



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS
TERCEROS MOLARES RETENIDOS**

TESIS PROFESIONAL

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

P R E S E N T A N :

JUAN JOSE PEREZ CORNEJO

MARIA TERESA VAZQUEZ SANDOVAL

MEXICO. D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA	2
A) Historia de la Cirugía	2
B) Historia de la Cirugía Clásica	2
C) La cirugía en el Renacimiento	4
D) Nacimiento de la Cirugía Maxilo - Facial	4
E) Descubrimiento de la anestesia	5
CAPITULO II ANATOMIA	7
ANATOMIA DE LA MANDIBULA	7
INERVACION DE LA MANDIBULA	10
NERVIO TRIGEMINO	10
CAPITULO III ETIOLOGIA	14
Causas Locales de Retención	15
Causas Sistemicas de retención	16
Trastorno ocasionados por los dientes Retenidos	16
Dientes con mayor predisposición	17
CAPITULO IV ACCIDENTES OCASIONADOS POR LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR.	19
Aumento de la Virulencia Microbiana y disminución de las defensas	19
Establecimiento de pa puerta de entrada	19
Clasificacion de los accidentes de erupción del tercer molar inferior.	20

	Pág.
A) Accidentes mucosos	20
B) Accidentes Nerviosos	22
C) Accidentes Celulares	22
D) Accidentes Oseos	22
E) Accidentes Linfáticos ó Ganglionares	23
F) Accidentes tumorales	23
CAPITULO V CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS	25
Clasificación de terceros Molares Inferiores	25
Clasificación de terceros Molares Superiores	27
CAPITULO VI PREOPERATORIO	29
Historia Clínica	29
Análisis de Laboratorio	32
Estudio Radiográfico de terceros Molares Retenidos	33
Instrumental para Realizar extracciones de Terceros Molares Retenidos.	35
Finalidad de la Historia Clínica	39
Modelo de la Historia Clínica	39
CAPITULO VII TECNICAS QUIRURGICAS	44
A) ANESTESIA	44
B) Incisión y Colgajos	47
C) Osteotomía	49
D) Extracción Propiamente Dicha	51
E) Sutura	52
F) Postoperatorio	52
CAPITULO VIII COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS	53
TRANS OPERATORIAS	53
POSTOPERATORIO	54

CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFIA	88

INTRODUCCION

Conociendo la diversidad y frecuencia con la que los terceros molares en la actualidad presentan problema durante su etapa de erupción e elaboración este trabajo es el que pretendemos mencionar las más importantes técnicas mediante las cuales se se puede extraer un tercer molar retenido.

El ritmo de la vida diaria actualmente, la dieta menos natural y cada vez más artificial, dan por resultado problemas característicos de nuestra época como son los de tipo: cardíaco, nervioso, respiratorio y estomatológico, de estos últimos uno de los más frecuentes que se presentan, en la consulta diaria del odontólogo de la práctica general son las retenciones dentarias.

En esta síntesis trataremos de explicar los conocimientos mínimos que se requieren para la extracción de terceros molares retenidos e indispensables para el manejo de pacientes con este problema; los contratiempos resultantes de esta anomalía, así como la zona a operar y algunos datos históricos.

En el desarrollo de nuestro trabajo nos encontramos que muchas de las técnicas que hasta hace poco eran perfectamente aceptadas, actualmente han entrado en desuso, de ahí la importancia que se deberá dar a que siempre hay que estar actualizado.

Así pues algunas de las técnicas que aquí se mencionan desaparecerán del trabajo diario y rutinario en la extracción de terceros molares retenidos.

No obstante todo esto será el Cirujano dentista quien, al momento de tener que realizar una intervención, estará en disposición de utilizar distintos mecanismos, para poder llegar a feliz término con su propósito escogiendo el que mejor se adapte a su criterio y habilidad.

CAPITULO I

GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA

A) HISTORIA DE LA CIRUGIA .

Definición de la palabra Cirugía: Se podría decir que la cirugía como ciencia y arte empieza con la humanidad, los inicios de la cirugía los desconocemos pero suponemos que el hombre primitivo, por las condiciones de vida que lo rodeaba, estaban expuestos a traumatismos por su constante lucha con las bestias, con la naturaleza y con sus semejantes, cabe pensar que no podría abandonar a su evolución heridas, fracturas y luxaciones sufridas. El tratamiento y cuadro de éstas, dio origen a lo que en nuestros días conocemos con el nombre de Cirugía, que debe su origen etimológico a las palabras griegas kheir - mano y Ergon - obra.

En medicina se define con el nombre de Cirugía a la "Sección de las Ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades que más ordinariamente reclaman la intervención operatoria o manual y es considerada como ciencia y arte".

B) HISTORIA DE LA CIRUGIA CLASICA .

En los himnos reunidos con el nombre de Vidas y que corresponden a épocas muy distintas, existen narraciones notables acerca de la cirugía.

Homero en la Ilíada hace muchas referencias quirúrgicas en el sitio de Troya, el ejército contaba con consumados y notables cirujanos, según se puede deducir de los relatos hechos a éste respecto: Mil doscientos años antes de la Era Cristiana, Macaón y Podalyro, ejercían la cirugía según los preceptos de su padre Esculapio.

En el siglo glorioso de Pericles, época del máximo esplendor del genio griego, aparecen Hipócrates como fundador de una escuela clásica de la obra de éste fue continuada por sus hijos y yerno Polibes y completada por los discípulos y la escuela de Cnidos. A estos hombres Ilustres sucedieron Cos, Celso, Proxágoras y Dicoles.

La escuela de Alejandría fue la heredera de la ciencia griega Heronifilo, en 346 a 323, figura de gran renombre como anatomista, en esta misma época destacan Simón Erasistrato, Jenofonte, Artenión Nitriades y Serapión del 270 al 240 florece una nueva Era con los nombres de Apolonio, Molpis, Niceo Mifadoro, Filoxeno, Gergias, Sostrato, Herón y el empírico Heráclito de Tarento quienes supieron aplicar los conocimientos anatómicos a la terapéutica - quirúrgica.

Celso Cornelio un patricio romano del siglo I, escribió en un trabajo un método para extraer dientes con fórceps, tratamientos para el dolor de las muelas, incisiones y drenajes de absesos y reducción de fracturas de las arcadas dentarias.

Galeo (131 - 201 A.J.C.) descubrió la anatomía de los incisivos así como su función, de la de los caninos y molares e hizo observaciones sobre la odontología sobre la cual diferenciaba el dolor producido por pulpitis del producido por periodontitis.

La dominación del mundo del arte y de las ciencias se extiende desde los cuatrocientos años que precedieron al renacimiento. Los tratamientos eran esencialmente no quirúrgicos por razones religiosas.

Los árabes empleaban aplicaciones tópicas y medicamentos o desvitalizaban mediante cauterios, para evitar realizar extracciones.

C) LA CIRUGIA EN EL RENACIMIENTO.

El hecho más característico del renacimiento fue el interés en traducir a los clásicos latinos y griegos. El auge de las universidades y los métodos de imprenta adelantados, contribuirían también a que la cirugía — en la antigüedad clásica se empezase a conocer en la cultura occidental uno de los centros que más se distinguió fué Bolonia, en donde se hizo — o llevo acabo la disección pública.

Guy de Chauliac (1298-1368) fue autor de un sumario de odontología — de la época, llamada Cirugía Magna. muchas de cuyas observaciones están — tomadas de Galeno, Avicena y Albucasis, se dice que fué el primero que es — especialista en odontología. Su obra Cirugía Magna se publicó en 1478 y — alcanza 130 ediciones.

Giovanni Arcofimi, escribió un tratado de Cirugía Práctica, además — él relleno las caries con oro, su libro contiene grabados de instrumental usado: como Pellicanos, forceps curvados y un pico de cigüeña para la extracción (extracción) de raíces.

Ambrosio Paré, uno de los cirujanos dentales más notables, describió métodos para reimplante y trasplante de los dientes, obturaciones para los paladares hendidos, además extrajo dientes, drenó abscesos y consolidó — fracturas.

D) NACIMIENTO DE LA CIRUGIA MAXILO FACIAL.

Todas las operaciones de cirugía bucal, así como las de los maxilares ya eran ejecutadas desde los tiempos de Hipócrates, pero no como las operaciones de cirugía oral sino como operaciones de cirugía general.

Uno de los primeros operadores de la cirugía oral fué el Dr. Simón P Hüllihen, médico y dentista de Wheeling, Oeste de Virginia; quien practicó la cantidad de docientas operaciones de labios leprosinos, cincuenta fisuras — palatinas, aplicando placas palatinas de oro, rinoplasticas o intervenciones del seno maxilar y alrededor de 150 casos de tumores de boca y maxilares.

Hüllihen estimuló a sus colegas para iniciar la práctica de esa especialidad y tubo una gran influencia en el Dr. Garretson, que luego fue — calificade como el padre de la cirugía oral.

James Edmund Garretson fué al igual que Hüllihen médico y dentista — profesor de anatomía de Philadelphia School of Anatomy; constituyendo el — primer reconocimiento oficial de la existencia de la Cirugía Bucal como — una especialidad, llamando a está disciplina "Cirugía Oral" y sostuvo que — los cirujanos generales debían abandonar la cirugía de la boca y sus zonas adyacentes.

E) DESCUBRIMIENTO DE LA ANESTESIA.

El dolor constituía un gran problema para los cirujanos, antes del — descubrimiento de la anestesia. Se consideraba que los mejores cirujanos — eran aquellos que podían trabajar más de prisa y causar a sus pacientes el menor dolor posible.

Horace Wells, un dentista de Hartford, fué quien encontró por primera vez una forma de sobreponerse al dolor. En 1844 un espectáculo de gas hilarante llagó a Hartford, que se administró a algunos asistentes (óxido nitroso) o gas hilarante.

A Wells se le ocurrió usar el óxido nitroso para suprimir el dolor.

(5)

Al día siguiente, de regreso a su oficina, le pidió a un amigo que le sacará un diente mientras inhalaba el gas, resultando la extracción sin — ningun dolor.

Wells persuadió a un famoso cirujano del hospital general de Massachusetts el Dr. Johan Collins Warren que le permitiera experimentarlo en el hospital; sin embargo fué un rotundo fracaso. Meses después William — Morton amigo de Wells volvió al mismo hospital con nuevo anestésico que — era el éter sulfúrico. Este gas ya había sido usado, por el Dr. Crawford W. Long en Jefferson Georgia, quien no había sido usado, por nadie excepto por el dr. Long, y que no había publicado su invento.

Warren un cirujano en esos momentos preparaba un paciente para ser operado, el pobre hombre estaba aterrado, sin embargo, después de inhalar el éter de Morton cayó en un sueño profundo y estuvo inmóvil durante toda la operación.

"Caballeros — dijo el Dr. Warren sin salir de su asombro a sus colegas" este no es un engaño.

CAPITULO II ANATOMIA

ANATOMIA DE LA MANDIBULA

Esta formada basicamente por dos ramas y un cuerpo:

A) CUERPO.

Tiene forma de herradura, cuya concavidad se haya vuelta hacia atrás se distinguen en él dos caras y dos bordes.

1.-CARA ANTERIOR

Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades de hueso y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana. Su parte inferior más saliente, se denomina eminencia mentoniana.

Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio, que es el agujero mentoniano por donde salen el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún, se observa una línea oblicua saliente, dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical, va ha terminar en el borde inferior del hueso; se llama línea oblicua externa del maxilar y sobre ella se insertan los siguientes músculos; el triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

2.-CARA POSTERIOR.

Presenta, cerca de la línea media, cuatro tubérculos llamados apófisis geni, de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genio-gloso, mientras sobre los dos inferiores se insertan los geniohioideos partiendo del borde anterior de la rama vertical, se encuentran una línea saliente, línea oblicua interna y milohioidea, que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde anterior de esta cara; sirve de inserción al músculo milohioideo. Inmediatamente por fuera de la apófisis geni y

por encima de la línea oblicua, se observa una fosa sublingual, que aloja la glándula del mismo nombre. Más afuera aún, por debajo de dicha línea y en la proximidad del borde inferior, hay otra foseta más grande, llamada foseta submaxilar, que sirve de alojamiento a la glándula submaxilar.

3.-BORDES.

El borde inferior es roma y redondo. Lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media; en ellas se inserta el músculo digástrico.

4.-BORDE SUPERIOR O ALVEOLAR.

Como el borde del maxilar superior, presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios. Mientras los anteriores son simples, los posteriores están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hayan separados entre sí por puentes óseos o apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

5.-RAMAS.

En número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; el plano definido por cada una de ellas es vertical y su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba hacia atrás, tiene por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

6.-CARA EXTERNA.

Su parte inferior es más rugosa que la superior, ya que sobre aquella se insertan el músculo masetero.

7.-CARA INTERNA.

En la parte media está cara, hacia la mitad de la línea diagonal

que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior del conducto dentario; por él se introduce el nervio y los vasos dentarios inferiores. Una saliente triangular o espina de Spix, forma el borde anteroinferior de aquel orificio. Tanto este borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se alojan el nervio y los vasos milohioideos. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven para inserción al músculo pterigoideo interno.

7.- EL BORDE ANTERIOR.

Está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante. Se haya escotado en forma de canal, cuyos bordes diversos se separan a nivel del borde alveolar, conteniéndose, este borde forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

8.- EL BORDE POSTERIOR.

Liso y obtuso recibe también el nombre de paratídeo por sus relaciones con las glándulas paratídeas.

9.- EL BORDE SUPERIOR

Posee una amplia escotadura denominada escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesas salientes, la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por atrás. La primera es de forma triangular con vértice superior sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal, la escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región masetera con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y los vasos masetéricos. El cóndilo es de forma elipsoidal aplanado de adelante atrás, pero con el eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia

adelante y afuera convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal. Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

10.-EL BORDE INFERIOR.

De la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior forma el ángulo del maxilar inferior, ó gonión .

11.-ESTRUCTURAS.

Está formada por tejido esponjoso recubierto por una capa de tejido compacto. Este tejido, sin embargo, se adelgasa considerablemente al nivel del cóndilo. Se haya recorrido interiormente el maxilar, por el conducto dentario inferior, el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando hasta el nivel del segundo premolar. Aquí se divide en un conducto externo, que va a terminar al agujero mentoniano y otro interno que se prolonga hasta el incisivo medio.

INERVACION DE LA MANDIBULA.

NERVIO TRIGEMINO:

Es un nervio que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores

A) ORIGEN REAL DE LAS FIBRAS SENSITIVAS.

Las fibras sensitivas tienen su origen en el Ganglio de Gasser — este tiene forma semilunar y aplanado de arriba abajo, está contenido en

un desdoblamiento de la dura madre (Cavum de Meckel) y situado en la fosa de Gasser, la pared superior de esta cavidad se adhiere fuertemente a la cara superior del ganglio.

B) BORDE POSTERO INTERNO.

Del borde postero interno del ganglio se desprende la raíz sensitiva del trigémino, en tanto que el borde anteroexterno nacen las tres — ramas del trigémino.

C) GANGLIO DE GASSER.

El ganglio de Gasser está constituido por células cuyas prolongaciones en T originan la rama periférica que va a constituir las fibras sensitivas del nervio y otra rama central que forma la raíz sensitiva de ahí penetra en el neuroeje para dividirse al llegar al casquete protuberancial en un eje para penetrar en la rama ascendente (ramas superiores) y otra descendente (ramas inferiores o bulbares).

D) RAMA ASCENDENTE.

Es la que va a formar la raíz del Locus Coeruleus.

E) RAMA DESCENDENTE.

Que bajan hasta la parte superior de la Médula Cervical, constituyen la raíz bulboespinal y terminan en el núcleo gelatinoso o núcleo de la raíz descendente. Existen también una raíz media de trayecto horizontal cuyas fibras van a terminar en el núcleo medio.

F) ORIGEN REAL DE LAS FIBRAS MOTORAS.

Las fibras motoras tienen su origen en dos núcleos masticadores, — el núcleo principal; de cinco milímetros de extensión se inicia a la al-

tura del polo superior de la oliva protuberancial y rebasa por arriba la extremidad superior del núcleo sensitivo. Este núcleo representa en la protuberancia la cabeza del asta anterior de la médula espinal. El núcleo accesorio es continuación del anterior y se extiende hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémino anterior. De cada núcleo emana una raíz, la raíz superior o descendente y la raíz inferior.

G) CARA INFERIOR.

La cara inferior del ganglio está en relación con la raíz motora del trigémino y con los nervios petrosos superiores y profundos que caminan en el espeso de la dura madre que forman la pared inferior del Cava de Meckel.

H) TRAYECTO Y RELACIONES.

De la cara infero-lateral de la protuberancia, emanan las raíces sensitivas y motoras del trigémino.

I) LA RAÍZ MOTORA.

Menos voluminoso camina por debajo de la sensitiva. Cruzándose oblicuamente hacia afuera hasta rebasar el borde externo al nivel del Ganglio de Gasser.

Alcanza luego el tronco del nervio maxilar inferior con el que funciona.

J) LA RAÍZ SENSITIVA.

Más gruesa y cilíndrica en su origen, se aplana de afuera adentro al abordar el Ganglio de Gasser, donde se abren sus fibras en forma de abanico y constituyen el plexo triangular, el cual forma la parte interna

del Ganglio. Las fibras adoptan disposiciones variables, pues a veces se -
enrollan en una espiral mientras que otras veces se anastomosan entre sí
o se anastomosan entre sí con la raíz motora.

X) RAMAS TERMINALES.

El trigémino origina tres ramas terminales, las cuales de adelante-
afuera y de adelante atrás son el maxilar superior y el maxilar inferior.

CAPITULO III ETIOLOGIA

La patogenia de la retención dentaria es ante todo un problema mecánico. Ya que el diente que está destinado a hacer su normal erupción como sus congéneres erupcionados encuentra en su camino un obstáculo, por lo tanto la erupción dentaria se encuentra mecánicamente impedida.

Tarasido dice "la causa más frecuente de la inclusión dentaria es la que tiene origen en el desequilibrio de tensión entre la musculatura externa e interna en las arcadas dentarias, cuando por hábitos adquiridos o contracciones espasmódicas que se efectúan en los movimientos gesticulares, se produce un exceso de presión externa, que sumada al finalizar el día, no ha sido igualmente compensada por la presión interna con la lengua, capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de los maxilares".

Como responsable de la falta total o parcial de estímulo para evitar un desarrollo que provea de suficiente espacio y una normal erupción de los órganos dentarios tenemos a la civilización; Hodins basa esta teoría en el examen efectuado en los maxilares y dientes de antiguos egipcios, modernos beduinos, esquimales del norte, aborígenes australianos y mexicanos que han demostrado no tener retenciones dentarias por sus amplios maxilares.

Son dientes incluidos los aislados que no pudieron erupcionar, generalmente por falta de fuerza. Dientes retenidos son los que no pudieron erupcionar por la presencia de alguna barrera física en su trayectoria de erupción o su presencia dentro de la arcada o arcadas.

Puede quedar retenido cualquier diente, pero los más afectados sin duda son los terceros molares.

Según un estudio hecho por Daohi y Howel de 3874 radiografías de pacientes mayores de 20 años la frecuencia de terceros molares superiores e inferiores que se encontraban incluidos era de un 22 y 18 % respectivamente aunque la retención de los terceros molares superiores es más intensa que la de los inferiores.

La explicación más lógica de la retención de los dientes es la — reducción evolutiva y gradual del tamaño de los maxilares humanos. Esto da por resultado que maxilares demasiado pequeños no logran acomodar tercermolar en su espacio ó lugar que le corresponde.

También se ha creído que la civilización es más responsable de la disminución o falta de estímulo que existe debido al desarrollo inadecuado de los maxilares.

La dieta moderna no requiere gran esfuerzo para la masticación y — está es la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos. Es esta teoría fortalecida por el hecho de que los estudios realizados en el maxilar y dientes de razas antiguas que demuestran que estas no tiene en casi ningún caso dientes incluidos.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

La falta de espacio debido al espesamiento de las arcadas o la pérdida temprana de dientes primarios con el consiguiente cierre del espacio que ocupaban es un factor común de la etiología local de retención. También es común la retención de los gérmenes dentarios cuyo resultado es la — dirección errada de la trayectoria normal de erupción. La irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente; la densidad del hueso que lo cubre; inflamaciones orónicas, indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, necrosis debida a infecciones,

y abscesos, inflamaciones óseas por enfermedades exentemáticas en niños.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION.

Herencia; mezcla de razas; raquitismo, anémia, sífilis congénita, tuberculosis, disendocrinias, desnutrición, disostosis cleidocraneal, craneofalea - progeria, acondroplasias, paladar fisurado.

TRASTORNOS OCASIONADOS POR LOS DIENTES RETENIDOS.

Los dientes retenidos pueden actuar mecánicamente sobre los dientes vecinos produciendo trastornos tales como desviaciones en la dirección normal dando como consecuencia resultados antiestéticos, trastornos en la integridad anatómica del diente, trastornos de índole protético que modifican la anatomía del maxilar impidiendo la adaptación normal de los aparatos protésicos.

Entre las complicaciones infecciosas que encontramos están las que a continuación mencionamos: pericoronitis infecciosa, abscesos alveolares - crónicos ó agudos, osteitis supurativas crónicas, necrosis, osteomielitis, infección del saco pericoronario al ponerse en contacto con el medio bucal - ó por una complicación periodóntica de un diente vecino.

El dolor ocasionado por la presión de dientes incluidos es bastante frecuente este puede ser ligero y localizado, puede ser grave y agudo e incluir todos los dientes superiores e inferiores, el oído y toda la zona inervada por el nervio trigémino.

El dolor puede ser intermitente, constante ó periódico.

La presión que el tercer molar ejerce sobre el nervio dentario inferior puede ser causa de trastornos nerviosos de toda índole.

La frecuencia con que se encuentran fracturas de la mandíbula demuestra que los terceros molares retenidos son causas de debilidad ósea a causa del desplazamiento producen.

La hipergenesis del saco foliular puede dar origen a la formación de tumores de origen dentario.

Los dientes retenidos son fuentes potenciales de otras complicaciones, incluso de índole masticatoria.

DIENTES CON MAYOR PREDISPOSICION.

Los dientes temporarios, permanentes o supernumerarios pueden presentar dicha patología, siendo excepcional la retención de los temporarios, no así la de los secundarios ya que puede ser posible por una acción mecánica de sus congéneres vecinos, habiendo un conjunto de ellos con mayor predisposición a quedar retenidos: tales dientes son los terceros molares y los caninos.

A continuación transcribiré un cuadro estadístico elaborado por Bert-Ci-es -Zynsky de la frecuencia de los órganos dentarios criptodónticos.

XX

Terceros molares inferiores	35 %
Segundo premolar inferior	5 %
Canino superior	34 %
Tercer molar superior	9%
Canino inferior	4 %
Incisivo Central superior	4 %
Segundo premolar superior	3 %

Primer premolar inferior	2 %
Incisivo lateral superior	1.5 %
Incisivo lateral inferior	0.8 %
Primer premolar superior	0.8 %
Primer premolar inferior	0.5 %
Segundo molar inferior	0.4 %
Primer molar superior	0.4 %
Incisivo Central inferior	0.4 %
Segundo molar superior	0.1 %

S Shafer al igual que Bertoz-Cieszynski opinan que el tercer molar inferior es el que presenta mayor índice de retención. No así Blum que en su cuadro opina que es el canino, seguido del tercer molar y el diente — supernumerario o sea el incisivo central, lateral etc, los que presentan — más frecuentemente dicha patología.

CAPITULO IV ACCIDENTES OCASIONADOS POR LA ERUPCION DEL TERCER MOLAR

Estos accidentes son ocasionados por la infección del saco pericoronario(pericoronitis) para que se presente dicha patología es necesario que se relacionen dos factores:

1.-Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.

2.-El establecimiento de una puerta de entrada ocasionada por factores mecánicos: como el traumatismo originado por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas, o por la acción conjunta de ambos.

AUMENTO DE LA VIRULENCIA MICROBIANA Y DISMINUCION DE LAS DEFENSAS.

La explicación que nos dan la existencia de una cavidad virtual- alrededor de la corona del órgano dentario retenido(cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular de Capdepont). "Para Capdepont esta cavidad pericoronaria tendría un significado diferente que aquel que nosotros admitiremos; pero cualquiera que sea su significado anatómico, los hechos clínicos y su interpretación patogénica no sufren en la actualidad modificaciones" (Fargin Fayolle).

Esta cavidad por aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo pueden llegar a ser el asiento del proceso infeccioso y la cavidad transformarse en un quiste dentígero.

ESTABLECIMIENTO DE LA PUERTA DE ENTRADA.

Capdepont nos explica este segundo factor de la siguiente manera:

"Es fácil comprender, que cuando los microbios hayan penetrado en el diente y la pared de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica, que hace posible la retención microbiana, nos parece ser condición primordial-causa de los accidentes".

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Como podemos comprender la falta de espacio juega un papel importante en la erupción del tercer molar inferior; el molar debe hacer su erupción del tercer molar inferior; el molar debe hacer su erupción entre dos paredes inextensibles (cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama ascendente del maxilar), a esto agregamos la oblicuidad en distinto grado del tercer molar, el resultado que obtenemos es una serie de accidentes de variedad clínica e intensidad distinta; alcanzando desde el proceso local de escasa importancia, hasta el flemón gangrenoso del piñe de la boca.

A continuación enunciaremos y explicaremos la clasificación clínica de dichos accidentes;

- A) Accidentes mucosos
- B) Accidentes nerviosos
- C) Accidentes celulares
- D) Accidentes óseos
- E) Accidentes Linfáticos y ganglionares
- F) Accidentes Tumorales.

A) ACCIDENTES MUCOSOS.

Toman esta denominación las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean el órgano dentario retenido.

La pericoronitis que es el nombre con que se designa la lesión inicial de los accidentes de erupción del tercer molar, esta patología se origina con la erupción del diente retenido.

Su comienzo puede presentarse insidioso e puede ser brusco.

a) Incidioso.

Se caracteriza por la aparición de dolores generalmente leves, ligeros, procesos inflamatorios que duran dos o tres días, entre el capuchón y el molar retenido, brotan unas gotas de pus y sangre, suceden trismus muy poco acentuados y el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

b) Brusco.

A nivel del capuchón que cubre total o parcialmente el órgano retenido se inicia un proceso inflamatorio presentando los siguientes signos característicos:

Dolor

Casi siempre precoz, pudiendo quedar localizado en la región del capuchón, e irradiarse en la línea del nervio dentario inferior ó tomar distintas vías (oído, a nivel del tragus) y generalmente nocturno.

El dolor se debe a fenómenos de la compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o de la úlcera debajo del capuchón.

Tumor

La encía que cubre el molar retenido se encuentra edematizada y aumentada de volumen, ocasionado por el trauma de los dientes antagonistas

Rubor.

La encía se presenta de color rojo o rojo violáceo. Cubierta de restos de alimento y coágulos de sangre.

Calor.

Localmente se presenta vasodilatación ocasionando un cambio en la región. Además, el estado general también es afectado, presentándose fiebre

anorexias,astenia,trismus y masticacion dificultosa.

B)ACCIDENTES NERVIOSOS.

La retención dentaria es causa de trastornos nerviosos de toda índole, en especial la presión que ejerce el tercer molar retenido, no solo sobre sus congéneres sino sobre sus nervios y aun sobre troncos mayores es capaz de originar neuralgias del trigémino de duración variable.

Glasserman y Modine han observado casos de ataque epilépticos y trastornos mentales originados por órganos dentarios oclitodónticos. Y algunos casos de Herpes, pelagra, calvicie, eczemas y trismus etc.

C)ACCIDENTES CELULARES.

La pericoronitis es el motivo por el cual se nos presenta al consultorio el paciente y el sintoma de alerta para saber que nos encontramos ante un órgano dentario retenido.

La pericoronitis es un proceso inflamatorio en el tejido adyacente a un diente en erupción, o en el tejido que cubre a un diente que ya ha hecho erupción, pero que todavía está parcialmente cubierto por la encía.

La pueden iniciar la inflamación microbiana y la descomposición de restos alimenticios en la hendidura gingival o el trauma ocasionado por el tercer molar superior cuya erupción es excesiva.

D)ACCIDENTES ÓSEOS.

Podríamos decir que excepcionalmente y hasta los derivados de complicaciones de una pericoronitis.

Se encuentran reportes de osteomielitis pero en tales casos el proceso óseo que se desarrolla es una osteítis (entre el segundo molar y el tercer molar retenido y en mesoverción) siendo susceptible de propagarse y

dar cuadros sépticos de osteoflemones e infecciones generales; otra parte susceptible de procesos óseos locales es el saco pericoronario del lado distal del órgano retenido.

E) ACCIDENTES LINFÁTICOS O GANGLIONARES.

Los ganglios situados en la región del tercer molar son el ganglio Chassaignac o submaxilar y podríamos decir que todas las infecciones del saco pericoronario.

Pero en las infecciones de gran septicemia y cuando el estado general del paciente está disminuido la adenitis banal se transforma en un absceso del ganglio, esta patología, el ganglio se encuentra aumentado de volumen, dolores espontáneamente, así como a la palpación y en estas condiciones tiende a la supuración, formando por sí solo una fístula o en su defecto el facultativo es el responsable del drenaje, por medios quirúrgicos que debiera practicar a la brevedad posible.

F) ACCIDENTES TUMORALES.

Como accidentes tumorales encontramos a los quistes dentígeros, que se encuentran constituidos por una bolsa conjuntivoepitelial en cuyo interior se encuentra un diente retenido, estos quistes pueden infectarse, dando que el proceso supurativo de intensidad variable se complica con procesos óseos.

Los restos del saco dentario, en el lado mesial o distal del tercer molar pueden no desaparecer, originando un granuloma anterior e posterior o quiste marginal del tercer molar.

El saco coronario infectado y el granuloma o quiste consiguiente, originan procesos muy parecidos a la perioarthritis, actuando como infección focal.

(24)

Otro accidente tumoral que no es muy frecuente pero que puede presentarse son los llamados Ameleblastomas.

CAPITULO V CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

1.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Se toma como relación la distancia que existe entre la cara distal del segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula.

EN POSICION A.

El espacio que hay entre la cara distal del segundo molar y la rama de la mandíbula es mayor que el diámetro mesio-distal del tercer molar.

EN POSICION B.

Cuando el diámetro mesio-distal del tercer molar es menor que el diámetro entre la cara distal del segundo molar y la rama de la mandíbula.

EN POSICION C.

Cuando todo o casi todo el tercer molar se encuentra en la rama de la mandíbula.

2.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Se toma como base la profundidad del tercer molar en posición horizontal con respecto al segundo molar.

POSICION A.

Cuando el tercer molar se encuentra al nivel ó por arriba de la línea oclusal del segundo molar.

EN POSICION B.

Cuando la parte más sobresaliente del tercer molar se encuentra por debajo de la línea oclusal pero encima de la línea cervical del segundo molar.

EN POSICION C.

Cuando la parte más sobresaliente del tercer molar se encuentra por debajo de la línea cervical del segundo molar.

3.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Se toma como base la relación que existe entre el eje mayor del segundo molar y el eje mayor del tercer molar.

EN POSICION VERTICAL.

El tercer molar puede estar parcial o totalmente cubierto por huase pero la característica está en el paralelismo que guarda el eje mayor del segundo molar con el eje mayor del tercer molar.

EN POSICION HORIZONTAL.

Cuando el eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar.

POSICION INVERTIDA.

Cuando la corona del tercer molar se encuentra dirigida hacia el borde inferior de la mandíbula y las raíces hacia la cavidad bucal.

POSICION MESIO ANGULAR.

Cuando el eje mayor del tercer molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar siendo la corona hacia el segundo molar.

POSICION DISTO ANGULAR.

Cuando el eje mayor del tercer molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar estando la corona hacia la rama.

POSICION BUCO ANGULAR.

Cuando el eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo molar pero la corona se encuentra dirigida hacia lingual.

4.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.

Quando el tercer molar se encuentra en una posición anormal o pararnormal.

5.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES

Quando el tercer molar se encuentra o no presionando al nervio dentario inferior.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES:

1.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Se va a tomar como relación la profundidad del tercer molar.

EN POSICION A.

Quando la parte más sobresaliente del tercer molar se encuentra — por debajo de la línea oclusal del segundo molar.

EN POSICION B.

Quando la parte más sobresaliente del tercer molar se encuentra — comprendida entre la línea oclusal y la línea cervical del segundo molar.

EN POSICION C.

Quando la parte más sobresaliente del tercer molar se encuentra por debajo de la línea cervical.

2.-CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Se toma como base la relación que existe entre el eje mayor del — tercer molar y el eje mayor del segundo molar.

EN POSICION VERTICAL.

El eje mayor del tercer molar se encuentra paralelo al eje mayor de el segundo molar.

EN POSICION MESIO ANGULAR.

El eje mayor del tercer molar forma un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar estando las raíces dirigidas hacia la apófisis pterigoides, el contacto de las cúspides mesiales con el segundo molar es lo que impide su erupción.

EN POSICION DISTO ANGULAR.

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal del tercer molar está dirigida hacia la apófisis pterigoides.

EN POSICION HORIZONTAL.

El molar está dirigido hacia el carrillo, y el eje mayor del tercer molar con el del segundo forman un ángulo recto, la cara oclusal puede ser o estar dirigida hacia palatino, pudiendo el molar erupcionar en la beveda.

EN POSICION PARANORMAL.

El molar retenido puede ocupar posiciones que no encuadran dentro de las clasificaciones anteriores.

3 Y 4.- CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Se toma como base la cercanía con el seno maxilar.

5.- CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Cuando el tercer molar se encuentra dentro del seno maxilar.

CAPITULO VI PREOPERATORIO

1.- HISTORIA CLINICA:

El valor de una historia clínica completa, detallada y bien elaborada será siempre invaluable, tanto para el diagnóstico de la intervención que a de realizarse como para el pronóstico pre y posoperatorio y una buena historia clínica deberá contar con los siguientes puntos a saber.

FICHA DE IDENTIFICACION.

- A) Nombre del paciente
- B) Edad del paciente
- C) Sexo
- D) Estado civil
- E) Ocupación u actividad a la que se dedica
- F) Lugar de origen
- G) Lugar donde radica
- H) Dirección

ANTECEDENTES DEL PACIENTE.

- A) Hereditarios
- B) Físicos
- C) Neoplásicos
- D) Reumáticos
- E) Endocrinos
- F) Neuropsiquiátricos

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- A) Habitación
- B) Hábitos

C) Alimentación

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

1.- Enfermedades durante la infancia

a) Exantemáticas

b) Congénitas

2.- Antecedentes fínicos

3.- Antecedentes reumáticos

4.- Antecedentes Alérgicos

5.- Antecedentes Traumáticos

6.- Antecedentes quirúrgicos

PADECIMIENTO ACTUAL.

a) Noción de tiempo

b) Noción de sitio

c) Causa desencadenante

d) Tribuna libre

e) Recopilación de signos clínicos

ORGANOS APARATOS Y SISTEMAS

a) Aparato digestivo

b) Aparato respiratorio

c) Aparato genitourinario

d) Sistema circulatorio

e) Sistema Nervioso y órganos de los sentidos

f) Sistema linfático

g) Sistema osteomuscular

h) Piel y anexos

SINTOMAS GENERALES

- a) Anorexia
- b) Fiebre
- c) Pérdida de peso
- d) Palidez
- e) Astenia
- f) Adinamia

EXPLORACION FISICA

- A) SIGNOS VITALES
 - a) Tensión arterial
 - b) Pulso periférico
 - c) Frecuencia respiratoria
 - d) Frecuencia cardíaca
 - e) Temperatura
 - f) Peso corporal y estatura.
- B) INSPECCION GENERAL
 - a) Si es enfermo ambulante o no
 - b) Sexo
 - c) Edad aparente
 - d) Actitud del paciente
 - e) Adaptación al medio
 - f) Facies
 - g) Conformación
 - h) Constitución
 - i) Movimientos anormales

j) Marcha

c) ESTUDIO DE CADA UNO DE LOS SEGMENTOS DEL CUERPO

2.- ANALISIS DE LABORATORIO:

Además de todo este, para prevenir dificultades postoperatorias, se considerará contar con un buen examen de laboratorio, en el que deberán - de constatarse además de los datos anteriores que sean referidos por él - paciente e por un familiar los siguientes datos.

a) Tiempo de coagulación

b) Tiempo de sangrado

c) Tiempo de protombina

d) Examen de orina (E G O)

a) Tiempo de coagulación.-Es el lapso transcurrido entre el depósito de las gotas en el portaobjetos y la formación de los hilos de fibrina. Los valores normales se encuentran entre los dos y tres minutos.

b) Tiempo de sangrado.- Es el tiempo que tarda la sangre en detener una salida de esa sangre de una herida en cualquier región del cuerpo, que en la prueba de laboratorio deberá hacerse una punsión regular, efectuada en el lóbulo de la oreja ó en el dedo.

En los casos normales varía de uno a cinco minutos, sin embargo - el hecho de que el tiempo de sangrado sea normal, no quiere decir de ninguna manera que no habrá hemorragia durante el acto quirúrgico, pues en - caso de que se llegara a seccionar algún vaso importante, éste sangrará - de acuerdo al calibre del mismo, y esta hemorragia solo podrá ser detenida mediante la ligadura de dicho vaso.

c) Tiempo de protombina.-Esté, es el tiempo que tarda en formarse el coagulo y cuyo tiempo normal es aproximadamente de 10 minutos.

Este tipo de radiografías es el más empleado para visualizar la posición y la anatomía de los terceros molares retenidos aunque no siempre es posible localizarlos completamente ya sea porque las condiciones anatómicas de la zona no lo permitan o porque el paciente no tolera que la película le sea introducida.

En los casos en que el tercer molar está completamente retenido en la rama, para captar la imagen es necesario dirigir el rayo central en el ángulo recto respecto del eje longitudinal de la película.

RADIOGRAFIAS INTERPROXIMALES O DE ALETA MORDIBLE

En los casos de la clase I y II de molares inferiores retenidos la única radiografía que visualiza las relaciones de la corona del segundo y tercer molar es este tipo de radiografías. En este caso, el rayo central se dirige en ángulo recto a través de la corona del segundo molar a la película con cero grados de angulación.

RADIOGRAFIAS OCLUSALES

Estas radiografías nos dan la posición bucolingual de la corona del tercer molar inferior retenido. Puede usarse en este caso una película periapical común o la película oclusal. Se coloca sobre la superficie de los dientes (cara oclusal) posteriores (molares) y anteriores (borde incisal) y se lleva hacia atrás, hasta hacer contacto con el borde de la rama ascendente. Se hace ocluir (que cierre la boca el paciente) para llevar la película a su posición adecuada, la cabeza del paciente deberá llevarse hacia atrás lo más posible y dirigimos el rayo central en ángulo recto a la película a través del borde inferior del maxilar inferior.

En el maxilar superior colocamos la película de la misma manera, variar

El cociente de protombrina normal es cercano a la unidad, y por ejemplo en la persona con hemofilia, puede alcanzar valores de 5 a 25 minutos.

d) Análisis de la orina.—Se investigará la existencia de albúmina, ácido diacético, acetona y azúcar, posteriormente, se realizará el examen microscópico del sedimento. En caso de alguna anomalía será necesario llevar a cabo exámenes más completos.

Así por ejemplo si en la orina existe gran cantidad de azúcar ha los niveles normales, se deberá determinar cuantitativamente la glucosuria de las 24 horas, la glucemia en ayunas y la curva de la glucemia. En caso de que se presentara ó tuviera una infección urinaria no deberá tomarse una sola muestra de orina sino tomar además una muestra directamente de ella por sondaje, pues la presencia de secreción vaginal en la primera orina puede ser causa de error. Si basándose en la historia clínica, por un lado y el resultado de los análisis de la orina por el otro, sugieren la existencia de una lesión renal y siempre que exista hipertensión, deberá estudiarse el estado de la función renal con una prueba de concentración urinaria.

3.— ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Tomando en cuenta que a simple vista un diente retenido muchas o algunas veces no puede ser observado, es necesario, como en el caso que nos atañe de los terceros molares retenidos, obtener una radiografía que puede ser de alguna de las siguientes formas:

RADIOGRAFIAS PERIAPICALES

únicamente la posición del cono que será dirigido desde el bregma ó desde el nasión, en forma perpendicular a la película.

RADIOGRAFIA LATERAL

Está es la técnica extraoral de más ayuda para la visualización del tercer molar incluido. Principalmente cuando está retenido horizontalmente.

Se colocará una placa de 15 por 21 centímetros en contacto con la cervical y la horizontal de la mandíbula, en la cual se encuentra la pieza retenida, el rayo central proyectará a través de la rama opuesta y en ángulo con la película.

4.- EL INSTRUMENTAL PARA REALIZAR EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

Existe una gran diversidad de instrumentos y material quirúrgico para llevar a cabo las diferentes técnicas de extracción de los terceros molares retenidos.

1.- Instrumentos que se utilizan para la disección de tejidos blandos.

Siguiendo un orden regular en su utilización, tenemos primeramente:

a) Bisturí.-Consta de mango y una hoja, que puede tener distintas formas y tamaños, y que además pueden ser intercambiables.

Por lo general, será bastante eficaz para nuestra práctica el tipo de bisturí Bard-Parker con la hoja número quince, aunque también son bastante utilizadas las hojas del número once y doce. Existe otro bisturí llamado (de Mead), que tiene como característica la curvatura de su hoja en la forma de hoz teniendo el filo de esta hoja en dos bordes.

El bisturí llamado sindesmótome se usa para las encías del cuello del diente.

b) Tijeras.-Realmente en nuestra especialidad, poco se usan las

tijeras, pues sólo se usan para seccionar trozos de colgajos y para cortar los puntos de sutura, para cuyo uso se utilizarán tijeras rectas en el caso de los colgajos y tijeras curvas y con hojas pequeñas en el caso de los que podrían ser las suturas (puntos hechos). Las tijeras grandes, rectas o curvas, no tienen mayor aplicación en la cirugía intrabucal.

c) Pinzas de disección.—Sirve básicamente para la preparación de colgajos y otras maniobras. Pueden ser dentadas para tomar la fibromucosa sin lesionarla, destacando para tal fin la pinza de Kocher o la pinza llamada traumática de Chaput. La sección de los tejidos gingivales puede realizarse así o por métodos térmicos y eléctricos, para cuyo fin el galvano el termocauterio y el radiobisturí serán efectivos sobre todo por destruir los capuchones que envuelven el tercer molar.

d) Legras, pericistómos, espátulas de punta roma.—Sirven para llevar a cabo el desprendimiento y separación de la fibromucosa originando — que haya una separación previamente hecha el corte con el bisturí, con el objeto de preparar el colgajo.

e) Separadores.—se utilizan para mantener los labios y carrillos separados de la zona a ser intervenida y con el objeto de no traumatizar los colgajos durante la intervención quirúrgica.

2.—Instrumental que se utiliza para la Osteotomía y Odontosección.

a) Escoplos y Martillo.—El empleo de los escoplos en la extracción de los terceros molares es muy frecuente, en especial los de Barry en la osteotomía.

El escoplo se usa para resecar al hueso que cubre el objeto de la intervención y se utiliza ya sea a presión manual o bien accionados a —

golpes de martillo dirigidos en la extremidad opuesta.

El escoplo puede ser tambien accionado por el torno dental (el llamado escoplo o martillo automatico). Los escoplos tambien se utilizan para seccionar dientes en las maniebras llamadas de odontosección.

b) Pinzas Guvias.- Son rectas o curvas y se emplean para realizar la resección del hueso. A veces actúan extrayéndole el hueso a mordiscos sobre este tejido, previa preparaci6n de una puerta de entrada con los escoplos. Y existen varios tipos cuya diferencia básica reside en la angulaci6n de sus ramas o en la disposici6n de su parte cortante.

c) Fresas.- El empleo de fresas quirúrgicas, de preferencia de baja velocidad, será de gran utilidad en este tipo de intervenciones, ya que su finalidad es propiamente la de facilitar la maniebra de otros instrumentos

d) Limas para hueso e Escofinas.- Estos instrumentos se utilizan para alisar los bordes o eliminar las puntas óseas, o bien para preparar a los maxilares para poder utilizar aparatos protésicos.

e) Pinzas.- Durante el transcurso de la intervenci6n, será necesario mantener el campo operatorio seco de la sangre que mana de los vasos vecinos, para lo cual necesitamos las pinzas para algod6n e pinzas con sus ramas en bayoneta.

f) Pinzas.- (de Kocher) es el instrumento que está destinado para lograr la hemostasis. En realidad, en este tipo de intervenciones su empleo es muy reducido. Hay dos tipos de estas pinzas que a saber son la común y la llamada de mosquito

g) Pinzas para extracci6n dentaria.- Estos instrumentos serán con los cuales tenemos la pieza dentaria por extraer, imprimiéndole movimientos

particulares por medio de los cuales eliminaremos el órgano dentario retenido y son de diferentes formas, tamaño y función.

i) Cucharillas para hueso.- Todas las colecciones patológicas, como son los granulomas, quistes etc; deben ser eliminados del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso. (también se les conoce como curetas).

3.-Instrumentos y Material que se utilizan para la sutura.

a) Agujas para sutura.- La sutura es una parte muy importante de la intervención quirúrgica, pues es muy importante sostener los finos y delicados tejidos gingivales tan propicios a desgarres. Es por tanto preciso el empleo de agujas que estén de acuerdo con tal delicadeza, así tenemos que hay agujas sencillas, curvas o rectas, pero pequeñas.

b) Portaagujas.- Agujas tan pequeñas como las anteriores no podrán ser manejadas a mano, por lo cual para su práctica y preciso uso, utilizaremos el portaagujas.

c) Materiales de sutura.- Existen una gran diversidad de material utilizado para este fin, siendo en este caso el de elección la seda.

CAPITULO VI PREOPERATORIO

HISTORIA CLINICA:

Es la recopilación de datos que obtenemos por medio del interrogatorio para poder conocer las condiciones generales de salud, en que se encuentra nuestro paciente.

A través de ella se obtiene una información vital, el paciente empieza a tener confianza en el facultativo elegido y el odontólogo demuestra así su interés por el bienestar de aquél ; es decir la historia clínica constituye un medio existente para instaurar una buena relación entre el paciente y el dentista.

FINALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es un elemento indispensable en la práctica diaria y existen cuatro razones principales por las cuales el dentista toma dicha historia : para tener la seguridad que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar; para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de determinados medicamentos que están destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicados a su paciente; para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial; para conservar un documento gráfico que pueda resultar útil en el caso de reclamación judicial.

MODELO DE HISTORIA CLINICA.

QUE CONSTARA SIEMPRE DE LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del facultativo

Especialidad

Dirección del consultorio y teléfono

Dirección particular y teléfono

Acon

DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

NOMBRE.- _____

DIRECCION _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO _____ SEXO _____

EDAD .- _____ PESO _____

ESTATURA _____

FECHA EN QUE SE ELABORA LA HISTORIA CLINICA _____

OCUPACION _____

DIRECCION DE SU TRABAJO _____ TELEFONO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDO. CIVIL _____

LOGAR DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE SU MEDICO GENERAL _____

TELEFONO DEL CONSULTORIO _____

A que actividades dedica su tiempo libre? _____

Cual es el horario más conveniente para ud? _____

Quien es su familiar más cercano ó responsable? _____

Higiene General Buena _____ Regular _____ Deficiente _____

OBSERVACIONES _____

Ultima vez que visito al dentista _____

Motivo de la consulta _____

Urgencia _____ Tratamiento _____

Padecimiento actual _____

Fecha de aparición ó iniciación _____ Evolución _____

Signos y sintomas _____

A continuación practíquese el siguiente cuestionario respondiendo SI ó NO.

INSTRUCCIONES.

Si su respuesta es afirmativa encierre en un círculo la palabra Si; ó si la respuesta es negativa encierre en un círculo la palabra No, conteste a todas las preguntas, en caso de que la pregunta requiera una explicación - ud. ampliara escribiendo en los espacios entre pregunta y pregunta.

Las respuestas dadas a las siguientes preguntas son para nuestro archivo y serán consideradas CONFIDENCIALES.

1.-Le gusta visitar al Dentista? _____ Si _____ No _____

2.-Tiene alguna dificultad al masticar _____ Si _____ No _____

3.-Esta recibiendo tratamiento médico actualmentes? _____
Si _____ No _____

4.-Está recibiendo o tomando algún medicamento? _____
Si _____ No _____

5.-Ha estado alguna vez seriamente enfermo? Si _____ No _____

6.-Ha estado hospitalizado? _____ Si _____ No _____

7.-HA recibido trasfusiones de sangre _____ Si _____ No _____

8.-Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?
Fiebre Reumática _____ Si _____ No _____
Ataques al Corazón _____ Si _____ No _____
Infartos _____ Si _____ No _____
Presión Arterial alta _____ Si _____ No _____
PRESion Arterial Baja _____ Si _____ No _____
Diabetes _____ Si _____ No _____
Anemia _____ Si _____ No _____

9.-Le ha comunicado algún médico que escucha algo anormal en su corazón? _____ Si _____ No _____

10.-Ha experimentado alguna reacción alérgica a los siguientes medicamentos?

Penicilina _____ Si _____ No _____

Tetraciclina _____ Si _____ No _____

Aspirina _____ Si _____ No _____

Pastillas para dormir _____ Si _____ No _____

Sulfas _____ Si _____ No _____

Otros medicamentos _____ Si _____ No _____

Cuales medicamentos _____ Si _____ No _____

11.-Ha tenido alguna reacción a anestésicos dentales? Si _____ No _____

12.-Tiene dolores de cabeza frecuentemente? _____ Si _____ No _____

13.-Padece de resfriado frecuentemente? _____ Si _____ No _____

14.-Respira con la boca, y no con la nariz? _____ Si _____ No _____

15.-Tiene dientes ó muelas con dolor recientemente Si _____ No _____

16.-Tiene dientes sensibles? _____ Si _____ No _____

17.-Padece de fúngos ó Herpes frecuentemente _____ Si _____ No _____

18.-Le sangran las encías con facilidad? _____ Si _____ No _____

19.-Le truena ó duele el oído cuando come? _____ Si _____ No _____

20.-Siente algún dolor en el pecho cuando se esfuerza Si _____ No _____

21.-Le falta respiración cuando hace algún ejercicio Si _____ No _____

22.-Se le hinchan los tobillos? _____ Si _____ No _____

23.-Vomita frecuentemente? _____ Si _____ No _____

24.-Tiene problemas renales? _____ Si _____ No _____

25.-Orina más de seis veces al día? _____ Si _____ No _____

26.-Tiene sed la mayor parte del día? _____ Si _____ No _____

27.-Ha tenido convulsiones ó ataques? _____ Si _____ No _____

28.-Tiene tendencia a desmayarse? _____ Si _____ No _____

29.-Es usted excesivamente nervioso(a)? _____ Si _____ No _____

30.-Señora, esta ud. embarazada en este momento Si _____ No _____

31.-En que trimestre de embarazo _____.

32.-Rechina los dientes durante el día? _____ Si _____ No _____

33.-Rechina los dientes durante la noche? 666 Si _____ No _____

34.-Le duele la boca al levantarse por la mañana? Si _____ No _____

35.-Considera que tiene mal aliento? _____ Si _____ No _____

36.-Muerde lápices, boquillas de pipa, hilos ó uñas Si _____ No _____

37.-Exámen Radiológico

Tipo de estudio _____ Estructura _____ Hallazgos _____

_____.

38.-Exámenes de Laboratorio

Tipo de estudio _____ Estructura o tejido _____ Hallazgos _____

_____.

39.-Tipo de tratamiento _____

40.-Plan de tratamiento:

Consultas _____ Actividades _____

41.-Pronóstico _____

42.-Evolución (notas ó acotaciones al respecto) _____

_____.

42.-Finalización del tratamiento (dado de alta) _____

CAPITULO VII TECNICAS QUIRURGICAS

TECNICA QUIRURGICA PARA LA EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Para poder realizar cualquier técnica quirúrgica debemos llevar a cabo en relación a los siguientes puntos:

- A) ANESTESIA a) Local y b) General
- B) INCISIONES Y COLGAJOS.
- C) LEVANTAMIENTO DE COLGAJOS.
- D) OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION.
- E) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD a) Eliminación del saco foliolar b) Curetado de la cavidad c) Lisado de la cavidad d) Lavado de la cavidad e) Sutura .
- F) POSTOPERATORIO

A.- ANESTESIA.(que proviene del griego anaesthesia)

Definición.-Es la abolición total o parcial de la sensibilidad del cuerpo o de una de sus regiones provocadas por enfermedades ó bien por medio de anestésicos.

El empleo de las propiedades anestésicas de ciertas sustancias como el alcohol, las inhalaciones de mandrágora, etc, para reducir el dolor de las intervenciones quirúrgicas, se conoce desde la antigüedad pero solo a mediados del siglo XIX, se iniciaron las técnicas científicas de la anestesia. Así en 1844 Wells, dentista norteamericano, utilizó el óxido nítrico en las extracciones dentarias. Dos años más tarde Simpson usó por primera vez el cloroformo.

a) La anestesia Local.

Se consigue mediante el empleo de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso Periférico, por lo que tiene que aplicarse directamente en o sobre los nervios. Los anestésicos locales más utilizados son la cocaína y sus derivados. Dentro de esta anestesia tenemos también, los anestésicos regi-

caales que se aplican en un tronco nervioso importante, y por lo tanto su acción se extiende a toda una zona. En la anestesia raquídea que sería otra modalidad de anestesia local se inyecta el anestésico en el líquido cefalorraquídeo, de manera que este actúa sobre las raíces de los nervios espinales.

A continuación describimos para uso en extracción de terceros molares las siguientes técnicas de anestesia:

INYECCION MANDIBULAR.

En la inyección mandibular, se deposita la solución en el surco mandibular, este surco está localizado centralmente en la cara lingual de la rama ascendente de la mandíbula, conteniendo un tejido conjuntivo, a través del cual pasan el nervio infradentario y los vasos sanguíneos. En su lado proximal está cubierto por el ligamento estilo-mandibular y el músculo pterigoideo interno. El ligamento Pterigomandibular, está localizado inmediatamente antes del ligamento estilo-mandibular, y puede palparse cuando se tiene la boca completamente abierta.

Para ser sin dolor la inyección mandibular debe ser pasada la aguja entre la rama ascendente y los ligamentos y músculos que cubren la superficie proximal de aquella.

TECNICA.

Palpase el triángulo postmolar con el dedo índice, de modo tal que la uña quede sobre la línea oblicua interna. Con el cubo de la jeringa y haciendo entre los dientes bicúspides del lado opuesto dirijase la aguja en forma paralela al plano de oclusión de los dientes inferiores, en dirección hacia la rama inferior y el dedo realiza la palpación. Hágase la punción en

el vértice del triángulo pterigomandibular introduciendo la aguja hasta que se sienta contra la pared posterior del surco mandibular. Debe completarse esta inyección mediante la inyección bucal larga.

TECNICA DE BUCAL LARGA.

Introdúscase la aguja en el pliegue mucosa, en el punto inmediatamente antes del primer molar. Deslícese suavemente la aguja conservandola paralelamente al cuerpo de la mandíbula, con su bisel dirigido hacia abajo hacia un punto situado detras del tercer molar depositando la solución lentamente a medida que la aguja avance a través de los tejidos. La anestesia es instantánea. Esta inyección anestesia los tejidos; la anestesia surte efecto en toda el área del lado bucal de las encías correspondientes a los tres molares inferiores.

TECNICA LINGUAL.

Punsiónesse la membrana y mucosa lingual a nivel de la mitad de la raíz, distalmente a los dientes que han de anestesiarse. Los tejidos reciben lingualmente la anestesia.

LA ANESTESIA GENERAL (b)

Se obtiene mediante el empleo de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso Central por mediación del torrente circulatorio y proveen con la pérdida de la conciencia. Suelen distinguirse cuatro estadios:

1.-Estado de analgesia General, que se prolonga hasta la pérdida completa de la conciencia.

2.-Estado de Exitación y Delirio, que acompaña a la pérdida de la conciencia.

3.-Sueño Quirúrgico, que es el estado en que se realizan las intervenciones quirúrgicas.

4.-Estado de Parálisis Respiratoria y Cardiaca.

Según la vía de administración la anestesia puede ser inhalatoria e intravenosa. La anestesia inhalatoria consiste en introducir anestésicos generales en estado gaseoso ó de vapor por vía respiratoria. De acuerdo con el tejido (tipo) de técnica empleada se distinguen el método abierto y el cerrado.

En el primer caso los gases se mezclan con la atmósfera y en el segundo se inhalan en una cámara cerrada sin contacto con la atmósfera.

Los elementos más empleados en este tipo de anestesia son el óxido nítrico, etileno y ciclopropano y los vapores de éter etílico, cloroformo, cloruro de etilo y tricloroetileno.

La anestesia intravenosa consiste en la inyección de barbitúricos como el Evipan y el Pentotal; a menudo se añaden derivados del Curare para conseguir una relajación muscular completa. En la anestesia auxiliar algunas veces que es la intravenosa.

LA INCISION, OSTEOTOMIA, EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA Y SUTURA.

B) LA INCISION

Está indicada según el tipo de retención que tenga el tercer molar, generalmente, deben ser amplias que permitan un extenso colgajo, y que descubran con holgura el hueso a resecar, ya que las incisiones que pecan de pequeñas originaran un traumatismo a la encía durante la operación.

Una vez que el tejido gingival ha sido incidido, en cualquier tipo de incisión se separará con un instrumento apropiado, obteniéndose de esa manera los colgajos.

Basicamente, utilizaremos la incisión angular, para la extracción de los superiores sólo en caso de que la altura, zona y angulación lo permitan, sin embargo en los inferiores si se utiliza la incisión angular.

C.- OSTEOTOMIA.

La eliminación de hueso se podrá hacer con los instrumentos de WINTER, escoplos, pinzas guías y fresas.

Existen operaciones que no requieren la resección previa del hueso ó porque éste ha desaparecido ó porque se realiza sobre osiestructura y - él hueso no tiene ninguna intervención, como por ejemplo en la resección - de un tumor gingival.

D.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Una vez hecha la osteotomía, la extracción del molar retenido se realiza con palancas apropiadas, que toman su principal punto de apoyo en la estructura ósea vecina ó en la cara distal del segundo molar.

E.- SUTURA.

Será relativa al criterio del operador, decidiendo esté básicamente cuantos puntos ha de colocar (uno, dos tres etc.)

F.- POSTOPERATORIO.

Siempre se le deberán de dar al paciente las siguientes indicaciones después de realizada la intervención quirúrgica, aunque también se debe señalar que el paciente debe seguir siendo atendido por los asistentes y aun él propio cirujano después de la intervención, debiendo cumplir lo siguientes:

Deberán seguirse a la intervención tratamientos de sepsia y anti sepsia, para controlar tanto la aparición de una infección como para poder evitar que se pudiera agravar una infección ya presente en la cavidad

En muy raras ocasiones se considera importante mantener limpia la boca y los dientes, considerando a la cavidad oral conjuntamente y por separado. La higiene adecuada no deberá limitarse a la zona intervenida, sino

que debiera extenderse a toda la mucosa, inserciones, lengua etc.

Además deberá indicarse una buena profilaxis de la zona, el paciente recibirá instrucciones acerca de los alimentos que deba ingerir, preferentemente dieta blanda, las actividades que pedrá realizar ya que no conviene - que realice esfuerzos o trabajos bruscos despues de la intervención, en el caso de que el paciente requiera medicación esta deberá ser verbal y por - escrito.

Nota.-Lo antes mencionado deberá ser hecho por escrito y explicado por el médico tratante y acentarlo en la historia clínica.

A CONTINUACION SE MENCIONA LA EXTRACCION QUIRURGICA DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS:

1) En posición vertical

2) Sin desviación. Cuando la cara mesial es accesible, cuatro técnicas:

a) Sin desviación por medio de la Técnica de WINTER.

b) Extracción por osteotomía a fresa.

c) Extracción por osteotomía a escople

d) Extracción por odontodescisión.

B) Sin desviación. Cuando la cara mesial es inaccesible, dos técnicas:

a) Con Técnica de Winter

b) Extracción por osteotomía a fresa.

C) En ausencia de dientes vecinos

2) En posición mesio - angular

A) Sin desviación. Cuando la cara mesial puede ser accesible o inaccesible cuatro técnicas:

- a) Con Técnica de Winter
- b) Extracción por osteotomía a fresa.
- c) Extracción por osteotomía a escoplo.
- d) Extracción por odontosección
- B) En ausencia de dientes vecinos
- 3) En posición disto - angular, tres técnicas:
 - a) Técnica de Winter
 - b) Extracción por osteotomía a fresa y escoplo
 - c) Extracción por odontosección.
- 4) En posición horizontal
 - A) Con la cara mesial accesible, una técnica
 - a) Técnica de Winter
 - B) Con la cara mesial inaccesible, una técnica
 - a) Técnica de Winter
- C) Extracción por osteotomía a fresa y escoplo.
- D) Extracción por odontosección
- E) En ausencia de dientes vecinos.
- 5) En posición Linguo - angular
- 6) En posición Bucal
- 7) En posición invertida
- 8) Extracción de gérmenes del tercer molar inferior.

CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES:

1.-Extracción Quirúrgica de los terceros Molares inferiores Retenidos.

Según lo ha demostrado la experiencia, la extracción de los terceros molares inferiores retenidos, constituye por lo regular una tarea bastante difícil y complicada.

Independientemente del problema mecánico que todo tercer molar retenido implica, que hay que hacer notar que existen otros factores que complican esta operación, como son:

El sitio de la ubicación, la mala iluminación y visión, dureza y poca elasticidad del hueso, la presencia de saliva y sangre que oscurecen el campo operatorio.

Realmente, la extracción de este molar implica un problema elementalmente mecánico, pues hay que extraer un cubo (el diente) que está dentro de otro cubo (el hueso). A continuación, se comentará cada uno de los pasos para cada tipo de extracción independientemente, en relación a los incisivos anteriormente señalados:

- 1) En posición vertical el tercer molar:
 - A) Sin desviación, la cara mesial es accesible.
 - a) Técnica de Winter

INCISION.

Se va a extender sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival, llegando en sentido distal algunos mm por detrás del borde óseo distal a resecar.

Con el objeto de dar protección al festón gingival de los traumatismos operatorios, se realizará una pequeña incisión perpendicular a la --

primera, sobre la lengüeta mesial del molar retenido. Posteriormente a la -
incisión, el colgajo deberá ser separado con un periostotome.

OSTEOTOMIA.

Esta se lleva a cabo eliminando todo el hueso que existe por el la-
do distal y contactando la corona distal del tercer molar retenido, para -
que así el diente pueda desarrollar un movimiento de arco y por lo tanto
conseguir así su abulsión del alveolo donde se aloja.

La cantidad de hueso a reseca con los osteotomos está supeditada
a la forma radioular, a la relación del borde superior de la osiestructura
con la bifurcación de las raíces y a la distancia que el diente puede ser
dirigida fuera de su alveolo, hacia distal y hacia arriba por la utiliza-
ción del elevador en la superficie mesial o mesio-bucal.

Los osteotomos que utilizamos son los números 1-L y 1-R, colocan-
dolo por perpendicularmente a los labios de la herida y dirigiendolo en -
busca del hueso a reseca, con el borde cortante de cara hacia la estructu-
ra y ejerciendo suficiente presión para vencer esta porción ósea.

La cantidad de escisión deberá ser suficiente como para poder diri-
gir el tercer molar a distal, y así vencer la curvatura distal de las raí-
ces y eliminar la resistencia existente en esta región. Así, el osteotomo -
cortará el hueso distal en pequeños trozos yende de bucal a lingual o vi-
ceversa.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.-Veamos primeramente el empleo de los eleva-
dores; el elevador debe estar proporcionado al ancho del espacio interdenta-
rio. El número 1 L ó R, se usará cuando el espacio es reducido, ó porque -
estén en contacto segundo y tercer molar, el número 2 L ó R, es el que ten-

dra mayor aplicación, pues permite su colocación en espacios mucho más reducidos.

Una vez que se ha elegido el elevador a utilizar, se toma y se introduce suavemente en espacio interdentario, entre los labios de la incisión.

Esta penetración permitirá, en algunos casos, el desplazamiento del tercer molar hacia distal, elevándolo y luxándolo.

Ya introducido el elevador en el espacio interdentario, se toma y se introduce suavemente en espacio interdentario, entre los labios de la incisión. Esta penetración permitirá, en algunos casos, el desplazamiento del molar hacia distal elevándolo y su borde, sobre el borde superior de la estructura ósea, iniciándose el movimiento destinado a elevar el diente; para esto se hace girar el mango del instrumento en el sentido de las agujas de un reloj, para operar en el lado derecho y por supuesto a la inversa de las agujas para operar en izquierdo.

En el caso de que la luxación no haya (para operar en el lado derecho) sido terminada por estos movimientos, se aplicará la hoja a un nivel más bajo, y se repetirá el movimiento hacia distal, con lo que deberá alcanzarse nuestro fin, y así la pieza retenida podrá ser extraída del alvéolo con la pinza para extracciones ó inclusive con el mismo elevador.

b) Extracción por osteotomía a fresa.

El uso de las fresas dentales para realizar una osteotomía es excelente, pues utilizándolo con las debidas providencias, es instrumento poco traumático, esto es siendo la fresa nueva y constantemente renovada y refrigerada con agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar su calentamiento.

Se usa la fresa 560, y se coloca en ángulo recto para la osteotomía distal en este tipo de retenciones. También serán muy útiles, las fresas — redondas número 8 de carburo para realizar estas maniobras.

INCISION.

Se iniciará a 1 cm. por atrás de la cara distal del segundo molar — llegando hasta esta cara y prolongándose hacia adelante, contorneando el — cuello de los dientes hasta el primer premolar, lo cual nos permitirá un — amplio colgajo, facilidad de acceso y mejor visibilidad, además de que el — colgajo descansará sobre el hueso sano.

OSTEOTOMIA.

Se separarán los labios de la incisión, apartando el carrillo y la — lengua, y se coloca la fresa sobre el borde óseo distal a resecar, y se in — troduce entre la cara distal del tercer molar y la porción ósea distal re — alizando tanta osteotomía como requiera la extensión del hueso y la dispo — sición radicular.

La tapa ósea se elimina con un escople ó cualquier instrumento de suficiente solidez.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Se emplearán elevadores como los de BARRY o los de WINTER, preferen — temente rectos. El elevador se introducirá en el espacio interdentario — moviéndolo alrededor de su eje en sentido distal, acción con la cual el — diente se dirige hacia arriba y atrás.

c) Extracción por osteotomía a escople.

Escople simple o martillo automático. — este instrumento se utiliza — rán las extracciones con el tipo de retención ya mencionadas, pero con de — terminadas reservas.

OSTEOTOMIA

Se usará un escoplo de media caña, que se dirigirá en forma perpendicular a la superficie ósea, y con golpes de martillo se reseca en pequeñas porciones, hasta poder ver la superficie del molar, para poder vencer la resistencia que ofrecen el hueso distal y el punto de contacto.

Conviene eliminar las cuspidos mesio-vestibular y mesio-lingual con un disco de carburo; en caso de que el molar retenido se encontrara localizado más profundamente, se procederá a seccionarlo en forma longitudinal, ya que es la manera más simple.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Se usarán elevadores de Winter número 1, 2 y 3 de hojas finas. Este instrumento penetra hacia la cara mesial del molar retenido; una vez que hemos llegado a esta cara, lo apoyaremos en el borde óseo y en la cara distal del segundo molar, siempre y cuando las condiciones nos permitan graduar la fuerza necesaria para elevar este.

d) Extracción por odontosección.

Cómo su mismo nombre lo indica, la extracción dentaria por sección consiste en dividir previamente al diente antes de extraerlo; este es un capítulo muy importante en los dientes retenidos. La sección se deberá hacer a nivel del cuello del molar retenido, separando la corona de la porción radicular, ó bien dividiendo el órgano dentario en dos ó más fragmentos, según el número de raíces que posea con esta técnica, se trata de hacer un cuerpo único (un molar con tres raíces) seccionarlo en tres elementos separados entre sí, para que al llegar a hacer la extracción, las maniobras de la cirugía se simplifiquen.

La odontosección se puede efectuar como un condyuvante de la operación a colgaje, ó realizarse sin haberse hecho el colgaje previo. De todas maneras es indispensable preparar un colgaje mínimo como el objeto de no presionar ni traumatizar el tejido gingival.

PREPARACION DEL COLGAJO.

En caso de que únicamente se tenga que realizar un colgaje mínimo se efectuará una sola incisión vertical que partirá de la lengüeta interdientaria mesial, descenderá medio centímetro oblicuamente hacia abajo y — hacia adelante. Con el mismo bisturí se realizará la sindesmotomía en las caras lingual y bucal del molar. Obteniendo este colgaje, así se separa con una espátula de **FRANK**, o bien con un periosteom.

OSTEOTOMIA.—Este se realizará con un escoplo ó con fresa redonda, números del 5, 6, 7 u 8.

SECCIONAMIENTO DEL MOLAR.

Utilizando un disco de carburo, que se coloca en forma vertical a la porción media de la corona, calculando coincidir con el espacio interradicular, se separarán las raíces.

Al momento de hacer este, el disco debe ser humedecido con un chorro de agua para evitar el recalentamiento del diente y la posible transmisión del calor al hueso.

Basicamente, el disco seccionará al esmalte; así que, con un chorro de agua se previene la muerte del diente y del hueso, así que con la sección llegue a la altura del cuello del diente será suficiente, y se conseguirá también separar la corona de las raíces, maniebra para la cual se — necesitará una fresa redonda, con la cual se realizarán los orificios. La —

corona se elimina con un golpe de escople, instrumento que también será útil para separar la corona aplicándolo a nivel del cuello o sobre las caras del molar.

USO DE LA FRESA

La fresa se dirige de bucal a lingual, procurando llegar al espacio interradicular. El seccionar a fresa, tiene dos objetivos: 1.-separar las raíces y 2.-Crear un espacio de la corona que permite desplazar cada una de las porciones separadas, hacia mesial o distal al aplicar los elevadores. Para comprobar que el diente esté perfectamente seccionado y dividido en dos partes, se introduce un elevador delgado en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento hacia mesial y distal, con lo cual se asegura la separación radicular y se permite un cierto grado de luxación de las raíces.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Una vez efectuada la separación de las porciones proximales se produce ó procede a la abulsión de las raíces con pinzas, que están verdaderamente indicadas en las raíces rectas y cuando la osteotomía se ha hecho en la tabla externa.

Es muy probable usar elevadores, básicamente por la seguridad que proporcionan.

APLICACION DE LOS ELEVADORES.

EXTRACCION DE LA RAZ MESIAL.—Se usa un elevador recto, que debe introducirse con pequeños movimientos giratorios de penetración, dentro del espacio anterior. A veces, esta maniobra es suficiente para luxar hacia distal, la raíz mesial gracias al espacio creado por la fresa.

Para determinar la extracción(terminar)se gira el elevador,de adelante hacia atrás o apoyándose en el tabique mesial y dirigiéndose el mango del elevador hacia adelante y hacia la línea media del paciente, pudiéndose desplazar la raíz hacia arriba y atrás.

Según la curvatura de la raíz mesial será la intensidad y dirección de la fuerza.La raíz deberá ser desplazada en el sentido de la curvatura siguiendo la trayectoria que la raíz mesial describe.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL.—Una vez que se ha eliminado la porción de la raíz mesial y la porción coronaria distal,la operación se simplificará en gran parte.La abulsión de esta raíz ofrece menos dificultad,ya que puede ser abordada por dos puntos diferentes: el alveolo mesial deshabitado, ó bien luxado de la distal a mesial por el mismo procedimiento con que fué eliminada la raíz anterior.

Se usa un elevador angular de Winter número 12 ó 13(dependiendo del tamaño de la raíz),e incluso el número 14.Estos instrumentos,junto con el elevador recto ó bien el de Barry,Mead,ó Clew-Dent que sea muy necesarios en este tipo de intervenciones.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL CON ELEVADOR RECTO.

Se colocará en el espacio interdentario distal,con movimientos semejantes a los señalados para la raíz mesial;esta debe ser dirigida hacia el alveolo vacío con un movimiento similar pero en sentido contrario al que señala para la extracción de la raíz mesial.

EXTRACCION DE LA RAIZ DISTAL CON ELEVADORES ANGULARES.

ELEVADORES DE ASH,MEAD,BARRY,WINTER ETC).

Se pueden presentar dos condiciones distintas en la extracción de

la raíz distal: un tabique intraradicular alto y uno bajo. La porción alta debe ser eliminada sin consecuencia, para lo cual es suficiente la punta - aguda del elevador angular, utilizándose como "pico", extirpará esta parte del hueso. Eliminada esta porción de tabique, se introduce el elevador (12, 13 ó 14) de Winter en el alveolo mesial vacío y se apoya la punta de la - hoja del elevador a la raíz distal en su cara mesial, imprimiéndose al - mango del instrumento un pronunciado movimiento giratorio, que desplaza la raíz hacia arriba y atrás.

B) Sin desviación, la cara mesial es inaccesible:

El ángulo mesio-oclusal de la corona de un molar inferior retenido suele encontrarse situado por debajo del hueso, por lo que la cara mesial sobre la cual debemos emplear nuestro instrumento elevador de la pieza - dental, no es accesible, es por tanto preparar una vía de acceso a dicha - cara mesial:

a) CON TÉCNICA DE WINTER

INCISION

Se realiza la incisión de dos ramas: una bucal, que va trazada en la lengüeta interdientaria bucal y que es similar a la rama bucal de las otras incisiones; la otra distal, que se traza sobre el ángulo buco-oclusal del tercer molar retenido.

OSTEOTOMIA

Materialmente es igual a la retención vertical con la cara mesial - accesible. Se extirpará el hueso distal con los osteotomos 1R y 1L, y para que el elevador pueda aplicarse en la cara mesial del molar, se resecará - una porción de la estructura ósea mesial, para lo cual se usará un osteo

tomo número 8R u 8L.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

USO DEL ELEVADOR.—La técnica de utilización del elevador es la misma que en el caso anteriormente descrito.

b) Extracción por Osteotomía a fresa.

OSTEOTOMIA.—El objeto de esta operación es eliminar la suficiente cantidad de hueso como para vencer las resistencias mecánicas del molar que se encuentran impactado en el hueso, pues en este tipo de retención, el molar puede estar con su cara oclusal totalmente cubierta por hueso, para eliminar este y poder preparar una vía de acceso a la cara mesial para poder aplicar el elevador, se puede utilizar la fresa.

Para poder hacer esto, es necesario realizar una serie de perforaciones sobre la tapa ósea a eliminarse, que lleguen profundamente hasta el molar retenido. Más adelante, se unen los orificios creados por la fresa, con ligeros golpes de escople ó con una fresa de fisura número 557.

La tapa de hueso se eliminara con un escople o cualquier instrumento de suficiente solidez, y debe ser tanta como sea necesario para permitir el paso del diámetro del mayor molar.

RESECCION OSEA EN DISTAL.

Con la fresa de fisura número 560 se realizará la osteotomía de la cara distal del tercer molar, llegando a la altura del cuello del diente; la técnica es la misma que la anteriormente descrita. La finalidad de la resección distal, es permitir, a este nivel el suficiente espacio como para poder desplazar hacia distal el órgano dentario.

RESECCION OSEA EN MESIAL

Se hace con el objeto de obtener un espacio suficientemente grande para colocar la hoja del elevador y se realiza con una fresa redonda del número 5. Se debe procurar hacer esta osteotomía a expensas del hueso vecino del molar a extraerse, dejando intacto, hasta donde sea posible, el hueso que cubre el segundo molar por sus lados bucal y distal.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Es conveniente utilizar los elevadores de Winter número 1, 2, 3, o — los elevadores de hojas finas.

El instrumento penetrará con una ángulación de 45 grados respecto — al eje del molar logrando camino en la vía ósea creada por la osteotomía mesial, para encontrarse la cara mesial del tercer molar, a donde llega y deberá apoyarse en el borde óseo y en la cara distal del segundo molar. Se — tratará de luxar el molar hacia distal, con pequeños movimientos de torsión del instrumento hacia mesial y hacia distal. Lógicamente, la luxación — esta condicionada por la forma de la raíz.

C) EN AUSENCIA DE DIENTES VECINOS

Cuando los dientes vecinos están ausentes totalmente, o bien solo — cuando falta el segundo molar, el tratamiento será diferente; en el primer caso por lo regular el molar retenido producirá accidentes inflamatorios — (muy frecuentemente, los desdentados totales que son portadores de prótesis, sufren molares retenidos, por lo cual su extracción es irremediable).

El tercer molar puede presentarse de varias formas: con retención — intraósea o subgingival y parcial ó total. Las técnicas para la extracción se basan en los principios señalados. Naturalmente se debe eliminar suficiente cantidad de hueso hasta poder llegar a la cara mesial y poder apli—

car en esté lugar los elevadores.

INCISION

En el caso de que la retención sea total, optaremos por la incisión angular, que permitirá descubrir ampliamente el hueso. La rama longitudinal de la incisión se trazará a nivel ó un poco más adentro del borde lingual del molar, rebasando ligeramente los bordes de la cara mesial. La otra rama la corta perpendicularmente y llega hasta las proximidades del surco vestibular. Por su parte, en las retenciones parciales, la incisión será básicamente igual a la realizada en los casos de arcada normal.

OSTEOTOMIA

Se llevará a cabo con los escoplos (escoplos a mano de Winter etc) ó con fresas del número 6 u 8 para reseca el hueso que cubre el molar.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se utilizarán elevadores de los números 11, 12 ó 13 de Winter o sus similares.

Se introduce la hoja del elevador sobre todo en la cara mesial del molar y la pared mesial del alveolo, y se acomoda entre estas superficies apoyandose sobre todo en el borde óseo mesial, girandose el mango del instrumento en sentido mesial, con lo que se logrará elevar hacia arriba y hacia distal.

2) En posición Mesio-Angular.

Para lograr la extracción del tercer molar retenido en posición mesio-angular, se conjuntan dos problemas quirúrgicos de necesaria resolución:

El contacto o apoyo con el segundo molar, este es uno de los máximos anclajes del molar retenido.

LA OSTEOTOMIA

Por lo regular, el molar retenido se encuentra alojado en lo más pro-

fundo del hueso, y la cantidad de este por la cara distal suele estar distribuida más abundantemente en las retenciones de este tipo, que en las -- verticales.

Para poder ser elevado de su alveolo el molar retenido debe ser -- trazada un arco y para poder realizar esto, se oponen dos elementos ya citados; el punto de contacto y el hueso distal. En gran cantidad de ocasiones, aun eliminando el hueso distal que se opone al trazo del arco, la extracción se dificulta debido al contacto que las cúspides mesio-bucal y mesio-lingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la corona del segundo, ó bien en la superficie distal de la raíz distal, por debajo de -- la línea cervical. Por todo esto, en ocasiones se torna en un problema mecánico insalvable elevar un diente en esas condiciones mientras no se suprima el obstáculo que significan las cúspides mesiales. Pasemos ahora a analizar las diversas técnicas de extracción:

A) Sin desviación. La cara mesial es accesible o inaccesible.

a) Técnica de Winter.

INCISION. -- Winter a hablado de gran número de incisiones, para poder abordar la retención mesio-angular. En los casos en que no se requieran la -- aplicación de elevadores en la cara mesial, se practica una incisión que -- parte de la cara distal del molar retenido, extendiéndose hacia distal una distancia de aproximadamente 1 centímetro.

En el caso de usar elevadores sobre la cara mesial, se efectuará -- una incisión sobre el borde de la encía hacia abajo y adelante, para evitar un traumatismo que podría lesionar el rodete gingival interdentario.

OSTEOTOMIA

Se utilizan los osteotomos número 2R y 2L, para la eliminación del triángulo óseo distal, apoyando el borde cortante del cincel sobre la superficie a resacar y bajo presión manual se elimina a pequeños fragmentes todo el hueso necesario.

La cantidad de hueso a eliminarse está indicada por el grado de --
gíreversión del molar y por la forma de la raíz.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.USO DE ELEVADORES

ELECCION DEL ELEVADOR.

Para escoger el elevador a utilizar se debiera tomar en consideración algunos puntos, como: forma y tamaño del espacio interdentario que --
exista entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo --
y el borde superior del interseptum. Así pues, tenemos que: un espacio in--
terdentario grande, requiere de un elevador de hoja ancha y un espacio in--
terdentario pequeño exige una hoja de elevador de escasas dimensiones.

4) En Posición lingue-angular.

En esta posición, la cara oclusal se ira inclinando con un grado va--
riable, hacia la tabla lingual del maxilar con formación de raíces incom--
pletas.

El hueso que recubre el molar retenido es de cantidad variable.

Para poder llevar a cabo la extracción, se debe primero eliminar --
toda la cantidad de estructura ósea que recubre la cara superior, que pue--
de ser bucal o la distal, ya que el molar esta girado. El hueso de la tabla
interma, que es el que cubre el molar retenido por su cara oclusal, al igu--
al que en cantidad de hueso distal, deben ser tambien eliminados, para que
se pueda dirigir el molar hacia arriba y hacia distal.

INCISION.

La rama anteroposterior de la incisión debe trazarse al mismo nivel que la tabla interna del hueso, en tanto que la rama vertical sépara la —
encía que se encuentra cubriendo al molar retenido de la cara distal de el
segundo molar, siguiéndose hacia afuera, adelante y abajo, como los cortes —
anteriormente estudiados.

OSTEOTOMIA

Se debe resecar el hueso que cubre la cara superior y el que cubre
la cara triturante. Utilizando osteotomos números 2 ó 11 (R ó L) se elimina
el hueso de la cara lingual. Además utilizando los osisectores número 2, 3, 5
que sirven para escindir el hueso que cubre la cara superior.

También se puede realizar la osteotomía con esceptre o fresa redonda
número, 8, la osteotomía debe ser amplia para que podamos realizar todas las
maniobras necesarias, ya que estos molares sobre todo los que tienen sus —
raíces con formación incompleta, pueden rodar dentro de la cavidad alveolar
y esto dificulta su elevación. Es indispensable que la osteotomía se termi-
ne ó complete con la odontosección.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA. EMPLEO DE LOS ELEVADORES.

Entre el hueso y la cara mesial, se introduce el elevador número 2 —
ó 7 tratando de elevar el molar hacia arriba y atrás.

6) En Posición Bucal:

Es poco frecuente localizar terceros molares en posición bucal, y en
caso de presentarse, lo hacen casi siempre con la cara triturante dirigida—
hacia la mejilla.

La extracción del tercer molar inferior esta en la posición antes —

mencionados. La sección de la pieza dentaria puede realizarse en el sentido del eje menor, dividiéndolo con una fresa de fisura de mesial a distal, lo cual simplifica bastante el problema.

7) En posición invertida

Debido a la profundidad del molar en el hueso y por su accesibilidad a la cara mesial, utilizaremos la siguiente técnica para lograr la extracción del tercer molar inferior retenido en posición invertida:

Si los molares se encuentran relativamente superficiales, se extraen con solo realizar la resección de la cara distal, que es la más próxima al borde alveolar.

La odontosección se efectúa con una fresa de fisura, según, el eje mayor del diente dividiéndolo en dos secciones ó segmentos.

Según la posición y localización del molar, se puede extraer primero la raíz ó la corona y debido ó través del espacio creado, se elimina la porción restante.

Los molares que se localizan más profundamente, son realmente un problema para su extracción; la osteotomía deberá hacerse amplia, realizando una cuidadosa sección del molar, además de llevar a cabo una serie de precauciones, que nos ayudarán a emplear los elevadores ya mencionados correctamente para lograr la abulsión del molar retenido.

8) Extracción de Gérmenes del Tercer Molar inferior.

Estos gérmenes pueden producir desviación de los dientes ó anomalía a los tratamientos ortodónticos por lo que en muchas ocasiones será indicada su prematura extracción.

La edad en que debe extraerse estos molares, varía de acuerdo al cri

terio del ortodoncista. En ocasiones, la corona ya esta formada y las raices incompletas. Por lo regular, son niños de 12 a 16 años. No obstante de ser molares con raices incompletas, su extracción es una verdadera problema ya que la distancia borde anterior de la rama a cara distal del segundo molar es muy reducida y porque por lo regular, la beca del paciente es tambien bastante pequeña. Por otra parte, después de la osteotomía, durante las maniobras de extracción, estos gérmenes rotan en la cavidad ósea.

A CONTINUACION SE DESCRIBIRA LA CLASIFICACION PARA LA EXTRACCION DE LOS
TERCEROS MOLARES RETENIDOS SUPERIORES.

- 1) En Posición Vertical
- 2) En Posición mesio-angular
- 3) En Posición disto-angular
- 4) En posición paranormal
- 5) Extracción de gérmenes del tercer molar superior.

- 1) En Posición vertical

INCISION

Abarcará dos ramas, llamadas bucal y anteroposterior:

La anteroposterior debe ir trazada próxima a la palatina del diente en forma paralela a la arcada y con longitud de 1 centímetro.

La incisión bucal hace en el extremo anterior de la primera incisión, dirigiéndose hacia afuera, rodeando la tuberosidad del maxilar y ascendiendo hasta las proximidades del surco vestibular donde termina.

La incisión debe llegar hasta el hueso ó corona del molar, y en sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se separa con una periostona, sosteniéndose con un separador para que el campo operatorio sea visible.

OSTEOTOMIA

Con escoplos rectos ó con fresa, se eliminara el hueso que cubre la cara oclusal. A veces el hueso a nivel de la cara oclusal es muy frágil por lo que se puede eliminar con una cucharilla para hueso ó incluso, con elevador. Mientras se hace esto, es muy importante poder observar bien la cara

oclusal, pero sobre todo la bucal y mesial de la pieza retenida.

VIA DE ACCESO A LA CARA MESIAL

Es indispensable que esta cara sea accesible sino será necesario eliminar el hueso del tabique mesial, que es lo que impide la entrada de el instrumento, realizandose este con escoplo recto ó con fresa redonda.

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

USO DE LOS ELEVADORES.

Se puede usar cualquier tipo de elevador recto, sobre todo los números 1, 2, 5 14 (R ó L) de WINTER y los elevadores de Clev Dent.

TECNICAS EN LOS QUE SE UTILIZAN LOS ELEVADORES:

Se introduce la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercer molar y la cara distal del segundo molar, practicando un débil movimiento rotatorio para llegar a su punto de aplicación y así poder luxar el tercer molar.

APLICACION DEL ELEVADOR

El de ASH (recto) ó el de WINTER, se aplican, con su cara plana, sobre la cara anterior del diente.

PUNTO DE APOYO

Por lo regular, el punto de apoyo es la cara distal del segundo molar ó en caso de que exista el tabique óseo será un magnifico punto de apoyo.

MOVIMIENTO DEL ELEVADOR

Una vez que se han separado los labios y los carrillos con un espejo, se empieza a luxar el molar retenido. Para que este se desaloje del alveolo, debe ser movilizado y dirigido hacia abajo, afuera y atras

por lo tanto el mango del elevador debe desplazarse hacia arriba, adentro y adelante, con el punto de apoyo en la cara distal del segundo molar.

Una vez que se ha luxado el molar en caso de que estos movimientos no hayan logrado extraerlo, podrá ser tomado con una pinza para extraer un diente no retenido y eliminarse con la misma técnica de un molar superior normal.

SUTURA

Ya extraída la pieza, revisado los bordes del hueso y retirado el saco pericoronario, se coloca el colgajo en su sitio y se practican dos ó los puntos necesarios de sutura.

2) En Posición Mesio-angular

Su extracción, esta condicionada a la dirección del molar y la cantidad de hueso distal.

Frecuentemente, hay dificultades durante la extracción, siendo la más común la osteotomía de las caras distal y triturante, además de la preparación de la vía de acceso del elevador, pues se necesita mayor osteotomía en el lado mesial que en el de retención vertical, porque el punto de aplicación del elevador debe ser más alto y para lograr esto, se debiera eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara del lado bucal del molar retenido.

INCISION

La incisión es igual a la del caso anterior.

OSTEOTOMIA

Debe ser igual a la del caso anterior, solo que con una mayor escisión de hueso en distal para cubrir al diente a nivel de su cuello.

USO DE LOS ELEVADORES

Se coloca sobre la cara mesial del tercer molar, dirigiéndose hacia abajo y atrás. Hay que tener precaución con la tuberosidad y la apófisis pterigoideas, pues por su fragilidad, se pueden fracturar. Para utilizar el elevador como cuña, se debe introducir entre la cara distal del segundo molar y la cara mesial del tercero. Para esto se usan elevadores de Clev Dent número 14, colocando el lado izquierdo de la región derecha y el del derecho en la izquierda, para posteriormente, utilizarlos en su lado correste y dándole su aplicación correcta.

4) En posición paranormal

Por lo mismo de que la ubicación es paranormal no se puede establecer una regla para su extracción.

La técnica dependerá de la disposición que presente el molar en el hueso y su relación con las piezas vecinas. A veces está indicada la extracción del segundo molar, e inclusive del primero.

Los molares que se encuentran por encima de los ápices del segundo, deben ser intervenidos practicando una incisión parecida a la operación de Caldwell-Luc; pues es de esperarse que tendrá muchos puntos de contacto con operación radical del seno maxilar.

5) Extracción de Gérmenes del Tercer Molar Superior.

En el tercer molar superior, los gérmenes tendrán por lo regular incompleta formación de sus raíces. El germen puede disponerse en diferentes posiciones, sobre todo en la vida adulta.

Para realizar la extracción, se debe realizar una incisión que permite un amplio colgaje, para descubrir una gran extensión de hueso, para así poder abordar el molar (en este caso la corona) que por lo general se

encuentra ubicado muy alto, incluso a nivel de los ápices del segundo molar.

La osteotomía se debe realizar con escoplo, manual o impulsado con --
martillo en una extensión suficiente como para descubrir las caras oclusa--
les, medial y bucal.

CAPITULO VIII COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS

TRANSOPERATORIO.

En el campo de la cirugía bucal la exodoncia del tercer molar inferior retenido y del tercer molar superior retenido. Participa de todos los principios y preceptos de la cirugía general y se amolda a los principios y preceptos locales de la cirugía general y se amolda a los principios locales de la cirugía de especialidad.

Al igual que la cirugía general la cirugía bucal consta de los siguientes tiempos quirúrgicos: diéresis de los tejidos; la operación propiamente dicha y la síntesis de los tejidos para restituirlos a su forma; anatomía y función.

La extracción del tercer molar inferior ó superior consta de seis tiempos muy importantes los cuales son realizados en el siguiente orden:

- 1.- Incisión
- 2.-Preparación de los colgajos
- 3.-Ortestomía
- 4.-Operación propiamente dicha (extracción del molar retenido)
- 5.-Tratamiento de la cavidad
- 6.-Sutura.

Todos los desglosaremos y comentaremos más ampliamente a continuación :

1.- INSICION

Tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos donde se realiza el objeto de la intervención. Las insiciones debe

ran ser de un solo trazo, sin líneas secundarias, que permitan una correcta adaptación, de preferencia que el colgajo descanse dentro de lo posible — sobre el hueso sano e íntegro.

Es de suma importancia y utilidad el exámen radiográfico con puntos de referencia, que nos permiten ubicar la posición del molar retenido, y por lo tanto el trazado de la insición.

TECNICA. .

Con un bisturí de hoja corta se traza una insición en la parte — más alta de la cresta distal, por detrás de la cara distal del segundo molar, la longitud anteroposterior de la insición estará dada por el tipo de retención del tercer molar, esta insición distal deberá hacerse en el centro de la encía (del segundo molar como referencia) de lo que sería la — cara oclusal; posteriormente se continuara festoneando la encía del segundo molar y el primer molar llegando también profundamente hasta el hueso y seccionando los ligamentos correspondientes, determinándose en el espacio interdentario.

Es importante que con el bisturí se perciba nitidamente los tejidos duros subyacentes; esto indicará que se seccionado la mucosa y el periostio, facilitando la maniobra posterior del despegamiento del colgajo.

2.-PREPARACION DE COLGAJOS.

Una vez hecha la insición y la hemostasis comprimiendo por breves instantes la región.

TECNICA.-

Se toma el periostótomo ó la espátula de Frier y se introduce entre los labios obtenidos por la insición, progresando desde el lado distal

hacia mesial. Con el periostótomo tocando el hueso y apoyándose en él y — merced a suaves movimientos de lateralidad y giro del instrumento se — desprende el colgajo en toda la extensión que se desee.

El periostótomo siempre con apoyo en el ángulo bucodital del se— gundo molar separa y desinserta la enofa que cubre la cara externa del — segundo molar; continuando en este caso el periostótomo la desinserción — de la enofa bucal del primer molar deteniéndose a nivel del espacio in— terdentario entre el primer molar deteniéndose para continuar hasta el — segundo premolar, la extensión del desprendimiento está rígida por el ti— po de retención.

El labio interno del colgajo puede ser mantenido fijo con un hilo rienda que se obtiene atravesando el labio interno del colgajo con una — aguja curva provista de un elemento de sutura, que mantiene sujeto el ayu— dante ó se prende con una pinza Kocher sobre la compresa del pecho del — paciente; sin necesidad de volver a realizar la toma del colgajo interno este mismo hilo puede servir para complementar la sutura.

3.—OSTEOTOMIA

Se denomina osteotomía al tiempo operatorio que consiste en la — eliminación instrumental del hueso que cubre, ó aloja el objeto de la ope— ración (tercer molar retenido).

En otras palabras es la eliminación necesaria de cantidad de hu— eso, para tener acceso al molar ocriptódontice y disminuir la resistencia, que esta dada precisamente por la cantidad de hueso y la calidad del mis— mo. Pero que cantidad de hueso debe retirarse?. A este respecto nos dice — DURBECK "es preferible extraer más hueso que el necesario, eliminando de este modo la resistencia, que eliminar demasiado poco, empleando como com—

pensación la fuerza traumática para eliminar el molar".

En cirugía bucal la osteotomía es realizada por intermedio de escoplos, fresas, pinzas gubias; a continuación explicaremos las más usadas.

Osteotomía con escoplo Automático.

Este cumple con precisión su misión para lo cual fué creado que es la eliminación del hueso. Su manejo debe ser realizado con cuidado y experiencia, pues no es de fácil empleo. Las puntas se adaptan al martillo, moviéndose por medio del torno dental, se emplea también para practicar la odontosección, pues su golpe es nítido y el corte preciso.

Osteotomía con Fresa.

La osteotomía con fresa es de empleo simple y su función puede ser realizada con éxito cumpliendo con los siguientes preceptos: evitar el calentamiento excesivo y prolongado fresado y evitar el embotamiento del instrumento por partículas óseas.

Técnica.—Para esto se emplean fresas de carburo de tungsteno redondas y de fisura para contrángulo. El empleo del torno de altas velocidades simplifica más aun la técnica de osteotomía y odontosección.

La fresa con cualquier procedimiento elimina el hueso en su totalidad practicando pequeños orificios que se unen entre sí por medio de una fresa de fisura redonda.

En todas las circunstancias es importante para evitar el calentamiento del hueso, por intermedio de una jeringa o de un frasco de suero que sera adaptado.

Regiones Óseas que deben Eliminarsse.

Para facilitar la extracción del órgano dentario criptodóntico, el hueso que lo recubre total ó parcialmente debe ser eliminado.

El grado y cantidad de hueso además de la forma radicular; por lo -

tanto se denominara osteotomía mesial, bucal, distal, lingual, oclusal, de acuerdo con el lugar donde deba realizarse la eliminación del hueso. La maniobra estará dada ó indicada por el estudio radiografico de la retención. — variando la extensión del hueso por eliminar a criterio del facultativo.

4) OPERACION PROPIAMENTE DICHA (EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO)

Eliminadas las estructuras óseas que significan la resistencia, se inicia el paso que se denomina como operación propiamente dicha, que en términos generales consiste en, la extracción del tercer molar retenido, merced a la aplicación de la palanca.

Técnica.—El elevador llega a la cara mesial del molar retenido y ahí su hoja, aplicada sobre la cara mesial, el instrumento, con punto de apoyo en el borde óseo y con la fuerza ejercida sobre su mango, eleva el molar siguiendo el camino de menor resistencia.

Odentosección del tercer molar retenido.

Que consiste en disminuir el volumen del cuerpo a extraer, es decir se deberá realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos, con el objeto de simplificar la operación.

Exige esto un grado de habilidad y precisión además de un instrumental adecuado para realizar las maniobras con eficacia. El método de la odontosección nos reporta muchas ventajas, mencionaré a continuación las que nos selecciona Pell y Gregory.

- 1.—Se disminuye el tamaño del campo operatorio, lo cual se traduce en menor edema postoperatorio.
- 2.—Se disminuye ó reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
- 3.—Se acorta el tiempo operatorio.

4.- Se suprime casi por completo el trismus postoperatorio.

5.- No hay lesiones sobre los dientes vecinos.

6.-Se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino,pues en la extracción se usan elevadores de pequeñas hojas que no traumatizan las estructuras periodontarias.

7.- El peligro de fracturas del maxilar queda muy disminuido,pues no se emplean fuerzas mecánicas como único factor.

8.-En una gran cantidad de casos disminuye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.

9.-El método previene la fractura en las tablas alveolares externa e interna del hueso.

La odontosección puede realizarse sobre el molar retenido en dos distintas formas,se divide el diente según su eje longitudinal,su eje menor y su eje mayor.Ambas maniobras tienen por finalidad de hacer de un cuerpo único varios cuerpos de menor tamaño y volumen , el resultado de la disminución mecánica de uno de los factores de la resistencia.

La odontosección se realiza con los siguientes instrumentos:Escople, escople automático,fresas de carburo de tungsteno ó fresa de diamante.

5.-TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA

Realizada la total extracción del molar retenido,dos son las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea.

1.-se refiere a la eliminación quirúrgica del denominado saco pericoronario,

2.-Al tratamiento médico de la cavidad ósea,obturandose con diferentes substancias,completado por una maniobra posterior, a la sutura.

Eliminación quirúrgica del saco pericoronario.

Fuente de hemorragias, infecciones y eventualmente neoplasias, el saco pericoronario debe ser rigurosamente reseado de la cavidad ósea - donde se aleja, la eliminación se realiza merced a cucharillas filosas - que permiten separar; el saco conjuntivo y la cavidad alveolar.

Se toma con una pinza de Krecher curva y se recorta con una cucharilla las distintas paredes óseas, buscando un plano de olivaje que - permitirá la total resección del saco; en algunos casos por la ausencia, parcial o total del hueso lingual, el saco se adhiere íntimamente a las paredes blandas, siendo su enucleación difícil.

Si existen procesos patológicos de distinta índole, ten comunes - como los granulomas mesiales ó distales y las osteitis originadas por - la presencia de ellos, todos los elementos deben ser rigurosamente reseados con cucharillas.

Después de la resección de los procesos citados se vigilara con cuidado los bordes óseos para evitar que quedaran puntas o aristas cortantes; estas se eliminaran con pinzas gubias ó limas para hueso.

Debe tenerse cuidado de no dejar fragmentos de hueso, diente ó de cuerpos extraños.

Obtención de la cavidad Alveolar.

Des son las conductas que seguimos en la extracción del tercer - molar inferior; terceros molares sin complicación pericoronaria aparente y terceros molares con pericoronitis aguda ó latente.

En los dos casos anteriores deberenos seguir las siguientes indicaciones.

Debera empacquetarse el alveolo con una tira de gasa yodoformada,

de tamaño proporcional a la cavidad a obturar, impregnada en emdicamento balsámico, el objeto del taponamiento es muy importante ya que es con el fin de impedir que queden acumuladas cantidades de sangre entre el tapon y la pared alveolar, la cual puede originar una alveolitis, que se — debiera evitar, además debe quedar impregnada la gasa de cemento quirúrgico Wait aconseja con el mismo fin una solución saturada de yodo y guayaquil.

Se trata de mantener seca la cavidad alveolar y se le empaqueta cuidadosamente sin presión excesiva, dejándolo durante 6 u 8 días, tiempo suficiente para que se organice la granulación por detaje de él, el procedimiento de retirar la gasa yodoformada a las 4^o horas es innecesario, y contraproducente, cuando no doloroso y generador de hemorragias.

Transcurrida la semana de espera se impregna el tapon con agua oxigenada, cuya acción facilitara el retirar el tapon suavemente, se lava la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia.

Se vuelve a taponar la cavidad por dos ó tres días, repitiéndose esta operación hasta que el alveolo muestre que esta cubierto por tejido de granulación y no existen síntomas inflamatorios ni dolorosos.

6.- SUTURA

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, esta indicado en la extracción de terceros molares sin procesos infecciosos aparentes.

En estos términos generales el operador toma la pieza portaaguja con una aguja curva enhebrada con seda y se procede a atravesar en primer termino el colgaje lingual, despues el bucal, retirandose la aguja y practicando luego el nudo.

Técnica de Sutura

Pasando los hilos se toma con el dedo indice y el pulgar de la —

el cabo en el portaagujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo del instrumento, se entreabre separando ligeramente el portaagujas y se toma entre sus dientes el cabo libre, se tracciona el portaagujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia la punta del instrumento y que el cabo libre pase entre ellas, se ajusta el hilo a nivel de la herida operatoria y se tiene de este modo realizada la primera parte del nudo. Para completar el nudo se realiza nuevamente la maniobra, pero en sentido inverso, y se juntan nuevamente el segundo nudo seccionándose los cabos de hilo con una tijera. Si se cree necesario puede realizarse otro punto de sutura, a una distancia mínima del primero.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

DEFINICION.

Una operación realizada en la cavidad bucal requiere de una serie de cuidados postoperatorios. Parte de estos cuidados los realizará el paciente y otros serán por cuenta del profesional. La colaboración, entre el odontólogo y el enfermo llevará a buen éxito la intervención.

El tratamiento postoperatorio, es la fase más importante de una labor, constituyendo el éxito de la operación y el bienestar del paciente y aun puede mejorar o modificar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

El postoperatorio se divide en dos: 1.- Los cuidados que se han realizado después de la intervención (POSTOPERATORIO INMEDIATO) y 2.- los cuidados que el paciente realizará en su hogar (POSTOPERATORIO MEDIATO).

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO.

Terminada la operación se limpia la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada, se lava la cavidad bucal con un atomizador, el que llevara una solución de agua oxigenada ó aromática, con el fin de eliminar de sangre y restos blandos, óseos, dentales, que puedan haberse depositado en los espacios interdenarios, surcos vestibulares ó por debajo de la lengua y en la bóveda palatina, evitando este elemental proceder que los coagula entre en putrefacción.

Se aplica con un trozo de gasa esterilizada sobre el lugar de la extracción indicándole al paciente morder sobre de ella. Bajo cualquier forma de anestesia se lleva al paciente a una sala adjunta, para que descanse un tiempo prudencial, este lapso postoperatorio es conveniente. Si se realiza la operación con anestesia general la necesidad de reposo postoperatorio es obia, en las intervenciones bajo anestesia local es útil para volver al paciente a su estado fisiológico normal. Un estimulante mejorará las condiciones que aunque ocultas, puede presentar un paciente normal, después de una intervención quirúrgica.

Puede colocarse una bolsa con hielo sobre la mejilla del lado que ha sido intervenido durante algunos minutos, indicándole al paciente que este es para evitar una inflamación mayor a la normal y que esto lo debe seguir haciendo en su hogar.

El frío reduce la congestión el edema y la hinchazón postoperatoria, tiene acción sobre la prevención de los hematomas y del dolor que se puede presentar debido a la inflamación. (durante el postoperatorio)

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO MEDIATO.

De regreso el paciente a su domicilio, es útil y se acomoda a los principios de la cirugía fisiológica que guarde cama por algunas horas — aunque 24 horas sería el tiempo ideal, el reposo previene la posible hemorragia secundaria.

El paciente continuara colocando sobre su mejilla en el lado operado una bolsa con hielo que mantendra en su sitio durante 15 minutos — con otros tantos de descanso. No es necesario que practique ningún tipo — de colutorios durante el día de la intervención, es menester conservar la integridad del coagulo, el mejor obturador de la cavidad alveolar. En caso de hemorragia colocará en su boca del lado operado un trozo de gasa seca que mantendra en su sitio durante media hora para favorecer la formación de un nuevo coagulo.

ALIMENTACION:

El paciente necesita mantenerse a base de una dieta blanda durante las primeras 48 horas siguientes al postoperatorio, evitádo que los — alimentos duros lesionen la región, o el acto masticatorio y la succión — pueda modificar el estado local.

ANALGESICOS:

El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad oral. Esta relación directa al grado de trauma, y aplastamiento, desgarres, dislaceraciones originan dolorosas consecuencias. Heridas limpias y operaciones sin traumatismo raramente ocasionan dolor. Pero de presentarse este debe ser combatido por los distintos medicamentos de — los que dispone la terapéutica.

VITAMINAS

La vitamínoterapia a base de vitaminas como la E y la B 12 colabo

ran a la restitución de los tejidos en el proceso cicatrizal.

ANTIBIOTICOS

La prevención de procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como punto de partida el sitio de la extracción, - deben ser prevenidos o tratados con el nutrido arsenal terapéutico a cargo de los antibióticos.

INTERCONSULTAS:

El paciente debiera regresar a nuestro consultorio a las 24 horas - ó 48 horas, se revisará el lugar de la intervención y se le practicará un lavaje sobre el sitio operado y sus vecindades, este lavaje con el fin de desprender la capa blanquecina que se ha depositado sobre la zona que fué operada, tratando de desprenderla o removerla si no es posible con el lavado con un trozo de gasa esteril e impregnada de agua oxigenada. El paciente se muestra más aliviado y más confortable despues de una limpieza correcta de la toca, que le eliminará el mal gusto y el mal aliento.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

Los hilos deben retirarse recién al cuarto o quinto día de la - operación, la eliminación de los puntos prematuramente puede originar que se presente una hemorragia secundaria ó por lo menos que el coágulo se - modifique con los consiguientes trastornos. El respeto por el coágulo es - la base del éxito postoperatorio. Los hilos se retiran con tijeras, seccionando el hilo, sobre la zona operada se proyecta un delicado chorro de - agua tibia.

EXTRACCION DEL TAPONAMIENTO

La función reparadora por debajo del tapon se realiza recién al - sexto u octavo día. Por lo tanto es inútil y perjudicial extraer el tapón

antes de ese lapso. Además de la hemorragia y el dolor que pueda originar la extracción prematura suprime los fines de está terapéutica. Al sexto día se extraera la porción superior de gasa del taponamiento, tres o cuatro días después el remanente.

La cavidad alveolar aparece cubierta por un franco tejido de granulación que indica la conducta a seguir. Se realizara un nuevo taponamiento con gasa yodoformada, impregnada tenuemente en el líquido del cemento quirúrgico, que permanecera en la cavidad por dos ó tres días más, siendo suficiente con tres ó cuatro cambios de gasa suficiente. Realizando el último cambio de gasa el paciente puede lavar su cavidad alveolar con un vaso de agua tibia después de cada comida.

INSTRUCTIVO POSTOPERATORIO:

Verán el siguiente orden: Ficha del Cirujano dentista que atendio al paciente (Nombre, dirección del consultorio, telefono particular en caso de emergencia, especialidad etc.).

A continuación se le harán las recomendaciones que debera seguir después de ser intervenido:

EN CASO DE EMORRAGIA.

Algun escurrimiento de sangre puede continuar por un corto tiempo después de la extracción y puede seguir aún más hasta el siguiente día de realizarse la intervención, sin embargo si es más que un simple escurrimiento ayúdara a controlarle de la siguiente manera:

- 1.-Con una gasa limpia, quiet suavemente la sinpra de la boca y de la encía y por encima de la herida de la extracción.
- 2.-Coloque otra pieza de gasa limpia y doblada directamente sobre la zona operada, donde brota la sangre.

3.- Apriete los dientes firmemente sobre la gasa para ejercer presión sobre el lugar.

4.- MANTENGA esta presión alrededor de 30 minutos, repítalo si es necesario.

5.-Si sigue sangrando debe avisar al consultorio para darle instrucciones.

6.-Si es horario de consulta acudir lo mas pronto posible al consultorio para detener esa hemorragia.

CUANDO HAY DOLOR:

Si tiene una ó dos tabletas(según la intensidad del dolor) de un analgesico como la aspirina compuesta, en un vaso de agua grande si son solubles disolverlas e ingerirlas, en caso de persistir el dolor - el paciente podra ingerir hasta dos tabletas cada 4 horas y acudir al consultorio ó reportarlo al médico para que este le prescriba el analgesico en la dosis y durante el tiempo correspondiente.

Nota tabletas solubles como las disprinas.

CONCLUSIONES:

El realizar la extracción de cualquier pieza dentaria, implica una gran responsabilidad, maxime si esta lleva intrinsecos mayores problemas por encontrarse, de alguna manera retenida u obstruida dentro de la cavidad oral.

Este es precisamente el caso de que se trata este breve trabajo -- DE COMO HACER LA EXTRACCION DE ESTAS PIEZAS EN FORMA INDOLORA, CON EL -- MENOR TRAUMATISMO POSIBLE Y CON LAS MEJORES TECNICAS CONOCIDAS, AUNADAS A LA MAYOR SEGURIDAD DEL PA-IENTE DURANTE LA INTERVENCION.

Definitivamente, existe una gran diversidad de técnicas para la -- extracción de los terceros molares, cada una de las cuales, tiene sus indi- caciones y contraindicaciones respectivas.

Así que es importante señalar que como todo tratamiento quirúrgi- co en el que se utiliza bisturí, la extracción de los terceros molares -- retenidos significa un riesgo, que el cirujano dentista tiene la obliga- ción de solventar a base de conocimiento y realizacion de las mejores -- técnicas, propias para cada caso, además se deberan asociar en determinado momento dos ó mas técnicas para resolver una situación ó incluso cambiar nuestra forma de proceder cuando el caso lo requiera.

Utilizar el instrumento con mano diestra de quien ha recibido -- la instrucción necesaria para salir avantes y lograr el éxito en todas y cada una de nuestras intervenciones de este tipo.

De ahí que lo antes dicho únicamente es para hacer incapie que -- el Cirujano dentista debe ser una persona capacitada y diestra en la la- bor que realiza en bien del paciente y de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

"LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL"

EDRES: ALVIN L MORRIS

HARRY W. FOYANNAN

EDITORIAL LABOR S.A.

"CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE NORTEAMÉRICA"

EL DIENTE IMPACTADO SUS COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

VOLUMEN 3/1979

EDITORIAL INTERAMERICANA

"

"TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE CABEZA Y CUELLO"

DR. ALBERTO PALACIO GOMEZ

EDITORIAL INTERAMERICANA 1957.

"ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA"

SERIE V VOLUMEN 14

EDITORIAL MUNDI 1953.

"TRATAMIENTO DE CIRUGIA ORAL"

DR. WALTER C. GURAFUCK

EDITORIAL SALVAT MEXICO.

BIBLIOGRAFIA

"CIRUGIA BUCAL"

DR. GUILLERMO A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA
CLINICA TERAPEUTICA

"TECNICA DE QUIREFANO"

DR. ALBERTO PALACIO COMEZ
EDITORIAL INTERAMERICANA

"HISTORIA DE LA CIRUGIA MODERNA"

DR. LAWRENCE ROSENBERG
EDITORIAL DIANA

"GUIA PARA EL DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN PEDIATRIA"

DR. MAX SALAS ALVARADO
DR. LORENZO LOREDO ABADALA
DR. J.A. RAMIREZ MORENO
DR. P.A. ALVAREZ MORENO
EDITORIAL FOURNIER S.A.

"TRATADO DE ANATOMIA HUMANA"

DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
TOMO I Y TOMO II DECIMA EDICION
EDITORIAL PORRUA S.A.