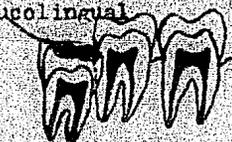


Cara mesial inaccesible.

Con desviación Bucolingual



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Sin Desviación.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucal.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Lingual.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucolingual.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

POSICION DISTOANGULAR

Sin Desviación.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucal.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Lingual.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Sin Desviación.

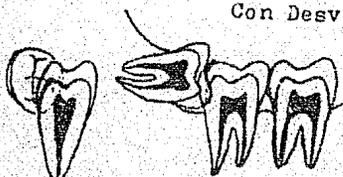


Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucal.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Lingual.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

Con Desviación Bucolingual.



Cara mesial accesible.



Cara mesial inaccesible.

POSICION LINGUOANGULAR

Cara mesial accesible ó inaccesible.

POSICION BUCCOANGULAR

Cara mesial accesible ó inaccesible.

POSICION PARANORMAL

( Invertida, ectónica, heterópica )





Estas consideraciones son aplicables a las retenciones que se mencionaran más adelante.

P. vertical s/desviación (cara m. accesible)

- Incisión y desprendimiento del colgajo.

- Osteotomía: El hueso que exista en distal debe ser eliminado lo suficiente para que el diente pueda desplazarse hacia distal. La forma de las raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a resecarse.

- Raíces dirigidas hacia distal: El hueso a resecarse debe ser suficiente para que el diente pueda describir el arco que corresponde a la forma radicular y no encuentre hueso distal que se oponga al movimiento.

- Raíz mesial hacia distal y la distal recta: La eliminación de hueso debe ser tal, que permita al molar dirigirse hacia atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

- Raíz mesial hacia distal y distal hacia mesial: Hueso resecado en cantidad suficiente para dirigir el molar a distal y permita fracturar el séptum.

- Raíces recuas: No necesitan gran eliminación de hueso distal. Con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige el molar en sentido distal.

- Extracción propiamente dicha:

El elevador de aplicación mesial se introduce entre el segundo molar y el tercero para luxarlo y elevar el molar de su alvéolo. Con el de aplicación bucal se coloca este sobre dicha cara del molar a nivel de la bifur-

cación radicular; girando el elevador hacia afuera, teniendo como punto de apoyo el borde óseo bucal; el molar se levanta hacia arriba y adentro.

\* Extracción por osteotomía a fresa:

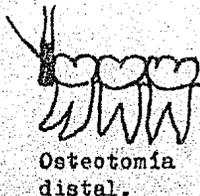
Se coloca la fresa sobre el borde óseo distal y la cara distal del 3er molar, realizando tanta osteotomía como se requiera.

El elevador recto se introduce en el espacio interdentario y se mueve alrededor de su eje en sentido distal, dirigiendo el molar hacia arriba y atrás.

Cuando usamos el segundo molar como punto de apoyo de be presentar: integridad de su corona y solidez del maxillo radicular.



Colgajo



Osteotomía distal.



Aplicación del elevador y luxación.

\* Extracción por odontosección:

Indicada en casos de raíces divergentes, con cementosis o que el molar este muy vecino a la rama ascendente del maxilar (extirpar la parte distooclusal de la corona)

R. vertical normal (cara mesial inaccesible)

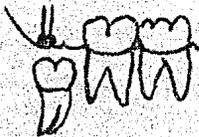
\* Extracción por osteotomía a fresa:

Se realizan una serie de perforaciones hasta tener vi

sible el molar. La resección ósea distal llega hasta la altura del cuello del molar.

La resección mesial es a expensas del hueso vecino, dejando en lo posible, intacto, el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

- Extracción propiamente dicha: El elevador se apoya en el borde óseo y en la cara distal del segundo y se luxa hacia distal. Se introduce el elevador en bucal, entre la corona y la tabla ósea externa para la elevación y extracción del molar.



osteotomía



aplicación del elevador. (mesial)

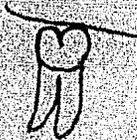


aplicación bucal para extracción

### R. vertical (ausencia de dientes vecinos)

La osteotomía se realiza en mesial y distal hasta el nivel de la corona del molar retenido.

La aplicación del elevador es en la cara mesial; girando el mango con lo cual el molar se dirige hacia atrás y arriba.



Molar retenido.

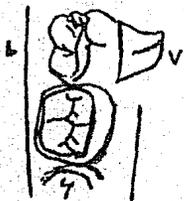


Osteotomía.



Aplicación del elevador.

2) Retención Mesioangular: Presenta dos problemas quirúrgicos que hay que resolver:



a) Osteotomía: En general el molar está alojado más profundamente en el hueso y hay mayor cantidad de hueso distal que en las verticales.

b) Contacto con el segundo molar: Constituye un sólido anclaje ya que aun eliminando el hueso distal; las cuspides mesiales contactan con la corona o raíz distal del segundo molar. Por lo que realizamos odontosección, con lo que se evita mayor osteotomía y traumatismos.

R. Mesioangular sin desviación (c. M. acc. o inacc).

+ Extracción por osteotomía a fresa: Varía un poco de la retención vertical; realizamos perforaciones en hueso hasta llegar al molar retenido y descubrirlo.

- Con fresa de fisura realizamos la suficiente osteotomía distal.

- Introducimos un elevador de Winter o uno recto en el espacio interdentario, lo giramos y luxamos el molar hacia distal y arriba; completando la extracción con el mismo elevador o uno de aplicación bucal.



Osteotomía distal.

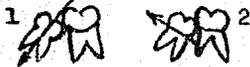


Aplicación mesial para la extracción.



Sutura.

+ Extracción por Odontosección: Indicada en la retención mesioangular; puede dividirse de dos formas:



1.- Según su eje mayor.

2.- Según su eje menor.

1.- Extracción según su eje mayor:

a) Porción distal: Seccionado el molar, se introduce un elevador recto o uno de Winter entre las dos porciones. Actuando como cuña luxa ligeramente la porción distal; Se aplica el elevador lo más profundamente posible para evitar la fractura de la porción distal (un par de milímetros por debajo de la línea cervical).

Se gira hacia mesial el mango, dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

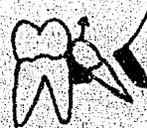
b) Porción Mesial: Eliminada la porción distal, se introduce el elevador entre la cara mesial del molar y el borde óseo si es accesible, o se practica una vía de entrada para el elevador sobre la cara mesial. Girando el elevador se consigue empujar hacia distal y arriba la porción mesial.



Odontosección.



Extracción de la raíz distal y mesial



2.- Extracción según su eje menor:

a) Corona: Seccionamos con fresa de fibura; si la cara mesial es inadecuada se practica una vía para el elevador. Si es accesible, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre su cara mesial y el borde óseo y

se eleva la corona realizando así su extracción.

b) Extracción de las raíces: Pueden extraerse con elevadores rectos, curvos o los de Winter.

Se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente. Giramos el instrumento hacia bucal para realizar la extracción.

En caso de gran divergencia radicular o gran cementosis separamos las dos raíces y cada una se extrae por separado.

Una vez terminada la extracción inspeccionamos la cavidad ósea, retiramos las esquirlas, levantamos colgajo y suturamos.



Osteotomía.

Odontosección.

Extracción (corona)

Extracción de las raíces.

3) Retención Distoangular: No es muy frecuente y las dificultades de la extracción residen en su posición, que para ser extraído debe ser dirigido hacia distal (rama ascendente) y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto del tercer molar con la rama.



+ Extracción por osteotomía a fresa:

- Incisión: Mayor que en los casos anteriores (2 cm. por detrás de la cara distal del 2º molar)

- Osteotomía: En distal debe ser, de la parte más distal del molar retenido a la cara mesial del mismo.

En mesial, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y tercio superior de la raíz del tercer molar (tabique interdentario). Con lo cual se disminuye el riesgo de una fractura dentaria o del maxilar al aplicar los elevadores.

- Extracción propiamente dicha: El elevador es introducido entre la cara bucal del molar y el hueso bucal, -- tratando de moverlo. Lo mismo hacemos en distal, apoyando sobre la cara triturante y en lingual.

La extracción se completa con un elevador fino colocado en distal, entre la cara triturante y el hueso; girando el mango hacia adelante, se eleva el molar.

- Sutura: Levantamos colgajos y suturamos con dos o tres puntos.



Osteotomía distal y mesial.



Aplicación (elevador)



Aplicación bucal.



Sutura.

+ Extracción por odontosección: Depende de la cantidad de hueso distal, el grado de inclinación del molar y la forma de sus raíces.

- Técnica: La fresa debe dirigirse paralela a la línea cervical del molar retenido, separando la corona de la raíz.

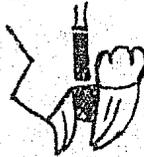
Se introduce un elevador delgado en el espacio entre corona y raíz, proyectando la corona lo distalmente que le permita el hueso y buscando la vía de menor resistencia, se eleva la corona.

La extracción de la raíz se hace desplazandola(s) hacia distal, siguiendo el eje o la curvatura de las raíces, girando el mango del instrumento hacia atrás y adelante; dirigiendo las raíces donde estaba la corona.

Se termina la extracción con una pinza de algodón o una pinza de disección.



Odontosección y extracción de la corona.



Osteotomía en espacio interdentario.



Aplicación para la extracción de las raíces.

- 4) Retención horizontal: Se pueden aplicar las mismas técnicas que las usadas para la retención mesioangular.



\* Extracción por osteotomía a fresa: Con una fresa redonda número 5 ó 6 se rasca el hueso distal. Si la cara mesial no es accesible, se practica la osteotomía en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

- Extracción propiamente dicha: Se coloca un elevador recto entre la cara mesial del molar y el borde óseo, se dirige el molar hacia arriba y hacia distal.

Eliminado el molar, levantamos el colgajo y suturamos.



Odontosección.



Extracción.



Sutura.

+ Extracción por odontosección: Es usada para reducir la cantidad de osteotomía distal.

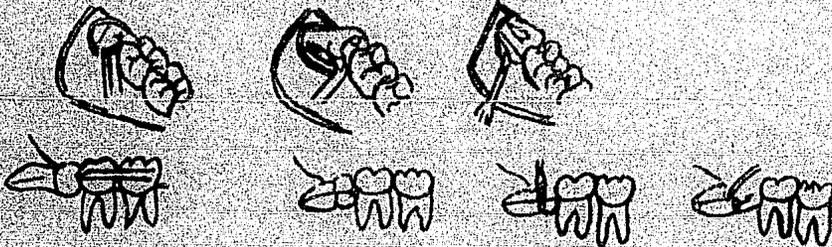
- Extracción según su eje menor: Se realiza igual que para la retención mesioangular, seccionando el molar en dos partes a la altura del cuello; extrayénd<sup>o</sup> primero la corona y despues las raíces.

- Extracción según su eje mayor: Se realiza cuando la corona del tercer molar está ligeramente desviada a el lado bucal. Seccionando el molar en una parte mesial y otra distal con un escorlo de hoja ancha.

Extraemos la parte distal introduciendo un elevador entre las dos porciones girandolo hacia arriba.

En algunos casos la porción mesial está solidamente retenida por debajo de la línea cervical del segundo molar; por lo cual es recomendable seccionarla en dos, para extraer la mitad de la corona y luego la raíz.

La raíz se elimina realizando un pequeño orificio sobre su cara distal, donde se introduce una cucharilla y se elimina traccionándola hacia mesial.



Odontosección.

Extracción de parte distal.

Extracción u odontosección mesial.

Extracción raíz mesial.

- Extracción en ausencia de dientes vecinos: El molar puede encontrarse en total retención ósea o ser subgingival. La accesibilidad de la cara mesial determina la cantidad de osteotomía necesaria.

La aplicación del elevador puede hacerse sobre la cara mesial con punto de apoyo en el hueso mesial y el molar puede dirigirse hacia arriba y a distal. Es decir; en algunas ocasiones puede extraerse sin ser seccionado, aplicando las técnicas de la retención mesioangular.

5) Retención Linguoangular: Su cara triturante esté dirigida con grado de inclinación variable hacia la tabla lingual del maxilar.

El examen radiográfico muestra el molar como un disco.



Se presenta generalmente con sus raíces incompletamente formadas.

Puede encontrarse cubierto por hueso, en cantidad variable.

Debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior (bucal o distal), el hueso de la tabla interna (cubre la cara triturante) y el suficiente hueso distal para dirigir el molar hacia arriba y distal.

Se introduce un elevador entre la cara mesial y el hueso y se trata de elevar el molar.

6) Retención Bucal: En el examen radiográfico, la cara triturante se halla dirigida hacia la mejilla e igual como en el caso anterior aparece como un disco.



- Extracción: Sigue los principios de la odontosección en el sentido de su eje menor; dividiendo el molar con una fresa de fisura de mesial a distal. Las partes se extraen por separado.

7) Retención Paranormal (invertida, heteropica): La técnica varía de acuerdo con la profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

Los relativamente superficiales se extraen previa resección del hueso que cubre la cara más cercana al borde alveolar, que es la distal.

La odontosección se realiza según el eje mayor del diente, o según la posición del molar se puede extraer primero la raíz, o la corona y por el espacio creado se elimina la porción restante.

Los molares profundamente ubicados requieren una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección.



Molar retenido.



Osteotomía.



Odontosección y extracción de las partes.

CAPITULO VII  
ACCIDENTES DE LA  
EXTRACCION

### ACCIDENTES DE LA EXTRACCION

1) Fractura de la pieza: En este caso, se eliminan los trozos óseos y dentarios, cohibimos la hemorragia de -- las partes blandas para aclarar la visión, lavamos la -- región con suero fisiológico, secamos con gasa y extrae-- mos el trozo restante.

2) Fractura del Maxilar:

a.- Del borde alveolar: No tiene mayor trascendencia; -- el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario o -- queda relegado en el alveolo (eliminarlo para evitar -- procesos inflamatorios)

b.- De la tuberosidad: (3<sup>os</sup> superiores) Por el uso de -- elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad -- o parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar -- dejando una comunicación bucosinusal.

c.- Fractura total del maxilar inferior: Por la aplica-- ción incorrecta y fuerza exagerada al extraer el molar -- con cementosis y raíces dilaceradas. Las afecciones ge-- nerales y estados fisiológicos ligados al metabolismo -- del calcio, la diabetes y las enfermedades parasifiliti -- cas predisponen a los maxilares para la fractura.

d.- Perforación de las tablas vestibular o palatina: En -- el curso de la extracción una raíz puede atravesar las -- tablas óseas por un debilitamiento del hueso a causa de -- esfuerzos mecánicos.

Para extraer las raíces se practica una pequeña inci-- sión en vestibulo o en paladar, eliminada la raíz, ce--

rramos la incisión con un punto de sutura.

3) Perforación del piso de seno: Puede presentarse al efectuar la extracción de un molar superior y puede ser causada de dos formas:

- Por razones anatómicas entre el ápice y el seno maxilar.
- Causada por elevadores o cucharillas, que desgarran o perforan el piso del seno.

Tratamiento: Si no es muy amplio, el coágulo se encarga de obturarlo.

Cuando la perforación es amplia, es aconsejable, por medio del alveolotomo retirar porción de hueso (vestibular o palatino) con el fin de alargar el tejido gingival y poder cerrar el alveolo con puntos de sutura.

a.- Penetración de una raíz en seno maxilar: La raíz penetra en el antro, desgarrando la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad.

Una radiografía nos mostrara la ubicación exacta de la raíz. La vía de entrada para la extracción es la -- vestibular.

Se trazan 2 incisiones convergentes desde el surco -- vestibular al borde libre.

Levantamos colgajo y realizamos osteotomía, a la altura del piso del seno y en dirección a la raíz que se va a extraer.

Abierto el seno, proyectamos luz y procedemos a buscar la raíz; la cual retiramos con pinzas largas (disección o mosquito).

Con alveolótomo y lima para hueso regularizamos el -  
proceso, colocamos colgajo en su lugar y suturamos.

4) Lesiones a la articulación temporomandibular: Generalmente son causadas por excesiva apertura de la boca.

Las lesiones pueden variar de contusión de los tejidos blandos, a dislocación y fractura del cóndilo.

Los síntomas incluyen restricción del movimiento de uno o ambos cóndilos y dolor preauricular radiante, crepitación y sensación de frotación en la articulación durante la masticación.

Pueden evitarse controlando las fuerzas al efectuar la extracción. Cuando exista dolor se prescribe analgésicos. Drogas como el valium son capaces de producir relajación muscular.

5) Fractura del cóndilo: Cuando la crepitación y el dolor son considerables utilizamos anestésico y de ser necesario empleamos la fijación intermaxilar para volver a establecer la oclusión preexistente. El período de inmovilización será de 5 a 10 días, con lo cual se alivian las molestias y se reestablece la oclusión.

6) Hemorragia: Se considera como accidente postextracción. Existen dos tipos de hemorragia; el primero proviene de capilares, arteriolas y vénulas, se caracteriza por un resacasamiento de sangre o hemorragia en capa,

El segundo es el proveniente de vasos mayores (arterias y venas).

El tratamiento lo podemos dividir en general y local:

Tratamiento General:

- 1.- Transfusión de sangre.
- 2.- Plasma.
- 3.- Espansores del plasma.
- 4.- Vitamina K.
- 5.- Fibrinogeno.
- 6.- Estrógenos.

Tratamiento Local:

- 1) Compresión.
- 2) Adrenalina.
- 3) Hielo.
- 4) Ligaduras y suturas.
- 5) Taponamiento del alvéolo.
- 6) Electrocauterización.
- 7) Celulosa oxidada (oxicel).
- 8) Celulosa oxidada regenerada (surgical)

En caso de ocurrir la hemorragia, primero se localiza el sitio y causa de la hemorragia, y luego se emplearán las medidas locales y en caso necesario las generales.

7) Hematomas: Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares o por la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se practico una operación bucal.

Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel, que toma un color rojo vinoso, que se hace violeta, amarillo vío

leta y amarillo. Dura varios días y termina generalmente con resolución al octavo o noveno días.

Si se infecta produce dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar.

Tratamiento:

- Colocar hielo para disminuir el dolor y la tensión.
- Administración de antibioticos.
- Si llega a absedarse se abre quirúrgicamente el foco con bisturí, separando los labios de la herida operatoria, entre los cuales emergerá el pus.

8) Alveolitis: Infección pútrida del alvéolo dentario - después de una extracción, es una complicación frecuente y dolorosa.

Reacción ante cuerpos extraños (esquirlas óseas o dentarias).

Generalmente la alveolitis se presenta después de una extracción laboriosa; por la falta del coágulo queda una comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados.

Pasan días antes que el proceso cicatrizal aparesca y durante este tiempo el dolor persiste.

Su principal causa es el traumatismo operatorio, el cual actua junto con:

- Anestesia local.
- Estado general del paciente (debilitado por enfermedad general o por trastornos metabólicos)
- Factores traumáticos (presión excesiva sobre las trabéculas óseas por los elevadores, elevación de la temperatura del hueso por calentamiento de las fresas)

- Factores bacterianos del tipo anaerobio (basilos fusiformes y espiroquetas) que por efecto de sus toxinas y acción sobre las terminaciones nerviosas del hueso alveolar, sería la productora del dolor.

La alveolitis es más frecuente en el maxilar inferior y presenta las características: Paredes alveolares sin coágulo cubiertas por una capa verdosa; alvéolo lleno de detritus, restos alimenticios y pus.

Tratamiento:

- Cuidadosa irrigación del alvéolo, con suero fisiológico.
- Secamiento del alvéolo con un algodón.
- Se introduce en el alvéolo un trozo de gasa yodoformada impregnada en parametilguayacol.

El Alvogil puede colocarse dentro del alvéolo, obteniendo resultados satisfactorios. Este compuesto por:

- Triyodometano..... 20%
- Paraamidobenzoato de butilo... 25%
- Eufenol ..... 13%
- Excipiente..... 42%

## CONCLUSION

Al conocer perfectamente los diferentes tipos de retenciones de los terceros molares; así como su técnica de extracción y realizar un examen radiológico adecuado, - se nos facilita el trabajo y las posibles complicaciones se presentaran en mucho menor proporción

Al seguir las técnicas ya mencionadas para la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos; observamos que la extracción se lleva a cabo en menor tiempo, - más sencillamente y sin traumatizar demasiado los tejidos adyacentes; con lo cual se evitan los problemas postoperatorios; o incluso accidentes durante la extracción, -- que son ocasionados por malas técnicas y el uso excesivo de fuerzas no controladas aplicadas con los elevadores.

## BIBLIOGRAFIA

- ANESTESIA ODONTOLÓGICA:  
W. R. JORGENSEN.  
EDITORIAL INTERAMERICANA. 3ª EDICION 1982.
- CIRUGIA BUCAL:  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL EL ATENEO. 8ª EDICION 1982.
- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO:  
GUILLERMO A. RIES CENTENO.  
EDITORIAL EL ATENEO. EDICION 1960.
- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL:  
DR. GUSTAV O. KRUGER.  
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.  
4ª EDICION 1978.
- MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA:  
DR. MARTIN J. DUNN.  
DR. DONALD P. BOOTH.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO  
1ª EDICION 1982
- DICCIONARIO MEDICO FAMILIAR:  
STEPHEN LOCK.  
ANTONY SMITH.  
EDITORIAL READER'S DIGEST.  
1ª EDICION 1982.

- FACTOR ODONTOLOGICO:

NUMERO 51 VOL. XII ENERO/FEBRERO 1985.

- MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA:

ASTRA.

- PERIODONTOLOGIA CLINICA:

DR. IRVING GLICKMAN

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA.

1ª EDICION 1974.