



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"ZARAGOZA"

03 No 98

**Cirugía de Terceros Molares Inferiores
Incluidos.**

T E S I S

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

P R E S E N T A N:

MARIA CATALINA MENDEZ JIMENEZ

MARIA TERESA JIMENEZ MIRANDA

MEXICO, D.F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E .

·I

- 1.- Introducción.
- 2.- Fundamentación del tema.
- 3.- Planteamiento del problema.
- 4.- Objetivo general.
- 5.- Objetivo particular.
- 6.- Hipótesis de trabajo.
- 7.- Material y método.
- 8.- Cronograma de actividades.
- 9.- Anatomía de la mandíbula.
 - a).- Músculos de la mandíbula.
 - b).- Huesos de la mandíbula.
 - c).- Irrigación.
 - d).- Inervación.
- 10.- Anatomía quirúrgica del tercer molar inferior.
 - a).- Hueso laminar.
 - b).- Hueso basal.
 - c).- Disposición del hueso a nivel molar.
 - d).- Alveolo del tercer molar.
 - e).- Conducto dentario.
 - f).- Relaciones del alveolo del tercer molar con el conducto dentario.

- 11.- Anatomía dental del tercer molar inferior.
 - a).- Corona.
 - b).- Raíces.
 - c).- El cuello.
 - d).- La cámara pulpar.
- 12.- Clasificación de terceros molares por su ubicación.
- 13.- Diagnóstico estomatológico.
- 14.- Estudio radiográfico del tercer molar.
- 15.- El preoperatorio.
- 16.- Aislamiento del campo operatorio.
 - a).- Material.
 - b).- Sala de operaciones.
 - c).- Posición del paciente, operador y ayudante.
 - d).- Esterilización del campo operatorio.
 - e).- Plan de tratamiento.
- 16.- Anestesia del tercer molar inferior.
- 17.- Técnica quirúrgica en odontología.
 - a).- Incisión.
 - b).- Colgajo.
- 18.- La odontología en la cirugía del tercer molar inferior incluido.

- a).- Indicaciones para la odontosección.
- b).- Osteotomía y odontosección.
- c).- Odontosección con escoplos.
- d).- Retiro de las porciones seccionadas.
- e).- Operación propiamente dicha.
- f).- Sutura.
- g).- Postsoperatorio.
- h).- Eliminación de los puntos de sutura.

La cirugía rama de la medicina comprende una concepción y orientación general de acuerdo con la unidad orgánica que para el logro de sus fines utiliza todos los elementos puestos a su alcance.

Para poder realizar una cirugía, en éste caso la del tercer molar inferior incluido, debemos hacer una amplia exploración para poder valorar y clasificar el padecimiento, conocer la zona anatómica de los diferentes elementos que tienen contacto con él, además tener conocimiento sobre anestesia - para poder prevenir el dolor y conocer los medicamentos con los que vamos a prevenir o combatir la infección.

De lo anterior se desprende que la técnica quirúrgica - nos enseña los procedimientos adecuados, habilidad y destreza para llevar a cabo la intervención sin complicación.

Debemos contar con una historia clínica completa, con -- un estudio radiográfico para poder hacer la clasificación - y conocer de antemano los problemas con los que nos podemos encontrar al realizar la intervención, así mismo con un plan de tratamiento exacto.

Son diferentes los casos en los que se lleva a cabo la cirugía del tercer molar inferior incluido;

En la erupción parcial hay acumulación de alimentos, provocando impactación de alimentos, inflamación y caries, por lo que está indicada la extracción como medida profiláctica.

Cuando no hacen una erupción normal puede haber una compresión del nervio dental inferior y esto puede traer como consecuencia neuralgias e irritabilidad.

Cuando hay formación de quistes dentígeros encapsulando la corona del diente.

De lo anterior se desprende que hay que llevar a cabo la cirugía de los terceros molares inferiores incluidos y para poder hacerlo a continuación veremos como es posible llegar a realizarlo con el mínimo de tiempo, trabajo y traumatismo.

PROYECTO DE TESIS

A).-TITULO DEL PROYECTO

Cirugia de terceros molares inferiores incluidos.

B).-AREA ESPECIFICA DEL PROYECTO

Cirugia

C).-PERSONAS QUE PARTICIPAN

Asesor;Dr Ricardo Payán G. .

Alumnas;Ma Teresa Jiménez Miranda.

Ma Catalina Méndez Jiménez.

D).-FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

Los terceros molares incluidos siempre han sido un grave problema en el trabajo cotidiano del Cirujano Dentista y podemos decir que en el aspecto quirúrgico son un tema de resolver que requiere de una gran habilidad y amplios conocimientos.

Este problema se agudiza más, cuando no se cuenta con el auxilio de un estudio completo y radiografico, para poder determinar la posición exaxta de éstos, dentro de la cavidad bucal.

Quizá algunos Cirujanos Dentistas rehuyan a enfrentarse

a éste problema, ya que es bien sabido la serie de patologías que ocasionan éstos molares en la cavidad bucal.

La solución a éste problema es la cirugía, es por eso que se echará mano de todos los conocimientos de anatomía y cirugía relacionados con la cavidad bucal. Así como el Cirujano - Dentista, debe estar actualizado en todo momento para dar solución a los casos que se le presenten.

E).- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se considera necesario que para poder llevar a cabo la cirugía de los terceros molares inferiores inoluidos, el hacer un estudio completo del paciente, como de éstos mismos para poder valorar y clasificar el problema presentado. Amén de poseer los conocimientos para poder prevenir una infección, disminuir el dolor y la inflamación.

De todo esto se desprende que la cirugía de terceros molares inferiores inoluidos, se debe realizar con el mínimo de tiempo, trabajo y traumatismo.

Nos interesamos más en la cirugía de los terceros molares inferiores, debido a que el índice de frecuencia con que se presentan éstos casos, es mas elevado que el de los superiores.

F).- OBJETIVOS

Objetivo general; Que el cirujano dentista tome conciencia de los problemas que se presentan en el consultorio a su responsabilidad, y además de la necesidad de estar constantemente actualizado en cuanto a los conocimientos quirúrgicos de sedación, de antisepsia y en general para la buena, rápida y eficaz atención del paciente.

Objetivo particular ; Que el cirujano dentista adquiera los conocimientos y habilidades necesarios para tratar los casos que se presenten al consultorio, referentes a terceros molares incluidos, atendiendo a la amplia frecuencia con que se presentan éstos, tomando en cuenta todos los requisitos necesarios para su rápida y atraumática intervención .

G).-HIPOTESIS DE TRABAJO

Si el problema de los terceros molares incluidos tiene un porcentaje de presencia , es factible considerarlo como un problema a resolver, digno de tomarse en cuenta en la odontología.

Dando entonces como una viable solución al mismo el estudio anatómico de la zona afectada por éste, para que en forma directa y con ayuda de la cirugía se erradique evitando a

sí sus secuelas dentro de la cavidad bucal.

H).- MATERIAL Y METODO.

Se tomará material de diversos medios de información, como son, revistas actualizadas, encuestas de algunos casos clínicos tomados de los archivos de diferentes instituciones, entrevistas realizadas a dentistas particulares y libros.

Se utilizará el método científico basandose en la hipótesis.

I).- BIBLIOGRAFIA QUE APOYA AL PROYECTO.

a).- Guillermo A. Ries Centeno.

Tercer molar inferior retenido, 8a edición, editorial Ateneo, Buenos Aires, 1979.

b).- Winter.

Exodoncia G.B.

Barcelona, Pubul S.A, 1978.

c).- Archer.

Cirugía bucodental II ed.

Editorial Mundi Buenos Aires 1978.

J).- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

En sí el tema a desarrollar se llevará a cabo en cuatro meses aproximadamente, esperando que lo realizado sea de

utilidad e interes del lector.

Durante el primer mes se hará una recopilación de datos en revistas actualizadas (1978-79 y 80) y de fichas bibliográficas. En las siguientes dos semanas se harán encuestas a instituciones y entrevistas a dentistas de práctica particular.

Del material obtenido se procederá a seleccionarlo y a clasificarlo, para posteriormente integrarlo de acuerdo al objetivo. Para la realización de éste emplearemos dos meses y medios aproximadamente.

En base a éste material y utilizando los métodos de entrevistas y estadísticas se llegó a la conclusión que era importante el estudio de éste problema, La cirugía de terceros molares inferiores incluidos.

INTRODUCCION

La cirugía, rama de la medicina comprende una concepción y orientación general de acuerdo con la unidad orgánica que para el logro de sus fines utiliza todos los elementos puestos a su alcance .

Para poder realizar una cirugía, en éste caso la del tercer molar inferior incluido, debemos hacer una amplia exploración para poder valorar y clasificar el padecimiento, conocer la zona anatómica de los diferentes elementos que tienen con él, además tener conocimiento sobre anestesia para poder prevenir el dolor y conocer los medicamentos con los que vamos a prevenir ó combatir la infección.

De lo anterior se desprende que la técnica quirúrgica - nos enseña los procedimientos adecuados, habilidad y destreza para llevar cabo la intervención sin complicación.

Debemos contar con una historia clínica completa, con un estudio radiográfico para poder hacer la clasificación y conocer de antemano los problemas con los que nos podemos encontrar al realizar la intervención, así mismo con un plan de tratamiento exacto.

Son diferentes los casos que se lleva a cabo la cirugía del tercer molar inferior incluido.

En la erupción parcial ha' acumulación de alimentos, provocando impactación de alimentos, inflamación y caries por lo que está indicada la extracción como medida profiláctica.

Cuando no hacen una erupción normal puede haber compresión del nervio dental inferior y esto puede traer como consecuencia neuralgias e irritabilidad.

Cuando hay formación de quistes dentígeros encapsulando la corona del diente.

De lo anterior se desprende que hay que llevar a cabo la cirugía de los terceros molares inferiores incluidos y -- para poder hacerlo a continuación veremos como es posible -- llegar a realizarlo con el mínimo de tiempo, trabajo y traumatismo.

Los músculos que se insertan en la mandíbula y que intervienen en sus movimientos son los siguientes;

Masetero.— Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Se haya constituido por un haz superficial más voluminoso, dirigido - oblicuamente hacia abajo y atrás, y otro haz profundo, oblicuo hacia abajo y adelante. Ambos haces se hallan separados por un espacio constituido por tejido adiposo.

El haz superficial se inserta en su parte superior sobre los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático, en su parte inferior en el ángulo del maxilar inferior y sobre la cara externa de éste. Su inserción superior se realiza a una aponeurosis que se origina mediante numerosas - láminas aguzadas hacia el tercio medio del músculo. El haz profundo se inserta por arriba, en el borde inferior y en la cara interna de la apófisis cigomática, sus fibras se dirigen hacia abajo y adelante, terminando sobre la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Su cara externa se halla cubierta por aponeurosis - masesterina, por fuera de la cual se encuentra tejido conjuntivo con la arteria transversa de la cara, la prolongación masesterina de la parótida, los ramos nerviosos del facial, el cigomático mayor y menor, el risorio y cutaneo del cuello.

La cara profunda del masetero está en relación con la escotadura sigmoidea, la arteria y nervios masesterinos que lo atraviesan, con la apófisis coronoides y confundiéndose con las fibras del temporal.

En la parte inferior del borde anterior se relaciona con la arteria y la vena faciales, mientras que su borde posterior se halla en relación con la cara externa de la rama ascendente del maxilar y la glándula parótida.

Con respecto a su inervación; su cara profunda está en relación con el nervio masesterino, que es un ramo del maxilar inferior, su función es elevar el maxilar inferior.

Pterigoideo Interno.- Músculo cuadrilátero que en su parte superior se inserta sobre la cara interna de la apófisis pterigoides, dirigiendo sus fibras hacia abajo, atrás y afuera para terminar en laminas tendinosas que se fijan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente, sus fibras se prolongan hacia afuera que dan la impresión de unirse con las del masetero.

Por su cara externa se halla en relación con el pterigoideo externo, con la cara interna de la rama ascendente -- del maxilar constituye éste músculo un ángulo diedro por donde se deslizan el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios.

Su inervación está dada por el nervio maxilar inferior, recibiendo un ramo directo de éste.

Su función es principalmente el de elevar el maxilar inferior, proporcionándole también pequeños movimientos de lateralidad.

Pterigoideo Externo.— Se extiende de la apófisis pterigoides al cuello del cóndilo de la mandíbula, dividido en dos haces, uno superior ó esfenoidal y otro inferior ó pterioi dal. El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, constituyendo la bóveda de la fosa oigómatica y la cresta esfenotemporal. El haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Las fibras de ambos haces convergen hacia fuera y terminan uniéndose al insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo, en la capsula articular y en el menisco inter articular.

El pterigoideo externo en su parte superior se ha--

lla en relación con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y el maseterino, pasando entre sus fascículos el nervio bucal.

Su cara anteroexterna está en relación con la escotadura sigmoidea, con la inserción coronoidea del temporal. Su cara posterointerna se relaciona con el pterigoideo interno - con el que se entrecruza por la cara anterior de éste, con los nervios, vasos linguales y dentarios inferiores, su extremidad externa rodea el cuello del cóndilo.

Su inervación está dada por el nervio bucal. La acción alternada de los pterigoideos externos de uno y otro lado produce movimientos de vaivén del maxilar inferior, hacia adelante y hacia el lado opuesto.

Temporal.- Músculo en forma de abanico y bordes delgados, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior, se fija por arriba en la línea de la fosa temporal y en la cara profunda de la aponeurosis temporal y en la cara interna del arco cigomático.

Desde éstos lugares sus fibras convergen sobre una línea fibrosa, la cual se va estrechando hacia abajo y termina por construir un fuerte tendón que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides. Por su cara superficial se relaciona con la aponeurosis del temporal, los vasos y nervios temporales superficiales, el arco cigomático y la par-

te superior del masetero, su cara profunda queda en contacto - directo con los huesos de la fosa temporal, se halla también - en relación con los nervios y arterias temporales profundas - anteriores, medias y posteriores y las venas correspondientes - en su parte inferior, relacionandose también con los pterigoideos y el bucinador.

De la inervación del temporal se hallan encargados - los tres nervios temporales profundos que son ramos del maxilar inferior. Su función es elevar el maxilar inferior y dirigirlo hacia atrás, interviniendo sus haces posteriores.

Buccinador.- Se extiende desde ambas mandibulas a - la comisura de los labios y constituye la pared lateral de - la cavidad bucal.

Por atrás se inserta en la parte posterior del re-- borde alveolar de los maxilares en la parte correspondiente de los tres últimos molares, así como en el ala interna de la apófisis pterigoides, en el ligamento pterigomaxilar y en el borde anterior de la rama ascendente, convergiendo sus fibras hacia la comisura de los labios y terminan en la cara profunda de la piel y de la mucosa de esa comisura.

En su porción posterior está en relación con el constrictor de la faringe que también se inserta en el ligamento pterigomaxilar, en su porción comisural se relaciona con el --

orbicular de los labios, el canino, triangular de los labios y cigomático. Su cuerpo muscular está interiormente en contacto con la mucosa bucal y por fuera por la rama ascendente del maxilar inferior, con la aponeurosis coronoides del mismo, en el músculo temporal, el masetero del que está separado por la bota adiposa de Bichat, con el nervio bucal, la arteria y venas faciales y con el canal de Stenon que atraviesa el buccinador para desembocar a nivel del segundo molar superior.

El músculo buccinador se halla cubierto por la aponeurosis del mismo nombre, la que se inserta por atrás, al mismo tiempo que la aponeurosis maseterina, en el borde anterior de la apófisis coronoides, por arriba y por abajo se fija en los rebordes alveolares correspondientes. La aponeurosis del buccinador fuerte y resistente en sus parte posterior se adelgaza poco a poco hacia adelante.

Su inervación está dada por los ramos de los nervios temporofaciales y cervicofacial, interviniendo únicamente en su parte sensitiva.

Por su contracción éstos músculos mueven hacia atrás las comisuras de los labios, ampliando el diametro transversal del orificio bucal, por otro lado cuando los carrillos se hallan distendidos la contracción de los buccinadores los comprime contra los arcos alveolares e influyendo por consiguiente en los movimientos de la masticación y en el silbido.

Milohioideo.- Entre los dos milohioideos se forma el suelo de la boca, su forma es planada y más ó menos cuadrangular y se extiende del maxilar inferior al hueso hioides.

La inserción superior del milohioideo se hace en la línea milohioidea del maxilar inferior, se dirige después hacia abajo y adentro y mientras sus fibras posteriores se insertan, en la cara anterior del hueso hioides, las anteriores lo hacen en un rafé aponeurótico que se extiende de la sínfisis mentoniana al hueso hioides.

MANDIBULA.

A la mandíbula se le considera un cuerpo y dos ramas. Su cuerpo tiene forma de herradura cuya concavidad se halla vuelta hacia atrás, distinguiéndose en el dos caras y dos bordes.

En su cara externa, en la línea media presenta una rugosidad vertical, la sínfisis mentoniana. En dirección del borde inferior, ésta rugosidad se ensancha formando una zona triangular, la eminencia mentoniana, en cuyos ángulos basales, están los tubérculos mentonianos, por debajo de los incisivos hay una fosa superficial donde se origina el músculo borla de la barba, por abajo del espacio interpremolar se observa el agujero mentoniano, por el que pasan los vasos y nervios mento

nianos ésta línea brinda inserción hacia adelante al músculo cuadrado de la barba y el triangular de los labios. Por abajo de ésta línea se inserta el cutaneo del cuello hacia el borde inferior.

En la porción superior se observan los alveolos, - recibiendo el nombre de porción alveolar. El borde inferior, - llamado también base del maxilar inferior y a cada lado de - la sínfisis presenta la fosita digástrica.

En la cara interna del cuerpo al igual que en la - externa, muestra una línea diagonal, la línea oblicua interna - ó milohioidea, donde el músculo milohioideo se une al del lado opuesto por arriba de la fosa digástrica, los milohioideos forman un diagrama muscular para el suelo de la boca, a ambos lados de la sínfisis se observan las apofisis geni, donde se insertan el geniogloso y el geniideo, a menudo las apofisis - se fusionan formando la espina mentoniana.

La rama del maxilar es plana, su borde anterior se proyecta en un pico, la apófisis coronoides, el borde posterior, inclinado hacia atrás termina en el cóndilo del maxilar - éste queda separado de la apófisis por el borde superior con cavo y delgado llamado escotadura sigmoidea.

La cara externa de la rama del maxilar, brinda inserción al masetero, quedando en contacto con la parótida. En la cara interna por arriba de su porción central el orificio superior del conducto dentario inferior, conduciendo los vasos y nervios del mismo nombre, que llegan a las raíces de los dientes, a la altura de los premolares se dirige hacia afuera y atrás hasta alcanzar la superficie del agujero mentoniano.

Hacia abajo del orificio superior del conducto dentario y de la línea milohioidea, donde pasan vasos y nervios del mismo nombre, detrás del canal de la mandíbula se inserta el pterigoideo interno y en el borde posterior del ángulo estilomaxilar, una laminilla delgada, llamada llingula ó espina de spix, cubre el agujero.

La apófisis coronoides es degada y triangular en su cara interna y en sus bordes se inserta el músculo temporal. La apófisis coronoides se palpa facilmente haciendo presión sobre el masetero relajado después de abrir la boca en esas circunstancias, la apófisis desciende por atrás del hueso malar.

El condilo del maxilar inferior se proyecta hacia arriba, atrás y adentro, por una porción estrecha en sentido -

anteroposterior, llamada cuello, su eje mayor tiene dirección - interna y ligeramente hacia atrás y abajo. En la cara anterior del cuello se inserta el pterigoideo externo, en la externa -- el temporomandibular y el nervio auriculotemporal queda por - atrás.

Osificación.- La mandíbula está formada por tejido esponjoso, recubierto por tejido compacto. Su osificación se -- efectúa en una membrana que cubre la cara externa del cartilago del arco mandibular, el cartilago de Meckel, hacia la sexta semana de vida intrauterina, aparece un centro de osificación para cada mitad de hueso, ambas porciones se unen al principiar el segundo año de vida.

ARTERIAS Y VENAS.

Las arterias y venas que irrigan el maxilar inferior son:

La arteria carótida externa, se halla comprendida entre la bifurcación de la carótida primitiva y el cuello del cóndilo del maxilar inferior, lugar donde emite sus ramos terminales; La maxilar interna y La temporal superficial.

Emite en su trayecto seis ramos colaterales, de los cuales tres marchan hacia adelante, siendo éstos la tiroidea superior, la lingual y la facial, la occipital y la auricular posterior, se dirigen hacia atrás, la faríngea inferior hacia adentro y afuera.

De sus ramos calaterales, que tiene interés para nosotros es el facial.

La arteria facial.- Nace inmediatamente por arriba de la arteria lingual y asciende por detrás de la glándula submaxilar, cruza el constrictor medio de la faringe y el estilogloso, la arteria sigue un curso descendente anterior entre la cara externa de la glándula submaxilar y el músculo pterigoideo interno hasta el borde del maxilar inferior, sigue un -

trayecto sinuoso entre los músculos faciales hasta la comisura del ojo, situándose delante de la vena facial.

Cerca de su nacimiento la arteria facial emite la arteria palatina inferior o ascendente, que cubierta por el estilodioso llega arriba del constrictor superior de la faringe descendiendo hasta el paladar blando, la arteria facial emite tres o cuatro arterias submaxilares para la glándula submaxilar y la arteria submentoniana, que se dirige hacia adelante sobre la superficie del milohioideo, para distribuirse en los músculos y las glándulas adyacentes y terminar en la piel de la barbilla.

La arteria facial emite ramos como; La arteria coronaria inferior, la coronaria superior y la del ala de la nariz que se distribuye en piel, mucosa y glándulas.

Su ramo terminal es la arteria angular y dentro de éste ramo tenemos a la maxilar interna.

La arteria maxilar interna nace a nivel del cuello del cóndilo y termina a nivel de la fosa pterigomaxilar con la arteria esfenopalatina. Por detrás del cuello da nacimiento a la arteria auricular profunda ó timpánica, que se distribuye en la articulación temporomaxilar.

Profundamente con relación al maxilar inferior nacen ;La arteria meningea media,meningea menor y dentaria inferior.En la porción de su trayecto sobre el pterigoideo externo,la arteria maxilar interna envia arterias pterigoideas a los músculos homónimos, y da origen a la arteria temporal profunda anterior,maseterina y bucal,alveolar e infraorbitaria, palatina inferior ó descendente de la que se desprende la arteria vidiana.

La dentaria unferior desciende hacia abajo y hacia afuera,penetra al conducto dentario y sale por el agujero --mentoniano terminando en las partes blandas del mentón,alcanzando los ápices de las piezas dentarias,emitiendo el cojine te apical y el ligamento piramidal.

Dentro de las venas tenemos a las ramas arteriales de la carótida externa que forman tres troncos que desembocan en la yugular interna y son el tronco tirolinguo facial que lo constituye la vena tiroidea superior,la tiroidea media -- la inferior,las venas linguales,las raninas,la facial,las -- del ala de la nariz,la maseterina,la alveolar,la palatina,la submentoniana y las venas de las glándulas submaxilares.

El tronco temporofacial,está formado por la unión de las venas temporal superficial y maxialr interna que a

nivel del cuello del maxilar se unen para formar el tronco -
temporomaxilar que atravieza la parótida. Al salir de ésta --
glándula y a la altura del ángulo del maxilar forma la yugu-
lar interna, la vena facial, la lingual y la tiroidea superior.

Tronco auriculooccipital, formado por la vena auricu-
lar posterior y vena occipital.

VASOS LINFATICOS.

Los vasos linfáticos son conductos membranosos de paredes muy delgadas y de aspecto en forma de nervio guardando íntima relación con el sistema de vasos sanguíneos. Es en ellos donde circula la linfa y el quilo antes de reintegrarse al sistema venoso.

Los linfáticos de la cabeza son, El círculo ganglionar pericervical que está constituido por diversos tipos de ganglios;

Entre los tipos de ganglios tenemos al grupo suboccipital, el mastoideo, el grupo parotideo, el grupo submaxilar el grupo suprahióideo ó submentoniano y el retrofaringeo.

Los ramos aferentes y eferentes de éstos ganglios serán los suboccipitales, los parotideos, los submaxilares, recibiendo linfa de la cara, encías, del labio superior e inferior y reborde de lengua. Los suprahióideos la reciben del labio inferior, parte media del mentón, encía incisiva inferior, piso de la boca y cara inferior de la lengua.

Los ramos eferentes de todos: éstos ganglios desembocan en la cadena carotídea.

INERVACION.

El nervio Trigémino es el más importante para nosotros, es un nervio mixto que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales, llevando las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

El trigémino da origen a tres ramas; La oftálmica, la del maxilar superior y la del maxilar inferior. De éstas ramas veremos a la del maxilar inferior.

El trigémino es un nervio mixto que nace del borde anteroexterno del ganglio de Gasser, formado por una raíz motora y una sensitiva. Se divide en dos troncos, uno anterior que proporciona tres ramos; El temporobucal y el temporomaseterino el tronco posterior emite cuatro ramas, una de ellas es común a los nervios del pterigoideo interno, peristafilino externo y músculo del martillo, el nervio aurículo temporal, el dentario y el lingual.

El nervio dentario será el único que desglosaremos a continuación, originado por el maxilar inferior y siendo el más voluminoso toma la dirección del tronco y desciende entre la cara externa del pterigoideo interno y externo, penetra en

el conducto dentario junto con la arteria dentaria inferior, se dirigen en el agujero mentoniano dividiéndose en sus ramas terminales.

El dentario inferior emite diversas ramas colaterales y terminales; dentro de las colaterales, la rama anastomótica del lingual se desprende de la región interpterigoidea y se dirige hacia abajo para alcanzar al lingual. El nervio milohioideo emana del tronco cuando éste penetra al conducto dentario, introduciéndose en el canal milohioideo y suministra ramos para el milohioideo y para el vientre anterior del digástrico.

Los ramos dentarios nacen en el conducto dentario y van a inervar a los molares, premolares, canino molar inferior y encía que los cubre.

Sus ramas terminales son dos; El nervio incisivo se continúa con el tronco y se mete en el conducto incisivo, proporcionando ramas a los incisivos y caninos, el nervio mentoniano sale por el agujero mentoniano y se esparce en diversas ramas, distribuyéndose por el mentón, y el labio inferior.

ANATOMIA QUIRURGICA
DE LA
REGION DEL TERCER MOLAR

La región del tercer molar inferior está situada en el ángulo diedro de unión de las dos partes componentes de la mandíbula, la rama montante y el cuerpo. Esta región puede considerarse limitada por dos planos; 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.

HUESO MESIAL.—Se denomina hueso mesial a la porción ósea que se halla entre la cara mesial del tercer molar retenido y la cara distal del segundo.

HUESO DISTAL.—El hueso distal cubre la cara homónima del tercer molar inferior retenido, se halla reforzado por un agujero nutricio, dicho agujero nutricio da paso a los vasos correspondientes que irrigan esta sección. El hueso distal puede hallarse destruido o bien haber desaparecido por la presencia de algún proceso patológico, considerándolo por esto la clave de la cirugía.

HUESO EUCAL.-Se considera como tal a la porción ósea que cubre la cara bucal del tercer molar, corona o raíces, se extiende desde el borde alveolar, hasta la línea oblicua externa y de mesial a distal, su espesor es ancho, su consistencia y disposición son variables para cada tipo de retención.

HUESO LINGUAL.-El hueso lingual es el hueso que cubre la cara lingual del tercer molar inferior o la porción radicular del normalmente erupcionado, es de escaso espesor y sus límites son iguales a las de el hueso bucal, pudiendo estar viciado por algún proceso patológico.

HUESO OCLUSAL.-Al hueso que cubre la cara triturante del tercer molar retenido se le denomina, hueso oclusal, éste hueso puede cubrir totalmente la cara del tercer molar o solo una pequeña parte, dependiendo de las distintas posiciones del molar, formado por dos delgadas tablas de hueso compacto y entre ellas una pequeña cantidad de hueso esponjoso.

HUESO BASAL.-Se denomina así al hueso que se encuentra debajo de las raíces del tercer molar retenido en posición vertical, mesioangular o distoangular, en otras posiciones el hueso basal se confunde con las regiones óseas vecinas, pudiendo ser asiento de procesos patológicos, como granulomas, absce-

sos ,quistes paradentarios.

DISPOSICION DEL HUESO A NIVEL DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Formado por las dos tablas óseas, la cortical externa y la interna, en distinta relación y variedad del tercer molar con el alveolo, dependiendo, de la altura del hueso, el ancho del mismo y posición del molar incluido que se encuentra más cerca de la tabla interna. El macizo óseo se encuentra proyectado lingualmente a la arcada dentaria y al trayecto del cuerpo del maxilar.

La cortical externa y la interna se encuentran constituidas por el hueso interradicular, de tipo esponjoso, la disposición de éste entre las dos tablas del maxilar se presenta en forma de óvalo, surcado a distinta altura por el conducto dentario. El tejido esponjoso no es uniforme, sus trabéculas se disponen en sistemas, espesandose según las necesidades de la mecánica masticatoria.

La mandíbula está reforzada en su arquitectura por líneas, columnas arcos y trazos óseos que le permiten resistir distintos esfuerzos y tracciones que sobre ella se ejercen.

La cortical ósea del maxilar inferior responde a las necesidades de su fisiología, por lo que se desprende que es una

cortical poderosa, desarrollada masiva y mecanicamente dispuesta en tal forma que las fuerzas esparcidas sobre el maxilar - tienen una mecánica distribución.

De la apófisis coronoides desciende una columna sólida y rígida que recorre el borde anterior del maxilar, continuándose en la línea oblicua externa y con el arco alveolar inferior. De la cara interna del vértice de la apófisis desciende la cresta temporal, se relaciona con la línea milohioidea y -- con el arco alveolar interno.

En el cóndilo nacen dos columnas que se dirigen hacia la cara interna y externa del maxilar, las condilares, que se relacionan y se refuerzan por fuera con el arco alveolar inferior externo y por dentro con el homónimo interno y la línea milohioidea. Otra columna condilea de sólida construcción que constituye el borde posterior del hueso es el borde parotídeo que se continúa con el arco alveolar inferior.

ARCOS.-El borde inferior del maxilar está formado por un sólido arco, producto de la unión de las corticales, interna y externa, constituyen el arco nasal que se une con la columna condilar. La arcada alveolar inferior está surcada en toda su extensión por una línea de refuerzo originada de la cortical

molar ubicado por dentro de las tablas externa e interna, 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, la dolgadéz de ésta tabla explica la facilidad de la fractura en las maniobras exodónticas, y es la causa de que el molar, impulsado en el acto quirúrgico por movimientos imprudentes o mal dirigidos pueden desgarrar la tabla lingual o introducirse en el piso de la boca.

CONDILO DENTARIO.-El cóndilo labrado en el interior del hueso está protegido por una cortical que le es propia, pudiendo faltar en algunos casos, tiene un trayecto de arriba a abajo y de atrás hacia adelante, terminando a nivel del agujero mentoniano.

Después de la extracción del molar retenido se ha comprobado que la cortical no existe en ocasiones, algunas veces se puede notar una abertura de dimensiones variables que daba entrada al conducto. Por lo general una abundante hemorragia a nivel de la comunicación nos advierte, durante las maniobras quirúrgicas la ausencia del hueso y la lesión del vaso sanguíneo contiguo.

Considerando el conducto, en los distintos planos del es

molar ubicado por dentro de las tablas externa e interna, 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, la delgadez de ésta tabla explica la facilidad de la fractura en las maniobras exodónticas, y es la causa de que el molar, impulsado en el acto quirúrgico por movimientos imprudentes o mal dirigidos pueden desgarrar la tabla lingual o introducirse en el piso de la boca.

CONDILO DENTARIO.—El cóndilo labrado en el interior del hueso está protegido por una cortical que le es propia, pudiendo faltar en algunos casos, tiene un trayecto de arriba a abajo y de atrás hacia adelante, terminando a nivel del agujero mentoniano.

Después de la extracción del molar retenido se ha comprobado que la cortical no existe en ocasiones, algunas veces se puede notar una abertura de dimensiones variables que daba entrada al conducto. Por lo general una abundante hemorragia a nivel de la comunicación nos advierte, durante las maniobras quirúrgicas la ausencia del hueso y la lesión del vaso sanguíneo contiguo.

Considerando el conducto, en los distintos planos del eg

pacio , presenta dos tipos de curvatura; en el plano sagital hay dos segmentos, el posterior de la curva se extiende desde la espina de Spix hasta las vecindades del primer molar, el -- segmento anterior desde éste molar hasta el agujero mentonia-- no.

El primer segmento en su iniciación presenta un infundíbulo con hueso compacto, espeso y consistente que va disminuyendo a medida que desciende, el conducto dentario se desliza por debajo de las raíces del tercer molar.

En plano horizontal, el conducto se dirige próximo a la tabla interna del maxilar, situándose en distintas posiciones con respecto a éste plano en relación con el tercer molar, por lo general el conducto es externo en relación al diente, esto es válido para los casos del tercer molar normalmente erupcionado. En los casos de terceros molares desviados hacia el lado bucal, el conducto puede ser lingual respecto al diente.

RELACIONES DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.- Dado que su importancia es fundamental para la utilización de la técnica quirúrgica correcta para evitar lesiones sobre el conducto y su contenido, dependiente de distintos factores: posición, longitud de sus raíces, altura

y espesor del cuerpo mandibular tenemos los siguientes tipos:

PRIMER TIPO.--Siendo el tipo más frecuente, el conducto está en contacto con el fondo del alveolo del tercer molar.

SEGUNDO TIPO.--Existe una franca distancia entre el conducto y los ápices de los molares inferiores, este tipo se presenta en individuos con un cuerpo de maxilares y molares con raíces cortas, la inversa se puede comprobar en casos de maxilares y dientes largos.

TERCER TIPO.--Es en el que se presenta en individuos jóvenes en donde todos los dientes están en íntima relación con el conducto.

Por supuesto que muchos de los casos se apartan de los tipos citados anteriormente, por ejemplo en donde los ápices del tercer molar descienden por debajo del piso del conducto, estando éste elemento situado en la cara bucal de las raíces y menos frecuente en su lado lingual. La cortical del conducto está por lo general respetada en su integridad, pero en muchos casos no existe en las vecindades del tercer molar, división alguna ni tabique que separe al diente del paquete vasculonervioso.

Lo que se observa en múltiples ocasiones es la existen--

cia de un surco de variable profundidad en una de las caras radicales del tercer molar, probablemente debido al modelado de la raíz sobre el conducto dentario. Hay algunos terceros molares inferiores en donde las raíces abrazan en forma incompleta dicho elemento. En algunos casos de extracción del tercer molar se presenta que éste se mantiene unido por una "banda elástica", en el fondo del alveolo tratándose del paquete vasculonervioso dental inferior.

Por éstas condiciones anatómicas la extracción del tercer molar retenido produce la sección o traumatismo del contenido del conducto, dando como resultado consecuencias postoperatorias, como anestias leves, prolongadas o definitivas del labio. (parestesia). Muchos de éstos casos pueden preverse radiográficamente y será conveniente advertir de ello a los pacientes, ya que pudiera presentarse inesperadamente en molares alejados del conducto.

PERIOSTIO.-El maxilar inferior como todo hueso está cubierto por una membrana fibrosa llamada periostio, se continúa con la arcada dentaria donde se interrumpe del lado bucal y lingual por ésta. A nivel del borde óseo, las fibras se entrecruzan con las propias del parodonto y las gingivales, forman-

do una sola cubierta, su color en el hueso es blanco pálido.

El periostio lesionado realiza mal su función osteogénica, por lo que al hacer un corte éste debe ser neto para no traumatizar dicho elemento. Después de su desprendimiento por medios quirúrgicos, de su línea de inserción a nivel del borde alveolar se puede separar con instrumentos adecuados y con relativa facilidad del hueso subyacente sin lesionarlo. A nivel del tercer molar, el periostio está adherido a la mucosa que lo cubre y rodea.

MUCOSA ALVEOLAR.— La mucosa que reviste la cavidad bucal y que tapiza la región del tercer molar se divide en dos; Mucosa alveolar que comienza en el surco vestibular cubriendo el alveolo hasta su reborde o cresta; encaja propiamente dicha que se extiende desde la cara alveolar hasta el borde gingival. La mucosa puede no presentar solución de continuidad, cubriendo el arco alveolar del lado bucal al lingual o presentando una abertura de grado variable, por donde harán erupción una o varias cúspides del molar retenido o la erupción en su totalidad.

La mucosa alveolar está formada por epitelio pavimentoso estratificado y el córion con sus papilas correspondientes, la mucosa se implanta en la submucosa, de espesor y estructura va

riable, la que se asienta sobre la cara externa del periostio, contrayendo íntima relación con éste último que no impide en ningún momento la separación de su tejido vecino.

El tejido gingival en los molares parcialmente erupcionados, no están histológicamente sanos, por lo general son asiento de procesos inflamatorios de variable intensidad, originándose a sus expensas y a la del saco pericoronario complicaciones mucosas en la erupción. El tejido gingival pericoronario se halla en estado de inflamación aguda o crónica, pudiendo ser puerta de entrada a la infección o susceptible a propagaciones infecciosas con motivo del acto quirúrgico.

SACO DENTARIO.— Producto de una condensación del mesodermo, el saco dentario posee funciones odontogénicas específicas rodea al folículo y acompaña al diente en el período de la erupción dentaria. Si un diente se encuentra retenido en el maxilar, el saco dentario rodea su corona insertándose a nivel de su cuello.

Este saco mantiene en un tiempo indefinido su función de cubierta coronaria, en algunas ocasiones el saco puede comunicarse con el medio bucal e infectarse dando el caso de la pericoronitis como proceso infeccioso.

Los restos epiteliales que contiene el saco dentario y -
pericoronario, pueden iniciar evoluciones tumorales de caracter
rísticas de indole e intensidad variable.

ANATOMIA DENTAL DEL
TERCER MOLAR INFERIOR

El tercer molar es el organo terminal de la arcada dentaria, el inferior presenta características propias y diferenciales, siendo el diente que presenta mayor variedad de formas, anomalías y disposiciones. En algunos casos se parece al primer molar inferior, otras al segundo y en otros casos no tiene parecido con ningún otro diente, o dado caso haber ausencia congénita del germen, también es frecuente que se presente el gigantismo o el enanismo de éste organo dentario.

CORONA.-Presenta una gran variedad de formas por lo que se puede sistematizar su descripción, ya que puede presentar de tres a ocho cúspides y por lo general una defectuosa corona .

La cara mesial del molar retenido es ligeramente plana y su dimensión bucolingual es mayor que la vertical, La cara distal es convexa, con el vértice superior mas corto que el inferior, su convexidad distal es de proporciones diversas y en algunos molares incluidos ésta característica es pronunciada.

Su cara bucal es convexa, presentando distintos surcos de acuerdo al número de cúspides. Su cara lingual se presenta -

ligeramente plana en dirección vertical, pero suavemente convexa en su dirección mesiodistal.

Todas éstas caras entre sí junto con la oclusal forman ángulos rectos y se denominan; distobucal, distooclusal, mesiolingual etc.

Es muy importante tener en cuenta el tamaño de la corona, ya que las hay muy pequeñas, no mayores que la corona de un premolar y las hay gigantes, cuyos diámetros mesiodistal y bucolingual exceden el diámetro de un primer molar.

FORMA.—El tercer molar puede presentar distintas anomalías de forma, además de las variaciones propias producto del número de cúspides que posea. También modifica la anatomía coronaria, tubérculos supernumerarios y geminaciones.

RAICES.—Ningún molar posee características parecidas a las que presenta el tercer molar inferior, en lo que respecta al número, forma, tamaño, disposición y anomalías de la raíces, por lo tanto se dará una breve clasificación de éstas, tratando de generalizarla lo mejor posible.

I.—AMBAS RAICES RECTAS.—Tipo poco común, el tamaño de las raíces puede variar, pudiendo ser rectas, divergentes, y de corta o larga dimensión.

2.- AMBAS RAICES DIRIGIDAS DISTALMENTE.- Esta es una forma mas frecuente de disposición radicular del tercer molar, es una presentación favorable a la exodoncia, siguiendo en éstos casos los movimientos quirúrgicos de curvatura que le son propios.

3.- RAIZ MESIAL RECTA, RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA MESIAL.

La curvatura de la raíz distal constituye un sólido anclaje para el tercer molar retenido, la resistencia que opone está dada por la curvatura de su raíz distal.

4.-RAIZ MESIAL RECTA Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA AL LADO

DISTAL.-El tercer molar dentro de su alveolo presenta una anclaje particular, por otra parte, a nivel de la angulación distal suele encontrarse el punto de menor resistencia, pudiendo haber fractura de la raíz distal si los movimientos quirúrgicos no son los correctos.

5.-RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y RAIZ

DISTAL RECTA.-Es muy poco frecuente, dando la inclinación mesial un anclaje especial a la piza.

6.-RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO DISTAL Y RAIZ DIS-

TAL RECTA.- Las raices dispuestas en ésta forma encierran un septum interradicular de tamaño variable, encontrando-

se la fusión del ápice mesial con la raíz distal en algunos ca
sos.

7.--AMBAS RAICES INCLINADAS MESIALMENTE.--La disposición de éstas raíces constituye un sólido anclaje pudiendose presentar las raíces fusionadas en su extremo apical o ligeramente unidas, creando serias dificultades en el acto quirúrgico.

8.--RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA MESIAL Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA DISTAL.--En ésta clasificación es frecuente encontrar distintas anomalías apicales, como displaceraciones o cementosis.

9.--RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA MESIAL.--Las raíces así dispuestas frecuentemente presentan cementosis o fusión a nivel de los ápices encerrando un sólido bloque óseo (septum) de variable tamaño.

10.--AMBAS RAICES FUSIONADAS.--Se presentan en forma de cono, cuya base de implantación es la línea del cuello del molar, pueden presentarse fusionadas o variar en su tamaño.

11.-- DESVIACION BUCAL O LINGUAL DE AMBAS RAICES.--Esta disposición origina un sólido anclaje del molar, en algunas ocasiones se presenta una raíz hacia bucal y otra hacia lingual.

12.-RAICES SUPERNUMERARIAS.-Pueden presentarse en número y disposición variable y dirigirse a distintos sentidos .

13.- RAICES INCOMPLETAMENTE CALCIFICADAS.-Sueles presentarse en niños y jóvenes a los que se les practica la extracción con fines ortodónticos, existiendo solo la corona con vestigios de la raíz.

14.- DIVERSAS ANOMALIAS RADICULARES.-Toda clase de anomalías de forma, disposición, tamaño y longitud así como la lección o cementosis suele presentarse en las raíces de molares incluidos.

CUELLO.-Es el límite anatómico entre la corona y la raíz, ubicado en la porción mas angosta de ésta conjunción.

CAMARA PULPAR.-La importancia de la cámara pulpar reside en el punto de vista radiográfico, ya que la imagen de la cámara pulpar y de los conductos, intactos o distorcionados será un detalle más para la correcta interpretación y diagnóstico del molar incluido. La cámara pulpar de los molares vecinos es amplia y visible radiográficamente, observándose también los conductos radiculares, las raíces supernumerarias, si son fusionadas, únicas con uno o dos conductos.

CLASIFICACION DE
TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

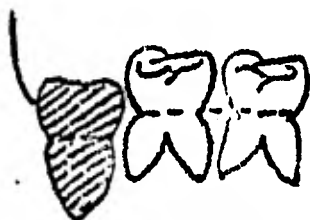
Definición, diente retenido, incluido o impactado se le llama a todo aquel diente que por algún motivo no termina su proceso de erupción.

CLASE I.- Es aquella en la que se toma en cuenta la cara distal del segundo molar y la cara anterior de la rama ascendente siempre los dientes están en posición vertical o sea que su eje longitudinal es paralelo al eje longitudinal del segundo molar.

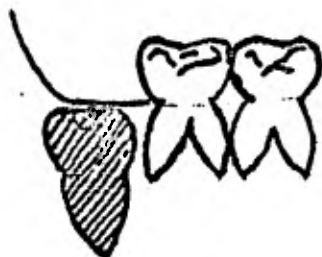
GRPO "A".-A ésta subdivisión pertenecen todos aquellos dientes que su cara oclusal está al mismo nivel del plano oclusal del primer y segundo molar. Fig. 1



GRUPO "B".- Son aquellos dientes en que su cara oclusal se encuentra entre el plano cervical del primer y segundo molar. Fig. 2



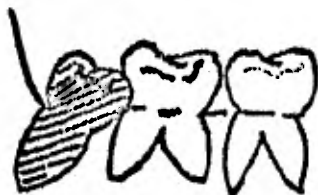
GRUPO "C".- Son todos aquellos dientes verticales que se encuentran por debajo del plano cervical del primer y segundo molar. Fig. 3



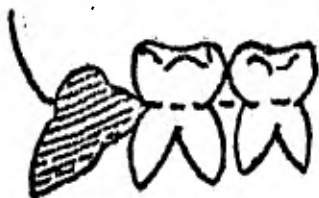
CLASE II.- A esta clase pertenecen aquellos dientes que presentan una inclinación pero sin llegar a ser horizontales y pueden ser Mesioangular, distoangular, vestibulo o labioangular y linguoangular.

GRUPO "A".- Son aquellos dientes en los cuales toda o una parte de la corona se encuentra a nivel del plano angular.

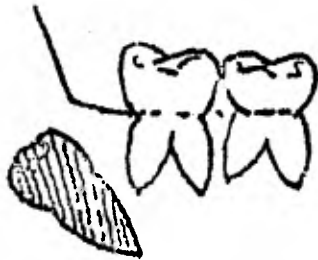
Fig. 4



GRUPO "B".- Son los que se encuentran entre el plano cervical y el oclusal. Fig. 5

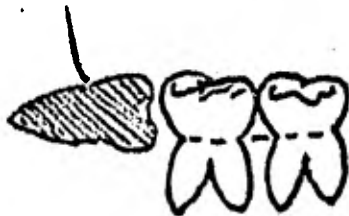


GRUPO "C".- Son aquellos que están por debajo del plano cervical y pueden tener cualquier angulación. Fig. 6



CLASE III.- Son todos aquellos dientes que presentan posición horizontal siempre y cuando la corona esté dirigida al segundo molar.

GRUPO "A".- Es cuando cualquiera de sus caras de la corona está a nivel del plano oclusal Fig. 7



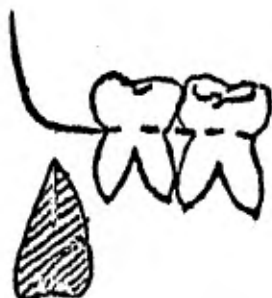
GRUPO "B".- Son todos aquellos dientes que se encuentran entre el plano cervical y el oclusal, Fig 8



GRUPO "C".- Son todos aquellos dientes horizontales que se encuentran por debajo del plano cervical. Fig. 9



Dentro de ésta clase se puede mencionar la posición invertida, que aunque es rara la incluimos, y es cuando la corona del diente incluído se encuentra dirigida hacia el borde inferior del maxilar y la raíz hacia la cavidad bucal. Fig 10



CLASE IV.- Son todos aquellos dientes que se encuentran en íntima relación con el dentario inferior y no tiene subgrupos.

CLASE V.- Todos aquellos molares incluidos que se encuentran en pacientes desdentados.

Los factores que complicarían la técnica quirúrgica de los terceros molares son:

- a).- Curvatura anormal de las raíces.
- b).- Hipercementosis.
- c).- Proximidad del conducto dentario.
- d).- Gran densidad ósea.
- e).- Espacio folicular ocupado por cemento o hueso.
- f).- Factores que causan poca visibilidad al campo operatorio

son;

- 1.-Músculo orbicular de labios pequeño.
- 2.-Incapacidad para abrir bien la boca.
- 3.-Lengua grande incontrolable.

DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO.

Existen varios métodos para tratar un proceso patológico pero solo hay un diagnóstico correcto.

Un diagnóstico completo entraña algo más que el reconocimiento de una manifestación local, en donde el paciente es una individualidad compleja, cuya integridad física, y mental hay que tener en cuenta.

Un diagnóstico puede ser relativamente sencillo o requerir un profundo estudio, y es preciso establecer una clara distinción entre las causas predisponentes y las exitantes o mantenedoras, ya que el descubrimiento de los signos y síntomas prodrómicos permiten generalmente un tratamiento más conservador.

Hay cuatro requisitos fundamentales para hacer un estudio completo de la boca del paciente.

- 1.- Anamnesis.
- 2.- Exploración física y análisis del mismo.
- 3.- Modelos de estudio.
- 4.- Radiografías.
- 5.- Estudios de laboratorio.

(biometría hemática, pruebas de coagulación y química sanguínea.)

Anamnesis.—La primera parte de la anamnesis la constituye la ficha de identificación en la cual se anotan todos los datos para poder identificar al paciente, como son; nombre, edad, sexo, domicilio, ocupación, lugar de residencia, así como su estado económico y social. Es conveniente continuar con el motivo de la consulta que orilló al paciente a acudir con el cirujano dentista.

Posteriormente se continuará con el interrogatorio de sus antecedentes familiares y hereditarios, sus hábitos higiénicos y dietéticos así como el desarrollo cronológico de sus denticiones y tratamientos odontológicos a los que halla sido sometido, también se interrogará al paciente sobre algún padecimiento o enfermedad que pudiera alterar el esquema de tratamiento.

Una vez concluido el interrogatorio se procederá a realizar la exploración bucal, la que generalmente es armada, se debe explorar al paciente desde su actitud hasta la más mínima caries que se pudiera encontrar, para ello el cirujano dentista tiene que hacer gala de sus conocimientos y su experiencia exploratoria.

Es bién sabido que una buena anamnesis nos dará en ocasiones hasta un 99% del diagnóstico.

El interrogatorio es un medio de diagnóstico que permite que el paciente comunique al clínico sus síntomas, y sensaciones.

Comprende:

A.- Datos ordinarios (nombre, sexo, edad etc)

B.- La historia de la enfermedad actual.

C.- Antecedentes odontológicos.

D.- Antecedentes médicos.

Enfermedades graves o importantes.

Hospitalizaciones.

Tranfusiones sanguíneas y antecedentes hemorrágicos.

Alergias.

Tratamientos medicamentosos.

MODELOS DE ESTUDIO.

Modelos de estudio que produzcan con exacta precisión la boca del paciente, esto nos ayudará al reconocimiento, a la posición y relación de dientes, mandíbula y oclusión, para el diagnóstico y plan de tratamiento (en nuestro objetivo no se utilizan).

EXPLORACION RADIOGRAFICA

Generalmente es conveniente completar el diagnóstico - clínico con ayuda de medios de laboratorio y gabinete, dentro de éstas últimas destacan las radiografías, las cuales nos - proporcionan adecuadamente la ubicación, tamaño y forma de - nuestro objetivo, así como el estado de los tejidos de sostén.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Un requisito primordial para todos los pacientes que se rán sometidos a una intervención quirúrgica es una serie de exámenes que determinarán las condiciones preoperatorias del paciente entre las que destacan los de la sangre.

Un examen completo de sangre comprende;

A.- Número de eritrocitos y leucocitos

por mm³4,500 000 mujer
5,000 000 hombre

B.- Formula leucocitaria completa;

Neutrófilos.....3-7000/mm³
Linfocitos.....1-3000/mm³
Monocitos.....100-600/mm³
Eosinófilos..... 50-400/mm³
Basófilos..... 0-50 /mm³

C.- Cantidad de hemoglobina en gramos.

por 100 cc.....15.6gr

D.- Recuento plaquetario.....350 000/mm³

E.- Tiempo de sangrado y coagulación..I-3min mujer
2-8min hombre

F.- Reacciones serológicas para destacar

sífilis..... V D R L .

G.- Determinación de glucosa.....80-120mg/100cc

cretinina..... I-3

uréa..... 5

H.- Grupo sanguíneo y factor RH.....A,B,AB,O-(+)(-)

Es recomendable realizar un exámen general de orina en el que se buscarán glucosa y albúmina, que son las dos determinaciones más importantes en el análisis urinario.

Por regla general se aconseja verificar los signos vitales, pulso, presión arterial, respiración y temperatura.

ESTUDIO RADIOGRAFICO
DEL
TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO

El estudio radiográfico del tercer molar inferior incluido, señala una gran cantidad de detalles, siendo de interés y utilidad para realizar un buen diagnóstico en la cirugía.

Esta radiografía debe ser nítida y correcta para poder observar con claridad la anatomía del diente incluido, segundo molar y hueso que lo rodea.

El tercer molar debe ser observado en su posición, forma, tamaño, presentación y relaciones. La porción radicular es también de extraordinario valor e importancia, así como el estudio de la corona, ya que cada caso necesitará una técnica quirúrgica especial.

El hueso vecino, distal, mesial, oclusal y eventualmente el lingual y bucal deberá ser investigado y las radiografías lingual y oclusal nos ayudarán a observar los detalles necesarios.

La película que se coloca paralela a la cara lingual del maxilar inferior, es impresionada por los rayos que en su ca-

mino van a encontrar hueso y los elementos dentarios.

Según la dirección de los rayos de la película o del eje de los molares, se obtendrán imágenes distintas. Suponiendo que el tercer, segundo y primer molar se hallan en correcta dimensión, en ningún sentido la imagen radiográfica de éstos dientes ubicará sobre la película a los órganos dentarios, con sus puntos de contacto correspondientes.

Suponiendo al tercer molar desviado hacia el lado bucal y con una parte de su estructura sobre la corona del segundo molar, la imagen mostrará una superposición, indicando la desviación del órgano incluido y el segundo normalmente colocado.

Lo mismo ocurre cuando el tercer y el primer molar están normalmente ubicados y el segundo desviado hacia el lado bucal o lingual, la imagen radiográfica muestra una superposición del segundo molar sobre el tercero y el primero, así como la cara oclusal del molar desviado.

Las radiografías de la región del tercer molar debe mostrar, en el caso de que los dientes estén verticalmente colocados y sin desviaciones, el perfil de éstos dientes superponiéndose en la imagen las cúspides bucales y linguales de cu

da molar. En una imagen radiográfica correcta no deben verse las caras triturantes de los molares. Las radiografías obtenidas con el tubo común no permiten, obtener ésta imagen ideal, por lo que el paralelismo de los rayos no pueden ser logrados con éste tipo de cono, lo ideal es valerse de un tubo largo que permita obtener radiografías en las cuales las cúspides bucales y linguales de los tres molares, se superpongan sin imágenes de las caras triturantes.

La técnica para la toma radiográfica de la región del tercer molar con tubo largo, difiere en algunos detalles para el tubo común, la película radiográfica debe colocarse paralela al eje vertical del primero y segundo molar, el rayo central debe ubicarse a la altura de las coronas dentarias.

El paralelismo entre película y molares se obtiene colocando un rollo de algodón a nivel de la corona o ápices, según lo requieran las circunstancias.

El estudio radiográfico de la región del tercer molar inferior proporciona una serie detallada cuyo conocimiento es imprescindible para el correcto diagnóstico y la aplicación de la técnica quirúrgica.

PREOPERATORIO

Cuando se hace necesaria una intervención quirúrgica, a excepción de las que son motivadas por urgencias, es requerido en todo momento el hecho que implica una previa preparación, es decir poner en condiciones favorables al paciente para que éste soporte con éxito la intervención. Las intervenciones bucales no escapan a éstas indicaciones, únicamente tendrán un grado de dificultad menor en la preparación que en los casos de la cirugía general.

A ésta previa preparación se le denomina el preoperatorio. Que es una apreciación general del estado del paciente en cuanto a salud se refiere y desde luego estando en vísperas de la intervención. Un elemento importante y de incalculable ayuda es el que nos proporciona la historia clínica, ya que como sabemos consta de ;

- A).- Datos generales de identificación.
- B).- Antecedentes patológicos.
- C).- Antecedentes no patológicos.
- D).- Signos vitales.
- E).- Resultados de exploraciones.

- F).- Estudio de gabinete.
- G).- Resultado del diagnóstico.
- H).- Terapéutica y evolución del caso.

Como podemos observar, esta documentación juega un papel muy importante y determinante en el aspecto preoperatorio ya que prácticamente llena las posibilidades de peligro para el paciente, cuando el facultativo las maneja perfectamente.

Cuando se realiza una investigación quirúrgica bucal se requiere de lo que conocemos como saneamiento básico, es decir la eliminación de caries, tártaro y dientes en mal estado, para lograr si no es posible una esterilización, si por lo menos, las condiciones óptimas de limpieza.

AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

El paciente y mesa para instrumental deberán estar protegidos por campos (compresas)devidamente esterilizados.Para el paciente se pueden utilizar campos en forma de capucha, - que se ubican dejando al descubierto la región bucal, o bién se colocan sobre la cara del paciente un campo hendido tam--- bién dejando al descubierto la cavidad bucal.En todas las - circunstancias antes de ser colocados los campos sobre el pa- ciente,deberán ser oolocados cuidadosamente esterilizada la piel de su cara con alcohol yodatado y otro producto y la ca- vidad oral atomizada con una solución antiséptica.

SALA DE OPERACIONES

Las intervenciones del tercer molar inferior retenido pueden realizarse en el consultorio dental, en salas de opera- ciones diseñadas especialemnte para cirugía bucal o en los - quirófanos de los hospitales y sanatorios.

Las operaciones deberán efectuarse utilizando instrumen- tal quirúrgico como;

- a.- Instrumentos para la sección de los tejidos blandos.
- b.- Instrumentos para la sección de tejidos duros.
- c.- Instrumental accesorio.

También debemos recordar la importancia de un aspirador quirúrgico ya que no solo ahorra tiempo, sino también permite que la operación se lleve a cabo en blanco. La eliminación es también un factor importante en el éxito de la operación, la fuente de la luz de las lámparas dentales reúnen las condiciones requeridas, se puede aumentar la fuente de luz con un proyector manual o con una lámpara frontal.

POSICION DEL PACIENTE, OPERADOR, AYUDANTE Y ENFERMERA.

POSICION DEL PACIENTE.—Antes de recibir al paciente el sillón debe estar listo con el respaldo vertical, el cabezal en una posición cómoda para él, se eleva el sillón hasta una altura conveniente y se inclina el respaldo del sillón hasta una posición horizontal.

POSICION DEL OPERADOR.—El operador estará cómodamente sentado con los muslos paralelos al suelo y la espalda bien apoyada, la boca del paciente estará en línea con su plano sagital, el sillón dental estará ubicado de modo que la boca del paciente esté a nivel de los codos del operador, los codos del operador permanecerán cerca de sus costados, la distancia entre operador y paciente es de 35cm aproximadamente.

POSICION DEL AYUDANTE(ASISTENTE)

Su banquillo estará colocado tan cerca del sillón del paciente tan cerca como sea posible, evitando que ella se incline o extienda sus brazos demasiado en el momento del intercambio de instrumental, su espalda estará rígida y no tendrá que doblar el cuello, por lo que tendrá que bajar la mirada.

POSICION DE LA ENFERMERA

La enfermera se colocará atrás del paciente y se encargará del aspirador, manteniendo la cavidad limpia de saliva y sangre, o sostendrá los separadores.

ESTERILIZACION DEL CAMPO OPERATORIO

La región a operarse se pinta cuidadosamente con una solución alcohólica de tintura de yodo o con tintura de mertiolato, la piel de la cara del paciente se esteriliza como ya se dijo antes con mertiolato incoloro o con alcohol antes de colocar los campos (compresas).

ORDEN DE LAS EXTRACCIONES

Un paciente puede ser sometido simultaneamente a la extracción de los terceros molares inferiores incluidos, de los superiores o de los cuatro molares retenidos, éste último es preferible realizarlos bajo anestesia general.

En tales circunstancias es favorable realizar la extracción del molar inferior y luego de haber suturado y puesto un troso de gasa sobre la herida operatoria se pasa al maxilar superior, de ésta manera no molesta la sangre que se origina de la extracción del molar superior.

Concluidas las extracciones de un lado se coloca un telón faríngeo que se mantiene con el abreboca empleado en el curso de la anestesia general y se procede a realizar las operaciones del lado opuesto.

ANESTESIA DEL 3° MOLAR INFERIOR

En la cirugía del tercer molar inferior se puede utilizar según sea el caso anestesia general o anestesia local. En el caso de utilizar anestesia local, bloquearemos el nervio dentario inferior, rama terminal del maxilar inferior situado en el centro de la cara interna ascendente de dicho maxilar.

Nuestra anestesia será regional o troncular, de tipo infiltrativa, provocando anestesia del lado inyectado con excepción del incisivo central y lateral del lado opuesto. La punción será en la línea o espina de Spix a nivel de la línea oblicua interna, palpando con el índice la fosa retromolar hasta llegar a la línea antes mencionada.

Se toma la jeringa con la solución anestésica y se lleva a la boca del paciente, con el bisel de la aguja hacia afuera coincidiendo con el punto medio del dedo índice del operador. La punción se realiza con la jeringa paralela a la arcada dentaria, se avanza descargando pequeñas gotas en el recorrido, anestesiando así al nervio lingual.

En esa misma posición la jeringa se dirige hacia el lado opuesto a nivel de los premolares para llegar a la tabla

interna de la rama ascendente.

Frecuentemente la anestesia no es completa en la porción bucal de la región molar por estar inervada por el buccinador, utilizaremos entonces la inyección bucal.

La inyección bucal se utiliza para complementar la anestesia en las extracciones o en la preparación de cavidades cuando se extienden por debajo del margen gingival.

La punción es en el pliegue mucobucal, inmediatamente por detrás del molar que se desea anestesiar, la aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia abajo, hasta que se halle por detrás de las raíces del diente.

TECNICA QUIRURGICA

La cirugía rama de la medicina comprende una concepción y orientación general de acuerdo con la unidad orgánica, que para el logro de sus fines utiliza todos los elementos puestos a su alcance por el adelanto científico progresivo. Sus principios básicos son:

- a.- Visibilidad.
- b.- Accesibilidad.
- c.- Maneabilidad.
- d.- Evitar el dolor.

De ésta manera la intervención cumplirá el resultado deseado con el mínimo de tiempo y el menor esfuerzo quirúrgico. Los principios a seguir en todo diente incluido son ;

- 1.- Verificar la intervención mediante una visión directa .
- 2.- Se realizará la intervención de acuerdo a lo planeado.
- 3.- Planear la intervención de manera que ésta ofresca la menor palanca posible.
- 4.- No lesionar parodonto, segundo molar y no fracturar el ángulo de la mandíbula.

La extracción del tercer molar retenido se realiza siguiendo dos caminos que pueden unirse o complementarse simplificando el problema, éste es la disminución del molar y disminución de la resistencia del hueso.

El procedimiento (odontosección), consiste en la división del cuerpo por extraerse, en éste caso el molar incluido. Para la eliminación parcial o total del hueso que constituye el cubo se lleva a cabo la osteotomía.

Las leyes físicas adecuadas son aquellas que van en directa relación con la mecánica de la palanca. En la aplicación con fines quirúrgicos deben ser considerados los elementos que actúan en el desenvolvimiento de la acción;

- a.- Palanca propiamente dicha.
- b.- El punto de apoyo.
- c.- La potencia.
- d.- La resistencia.

Traduciendo ésto al lenguaje quirúrgico sería que la extracción del tercer molar inferior retenido debe realizarse por medio de instrumentos adecuados, fundados esencialmente en los principios básicos de la palanca (elevadores), aplicados sobre un punto de apoyo (el hueso), con un grado de fuerza

destinada a vencer la resistencia (hueso y tercer molar), a su vez la resistencia está constituida por el molar, la disposición de sus raíces, el hueso que lo cubre protege y rodea.

Existen maniobras quirúrgicas previas a la aplicación de los principios mecánicos, para la aplicación de la fuerza destinada a movilizar el molar, debemos buscar acceso al lugar de la aplicación de dicha fuerza. Como el molar retenido se encuentra alojado en su cavidad ósea, en el seno del tejido óseo del maxilar inferior, para llegar a él se necesitará realizar una insición de la mucosa, que cubre total o parcialmente al molar retenido y eliminar por maniobras quirúrgicas el hueso que lo cubre.

Por lo tanto para hacer la extracción del tercer molar inferior debemos seguir lo siguiente.

- 1.- Anestesi.
- 2.- Incisión.
- 3.- Legrado.
- 4.- Osteotomía.
- 5.- Operación propiamente dicha.
- 6.- Tratamiento de la cavidad ósea.

7.- Sutura.

8.- Postoperatorio.

ANESTESIA, Ya se vió anteriormente.

INCISION, Tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos y así lograr el objeto de la intervención.

El trazado de la incisión deberá ser hecha por un bisturí, se realizará firme y de un solo trazo sin límites secundarios y que permitan una correcta adaptación. La incisión llega hasta la cara distal del segundo molar, se contornea el cuello y se continúa festoneando la encía en su adaptación al cuello del segundo y primer molar, llegando profundamente al hueso y seccionando los ligamentos correspondientes y se detienen en el espacio interdentario.

Quando están en posición vertical y cara mesial la incisión llega hasta la mitad de la cara bucal del segundo molar.

Para los terceros molares retenidos con ausencia del segundo molar o en el desdentado total, la incisión se realiza sobre la cresta alveolar, deteniéndose a nivel de la cara distal del primer molar.

Trazada la incisión se hace hemostasis comprimiendo la

región, se toma el pericortotómo o legra y se introduce en la incisión, con suaves movimientos de giro, se desprende el lado bucal de la incisión. De la misma manera el lado lingual.

OSTEOTOMIA; Se denomina osteotomía a la acción que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja el objetivo de la operación que en éste caso es el tercer molar retenido.

Los fragmentos de hueso producto de la osteotomía debe ser cuidadosamente retirados con pinzas de disección o para algodón.

La osteotomía con fresas es muy sumple y evita el shock que el escoplo provoca al golpe, la fresa actúa eliminando el total del hueso o realiza perforaciones sobre la tabla ósea que es levantada por un escoplo. Esto se debe realizar bajo chorro de agua destilada o suero fisiológico para evitar sobrecalentamiento que pudieran acarrear lesiones.

Las regiones óseas que deben eliminarse para la extracción del molar retenido es el hueso que lo cubre total o parcialmente, que estará dirigido por el tipo de retención, cantidad de hueso y forma radicular,

OPERACION PROPIAMENTE DICHA

Una vez eliminada la estructura ósea se inicia la operación que consiste en la extracción del tercer molar retenido.

ODONTOSECCION EN LA CIRUGIA DEL TERCER MOLAR INFERIOR
RETENIDO

La odontosección consiste en la división del molar retenido en varios fragmentos con objeto de simplificar la operación. Este método no es fácil pero presenta las siguientes ventajas.

- 1.- Reduce la cantidad de hueso por eliminar.
- 2.- Se disminuye el tamaño del campo operatorio, con lo que habrá menor edema postoperatorio.
- 3.- Se disminuye el tiempo operatorio.
- 4.- Se disminuye el trismus postoperatorio.
- 5.- No hay lesión en los dientes vecinos.
- 6.- Es mínima la lesión sobre el hueso vecino, ya que en la extracción se utilizan elevadores de hoja pequeña que no traumatizan las estructuras pericoronarias.
- 7.- El peligro de fractura en el maxilar se disminuye ya que no se emplea la fuerza mecánica como único factor.
- 8.- No hay peligro de lesión sobre el nervio dentario.

9.- El método previene la fractura de las tablas alveolares.

La odontosección se puede realizar dividiendo el molar sobre su eje mayor o su eje menor. Esto se puede realizar con escoplo, escoplo automático, con fresa de carburo o diamante.

ODONTOSECCION CON ESCOPIOS

El escoplo se emplea sobre la división longitudinal del molar retenido y debe ser un escoplo de doble filo y hoja ancha. El operador esgrime el mismo el escoplo y el martillo o el ayudante se encarga del manejo del martillo.

El golpe a seccionar el molar debe ser firme y de poca intensidad de tal manera que logre el objetivo en un solo intento. El borde cortante del escoplo se coloca sobre la cara oclusal del molar a seccionar o sobre un surco bucal y perpendicular a la cara oclusal.

En la odontosección se requiere que se tenga una suficiente cantidad de superficie oclusal al descubierto y para que ésto se pueda realizar sin tropiezos la osteotomía se efectúa previa a la odontosección.

ODONTOSECCION CON ESCOPLA AUTOMATICO

El escoplo accionado por el torno dental, es un útil in-

strumento para realizar ésta maniobra ,es necesario colocar el resorte correspondiente en el máximo de fuerza para que su acción sea eficaz.El filo se coloca de la misma manera que el citado anteriormente.

ODONTOSECCION CON FRESA

La fresa se emplea para seccionar al diente retenido en su eje menor, en algunos casos se puede seccionar longitudinalmente. Según el eje menor, el corte del diente se hace a nivel del cuello empleandose fresas de bola o de fisura.

El uso de fresa de carburo de tungsteno y la alta velocidad simplifican el problema y evitan el calentamiento del fresado en el molar, evitando transmitir el calor al tejido óseo vecino y lesionandolo por lo que es útil irrigar ésta zona con suero fisiológico.

El corte del molar puede iniciarse desde el lado bucal al lingual seccionando el diente en su totalidad y la fresa debe ser dirigida de mesial a distal con el objeto de que la corona se desplase durante las maniobras hacia arriba. En algunos casos de desviaciones bucolinguales con la corona en su parte mesial inaccesible, será necesario un nuevo corte mesiodistal, corte que dividirá a la corona en una porción bu

cal y otra lingual, las cuales se eliminarán por separado. Con el objeto de separar las partes incompletamente seccionadas puede utilizarse un "disyuntor". La parte activa desviada en ángulo recto se introduce en el surco labrado por la fresa.

Moviéndose el mango del aparato de derecha a izquierda, se logra fracturar el troso de esmalte-dentina que se conserva intacto, el movimiento del instrumento logra otro fin que es el de movilizar la porción coronaria separada, para permitir las maniobras quirúrgicas posteriores.

RETIRO DE LAS PORCIONES SECCIONADAS

Una vez realizado lo anterior, se procede a retirar los fragmentos seccionados, se harán por separado y con un instrumental adecuado esto se realiza gracias al estudio radiográfico que nos indicará cual es la porción a extraerse primero.

Con un elevador derecho o izquierdo según el lado en el que se efectúa la intervención, se introduce a nivel de la cara bucal, entre los segmentos seccionados y se torciona el mango del instrumento, tratando de desplazar hacia el lado distal la porción distal. Vacío el alveólo distal se aplica el elevador en el espacio interdentario, a nivel de la cara me--

sial y rotando el instrumento en el sentido de su eje, se dirige la porción mesial al lado distal. La ausencia de la raíz distal y el movimiento hacia el lado distal que se imprime a la raíz con el elevador, desplaza la porción mesial hacia el alveolo vacío.

La extracción de las porciones según el eje menor que esté en posición horizontal, sin desviación, con la cara mesial accesible se hará lo siguiente:

1.- Extracción de la corona. Una vez realizado lo anterior, si la corona no se eleva por estar mal hecho el corte o que exista un sólido anclaje de las cúspides mesiales por debajo del cuello del segundo molar, se hace palanca con apoyo en la cima del hueso mesial, procurando la corona seccionada, si esto no da resultado y aún hay resistencia es conveniente realizar una nueva sección con fresa en sentido mesiodistal.

2.- Extracción de la raíz. Esta está dada por la forma y disposición de éste elemento, y se verán los siguientes casos;

a.- Raíces individuales, se pueden eliminar con el procedimiento anterior o bien se procederá a utilizar una fresa de fisura en la pieza de mano, una vez obtenida la división se extraen los elementos por separado.

b.- Raíces fusionadas.-Este procedimiento consiste en utilizar una fresa redonda, haciendo una perforación sobre la cara distal de la raíz, se introduce la punta de un elevador y apoyando la hoja en el borde óseo y girando el mango del instrumento en el sentido a desplazar la raíz hacia el lugar dejado por la corona.

OSTEOTOMIA Y ODONTOSECCION.

La osteotomía permitirá la útil realización de la odontosección por lo que éstas técnicas se complementan. Ambos métodos que combinados llevan una finalidad quirúrgica ideal, para el éxito de la intervención.

INDICACIONES PARA LA ODONTOSECCION

a.- Posición del molar retenido.-se efectuará la odontosección según el eje mayor del molar inferior incluido.

1.- En posición vertical; Cuando es accesible la cara oclusal o cuando realizada la osteotomía sea posible ubicar el escoplo sobre la cara oclusal.

2.- En posición mesioangular; En cualquier forma de desviación o cuando la cara distal está por encima del plano oclusal o entre el plano oclusal y el cervical.

3.- En posición horizontal; Con la cara mesial accesi---

ble y la distal por encima de la cara oclusal.

La odontosección según el eje menor del molar se efectúa cuando :

1.- En posición vertical; con su cara vertical inaccesible y la oclusal a la altura o debajo del plano oclusal.

2.- Posición mesioangular; Con su cara mesial inaccesible y la oclusal por debajo del plano cervical.

3.- Posición horizontal; Con su cara mesial inaccesible y la distal por debajo del plano cervical.

4.- Posición distoangular.

5.- En posición linguo o bucoangular.

6.- En posición invertida o paranormal.

b.- Disposición radicular; Odontosección según el eje mayor del molar con la raíz mesial y dirigida hacia el lado mesial y la distal recta, ambas raíces dirigidas hacia el lado mesial, la mesial hacia el lado mesial y la distal hacia el lado distal; en las posiciones verticales mesioangulares y horizontal, siempre que la técnica se aplique con la presentación de la cara oclusal.

La odontosección suele presentar algunas desventajas en casos de que los molares no presenten surcos característicos

y profundos ya que representan dificultad para ser seccionados, caries u obturaciones, así como el golpe necesario para producir la odontosección. Por ésta razón el método de la odontosección en colaboración con la osteotomía brindan un eficaz y seguro procedimiento para cumplir con éxito la extracción del tercer molar incluido.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Algunas operaciones requieren un tratamiento particular en la cavidad ósea, ya sea porque el hueso está afectado, o por que la índole de la operación así lo exige.

Realizada la total extracción del tercer molar, las maniobras postoperatorias con respecto a la cavidad ósea que alojaba al tercer molar son:

Existen sustancias destinadas a obturar la cavidad ósea, otros están destinados para combatir la infección y algunos tienen funciones hemostáticas.

Debemos tener en cuenta tres consideraciones que se refieren a:

I.- Medicamentos destinados a combatir la infección (bactericidas y bacteriostáticos), para lo que está indicada la penicilina, ya que es reabsorbible y su acción bacteriostática

ca es efectiva y contribuye a mejorar las condiciones locales postoperatorias.

2.- La prevención de la hemorragia se realiza con la cuidadosa limpieza de la cavidad alveolar eliminando el saco pericoronario y restos de tejidos patológicos y el cierre bajo sutura.

3.- Substancias destinadas a actuar como obturadores de espacio, pero se cree que la sutura es el mejor método ya que hay menores probabilidades de infecciones posteriores (alveolitis).

También pueden emplearse tiras de gasa yodoformada impregnada de líquido de cemento quirúrgico, se le empaqueta cuidadosamente sin hacer presión, este tapón se deja de 6 a 8 días para dar tiempo suficiente a que se forme tejido de granulación.

Transcurrida la semana de espera y para poder retirar el tapón éste se impregna con agua destilada o suero fisiológico lo que va a facilitar su deprendimiento, una vez que se ha retirado en su totalidad se procede a lavar la cavidad alveolar con agua destilada o suero fisiológico. Se vuelve a tapar la cavidad por dos o tres días y se repite esta técnica hasta que el alveolo muestre tejido de granulación.

SUTURA

La sutura es el acto que tiene como objetivo reunir los tejidos separados por la incisión, con el fin de mantenerlos unidos en tanto se obtiene su cicatrización.

En la cirugía bucal se acostumbra iniciar la sutura en la cara lingual y terminarla en la bucal llenando de lo complicado a lo simple o sea de distal a mesial.

El portaagujas se maneja con la mano derecha comodamente aplicado en el hueco de la mano, dirigido por el pulgar en un lado y los tres últimos dedos en el lado opuesto. Este instrumento toma la aguja en el centro de su arco, la aguja debe estar enhebrada por hilo nylon o seda antes de iniciar la maniobra. La aguja perfora la fibromucosa lingual y después - la del lado opuesto (bucal), en éste momento el portaagujas abandona la aguja y vuelve a asirla en el lado opuesto para guiarla en su recorrido. Pasados los hilos se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda el cabo portador de la aguja se apoya éste cabo en el portaagujas y se hace dar dos vueltas completas al hilo alrededor del extremo del instrumento, se entrecroza ligeramente el portaagujas de manera que las dos vueltas del hilo se deslicen hacia la punta del

instrumento y que el cabo libre pase entre ellas. Se ajusta el hilo a nivel de la herida y se tiene de éste modo la primera parte del nudo que para completarlo se realiza la misma maniobra pero en sentido contrario ajustando nuevamente el nudo, seccionándose los cabos del hilo con una tijera. Si se cree necesario se puede utilizar otro punto de sutura.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestra labor ya que constituye el éxito de la operación y el bienestar del paciente. Este tratamiento debe ser estudiado en dos aspectos:

I.- Tratamientos postoperatorio inmediato.-Terminada la operación, el ayudante se encarga de limpiar la cara del paciente con un trozo de gasa impregnada de agua oxigenada. La cavidad bucal se irrigará con agua tibia o suero fisiológico para eliminar la sangre, saliva o restos que puedan depositarse en surcos vestibulares, debajo de la lengua y en los espacios interdentarios.

Se aplica un trozo de gasa esteril en el lugar de la intervención, evitando que el paciente muerde sobre ella, se lleva a una sala adjunta para que descanse y vuelva a su estado

fisiológico normal, una taza de café o un estimulante mejorará las condiciones que puede presentar un paciente normal - después de una intervención quirúrgica.

Se recomienda al paciente hacer enjuagues cada 4 horas con una solución antiséptica, se le dice también colocarse una bolsa de hielo o compresas frías sobre el lado operado, ya que el frío reduce la congestión, el edema y la hinchazón post operatoria.

2.- El tratamiento postoperatorio mediato es el tratamiento en el que el paciente ya en su domicilio, debe acostarse del lado operado, se le deben de aplicar también fomentos fríos, se le recomienda el reposo absoluto para prevenir una posible hemorragia secundaria. En caso de hemorragia se colocarán un trozo de gasa seca que mantendrá en su boca durante media hora.

ALIMENTACION, El paciente deberá someterse a un régimen de alimentación blanda y nutritiva, durante las primeras 48 H. ya que muchos de los trastornos postoperatorios se deben a que los alimentos son duros y lesionan la región operada.

ANALGESICOS, El dolor postoperatorio es la consecuencia lógica de la intervención en la cavidad bucal. Está en relación directa al grado del trauma que tiene como consecuen--

cia dolor, las heridas limpias y sin traumatismos raras veces ocasionan dolor, en caso de presentarse se combatirá con medicamentos que disponen la terapéutica.

VITAVOTERAPIA: La ingestión de Vit B 12 colabora a la -- restitución de los tejidos.

ANTIBIOTICOS: La prevención de procesos infecciosos, es de distinta orden y puede desarrollarse teniendo como punto de partida el sitio de extracción. Se le administrarán anti-- bióticos y antiinflamatorios para una rápida recuperación, así como la consulta a las siguientes 24 y 48 h, se revisará el lugar de la intervención, se procederá a lavar con una solución antiséptica o suero fisiológico.

RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA. -- Los puntos de sutura se deben retirar a los cinco o seis días después de la intervención, ya que la eliminación prematura puede ocasionar hemorragias. Los hilos se retiran previa sección con tijera, una vés retirados se procede a enjuagar la zona con agua tibia.

EXTRACCION DEL TAPONAMIENTO. -- La función reparadora se realiza en el sexto u octavo día, por lo tanto es inútil y perjudicial extraer el tapón antes de transcurrido ese lapso, además se ocasionarán hemorragias y dolor.

Se extraerá primeramente la parte superior del taponamiento tres o cuatro días después el remanente. La cavidad alveolar aparece cubierta por tejido de granulación, se procede a colocar un nuevo taponamiento con gasa yodoformada e impregnada ligeramente de líquido de cemento quirúrgico que permanecerá durante tres días más, tres o cuatro cambios de gasa son suficientes.

Después de cada cambio de gasa se procederá a lavar la cavidad alveolar con agua tibia, se le recomienda al paciente hacer los mismos lavados.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

PROPUESTAS:

Se propone para la intervención quirúrgica de terceros molares inferiores incluidos, la técnica de odontosección - debido a las ventajas que proporciona en el acto quirúrgico propiamente dicho y que se explican con toda formalidad y - claridad en el desarrollo del presente trabajo.

Así mismo se propone el control dietético del paciente a cargo del cirujano dentista, dándose éste a la tarea de investigar una dieta adecuada postoperatoria que se le entregara al paciente por escrito y explicando además en el lapso de tiempo que deberá ser llevada a cabo, así como la serie de visitas posteriores hasta dar de alta al paciente.

RECOMENDACIONES:

Amen de las recomendaciones de asepsia, acondicionamiento del sitio operatorio, etc. Debe hacerse hincapié en el - aspecto profiláctico a base de antibióticos, pre y postoperatorios que debe guardar el paciente para que felizmente sea llevado a ser dado de alta sin complicaciones.

Otro aspecto es la eliminación del saco pericoronario-

debido a las consecuencias negativas que han sido ya expli_ dos en el transcurso del tema; y en general atender a todas - las recomendaciones respectivas para que la cirugía efectua- da sea lograda y termináda con un eficaz éxito.

BIBLIOGRAFIA.

- a.- Guillermo A.Rius Centeno.
Tercer Molar Inferior Incluido 8a Ed.
Editorial "Ateneo" Buenos Aires 1979.
- b.- L.Testut
Anatomía Humana II tomo.
Ed.Salvat Mex 1979.
- c.- Bernardo Houssay.
Fisiología Humana IV Ed.
Editorial "Ateneo" Buenos Aires 1978.
- d.- Artur C.Guyton.
Fisiología Médica V Ed.
Editorial "Interamericana" Mex 1979.
- e.- Archer.
Anestesia en Odontología.
Editorial "Mundi" Buenos Aires 1972.
- f.- Archer.
Cirugía Bucco-dental II Ed.
Editorial "Mundi" Buenos Aires 1978.
- g.- Winter.
Exodoncia G.B.
Barcelona Pubul S A, 1978.

1.- Dionne RA

Evaluación preoperatoria y postoperatoria
en los terceros molares.

Oral Surg 1978.

DISCUSION.

Una de las actividades que pueden dar la pauta para el cirujano dentista sea reconocido como tal, es propiamente una habilidad para su intervención en aspectos quirúrgicos. Es por esto que como tal debe tener el buen cuidado de prestigiar la profesión haciendo alarde de capacidad para que se constituya el apelativo de "dentista" y se gane a pulso el de "cirujano dentista".

En el plano de los terceros molares inferiores incluidos, es posible que el facultativo se proyecte como tal; pero así mismo es necesario un pleno conocimiento anatómico y funcional de la región que intervenga, para que cada corte y cada proceso sea hecho con el total conocimiento de la región para que todos los procesos sea lo más traumáticos posibles y sanen dentro de los límites de tiempo tolerables.

Por otra parte el cirujano dentista debe hacer conciencia al paciente para que cuando presente éste, un caso de cirugía bucal, le de la importancia y categoría de vida y al mismo tiempo sea reconocida la labor del facultativo en este campo.

Es obligación del facultativo responsable, estar actua-

lizado en todos los aspectos que a su profesión se refiere, para que le responda al paciente y resuelva problemas del mismo de una manera satisfactoria y que acredite al cirujano dentista como un verdadero profesionista.

CONCLUSIONES.

El tercer molar inferior retenido, se presenta en mayor proporción que el superior ocasionando las siguientes patologías:

- 1.- Su presencia ocasiona infecciones del saco pericoronario, provocando un aumento de la virulencia microbiana, traumatismos e irritabilidad.
- 2.- Ocasiona también accidentes nerviosos, celulares, óseos, linfáticos o gálgionares y tumorales.
- 3.- Provoca en algunas ocasiones durante su desarrollo el apiñamiento de los dientes anteriores.
- 4.- En un gran número de casos está indicada su extracción por lo que es necesario tener un acervo de conocimientos y habilidad.

Por tener un índice de presencia mayor, por presentar una serie de patologías y por ser un problema en el trabajo cotidiano del cirujano dentista su extracción está indicada.

EVALUACION DEL IBUPROFEN PRE-OPERATORIO PARA DOLORES
POST-OPERATORIOS, DESPUES DE LA EXTRACCION DEL 3os MOLARES

Se efectuó una evaluación de 100 pacientes, sobre los - efectos analgésicos del ibuprofen preoperativo, después de la extracción quirúrgica de terceros molares incluidos.

El pre tratamiento con ibuprofen demora el tiempo de - ataque del dolor postoperatorio, más de 100 minutos, comparado con el tratamiento con placebo.

La severidad de dolor experimentado inicialmente en el - postoperatorio, es menor en el grupo pre-examinado.

No hubo ninguna interacción detectable entre el pre-tra - tamiento y los analgésicos administrados postoperatoriamente.

Los resultados del estudio, mostraron que es posible de - morar el ataque y disminuir la severidad del dolor postopera - torio, administrando un analgésico no esteroide y anti-infla - matorio con el ibuprofen.

El ibuprofen es un nalgésico anti-inflamatorio, que se - indica comúnmente en el tratamiento de artritis. Cuando se -- administra postoprativamente, después de la remoción quirúr - gica de los terceros molares incluidos, El ibuprofen de 400mg demoró en producir mayor analgesia que la aspirina de 650mg.

El objetivo principal de éste estudio fué el de determinar el pre-tratamiento con ibuprofen, pudo demorar el ataque y disminuir la severidad del dolor postoperativo, además la interacción del ibuprofen de pretratamiento con analgesicos postoperativos, tales como la aspirina o el ibuprofen en forma comparada.

MÉTODOS.

Los pacientes que se sujetaron al estudio, fueron de consulta externa y fueron sometidos a una remoción quirúrgica de terceros molares incluidos, en la clínica de cirugía oral de la escuela de medicina de Virginia, facultad de odontología.

Fueron convocados a participar pacientes adultos de más de 18 años, con buen estado de salud. Sin antecedentes de recientes medicaciones que confundieran la cuantificación de la analgesia.

Fué obtenido el consentimiento por escrito de los pacientes, quienes fueron instruidos por el investigador, conductor del estudio, acerca del método del llenado de la forma del reporte.

Los pacientes fueron sujetos primeramente a la administración de la dosis inicial de medicación de estudio, ya fuera de 400 mg de ibuprofen o de placebo, 30 minutos antes de la operación y después fué llevada a cabo ésta en la manera usual con anestesia local, ya que sola o en conjunto con sedación intravenosa.

Los pacientes fueron instruidos de tomar medidas analgesicas postoperatorias, solamente cuando el dolor llegase a la intensidad de moderado o severo, la dosis postoperativa fué de aspirina 650 mg o 400 mg de ibuprofen. La estratificación quedo así; la mitad de los pacientes que recibieron placebo como pretratamiento, se les administro 400mg de ibuprofen postoperativamente, y la otra mitad se les administró 650 mg de aspirina, y el grupo que se trató con 400 mg de ibuprofen fué estratificado de la misma manera.

Los, efectos del tratamiento preoperativo con analgesico fueron medidos calculando el tiempo transcurrido del término de la operación, hasta la medicación postoperativa. Las medicaciones postoperativas de 600 mg de aspirina o 400 mg de ibuprofen fueron comparadas mediante el llenado, moderado o severo.

Durante las 4 horas siguientes la intensidad del dolor. fué registrada como severa (3), moderado (2), leve (1), ninguno (0) y el alivio del dolor como completo (4). Una respuesta si o no indicaba si el dolor inicial era calmado al menos a la mitad y cualquier efecto colateral ocurrido era notado. Después de la 4hrs o, en el tiempo de medicación adicional, si ésto ocurrió durante el periodo de observación, los pacientes dieron su evaluación total del estudio de medicación como: excelente, muy bien, bien regular o pobre.

En pacientes que necesitaban una nueva medicación clínica estandar (600 mg de acetaminofen con 60 mg de codeína), y los periodos de observación restante, fueron considerados como fracasos de experimentos. Los pacientes regresaron el reporte personalmente ó por correo.

El tiempo a la medicación postoperatoria y los resultados medios para respuestas totales, tanto para el registro de dolor inicial, como para respuestas totales, como para registro de mitigación del dolor y evaluación general, fueron analizados por medio de grupos de los experimentos de los estudiantes.

RESULTADOS:

De los 100 pacientes que participaron del estudio, 94 - regresaron las formas del registro, de esos 94, no registraron el tiempo de la medicación postoperatoria; de éste modo los - datos de los otros 90 pacientes fueron utilizados en el análisis del ataque y severidad postoperatoria. Otros 17 pacientes retornaron formas incompletas, tomaron medicaciones extras y no experimentaron dolor postoperatorio, dejando de ésta manera un total de 73 pacientes para el análisis de la mitigación del dolor postoperatorio.

A pesar de las diferencias existentes en las características de los pacientes entre los 4 grupos, los análisis estadísticos revelaron que no hubieron diferencias significativas entre los grupos experimentales del placebo e ibuprofen, excepto en cuanto respecta a la raza.

la diferencia en raza fué de vida al cambio casual asignado de pacientes a los grupos de tratamiento y fué considerado en el análisis de los resultados. En una tabla se presentó el tiempo intermedio a la medicación postoperatoria para los 4 grupos de tratamiento; de los cuales fueron premedicados con 400 mg de ibuprofen y teniendo un promedio aumentado en tiempo a la medicación postoperatoria de más de 100 minu-

tos en comparación con los dos grupos que fueron premedicados con placebo.

Para los análisis estadísticos, dos grupos fueron premedicados con ibuprofen y dos con placebo fueron combinados en los estudios echos por estudiantes, los cuales arrojaron la conclusión, de que los que fueron tratados con 400 mg de ibuprofen mostraron un retraso significativo de medicación en el postoperatorio.

Los análisis de los efectos por raza no mostraron diferencias significativas entre los resultados de los grupos en tratamiento. La severidad del dolor inicial post-operatorio reportado también varió dependiendo del pretratamiento. Un total del 17 % de pacientes pretratados con ibuprofen reportaron dolor severo inicialmente comparado con el 35.4 % del grupo pretratado con placebo. En cuanto a la adicción 3 de los pacientes en el grupo pretratado con ibuprofen no experimentaron dolor postoperatorio, comparado con 9 del grupo pretratado con placebo.

Los resultados de éste estudio sugiere que puede ser -- posible iniciar preoperatoriamente el manejo del dolor postoperatorio, por medio de la administración de un analgésico --

anti-inflamatorio como el ibuprofen.

DISCUSION

El objetivo principal de éste estudio fué la evaluación de los efectos del tratamiento de un analgésico tal como el-ibuprofen, contra el severo dolor postoperatorio, los resultados fueron que apareando con una cantidad relativamente baja (400 mgs. de ibuprofen) disminuía significativamente el ataque del dolor postoperatorio, además el dolor severo fue manifestado solo en un 17% de los pacientes pretratados con ibuprofen, contra un 35.4% de pacientes pretratados con placebo que reportaron dolor severo durante el postoperatorio. Cotejando éstas observaciones en forma real tres de los pacientes del grupu pretratado no experimentaron un dolor postoperatorio comparado con los pacientes no tratados con placebo.

Un posible pretratamiento combinado con una exacta administración de terapia analgésica postoperatoria podría adicionarse para prevenir el dolor durante el postoperatorio. Un objetivo secundario del estudio fue determinar la interacción del pretratamiento con ibuprofen o aspirina en el postoperatorio. Esto no fue diferenciado estadísticamente en la eficacia del tratamiento postoperatorio, (400mgs. de ibuprofen

o 650 mgs. de aspirina) después de un pretratamiento con ibuprofen o placebo.

RESUMEN

La administración preoperatoria de 400mgs. de ibuprofen en forma prolongada impidió el ataque y decreció la severidad del dolor postoperatorio en la remoción de terceros molares.

El pretratamiento no presentó hacia el potencial la asociación de la forma postoperatoria, administrada del ibuprofen o la aspirina.

Los resultados de éste estudio sugieren que es posible la iniciación preoperatoria del manejo del dolor postoperatorio, por medio de la administración de un analgésico antiinflamatorio como el ibuprofen.