

*Rescripta*

735

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**TIEMPOS QUIRURGICOS EN TERCEROS**  
**MOLARES INCLUIDOS**

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

**AIDA MARTHA NIETO MENDEZ**

**México, D. F.**

**1979**

**15119**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I "ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO".....	2
Hueso Macilar Inferior.	
Músculos.	
Inervación.	
Irrigación.	
Linfáticos.	
CAPITULO II "ANATOMIA QUIRURGICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO".....	8
Hueso.	
Alveolo dentario.	
Conducto dentario.	
Perlostio.	
Mucosa alveolar.	
Saco dentario.	
CAPITULO III "ANATOMIA DENTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR".....	12
Corona.	
Cámara pulpar.	
Cuello.	
Rafces.	
Espacio interradicular.	
CAPITULO IV "CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y SU TRATAMIENTO".....	18
Aspectos generales.	
Etiología.	
Clasificación.	

	Pág.
CAPITULO V "POSICIONES MAS FRECUENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR".....	30
<p>Las siete posiciones clásicas.            Clasificación de George B. Winter.</p>	
CAPITULO VI "ESTUDIO INTEGRAL".....	40
<p>Historia clínica.            Exámenes de laboratorio.            Estudios radiológicos.            Diagnóstico.</p>	
CAPITULO VII "ASPECTOS PREOPERATORIOS".....	44
<p>Cuidado del paciente antes de la operación.            Medicación preanestésica.            Anestesia: General                              Local                              Técnica.            Complicaciones.</p>	
CAPITULO VIII "PREPARACION QUIRURGICA".....	50
<p>Instrumental quirúrgico.            Asepsia y antisepsia.            Colocación de campos.</p>	
CAPITULO IX "TIEMPOS QUIRURGICOS".....	54
<p>Tiempos quirúrgicos.            Técnicas quirúrgicas en casos clínicos más frecuentes.</p>	

	Pág.
<b>CAPITULO X "EL POSTOPERATORIO".....</b>	<b>68</b>
<b>Tratamiento postoperatorio.</b>	
<b>Instrucciones al paciente.</b>	
<b>Complicaciones postoperatorias y su tratamien-</b>	
<b>to.</b>	
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>74</b>

## INTRODUCCION

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

La Cirugía Bucal es una especialidad de la Odontología, así como un servicio prestado al paciente que incluye diagnóstico y tratamiento - médico-quirúrgico de lesiones, enfermedades y malformaciones de la hoca y de los maxilares.

Tomando en cuenta mi inclinación hacia la Especialidad en Cirugía Máxilo Facial, y la amplitud del campo quirúrgico que ello incluye, dedico ésta Tesis específicamente a la Extracción Quirúrgica del Tercer Molar Inferior Retenido.

Esperando se encuentre en ella un estudio completo e integral, que pueda ser motivo de consulta de mis compañeros, tomada en cuenta por mis maestros y sometida a la consideración del Honorable Jurado.

## C A P I T U L O 1

### " ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO "

Hueso Maxilar Inferior  
Musculos  
Inervación  
Irrigación  
Linfáticos



## " ESTRUCTURAS ANATOMICAS RELACIONADAS CON EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO "

### HUESO MAXILAR INFERIOR:

Forma el solo la mandíbula inferior, se divide en un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo tiene forma de herradura, su cara anterior presenta la sínfisis mentoniana, agujero mentoniano y línea oblicua externa. La cara posterior presenta las apófisis Geni, línea oblicua interna y foseta sublingual y submaxilar, el borde superior presenta los alveolos dentarios.

Las ramas tienen forma cuadrangular y plano vertical. En la cara interna se encuentra el conducto dentario inferior y, en el borde superior la apófisis coronoides y el cóndilo.

### MUSCULOS:

Los músculos masticadores intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior; sin embargo también me referiré a los músculos que tengan relación con el tercer molar inferior.

#### - Músculo Temporal:

Tiene forma de abanico, va de la fosa temporal hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior, cuyo vértice se relaciona con el tema a tratar.

Su inserción en el maxilar inferior es por dos grupos de fibras musculares:

- a). - Superficiales- Cuya inserción se localiza en el borde anterior de la rama ascendente y la cara externa de la aponeurosis de inserción, la cual está más desarrollada que las fibras musculares profundas.
- b). - Profundas = Se insertan en la cara interna de la aponeurosis de inserción.  
Entre las dos ramas de fibras se forman los dos lados del triángulo retromolar.

- Músculo Masetero:

Es de forma rectangular, formado por dos haces:

- a). - Haz superficial = Es más voluminoso, va del arco cigomático a el ángulo del maxilar inferior y cara externa de éste.
- b). - Haz profundo = Va de la apófisis cigomática a los dos tercios inferiores de la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

La importancia de tipo quirúrgico en éste caso, es la relación que tiene con el músculo buccinador, del cual está separado por la bola adiposa de Bichat.

- Músculo Pterigoideo Interno:

Se inserta en la apófisis pterigoides y por medio del fascículo palatino, a la apófisis piramidal del palatino, de aquí sus fibras se dirigen y se fijan en la porción interna del ángulo del

maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente, donde constituye un ángulo diedro por donde se deslizan los nervios lingual y dentario inferior, y vasos como la corótida interna y la yugular interna.

- Músculo Buccinador:

Se extiende desde ambas mandíbulas a la comisura de los la-  
bios, constituyendo los carrillos.

Se inserta en la parte posterior del reborde alveolar de los dos  
maxilares, en la parte correspondiente a los tres últimos mo  
lares en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la  
rama ascendente, de aquí sus fibras convergen en la comisura -  
de los labios, está separado del músculo masetero por la bo-  
lagrasosa de Bichat.

Ocasionalmente, la profundidad del músculo con el tercer molar  
inferior retenido, obliga a desprender parte del buccinador en -  
las maniobras quirúrgicas.

- Músculo Milohioideo:

Entre los dos milohioideos forman el piso de la boca, es de fo-  
ma cuadrangular y se extiende del maxilar inferior al hueso -  
hioides.

Los molares en linguoversión pueden tener su corona en contac  
to con la inserción posterior del músculo.

- Músculo Constrictor Superior de la Faringe:

La importancia de este músculo es de interés quirúrgico pues en algunas retenciones del tercer molar, como las disto y linguoverciones, se necesita desinsertar parte de este músculo.

De forma cuadrilátera cuya inserción en relación con el tercer molar es la porción anterior insertada en la línea milohioidea y en el ligamento pterigomaxilar.

INERVACION:

La inervación de esta región está dada por la tercera rama del trigémino, pero en especial por el nervio dentario inferior que es una rama terminal que da inervación sensitiva a la zona.

- Nervio Dentario Inferior:

Es el más voluminoso de los originados por el maxilar inferior. Continúa en la misma dirección del tronco y desciende entre la cara externa de los músculos pterigoideos, se acompaña de la arteria dentaria inferior, con la cual penetra en el conducto dentario, corriendo por éste hasta el agujero mentoniano, donde se divide en sus ramas terminales.

- Nervio Bucal:

Es la primera rama terminal del nervio maxilar inferior y da inervación a la encía bucal.

- Nervio Lingual:

Es la segunda rama terminal del nervio maxilar inferior y da inervación a la encía lingual a nivel de los molares.

IRRIGACION:

- Arteria Dentaria Inferior:

Como se mencionó antes, tiene el mismo trayecto que el nervio dentario inferior, nace cerca del cóndilo proviniendo de la arteria submentoniana.

Posee dos ramas:

- a). - Arterias pulpares que penetran en el foramen apical de los dientes anteriores.
- b). - Arterias alveolares que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares.

- Arteria Milohioidea:

Da irrigación a la encía de la cara interna.

- Venas:

Se localizan en número de dos o una dentro del conducto dentario inferior, acompañando a la arteria y desembocando en el plexo Pterigoideo.

LINFATICOS:

Los conductos linfáticos desembocan en ganglios situados en la - -  
celda submaxilar, los cuales son en número de 6 a 8 ganglios próximos a  
la piel, palpables en el sujeto sano, y visibles en procesos inflamatorios.  
Son localizables por debajo del borde inferior del maxilar.

Los ganglios profundos más importantes son el de Stahr y el de -  
Chassaignac.

## C A P I T U L O   I I

### " ANATOMIA QUIRURGICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO "

Hueso.  
Alveolo Dentario.  
Conducto Dentario.  
Perlostio.  
Mucosa Alveolar.  
Saco Dentario.

## " ANATOMIA QUIRURGICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO "

### HUESO:

Sólo mencionaré la localización de la región quirúrgica, pues su anatomía se describió en el capítulo anterior.

En el Hueso mandibular se haya situado el alveolo del tercer molar inferior, entre la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula. Esta región se limita por la cara distal del segundo molar al borde inferior del hueso y, por la parte oclusal del tercer molar al nivel de la espina de Spix hasta el borde parotídeo de la mandíbula. Imaginariamente tiene una forma cúbica cuya pared posterior es un plano paralelo a la cara anterior trazado aproximadamente a un centímetro por detrás del punto más distal del tercero.

### ALVEOLO DENTARIO:

Se presenta como una pirámide cuadrangular con vértice dirigido al cuerpo mandibular, ésto sólo en los casos más comunes cuya pieza dental tiene una posición vertical. Tiene relación con el conducto dentario.

### CONDUCTO DENTARIO:

Se localiza por la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula próximo a la escotadura sigmoidea. El conducto en el interior del



hueso se protege por una cortical propia; aunque en algunos casos no existe, su calcificación se completa antes de que la segunda dentición inicie su erupción.

Es de suma importancia conocer la relación entre el alveolo y el conducto dentario tanto radiográficamente como clínicamente; esto depende de la posición del tercer molar, de la longitud de sus raíces y de la altura y espesor del cuerpo mandibular.

Según la descripción de Sicher, ésta relación establece tres tipos anatómicos:

Primer Tipo = Cuando el conducto está en contacto con el fondo del alveolo del tercer molar, la distancia del conducto con relación al segundo y primer molar va aumentando hacia adelante, éste es el más frecuente.

Segundo Tipo = Cuando existe una distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores. Esto se presenta con maxilares altos y molares con raíces relativamente cortas. La inversa se comprueba con maxilares cortos y dientes largos.

Tercer Tipo = Se presenta en los individuos jóvenes, en éste tipo todos los dientes están en íntima relación con el conducto.

### PERIOSTIO:

Es una membrana fibrosa que recubre a la mandíbula y sólo se interrumpe del lado vestibular y lingual de la arcada dentaria.

Este tejido se adhiere firmemente alrededor de los cuellos dentarios y, el cual es preciso desprender quirúrgicamente.

A nivel de la zona quirúrgica, la cara externa del periostio está adherida a la mucosa que cubre y rodea al tercer molar, su separación es rápida y fácil.

### MUCOSA ALVEOLAR:

La mucosa que tapiza la región del tercer molar inferior, es la misma que reviste la cavidad bucal, y tiene en ella dos porciones:

- a).- Comienza en el surco vestibular, recubriendo el alveolo hasta su cresta.
- b).- Va de la cresta hasta el borde gingival. (enfca).

La mucosa puede no presentar solución de continuidad, cubriendo por lo tanto el arco alveolar del lado bucal al lingual, o tener una abertura de grado variable, por donde hagan erupción una o varias cúspides del tercer molar retenido, o el molar en su totalidad.

La mucosa bucal presenta, con relación a la corona del tercer molar, distintas posiciones, dependiendo de que el tejido óseo que la cubre esté intacto o tenga solución de continuidad.

**SACO DENTARIO:**

Es producto de una condensación del mesodermo, posee funciones odontogénicas específicas: rodea al folículo y acompaña al diente en el período de la erupción dentaria.

## C A P I T U L O III

### "ANATOMIA DENTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR"

Corona  
Cámara Pulpar  
Cuello  
Raíces  
Espacio Interradicular

## " ANATOMIA DENTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR "

Los terceros molares no brotan hasta la edad de 17 años o más, se requiere un crecimiento considerable de los maxilares despues de los 12 años para que tengan espacio.

Estos molares están sujetos a muchas anomalías y variaciones de forma. El desarrollo insuficiente para su acomodación crea complicaciones -- en la mayor parte de los casos.

Son la minoría los individuos que poseen terceros molares bien desarrollados y bien alineados. Aunque tampoco es raro encontrar ausencia de ésta pieza.

El tercer molar inferior varía en forma considerable en los diferentes individuos y presenta muchas anomalías tanto en forma como en posición. Complementa al segundo molar en su función, aunque éste raramente está tan bien desarrollado.

En ocasiones pueden existir un cuarto o un quinto molar, como se ha observado en la raza negra.

### CORONA:

El tercer molar promedio muestra un desarrollo irregular de la corona, puede presentar cinco o más cúspides con coronas más grandes que las de un segundo molar.

También es posible encontrar formas enanas de terceros molares inferiores.

### CAMARA PULPAR:

Su importancia es de tipo radiográfico, pues su imagen y la de los conductos intactos o distorsionados será un detalle más para la correcta interpretación y diagnóstico de la posición del tercer molar.

La cámara pulpar es amplia, siendo visibles radiográficamente sus cuernos mesiales y distales; los conductos radiculares acompañan uno a cada raíz, pudiendo con ello individualizar las raíces supernumerarias; en casos de raíces fusionadas o raíz única, el conducto puede ser único o doble.

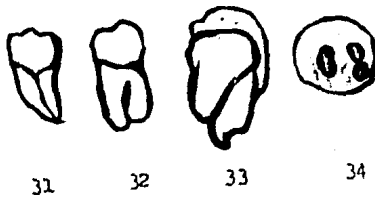
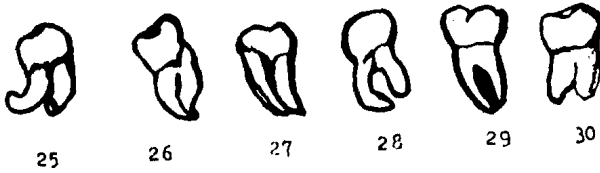
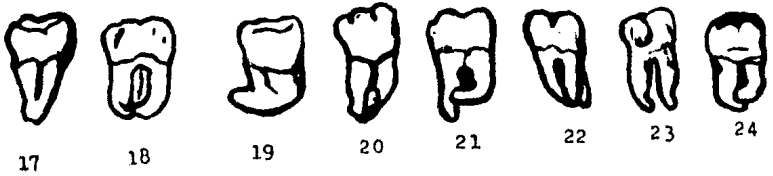
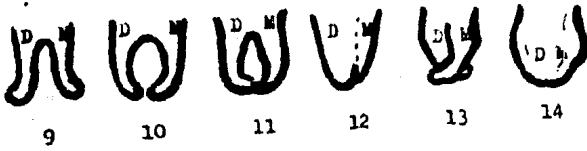
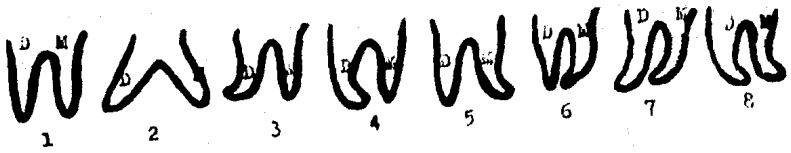
### CUELLO:

Es la separación anatómica entre corona y raíz, está ubicado en la porción más angosta de esta conjunción.

### RAICES:

Por lo general el tercer molar inferior es birradicular, siendo una raíz mesial y otra distal. Son frecuentes los molares con tres, cuatro y cinco raíces.

Es difícil esquematizar la disposición tan variada de las raíces de terceros molares, pero en la siguiente clasificación se podría afirmar que es una de las más completas.



- 1). - Ambas raíces rectas = Forma frecuente de presentación de las raíces del tercer molar, se pueden observar ambas raíces rectas (fig. 1), o rectas pero divergentes (fig. 2). Las raíces pueden ser cortas o de larga dimensión.
- 2). - Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia el lado distal = -- (fig. 3), cuando esto ocurre el conjunto radicular da un anclaje particular al tercer molar dentro de su alveolo; y encontrándose a nivel de la angulación distal el punto de menor resistencia, los movimientos quirúrgicos cuando no son correctamente dirigidos, puede originar fractura de la raíz distal.
- 3). - Raíz mesial recta y raíz distal dirigida hacia el lado mesial = -- (figs. 4, 28, 29). Este tipo de disposición radicular, presenta -- su raíz mesial recta, y la distal encurvada en grado variable -- hacia el lado mesial; la línea de menor resistencia está a nivel del ángulo radicular.
- 4). - Raíz mesial dirigida hacia el lado mesial y raíz distal recta = -- (fig. 5) tipo no muy frecuente de disposición radicular. La inclinación mesial de la raíz mesial da un sólido anclaje al molar.
- 5). - Raíz mesial dirigida hacia el lado distal y raíz distal recta = -- (figs. 6, 21). En este tipo en el cual la raíz mesial está inclinada distalmente, puede haber contacto o fusión del ápice mesial con la raíz distal recta; encierra por lo tanto un trozo considerable de hueso entre ellas.
- 6). - Ambas raíces dirigidas hacia el lado distal = (figs. 7, 20, 25, -- 26). Es una de las disposiciones más frecuentes de las raíces -



del tercer molar, favorable a la exodoncia.

- 7). - Ambas raíces inclinadas mesialmente = (figs. 8, 23), se observa esta disposición en algunos casos de retenciones, constituye un sólido anclaje del molar en el hueso, puede presentar como variedad, las raíces fusionadas en su extremo apical o ligeramente unidas por cemento en el espacio interradicular.
- 8). - Raíz mesial dirigida hacia el lado mesial, y raíz distal hacia el lado distal = (fig. 9). Son raíces divergentes con menor o mayor grado de desviación, en algunos casos de esta clase se han encontrado distintas anomalías apicales, dilaceraciones o cementosis.
- 9). - Raíz mesial dirigida distalmente y raíz distal dirigida mesialmente = (figs. 10, 24). Es opuesto a la clase anterior, se presentan por lo común con cementosis y llegan a fusionarse a nivel de sus ápices. Las raíces encierran el séptum que varía con la mayor o menor curvatura de las raíces (figs. 11, 18).
- 10). - Ambas raíces fusionadas = (figs. 12, 17, 19). Las raíces forman una masa única, cónica, puede presentarse dilaceración o cementosis.
- 11). - Desviación bucal o lingual de ambas raíces = (figs. 13, 30, 31, 33), en algunos casos una raíz es bucal y la otra lingual, ello origina un sólido anclaje del molar en el hueso.
- 12). - Raíces supernumerarias = (figs. 16, 22, 27). Acompañando a los tipos radiculares anteriores, pueden encontrarse casos en

que se presenten una o varias raíces supernumerarias, o la bifidez de la mesial o de la distal, o de ambas a la vez.

Estas raíces supernumerarias pueden dirigirse en distintos sentidos, haciendo imposible una clasificación; radiográficamente pueden ser visibles o ignoradas.

- 13).- Raíces incompletamente calcificadas = Es común la presencia de este tipo radicular en niños y jóvenes que son enviados para eliminar los terceros molares con fines ortodóncos. Sus formas son variadas, puede existir solo la corona con vestigios de raíces (gérmen del tercer molar) las raíces pueden estar formadas pero sus ápices abiertos. (figs. 15, 34).
- 14).- Anomalias radiculares diversas = Pueden existir toda la gama de anomalías de forma o disposición en el tercer molar inferior (figs. 14, 32), la cementosis se puede disponer en forma de masa, cuya resistencia y anclaje en el hueso suele ser considerable. También se puede presentar Rizólisis.

#### ESPACIO INTERRADICULAR:

En un tercer molar aislado la descripción del espacio interradicular no tiene la precisión ni se observan los detalles. Tiene la disposición que le permiten las raíces que lo forman. Este espacio en el maxilar está ocupado por hueso (el séptum).

## C A P I T U L O   I V

### " CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y SU TRATAMIENTO "

Aspectos Generales

Etiología

Clasificación

## " CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO Y SU TRATAMIENTO "

### ASPECTOS GENERALES:

La erupción de los terceros molares inferiores y superiores, -- suele retardarse o detenerse por impedimento, se pueden encontrar a éstos dientes en erupción parcial, incluidos y mal colocados, aunque generalmente están afectados los cuatro molares, los inferiores están mal colocados y son causa de complicaciones con mayor frecuencia.

El síntoma subjetivo es el dolor, que suele ser muy definida y -- con reflejos nerviosos. Es periódico y se presenta principalmente en la -- época normal de erupción del diente. Los dolores se producen por la presión del molar contra el obstáculo que es el segundo molar o su membrana peridental. Resulta un dolor más grave si la raíz se reabsorbe y la pulpa se altera; también las raíces en desarrollo pueden producir presión -- contra el nervio dentario inferior.

Los accidentes de erupción del tercer molar inferior tienen lugar en todos los climas, en edades distintas, en los dos sexos y en ambos lados de los maxilares.

### ETIOLOGIA:

- 1.- Existencia de una cavidad virtual, alrededor de la corona del diente retenido. Esta cavidad por numerosas influencias patológicas, puede hacerse real (transformándose en quistes den-

tígeros) 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.
3. - La falta de sitio, como ya se mencionó anteriormente.

## CLASIFICACION DE LAS PATOLOGIAS:

### 1. - ACCIDENTES MUCOSOS:

Son las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar retenido. Entre ellas tenemos a:

#### a). - PERICORONITIS

= Es la lesión inicial y accidente de alarma. Se origina en una época en relación con la erupción del molar. Su comienzo puede ser brusco ó insidioso.

En la primera, a nivel del capuchón que cubre al molar retenido total o parcialmente, se instala un proceso inflamatorio, con sus signos característicos:

- Dolor casi siempre precoz e intenso, puede localizarse en la región del capuchón, o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior, ocasionalmente el dolor se ubica en el oído o a nivel del tragus; éste dolor es generalmente nocturno, aumenta con el roce de los alimentos o con su cambio de temperatura.
- Tumor, pues la encía que cubre al molar se encuentra edematizada

La extracción del molar retenido y su saco pericoronario deben ser extraídos para solucionar el problema en caso de persistir.

El comienzo insidioso de la pericoronitis se caracteriza por la aparición de dolores generalmente leves; ligeros procesos inflamatorios que duran dos o tres días, trismus muy poco acentuados, entre el capuchón y el molar en erupción brotan unas gotas de pus y sangre, así; el proceso remite hasta un nuevo fenómeno inflamatorio.

#### b). - GINGIVOESTOMATITIS

= El molar en erupción y la pericoronitis son el punto de iniciación de una gingivitis o gingivoestomatitis que pueden presentar todo el aspecto de las ulceromembrasas. Se caracteriza por su unilateralidad, del lado del molar en erupción.

Las cúspides del tercer molar inferior por debajo y las cúspides de los dientes superiores o a la acción de los alimentos, producen en la cara inferior del capuchón una ulceración muy dolorosa acompañada de trismus.

#### TRATAMIENTO:

1. - Desgaste de las cúspides de los dientes superiores.
2. - Infiltración de las anestésicas.
3. - Se coloca debajo del capuchón una tira de gasa impregnada en licor de Bonain o en líquido de Vander Gintz. (Actúan anestesiando la cara inferior del capuchón y cauterizando la úlcera).

- zada y aumentada de volúmen.
- Encía de color rojo-violáceo. Cubierta de abundante saburra, - restos alimenticios y coágulos de sangre.
- Fiebre debida a la vasodilatación.
- Anorexia, debida a la masticación dificultada y al trismus que - acompaña el proceso.
- Los gánglios regionales también son atacados.

### TRATAMIENTO MEDICO

El capuchón pericoronario inflamado se lavará profusamente -- con una solución antiséptica débil. Agua oxigenado ó perborato de Sodio. - Así como también enjuagatorios de actuación emoliente y revulsiva:

Rp. Fenol .....	ãã
Hidrato de cloral.....	5 g.
Cocimiento de coca.....	ãã
Cocimiento de amapola..	500 g.
Esencia de menta.....	c/s.

(Enjuagatorios con este medicamento, diluido al 50 %. Caliente).

Se reforzará la medicación con antibióticos, para mejorar las condiciones locales y generales.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se procederá a la apertura de los focos de supuración. En presencia de un absceso submucoso, debajo del capuchón, debe ser abierto quirúrgicamente a bisturí, termo o galvanocauterio.

La tira con medicamento debe permanecer una o dos horas - en el lugar donde fué colocada.

Es útil también tocar la úlcera con una fina torunda de algodón impregnada en ácido crómico al 25 %.

4. - Posteriormente se procederá a efectuar la extracción del tercer molar retenido.

## 2. - ACCIDENTES NERVIOSOS:

Son idénticos a los producidos por los dientes retenidos.

Sobre el nervio dentario pueden incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos que se traducen en Herpes, peladas, canicie, eczemas, etc.

El trismus debe considerarse como reacción antálgica.

## TRATAMIENTO:

Consiste en la eliminación de la causa que le originó.

El tratamiento del trismus puede ser por medio de tres métodos:

1. - Modificación del estado infeccioso, tratando la úlcera debajo del capuchón.

2. - Terapéutica mecánica, por medio de aparatos especiales. Este método es lento y requiere paciencia, esfuerzo y dedicación por parte del enfermo. Durante esta terapéutica, se aplican compresas mojadas en agua caliente sobre el lado afectado.

3. - Con anestesia general, se obtiene abrir la boca para la ex--



tracción del molar retenido que provoca el trismus.

### 3. - ACCIDENTES CELULARES:

Representan las complicaciones celulares de la pericoronitis. La inflamación y absceso pueden tomar varias vías, que se podrán observar en el siguiente esquema.

- **ABCESOS A EVOLUCION EXTERNA:**      - **ABCESOS A EVOLUCION INTERNA:**

1 Absceso buccinatomaxilar

2 Absceso submaxilar

1' " de la "lege" maseterina

2' " del piso de la boca

- **ABCESOS A EVOLUCION POSTERIOR:**

3 Absceso del pilar anterior

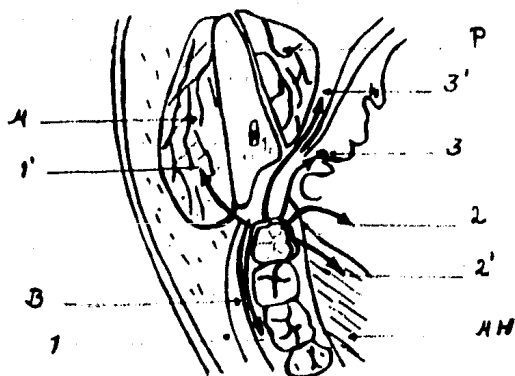
3' " subamigdalino

P músculo pterigoides interno

M " masetero

B " buccinador

MH " milohioideo



### TRATAMIENTO:

Los abscesos producidos como complicación celular de la pericoronitis deben ser incididos e bisturf o galvanocauterío.

En éste caso mencionaré el tratamiento del absceso buccinatomaxilar.

1. - Se hará apertura por vía bucal, para evitar cicatrices inútiles, el sitio indicado es el surco vestibular.
2. - Con bisturf de hoja corta se profundiza hasta llegar a hueso (cara externa del maxilar inferior).
3. - Se drena el absceso.
4. - Se inicia tratamiento del foco inicial (pericoronitis) para evitar nueva colección purulenta.
5. - Se procederá a la extracción del molar con la técnica indica-

da,

#### 4. - ACCIDENTES OSEOS:

Son originados como una complicación de la pericoronitis, son sumamente raros; sin embargo los pocos casos son graves Osteomielitis.

- Un accidente óseo que se encuentra con relativa frecuencia, -- consiste en el proceso de osteítis que se desarrolla entre el segundo molar y el tercero retenido en mesioversión.

El foco óseo que se desarrolla a ese nivel es susceptible de -- propagarse y de dar cuadros sépticos de osteoflecciones generales.

- La infección del saco pericoronario que queda hacia el lado distal del tercer molar erupcionado total o parcialmente (granuloma posterior de los autores franceses) es también susceptible de dar procesos óseos locales, y en algunos casos procesos -- óseos con repercusión a distancia (infección focal).
- Hay también pacientes portadores de terceros molares retenidos que, infectados sus sacos pericoronarios o en algunas ocasiones los quistes dentígeros que envolvían sus coronas, hicieron focos de osteítis y osteomielitis.

#### TRATAMIENTO CLINICO:

Se interna al paciente, vigilándose la deshidratación, acidosis y albuminuria; dieta rica en proteínas, calorías y vitaminas. Eliminación -

del dolor con sedantes.

En caso de presentarse toxemia, se administrarán antitoxinas. -

Pueden administrarse sulfamídicos y penicilina.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

1. - Anestesia General
2. - Extracción del tercer molar retenido.
3. - Incisión en la región vestibular en el punto más doloroso.
4. - Trepanación del hueso, eliminando tabla externa y llegando hasta la médula.
5. - Provocar y colocar una fistula para drenaje de los abscesos.
6. - En el orificio óseo dejar una gasa yodoformada durante 48 -- hrs.
7. - Cuidados post-operatorios.

### 5. - ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES:

Es frecuente la repercusión ganglionar en una pericoronitis. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los subángulos maxilares (ganglio de Chassaignac) o submaxilares.

El accidente ganglionar es generalmente una adenitis, que evoluciona paralelamente con la pericoronitis, volviendo a la normalidad una vez eliminada la causa.

La adenitis simple puede convertirse por infecciones de gran virulencia; en un verdadero flemón del ganglio.

El adenoflemón provoca aumento de volumen del ganglio con dolor a la palpación o espontáneo, estado general afectado, el ganglio supura por sí mismo o es abierto por el cirujano.

### TRATAMIENTO:

La adenitis cede con el mismo tratamiento de la pericoronitis, — sin embargo los adenoflemones deben ser abiertos y tratados por vía externa.

### 6. - ACCIDENTES TUMORALES:

Los quistes dentígeros son originados por los terceros molares inferiores retenidos. Así como también los adamantinomas o tumores — odontogénicos.

Estos quistes infectados originan procesos supurativos, complicándose con osteítis y osteomielitis.

El granuloma posterior o anterior se origina por los restos del sacodentario ubicados en el lado mesial o distal del tercer molar.

La patogenia de estas formaciones está en relación directa con la embriología dentaria.

Este saco coronario infectado y el granuloma o quiste consiguiente, — originan procesos muy parecidos a los de la pericoronitis, actuando — como infección focal.

Se puede drenar introduciendo una sonda entre la corona del molar y la encía, hasta llegar a la cavidad de tejidos blandos.

## TRATAMIENTO:

Se deben eliminar los granulomas y quistes marginales posteriores o anteriores. Por lo general se desprenden en el momento de la extracción dentaria, de no ser así se debe efectuar un legrado hasta percibir el hueso.

### 7. - ACCIDENTES MECANICOS:

- Maloclusiones dentarias originando trastornos articulares y musculares.
- Apañamiento de dientes.
- Trastornos en la integridad anatómica del diente.
- Desajustes protésicos.

### 8. - ACCIDENTES INFECCIOSOS:

Son los concernientes a la infección del saco pericoronario que envuelve al diente, siendo su etiología muy diversa:

1. - Por vía hemática.
2. - Al hacer erupción el diente retenido (su saco pericoronario hace contacto con el medio bucal).
3. - Por contagio de una complicación apical o periodóntica del diente vecino.
4. - Caries en dientes retenidos.

Se presenta dolor, inflamación local, absceso, fistula, osteítis, osteo

mielitis, adenoflemones, estados sépticos generales.

TRATAMIENTO:

Control absoluto de la infección, administración de antibióticos y antiinflamatorios, extracción del diente retenido.

## C A P I T U L O V

### "POSICIONES MAS FRECUENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR"

Las siete posiciones clásicas

Clasificación de George B. Winter.



## "POSICIONES MAS FRECUENTES DEL TERCER MOLAR INFERIOR"

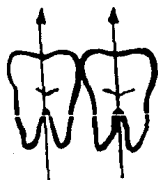
En las próximas siete posiciones se podrá observar al tercer molar en una relación muy directa con el segundo molar, ya que en éstos casos no se ha perdido la armonía con respecto a los demás dientes inferiores.

Sin embargo no son éstas las únicas posiciones en las cuales el tercer molar puede presentarse. Más adelante haré mención de otros casos en los cuales también el tercer molar inferior puede estar ubicado en el arco dentario.

### 1). - POSICION VERTICAL:

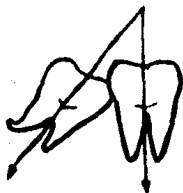
Es cuando el tercer molar presenta su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar.

(Como en ésta y las demás posiciones existen variaciones que mencionaré más adelante).



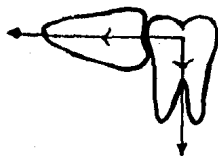
### 2). - POSICION MESIOANGULAR:

Es cuando el molar presenta su corona dirigida hacia el segundo molar; su eje mayor forma con el eje mayor del segundo molar, un ángulo agudo abierto hacia abajo.



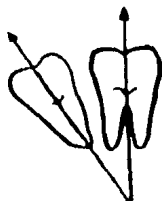
3). - POSICION HORIZONTAL:

Es cuando el tercer molar se presenta ubicado de manera que su corona está dirigida al segundo molar y su eje mayor perpendicular al eje mayor del segundo, formando un ángulo de  $90^\circ$ , abierto hacia abajo y atrás.



4). - POSICION DISTOANGULAR:

El tercer molar está colocado en el maxilar, con su corona dirigida en grado variable, hacia la rama ascendente, formando su eje mayor con el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.



5). - POSICION LINGUOANGULAR:

El tercer molar presenta su corona dirigida hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa. El ángulo que su eje mayor forma con el segundo no puede ser señalado.



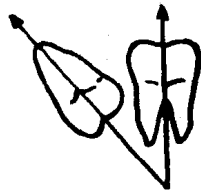
6). - POSICION BUCOANGULAR:

Los terceros molares presentan su corona dirigida hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual.



7). - POSICION INVERTIDA:

Estos molares tienen su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo (ésta posición presenta la mayor cantidad de variaciones).



"CLASIFICACION DE LAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR PRESENTADA POR GEORGE B. WINTER".

Esta clasificación la presentaré en forma esquemática, ya que es bastante extensa y resultaría sumamente difícil escribir particularmente sobre cada caso.

- 1).- Posición vertical, sin desviación, cara mesial accesible.



- 2).- Posición vertical, sin desviación, cara mesial inaccesible.



- 3).- Posición vertical, desviación bucal, cara mesial accesible.



- 4).- Posición vertical, desviación bucal, cara mesial inaccesible.



- 5).- Posición vertical, desviación lingual, cara mesial accesible.



- 6). - Posición vertical, desviación lingual, cara mesial inaccesible.



- 7). - Posición vertical, desviación bucolingual, cara mesial accesible.



- 8). - Posición vertical, desviación bucolingual, cara mesial inaccesible.



- 9). - Posición mesoangular, sin desviación, cara mesial accesible.



- 10). - Posición mesoangular, sin desviación, cara mesial inaccesible.



- 11). - Posición mesoangular, desviación bucal, cara mesial accesible.



- 12). - Posición mesoangular, desviación bucal, cara mesial inaccesible.



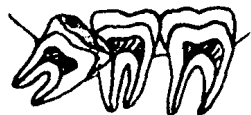
- 13). - Posición mesoangular, desviación lingual, cara mesial accesible.



- 14). - Posición mesoangular, desviación lingual, cara mesial inaccesible.



- 15). - Posición mesoangular, desviación bucolingual, cara mesial accesible.



- 16). - Posición mesoangular, desviación bucolingual, cara mesial inaccesible.



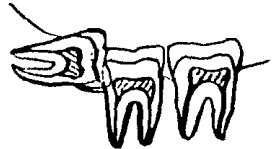
- 17). - Posición horizontal, sin desviación, cara mesial accesible.



- 18). - Posición horizontal, sin desviación, cara mesial inaccesible.



- 19). - Posición horizontal, desviación bucal, cara mesial accesible.



- 20). - Posición horizontal, desviación bucal, cara mesial inaccesible.



- 21). - Posición horizontal, desviación lingual, cara mesial accesible.



- 22). - Posición horizontal, desviación lingual, cara mesial inaccesible.



- 23). - Posición horizontal, desviación bucolingual, cara mesial accesible.



- 24). - Posición horizontal, desviación bucolingual, cara mesial inaccesible.



- 25). - Posición distoangular, sin desviación, cara mesial accesible.



- 26). - Posición distoangular, sin desviación, cara mesial inaccesible.





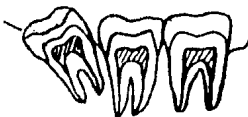
27). - Posición distoangular, desviación bucal, cara mesial accesible.



28). - Posición distoangular, desviación bucal, cara mesial inaccesible.



29). - Posición distoangular, desviación lingual, cara mesial accesible.



30). - Posición distoangular, desviación lingual, cara mesial inaccesible.



31). - Posición linguangular, cara mesial accesible o inaccesible.



32). - Posición bucoangular, cara me-  
sial accesible o inaccesible.



33). - Posición paranormal, (inverti-  
da, ectópica, heterotópica).



34). - Tercer molar inferior retenido  
ausencia de dientes vecinos.

## C A P I T U L O   V I

### " ESTUDIO INEGRAL "

**Historia Clínica  
Exámenes de Laboratorio  
Estudios Radiológicos  
Diagnóstico**

## " ESTUDIO INGEGRAL "

El estudio Integral, completo y ordenado del paciente comprende:

El problema principal

Historia del padecimiento actual

Revisión de síntomas

Historia Clínica

Historia familiar

Historia Personal.

El examen físico sistemático bucal, debe estar dado por:

la Inspección

Palpación

Percusión

Auscultación.

### HISTORIA CLINICA:

La finalidad de la elaboración de una buena Historia Clínica, es indispensable para obtener el diagnóstico acertado y poner en práctica el tratamiento elegido.

Como se vió en el capítulo IV, el tratamiento en la mayoría de los casos de terceros molares retenidos es quirúrgico; por lo que se debe complementar la Historia Clínica con estudios de laboratorio y gabinete.

## EXAMENES DE LABORATORIO:

Todo paciente al que se le vaya a practicar una intervención quirúrgica de cualquier índole, es indispensable realizarle una serie de análisis de laboratorio.

Las investigaciones de laboratorio, pueden también necesitarse para establecer o confirmar el diagnóstico de las lesiones bucales, no excluyendo la obtención de antecedentes ni la minuciosa exploración clínica.

Entre las pruebas de laboratorio más importantes para la cirugía de terceros molares retenidos citaré:

- En pacientes diabéticos: Análisis general de orina  
Prueba de tolerancia a la glucosa  
Química sanguínea  
Colesterol total
  
- En pacientes cardiopatas: Química sanguínea  
Biometría hemática  
Tiempo de sangrado y de coagulación  
Recuento de plaquetas  
Tiempo de trombina y protombina  
\*Electrocardiograma\*
  
- En pacientes hemofílicos: Factores de la coagulación  
Factor 7-8 anti-hemofílico
  
- En pacientes con hipertiroidismo: Metabolismo basal  
Yodo ligado a la proteína

- Colesterol sérico
- Índice de yodo radiactivo
- En pacientes con discrasia sanguínea:
  - Determinación de hemoglobina
  - Hematocrito
  - Extensión sanguínea
  - Recuento de reticulocitos
  - Examen de médula ósea
- En mujeres embarazadas:
  - Biometría hemática
  - Química sanguínea
  - Examen general de orina

### ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

El éxito de la intervención quirúrgica del tercer molar inferior retenido, depende de un correcto examen radiográfico que logre ubicarnos correctamente en la región a tratar. Esto lo logramos por medio de las siguientes técnicas; ya sea tomándose sólo una ó complementándose las tres:

- Técnica Intraoral:
  - Esta película da detalles en plano vertical, en ella se deberá observar la totalidad del tercer molar, el segundo molar, el hueso distal, y la zona ósea por debajo de los ápices del molar retenido.

**- Técnica Extraoral:**

Se deberá tomar cuando el paciente sufra ciertos procesos inflamatorios, trismus y pronunciada náusea por lo cual no pueda colaborar en la toma de película intraoral. Esta técnica no tiene el valor ni la exactitud de la primera técnica.

**- Técnica Oclusal:**

El logro de esta técnica es la relación bucolingual y los detalles de los elementos que se encuentran en ese sitio. Se utilizará cuando no sea suficiente la película intraoral.

**DIAGNOSTICO:**

Como lo mencioné anteriormente, la forma de establecer el diagnóstico correcto, depende de la elaboración de una buena Historia Clínica y el complemento de los estudios radiológicos y de laboratorio; así como del criterio del médico.

Teniendo en cuenta todos estos puntos, se puede establecer el tratamiento a seguir.

## C A P I T U L O VII

### " ASPECTOS PREOPERATORIOS "

Cuidado del paciente antes de la operación

Medicación preanestésica

Anestesia:

General

Local

Técnica

Complicaciones



## " ASPECTOS PREOPERATORIOS "

### CUIDADO DEL PACIENTE ANTES DE LA OPERACION:

Para lograr la confianza del paciente es indispensable explicar el -- motivo de la cirugía, su procedimiento, el tiempo, los riesgos, la anes--  
estesia y resultados anticipados.

La preparación nutricional y metabólica del paciente es importante-- para llevarlo a la operación en el mejor estado biológico posible.

Algunos de los detalles específicos que deberá tener en cuenta el ci--  
rujano durante el período preoperatorio son:

- 1). - Nutrición tisular, estado de hidratación y balance electrolítico.
- 2). - Volúmen sanguíneo y contenido celular sanguíneo.
- 3). - Estado de los mecanismos de coagulación de la sangre.
- 4). - Estado y reservas cardiovasculares.
- 5). - Función respiratoria.
- 6). - Función renal.
- 7). - Asociación de enfermedades concomitantes.

Si todo funciona adecuadamente o de acuerdo con el riesgo implicado,  
el cirujano deberá proceder a la programación de la cirugía.

### MEDICACION PREANESTESICA:

El objetivo del empleo de drogas antes de realizar la anestesia es -  
favorecer su inducción y su mantenimiento.

Con ésta premedicación se logra:

- 1). - Una sedación psíquica del paciente.
- 2). - La obtención de un cierto grado de analgesia.
- 3). - La disminución de reflejos perturbadores de la anestesia así -  
como de la intervención.
- 4). - La disminución en la cantidad del producto anestésico y conse-  
cutivamente la disminución de algunas complicaciones.
- 5). - La disminución o abolición de reflejos vagales.
- 6). - Desaparición del miedo o ansiedad.

El anestésico local se debe reforzar con un medicamento que tenga efecto calmante sobre el SNC. y de la administración de un barbitúrico -- de corta duración o de un ataráxico.

El sedante ideal será aquel que deprima sólo algunos de los centros superficiales específicos del SNC., que no afecte al bulbo raquídeo, que ac-  
túe y desaparezca rápidamente sin provocar efectos residuales, como los -  
barbitúricos:

NEMBUTAL = un solo comprimido de 0.1 grs.  
una hora antes de la intervención.

En niños:

un supositorio, a una dosis de 5 mgs. por kilo de -  
peso 2 ó 3 horas antes de la intervención.

VERONAL = un comprimido de 0,2 grs.  
media hora antes de la intervención.

FENOBARBITAL = en dosis de 25 mgs. dos veces al día produce una buena sedación aunque es el barbitúrico de mayor efecto anticonvulsivo.

NOTA: Los pacientes tratados con barbitúricos en dosis hipnóticas, deben tener ayuno 4 hrs. antes de la cita, y deberán ser -- acompañados de un familiar.

#### ANESTESIA:

La cirugía del tercer molar retenido se puede realizar bajo anestesia general o anestesia local (troncular).

##### a). - Anestesia General

Deberá ser administrada por un anestesiólogo para mayor control del paciente. Este tipo de anestesia es recomendable en pacientes con parálisis cerebral, retraso mental y problemas en la articulación temporomandibular.

Ocasionalmente algunos pacientes prefieren la anestesia general por temor a observar los movimientos del cirujano, de -- ser así, se deberá internar en una clínica u hospital tres horas antes a la cirugía, de preferencia por la mañana y con -- ayuno de 8 hrs.

##### b). - Anestesia Local (troncular).

Todos los anestésicos son agentes altamente tóxicos, ya sea-

que se usen para infiltración local, bloqueo regional, inhalación general o administración endovenosa; por lo que debemos buscar el que menor riesgo represente para el paciente y que reúna las siguientes condiciones:

- Que su toxicidad sea escasa
- Que resista la esterilización
- Que sea de acción rápida
- Que tenga difusión buena o excelente.

La solución anestésica deberá componerse de:

anestésico al 2 ó 4 %

vasoconstrictor

solución Ringer.

La Lignocafna y sus derivados reúnen las condiciones antes mencionadas.

Este grupo no es simpaticolítica por lo que no produce vasodilatación, no siendo necesario entonces el empleo de vasoconstrictores, ó si se emplean es en muy pequeñas dosis.

Los vasoconstrictores producen constricción sobre los vasos sanguíneos, lo que hace que la reabsorción de la anestesia no sea demasiado rápida, disminuyendo por lo tanto su toxicidad. Prolongan la acción de la anestesia, aumentan la tensión arterial, en pacientes con distonía neurovegetativa se pueden producir hipotimias. Son sumamente peligrosos cuando se utilizan en pacientes tratados con inhibidores de la monoamino oxidasa.



1). - Originadas por el empleo de una técnica defectuosa por no haber observado los siguientes puntos:

- No depositar anestesia sin que la punta de la aguja se haya apoyado en el hueso.
- No depositar anestesia sin hacer absorción con el émbolo de la aguja.

Con ello se evita introducir el anestésico en la luz de algún vaso y por consiguiente los síntomas desagradables de una toxicemia, tales como palidez, lipotimia, colapso, etc.

2). - Por defecto de la inclinación de la aguja puede haber introducción en la parótida y depositar en ella anestesia produciendo una parálisis facial temporal.

3). - Se puede producir trismo con apertura de la boca causado por la penetración de la aguja a través del músculo pterigoideo interno.

4). - Embotamiento del oído cuando se anestesia el nervio aurículo temporal.

5). - Aparte de las demás complicaciones se pueden producir otras por:

- fractura de la aguja
- hematomas por rotura de algún vaso al paso de la aguja, etc.

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

### " PREPARACION QUIRURGICA "

Instrumental Quirúrgico  
Asepsia y Antisepsia  
Colocación de Campos

## " PREPARACION QUIRURGICA "

### INSTRUMENTAL QUIRURGICO:

La extracción del tercer molar inferior retenido debe realizarse por medio de instrumentos adecuados para obtener beneficios como:

- Facilitar los movimientos sin pérdida de tiempo.
- Evitar accidentes causados por el uso de instrumental inadecuado - ó en malas condiciones.
- Ejercer el menor traumatismo sobre los tejidos.
- Ocasionar menos molestias en el paciente.

El instrumental debe ser el apropiado para la extracción de la pieza que se está tratando, debiendo contar con mantenimiento periódico y sobre todo debe estar perfectamente esterilizado.

La colocación del instrumental sobre el bracket en el consultorio o en la mesa del quirófano, debe estar en un orden práctico y seguro.

Antes de enumerar el instrumental haré notar brevemente lo que nos proponemos realizar en ésta cirugía; con el fin de darnos cuenta o saber qué tipo de instrumental será el que se requiera.

La operación que consiste en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido, se propone practicar una brecha en la mucosa (incisión), desplazar el colgajo obtenido y llegando al hueso, eliminarlo parcial o totalmente (osteotomía), para encontrarse con el molar retenido y aplicar sobre él los instrumentos destinados a la exodoncia (odontosección y



extracción).

1. - Espejo dental # 5
2. - Eyector quirúrgico

a). - Instrumentos dedicados a la Incisión:

3. - Bisturf Bard - Parker con hoja # 12 ó 15  
ó bisturf de Austin con hoja de doble bisel
4. - Tijeras rectas y curvas
5. - Pinzas de disección dentadas o de diente de ratón
6. - Periostótomo o legra
7. - Separadores de Farabeuf

b). - Instrumentos dedicados a la Osteotomía:

8. - Escoplos de Barry o de Sorensen
9. - Fresas quirúrgicas de carburo de tungsteno  
redondas # 8  
de fisura # 5 y 6
10. - Pinzas gubias (alveoletomo)
11. - Limas para hueso (escofinas)
12. - Cucharillas para hueso

c). - Instrumentos dedicados a la Odontosección y Extracción:

13. - Elevadores tipo Winter o Barry o Seldin, rectos o de bandera
14. - Forceps # 222 ó según el caso clínico.

d). - Elementos de Sutura:

15. - Agujas e hilo para sutura, curvas enhebradas y en hilo 000, --  
seda o nylon
16. - Portaagujas.

ASEPTIA Y ANTISEPTIA:

- Asepsia = Se dá éste nombre a la exclusión o destrucción de mi--  
croorganismos que pudieran contaminar una herida.
- Antiseptia = En ésta sólo se inhibe la multiplicación y el desarro--  
llo microbianos.

La asepsia dentro y fuera de la cavidad bucal es difícil de conser--  
var, debido a que ella es el habitat natural de muchos tipos de bacterias. -  
También es difícil lograr una asepsia segura en el consultorio dental, pues  
muchos de los materiales dentales no pueden ser esterilizados.

La cirugía en el quirófano del hospital implica la forma más pura --  
de técnica aséptica.

En el consultorio se recomienda para el acto quirúrgico utilizar --  
guantes, gorra, cubreboca y bata estériles.

COLOCACION DE CAMPOS:

La preparación del paciente se hace antes de colocar los campos, -  
su objetivo es reducir la flora bacteriana local sobre el sitio operatorio.

- Se recomienda a los hombres estar bien afeitados y a las mujeres  
no usar maquillaje.

- Se lavará la cara con agua y tintura de jabón verde empleando torundas de gasa sostenidas con una pinza, el jabón se elimina con agua estéril y se seca con una toalla estéril.

Una vez que se haya preparado la cara el paciente deberá ser cubierto por los campos:

- Se coloca una toalla estéril cubriendo la cabeza,
- y una compresa sobre la cara dejando al descubierto la boca y narinas,
- un campo en forma de sábana se fijará alrededor del cuerpo del paciente.

La región a operarse se pinta cuidadosamente con una solución alcohólica de tintura de yodo o con tintura de mertiolate, aplicado con torundas y toques sobre la mucosa bucal.

## C A P I T U L O IX

### " TIEMPOS QUIRURGICOS "

Tiempos quirúrgicos  
Técnicas quirúrgicas en casos clínicos  
más frecuentes.

## " TIEMPOS QUIRURGICOS "

### DETALLES DE TECNICAS OPERATORIAS:

= Principios en odontectomía =

- 1). - Se debe realizar la operación bajo visión directa.
- 2). - No debe sacrificarse la perfección técnica a la velocidad.
- 3). - Planearse de manera que la extracción del diente exija la menor fuerza de palanca posible.
- 4). - Debe evitarse lesionar el segundo molar y estructuras periféricas dónticas.
- 5). - Evitese también fracturar el ángulo del maxilar inferior.

### TIEMPOS QUIRURGICOS:

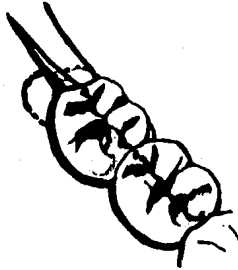
Describiré en un orden preciso los tiempos quirúrgicos necesarios - para la extracción del tercer molar inferior retenido, los cuales deben ser correctamente sincronizados y sistematizados.

#### 1). - INCISION:

Su objeto es abrir los tejidos para llegar a los planos más profundos donde se encuentra el objeto de la intervención. Debe ser hecha de un solo trazo, sin líneas secundarias.

Con el bisturí se traza una incisión en la parte más alta de la cresta distal por detrás de la cara distal del segundo molar, la longitud será dada por el tipo de retención del tercer molar, y la profundidad hasta que el bisturí perciba la sensación del hueso o de la cara dentaria. Se contornea el -

cuello del segundo molar en su cara distal y continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar.

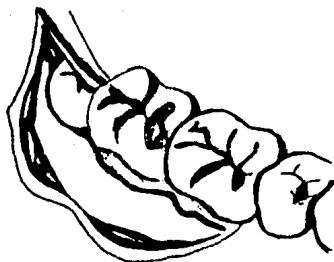


## 2). - PREPARACION DE LOS COLGAJOS:

Después de la incisión se hace hemostásis por compresión, el periostótomio se insinúa entre los labios de la incisión y con suaves movimientos de lateralidad y giro del instrumento se desprende el labio bucal de la incisión. La extensión será dada por el tipo de retención de que se trate el caso.

La incisión vertical se llevará a cabo en el área interproximal para evitar la tensión y contracción en tejidos blandos delgados y provocar el desgarramiento y traumatismo de ellos.

Las márgenes del colgajo deben ser redondeadas.

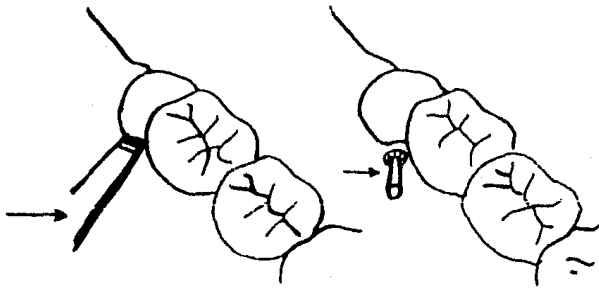


### 3).- OSTEOTOMIA:

Se refiere a la eliminación del hueso que cubre o aloja al tercer molar retenido. Su objeto es eliminar la necesaria cantidad de hueso para tener acceso al molar y suprimir de éste modo la resistencia para evitar la fractura del maxilar o lesiones alveolares graves.

De acuerdo con el lugar donde se realiza la eliminación del hueso se denominará osteotomía mesial, bucal, distal, lingual y oclusal.

La osteotomía se realiza por medio de: escoplos, fresas quirúrgicas y pinzas gubias.



#### 4).- OPERACION PROPIAMENTE DICHA:

Eliminadas las estructuras óseas que significaban resistencia, se inicia la extracción del molar retenido merced a la aplicación de la palanca.

La mecánica de la extracción consiste en llevar el elevador a la cara mesial del molar retenido, apoyándose en el borde óseo y con una fuerza ejercida sobre su mango, eleva al molar siguiendo el camino de menor resistencia.

No siempre puede aplicarse en forma absoluta, por razones dependientes de la posición del molar y disposición y forma de sus raíces.

En éste caso se procederá a la siguiente técnica para la cirugía de ésta pieza.



## ODONTOSECCION:

Significa realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos, con el objeto de simplificar la operación. Este método tiene varias ventajas que se concretan en los siguientes puntos:

1. - Se disminuye el tamaño del campo operatorio, lo cual se traduce en menor edema postoperatorio.
2. - Se disminuye o reduce la cantidad de hueso a eliminarse.
3. - Se acorta el tiempo operatorio.
4. - Se suprime casi por completo el trismus postoperatorio.
5. - No hay lesión sobre los dientes vecinos.
6. - Se realiza una lesión mínima sobre el hueso vecino, pues en la extracción se usan elevadores de hoja pequeña que no traumatizan las estructuras peridentarias.
7. - El peligro de fractura del maxilar queda muy disminuido, pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor.
8. - En un gran número de casos se disminuye el peligro de lesión sobre el nervio dentario.
9. - El método previene la fractura en las tablas alveolares externa o interna.

La odontosección puede realizarse con distintos instrumentos como:

- Escoplo ó escoplo automático
- Presas de carburo, o fresas de diamante.

**NOTA:** En pacientes de edad avanzada, con hueso hipercalcificado ó esclerótico, debe realizarse odontosección precedida de la osteotomía,

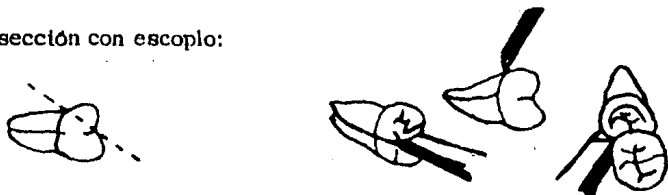
Para la odontosección según el eje mayor del molar deben emplearse los escoplos; para la odontosección según el eje menor deben emplearse las fresas.

Al utilizar las fresas en la odontosección existen dos contingencias en su manejo:

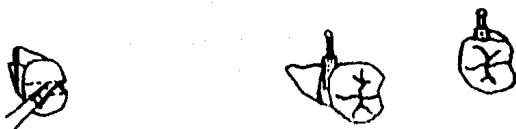
- 1a. Sección insuficiente de la corona debido a que la fresa no logra seccionar todo el tejido dentario, y la corona sigue unida a sus raíces por medio de un tsmo de esmalte-dentina en cantidad variable. En este caso se utiliza un instrumento llamado disyuntor.
- 2a. La fresa puede rebasar los límites de la corona y lesionar las porciones óseas que le rodean o lesionar el conducto dentario inferior con súbita hemorragia y parestesia post-operatoria del labio.

En los siguientes esquemas se observará la odontosección:

Odontosección con escoplo:



Odontosección con fresas:



## 5). - TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

Son dos las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad -- ósea que alojaba el molar:

1. - Eliminación quirúrgica del saco pericoronario. - Fuente de hemorragias, alveolitis (eventualmente neoplásicas), este saco debe ser rigurosamente resecaado de la cavidad ósea donde se aloja. La eliminación de este saco se realiza con cucharillas filosas que permiten separar los dos tejidos: el saco conjuntivo y la cavidad ósea alveolar.

Si existen procesos patológicos como granulomas y osteitis, -- también deberán researse.

Despues se vigilarán los bordes óscos para evitar que queden -- puntas agudas o aristas cortantes que serán eliminadas con pinzas gubias y limas para hueso.

La cavidad debe estar libre de restos de hueso, dientes o cuerpos extraños.

2. - Obturación de la cavidad alveolar.

Sin complicación pericoronaria aparente = Terminado el último paso de la operación se coloca en la cavidad alveolar dos o tres trozos de conos antibióticos, los cuales quedan cubiertos por la sutura posterior previniendo la infección del coágulo sanguíneo.

Con pericoronitis aguda o en latencia = Se debe empaquetar el alveolo con una tira de gasa yodoformada del tamaño de la cavidad - no conservándose por más de 48 hrs.

El objeto del taponamiento es impedir que quede acumulada sangre que originaría alveolitis.

6). - SUTURA:

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, está indicada cuando no existe proceso infeccioso aparente. Se utiliza seda 000.

- Se adapta cuidadosamente el periostio volviendo el colgajo a su sitio original.
- La aguja enhebrada se toma con el portaagujas y se atraviesa primero el colgajo lingual y después el colgajo bucal.
- Se efectúa nudo quirúrgico y se corta el hilo sobrante.
- Se colocarán tantos puntos como el caso lo requiera.

7). - TRATAMIENTO POSOPERATORIO INMEDIATO:

Se debe lavar la cavidad bucal con un atomizador conteniendo solución séptica y aromatizante, para eliminar residuos y sangre y evitar que los coágulos sufran putrefacción.

" TECNICAS QUIRURGICAS EN CASOS CLINICOS MAS FRECUENTES "

1. - RETENCION VERTICAL, SIN DESVIACION, CARA MESIAL

INACCESIBLE:

Clinicamente:

El ángulo mesio oclusal de la corona del tercer molar se encuentra, situado por debajo de las estructuras óseas, por lo tanto la cara mesial no es accesible.

Interpretación Radiográfica:

La cara oclusal es muy poco o nada visible y se encuentra por debajo de la línea oclusal de los demás dientes.

TECNICA QUIRURGICA:     -Extracción por osteotomía u fresa-

- 1). - Con una fresa redonda número 6 a 8 se realizan sobre la tapa ósea a eliminarse, una serie de perforaciones que lleguen profundamente hasta el molar retenido. (figs. 1, 2)
- 2). - Se llenan los orificios creados por la fresa, con ligeros golpes de escoplo o con una fresa de fisura # 557.
- 3). - La tapa ósea se elimina con un escoplo o cualquier instrumento de suficiente solidez. (fig. 3)
- 4). - Con fresa de fisura # 560 se realiza osteotomía en el lado distal del tercer molar llegando hasta la altura del cuello del diente. (fig. 5)

5). - Con fresa redonda # 5 se realiza osteotomía también por el lado mesial. (fig. 5)

6). - Extracción propiamente dicha:

Con elevadores de Winter # 1, 2, 3. El instrumento penetra con una angulación de  $45^{\circ}$  respecto al eje del molar, yendo al encuentro de la cara mesial, se luxa el diente con movimientos finos hacia distal. La pieza se elimina del alveolo con elevador de Winter # 10. (fig. 8)

7). - Tratamiento de la cavidad ósea.

8). - Sutura.

9). - Tratamiento postoperatorio: Inmediato y mediano.

## 2. - RETENCION MESIOANGULAR, AUSENCIA DE DIENTES VECINOS:

### Clinicamente:

Puede presentar resistencia ósea, o la cara oclusal ser poco visible, hay ausencia del segundo molar lo que significa desaparición del punto de contacto mesial.

### Interpretación radiográfica:

Es sumamente importante su estudio antes de intentar la extracción; pues en estos molares aislados cuando se aplica sobre ellos una fuerza exagerada, para intentar extraerlos sin odontosección, puede originarse fácilmente la fractura del maxilar.

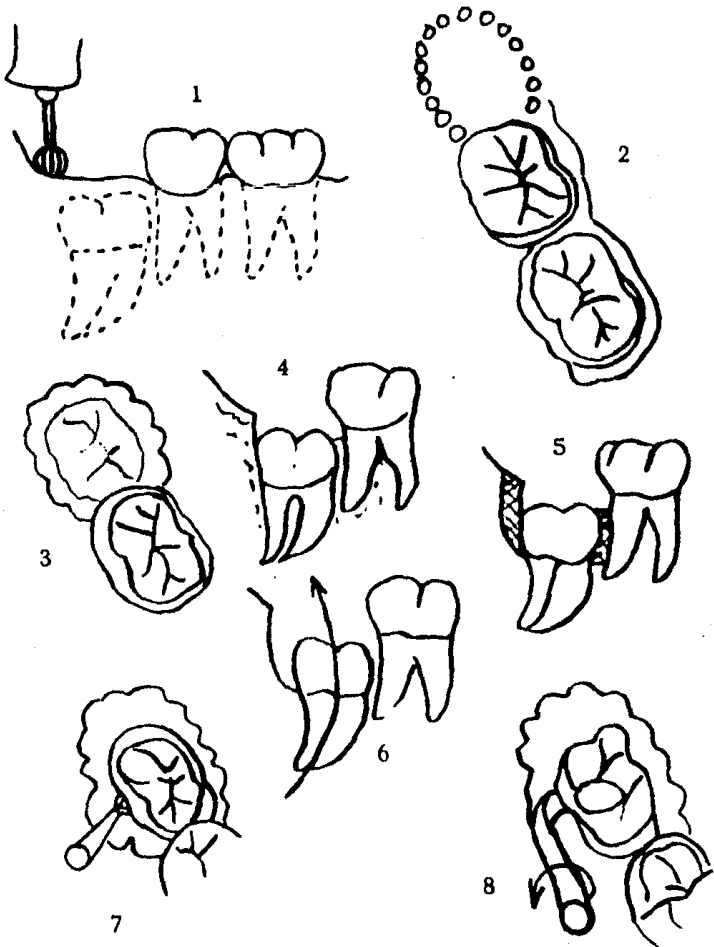
### TECNICA QUIRURGICA:

### -Osteotomía a escoplo-

- 1). - Incisión.
- 2). - Preparación del colgajo.
- 3). - Osteotomía: Con un escoplo fino o de media caña se reseca hueso distal. La resección de hueso por el lado mesial está condicionada por la libertad de acceso a la cara mesial, sobre la cual se aplicará el elevador.
- 4). - Extracción propiamente dicha:

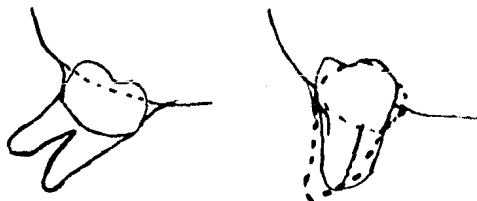
Se utilizan elevadores de Winter # 8 y 12 (R o L) de aplicación mesial. Colocándose entre la cara mesial del molar y la superficie anterior del alveolo, se gira el mango hacia mesial y se consigue elevar el molar hacia atrás y arriba.

-Extracción por esteotomía a fresa-





- 5). - Tratamiento de la cavidad ósea.
- 6). - Sutura.
- 7). - Tratamiento postoperatorio: inmediato y mediano.



Posición mesioangular con ausencia de dientes vecinos

### 3. - POSICION HORIZONTAL, SIN DESVIACION, CARA MESIAL ACCESIBLE:

#### Clinicamente:

Presentan al descubierto la cara oclusal con el ángulo mesoclusal por encima del cuello del segundo molar o por debajo de éste dando un sólido anclaje al tercer molar.

#### Interpretación Radiográfica:

La pared mesial del tercer molar en contacto con la pared distal del segundo molar. La cara oclusal puede no ser visible por superponerse a las cúspides bucales o linguales.

#### TECNICA QUIRURGICA:

#### Técnica de Winter-

- 1). - Incisión.
- 2). - Preparación del colgajo.
- 3). - Osteotomía: Se utiliza osteotomía #2 y 4 (R o L) eliminando la cantidad de hueso distal necesario.

4). - Extracción propiamente dicha:

El elevador se introduce en la cara mesial y el borde óseo, con lo cual el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal, se va aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores con forme se consiga ir aumentando el tamaño del espacio.

5). - Tratamiento de la cavidad ósea.

6). - Sutura.

7). - Tratamiento postoperatorio: Inmediato y Mediato.

4. - POSICION PARANORMAL:

La técnica a emplearse para la extracción varía de acuerdo con la -- profundidad del molar en el hueso y su accesibilidad a la cara mesial.

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

La odontosección se realiza con una fresa de fisura, según el eje ma yor del diente, y dividiendo a éste en dos elementos.

Según la posición del molar se puede extraer primero la raíz, o la -- corona, y a expensas del espacio creado se elimina la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen un serio problema quirúrgico. Una extensa osteotomía y una cuidadosa odontosección del mo-- lar, además de una estudiada conducta.

Se pueden emplear los distintos tipos de elevadores antes menciona-- dos.

## C A P I T U L O X

### " EL POST-OPERATORIO "

**Tratamiento Post-operatorio  
Instrucciones al paciente  
Complicaciones post-operatorias y  
su tratamiento.**

## " EL POST-OPERATORIO "

### TRATAMIENTO POSTOPERATORIO:

- Inmediato = (Se mencionó en los tiempos quirúrgicos).
- Mediante = Es cuando el paciente regresa a su domicilio con las instrucciones para su recuperación. Se le recordará:
  - 1.- Debe regresar a la consulta a las 24 ó 48 Hrs., para revisión -- del lugar de la intervención.
  - 2.- Se practicará un lavaje sobre el sitio operado y sus vecindades.
  - 3.- Los hilos deben retirarse al 4o ó 5o día después de la operación.
  - 4.- La extracción del taponamiento debe ser al 6o ó 8o día, para evitar putrefacción.
  - 5.- Dieta blanda durante las primeras 48 hrs. siguientes a la operación.
  - 6.- Prevención de procesos infecciosos por medio del antibiótico de selección.

### INSTRUCCIONES AL PACIENTE:

Toda operación realizada en la cavidad bucal requiere de cuidados, algunos del paciente y otros por parte del profesional.

El médico dará al enfermo las instrucciones a seguir, por escrito - en una forma ordenada y comprensibles. A continuación ennumeramos los pasos a seguir por el paciente una vez que se encuentre en su casa.

- 1.- Guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto.

2. - Colocar una bolsa de hielo en la cara, sobre la región operada, durante quince minutos, y quince de descanso, por el término de varias horas.
3. - No realizar ninguna clase de enjuagatorios, a menos que se prescriba lo contrario, por el término de 3 hrs.
4. - Si se hubiera dejado en la boca alguna gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.
5. - Después de transcurridas las tres horas, realizar enjuagatorios tibios con una solución de agua y sal. Se repetirán cada dos horas.
6. - En caso de sentir dolor, tomar una tableta del medicamento indicado. Si el dolor no cede se puede repetir ésta tableta cada dos horas.
7. - En caso de hemorragia, se debe colocar sobre la herida un trozo apreciable de gasa esterilizada y morderla durante 30 minutos. Durante ese tiempo se localizará al cirujano y él dará las medidas pertinentes.

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y SU TRATAMIENTO:

- Hemorragia Secundaria: Comúnmente es consecuencia de la incompleta hemostasia de la hemorragia primitiva, del aumento en la presión sanguínea o del indebido ejercicio físico.

Tratamiento:

1. - Quitar de la herida todos los coágulos adheridos.

2. - Irrigación con solución salina para eliminar esquirlas.
3. - Secar el alveolo con gasa estéril.
4. - Determinar si la sangre procede del hueso o de los tejidos gingivales.
5. - Se aplican conos de tiorotricina y trombina o de gelfoam en el punto sangrante.
6. - Se cubre la herida con una compresa de gasa colocada entre las mandíbulas haciendo un poco de presión.

Si la hemorragia ha sido profusa, se hace una transfusión de sangre total; en la mayoría de los casos son suficientes 250 c.c., dosis que se repetirá en caso de ser necesario.

Se debe tener en cuenta si la cifra de hemoglobina ha descendido a menos del 50 % del valor normal y la cifra de eritrocitos es inferior a 3 000 000.

- Osteítis Alveolar o Alvéolo Seco: Es frecuente y desagradable complicación de la odontectomía que se produce cuando se desintegra el coágulo o se expulsa de la herida, aunque es indudable que la infección desempeña un papel importante en la etiología de este proceso.

El síntoma principal es el dolor de intensidad variable; puede ser sordo y ligero o muy intenso y persistente. Hay halitosis, y por lo común al irrigar la herida sale de ella un exudado grisáceo y maloliente que empapa los apósitos.

El proceso no se manifiesta hasta transcurridos 48 ó 72 hrs. después de la operación, y remite en 10 a 20 días.

**Tratamiento:**

1. - Administración de sulfamidas (sulfanilamida o sulfatiazol).
2. - Aplicación de una gasa yodofórmica saturada con guayacol y aceite de oliva a partes iguales o el cemento quirúrgico líquido de Ward. Alivia el dolor durante 24 a 48 hrs. se aplica cada día después del lavado de la herida.
3. - En caso de ser necesario se administran analgésicos e hipnóticos.

- Osteomielitis: La de mayor extensión es muy rara, aunque en casos de osteitis alveolar puede observarse con secuestros de las láminas alveolares o de los tabiques interradiculares.

Puede producir gran cantidad de exudado purulento, pero por lo regular permanece localizada.

El paciente que presenta tumefacción, trismo o dolor puede tener una osteomielitis localizada.

El diagnóstico es radiográfico generalmente porque el paciente no puede abrir la boca, se observan fragmentos necróticos de hueso aislados del resto de la estructura ósea.

**Tratamiento:**

Se efectúa secuestro de los restos observados en la radiografía, lo cual suele extraerse con una cucharilla,

Su curación es rápidamente.

En algunos casos se producen complicaciones de mayor gravedad como Celulitis, Flemones submaxilares y Angina de Ludwig.

La mayor parte de éstas complicaciones pueden atribuirse al inade-  
cuado tratamiento postoperatorio; que de no ceder al tratamiento local, debe  
rá ser considerado como potencialmente grave y el paciente hospitalizado, -  
de manera que se le pueda proporcionar el tratamiento de sostén que no se le  
podría dar en su domicilio.



## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Es muy importante para el cirujano conocer todos los detalles mencionados en éste trabajo, todo acto quirúrgico representa algún riesgo que debe ser comprendido también por el paciente.

Aunque la Cirugía del tercer molar inferior retenido puede ser sencilla, también hay casos en los cuales puede ser lo contrario o presentarse con complicaciones.

La atención al paciente en el consultorio dental no debe limitarse a solucionar el problema del momento, una adecuada inspección de la cavidad bucal y piezas dentales, puede adelantarnos cualquier proceso o patología oportunamente; antes de hacerse sintomático en el paciente con lo cual le habremos evitado problemas posteriores.

## REFERENCIAS

## REFERENCIAS

1. - AKE WAHLIN DR.  
"Tribuna Médica" Revista Científica, 2º No.  
Enero 1974, No. 305, Tomo XXVI-No. 2.
2. - GARCIA VICENTE LUIS.  
"Anestesia Troncular en Estomatología"  
Maribel, Artes Gráficas, Madrid.
3. - KARL SCHUCHRDT  
"Tratado General de Odonto-Estomatología. Cirugía de la Boca  
y los Maxilares" Tomo III, Vol. I. Editorial Alhambra S. A.  
Madrid 1962'.
4. - LESTER W. BURKET.  
"Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento"  
Segunda edición, 1954, Editorial Interamericana.
5. - QUIROZ GUTIERREZ F.  
"Anatomía Humana"  
Tomo I, 5a. edición, Editorial Porrúa 1965.
6. - RIES CENTENO G. A.  
"Cirugía Bucal"  
Editorial El Ateneo, 1975.
7. - RIES CENTENO G. A.  
"Tercer Molar Inferior Retenido"  
Editorial El Ateneo, 1968.
8. - RUSSELL C. WHEELER.  
"Anatomía Dental, Fisiología y Oclusión"  
5a. Edición, Editorial Interamericana.
9. - STERLING V. MEAD. DDS, MS, BS.  
"La anestesia en Cirugía Dental"  
F.A.C.D. 2a. edición.
10. - THOMA KURT DMD.  
"Cirugía Bucal"  
Tomo I, 2a. edición.

11. - THOMA KURT DMD.

"Patología Bucal"

Tomo I, 2a. Edición.

12. - WAITE DANIEL E.

"Cirugía Bucal Práctica"

Primera edición en español, 1978.

Editorial Continental S. A.