

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

RAMON ANTONIO GARCIA GUTIERREZ

MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	(página)
I. Introducción	1
II. Anatomía de la zona	3
III. Historia clínica	7
IV. Examen radiográfico	16
V. Anestesia	18
VI. Clasificación de inclusiones	21
VII. Indicaciones y contraindicaciones	22
VIII. Instrumental quirúrgico	27
IX. Técnica quirúrgica	33
1. Incisión	33
2. Legrado	35
3. Osteotomía	36
4. Odontosección	37
5. Extracción propiamente dicha	38
6. Tratamiento de la cavidad ósea	38
7. Sutura	39
8. Cuidados postoperatorios	40
X. Conclusiones	42

I. INTRODUCCION

Dentro de los medios que la medicina emplea para el tratamiento de las enfermedades, existe uno caracterizado esencialmente por la utilización de procedimientos manuales. Se le distingue con el nombre de cirugía o terapéutica quirúrgica.

Estudiaremos la técnica quirúrgica desde un punto de vista eminentemente práctico, sin perdernos en divagaciones ni consideraciones que no atañan a la inclusión del tercer molar inferior.

En su retención o en el intento de erupción del tercer molar inferior, éste produce una serie de accidentes patológicos diversos, de variado aspecto e intensidad, que tienen lugar en todos los climas, en edades muy distintas y en los dos sexos.

Podemos citar como factores en función a los cuales está la inclusión o no de los terceros molares, a:

Raza. En individuos de raza blanca, por las razones mecánicas que serán consideradas más adelante, la "falta de sitio" desempeña un papel preponderante. La raza negra generalmente está libre de todos estos procesos. Su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares (y aún la inclusión de un cuarto molar.

Sexo. Creemos encontrar un ligero predominio del sexo femenino en la producción de esta afección.

Edad. La edad que con mayor frecuencia se presentan estos procesos varía entre los 18 y los 28 años, aunque se han reportado casos de ancianos de 73, 78 y 82 años.

Encontrando estas variaciones, es interesante introducirnos en el proceso evolutivo que nos llevará a la solución quirúrgica de este tipo de piezas retenidas.

II. ANATOMIA DE LA ZONA

1. Mandíbula.- Es el hueso más grande y el más fuerte de la cara. Está formado por una parte curva horizontal llamada cuerpo, y dos partes perpendiculares llamadas ramas. El borde superior o alveolar del cuerpo presenta cavidades para albergar los dientes. Cada rama tiene un cóndilo que se articula con la cavidad glenoidea del hueso temporal, y una apófisis coronoides que da inserción al músculo temporal y a algunas fibras del buccinador.

Cuerpo.- En su cara externa, en la línea media, presenta una rugosidad vertical llamada sínfisis mentoniana, que corresponde a la línea de unión de las mitades del cuerpo. Por abajo del espacio interpremolar se observa el agujero mentoniano, por el que pasan los vasos y nervios mentonianos hasta la superficie; presenta también la línea oblicua externa que parte del tubérculo mentoniano y es más notable hacia atrás, donde se continúa con el borde anterior de la rama maxilar.

El borde inferior grueso, base de la mandíbula, a cada lado de la sínfisis presenta la fosita digástrica, en donde se inserta el vientre anterior del músculo del mismo nombre.

La cara interna del cuerpo, al igual que la externa, muestra una línea diagonal llamada la línea oblicua interna, o

milohioidea, que da inserción a los milohioideos, que forman el piso de la boca.

A ambos lados de la sínfisis mentoniana, por la cara interna, inmediatamente por arriba de la línea oblicua, se observan las apófisis geni superiores e inferiores, donde se insertan el geniogloso y genihioideo.

Rama.- La rama de la mandíbula es plana. Su borde anterior se proyecta en un pico llamado apófisis coronoides. El borde posterior, inclinado hacia atrás, termina en el cóndilo de la mandíbula; quedando éste separado de la apófisis coronoides por la escotadura sigmoidea.

La cara externa de la rama brinda inserción al macetero, excepto en la porción superior y posterior, que queda en contacto con la parótida en la cara interna. Por arriba de su porción central se encuentra el orificio del conducto dentario inferior, que se excava en el hueso dirigiéndose a la línea media y conduce a los vasos y nervios dentarios inferiores. A la altura de los premolares, el conducto dentario inferior se dirige hacia afuera hasta alcanzar la superficie en el agujero mentoniano. Hacia abajo del orificio del conducto dental inferior, y de la línea milohioidea, se observa el canal milohioideo, por donde pasan los nervios y vasos del mismo nombre.

Una laminilla delgada llamada llingula, o espina de Spix, cubre el agujero como un escudo.

La apófisis coronoides es delgada y triangular; en su cara interna y en sus bordes se inserta el músculo temporal.

El cóndilo de la mandíbula se proyecta hacia arriba, atrás y adentro, por una porción estrecha en sentido anteroposterior, llamada cuello. En la cara anterior del cuello se inserta el pterigoideo externo; y en la externa el ligamento temporomaxilar.

2. Músculos.- Temporal. Músculo en forma de abanico de bordes delgados, nace del suelo de la fosa temporal y de la aponeurosis temporal que lo cubre. Las fibras posteriores horizontales se unen a las anteriores verticales en un tendón grueso que desciende entre el arco cigomático y el pterigoideo externo, para insertarse en el vértice y en la porción profunda de la apófisis coronoides y en el borde anterior de la rama de la mandíbula, casi hasta llegar al último molar.

Macetero. Músculo grueso y en forma de rombo, desciende del arco cigomático para insertarse en la cara externa de la apófisis coronoides, rama y ángulo de la mandíbula. El macetero está cubierto parcialmente por

la glándula parotídea, lo cruza el conducto parotídeo de Stenon, y está revestido por una prolongación delgada de la aponeurosis parotídea.

Pterigoideos externo e interno. Los músculos pterigoideos están separados por el ala externa de la apófisis pterigoides.

La porción principal del pterigoideo interno nace de la superficie interna del ala externa de la apófisis pterigoides, y se inserta en el ángulo de la mandíbula y en el canal milohióideo. El pterigoideo externo posee dos vientres; uno nace de la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoides, y el otro de la cara inferior del ala mayor del esfenoides, y se inserta en la porción anterior del cuello del cóndilo.

3. Inervación e irrigación.- La inervación de esta zona está dada por el dentario inferior, que procede del quinto par craneal o trigémino.

De las ramas terminales del trigémino, el dentario inferior es el más voluminoso, dando como ramas terminales importantes, la lingual y la mentoniana.

El nervio lingual es la rama terminal del tronco posterior del nervio dentario inferior. Se dispone entre el músculo

pterigoideo interno y la rama de la mandíbula; continúa por abajo de la mucosa de las encías, donde puede palparse haciendo presión a 1.25 centímetros por atrás y por debajo del último molar. Desciende por abajo del surco que forman la lengua y la mandíbula, da filetes para la mucosa del suelo y la pared lateral de la boca, cruza las fibras inferiores del estiloso, dirigiéndose al hiogloso y en la canaladura formada por el milohioideo y el hiogloso da dos raíces de las que cuelga el ganglio submaxilar fusiforme, dando numerosos filetes terminales para la mucosa de los lados y del dorso de los dos tercios anteriores de la lengua.

El nervio dentario inferior desciende colocándose entre los músculos pterigoideos; se sitúa entre el maxilar inferior y el ligamento esfenomaxilar, y emite el nervio milohioideo antes de introducirse en el conducto dentario inferior.

El dentario inferior, la arteria y vena del mismo nombre, entran por el conducto dentario inferior; continúa por dicho conducto y poco después da nacimiento a un plexo que inerva molares, premolares y parte de la encía. Cerca del agujero mentoniano se bifurca en nervio mentoniano, de mayor calibre, y en nervio incisivo.

III. HISTORIA CLINICA

La historia clínica es el conjunto de métodos, clínicos o de laboratorio, de los que nos valemos para llegar a un diagnóstico correcto.

Podemos dividirla en:

A) Anamnesia

- a) Motivo de la consulta
- b) Síntomas
 - 1) Dolor
 - 2) Inflamación
- c) General
 - 1) Enfermedades anteriores o presentes
 - 2) Antecedentes de familia
 - 3) Hábitos
 - 4) Ocupación
 - 5) Antecedentes matrimoniales y menstruales

B) Examen de la boca

- a) Inspección general
- b) Transluminación
- c) Percusión y palpación
- d) Exploración

- e) Examen radiográfico

- C) Análisis de laboratorio
 - a) Sangre
 - b) Cero reacciones
 - c) Químico de la sangre
 - d) Bacterioscópico
 - e) Análisis de orina

- D) Examen físico general

- E) Plan de tratamiento

- F) Curso

- G) Diagnóstico definitivo

- A) Anamnesia

a) Motivo de la consulta.

Se pregunta al paciente cuál es el motivo que le hace acudir al dentista en busca de alivio. El paciente puede manifestar que siente dolor local o molestias en la boca, o bien, quiere saber si se halla en la boca la causa de algún trastorno orgánico que él siente.

b) Síntomas.

Juzgando por los síntomas, se descubren muchas veces ciertas áreas enfermas de la boca, por ejemplo: habrán muchos pacientes que sientan dolores vagos, mal definidos, que se extienden hacia el oído, el ojo, la región occipital, o la región mastoidea; puede haber, asimismo, uno o más ganglios linfáticos dolorosos al tacto, o bien, dolor o trastornos oculares. En tales casos es posible que el examen de los tejidos, del hueso, y de los senos, sea negativo con todos los métodos, y que el diagnóstico sintomático sea el único que pueda efectuarse. El diagnóstico sintomático da lugar a muchos abusos por parte de los cirujanos que no tienen la experiencia clínica ni el criterio quirúrgico necesarios, pero no pocos dentistas se olvidan con frecuencia del diagnóstico sintomático.

1) Dolor.

El dolor del que se queja la mayoría de los pacientes es uno de los agentes más valiosos en el diagnóstico de las enfermedades de la boca. La expresión externa del dolor no es, de ningún modo, una gafa de su verdadera intensidad, ya que el dolor depende grandemente del estado psíquico del paciente, quien a menudo no hace su descripción comprensible si no se le interroga debidamente. La expresión del dolor puede dar síntomas objetivos y subjetivos. Los objetivos son producidos por variaciones de temperatura, por sustancias

químicas, percusión, palpación y corrientes eléctricas. Los subjetivos son los que describe el paciente sin que originen ninguna demostración externa. Debe invitarse al paciente a que describa el dolor:

Terebrante: como si se taladrasen los tejidos

Tensivo: sensación de estiramiento

Pulsátil: palpitaciones dolorosas

Lancinante: como si fuera producido por lanza o dardo

Migratorio: que se pasa de un lugar a otro

Sordo: constante pero de poca intensidad

Conviene siempre palpar el área submaxilar, lo mismo que la región donde están situados los ganglios linfáticos superficiales, para averiguar si hay alguno inflamado. Los ganglios normales, por regla general, no pueden palparse. Siempre que se encuentre un ganglio tumefacto, se ha de considerar como normal y se tratará la causa. Todas las inflamaciones de la cara, cuello, maxilar, mandíbula y boca deberán ser examinadas y estudiadas cuidadosamente, tanto por medio de la observación visual de la superficie externa, como por medio de la palpación, al hacer el tacto digital no se hará nunca demasiada fuerza.

c) General

A veces el paciente se queja de algún trastorno orgánico que no presenta síntomas localizados. Con mucha frecuencia,

ciertos datos anamnésticos facilitan el diagnóstico, por lo cual debe hacerse el interrogatorio más o menos en el siguiente orden: enfermedad pasada o presente, antecedentes de familia, hábitos, ocupación, antecedentes matrimoniales y menstruales.

B) Examen de la boca

a) Inspección general.

Al hacerse la inspección de la boca debe notarse el estado de ésta, y se procurará descubrir si hay infección, estomatitis, neoplasias, dentadura descuidada o bien restauraciones dentales defectuosas. Se hará el examen minucioso de labios, encías, bordes gingivales, membrana periodontal, dientes, restauraciones, apófisis alveolares, maxilar, mandíbula, articulación temporomandibular, músculos de la masticación, senos maxilares, lengua, paladar, piso de la boca, faringe, glándulas salivales y ganglios linfáticos.

b) Transluminación.

Gran número de dentistas descuida la transluminación, que es uno de los más importantes medios de diagnóstico. En mi opinión, esta falta de interés es causada, en gran parte, por la propaganda indebida que hacen los fabricantes de aparatos, quienes afirman muchas veces que con la transluminación se pueden diagnosticar fácilmente diversas afecciones de los tejidos duros.

c) Percusión y palpación.

La percusión es el medio menos útil de la diagnosis. Se hace golpeando suavemente el diente con un instrumento adecuado, lo cual produce un sonido sordo al efectuarse en un diente despulpado, o cuando hay supuración en la pulpa. En un diente sano, la percusión da un sonido claro. La palpación se emplea para averiguar si la presión vertical sobre la corona ocasiona dolor en la región apical, o si el dolor se presenta al hacer presión sobre una de las caras del diente.

d) Exploración.

Con ayuda del explorador y espejo se hará la inspección de todas las caras de los dientes; se tomará nota de las cavidades, las erosiones, retracciones gingivales, presencia de sarro, etc.

e) Examen radiográfico.

A este respecto está dedicado el capítulo siguiente.

C) Análisis de laboratorio

a) Sangre.

El análisis de la sangre incluye lo siguiente: cómputo de glóbulos rojos y de leucocitos, determinación de la hemoglobina, cómputo diferencial de leucocitos, tiempo de coagulación y de sangría. El cuadro sanguíneo de las enfermedades de la boca no difiere en nada del de las infecciones de cualquier otra parte del cuerpo.

b) Cero reacciones.

Siempre que se tengan sospechas de que hay sífilis, se hará la reacción sérica de la sangre y la reacción de Kahn, que es muy específica y sencilla.

c) Química de la sangre.

El análisis metódico de la sangre comprende el estudio cuantitativo y cualitativo de las células y de los componentes químicos en comparación con la sangre normal. El análisis de sus diversos componentes inorgánicos es muy útil en el estudio de las enfermedades. El líquido sanguíneo contiene normalmente, entre otros elementos químicos, sodio, calcio, potasio, fósforo y cloro, los cuales forman combinaciones entre sí, o con otros componentes orgánicos de la sangre. Siempre que se encuentre glucosa en la orina, deberá determinarse la glucosa sanguínea.

d) Bacterioscópico.

El estudio bacterioscópico es una ayuda muy valiosa del diagnóstico, pues permite reconocer infecciones y la índole del microbio que las causa.

e) Análisis de orina.

El análisis de orina, de gran utilidad en la diagnosis, comprende lo siguiente: determinación de la cantidad emitida en 24 horas, color, acidez, densidad, determinación de albúmina y glucosa, y estudio microscópico del sedimento. Los

pacientes diabéticos que hayan de ser sujetos a tratamiento dental, recibirán con anterioridad tratamiento médico adecuado.

D) Examen físico general

El aspecto del enfermo es de gran importancia en la diagnosis, y el dentista ha de tener presente la edad y observar el desarrollo y el estado de nutrición, el color de la piel, estatura, peso, y expresión de la cara. Se deberá explorar el aparato circulatorio para investigar pulso, tensión arterial, y averiguar anomalías en este aparato. En el aparato respiratorio se explorarán bronquios, estados catarrales, pulmones para poder determinar alguna insuficiencia respiratoria. El fin de explorar el aparato digestivo es lograr una imagen de éste, pues el 80% de los fármacos pre- y post-operatorios se administran por esta vía. Por medio del aparato urinario se deshechan los fármacos ya metabolizados, es por esto que debemos tomar en cuenta este aparato.

E) Plan de tratamiento

Una vez hecho el diagnóstico provisional, se trazará el plan de tratamiento más adecuado y se anotará cuidadosamente en la hoja clínica respectiva.

F) Curso

Tanto el curso de la enfermedad, como los progresos que se obtengan con el tratamiento, se anotarán en la hoja respectiva.

G) Diagnóstico definitivo

Al final del tratamiento, se anotarán en la hoja clínica todos los detalles importantes que se hayan observado, y se escribirá el diagnóstico definitivo. Si se hicieron radiografías, modelos o fotografías, se conservarán para consultas futuras. El dentista tendrá hojas impresas con clave para anotar los resultados del examen de la boca, o bien tomará nota de dichos informes en una hoja de papel blanco, que se unirá al registro del paciente.

IV. EXAMEN RADIOGRAFICO

El examen radiográfico de la región del tercer molar inferior, proporciona pormenores de gran utilidad anatómicoquirúrgica. La evaluación radiográfica preoperatoria permitirá la planeación adecuada para cirugía subsecuente. La radiografía deberá estudiarse cuidadosamente para localizar la infección y para precisar forma, número e inclinación de las raíces. Frecuentemente, la raíz se dirigirá hacia el observador o en dirección opuesta a él, en vez de mesial o distalmente. Las raíces pequeñas, frecuentemente están superpuestas y pueden faltar en el diagnóstico radiográfico. Deberá observarse la relación del tercer molar con el conducto dentario inferior, de manera que pueda prevenirse al paciente acerca de una posible parestesia postoperatoria. La presencia de una gran restauración, especialmente una obturación antigua de amalgama, sobre el segundo molar, como deberá ser causa de advertir al paciente que el operador está consciente de la situación y, en consecuencia, tratará de salvar la restauración de daño inadvertido durante el proceso quirúrgico.

El tercer molar puede presentarse completamente erupcionado o retenido. En caso de estar retenido, se deberá tomar en cuenta también su relación con la rama de la mandíbula y con el cuerpo del segundo molar.

Es menester individualizar concretamente los distintos elementos anatómicos a nivel del tercer molar, así como trabeculado, rarefacciones y consistencia de la zona ósea por intervenir.

Estos elementos anatómicos son: el borde anterior de la mandíbula, la línea oblicua externa, la cresta temporal, la línea milohioidea y el hueso pericoronario que, con el nombre de hueso misial, ducal, distal, lingual y oclusal, cubre o rodea, total o parcialmente, el tercer molar. Tales elementos no siempre son bien diferenciados, porque se superponen entre si, están a veces cubiertos por la imagen dentaria o realmente son poco visibles.

También por examen radiográfico se podrá determinar la existencia de una pericoronitis o, en caso de estar evolucionada, un absceso pericoronario, notándose en la radiografía una línea radiopaca que limita la corona del diente impactado.

V. ANESTESIA

Anestesia troncular del nervio dental inferior

El nervio dentario inferior proviene de la mandíbula, que junto con el maxilar superior y el oftálmico, constituyen las tres ramas terminales del trigémino o quinto par craneal, nervio mixto, esto es, sensitivomotor.

El dentario inferior continúa aproximadamente la dirección del tronco de origen al salir éste del cráneo por el agujero oval y situarse en la fosa cigomática, se dirige hacia abajo y adelante y se introduce en el orificio superior del conducto dentario inferior, al que recorre en toda su extensión en compañía de la arteria y venas dentaria inferior, en tanto que da filetes nerviosos gingivales y óseos. Sus ramas terminales son: el nervio mentoniano y el incisivo.

Para resumir la distribución del nervio, diremos que inerva al hueso de la mandíbula, superiosteos, la encía y los dientes en cada hemiarcada, a excepción de un trozo de encía y periosteos que cubre la cara externa de la mandíbula entre el tercer y primer molar, zona inervada por el nervio bucal, otra rama del maxilar inferior que, en caso de cirugía, requiere de anestesia aparte.

El sitio de abordaje para practicar la anestesia del dentario inferior está dado por las vecindades del orificio superior del conducto dentario inferior, llegando a este punto por vía intrabucal.

El instrumental necesario para la anestesia troncular del dentario inferior comprende una jeringa carpule y una aguja larga (4 ó 5 cms.).

El orificio superior del conducto dentario inferior se encuentra en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula. Es infundibuliforme y presenta por delante y debajo una especie de laminilla triangular dirigida verticalmente hacia arriba, llamada espina de Spix. El orificio en cuestión se halla situado a las siguientes distancias aproximadamente de los bordes de la rama ascendente: del borde anterior, 18 mm; del borde, 6 mm; del borde inferior, 22 mm; del borde de la escotadura sigmoidea, 12 mm; y de la línea oblicua interna, 8 mm.

Situando nuestro dedo índice en los elementos anatómicos mencionados anteriormente, iniciamos la anestesia, tomando la jeringa y dirigiéndola al punto señalado por el dedo, con una angulación tal que nuestra jeringa esté por encima de los premolares del lado opuesto a anestesiar.

Se introducirá la aguja hasta el hueso, y en este momento se comienza a depositar el anestésico.

Para lograr la anestesia completa, en el caso de cirugía de tercer molar inferior, se llevará a cabo una punción extra en el fondo de saco, a la altura del tercer molar, para bloquear el nervio bucal, que inerva la mucosa y encía de la zona. También se aplicarán piquetes locales en la zona de incisión, con anestésico que contenga vasoconstrictor para disminuir el sangrado durante la cirugía.

VI. CLASIFICACION DE INCLUSIONES

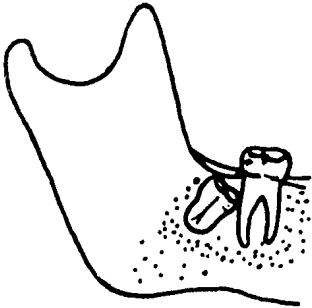
La clasificación de terceros molares inferiores impactados puede enunciarse simplemente como:

1. Mesioangular
2. Horizontal
3. Vertical
4. Distoangular

Además, el diente puede desplazarse hacia los lados bucal o lingual. También puede localizarse en un nivel oclusal alto (cerca de la superficie del reborde) o en nivel oclusal bajo.

Cualquier otra inclusión debe clasificarse como paranormal.

INCLUSIONES.



MESIOANGULAR



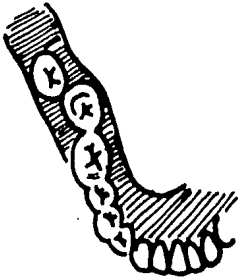
HORIZONTAL



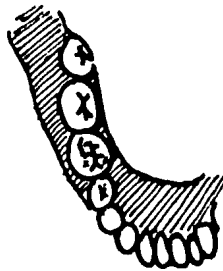
VERTICAL



DISTOANGULAR



BUCALIZADO



LINGUALIZADO



PROFUNDO



SUPERFICIAL

VII. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones

Se considera candidato a extracción todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

1. La patología pulpar, sea aguda o crónica en un diente que no es compatible con terapéutica endodóntica, condena a dicho diente. Un diente imposible de restaurar con procedimientos periodontales, puede clasificarse en esta categoría, incluso cuando no sea demostrable patología pulpar alguna.
2. La enfermedad periodontal, aguda o crónica, que no sea compatible con tratamiento, puede ser causa de extracción.
3. Los efectos de traumatismo sobre diente o alveolo, a veces van más allá de cualquier posible reparación. Muchos dientes en la línea de fractura del maxilar se extraen para tratar el hueso fracturado.
4. Los dientes impactados o supernumerarios, frecuentemente no toman su lugar en la línea de oclusión.
5. Consideraciones ortodónticas pueden requerir la extracción de dientes totalmente brotados, dientes en erupción y dientes caducos retenidos mucho tiempo.

6. Los dientes desvitalizados, negativos radiográficamente, se extraen a veces, como último recurso, a petición del médico.
7. Las consideraciones protéticas pueden requerir la extracción de uno o más dientes para lograr diseño o estabilidad en la prótesis.
8. Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores meramente funcionales.
9. Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente, o el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente.
10. Los dientes, en la "línea de fuego" de radiación terapéutica planeada en un área cercana, se extraen para que la osteoradionecrosis del hueso que sobrevenga no se complique por caries debidas a radiación, o por pulpas necrosantes y sus secuelas.

Contraindicaciones

A. Locales.

1. La infección aguda con celulitis no controlada, debe controlarse de manera que no se extienda aún más. El paciente

puede exhibir toxemia, que trae a consideración la complicación de factores generalizados. El que causó la infección es en este momento de importancia secundaria; sin embargo, para controlar mejor la infección, se extrae el diente siempre y cuando esa extracción no haga peligrar la vida del paciente.

2. La pericoronitis aguda se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área, al hecho de que el área tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osteosección.
3. La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad labial, debilitante y dolorosa, complicada por exodoncia intercurrente.
4. La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local.
5. Los maxilares radiados pueden desarrollar radioosteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en la muerte.

B. Contraindicaciones generales.

1. La diabetes zacarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal.
2. Las cardiopatías, como arteriopatía coronaria, hipertensión y descompensación cardíaca, puede complicar la cirugía.
3. Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y leucemia.
4. Las enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo si hay insultos traumáticos ulteriores.
5. La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides, es extremadamente peligrosa. El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de corteza suprarrenal para soportar la situación de esfuerzo de una extracción, sin tomar esteroides adicionales.
6. La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad

sería una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se complicaría considerablemente con una extracción.

7. La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema formidable al preparar al paciente para cirugía.
8. El embarazo sin complicaciones no constituye mayor problema. Deberán tomarse precauciones para evitar la tensión de oxígeno baja en anestesia general o en estado de gran temor. Por lo general los ginecólogos recomiendan que las extracciones necesarias se realicen en el segundo trimestre de embarazo. La menstruación no representa contraindicación, aunque la exodoncia electiva no se realiza durante el período menstrual, debido a la menor estabilidad nerviosa y a la mayor tendencia a la hemorragia de todos los tejidos.
9. La senilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.
10. Psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa que complica la exodoncia.

VIII. INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Para realizar los trabajos manuales que significan una operación es menester valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados. Serán objeto de estudio en este capítulo.

Instrumentos para sección y manejo de los tejidos blandos.

Bisturí. En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una hoja de distintas formas y tamaños, y que, intercambiables en algunos instrumentos, se eligen según la clase de operación a realizar.

En nuestra práctica preferimos el bisturí de Bard-Parker con la hoja número 15.

Tijeras. Como instrumentos de sección de tejidos, encuentran escasa aplicación en nuestra especialidad. Se les emplea para seccionar festones gingivales. Para tal efecto, las tijeras de Neumann son ideales por ser curvas, de buena adaptación y permiten alcanzar las regiones palatina y lingual de difícil acceso.



BISTURÍ DE BARD - PARKER.



TIJERAS RECTAS.



TIJERAS CURVAS.

Pinzas de disección.

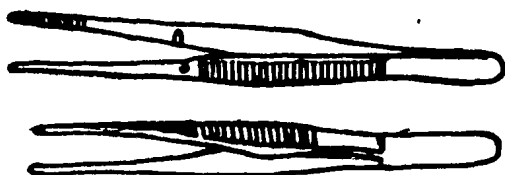
Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. Es útil también la pinza de mosquito o la atraumática de Chaput, que permite tomar dicha fibromucosa sin ocasionarle daño alguno. Las pinzas de dientes de ratón, poseedoras de tres dientecillos que engranan entre si, permiten sostener firmemente el colgajo.

Instrumentos de galvano y termo cauterio; radiobisturf o electro-tomo.

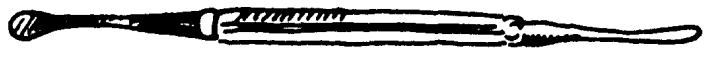
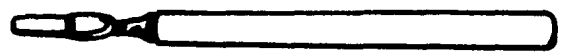
Permiten efectuar la sección de tejidos gingivales; el galvano o el termocauterio o el radiobisturf, instrumentos con los que asimismo pueden abrirse abscesos o destruirse los capuchones que cubren el tercer molar.

Legras, periosteotomos y espátulas romas

Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar los colgajos exigen instrumentos adecuados. Pueden emplearse pequeñas legras insinuándolas entre los labios de la herida y entre el mucoperiosteo y el hueso. Pueden utilizarse asimismo los periosteotomos de Mead o periosteotomo convencional. Nos presta gran ayuda la espátula de Freer, rectas o acodadas. Estas últimas están indicadas en sitios de difícil acceso.



PINZAS DE DISSECCIÓN



LEGRAS Y PERIOSTIOTOMOS.

Separadores. Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeuf, de extremos acodados, y también los de Volkmann.

Instrumentos para sección de los tejidos duros

Escolpos y martillo. Se los emplea para efectuar la sección quirúrgica y aún la resección del hueso que cubre el objeto de la intervención: la tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior, el hueso palatino que protege a los caninos y en general, la tabla ósea vestibular. También se emplean para seccionar dientes en las maniobras de odontosección.

El escolpo, barra metálica con un extremo cortado a bisel, a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo.

El martillo que consta de una maza y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad, debe ser dirigido por el mismo operador o por el ayudante.

Pinzas gubias.

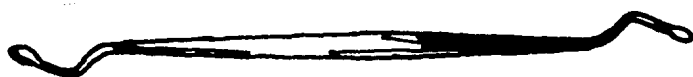
Para realizar la resección del hueso, podemos utilizar las denominadas pinzas gubias, rectas o

curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escolpos, como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.

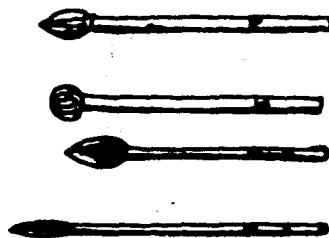
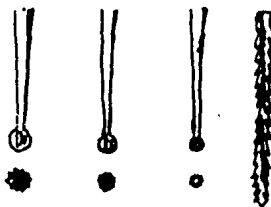
Fresas. El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La fresa puede sacar hueso, de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, ostectomía u osteotomía (respectivamente) que, cuando son efectuadas con cuidado, resultan sencillas y carentes de inconvenientes. Pueden usarse las fresas comunes de dentística, redondas, números 5 al 8, o de fisura número 560.

Son asimismo útiles las fresas quirúrgicas de Schamber, las fresas para labrar el caucho, las de Allport y las fresas de Lindemann.

Cucharillas para hueso. Las colecciones patológicas, granulomas, fungosidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso (curetas), de las que existe una infinita variedad. Las hay rectas y acodadas. La parte



CUCHARILLAS PARA HUESO



FRESAS QUIRURGICAS

activa puede tener formas y diámetros distintos.

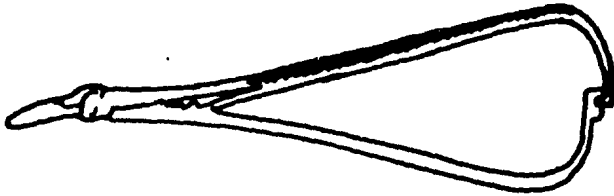
Pinzas para extracciones dentales y elevadores. Son toda la variedad de forceps y elevadores rectos y de bandera utilizados en exodoncia.

Agujas para sutura. Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar suturas. Pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas y de dimensiones pequeñas.

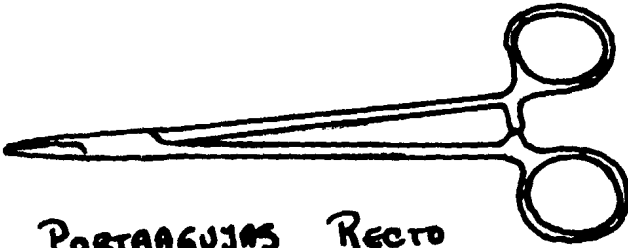
Las hay de dos tipos: cóncavo-convexas en el sentido de sus caras o en el de sus bordes. Preferimos las primeras. La herida que dejan en la mucosa al perforarla es paralela al trazado de la incisión. La herida que dejan las segundas es en cambio perpendicular a la línea de incisión.

Porta-agujas. Destinados a dirigir las agujas, las toman por su parte aplanada y las guían en sus movimientos. Los hay de varios tipos.

Hay que agregar al instrumental citado anteriormente, el siguiente instrumental complementario:



PORTAAGUJAS CURVO



PORTAAGUJAS RECTO



AGUJA ATRAUMATICA

- Campos quirúrgicos
- Pinzas para campo
- Jeringa carpule
- Aguja larga
- Explorador
- Eyector quirúrgico

IX. TECNICA QUIRURGICA

1. Incisión

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención; en este caso, la extracción de terceros molares impactados.

Para realizar cualquier tipo de incisión, es aconsejable mantener tensa la fibromucosa con los dedos de la mano izquierda, los cuales, al mismo tiempo, apartan los labios.

Para que una incisión cumpla su requisito, debe reunir las siguientes características:

1o. Que al desplazar el colgajo, éste tenga una base lo suficientemente amplia como para proveer la suficiente irrigación y se eviten de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.

2o. El trabajo debe permitir una perfecta visualización del objeto a operarse y no obstaculizará las maniobras operatorias.

3o. La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficien-

temente el campo operatorio y se eviten desgarramientos que puedan traducirse en necrosis.

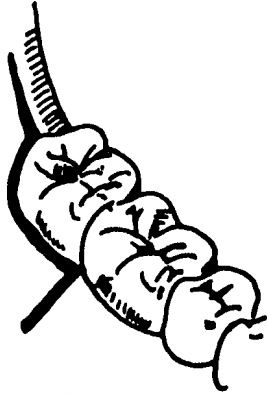
4o. La incisión debe realizarse de un solo trazo, sin líneas secundarias con bisturí filoso, con el objeto de obtener buena cicatrización.

5o. La incisión ha de trazarse de tal modo que, al volver a adaptar el colgajo a su sitio original, la línea de incisión descansa sobre hueso sano e íntegro.

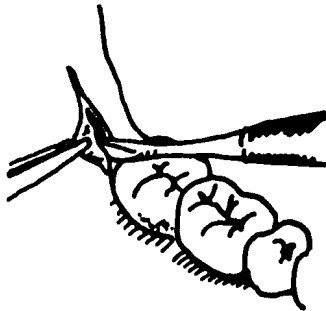
Para la cirugía de terceros molares inferiores, se realiza la siguiente incisión:

Se hace una incisión en los tejidos distales al segundo molar, con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de la incisión para mantener ésta sobre el hueso. La rama vertical del maxilar inferior se ensancha hacia afuera, y por lo tanto una incisión distal recta puede extenderse dentro de los tejidos que quedan por dentro del maxilar inferior y contienen estructuras anatómicas importantes. Una regla segura a seguir es colocar la incisión por detrás de la cúspide bucal del segundo molar, siguiendo el hueso subyacente, que puede ensancharse hacia afuera.

INCISIÓN.



LEGRADO.



La segunda rama de la incisión se hace verticalmente a partir de la primera incisión en su unión con la cúspide distobucal, extendiéndose hacia abajo y hacia adelante hasta los tejidos bucales sobre la raíz mesial del segundo molar.

Las variaciones en el diseño del colgajo incluyen la técnica de desprender las fibras gingivales bucales libres alrededor de todos los dientes, hacia adelante, para incluir el primer molar, y separando el gran colgajo bucalmente. Se afirma que este colgajo es más fácil de suturar, que es menos doloroso en el período posoperatorio y que existe menos distorsión al curar. Otra variación es colocar la incisión vertical oblicua mesial al segundo molar, en vez de mesial al tercer molar.

2. Legrado o desprendimiento del colgajo

Realizada la incisión, se coloca entre los labios de la herida una legra, una espátula de Freer o un periosteotomo.

Apoyándose decididamente contra el hueso, y merced a suaves movimientos de lateralidad, empezando nuestro desprendimiento de adelante hacia atrás, de arriba a abajo, con los cuales gira la espátula, legra o periosteotomo sobre su eje mayor, se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando por lo tanto fibromucosa y periosteo.

3. Osteotomía

El objeto de ella es resecar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al molar y disminuir la resistencia.

Tiempo importante en la cirugía del tercer molar, la osteotomía, junto con la odontosección, simplifican extraordinariamente un problema que de otra manera sería altamente traumatizante.

La fresa es un instrumento muy útil para realizar la osteotomía; su empleo es simple y su función puede ser realizada con éxito con solo evitar su calentamiento por el excesivo y prolongado fresado (ello se logra operando bajo un chorro de suero fisiológico) y procurando que no se emboten por las partículas óseas que se depositan entre sus dientes.

Ya se dijo que para realizar la extracción del tercer molar retenido, el hueso que lo cubre parcial o totalmente debe ser eliminado. El grado y extensión de la resección ósea dependen del tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular; detalles que deben ser estudiados previamente con el apoyo del examen radiográfico.

El objeto de la osteotomía puede resumirse en dos enunciados: osteotomía de acceso y osteotomía para la extracción. La de

acceso se refiere a la remoción de hueso necesario para llegar instrumentalmente a la cara mesial inaccesible. La osteotomía para la extracción está regulada por la consistencia y cantidad del hueso pericoronario, la posición del molar, sus desviaciones, la forma de su corona y disposición de sus raíces.

4. Odontosección

La odontosección en molares retenidos simplifica y agiliza una operación que, de otra manera, sería traumática, lacerante e improductiva. El método no es fácil, pero es humano. Requiere un menor sacrificio de tejido útil, como es el óseo, y se realiza sobre un tejido que va a ser eliminado, como es el propio molar.

La odontosección puede realizarse en dos formas: según su eje mayor, o según su eje menor (usando para tales maniobras, fresas de carburo de tungsteno).

La odontosección con fresa sobre su eje menor (odontosección más usada) se realiza sobre el cuello del molar bajo un chorro de suero fisiológico, para evitar el calentamiento del molar, eliminando de esta manera la porción seccionada primero, y después el resto, saliendo por el espacio ocupado por la porción seccionada.

5. Extracción propiamente dicha

Una vez realizada la osteotomía y la odontosección, esta última sólo en caso de ser necesaria, se procede a la extracción del molar, ayudados por elevadores rectos y de bandera.

La extracción se realizará tomando como puntos de apoyo para los elevadores el hueso, el diente vecino y la propia pieza por extraer. Una vez apoyado correctamente el elevador que se eligió según lo requiera el caso, se harán pequeños movimientos rotatorios de tracción, hasta luxar la pieza. Una vez luxada y evulsionada de su nicho con forceps de bocados largos, se toma la pieza y se retira de la cavidad bucal.

6. Tratamiento de la cavidad ósea

En extracciones de terceros molares se siguen los siguientes pasos:

Después de la extracción, efectuamos la limpieza de la cavidad ósea y eliminamos el saco pericoronario; colocamos entonces en el alveolo una cantidad proporcional a su tamaño de un antibiótico (tetraciclina en pastilla que se introduce en la cavidad). A falta de éste empleamos sulfonamidas, usada en cirugía general, y permitimos que uno u otro se

mezclen con la sangre del alveolo. Tras ello, suturamos cuidadosamente con seda negra o nylon.

7. Sutura

Para realizar este paso de la técnica quirúrgica, necesitaremos pinzas con dientes de ratón, portaguñas, aguja atraumática con seda negra (material ideal) y tijeras para sutura.

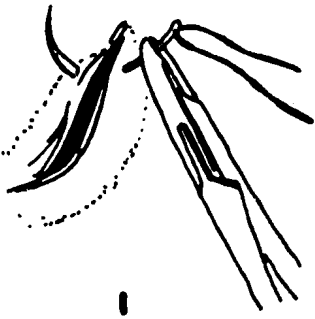
El procedimiento es el siguiente:

Se toma el labio lingual de la herida con las pinzas de ratón y se hace pasar la aguja con la sutura por el borde de éste en su porción más distal (dejando un cabo lo suficientemente amplio para anudar el punto de sutura) y luego se hace pasar por el borde del labio vestibular y se anuda doblemente con la técnica de punto aislado reforzado. Se sigue de esta manera hasta que quede totalmente suturada la zona retromolar para terminar aplicando un punto aislado en la incisión liberatriz.

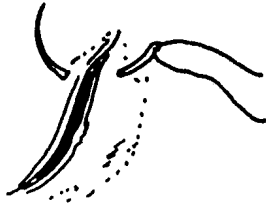
Una vez suturada la herida, se colocará por encima de ésta un apósito quirúrgico de Wonder Pack u Odontopac con fines antisépticos y de protección para la herida.

Los puntos de sutura se retirarán a los 3 ó 4 días, en promedio.

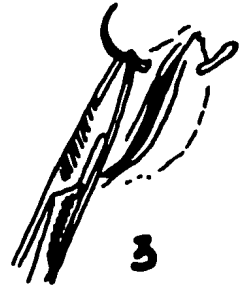
PASOS PARA SUTURAR CON
NUDO DOBLE Y SENCILLO. 4



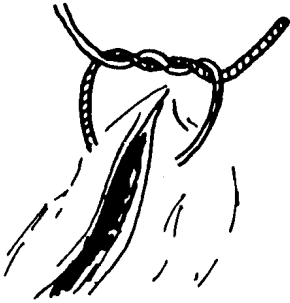
1



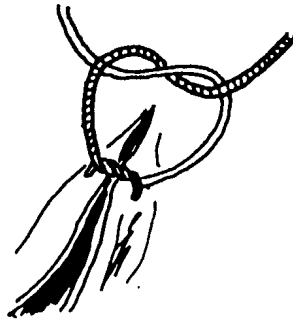
2



3



4



5



6

8. Cuidados postoperatorios

Alimentación del recién operado.- Nos referimos a la alimentación que no esté restringida por la anestesia; o sea, el tipo de alimentación que necesita y que puede darse al paciente por la circunstancia de una operación en la boca. La primera comida la hará a las 6 horas de operado, consistente en el menú citado a continuación, el cual se conservará los primeros días después de la operación.

Extracto de carne	Jugo de tomates
Caldo con jugo de carne	Fideos (pastas suaves)
Puré de papa	Huevos pasados por agua
Gelatina	Dulce de leche
Compota de manzanas	

También es conveniente indicar al paciente que se aplique hielo en la zona de la cirugía, a intervalos de 15 minutos de hielo y 15 minutos de descanso durante 2 ó 3 horas.

También se dará instrucciones al paciente acerca de los fármacos que tendrá que tomar durante el postoperatorio.

Estos son básicamente tres: antibiótico, desinflamatorio y analgésicos, a intervalos convenientes y durante 5 ó 6 días, pudiendo suspenderse el analgésico al tercer día si el dolor a este plazo ya desapareció.

Aunado a esto, es conveniente que el paciente realice colutorios con solución antiséptica cada 6 u 8 horas para mantener, en lo que está a nuestro alcance, la boca en las condiciones más favorables posibles para un postoperatorio favorable.

CONCLUSIONES.

La malposición del tercer molar inferior retenido y sus lógicas consecuencias, es una de las preocupaciones del cirujano dentista.

La solución a este problema tan común, es la exodoncia del molar retenido.

De aquí la inquietud por abordar en forma breve este tema, que seguirá preocupando a futuras generaciones interesadas en el mismo y por el bienestar de sus pacientes.

Por lo anterior expuesto, presento a la consideración del jurado este trabajo de tesis.

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

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Gustav O. Kruger

Ed. Inter

4a. Ed. 1982

ANESTESIA ODONTOLOGICA

N.B. Jorgensen y J. Hayden Jr.

Ed. Inter

3a. Ed 1982

ANATOMIA HUMANA

Fernando Quiroz

Ed. Porrúa

19a. Ed. 1979 Tomos I y II

ENDODONCIA

John Ide Ingle

Ed. Inter

2a. Ed. 1982

CIRUGIA BUCAL

Guillermo H. Ries Centeno

Ed. El Ateneo

8a. Ed. 1980