




# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo  


EXTRACCION Y CIRUGIA EN LOS TERCEROS  
MOLARES RETENIDOS.

## T E S I S

Que para obtener el Título de  
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

VIRGINIA PETRICH BARDALES



México, D. F.

1983



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E :

INTRODUCCION

CAPITULO I	TEJIDOS BUCALES, ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISILOGIA=====	1
CAPITULO II	DEFINICION Y ETIOLOGIA=====	13
CAPITULO III	CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES RETENIDOS===	15
CAPITULO IV	METODOS DE DIAGNOSTICO=====	21
CAPITULO V	EXAMENES REDIOGRAFICOS=====	23
CAPITULO VI	TECNICAS DE EXTRACCION=====	25
CAPITULO VII	COMPLICACIONES Y ACCIDENTES AL MOMENTO DE LA CIRUGIA=====	35
CAPITULO VIII	TRATAMIENTO POST-OPERATORIO=====	41
CONCLUSIONES	=====	43
BIBLIOGRAFIA	=====	44

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

Se considera de gran interés para el Cirujano Dentista - tener ideas claras sobre la técnica a seguir ante los problemas de: Anatomía, Histología y Fisiología de los Tejidos Bucales, así como la definición y etiología, clasificación de los tejidos molares inferiores y superiores retenidos.

Sabemos que el progreso y los conocimientos de la Odontología, es nuestra especialidad; como en cualquiera otra de las ciencias biológicas debe hacerse un estudio meticoloso de cada paciente, al cual se le llama HISTORIA CLINICA para saber el estado general del enfermo, ya que el conocimiento no debe limitarse al estudio exclusivo del diente, sin aplicar los conocimientos científicos al estudio completo del enfermo para realizar un buen diagnóstico y, en consecuencia, un tratamiento adecuado. Nos apoyaremos en los estomatólogos que practican la medicina bucal que competirán el estudio y así, permitirán emitir un juicio correcto.

En la extracción del tercer molar inferior, esencialmente se presenta una serie de factores que se refieren al sitio de ubicación y su difícil acceso, por mala iluminación y visión, al hueso compacto, la saliva y hemorragia durante la extracción; estas son algunas de las complicaciones y accidentes al momento de la cirugía. En los capítulos que a continuación describo, - doy a conocer una de tantas técnicas para llegar a realizar correctamente cada uno de los casos que pudieran encontrarse en nuestra práctica diaria, con relación a los terceros molares - inferiores y superiores retenidos.

# C A P I T U L O I

## TEJIDOS BUCALES, ANATOMIA, HISTOLOGIA Y FISIOLOGIA

### MAXILAR SUPERIOR:

Este hueso consta de: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar.

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal llamada Apófosis Palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de las fosas nasales y la inferior forma gran parte de la bóveda del maxilar y el interno se articula con el borde de la apófosis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su parte anterior, termina en una prolongación que, al articularse con el del lado opuesto, forma la espina del nasal anterior.

Por atrás de la espina nasal anterior, se encuentra un surco que con el otro maxilar, forma el conducto palatino anterior; por él pasa el nervio ESFENO PALATINO.

Por arriba de la apófosis palatina se encuentra el orificio del seno maxilar, el cual en estado queda muy disminuido, en virtud de la interposición de las masas laterales del etmoides por arriba; el cornete inferior, por abajo; el unguis por delante y la rama vertical del palatino, por detrás.

Por delante del seno, está situado el canal nasal, que se encuentra limitado en su parte interior, por la apófosis ascendente del maxilar superior. Esta apófosis en su cara interna presenta las crestas terminales superiores e inferiores, la primera se articula con el cornete medio y la segunda con el cornete inferior.

En su cara externa presenta la fosita murtiforme donde se inserta el músculo del mismo nombre; posteriormente, se encuentra la giba canina, por detrás y arriba de ésta, se encuentra una saliente llamada apófosis piramidal; ésta presenta una base, un vértice que se articula con el hueso molar tres

caras y tres bordes; la cara superior u orbitaria forma parte del piso de la órbita y lleva el conducto suborbitario.

En la cara anterior se abre el conducto suborbitario -- por donde sale el nervio del mismo nombre.

Entre este agujero y la giba canina se encuentra la fosa canina, de la pared inferior salen unos conductillos llamados conductos dentarios anteriores, la cara posterior presenta también, canales y orificios llamados agujeros dentales designados a los huesos molares.

#### BORDE ANTERIOR:

Arriba de la espina nasal anterior, se encuentra una escotadura que, con la del lado opuesto, forma el orificio anterior de las fosas nasales.

#### BORDE POSTERIOR:

En su parte baja se articula con la apófosis piramidal del palatino y con el borde anterior de la apófosis Pterigoides; ahí se encuentra el conducto palatino posterior por donde pasa el nervio palatino interior.

#### BORDE SUPERIOR:

Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita.

#### BORDE INFERIOR, BORDE ALVEDLAR.

### ESTRUCTURA ÓSEA DE LA MANDIBULA

La estructura ósea de la mandíbula, consta de un cuerpo encurvado en forma de herradura y dos ramas, por la cara interna del cuerpo, en la parte media, presenta la Sinfisis Mentoneana; hacia atrás se encuentra el agujero mentoneano por donde salen vasos y nervios del mismo nombre; más atrás se ob

serva la línea oblicua externa donde se insertan los músculos triangulares de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba.

En la cara posterior cerca de la línea media, se encuentran las Apófosis Geni, dos superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genihioideos; más atrás, nos encontramos con la línea oblicua interna o milohioidea, donde se inserta el músculo del mismo nombre; por encima de esta línea se encuentra la foseta sublingual; más afuera para abajo de esta línea, se encuentra la foseta submaxilar que sirve de alojamiento a la Glándula -- del mismo nombre.

En el borde inferior se presentan las facetas digástricas, lugar de la inserción del músculo digástrico, asimismo -- el borde superior presenta los alviolosdentarios.

#### LA MANDIBULA Y SUS RAMAS

En su parte inferior, se inserta el masetero , en la interna se encuentra el orificio superior del conducto dentario; por él se introducen nervios y vasos dentarios inferiores. Nos encontramos también con la espina Spix sobre la cual se inserta el ligamiento esfenomaxilar. Hacia abajo vemos el surco milohioideo donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre las dos salientes; por delante el apófosis y por detrás el condilo de la mandíbula.

#### MUCOPERIOSTIO DEL MAXILAR

El tejido que cubre el reborde alveolar del maxilar es idéntico en la encía normal en su estructura, está constituido en una capa firme y gruesa, de tejido conectivo en plástico denso, adherido al mucoperiostio del reborde y cubierto -- por un epitelio escamoso estratificado.

Este tejido que tiene un espesor de 3.5 a 7.5 milímetros

se extiende desde la tuberosidad del maxilar de un lado, hasta la tuberosidad del otro lado, incluyendo la parte anterior del maxilar.

El paladar duro está cubierto en su parte anterior, por un tejido denso y resistente, que forman las rugas palatinas, en cambio la mucosa de la parte posterior del paladar duro, - es lisa y elástica, es por eso que se facilitaría una extracción de un tercer molar superior retenido.

### MUCOPERIOSTIO DE LA MANDIBULA

La mucosa y submucosa que cubre el reborde alveolar de la mandíbula, presenta características semejantes al superior, destacando en el extremo distal de la zona gingival la almohadilla retromolar, en forma de almendra, que contiene en su -- centro una pequeña saliente denominada Papila Piriforme, que es donde se encuentra el tercer molar retenido, ya sea por la mucosa y también por el tejido óseo.

### MUSCULOS

Temporal o gran músculo de la masticación, es en forma de abanico, el cual se inserta en su borde superior de adelante hacia atrás, sobre la línea del temporal inferior de la superficie externa del cráneo. Sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante, pasando por dentro del espacio que forma el arco sigomático, dividiéndose en dos porciones tendinosas separadas entre sí. Una superficial que se inserta desde el borde de la apófosis coronoides, hasta el nivel del reborde alveolar inferior y otra profunda se inserta en la cara interna de la - apófosis coronoides, siguiendo hacia abajo por la cresta temporal, entre las dos porciones tendinosas forman un surco que corresponde a la fosa retromolar a nivel de la cual, el hueso -- queda libre de inserciones.



INERVACION.- Por ramas temporales profundas, media y anterior del nervio maxilar inferior.

IRRIGACION.- Por las arterias temporales profundas, según la división de la maxilar interna.

#### MASETERO

De forma cuadrangular y aplanado de fuera y dentro. En su porción superior, sus fibras se insertan en los dos tercios anteriores del arco sigomático, dirigiéndose hacia abajo y --- atrás hasta llegar a insertarse en el ángulo de la mandíbula.

INERVACION.- Por la rama maseterina del maxilar inferior.

IRRIGACION.- Por la segunda división de la maxilar interna de la arteria maseterina.

ACCION.- Las contracciones de sus fibras elevan la mandíbula.

#### PTERIGOIDEO EXTERNO

Sus fibras se dividen en dos porciones, la superior -- que va del ala mayor del esfenoides hasta llegar a' final de la cápsula articular y la inferior se inserta en la lámina externa de la apófosis pterigoidea hacia la cápsula articular.

INERVACION.- Por la rama pterigoidea externa del nervio mandibular.

IRRIGACION.- Por ramas pterigoideas de la segunda división de la maxilar interna.

Al contraerse sus fibras, dirigen la cabeza del condilo y el menisco hacia adelante y adentro. Esta acción coloca la mandíbula dentro de la posición de masticación.

Si el pterigoideo externo de un lado se relaja, mientras que del otro se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral.

### PTERIGOIDEO INTERNO

Sus fibras se insertan por un extremo en la cara interna del ala pterigoidea externa y se dirigen hacia abajo y atrás - hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

INERVACION.- Por la rama pterigoidea interna del nervio mandibular.

IRRIGACION.- Por la rama pterigoidea de la segunda división de la maxilar interna.

ACCION.- La contracción de sus fibras origina el movimiento de la lateralidad y protrusión mandibular.

### BUCCINADOR

De forma irregularmente cuadrilátera, forma la parte posterior de los carrillos y parte del anterior.

Su borde posterior se inserta en el borde anterior del ligamento pterigoimandibular.

Su borde superior se inserta a nivel de las eminencias alveolares, a lo largo de los tres molares superiores. Por su borde inferior se inserta en los dos tercios posteriores de la línea oblicua externa, uniéndose por detrás a las tendinoso de temporal.

Llegando hasta el comienzo del lado externo del triángulo retromolar. En esta área retromolar es donde localizamos -- los terceros molares inferiores, y la encontramos en el límite posterior del reborde alveolar inferior, donde se une a la rama ascendente mandibular, tiene una forma de almendra y su centro está ocupado por la elevación de la papila piriforme.

INERVACION.- Por las ramas del nervio facial.

IRRIGACION.- Por afluentes de arterias del buccinador, - rama de la arteria maxilar interna.

ACCION.- Su función es tirar hacia atrás las comisuras -

labiales. Comprimen la cavidad vestibular ayudando en la acción de soplar y expulsar el contenido alimenticio en esa zona hacia las arcadas dentarias.

### MILOHIOIDEO

De forma cuadrilátera, forma el piso de la boca. Está -- dispuesto en forma horizontal entre los cuerpos de la cara interna de la mandíbula, insertándose por sus bordes externos en la línea oblicua interna mandibular. Por su borde anterior con la sinfisis mentoniana y por su borde posterior con la porción superior del hueso hioides.

INERVACION.- Por la rama milohioidea del nervio mandibular (maxilar inferior).

IRRIGACION.- Por la rama de la arteria sublingual milohioidea y submentoniana.

ACCION. - La función que desempeña este músculo es básico en la deglución y principalmente, la de bajar la mandíbula.

### LA BOCA Y SUS DEPENDENCIAS

La boca está situada en la parte inferior de la cara, -- entre las fosas nasales y la región suprahioides oval, con su eje mayor en sentido antero-posterior, está dividida por los -- surcos alveolos dentales en dos porciones (vestíbulo bucal por delante de los arcos y la boca propiamente por atrás), que comunica por los espacios interdentales y retrodentales.

Virtualmente cuando los arcos están en contacto, la cavidad bucal se hace real, cuando éstos se separan uno del otro, su diámetro transversal es de 50 a 65 mm.

Las paredes de la boca, en número de 6 se distinguen en anterior, posterior, superior, inferior y lateral.

PARED ANTERIOR.- La pared anterior de la boca está for--

mada por los labios. En número de dos, uno superior y otro inferior; los labios son repliegues músculomembranosos, que ofrecen a nuestra consideración cada uno de ellos dos caras y dos bordes.

La cara anterior presenta en el labio superior, un surco subnasal, terminado abajo por el tuberculo del labio superior y limitado lateralmente por dos rodetes y una superficie plana, cuyos pelos, largos y rígidos, constituyen el bigote; en el labio inferior, una fosita en la cual se implanta, en el hombre la mosca.

La cara posterior es lisa y está cubierta por la mucosa.

Exteriormente, el borde adherente está limitado en el labio superior por la nariz y el surco gehilabial; en el labio inferior, por el surco mentolabial interiormente, y del lado de la cavidad bucal, está limitado por el surco gingivolabial y el frenillo del labio.

El labio libre corresponde a la vez, a la mucosa y a la piel; presenta en el labio inferior, una escotadura media, correspondiente al tubérculo del labio superior.

Unidos a nivel de sus comisuras, los labios separados, constituyen el orificio bucal; una vez aproximados, forman la hendidura bucal (47 a 53 mm. de longitud aproximadamente).

Los labios están constituidos por las cuatro capas siguientes:

1. La piel.- Gruesa adherente al plano profundo, rico en folículos pilosos.

2.- La capa muscular.- Comprende el orbicular de los labios (Constrictor del orificio), cierto número de músculos cutáneos de la cara (dilatadores) y fibras de dirección anteroposterior (músculo compresor de los labios).

3.- Una capa submucosa.- Tejido conjuntivo y glándulas labiales, perceptibles al tacto por su relieve.

4.- Una capa mucosa, grisácea, ya abollonada en la cara posterior de los labios.- Delgada, adherente y rosada a nivel de su borde libre. Se compone de corión dermopapilar y de un epitelio muy parecido al del tegumento cutáneo difiriendo del mismo por sus núcleos muy visibles y la ausencia de queratinización corresponde, según el punto en el que se le considere, a la zona cutánea, a la zona intermedia y a la mucosa propiamente dicha.

Vásculo.- Inervación.- Las arterias nacen del círculo formado por la unión a plena luz de las dos coronarias y de algunas otras arterias de la cara (transversal, bucal, etc.)

Las venas van a la vena facial y a las venas submentales. Los linfáticos del labio superior van a los ganglios submaxilares; los del labio inferior van parte a los mismos ganglios y parte a los ganglios suprahioides.

Los nervios se dividen en motores y sensitivos. Los nervios motores vienen del facial, los nervios sensitivos proceden del trigémino, terminan en gran parte en los corpúsculos de Krause y tal vez en verdaderos corpúsculos del tacto.

Paredes laterales.- Mejillas.- Limitadas arriba por la órbita, abajo por el maxilar, delante por los surcos nasogenianos. Las mejillas ocupan mayor parte de la cara, su espesor varía según el estado de gordura de los individuos.

Se considera en ella dos caras: una interna y otra externa, abombada en el niño y está excavada en los individuos flacos y en los viejos (mejilla senil), la cara interna libre en su parte media, está adherida al plano óseo en el resto de su extensión.

Las mejillas están constituidas por:

1.- La piel.- Fina, rica en vasos y en glándulas sebáceas; sus pelos, constituyen la barba.

2.- Un tejido celular subcutáneo.- Rico en grasa (constituye en ese punto una formación especial, la adiposa de Bi-

chat) y que presenta manejos musculares pertenecientes a los músculos cutáneos de la cara.

3.- Una capa muscular.- Formada por el masetero y el buccinador, revestidos por sus aponeurosis.

4.- La mucosa bucal.- Lisa y provista de algunas glándulas alojadas en el espesor, o bien en la cara externa del músculo buccinador, las glándulas molares. Hay que notar, además en la mejilla, la presencia del conducto de Stenon, que corre transversalmente, antes de abrirse a nivel del segundo molar superior.

Vásculo.- Inervación.- Las anteriores de la mejilla proceden de la facial, de la temporal superficial, de la lagrimal y de las ramas de la maxilar interna, las venas van a las venas faciales y temporal superficial y al plexo Pterigoideo. -- Los linfáticos van a los ganglios cervicales superficiales. -- Los nervios se dividen en motores y sensitivos: los filetes motores vienen del facial y de la mandíbula (rama trigémino=; -- los filetes sensitivos vienen del trigémino.

#### PARED SUPERIOR (BOVEDA PALATINA)

La bóveda palatina ósea (por oposición a la bóveda palatina membranosa que es el velo del paladar), es una región en forma de herradura, circunscrita por los arcos dentales.

Ofrece a nuestra consideración: en la línea media un rafe más o menos saliente, terminado hacia adelante por un tubérculo; cada lado y en un tercio anterior, dos crestas transversales mucosas en los dos tercios posteriores, papilas y orificios glandulares.

Anatómicamente, la bóveda palatina está constituida de arriba a abajo, por los planos siguientes:

1.- Una capa ósea constituida por maxilar y huesos palatinos.

2.- Una capa glandular correspondiente a las glándulas palatinas y que apenas existe más que en los cuatro quintos - posteriores de la región.

3.- Una capa mucosa de color rosado, gruesa y resistente.

Vésculo. Inervación.- Las arterias de la bóveda vienen de la palatina y de la esfeno palatina. Las venas van al plexo Pterigoideo, algunas se unen a las venas de la mucosa nasal.- Los linfáticos van a parar a ganglios colocados a los lados - de la membrana tiroidea. Los nervios nacen (por el nervio palatino anterior y el esfeno palatino interno) del ganglio esfeno palatino.

#### PARED INFERIOR

Región sublingual es el espacio comprendido entre las - encías y la base de la lengua, triangular con el vértice correspondiente a los incisivos inferiores, esta región representa: el frenillo de la lengua o filete mucoso medio, cada lado de su extremidad posterior, un tubérculo correspondiente al orificio del conducto de Whorton; los conductos excretorios de - la glándula sublingual; dos eminencias simétricas, las corúnculas sublinguales, debidas al levantamiento de las mucosas - por las glándulas sublinguales. Nótese que entre la mucosa y el plano muscular profundo de los genioglosos existe el espa - cio sublingual recorrido por el conducto de Whorton y lleno - de tejido conjuntivo, en el cual se ha descrito la bolsa sero - sa de Fleischman.

#### PARED POSTERIOR

Velo del paladar amígdalas, la posterior de la boca es - tá formada en su mayor parte, por el velo del paladar, en cu - yos pilares se hayan las amígdalas.

El velo del paladar, tabique blando móvil y contractil,

presenta una dirección antero posterior, primero horizontal, luego oblicua y finalmente vertical.

Vásculo.- Inervación.- Las arterias del velo nacen de - las palatinas superior e inferior y de la faringe inferior, - los sensitivos están formados por los tres nervios palatinos, ramas del nervio esfeno palatino nacido del maxilar (Trigémino).



## C A P I T U L O II

### DEFINICION Y ETIOLOGIA

#### DEFINICION:

Se les llaman dientes recluidos o retenidos, a aquellos que quedan dentro de los maxilares o de la mandíbula, o bien en sus tejidos blandos cuando ha llegado el tiempo normal de erupción y que han conservado íntegro su saco pericoronario fisiológico.

La retención en dientes secundarios es más frecuente, -- siendo excepcional los de la primera dentición los dientes -- que más frecuentemente quedan retenidos son los terceros molares y los caninos.

#### ETIOLOGIA:

La mayoría de las veces, la retención dentaria está provocada por un obstáculo que impide la erupción normal, es decir, que está impedida mecánicamente.

Las principales causas que obstruye la erupción de un diente son:

##### 1.- Causas biológicas:

La ubicación del gérmen dentario, lejos de su erupción normal, que por razones mecánicas el diente originado por tal gérmen no puede llegar al borde alveolar que le corresponde -- por la implantación de otros dientes. Cuando el gérmen dentario está en su lugar, puede tener una angulación tal, que cuando el diente se calcifica y trata de erupcionar va a hacer contacto con un diente vecino, sus raíces se forman y no se coloca el diente en posición normal, puesto que el diente vecino obstruye su erupción.

Algunos autores afirman que la etiología de las inclusiones son solamente de carácter embragénico, por ejemplo, Radash dice que la inclusión es producida porque en las diversas fa-

ses de evolución del folículo dentario y la cresta alveolar se presentan trastornos en su relación. Los cambios en la evolución de estas estructuras, producen alteraciones en la formación de tejido óseo que desplazan al folículo dentario.

## 2.- Causas Mecánicas:

Por falta de espacio, el gérmen en tercer molar inferior debe desarrollarse entre la cara distal del segundo molar, que es inextensible y la rama ascendente de la mandíbula. Cuando el hueso tiene cierta condensación al diente en su trabajo de erupción, no lo puede vencer.

Cuando los dientes vecinos se acercan a un órgano dentario por extracción prematura del diente temporal, constituye un obstáculo mecánico para la erupción del diente permanente que toma contacto con las raíces de los dientes vecinos.

Otro tipo de causas de dientes retenidos son los elementos patológicos como dientes supernumerarios y tumores odontogénicos; los quistes dentígeros no permiten la erupción del diente, ya que envuelven su corona. Por otra parte, un quiste puede rechazar o retener al diente que encuentra en su camino, impidiendo que la erupción sea normalmente.

## 3.- Causas generales:

Las enfermedades que ocasionan trastornos en la erupción de los dientes, son las relacionadas con las glándulas endocrinas y las ligadas al metabolismo del calcio (raquitismo).

Otra de las causas de retención de un diente, es la que se origina en el desequilibrio de la tensión entre los músculos externos e internos de las arcadas.

## C A P I T U L O   I I I

### CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES

#### RETENIDOS

A.- Relación del diente con la rama ascendente del maxilar inferior y el segundo molar (tres clases).

Clase 1. Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2. El espacio entre la rama y el extremo distal del segundo molar, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3. Todo o casi todo el tercer molar, está localizado en la rama ascendente.

B.- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.

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

Posición b): la porción más alta del diente está -- por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea servical del segundo molar.

Posición c): la posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar. Ejemplo: Clasificación de Gregory B. Winter.

- 1.- Posición vertical.
- 2.- Posición horizontal.
- 3.- Posición invertida.
- 4.- Posición mesioangular.
- 5.- Posición distoangular.
- 6.- Posición Vestibuloangular.
- 7.- Posición lingoangular.

Todas estas posiciones podrán ir acompañadas de las siguientes desviaciones:

- A.- Desviación vestibular.
- B.- Desviación lingual.
- C.- Torción.

Posición, desviaciones, cara mesial, ocupan dentro de los maxilares posiciones diversas y estas posiciones en que está colocado el molar pueden ser encuadradas en una clasificación con fines quirúrgicos.

El Cirujano George B. Winter, ha dado una brillante clasificación, la cual seguiremos.

Winter ha revolucionado las técnicas quirúrgicas para la extracción de los terceros molares retenidos. En el curso de este capítulo, intercalaremos la técnica de Winter al lado de las otras que usamos en la exodoncia del tercer molar. Seguiremos el trabajo de Winter, porque nos parece una obra maestra - que difícilmente podrá ser superada.

#### A.- Clasificación de Winter.

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

- 1.- La posición de la corona.
- 2.- La forma radicular.
- 3.- La naturaleza de la oseoestructura que rodea al molar.
- 4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

Se estudiarán en el curso de este capítulo, la posición del tercer molar retenido, que se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones:

A.- Posición vertical.- El tercer molar en este tipo de retención, puede estar total o parcialmente cubierto por -

hueso, pero lo característico reside en su eje mayor del segundo y primer molar.

B.- Retención horizontal.- En este caso, el eje mayor -- del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

C.- Retención mesioangular.- El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente, un ángulo de grado variable.

D.- Retención distoangular.- Es una forma opuesta a la que antecede. El tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama montante, por lo tanto, la corona ocupa dentro de esta rama, una posición variable de acuerdo con el ángulo en que está desviado.

E.- Retención invertida.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal.- Es un tipo muy poco común de retención, la denominamos también retención paranormal.

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

G.- Retención linguangular.- Como en la posición anterior, el eje del diente es perpendicular al plano en que están orientados los molares anteriores, pero la corona del retenido está dirigida hacia el lado lingual.

Como se ubica el tercer molar en la cara inferior o mandíbula, daré las diferentes desviaciones del tercer molar. Este puede presentar cuatro tipos en relación con la cara.

1.- Normal, o sea sin desviación, el tercer molar sigue la forma oval de la arcada.

2.- Desviación bucal. El molar está dirigido hacia afue-

ra del óvalo de la arcada.

3.- Desviación lingual.- La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.

4.- Desviación bucolingual.- El molar dirigido hacia el lado bucal, y su cara oclusal desviada hacia la lengua.

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

El tercer molar suele guardar, con respecto a la rama -- montante del maxilar, una relación variable, que las podemos -- clasificar en tres clases, que están en directa dependencia -- con el acto quirúrgico.

Clase 1.- En la primera clase, hay suficiente espacio en tre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar para ubicar con comodidad el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 2.- En la segunda clase, el espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo, es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

Clase 3.- En la tercera clase, todo o la mayor parte del molar se encuentra ubicado en la rama.

En el tercer molar, hay cierta profundidad relativa en el tejido óseo. Los mismos autores, considerando la profundidad relativa del tercer molar en el hueso, es decir, la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo molar, estudiaremos tres posiciones, que son las siguientes:

Posición A.- La porción más alta del tercer molar reteni do se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclu-- sal.

Posición B.- La porción más alta del tercer molar reteni do, se encuentra por debajo de la línea oclusal del segundo mo lar.

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

Tercer molar superior retenido.- Las diferentes posiciones del tercer molar superior retenido, también son clasificadas para fines quirúrgicos. Su retención puede ser intraósea o submucosa y pueden estar total o parcialmente retenidos.

A continuación enumeraré las diferentes posiciones en que se encuentra el tercer molar superior retenido, que son las siguientes:

#### POSICION VERTICAL

El eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor del segundo. Puede estar parcial o totalmente cubierto por -- hueso.

#### POSICION MESIOANGULAR

El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia mesial, por lo tanto, la raíz del molar está vecina a la Apófosis Pterigoides.

Por esta razón, es muy frecuente la caries en la cara -- distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

#### POSICION DISTOANGULAR

El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia distal, o sea, hacia la tuberosis del maxilar, puede o no estar en contacto la cara oclusal del tercero con la Apófosis Pterigoides.

#### POSICION HORIZONTAL

El eje mayor del tercer molar está dirigido hacia el carrillo, ocasionando una úlcera; o la cara oclusal puede estar dirigida hacia la bóveda palatina.

POSICION PARANORMAL O INVERTIDA

Cualquier posición que no entre en la clasificación anterior. (O sea, en esta posición la corona se encuentra hacia -- apical y las raíces hacia oclusal).



## C A P I T U L O I V

### METODOS DE DIAGNOSTICO

#### A.- Historia Clínica.

Existen diversas y muy valiosas formas para elaborar la Historia Clínica, la anotación H.C., se considera como requisito muy indispensable en la práctica diaria en nuestro consultorio o clínica.

Se han fijado ya muchos Cirujanos Dentistas, que deben existir varios puntos de mucha importancia en una Historia Clínica, y a continuación menciono cuatro puntos muy importantes:

1.- Tener la seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente, ni su salud.

2.- Averiguar si la presencia de alguna enfermedad, o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento, pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado a su paciente.

3.- Detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.

4.- Conservar un documento gráfico que pueda resultar útil, en caso de reclamación judicial, por incompetencia profesional.

### EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA EMATICA.- Es el estudio o resultado que se obtiene de un paciente con muestras de sangre.

ERITROCITOS.- Los eritrocitos se encuentran en el hombre en una proporción de 4.5 a 6 millones por centímetro cúbico, asimismo, en la mujer es de 4 a 5.5 millones por centímetro cúbico. Cuando existen menos, hay anemia y cuando existen más, hay poliglobulina.

HEGLOBULINA.- La hemoglobulina existe en el hombre, de 14 a 16 grs., por 100 mm. y en la mujer de 12 a 14 grs., por 100 mm. Si encontramos menos de 12 grs., hay anemia.

HEMATROCITOS.- Los hematrocitos tienen un valor normal del 50%.

LEUCOCITOSIS.- De 5 a 10 000 por cm. cúbico. Cuando existen más de 10 000, ha infección aguda y cuando existen menos de 50 000, hay infección crónica.

VALORES NORMALES DE:

Basófilos 2%

Linfocitos 25%

Plaquetas 200 mil, por 500 mil, por mm. cúbico.

Neutrófilos 50 70%

Química sanguínea (Producto de metabolismo del organismo).

Glucosa 80 - 120 mg.

Urea 20 30 mg.

Creatinina 1 - 2 mg.

Acido Urico 4.8 mg.

Colesterol 167-280 mg.

Tiempo de sangrado: de 2 a 3 minutos.

Tiempo de coagulación: de 3 a 7 minutos como máximo.

Neutrofilia.- Nos presente datos de infección aguda.

Linfocitosis.- Nos presenta datos de infección crónica.

Acidofilia.- Producto de enfermedad alérgica.

Monocitofilia.- Se observa en la ostiomelitis.

Basofilia.- Se observa en enfermedades intestinales.

Glucosa en aumento.- Probable diabetes méltus.

Aumento de Acido Urico y Creatinina.- Anomalías renales.

Para que puedan ser interpretados correctamente los resultados, se recomienda tener la escala de valores, adoptada por el laboratorio.

ANALISIS DE ORINA.- Urea 20 a 30 grs. eliminados en 24 horas; Acido Urico 0.25 a 0.75; Fosfatos 1.50 a 3 grs. se eliminan en el día; Cloruros 8 a 15 grs. se eliminan en el día.

## C A P I T U L O V

### EXAMEN RADIOGRAFICO.

Un método eficaz de ayuda en el diagnóstico de dientes retenidos lo es la radiografía, es indispensable que el operador determine la posición en que se encuentra el diente retenido y los obstáculos que puedan presentar en la remoción del mismo.

Con las radiografías se hará un estudio del diente, es decir, de su tamaño, su forma y su posición en el maxilar, su relación con el segundo molar, la dirección y la forma de sus raíces, su relación con las tablas internas y externas, con la rama ascendente, con el canal dentario, la alteración patológica del diente y de los tejidos vecinos. Más adelante hablaré de algunos tipos de radiografías que nos son útiles para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos.

### RADIOGRAFIA PERIAPICAL.

Generalmente con este tipo de radiografías, se obtienen datos acertados, porque se adapta fácilmente a la región que ha de radiografiarse y los rayos X pueden proyectarse directamente sobre ésta, obteniendo como resultados en detalle, contraste y longitud radicular correctos.

Por lo que respecta al tercer molar, se observará la cantidad de tejido óseo que cubre a éste. (De esto depende la cantidad de hueso a resecarse). Este tipo de radiografías, nos dará las posiciones vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, bucoangular, linguangular e invertida o paranormal.

### RADIOGRAFIAS OCLUSALES.

Las radiografías oclusales se toman cuando se trata de retenciones totales, la radiografía oclusal es el único modo de dar a conocer la relación bucolengual del molar con respecto al segundo y a las tablas internas y externas del maxilar.

#### RADIOGRAFIAS EXTRAORALES.

En algunos casos no son muy frecuentes, cuando el diente está alojado, ya sea en la rama ascendente del maxilar o en la proximidad de su ángulo. Las películas extraorales sirven para darnos la imagen total que necesitamos, razón por la cual en estas alteraciones debemos recurrir a radiografías extraorales.

La película extraoral llamada lateral oblicua de ángulo mandibular derecha e izquierda, se emplea generalmente en --- aquellos pacientes que no pueden abrir suficientemente su boca para colocar las películas intraorales.

## C A P I T U L O VI

### TECNICAS DE EXTRACCION

#### TECNICA EMPLEADA EN EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

Como en cualquier cirugía general, la cirugía bucal se realiza siguiendo todos los principios quirúrgicos. Los tiempos a seguir para la extracción del tercer molar inferior impactado, son los siguientes:

- 1.- Anestesia.
- 2.- Incisión.
- 3.- Retracción del colgajo.
- 4.- Osteotomía.
- 5.- Exodoncia.
- 6.- Tratamiento de la cavidad.
- 7.- Sutura.

El tratamiento pre y post-operatorio, se trata en el capítulo correspondiente.

El tratamiento indoloro es uno de los aspectos principales para que el tratamiento dental sea un éxito.

La anestesia tópica, más que un efecto anestésico, tiene un efecto psicológico y su aplicación demuestra la preocupación del operador, por la comodidad del paciente. Otro detalle que suprime el dolor durante la punsión, es el buen filo en la punta de la aguja respectiva.

#### 1.- ANESTESIA.

Para causar un bloqueo de las ramas del nervio maxilar inferior, es indispensable inyectar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa.

Se pide al paciente que mantenga la boca bien abierta. La punsión se inicia a un centímetro por encima del plano de

oclusión inferior por dentro del borde interno en la rama ascendente de la mandíbula.

La posición de la jeringa debe ser paralela al plano de la oclusión inferior y por encima de los premolares del lado opuesto. Se introduce la aguja lentamente hasta topar suavemente con la cara interna de la rama, se deposita la cantidad conveniente de la solución bloqueadora (prilocaina al 2%, con felipresina 0.03 U.I.).

Para bloquear el nervio bucal y así completar la anestesia, se inyecta en la mejilla por encima del pliegue mucoso -- del tercer molar inferior.

## 2.- INCISION.

a). En presencia del segundo molar.

El trazo lo iniciamos siguiendo una línea recta que va -- sobre la rama ascendente de la mandíbula hacia la mitad de la cara distal del segundo molar.

Con un bisturí de hoja corta (número 12) incidimos la región de una sola intención y enérgicamente hasta percibir la -- sensación de tocar hueso o cara dentaria. Continuamos el trazo contorneando el cuello por sus caras vestibulares del segundo y primer molar, llegando hasta el hueso y deteniendo el trazo hacia la parte distal de la papila interdientaria con el objeto de no tocarla, evitando así su retracción posterior.

b). Ausencia del segundo molar.

Incidimos a nivel de la cresta alveolar hacia la cara -- distal del primer molar, contorneando y llegando hasta la papila interdientaria.

c). En desdentado total.

En este caso, la longitud del corte corre aproximadamente dos centímetros más allá de la cara mesial del molar retenido. La variedad en ese tipo de incisión, dependerá de la posición y ubicación de dicho molar.

### 3.- RETRACCION DEL COLGAJO.

Por tratarse de una zona abundantemente irrigada, hay -- gran cañtidad de sangrado el que cohibimos con una gasa esté-- ril. Una vez cohibida la hemorragia, procedemos a desprender - el colgajo; existen distintos instrumentos para realizar dicha tarea, el ideal es el periostotomo, pudiendo realizarse también, con una legra pequeña o espátula de Freer.

Se introduce el periostótomo entre los labios de la insi-- sión, tocando hueso, desprendemos la mucosa vestibular con gi-- ros suaves del instrumento dirigido de distal hacia mesial y - deteniéndose a nivel del espacio interdentario. El desprendi-- miento del colgajo lingual o interno se hace de igual manera - que el anterior, llegando al límite de la cara lingual del mo-- lar retenido.

Podemos mantener fijo el colgajo vestibular con unas pin-- zas de disección y el colgajo lingual lo mantendremos, pasando el hilo de sutura final con su aguja respectiva.

El objetivo que se persigue en este tipo, es el de pro-- porcionar una buena visibilidad.

### 4.- OSTEOTOMIA.

Este tipo quirúrgico es de gran utilidad, pues de esta - manera, eliminaremos la retención ósea que pueda tener el mo-- lar incluido; haciendo ésto, evitamos aplicar la fuerza duran-- te la extracción que pudiera causar lesiones alveolares e in-- cluso, fracturas mandibulares.

Para la realización de la osteotomía en cirugía bucal, em-- pleamos instrumentos tales como: escoplos y fresas.

#### Osteotomía con escoplos:

Se recomienda al operador el empleo del escoplo auxilia-- do por el ayudante que golpea con martillo dicho instrumento, pudiendo el operador de este modo, separar el colgajo vestibu--

lar con la mano izquierda, facilitando así la operación.

Cuidados durante la operación:

- 1.- Debemos evitar el contacto del escoplo con la cara - del molar, para conservar cortante el borde del instrumento.
- 2.- El golpe del martillo sobre el escoplo será justo y enérgico.
- 3.- Mantener el visel cortante hacia arriba.
- 4.- Retirar todos los residuos óseos.

Osteotomía con fresas:

De gran utilidad y simple manejo, siempre y cuando se -- procuren los siguientes cuidados:

- 1.- Irrigación constante de la solución estéril sobre la fresa, para evitar el calentamiento.
- 2.- Limpieza continua en la fresa de los residuos óseos para mayor eficacia en el desgaste.
- 3.- Previa esterilización de las fresas, del contrangu- lo, así como también de la pieza de mano.

Siguiendo estos principios, se practican pequeños orifi- cios vecinos, unos a otros alrededor del hueso retenotivo debi- litándolo así; una vez hecho ésto, lo eliminamos con golpes de espacio.

## 5. EXODONCIA.

La extracción ideal sería aquélla en la que al colocar - el elevador entre la cara mesial del molar retenido y la cavi- dad ósea aplicamos la fuerza de palanca, desalojándolo así de su cavidad. Comúnmente, la retención del molar incluido llega a ser tal, que es necesario la aplicación de la odontotomía u odontosección.

Ventajas de la Odontosección:

- a.- Menor corte del tejido óseo.
- b.- No existe lesión de los dientes vecinos.
- c.- Disminuye el riesgo de fractura en las tablas alveo-



lares.

Desventajas principales:

La intensidad del golpe del escoplo necesario para efectuar la Odontotomía, repercute sobre la articulación temporomandibular y el oído.

El éxito de este tipo quirúrgico y de la operación dependerá directamente del cumplimiento inteligente de las indicaciones y la habilidad manual del cirujano.

#### 6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD DSEA.

Tiene dos objetivos:

- a.- Eliminación del saco pericoronario.
- b.- Obturación médica de la cavidad.

La primera consiste en retirar dicho saco, tomando con una pinza curva (de Kocher) y despegándolo de la pared ósea, con una cucharilla filosa.

Debemos tener cuidado en no dejar residuos, ya que se convertirían en fuentes infecciosas y en ocasiones, neoplásticas.

La segunda, consiste en colocar dentro de la cavidad, con nos de acción antibiótica, ya que es fácilmente absorbible por el organismo (Silverman 1941), y en algunos casos, con acciones hemostáticas (Albogyl).

Para evitar complicaciones, se requerirá de un tratamiento post-operatorio adecuado, el cual trataremos en páginas siguientes.

#### 7.- SUTURA.

Para realizar este paso, debemos estar seguros de que han quedado completamente limpias las paredes de la cavidad, así como también de los colgajos, teniendo lista en la mano de

recha del operador, la aguja curva enhebrada con seda (optativo) y pinzada con el porta-agujas, se atraviesa el colgajo -- lingual y enseguida el bucal; en este sentido, se corre el hilo, dejando un extremo libre de 3 cms. aproximadamente; sujetamos entre los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, - el extremo que contiene la aguja y damos dos vueltas alrede-- dor del bocado del instrumento, pinzamos el extremo libre con el porta-agujas; sin soltar, tenzamos los extremos y para obtener mayor firmeza, repetimos la maniobra, realizando las -- vueltas en sentido inverso.

Para el caso del lado izquierdo, atravesamos los colgajos en sentido bucolingual.

Las cualidades que debe presentar una sutura son:

- a.- Que no haga tracción en los tejidos.
- b.- Que abarque el tejido necesario, para que éste no se rasgue.

La seda de tres ceros y el cat-gut son los hilos de sutura más usuales.

### TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS O NO ERUPCIONADOS

Los terceros molares superiores quedan retenidos en una proporción mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes comparables a los originados por otros dientes.

El tercer molar superior, presenta un accidente de erupción, que le es propio. Ocurre por lo general, en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir, que presentan buconversion. Este accidente está caracterizado por - los siguientes hechos clínicos al hacer su erupción. El molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo. Por un doble mecanismo, aumento de la erupción y movimientos - masticatorios, la cara triturante del molar o una de sus cúspides termina por ulcerar la mucosa del carrillo.- Esta ---

Úlcera se encuentra continuamente traumatizada por las cúspides del molar, produciéndose en este hecho, dolores de gran intensidad; los tejidos blandos vecinos se inflaman por este proceso ulceroso y se produce una celulitis de las partes blandas, acompañada de trismus y ganglios infectados. Todo lo cual repercute sobre el estado general. La masticación está impedida y la fonación dificultada.

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

Se puede aliviar y curar en pocas horas, un proceso de esta índole, desgastando con una piedra de carburo, las cúspides del tercer molar. La úlcera puede, a veces, pasar inadvertida, porque queda escondida tras el molar o el profesional la oculta con el espejo al hacer el examen. La úlcera, suprimidas las cúspides, debe ser tocada con licor de Donain, con lo cual los dolores desaparecen y la úlcera cicatriza.

#### CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS.

Para la extracción del tercer molar superior, es menester practicar una incisión y realizar la osteotomía necesaria como para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

#### INCISION

Puede usarse la incisión de dos ramas, que llamaremos bucal y anteroposterior, la rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada y en longitud de un centímetro; la incisión bucal parte del extremo anterior de la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso a corona del molar y en -

sentido anterior hasta el cuello del segundo molar. El colgajo se desprende, según se ha señalado, con un perióstomo y se sostiene con un separador.

#### OSTEOTOMIA.

El hueso que cubre la cara triturante, se elimina con - escoplos rectos o a fresa, siguiendo las indicaciones dadas - para la exodoncia del tercer molar inferior. En ciertos casos, el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil, que puede ser eliminado con una cucharilla para hueso, o con el mismo elevador. La osteotomía es una maniobra importante; es necesario, en todos los tipos de terceros molares superiores, -- ver, por lo menos, la cara bucal y mesial del retenido. La cara mesial será la superficie sobre la cual se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible, no se requiere ninguna maniobra previa, si no lo es, se necesitará - eliminar el hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento. La osteotomía a este nivel, se realiza con un escopio recto o con una fresa redonda.

#### EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

Cualquiera de los elevadores rectos podrán ser empleados acertadamente para la extracción del tercer molar retenido, -- usando preferentemente, los números 1, 2 o 14 (R-L), de Winter, elevadores rectos o elevadores de Clev-dent.

Se presenta la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo, - actuando como cuña lo que logra que se luxa, se aplica de cara plana, sobre la cara anterior del diente en sentido diagonal - trazado sobre dicha cara; se usa la cara distal del segundo molar como punto de apoyo. Aplicando el elevador, se inicia el - movimiento de luxación hacia abajo y afuera.

#### EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION MESIOANGULAR.

La extracción en este caso, está condicionada por la dirección del molar y la cantidad del hueso distal. Algunas trabas pueden presentarse en esta extracción; la cantidad de hueso distal y el contacto con el hueso molar, a nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el -molar, sin necesitar de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal. Por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y triturante en la --preparación de la vía de acceso para el elevador. Esta vía de acceso, necesita una mayor osteotomía en el lado mesial que -en la retención vertical, porque el punto de aplicación del -elevador ha de ser más alto. Para lograr este fin, es menester eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara -bucal del molar retenido.

La iniciación es igual que para el tipo anterior. La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señala--dos para los otros tipos de retenciones (escoplo o fresa) re--queriendo sólo una mayor incisión del hueso distal, para des--cubrir el diente hasta el nivel del cuello.

Se introduce profundamente el elevador hasta llegar a -aplicarlo sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismos, a excepción de que el molar debe ser dirigido primero hacia distal para vencer el contacto mesial y luego, los movimientos del elevador dirigen el diente hacia abajo y afuera. En los molares con las raíces abiertas, con cementosis y dilaceradas, este movimiento debe ser hecho con lentitud y --sin esfuerzos bruscos para evitar fracturas intempestivas.

#### EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION DISTOANGULAR.

La rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse -más distalmente, que en los casos anteriores para evitar des--garres en la encía.

### OSTEOTOMIA.

Por lo general, no hay hueso sobre la cara tritutante, - ni hacia distal, sólo es menester reparar la vía de acceso en la lado mesial se coloca el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y éste se dirige hacia abajo y hacia atrás. Especial cuidado hay que tener en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis pterigoides, movimientos bruscos pueden fracturarlas. Se levantarán los elevadores de Clev-dent o de Winter del número 14. Estos instrumentos actuarán como cuña o palanca y cumplirán su objetivo si pueden introducirse - fácilmente entre el segundo y tercer molar.

### EXTRACCION DEL TERCER MOLAR EN POSICION HORIZONTAL.

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son mejor intervenidos, practicando una incisión parecida a la que se emplea en la operación de Caldwell-Luc., como que la intervención a realizarse tiene muchos puntos de contacto con la operación radical del seno maxilar.

## C A P I T U L O VII

### COMPLICACIONES Y ACCIDENTES AL MOMENTO DE LA CIRUGIA

Los accidentes originados por la extracción de los terceros molares retenidos, pueden ser múltiples y de distinta categoría; unos se interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos, otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean.

#### FRACTURA DEL DIENTE

La fractura del diente es de los accidentes más frecuentes, en el curso de la extracción al aplicar la pinza sobre el cuello del diente se efectúan los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta, o parte de la raíz se fractura.

Esto se puede deber a diferentes causas, pero casi siempre es por el debilitamiento de los órganos dentarios, por procesos de caries o por anomalías radiculares; el molar no puede resistir el esfuerzo aplicado y se rompe en el punto de menor resistencia.

Producida la fractura debe extraerse la porción radicular restante, pero habiendo antes practicado la he.ostásis del campo operatorio con la adrenalina, secando con gasa, ya que en un campo blanco no puede intentarse la extracción con éxito.

#### FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS.

No es muy común, pero puede ocurrir que durante el transcurso de la exodoncia las pinzas o elevadores se fracturen si se aplica fuerza excesiva sobre ellos, pudiendo así, herirse las partes blandas u óseas vecinas. Deben extraerse en el momento o en una intervención posterior.

#### FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.

Esta fractura no tiene mayor trascendencia, generalmente se debe a que la fuerza aplicada sobre la tabla externa es

mayor que su límite de elasticidad. Si el trozo del hueso se elimina con el órgano dentario, no hay conducto especial a seguir; pero si el trozo queda relajado en el alveolo, debe eliminarse o de lo contrario, el residuo origina procesos infecciosos como osteitis o abscesos.

#### FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD.

Se debe casi siempre, al uso de los elevadores aplicados con excesiva fuerza, la tuberosidad del maxilar o por parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar en tales circunstancias, puede abrirse el seno maxilar dejando una comunicación bucosinusal, requiriendo esta complicación, un tratamiento especial como lo es la técnica de Dadwell-Luc.

#### FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR.

Es un accidente posible, aunque muy poco frecuente, se debe al empleo de fuerza exagerada al tratar de extraer el molar retenido con raíces, con sementosis o dilaceradas; ya que el hueso se halla debilitado por procesos patológicos como osteitis, osteitis, quistes, etc.

También puede deberse a circunstancias generales que predisponen al hueso a la fractura, tales como estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, diabetes, enfermedades parasifilíticas, etc.

#### PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR O PALATINA.

Se presenta en el curso de la extracción que una raíz, vestibular o palatina, del molar superior, atraviesa las tablas óseas, ya sea por debilitamiento del hueso o por esfuerzo mecánico.

La búsqueda y extracción de la raíz, debe practicarse - una incisión en el vestíbulo o en el paladar, dependiendo de la ubicación de ésta, previo estudio radiográfico.

#### LESION DEL SENO MAXILAR.



Durante la extracción de los molares superiores, puede ser perforado el piso del seno maxilar debido a razones anatómicas de vecindad del molar con éste; en cuyo caso, al efectuarse la extracción, queda instalada la comunicación.

En otros casos, los instrumentos pueden perforar el piso sinusal.

En los casos anteriormente mencionados, el coágulo se encarga de obturar la comunicación, basta con colocar una to-runda de gasa que favorezca la hematósis o un punto de sutura que, acercando sus bordes, establezca condiciones para la con-tención del coágulo. En caso de que el alveolo sea muy grande, el valor del coágulo es nulo pues se retrae y se desprende, -- por lo que habrá de efectuarse una pequeña plástica.

Otro de los casos que sucede, es la penetración de una raíz en el seno, el tratamiento es un examen radiográfico para saber la ubicación exacta de la raíz.

La vía de elección para la búsqueda y extracción de la raíz, se hará siempre por un colgajo vestibular.

Después se sutura, cerrando el alveolo y los labios de la herida.

#### PENETRACION DEL DIENTE EN REGIONES VECINAS.

Esto sucede cuando el diente, respondiendo a la aplicación incontrolada o debilitamiento de las paredes puede fugarse al piso de la boca o lugares vecinos.

#### LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR.

Consiste en la salida del colido del maxilar de su cavidad glenoidea. Puede ser unilateral o bilateral; se producen extracciones de los molares inferiores.

El molar se volverá a colocar en su sitio, con la siguiente maniobra: se colocan los dedos pulgares de ambas manos, sobre

la arcada dentaria del maxilar inferior, los restantes dedos sostienen al maxilar; se imprimen fuertemente a este hueso - dos movimientos, uno hacia abajo y otro hacia arriba y detrás. Deducida la luxación, puede continuarse la operación.

#### LESION DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS.

Son producidas por desgarros de la mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc., al actuar con brusquedad o sin medida.

Algunas veces es posible unir las partes desgarradas -- por puntos de sutura.

#### LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Puede ocurrir en las extracciones de los terceros molares inferiores que se lesione el nervio dentario por aplastamiento del conducto que se realiza al girar el molar; el ápice trazando un arco se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste y sus elementos dando lugar a anestesia definitiva - prolongada o pasajera, según el grado de lesión.

#### HEMORRAGIA.

La hemorragia puede ser inmediata o mediata.

La primera se debe a la falta de coagulación de la sangre o no formación del coágulo; ésto debido a causas locales como granulomas, focos de osteitis, polipos gingivales, gingivitis, desgarros de la encía o causas generales como hemofilia, leucemia, sírrosis, uremia, etc.

El tratamiento de la hemorragia local se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pópilo, osteitis granulosa), después se comprime y tapona el alveolo sangrante con un trozo de gasa hodoformada o con adrenalina - retirándose ésta en un tiempo de 15 minutos o media hora.

Si la hemorragia se realiza varias horas después de la

extracción, el procedimiento es el mismo.

En caso de persistencia de la hemorragia, se recurre a transfusiones sanguíneas y administración de sustancias que aceleren la coagulación.

Todos los problemas que originan la hemorragia, pueden prevenirse, suturando la herida.

#### HEMATOMA.

Hematoma es la difusión de sangre, siguiendo los planos musculares a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se practica la operación. Se caracteriza por un aumento de volumen a nivel del sitio operado, con cambio de coloración que va del rojo vinoso hasta el amarillo, pasando por el violeta y amarillo violeta; dura varios días y termina por la resolución a los siete u ocho días.

Aunque la colección sanguínea puede infectarse produciendo dolor bucal, fiebre reacción gangliolar durante una semana aproximadamente.

El tratamiento se basa en colocar bolsas de hielo y antibióticos. Si se llegare a presentar absceso, se hará un drenaje.

#### ALVEOLITIS

Se le llama así, a la infección putrida del alveolo dentario después de la extracción; es muy dolorosa y molesta. Puede presentarse en dos formas; una es alveolo fungoso sumamente doloroso y otra, alveolo seco, abierto sin coágulo, paredes óseas expuestas dolorosas.

En el primer tipo se debe generalmente a reacciones de anticuerpos extraños, sobre todo esquirilas óseas o dentarias de dientes fracturados.

La segunda es típica, se presenta después de una extracción muy laboriosa, pudiendo no haber lesión alveolar, desaparece prematuramente el coágulo; por lo cual el alveolo queda -

abierto en comunicación con la cavidad oral, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados. Las paredes óseas toman un color grisaseo.

Las causas principales son el trauma operatorio, toxicidad de los componentes químicos del anestésico, el estado general del paciente debilitado y entre los factores traumáticos podemos citar a la excesiva presión de las trabéculas óseas -- con los elevadores, violencia sobre las tablas alveolares.

Sus síntomas son dolor intenso, bordes unefectos, paredes bucal y lingual edematosas, alveolo recubierto de una mancha gris y verdosa, lleno de dectritus alimentisius y pus.

El tratamiento a realizar es un examen radiográfico para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, presencia de cuerpos extraños, raíces o secuestros.

Todo esto se debe eliminar y, una vez ausentes los cuerpos extraños, se lava la cavidad con suero fisiológico tibio; se seca la cavidad suavemente con una gasa o torunda, se aísla el campo operatorio y se introduce en la cavidad alveolar una mecha de gasa con cemento quirúrgico (polvo y líquido). Esta gasa se renueva a las 10 o 12 horas. El cemento quirúrgico puede dejarse varios días; en curas sucesivas se va espaciando el tiempo entre cada curación hasta que el alveolo empieza a granular y a sangrar.

## C A P I T U L O VIII

### TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Antes de despedir al paciente, se le deben dar instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener; esto es con respecto a colutorios, alimentación y tratamiento médico (antibióticos, analgésicos, tec.).

Al llegar a su casa, después de la intervención, conviene guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto, colocar una bolsa de hielo en la cara sobre la región operada, durante 10 minutos, cada hora durante el día de la intervención.

El frío ayuda a evitar la congestión y el dolor post-operatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye los edemas post-operatorios.

#### COLUTORIOS:

No debe realizarse ninguna clase de colutorios el día de la intervención, después se pueden realizar colutorios tibios con una solución de agua y sal. Estos se repetirán cada dos horas.

#### ALIMENTACION:

La alimentación en las primeras 6 horas, deberá ser semi líquida o normal licuada.

#### TRATAMIENTO MEDICO:

En caso de sentir dolor, se toma una tableta del medicamento indicado (analgésico); ésto se repite según las indicaciones específicas del medicamento, hasta que el dolor desaparezca.

Cuando se sospecha alguna infección y se localiza el tipo de agente etiológico responsable, se realizará el antibiograma empleando el antibiótico de elección. Cuando se trata únicamente de instituir un tratamiento profiláctico, es conve-

niente el uso de un antibiótico durante 72 horas, sin perjuicio de una adecuada vigilancia post-operatoria, que nos dará en el momento oportuno las necesidades específicas al respecto.

Los puntos de sutura, se retiran de 6 a 8 días después de haber efectuado la operación.

## C O N C L U S I O N E S

El tercer molar inferior, está a menudo, retenido en el hueso, algunas veces esta retención puede ser parcial y algunas total, según el grado de obstrucción.

La retención total del tercer molar es relativamente frecuente, en tales casos, el diente se coloca en la posición que ofrece menos resistencia para su desarrollo.

El tratamiento adecuado de los molares retenidos, depende de la comprensión de los factores anatómicos, fisiológicos y patológicos relacionados con ellos. Para eliminar un diente retenido, es necesario hacer un diagnóstico exacto, valorar el riesgo quirúrgico local y general y conocer los principios básicos de la cirugía. Como todo cirujano dentista, no sólo debe tener conciencia de su actitud y sagacidad, sino que ha de tener conciencia de sus limitaciones en tal forma que sea capaz de juzgar respecto de lo que es capaz de emprender y de llevar a término, incluyendo los posibles problemas post-operatorios.

Las precauciones que se toman para que una intervención llegue a feliz término, nunca serán excesivas. Por otro lado, la confianza derivada de aquellas, no deben de llevar a un descuido de la técnica que se emplee. Todos y cada uno de los aspectos relacionados con una intervención quirúrgica, deberán ser atendidos con mucho interés para bien nuestro, y así, no tener ningún problema con el paciente, ya que de esto nos tomará la confianza y recomendación de nuestra labor desarrollada en nuestro consultorio.

B I B L I O G R A F I A

"TEJIDOS Y CIRUGIA BUCAL", W. HARRY ARCHER.

"CIRUGIA BUCAL", G.A. RIES CENTENO.

"ANATOMIA PARA DENTISTA", POR SISCHER H., SEGUNDA EDICION, EDITORIAL BARCELONA ESPAÑA.

"TRATADO DE ANATOMIA HUMANA", TOMO I Y II, SEGUNDA EDICION, EDITORIAL PORRUA.

"TRATADO DE ODONTOLOGIA", PRIMERA EDICION, BARCELONA ESPAÑA.

"DICCIONARIO ODONTOLOGICO", EDITORIAL MUNDIAL.

"EVALUACION RADIOGRAFICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR", POR GONZALEZ, G.R.

"TRATADO DE ODONTOESTOMATOLOGIA", EDITORIAL ALAHAMBRIA SCHUCHARD KARL.

"LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA", ALVIN L. MORRIS.

"CIRUGIA ORAL", EDITORIAL SALVAT POR GURALNIK WALTER C.

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*