



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"GENERALIDADES DE TERCEROS MOLARES"

T E S I S

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

P R E S E N T A N:

**ARACELI FERNANDEZ LOZANO
ANTONIO CARAPIA MERCADO**

V. B. J.
Rafael P. S. B.

1984





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAGINAS
I. CIRUGIA BUCAL	2
1) Generalidades.	
2) Historia Clínica	
3) Pruebas de Laboratorio	
4) Asepsia y Antisepsia	
II. TERCER MOLAR	9
1) Generalidades	
2) Anatomía del Maxilar inferior.	
III TERCER MOLAR NORMALMENTE ERUPCIONADO	14
1) Anatomía del tercer Molar inferior	
2) Anatomía del Alveolo del tercer Molar inferior	
3) Relaciones del alveolo del tercer Molar con el conducto dentario inferior.	
4) Exámen Radiográfico.	
5) Pasos Quirúrgicos en la extracción del tercer Molar normalmente erupcionado.	
IV. TERCER MOLAR CON ANORMALIDAD EN SU ERUPCION	20
1) Diferenciación entre el diente retenido y diente - incluido.	
2) Tercer Molar con anomalía en su erupción.	
3) Causas de Retención.	

- a) Causas Locales.
- b) Causas sistémicas.
- 4) Patología Clínica de los accidentes del tercer Molar inferior.
- 5) Clasificación de los accidentes de erupción del tercer -- Molar inferior:
 - a) Accidentes mucosos.
 - b) Accidentes nerviosos.
 - c) Accidentes celulares
 - d) Accidentes óseos.
 - e) Accidentes Linfáticos o ganglionares
 - f) Accidente Tumorales.
 - g) Accidentes Traumáticos.
- 6) Tratamiento de la Pericoronitis.
- 7) Indicaciones de la extracción de los terceros Molares incluídos.
- 8) Clasificaciones de los terceros Molares con anomalía en su erupción.
- 9) Requerimiento Preoperatorio.
- 10) Instrumental necesario para su I.Q.
- 11) Acto Quirúrgico.

V. TERCER MOLAR SUPERIOR.

38

- 1) Generalidades
- 2) Anatomía del Tercer Molar Superior.

- 3) Anatomía del alveolo del tercer Molar superior.
- 4) Exámen Radiológico.
- 5) Técnica para la extracción.
- 6) Pasos de la I.Q. .
- 7) Clasificación de los terceros Molares superiores.

VI. CONCLUSIONES

43

BIBLIOGRAFIA

RECONOCIMIENTOS

CON TODO RESPETO Y ADMIRACION
A LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON
DESINTERESADAMENTE A NUESTRA FOR
MACION PROFESIONAL, MISMA QUE NOS
DE LA OPORTUNIDAD DE INTEGRARNOS-
AL ENGRANAJE DE LA ACTIVIDAD ECO-
NOMICA DEL PAIS, REGIDOS POR LOS-
GLORIOSOS CANONES DE NUESTRA -
UNIVERSIDAD.

A FIN DE QUE EL HOMBRE DE DIOS SEA
PERFECTO ENTERAMENTE PREPARADO PARA
TOMAR BUENA OBRA.

INTRODUCCION

La Cirugía Bucal en una constante evolución ha concedido singular importancia, a los terceros molares; que siendo los últimos dientes en realizar su erupción, al permanecer en el maxilar pueden ocasionar desde una simple inflamación, hasta la formación de quistes y esto último a la Hemiresección de maxilar ó mandíbula.

Las clasificaciones (según diferentes autores) nos darán una -- idea de la posición que guardan los dientes en el maxilar y la mandíbula.

La descripción relacionada con las intervenciones a los terceros Molares, involucran premedicación, requerimientos preoperatorios, tipo de operación a realizar e instrumentación y finalmente requerimientos postoperatorios. Esta descripción es parte medular del presente trabajo.

CAPITULO I

CIRUGIA BUCAL

La ciencia y el arte de la Cirugía es tan antigua como la humanidad misma, pues el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodeaban, estaba expuesto a sufrir grandes traumas por sus constantes luchas con las bestias, la naturaleza y con sus semejantes.

Etimológicamente CIRUGIA tiene su origen en las palabras griegas KHEIR (mano) y ERGON (obra), por lo que se la define como: "Sección de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades que requieren una intervención operatoria manual".

De donde CIRUGIA BUCAL la podemos definir como: "Parte de las ciencias médicas que comprende el estudio y tratamiento de las enfermedades de la boca y maxilares que requieren una intervención operatoria manual".

A la Cirugía se le puede considerar en sus distintos aspectos:

- Como un medio terapéutico de urgencia.
- Como un recurso profiláctico.
- Como restauradora de funciones orgánicas.
- Como correctora y reparadora.

Por mucho tiempo a la Patología se le ha considerado en dos grupos: Patología interna ó médica y Patología externa o Quirúrgica. Por eso la terapéutica también se ha dividido en Médica y Quirúrgica, pero si la Cirugía entra en esta última clasificación no por eso puede quedar desligada de la medicina general, dado que la Cirugía no es un simple medio mecánico sin bases científicas pues para instituir un tratamiento quirúrgico se debe tener el diagnóstico del padecimiento que lo clasifique dentro de la patología quirúrgica.

A través de la historia la Cirugía tuvo una marcha lenta en su desarrollo debido al gran número de dificultades con que se encontró, -- entre estas las principales eran:

- El Dolor
- La Hemorragia
- La infección.

Todos estos obstáculos se fueron superando al descubrirse los anestésicos y analgésicos, con los aportes de Pasteur con respecto a la asepsia y con medios hemostáticos.

La adquisición de todos los conocimientos antes mencionados dió como resultado el establecimiento de los tres grandes postulados de la Cirugía:

- 1o. Evitar el dolor.
- 2o. Cohibir la hemorragia

3o. Prevenir la infección.

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que el conocimiento de la Técnica Quirúrgica y un entrenamiento apropiado nos proporcionará la habilidad necesaria para realizar una operación en el menor --- tiempo posible, sin dolor, con poca ó ninguna hemorragia y sin infección consecutiva y el objetivo final de todo esto será restablecer el equilibrio fisiológico y el bienestar del paciente.

PREPARATIVOS PARA LA OPERACION.

Podemos clasificarlos en dos grupos:

1.- Cuidados Preoperatorios: Son aquellos que corresponden - al propio paciente, a su estado general, condiciones físicas y estado de la región a intervenir.

2.- Condicionamiento Quirúrgico: Es todo lo relacionado al medio en que se desarrollará la intervención.

1.- CUIDADOS PREOPERATORIOS.- Estos deben comenzar desde el - primer contacto con el paciente y comprenden:

a).- Estudio y exploración física del paciente para hacer un buen diagnóstico que clasifique el padecimiento dentro de la Patología quirúrgica.

b).- Utilizar medios auxiliares de diagnóstico: pruebas de -- laboratorio, R.X., etc. Entre las pruebas de laboratorio que deberán -- pedirse rutinariamente se encuentran:

- Química sanguínea: Glucosa, urea, creatinina.

- Pruebas de coagulación: Tiempo de coagulación, tiempo de -- protombina, T.P.T.

- Hematología: Hematocrito, hemoglobina, fórmula blanca.

- Análisis general de orina.

c).- Poner al paciente en óptimas condiciones generales.

d).- Medidas locales: Preparación de la región a intervenir -

como: buenas condiciones de higiene bucal, obturar lesiones cariosas, detrartajes, preparación de férulas, que no existan procesos infecciosos específicos como lesiones tuberculosas, sifilíticas, ulceronecroticas, etc.,

2.- **CONDICIONALISMO QUIRURGICO.**- El condicionalismo quirúrgico estará dado por: El lugar donde se efectuará la operación, el -- equipo, instrumental y materiales quirúrgicos y por el personal.

a).- Lugar donde se efectuará la operación: quirófono; requerirá de ciertas condiciones especiales como: medidas adecuadas, buena iluminación, colores suaves, paredes y pisos lisos y lavables con facilidad, equipos necesarios.

b).- Instrumental: Este se puede clasificar o dividir en:

- Instrumentos para tejidos duros: escoplo y cinceles, martillos, pinzas, gubias, fresas, cucharillas, limas para hueso.

- Instrumentos para tejidos blandos: bisturí, leguas, tijeras, pinzas de disección, separadores.

- Instrumentos para hemostasia: pinzas mosquito, Kelly y -- Kocher.

- Instrumentos para extracciones: fórceps y elevadores.

- Instrumentos y material para sutura: portaagujas, pinzas - de disección, tijeras, seda, catgut, etc.,

HISTORIA CLINICA.

La H.C., es un documento que nos orientará para el diagnóstico, pronóstico y manejo de una enfermedad, nos sirve de referencia para valorar la evolución del paciente y nos permite elaborar estadísticas. Por eso los datos que se consignan en ella deben ser veraces, breves y completos.

La Historia Clínica además de la ficha o datos de identificación del paciente consta de dos partes esenciales: A) El interrogatorio, B) La exploración física.

A).- INTERROGATORIO.- Se hará en base a:

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Antecedentes personales patológicos.
- Padecimiento actual.
- Estado actual de aparatos y sistemas.
- Síntomas generales.
- Terapéutica empleada.

B).- EXPLORACION FISICA.- Se hará por: inspección, palpación, percusión, auscultación. Comprende:

- Signos vitales.
- Habitus exterior.

- Cabeza, cuello, torax, dorso, abdómen, genitales, extremidades, neurológicos.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

El laboratorio es un gran auxiliar en Cirugía, pues las pruebas de laboratorio nos proporcionarán datos valiosos para una mejor preparación preoperatoria y manejo del paciente. El examen sistemático de sangre y orina nos revelarán estados que podrían complicar o contraindicar el procedimiento quirúrgico. Ej.: Glucosuria, Niveles altos de glicemia, alteraciones de los elementos figurados de la sangre, etc. Por lo tanto, el examen de sangre y orina deberá ser rutinario en todos los pacientes quirúrgicos.

Entre las pruebas que rutinariamente se harán se encuentran: biometría hemática, pruebas de coagulación, química sanguínea y general de orina. En algunos casos serán indispensables otras pruebas de laboratorio según las necesidades del paciente.

VALORES NORMALES DE LAS PRINCIPALES PRUEBAS DE LAB.

<u>Biometría Hemática</u>	H	M
Hemoglobina en gramos	15.5 a 16.5 gr. %	14.5 a 15.5 %
Eritrocitos	5 a 6 mill. x mm ³ .	4.5 a 5.5 mill. x mm ³ .
Hematócrito	46%	40% prom.*

Reticulocitos	25.000 a 50.000 x mm ³ .
Plaquetas	250.000 a 450.000 x mm ³ .
Leucocitos	6.000 a 10.000 x mm ³ .

Diferencial:

Linfocitos	20 a 25 %
Monocitos	2 a 10 %
Eosinófilos	1 a 4 %
Basófilos	0 a 20 %
Neutrófilos	25 a 75 %
Mielocitos	0 %
Meta	0 a 2 %
En banda	2 a 2 %
Segmentados	45 a 65 %

PRUEBAS DE COAGULACION.

T. de Protombina 13" - 16" (65% - 100 %)
 T. parcial de Tromboplastina: menos de 45"
 T. de Trombina 5 a 10" (con formación de coágulo en 60", después -
 de 60" subnormal).
 Tiempo de coagulación: 5 a 10 min.
 Tiempo de sangría: 3 a 4 min.

QUIMICA SANGUINEA.

Glucosa 80 - 120 mg % Folin-W
 Urea 21 - 32 mg % Karr
 Creatinina 1 - 2 mg % Folin
 Acido Urico. 2 - 5 mg % Folin-N

GENERAL DE ORINA.

Reacción 5 - 6
 Densidad 1015 a 1020
 Albúmina Negativo.
 Glucosa Negativo.
 Cetónicos Negativos.
 Sangre Negativo.
 Bilirrubina .. Negativo

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

Uno de los tres postulados de la técnica quirúrgica es evitar la infección. La asepsia y antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

Etimológicamente asepsia (del griego "a" sin y "sepsis" putrefacción), consiste en evitar la contaminación por agentes sépticos, de todo aquello que va a tener contacto con el acto quirúrgico.

Antisepsia, (del griego "anti" contra y "sepsis" putrefacción), indica la forma de combatir la infección provocada por agentes microbianos.

La asepsia tiene pues por objeto destruir los gérmenes para evitar su entrada al organismo y la antisepsia se encarga de combatirlos cuando ya han entrado.

La asepsia y antisepsia se pueden obtener por distintos medios, que pueden ser: físicos, químicos y biológicos.

MEDIOS FISICOS.

- a.- Procedimientos mecánicos como el lavado con agua y jabón. (manos del operador, tegumentos del campo operatorio).

b.- Calor seco: flameado, estufas de aire caliente.

c.- Calor húmedo: agua en ebullición sin sustancias químicas. Agua en ebullición con sustancias químicas. Autoclave (vapor de agua a presión.)

AGENTES QUIMICOS.

Antisépticos y germicidas.

Se usan en materiales que son destruidos o alterados por el calor y para la asepsia de manos y tegumentos del campo operatorio.

Desde el punto de vista de su modo de acción los antisépticos pueden ser: coagulantes, que destruyen los gérmenes por coagulación de las proteínas de su protoplasma y deshidratantes que producen deshidratación del protoplasma.

Entre los agentes químicos más comunes tenemos: fenólicos, colorantes, formaldeído (formol), alcohol etílico, cloruro de benzalconio (zefiran) tinturas de Yodo y de mertiolato, etc.,

CAPITULO II

TERCER MOLAR.

GENERALIDADES:

El tercer molar es el último diente en realizar su erupción. Cuando es normal se realiza entre los 17 y 21 años de edad.

La calcificación de su corona empieza a los 8 años de edad, terminando a los 12 años época en que da principio la calcificación de la raíz de la que llega al término entre los 17 y 21 años.

Generalmente al término de la calcificación de la raíz la corona se encuentra a nivel del plano de oclusión.

La forma y el tamaño son muy variados en ocasiones se asemejan a los del segundo molar, otros a las del primer molar, pero lo más frecuente es que sean atípicos (en ocasiones tienen cuatro o cinco cúspides y en elevada cantidad presentan tres cúspides) encontrándose algunos con diversas anomalías como cúspides supernumerarias o defectuosa formación coronaria.

No son raros los casos de gigantismo y enanismo, así como su divergencia, curvatura y multiplicidad de sus raíces, ningún tercer molar posee características iguales de uno de otro.

Por lo general es biradicular, pero son muy frecuentes los molares con cuatro, cinco raíces, también se encuentran molares con raíces fusionadas.

El tercer molar inferior se encuentra situado en una región de ángulo diedro de unión de dos partes correspondientes a la mandíbula; la rama ascendente y el cuerpo.

Esta región puede considerarse limitada por dos planos imaginarios, por delante un plano formado por la cara distal del segundo molar y su prolongación hasta el borde inferior del hueso por encima - un plano horizontal que pasa a nivel de la espina de Spix prolongándose hasta el borde parotídeo de la mandíbula.

ANATOMIA DEL MAXILAR INFERIOR.

El maxilar inferior es un hueso impar, dividido en cuerpo y dos ramas.

CUERPO.- Tiene la forma de herradura cuya concavidad se haya vuelta hacia atrás, se distingue en él dos caras y dos bordes.

CARA ANTERIOR.- Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la soldadura de las dos mitades del hueso y conocida con el nombre de Sinfisis Mentoniana. Su parte inferior más saliente denominándose Eminencia Mentoniana.

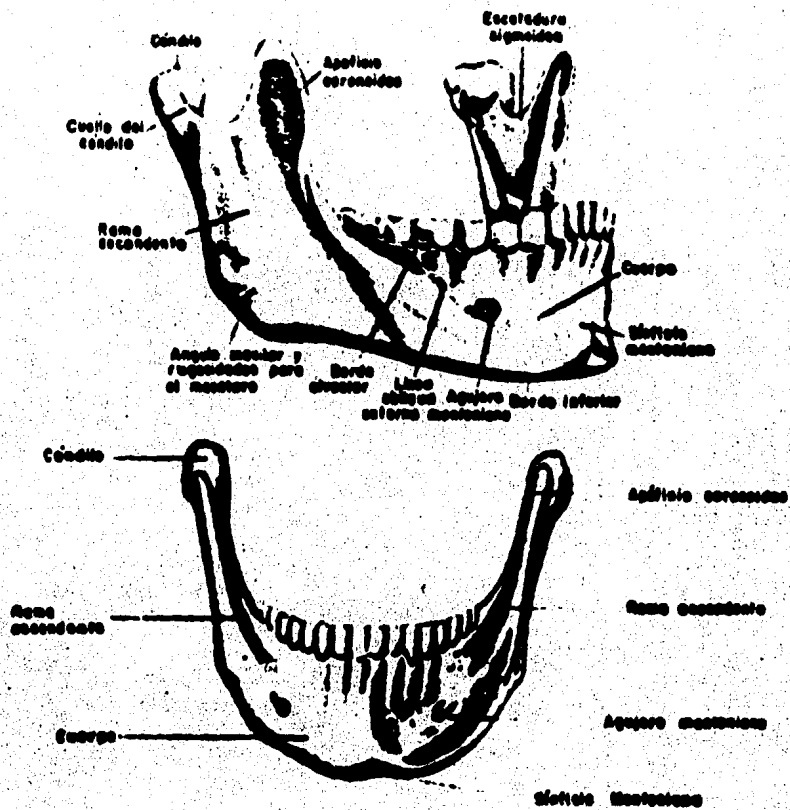
Hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra un orificio o agujero mentoniano, por donde sale el nervio y los vasos mentonianos. Más atrás aún se observa una línea saliente dirigida hacia abajo y hacia adelante, que partiendo del borde anterior de la rama vertical va a terminar en el borde inferior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

CARA POSTERIOR. Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos llamados apófisis geni de los cuales los dos superiores sirven de inserción a los músculos genioglosos, mientras los dos inferiores se insertan en los genihioideos, partiendo el borde anterior de la rama vertical se encuentra una saliente (línea oblicua interna o milohioidea) que se dirige hacia abajo y hacia adelante, terminando en el borde inferior de ésta cara, sirve de inserción al músculo milohioideo.

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

BORDES. El borde inferior es romo y redondeado, lleva dos --
depressiones o fosetas digástricas situadas una a cada lado de la lí-
nea media; en ellas se inserta el músculo digástrico.

El borde superior o borde alveolar como el inferior del ma -
xilar superior presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios -
mientras que los anteriores son simples y los posteriores están com -
puestos de varias cavidades y todos ellos se hallan separados entre -
sí por puentes óseos o apófisis interdenarias, donde se insertan li -
gamentos coronarios de los dientes.



Anatómicamente la vista del Maxilar Inferior en posición - lateral y de frente.

RAMAS.

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

CARA EXTERNA. Su parte es más rugosa que la superior ya que sobre aquella se inserta el músculo masetero.

CARA INTERNA. En la parte media de ésta cara hacia la mitad de la línea diagonal va el cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar se encuentra un agujero amplio denominado orificio superior del conducto dentario; por él se introduce el nervio y los vasos dentarios inferiores. Un saliente triangular o Espina de Spix, sobre el cual se inserta el ligamento esfenomaxilar, forma el borde anterior inferior de aquel orificio.

Tanto éste borde como el posterior se continúan hacia abajo y adelante hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioideo, donde se aloja el nervio y los vasos milohioideos, en la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades bien marcadas sirven de inserción al músculo pterigoideo interno.

BORDES.

El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante, se halla excavado en forma de canal cuyos bordes divergentes se separan el nivel del borde alveolar, continuándose sobre las caras interna y externa con las líneas oblicuas correspondientes, este borde, forma el lado externo de la hendidura cesticulocigomática. El borde posterior es liso, obtuso recibe también el nombre de borde parotídeo, por sus relaciones con la glándula parotídea o parótida.

El borde superior posee una amplia escotadura denominada -- escotadura sigmoidea, situada entre dos gruesos salientes, la apófisis coronoides por delante y el cóndilo del maxilar inferior por detrás. La primera es de forma triangular con vértice superior sobre el cual viene a insertarse el músculo temporal, la escotadura sigmoidea está vuelta hacia arriba y comunica la región maseterina con la fosa cigomática, dejando paso a los nervios y vasos masetericos. El cóndilo es de forma elipsoidal aplanado de delante atrás, pero con su eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia delante y afuera; convexo en las dos direcciones de sus ejes, se articula con la cavidad glenoides del temporal.

Se une al resto del hueso merced a un estrechamiento llamado cuello del cóndilo, en cuya cara interna se observa una depresión

rugosa donde se inserta el músculo pterigoideo externo.

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

ESTRUCTURA.

Está formado por tejido esponjoso recubierto por una gruesa capa de tejido compacto. Este tejido sin embargo se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo.

Se halla recorrido interiormente el maxilar por el conducto dentario inferior, el cual comienza con el orificio situado detrás de la Espina de Spix y se dirige hacia abajo y adelante a lo largo de las raíces dentarias llegando hasta el nivel del segundo premolar, -- aquí se divide en un conducto externo que va a terminar al agujero -- mentoniano, y otro interno que se prolonga hasta el incisivo medio.

OSIFICACION.

Al final del primer mes de la vida fetal se forma una pieza cartilaginosa llamada cartilago de Meckel a expensas del cual se originan las dos mitades del maxilar inferior que son independientes al principio.

CAPITULO III

TERCER MOLAR NORMALMENTE ERUPCIONADO.

1o. ANATOMIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

El tercer molar normalmente erupcionado se distingue clínica y radiográficamente por varios detalles:

Clínicamente: La corona del diente ocupa su normal sitio en la arcada dentaria, con su cara triturante a nivel de la cara oclusal del segundo y primer molar, sus caras proximales libres de estructura ósea, llegando el límite óseo como en los demás dientes a la altura aproximada del cuello del tercer molar.

La cara distal ha de ser preferentemente considerada por detrás del tercer molar en erupción normal, debe haber un espacio libre de ancho variable, que separa la cara distal del molar del borde anterior de la rama montante, llamado "diastema postmolar".

La mucosa gingival tiene su inserción alrededor del cuello del tercer molar dejando al descubierto todas sus caras, como la arcada dentaria puede presentar distintos aspectos, el tercer molar aunque normalmente erupcionado ha de estar en concordancia con las des-

viaciones de la arcada. Frecuentemente el tercer molar se encuentra en línea con la arcada, por detrás del segundo. Cuando la arcada es elíptica o hiérbólica, el tercer molar siguiendo la línea dentaria -- está desviado hacia adentro o afuera.

Radiográficamente: El tercer Molar normalmente erupcionado, muestra las condiciones clínicas anteriormente descritas. El hueso llega hasta el cuello del diente, dejando libre sus caras proximales. El diastema postmolar es claramente visible.

ESTUDIO DE LA CORONA DEL TERCER MOLAR NORMALMENTE ERUPCIONADO.

El estudio clínico previo de la corona del tercer molar a extraerse es necesario para fijar la forma y estado del órgano y sus relaciones. La forma y estudio del molar se referiran al grado de la caries, al estado de la corona, a la integridad de sus paredes y a la solidez con que el diente con la pinza de algodón nos impondrá el grado de firmeza del molar.

La cara mesial del tercer molar debe ser prolijamente investigada y se han de comparar los hallazgos clínicos con el exámen radiográfico, sobre ésta cara debe aplicarse la fuerza destinada a elevar el molar.

Por lo tanto la existencia y solidez de ésta cara son necesarias; en el caso contrario que ésta cara esté destruida por la caries, otra será la técnica a emplearse para la extracción del diente.

ESTUDIO DE LAS RAICES DEL TERCER MOLAR.

El tercer molar presenta sus raíces con extraordinaria varia ción, en su número, tamaño y dirección.

Número: Corrientemente el tercer molar es un diente birradicular. No son excepcionales, sin embargo las raíces fusionadas y hay casos en que son tres o más raíces.

Las raíces supernumerarias asientan a nivel de las dos mayores, por otra parte éstas pueden estar a su vez bifurcadas presentando entonces el molar cuatro raíces. El número de raíces debe ser prolijamente investigado, por el exámen radiológico. De él depende el -- tratamiento quirúrgico a instituirse.

Tamaño: El tercer molar presenta la más grande variedad respecto al tamaño de sus raíces y de su corona. Ambas proporciones no -- están siempre correlacionadas; coronas grandes raíces pequeñas o vice versa.

Dirección: Como se ha dicho la dirección de las raíces es muy variable. Pero dentro de esta diversidad, la presentación radicular puede ser clasificada siguiendo a Winter:

a).- Raíces inclinadas distalmente. Esta variedad puede presentarse estando la porción radicular constituida por un macizo radicular único (raíces fusionadas) o ambas raíces perfectamente individualizadas y separadas. "Una inclinación distal de ambas raíces es considerada una condición favorable en muchos casos de retención vertical del tercer molar".

La técnica exodoncica, digámoslo desde ahora debe tratar de hacer describir al molar un arco de círculo movilizado el diente hacia dista.

b).- Raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta. (Es el tipo más frecuente según Winter, 35%). Cuando se presenta en esta forma las raíces circunscriben una porción ósea de tamaño variable (el séptum de Winter) o séptum interradicular. Pueden las raíces estar fusionadas en su región apical; en ésta disposición el séptum está encerrado "entre las raíces y necesariamente deben fracturarse al extraer el molar.

c).- Raíz mesial inclinada hacia distal y raíz distal inclinada hacia mesial. - Así dispuestas las raíces pueden tener sus ápices próximos o alejados en ambas condiciones las raíces, encie

rran una porción de tabique interradicular que deber ser fracturado - en el acto operatorio.

d).- Ambas raíces rectas.- No es un tipo muy común ésta forma radicular, las raíces pueden ser rectas, pero formando entre sí un ángulo de grado variable.

e).- Raíces fusionadas.- Las raíces pueden presentarse a veces fusionada, teniendo en tal caso la forma de un cono cuya base corresponde a la línea del cuello dentario.

f).- Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia mesial.- Es un tipo poco frecuente. El anclaje que proporciona la raíz distal dificulta la extracción. El séptum suele no ser muy amplio.

g).- Raíces inclinadas hacia mesial. Es la forma antagónica del primer tipo. Por fortuna poco frecuente porque en esta presentación las raíces suelen ser delgadas y frágiles y la desviación hacia mesial constituye un sólido afianzamiento del diente en el alveolo.

h).- Raíz mesial dirigida hacia mesial y raíz distal hacia distal. El molar portador de raíces de este tipo se encuentra sólidamente aferrado a las estructuras óseas. Por lo general las maniobras quirúrgicas deben tener a efectuar una extracción por seccionamiento del molar. En caso contrario, la fractura radicular es la regla.

1).- Rafces con cementosis.- En cualquiera de los tipos considerados, la cementosis radicular contribuye a dificultar en grado variable la extracción del molar.

2o. ANATOMIA DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

En la anatomía del alveolo del tercer molar, irregular como las raíces que en él están implantadas deben ser estudiada su estructura y la relación de las caras proximales así como la vecindad con el conducto dentario inferior.

Estructura.- Formado por tejido compacto y rodeando un tejido esponjoso, el alveolo del tercer molar puede estar ubicado por dentro del plano de las tablas externa e interna.

Por lo común el alveolo del tercer molar está colocado por dentro del plano de la tabla lingual, haciendo el alveolo proyección sobre el suelo de la boca, disponiéndose a modo de balcón.

La tabla interna está en condiciones muy delgada, papirácea, en algunos casos, haciendo las raíces relieve sobre la cara interna del maxilar o estando en algunas ocasiones perforada la tabla y las raíces en íntimo contacto con el periostio. La delgadez de esta tabla explica la facilidad de la fractura en las maniobras exodóncicas, y es la causa de que el molar impulsado en el acto quirúrgico con movi-

mientos imprudentes o mal dirigidos pueda desgarrar la tabla lingual e introducirse en el suelo de la boca.

La tabla externa a nivel del tercer molar es siempre ancha, espesa y resistente, así como sólida. La osteotomía resulta con frecuencia dificultosa.

Las caras proximales deben ser prolijamente investigadas antes de cada intervención.

La cara mesial del alveolo (inter séptum de Winter) está constituida por un tabique de espesor variable que va aumentando gradualmente desde el borde libre a la región basal. En este borde libre agudo o truncado, se apoyan los instrumentos destinados a la extracción del molar.

La cara distal del alveolo, en los molares normalmente erupcionados está formada por la porción ósea que los separa del borde anterior de la rama montante.

Su nivel alcanza la altura del cuello del tercer molar, la parte distal del alveolo está cubierta por la mucosa gingival.

El Séptum. La porción ósea interradicular varía de forma y espesor de acuerdo con la disposición radicular. Exiguo o inexistente en caso de raíces próximas o fusionadas, es amplio o sólido en los mo-

lares o raíces considerablemente abiertas. En general el séptum es espeso.

3°. RELACIONES DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

APRILE. Clasifica estas relaciones en cuatro tipos;

a).- El más frecuente.- El conducto corre vecino a los ápices del molar, separando estos últimos por una exigua cantidad de tejido óseo (compacta interna del alveolo y compacta del conducto).

b).- El menos frecuente.- Existe un amplio espacio entre los ápices y el conducto.

c).- Raro.- Los ápices del molar se introducen en la luz del conducto.

d).- El conducto dentario está situado en los lados bucales o lingual.

4°. EXAMEN RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico exige como se comprende ciertas condiciones, con el fin de que la radiografía no de imágenes que no representen con toda fidelidad el objeto real.

Así por lo tanto radiografías deformadas o que no se encuadren a condiciones normales, siempre originan inconvenientes en el acto quirúrgico.

Radiografía Intraoral.

Debe tomarse con buena técnica en la cual debe verse con precisión el diente a extraer en toda su extensión, las partes óseas vecinas y el segundo molar.

Radiografía Extraoral.

Pueden existir ciertas condiciones que impidan o dificulten la colocación intraoral de la película como son:

- a) Trismus
- b) Proceso inflamatorio.
- c) Intolerancia del paciente.

En tales casos está indicada la radiografía extraoral a pesar de que los detalles y precisión de ésta última nunca logran los defectos y la exactitud de las radiografías intraorales.

Estudio de la Radiografía Intraoral.

Puntos de interés:

- a) Posición del hueso.
- b) Relación de los molares vecinos
- c) Forma coronaria.
- d) Forma radicular
- e) Osioestructura.

En el estudio de la corona veremos:

- a) Forma de la corona.
- b) Tamaño de la corona.
- c) Estado de la corona.
- d) Caries de la corona
- e) Fractura de la corona.

En el estudio de la raíz observaremos.:

- a) Forma de la raíz
- b) Tamaño de las raíces.
- c) Número de las raíces.

También se apreciará:

El séptum radicular.

El hueso distal.

Contacto del segundo con el tercer molar

La porción ósea entre el segundo y tercer molar.

Espacio interdentario.

Corona del segundo molar

Conducto dentario inferior.

En la radiografía extraoral además de podrá observar:

- a) En la ortopantomografía se verá todo el maxilar inferior
así como las partes que lo formen:

ERRORES EN LA INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

- a) Técnica radiográfica deficiente.

5° PASOS QUIRURGICOS EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR NORMALMENTE ERUPCIONADO.

- a) Sindesmotomia.
- b) Luxación.
- c) Extracción propiamente dicha.
- d) Tratamiento de la cavidad.
- e) Sutura de la misma.

CAPITULO IV.

TERCER MOLAR CON ANORMALIDAD EN SU ERUPCION.

DIENTES RETENIDOS.

Son aquellos que llegada la época o etapa normal de su erupción se mantiene en el interior del hueso conservando la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

DIENTE INCLUIDO.

Es aquel que se encuentra dentro de los maxilares pero que cronológicamente debe estarlo, pero que debe ser removido.

CAUSA DE RETENCION.

La explicación de la incidencia de dientes retenidos que parece más lógica es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares. Esto da por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares.

En apoyo de esta teoría observaremos la ausencia congénita de terceros molares superiores o inferiores o la presencia de terceros molares rudimentarios en su lugar.

Otros dientes presentan también ausencia congénita o malformaciones pero no tan frecuentes como los terceros molares.

Nodine señala que por lo menos desde hace 200 años se ha creído a la civilización responsable de la disminución o falta total del estímulo que existe un desarrollo adecuado de los maxilares humanos; un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal de todos los dientes.

Este estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro, con el consiguiente choque.

La dieta moderna no requiere un esfuerzo decidido en la masticación y esto de acuerdo con Nodine y otros, es la causa de la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón porque el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Esta teoría está fortalecida por los hechos presentados por Nodine, por el examen efectuado en los maxilares y dientes de antiguos Egipcios y modernos beduinos, esquimales del Norte, aborígenes australianos del sur e indios de México, que demuestran que estos pueblos no tienen dientes retenidos. Su comida ya sea animal, ya constituida por vegetales y peces, es simple, preparación.

Su consistencia cuando está preparada es tal que requiere - masticación tan poderosa por parte del niño, inmediatamente después -- del destete, como del adulto.

Nodine sugiere que las "principales causas básicas de dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa, Gran Bretaña e Irlanda, Estados Unidos, " son la alimentación artificial de los bebés, - los hábitos de la infancia y la niñez, los alimentos dulces y blandos - de niños y jovencitos, mezclas desproporcionadas.

CAUSAS LOCALES DE RETENCION.

Berger da las siguientes causas locales de retención:

- a) Irregularidad en la posición y precisión de un diente adyacente.
- b) La densidad del hueso que lo cubre
- c) Inflammaciones crónicas continuadas con su resultante.
- d) Una membrana mucosa muy densa.
- e) Falta de espacio en maxilares poco desarrollados.
- f) Indebida retención de los dientes primarios
- g) Pérdida prematura de la dentición primaria
- h) Enfermedades adquiridas tales como necrosis debida a infección o abscesos.

CAUSAS SISTEMICAS DE RETENCION.

Las retenciones se encuentran, a veces donde no existen condiciones locales presentes. En estos casos hay, según Berger:

A.- Causas Prenatales.

- 1) Herencia
- 2) Mezcla de razas.

B.- Causas Postnatales..- Todas las causas que pueden interferir en el desarrollo del niño tales como:

- 1) Raquitismo.
- 2) Anemia.
- 3) Sífilis congénita.
- 4) Tuberculosis.
- 5) Disendocrinas.
- 6) Desnutrición.

C.- Condiciones raras.-

- 1) Disostosis cleidocraneal.
- 2) Oxicefalia
- 3) Progeria.
- 4) Acondroplasia
- 5) Paladar fisurado.

El autor ha observado que los dientes retenidos se presentan en el siguiente orden de frecuencia:

- 1) Terceros molares superiores.

- 2) Terceros molares inferiores.
- 3) Caninos superiores.
- 4) Premolares inferiores.
- 5) Caninos inferiores.
- 6) Premolares superiores.
- 7) Incisivos centrales superiores.
- 8) Incisivos laterales superiores.

Aunque este orden de frecuencia no es aprobado por todos, ya que en primer lugar aparece el molar inferior tercero.

Según RIES CENTENO su etiología es:

- a) Falta de desarrollo del maxilar.
- b) Falta de erupción en el sitio correspondiente.
- c) Anomalías de las raíces de los dientes vecinos.
- d) Calcificación exagerada de los huesos en el sitio que va a ocupar el diente.
- e) Mala posición del germen dentario.
- f) Desarrollo incompleto de la raíz.
- g) Presencia de quistes o tumores en la proximidad del sitio que debe ocupar el diente.
- h) Existencia de dientes supernumerarios.

RADASGH.

Asegura que las inclusiones son de tipo embriológico y son producidas por trastornos de las relaciones afines que existen entre el folículo dentario, la cresta alveolar durante las diversas fases de

evolución. Los cambios de evolución que sufren estas estructuras se producen como consecuencia de alteraciones en la formación del tejido óseo y que hace desplazarse al folículo dentario. Por lo que a sexo se refiere se nota una mayor incidencia en el sexo femenino que el masculino.

RAZA.- Los accidentes que estamos estudiando se producen en individuos de raza blanca, en los cuales por las razones mecánicas que serán consideradas, la "falta de sitio" juega un papel preponderante.

La raza negra está en general libre de todos estos procesos, su gran mandíbula permite la cómoda erupción de todos sus molares (y aún del cuarto).

EDAD.- Para nosotros la edad en que tiene lugar estos procesos varía entre los 18 y 28 años, teniendo casos de pacientes de 73, 78 y 82 años.

PATOLOGIA CLINICA DE LOS ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior se deben a la infección del saco dentario (saco pericoronario) la infección de esta saco (pericoronaritis) tiene repercusiones locales, regionales y a distancia.

Para producir la infección del saco se relacionan dos factores:

- 1°. Aumento de la virulencia microbiana y disminución de las defensas del organismo.
- 2°. El establecimiento de una puerta de entrada, la que está condicionada por factores mecánicos; traumatismos sobre el capuchón que cubre el tercer molar, originados por -- las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o por la acción conjunta de ambos.

CAPDEPONT. (1910)

Explica la génesis de los accidentes del tercer molar por los siguientes mecanismos:

1.- La existencia de una cavidad virtual alrededor de la corona del diente retenido (cavidad del saco pericoronario, cavidad del saco folicular, de Capdepont).

" Para Capdepont ésta cavidad pericoronaria sería un significado diferente que aquel que nosotros admitimos; pero cualquiera que sea su significado anatómico, los hechos clínicos y su interpretación patológica no sufren modificaciones". (Fargin-Fayolle).

Esta cavidad por numerosas influencias patológicas puede hacerse real, (transformándose en quistes dentígeros y ser el asiento de

procesos infecciosos.

2.- Los microorganismos banales que habitan en la cavidad bucal, por su mecanismo de acción en cavidad cerrada, exacerbaban su virulencia.

" Es fácil comprender que cuando los microbios hayan penetrado en el diente y la pared de la cavidad del saco folicular escapara a los diversos mecanismos de defensa de la cavidad bucal. Esta disposición anatómica que hace posible la retención microbiana, nos parece ser la condición primordia], causa de los accidentes" (Capdepon).

3.-La falta de sitio ocupa el primer lugar en la producción de los accidentes de los terceros molares retenidos.

(Reckus) El Molar ha de emerger entre dos paredes inextensibles, como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar; a estas razones debe agregarse la oblicuidad en distinto grado, del tercer molar, que resulta de una disposición embriológica del folículo.

CLASIFICACION DE LOS ACCIDENTES DE ERUPCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Los accidentes originados por el tercer molar inferior son de variedad clínica e intensidad distinta; alcanza todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos desde el proceso local de escasa im -

portancia hasta el flemón gangrenoso del piso de la boca.

Los accidentes del tercer molar pueden clasificarse clínicamente en :

- 1) Accidentes mucosos.
- 2) Accidentes nerviosos.
- 3) Accidentes celulares.
- 4) Accidentes óseos.
- 5) Accidentes linfáticos o ganglionares.
- 6) Accidentes tumorales.
- 7) Accidentes Traumáticos (fracturas).

1) Accidentes Mucosos.-Son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar retenido.

Su primer tipo es la pericoronaritis. Su comienzo puede ser brusco e incidioso. Brusco porque aparece sin anuncio previo. A nivel de capuchón que cubre el molar retenido total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio con sus signos característicos: dolor, tumor, rubor y calor.

2) Accidentes Nerviosos.-Los accidentes nerviosos son originados por el tercer molar en erupción, son idénticos a los producidos por los dientes retenidos.

Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejo-páticos y neurotróficos que se traducen en herpes, canchales, eczemas,-

etc.,

Entre los accidentes nerviosos debe considerarse el trismus, como freacción antálgica.

3) Accidentes Celulares.-Según Thibault y Bercher en sus magníficas descripciones clínicas de la complicación celular de la pericoronaritis. Dice que la inflamación y absceso con siguiente, pueden tomar varias vías:

a) Hacia adentro arriba y atrás. La colección purulenta puede abrirse camino entre el músculo constrictor superior de la faringe, y la mucosa faringea y amigdalina, produciendo abscesos del pilar anterior o subamigdalino de intensidad y gravedad variable.

b) Hacia atrás y arriba.-Entre los fascículos y el músculo temporal el absceso puede abrirse camino hacia la fosa temporal, vía extremadamente rara, que es citada sin embargo por Bercher, que se funda en trabajos de Olivier, Lebenensky y Letteri.

c) Hacia adentro. Es una vía en que las disposiciones anatómicas permiten la prolongación de los procesos supurativos.

d) Hacia afuera y atrás. Rodeando el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior, el proceso infeccioso puede abrirse camino en dirección del músculo masetero.

e) Hacia afuera y adelante. Siguiendo también disposiciones anatómicas que le son favorables, la colección purulenta se dirige ha-

cia adelante dando un absceso estudiado y clasificado por J. Chompret, y L'Hirondel.

La disposición anatómica de la región permite con facilidad esta colección purulenta. La región donde se colecciona el absceso de J. Chompret y L' Hirondel, está limitada por el hueso maxilar inferior (cara externa y músculos).

Estos son por detrás el borde anterior del masetero, por delante el borde posterior del triángulo de la barba, arriba el borde inferior del bucinador, por debajo cierra el espacio el borde inferior del maxilar.

El paralelepípedo colector como lo denominan R.J. Alvarez y M. Figún Lacombe. Esta lleno de tejido celulograsoso y comunica con la zona del tercer molar por el orificio de la gotera buccinatomaxilar. Este absceso que no es una afección rara sigue el camino que facilita la vertiente del buccinador, se caracteriza por formar un proceso supurativo en comunicación real con el saco pericoronario del molar del juicio.

El absceso buccinatomaxilar asienta en la parte media del maxilar inferior, delante del masetero. A este nivel la mejilla se levanta exteriormente, por una tumefacción más o menos voluminosa de tamaño aproximada al de una nuez o al de una mandarina.

La piel está tensa, su color permanece normal en ciertos casos, en otros casos está roja o violacea. La palpación del pequeño tumor es dolorosa, pero el menton y el ángulo del maxilar son indoloros. En la región infrahioides lateral no hay reacción ganglionar, ni empastamiento, la tumefacción, con la reacción edematosa periférica es netamente facial.

4) Accidentes Oseos. Los accidentes óseos son propiamente dichos como complicación de una pericoronaritis, son sumamente raros y podríamos agregar que son excepcionales.

Los sacos pericoronarios al infectarse hacen focos de osteitis u osteomielitis. En tales casos son complicaciones inmediatas de la infección del saco folicular.

5) Accidentes Linfáticos o Ganglionares. La repercusión ganglionar en el curso de una pericoronaritis es un hecho frecuente y común. Podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su cortejo ganglionar.

Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son - los subángulos maxilares (ganglio de Chassaignac) o submaxilares. Este accidente ganglionar se trata por lo general, de una adenitis, que evoluciona de acuerdo con la marcha del proceso pericoronario.

Pero cuando las infecciones son de gran virulencia o cuando el estado general del paciente está resentido. La adenitis simple puede transformarse en un verdadero flemón del ganglio.

6) Accidentes Tumorales. Los terceros molares retenidos originan tumores odontogénicos, estos tumores son los quistes dentígeros.

7) Accidentes Traumáticos. Fracturas, la frecuencia con que se producen las fracturas del maxilar inferior al nivel de zonas ocupadas por dientes retenidos demuestra que estos son un factor del debilitamiento a causa del desplazamiento del hueso.

TRATAMIENTO DE LA PERICORONITIS.

Un paciente portador de una pericoronaritis aguda se presenta con su estado característico; trismus de grado variable, mal aliento, fiebre, decaimiento general, repercusión ganglionar, etc.,

El molar en erupción cubierto por el capuchón con las características estudiadas es decir con su pericoronaritis.

El tratamiento de la pericoronaritis se realiza por dos medios: médico y quirúrgico.

A) Tratamiento Médico.-El capuchón inflamado se lavará profusamente con una solución antiséptica, para la limpieza de las secreciones. Se le administrará antibióticos según las indicaciones médicas con

tribuyendo eficazmente a mejorar las condiciones locales y generales.

B) Tratamiento quirúrgico.- Operculectomía.

INDICACIONES DE LA EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES IN --- CLUIDOS.

Entre algunas de las razones para su extracción están:

- a) Infección o dolor (o ambas) producidas por el diente --
incluido.
- b) Consideraciones ortodónticas.
- c) Presencia de un quiste o de un tumor asociado al diente --
impactado.
- d) Profilaxis del mismo.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

Es necesario clasificar los terceros molares retenidos de mo --
do que el operador pueda determinar por adelantado las dificultades --
que encontrará para su eliminación. La clasificación le permite pla --
near con inteligencia sus procedimientos quirúrgicos. Para clasificar --
los terceros molares retenidos, el operador debe establecer su posi --
ción anatómica por medio de un exámen radiológico cuidadoso.

Las radiografías necesarias para establecer la verdadera po --
sición anatómica no distorsionada del tercer molar inferior retenido -

son : radiografías intrabucales, periapicales, bitewing, extrabucales, laterales, así como panorámicas.

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

- 1) Posición de la corona.
- 2) Forma radicular.
- 3) Naturaleza de la estructura que rodea al molar retenido.
- 4) Posición del tercer molar retenido, en relación con el --segundo.

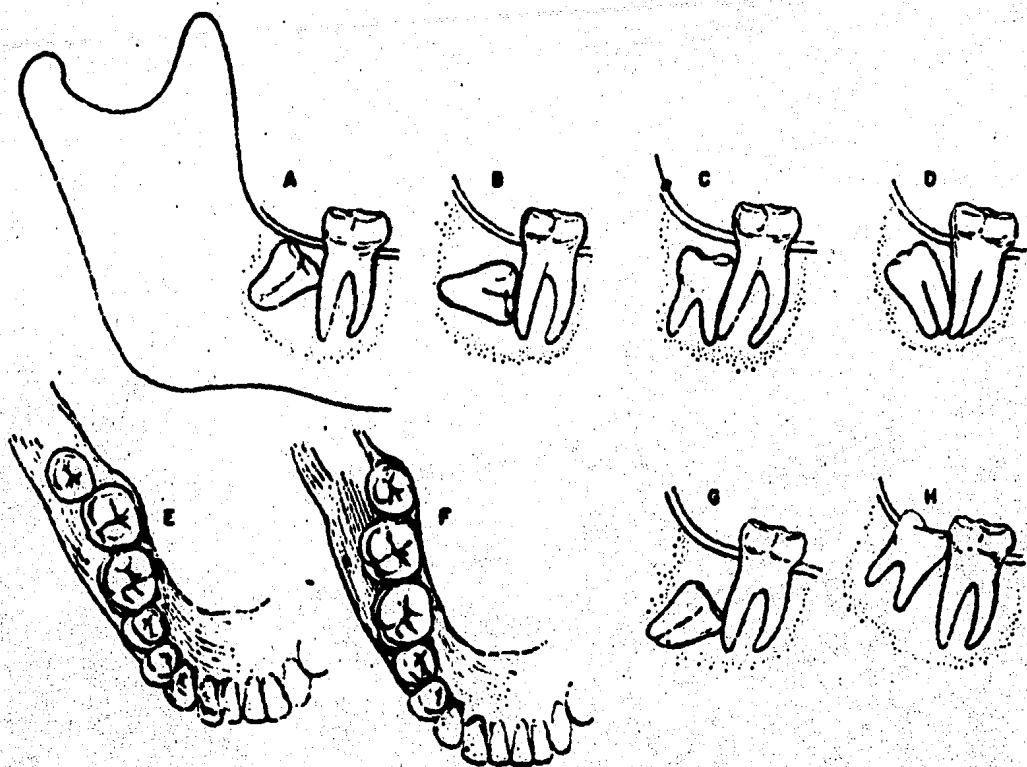
LA POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Se puede encontrar en el maxilar inferior en distintas posiciones:

a). RETENCION VERTICAL. El tercer molar en éste tipo de retención puede estar en total o parcialmente cubierto por hueso pero lo característico reside en que su eje mayor es sensiblemente paralelo al eje mayor del segundo y primer molar.

b) RETENCION HORIZONTAL. En éste caso el eje mayor del tercer molar es sensiblemente perpendicular a los ejes del segundo y primer molar.

c) RETENCION MESIOANGULAR. El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar formando con el eje de éste diente un án -



Clasificación de molares impactados en el maxilar inferior.
A) Mesio Angular; B) Horizontal; C) Vertical; D) Distoangular
E) Buccoversion; F) Linguoversion; G) Nivel Bajo; H) Nivel Alto

gulo de grado variable (alrededor de los 45°).

d).- RETENCION 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 desviada.

e).- RETENCION INVERTIDA.- El tercer molar presenta su corona dirigida hacia el borde interior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad bucal. Es un tipo poco común de retención, la denominamos también paranormal.

f).- RETENCION BUCOANGULAR. En este tipo el tercer molar ya no ocupa como en los anteriores, el mismo plano que el segundo o 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).- RETENCION 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.

UBICACION DEL TERCER MOLAR EN LA ARCADA.

(Desviación del tercer molar)

El tercer molar puede presentar cuatro desviaciones o tipos en relación con la arcada:

- a) Normal.-(Sin desviación) El tercer molar sigue la forma oval de la arcada.
- b) Desviación Bucal.- El molar está dirigido hacia afuera -- del óvalo de la arcada.
- c) Desviación Lingual.- La desviación del molar tiene lugar hacia el lado lingual de la arcada.
- d) Desviación Bucolingual.- El molar dirigido hacia el lado bucal (como en b) y en su cara oclusal desviada hacia afuera o hacia la lengua como en C.

a).- RELACION DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA.

El tercer molar puede guardar con respecto a la rama montante del maxilar una relación variable; relación que Pell y Gregory han clasificado en tres clases:

CLASE I.- Hay suficiente espacio entre el borde anterior de la rama montante y la cara distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE II.- El espacio que existe entre el borde anterior de la rama del maxilar y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

CLASE III.- Todo o casi el tercer molar está localizado en la rama ascendente.

b).- PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR EN EL HUESO.

POSICION A.- La porción más alta del tercer molar retenido - se encuentra al mismo nivel o por encima de la línea oclusal.

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

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

Los mismos autores realizan esta clasificación 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.

c) La posición del eje longitudinal del tercer molar inferior retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar -- (de la clasificación de Winter).

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

Puede presentarse en:

- a) Desviación vestibular.
- b) Desviación lingual
- c) Torción.

CLASIFICACION DR. SANCHEZ TORRES.

- 1) Factor posición absoluta.
- 2) Factor profundidad.
- 3) Factor número, forma, dirección de las raíces.
- 4) Factor complementarias.

I. FACTOR.- FACTOR POSICION ABSOLUTA.

- a) Distal
- b) Mesial
- c) Vertical
- d) Mesiohorizontal Invertida.
- e) Distohorizontal Invertida.
- f) Mesioangular.
- g) Distoangular.
- h) Invertido o paranormal.
- i) Lingual o bucal.
- j) Bucoangular.

II. FACTOR.- FACTOR PROFUNDIDAD.

La línea cervical que pasa por el reborde alveolar óseo.

CLASE I
CLASE II
CLASE III

CLASE I.- Cualquier parte del tercer molar que se encuentre por encima del reborde alveolar óseo, pero dentro del hueso alveolar.

CLASE II.- Cuando todo el tercer molar se encuentra por debajo del reborde alveolar óseo, pero dentro del hueso alveolar.

CLASE III.- Cuando el tercer molar está debajo del reborde alveolar óseo, pero fuera del hueso alveolar.

Ejemplo: Cóndilo

Rama

Cuerpo de la mandíbula

III FACTOR.- FACTOR NUMERO, FORMA, DIRECCION DE LAS RAICES.

- a) Raíces cónicas o fusionadas.
- b) Raíz cónica convergente.
- c) Raíz cónica divergente.
- d) Raíz con desviación mesial.
- e) Raíz con desviación distal.
- f) Raíces múltiples e hipercementosis.

IV FACTOR.- FACTOR COMPLEMENTARIO.

- a) Factor con relación con el conducto dentario inferior.
- b) Condición del segundo molar (enf.parodontal, caries, número, tamaño, forma y dirección de-

la raíz.

CLASIFICACION SEGUN GINESTET.

1).- Diente en posición vertical.- Está en su emplazamiento habitual; alto, bajo, más o menos profundo según los casos.

a).- Simplemente incluido o inclusión submucosa parcial.

b).- Incluido en su mayor parte con una capa anterior submucosa y en comunicación con la cavidad bucal.

c).- Incluido mediana profundidad. Con techo óseo de 3 a 5 mm. En su mayor parte se proyecta por encima del conducto dentario.

d).- Profundamente incluido. Con un techo óseo de 5 mm. a 1 cm. se proyecta en su mayor parte por debajo del plano del conducto dentario. En este caso la extremidad radicular está cada vez más alejada del punto de partida de su pedículo vasculo nervioso, las raíces toman una forma cada vez más curvas.

2).- Diente en posición oblicua mesial. Su eje oblicuo hacia arriba y adelante entre 30 y 80 grados. El diente puede estar más o menos oculto en el maxilar ocupando posiciones que van de la inclusión completa, emergiendo una cúspide anterior del alveolo bajo la mucosa, a la inclusión total superficial, bajo una delgada lámina cortical, hasta la inclusión profunda, bajo un techo óseo más o menos considerable.

Según estas eventualidades, la corona tiene tendencia a empujar el segundo molar al nivel de su corona, de su cuello o de su raíz.

3).- Dientes incluidos en posición horizontal. (Eje a 90 grados en relación a la normal) Estas inclusiones son más o menos profundas según el caso.

a).- Inclusión incompleta. Cúspide posterior emergente del alveolo bajo la mucosa, el diente se proyecta por encima del plano del conducto dentario.

b).- Inclusión completa superficial totalmente oculta en el hueso, la cara posterior de la corona recubierta por una delgada cortical.

c).- Inclusión más o menos profunda, con un techo de 2 a 10 mm. En los casos extremos, gran parte de la imagen del diente se proyecta bajo el conducto dentario.

Según estas eventualidades la corona (cara triturante) tiene tendencia a estar en contacto con la corona, cuello y raíz del segundo molar.

4).- Dientes incluidos en posición oblicua mesial invertida.

Con el eje oblicuo hacia abajo y adelante, entre 90° y 120°, y aún más, pueden estar más o menos ocultos en el hueso.

- a).- Inclusión incompleta, una parte de la corona posterior de la corona emergente bajo la mucosa.
- b).- Inclusión completa superficial, con un techo óseo de 1 a 10 mm.
- c).- Inclusión completa profunda, con un techo óseo de 5 mm. ó más.

La mayoría de los dientes que hemos descrito presentan curvatura en raíces inversa en relación a la normal, (curvatura de Capte pont).

5).- Dientes incluidos oblicuos distales. Su corona está vascularizada hacia atrás, su inclusión puede ser más o menos profunda.

a).- Dientes con raíces curvas y convergentes llamadas "atrancadas" que encierran un séptum óseo espeso.

b).- Dientes incluidos con raíces curvas divergentes.

c).- Dientes incluidos con raíces muy largas, muy fuertes, y muy curvas (según lo normal).

d).- Dientes incluidos horizontalmente con raíces invertidas "en pico de águila".

Todos estos dientes oponen a la extracción un obstáculo radical. Excepcionalmente se pueden observar dos molares incluidos horizontalmente en "CABEZA DE PALA" en contacto con las caras triturantes de sus coronas.

REQUERIMIENTOS PREOPERATORIOS.

- A).-Historia Clínica
- B).-Estudio Radiográfico.
- C).-Análisis de Laboratorio: Q.S., B.H., Pruebas Funcionales.
- D).-Premedicación según el caso.

INSTRUMENTAL.

Para realizar una buena intervención, necesitaremos contar con el instrumental necesario y en buenas condiciones:

El instrumental se divide en:

- a).- Instrumental de Cirugía General.
- b).- Instrumental especializado.
- c).- Instrumental complementario.

a).- Instrumental de Cirugía General.

- 1).- Instrumental de diéresis.
 - a) Bisturf.
 - b) Tijeras
 - c) Legras
 - d) Pinzas

e) Gubias

f) Moscos

2).- Instrumental de sutura.

a) Portaguja.

b) Pinzas de disección

c) Aguja .

d) Sutura.

b).- Instrumental especializado.

a) Fresas.

b) Elevadores.

c) Pinzas extractores.

d) Cucharilla para hueso.

e) Separadores

f) Mango de Turbina de aire

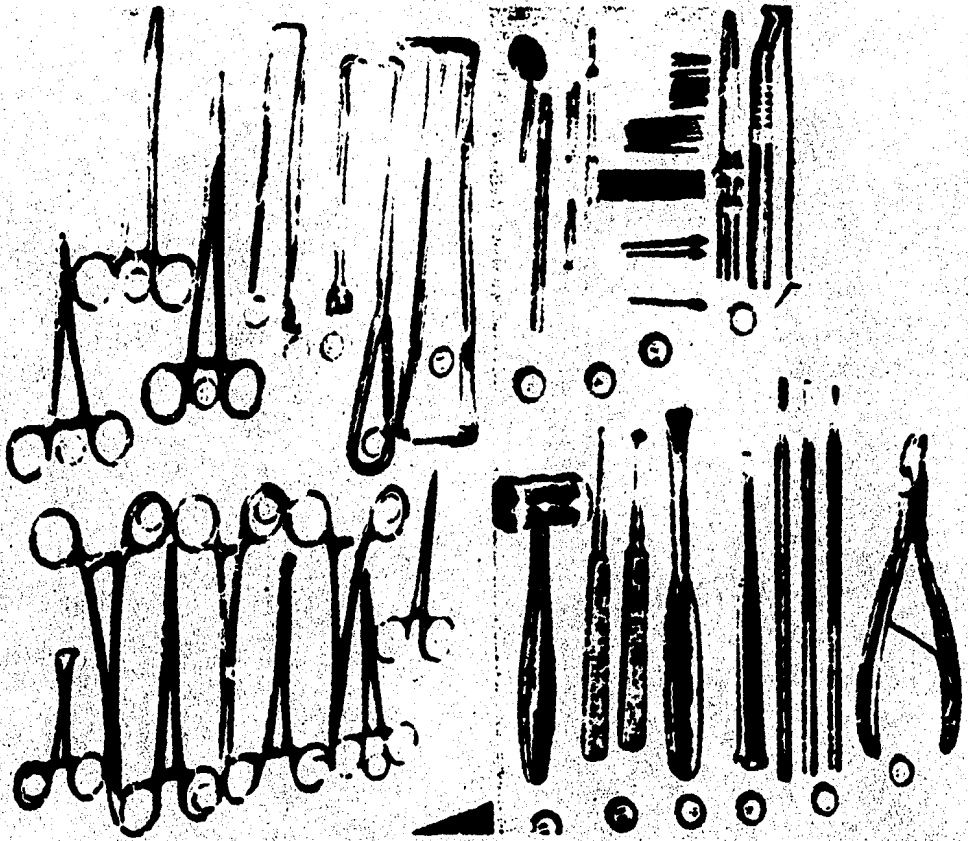
g) Instrumentos electroquirúrgicos, lámpara frontal, extractor quirúrgico.

c).- Material Complementario.

a) Espejo Bucal.

b) Jeringas.

c) Compresas, campos, guantes, cubrebocás, y bata quirúrgica, gorro.



Observe el instrumental que se requiere para efectuar una cirugía bucal.

ACTO QUIRURGICO.

Primero se realizará un estudio detallado de la región, -- planeada la intervención y preparado el instrumental procederemos a -- realizar la anestesia, dando preferencia a la troncal del dentario -- inferior completando por la infiltrativa del bucal.

Diremos que toda intervención se realiza en varios tiempos, que deben ser correctamente sincronizados y sistematizados estos tiempos son:

- a).- Incisión.
- b).- Preparación del colgajo.
- c).- Osteotomía.
- d).- Operación propiamente dicha.
- e).- Tratamiento de la cavidad ósea.
- f).- Sutura.

CAPITULO V.

TERCER MOLAR SUPERIOR.

1).- ANATOMIA DEL TERCER MOLAR.

Este diente presenta variaciones en su porción radicular. Generalmente es tri o tetradicular, sin embargo no es raro encontrarse un número mayor de raíces.

Lo que prevalece en éste órgano es la anomalía de las formas radiculares. Con frecuencia se presentan dilaceradas, desviadas de su eje y con las formas más caprichosas, todas estas condiciones dan al tercer molar una extraordinaria fragilidad en su porción radicular.

2).- ANATOMIA DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR.

Su forma es irregular, el número de sus conos radiculares es variable.

La Arquitectura Alveolar.- Sus caras proximales guardan cierto parecido a las del segundo molar, a excepción de la cara distal, ésta cara está dirigida o está en directa relación con la tuberosidad del maxilar.

La amplitud de la zona distal de la tuberosidad, vecina-

al tercer molar es latamente variable, su solidez y resistencia también lo son.

Con todo, ésta porción ósea puede considerarse de relativa fragilidad. Su fractura u desprendimiento no son rarezas quirúrgicas.- La fractura puede comprometer en muchas ocasiones el piso del seno y desprenderse junto con el molar, dejando una amplia abertura en el antro maxilar.

Las relaciones de los ápices del tercer molar con el seno dependen de la amplitud de éste órgano. Generalmente son bastante íntimas.

Hay elementos anatómicos con vecindad del alveolo del tercer molar. Estos son: el agujero palatino posterior con sus vasos, y nervios y los orificios dentarios posteriores.

3).- EXAMEN RADIOLOGICO.

Es importante fijar el número y disposiciones radiculares, estado de los tabiques alveolares y relaciones con el seno y tuberosidad.

4.- TECNICA PARA LA EXTRACCION.

Realizando el estudio clínico y radiológico de la región del tercer molar, pasamos a la intervención quirúrgica. Además de los riesgos por la vecindad del seno maxilar y de la tuberosidad, la mayor dificultad que se presenta, en la mayoría de los casos es el acceso y visibilidad del campo operatorio, si se hace abrir la boca del paciente con bastante amplitud el endosamiento del carrillo produce ocultación de la pared alveolar, para salvar ésta dificultad, conviene mantener la boca del paciente entre abierta.

Se anestesia los nervios dentarios posteriores a la altura de la tuberosidad del maxilar y la complementaria con la inyección en el nervio palatino anterior correspondiente a su salida del agujero palatino posterior.

PASOS DE LA I.Q.

- a) Incisión.
- b) Desprendimiento del colgajo
- c) Osteotomía.
- d) Extracción propiamente dicha.
- e) Tratamiento de la cavidad ósea.
- f) Sutura de la misma.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES
RETENIDOS.

La retención del tercer molar superior puede ser:

Intraósea o submucosa. En éste último término puede haber retención parcial o total.

POSICION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en el maxilar superior son las siguientes:

a) Posición vertical.- El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar, el diente puede estar parcial o totalmente cubierto por hueso.

b).-Posición Mesioangular.- El eje del molar retenido está dirigido hacia delante. En ésta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior retenido impide su normal erupción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz o corona del segundo molar superior.

c).-Posición Distoangular.-El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar.

La cara triturante del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

d).-Posición Horizontal.- El molar está dirigido hacia el carrillo con el cual la cara triturante puede ponerse en contacto. La cara triturante del molar suele también dirigirse hacia la bóveda palatina. El molar puede erupcionar en la bóveda.

e).-Posición Paranormal.- El molar retenido puede ocupar diversas posiciones que no se encuadran en la clasificación dada.

(Clasificación Ries Centeno).

TERCEROS MOLARES SUPERIORES INCLUIDOS.

(Según Ginestet)

1) Inclusión Vertical.- Con su eje normal, paralelos al segundo molar y aplicados contra él. Los ápices elevan el piso del seno.

2) Dientes en posición oblicua.-

a) Posición oblicua mesial.

b) Posición oblicua distal.

a) Posición oblicua mesial.- El diente acostado, la corona hacia adelante, en el piso del seno, y muy cerca del cuello y de la raíz posterior del segundo molar sus cúspides posteriores afloran la cortical.

b) Posición oblicua distal. - En sentido contrario que el anterior.

3) Diente incluido bajo el segundo molar.

En este la corona del tercer molar está por las raíces del segundo molar.

CLASIFICACION SEGUN ARCHER.

1) Profundidad relativa de los terceros molares superiores retenidos en el hueso.

CLASE A. La porción inferior de la corona del tercer molar superior está al nivel del plano oclusal del segundo molar.

CLASE B. La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está entre el plano oclusal del segundo molar y la línea cervical.

CLASE C. La porción inferior de la corona del tercer molar superior retenido está en la línea cervical del segundo molar o por sobre ella.

La posición del eje longitudinal del diente retenido en relación con el eje longitudinal del segundo molar.

- a) Vertical
- b) Horizontal
- c) Mesioangular
- d) Distoangular
- e) Invertida
- f) Vestibuloangular
- g) Linguoangular

Estos suelen presentarse simultáneamente en:

- a) Desviación vestibular.
- b) Desviación Lingual
- c) Torsión.

3) Relación del tercer molar superior retenido con el seno-maxilar.

Aproximación sinusal (A.S.) no hay hueso, o hay una pequeña lámina de hueso entre el tercer molar superior retenido y el seno -maxilar, conocida como aproximación seno maxilar.

No hay aproximación sinusal (N.A.S.) Hay 2 mm. o más del --hueso entre el tercer molar superior retenido y el seno maxilar conocida como no aproximación del seno maxilar.

CONCLUSIONES.

Los terceros molares normalmente erupcionados, habiendo tomado sus características en que se presenta y las radiografías previas nos darán la pauta para realizar la extracción, mientras que los terceros molares, con problemas de erupción, implican siempre mayor riesgo, como todos los de cualquier tratamiento en el que use un bisturí, por lo tanto el Cirujano Dentista tiene la obligación de conocer las técnicas que para el efecto existen, el uso de instrumental que se maneja, para llevar con éxito la labor del mejoramiento de la salud de la cavidad oral.

Para la extracción de éstas piezas en forma indolora, con el menor traumatismo y las menores molestias postoperatorias, debemos apegarnos a los principios básicos de la Cirugía Bucal que son: Acceso adecuado, camino sin impedimentos y empleo de fuerzas controladas.

Apoyándose en estos principios se evitarán las desagradables secuelas traumáticas que algunos pacientes han experimentado en el pasado y contribuirán a un mejor entendimiento con el paciente.

Existen varias técnicas para la extracción de los terceros molares con sus respectivas indicaciones y contraindicaciones y una afinidad de instrumentos para llevarlas a cabo. El Cirujano Dentista, deberá escoger las técnicas y los instrumentos adecuados al problema.

que se le presente, o en un momento dado atendiendo a un amplio criterio odontológico cambiar la técnica o instrumental, o hacer una conjunción de todas ellas, para llevar a feliz término el problema que se haya presentado con el menor traumatismo posible y con la certeza de haber extraído por medios científicos una pieza dentaria y no haberla arrancado por la fuerza.

BIBLIOGRAFIA.

Aprile H. Barrancos.

P.A. Contribución al estudio de los cuartos molares.

Rev. Odontológica 1940.

Archer W.H. Cirugía Bucal Tomo I

2a. Edición.

Editorial Mundi.

S.A.C.I.F.

Guyton C. Arthur.

Fisiología Médica.

3a. Edición.

Ed. Interamericana.

Gunter J.H. Concerning Impacted Teeth.

Internat J. Orthodontis and oral Surg. 1942.

Gietz E.

Cirugía Menor

Contribución al estudio de los accidentes de la molar del

Juicio:

H. Rouviere

Anatomía Humana. Tomo I.

2a. Edición en Español

Ed. Nacional 1969.

Kruger C.Q.

Tratado de Cirugía Bucal.

Ed. Interamericana.

Franck V.H. Exodontia for the general practitioner.

Dental Digest 1938.

Litter Manuel

Farmacología 1959.

Ed. El Ateneo.

Levy D.D. Aplanned ingeneering.

Technique for the removal of teeth.

Dent Magazine and O Topics. 1936.

Reig R. Orientación quirúrgica de la Exodoncia.

Rev. Dental del URUG 1934.

Riez Centeno Guillermo
El tercer molar retenido
Ed. Ateneo 1960.

Riez Centeno Guillermo
Cirugía Bucal 2a. y 7a. Edición.
Ed. Ateneo.

Thoma Kurt H.
Cirugía Bucal.
2a. Edición.
Ed. Hispano Americana.

Picher Hy Trauner R.
Cirugía bucal y de los maxilares.
Ed. Labor, S.A.

Burket L.W. Oral Medicine.
Diagnosis and Treatment.
5a. Edición Filadelfia.
J.B. Lippencott 1965.

Berger P the principales and technique of oral surgery.
Dental in of int.

Pub. New York 1945.

Costich White; Cirugia Bucal.

1a. Edición en Español 1974.

Ed. Interamericana.

Castro Ignacio A.

Procesos Crónicos Infecciosos del área apical y su cirugia.

Bol S. Cad Estomat Pem 1941.

Clarck H.B. Jr. Práctica de la Cirugia Bucal.

Editorial Bibliográfica.

Durante Avellanal Ciro.

Cirugia Odonto-Maxilar.

Ed. Soc. Anon Editores.

Durante Avellanal Ciro.

Cirugia Odonto-Maxilar

**Grave accidente producido en el transcurso de la extrac --
ción de un tercer molar inferior incluido.**

Rev. Odontológica y ciencias afines 1940.