

318322

14  
207



**Universidad Latinoamericana**

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**EXTRACCION QUIRURGICA DE TERCEROS  
MOLARES INFERIORES RETENIDOS Y  
TECNICA DE SECCIONAMIENTO**

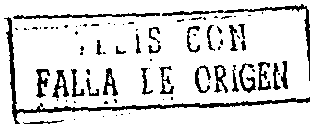
**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A**

**ERNESTO HERIBERTO MEDINA FLORES**



MEXICO, D. F.

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

<b>CAPITULO I</b> <i>Introducción</i>	...	1
<b>CAPITULO II</b> <i>Definiciones</i>	...	3
<b>CAPITULO III</b> <i>Clasificación</i>	...	4
<b>CAPITULO IV</b> <i>Indicaciones</i> <i>Contraindicaciones</i>	... ...	9 17
<b>CAPITULO V</b> <i>Anatomía Regional</i> <i>del tercer molar inferior</i>	...	24
<b>CAPITULO VI</b> <i>Técnica Quirúrgica</i>	...	30
<b>CAPITULO VII</b> <i>Técnicas de seccionamiento</i>	...	45
<b>CAPITULO VIII</b> <i>Complicaciones</i>	...	54
<b>CAPITULO IX</b> <i>Indicaciones posoperatorias</i>	...	68
<b>CONCLUSIONES</b>	...	73
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	...	75

C A P I T U L O # 1

## *INTRODUCCION*

*Los antropólogos afirman que la cerebración del ser humano constantemente en aumento, agranda su caja craneana a expensas de sus mandíbulas.*

*La línea prehipofisaria que se inclinaba hacia adelante desde la frente en resesión hasta la mandíbula en protusión en las formas prehumanas se ha vuelto casi vertical en el hombre moderno a medida que ha disminuido el número de dientes.*

*Una dieta más blanda y refinada, que requiere menos masticación, favorece esta tendencia, haciendo innecesario poseer aparato masticatorio poderoso, gran número de personas tienen dientes retenidos por ésta, tanto como por otras razones el hombre perderá los terceros molares.*

*El tercer molar retenido es una de las anomalías más frecuentes que aquejan al hombre civilizado.*

*La extracción de los terceros molares es un procedimiento quirúrgico que debe ser llevado a cabo con una técnica específica y planeada en relación al tipo de retención con la cual el cirujano bucal ha de tratar. No deberá ser un procedimiento dejado al azar.*

*Cada paso debe ser planeado y ejecutado con precisión y exactitud.*

*el Odontólogo ha de recordar siempre que ligado al diente se encuentra un ser humano por ser un todo que reacciona frente al trauma físico y emocional, por lo tanto ambos deben ser reducidos al mínimo.*

**C A P I T U L O # 33**

Para la mejor comprensión del título y de el contenido de esta tesis se explican las siguientes definiciones.

#### ORTODONCIA:

Es la parte de la Odontología que trata del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y defectos en maxilares así como regiones adyacentes.

#### DIENTES RETENIDOS.

Son dientes que una vez llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares, - manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

#### RETENCION INTRAORSEA:

cuando el diente está completamente rodeado de hueso.

#### RETENCION SUBGINGIVAL:

Cuando el diente está cubierto por mucosa gingival.



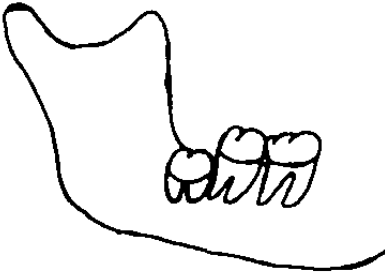
**C A P I T U L O # 333**

CLASIFICACION:

a) *Dependiendo de la posición de la corona en relación al eje longitudinal del segundo molar.*

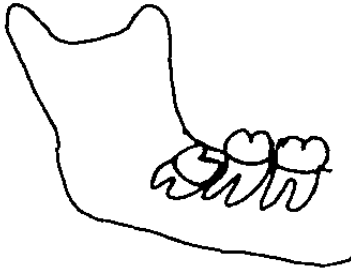
a-1) VERTICAL:

*En este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto por hueso; pero lo característico reside en su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar.*



### MESOANGULAR

a-2) Presentan su corona dirigida hacia el segundo molar, el eje mayor del tercer molar con el eje mayor del segundo molar forma un ángulo de grado variable alrededor de 45 grados aproximadamente hacia abajo.



a-3) HORIZONTAL:

La corona de estos molares está dirigida al segundo molar, su eje mayor es perpendicular al eje mayor del segundo molar formando un ángulo de noventa grados.



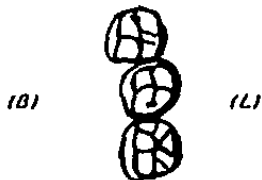
a-4) DISTOANGULAR:

En esta variedad el tercer molar está colocado con la corona dirigida hacia la zona ascendente en grado variable formando un ángulo variable alrededor de 45 grados hacia arriba.

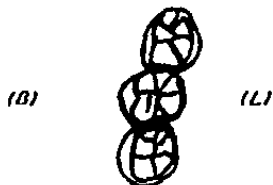


DESVIACIONES:

b-1) En sentido bucal.



b-2) En sentido lingual.



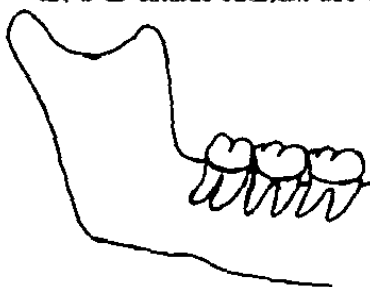
b-3) En sentido bucolingual.

La corona esta dirigida hacia la lengua y los  
ápices hacia la tabla externa.

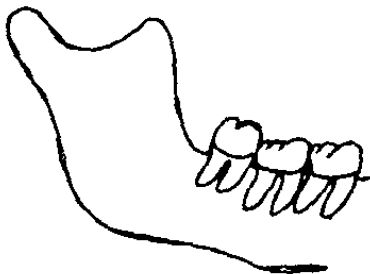


*Clasificación en relación a la profundidad en el hueso con respecto a la altura del segundo molar.*

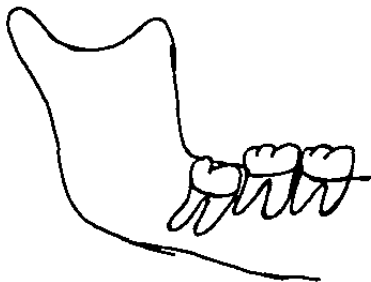
*c-1) la altura de el tercer molar está perpendicular a la línea de oclusión del segundo molar.*



*c-2) la altura de el tercer molar está por arriba del plano de oclusión del segundo molar.*



c-3) *La altura del tercer molar está por debajo del -  
plano de oclusión del segundo molar.*



d) *Dependiendo la forma de la raíz.*

**C A P I T U L O # 3 V**



### INDICACIONES:

1) Por motivos Ortodónticos como apiñamiento dental.

2) Tumoral o Quístico:

Los quistes dentígeros pueden infectarse y dar -- procesos supurativos de gravedad variable, capaces de traducirse en osteítis y osteomielitis.

Sin llegar a constituir quistes dentígeros típicos los restos del saco dentario, ubicado en el lado mesial o distal del tercer molar pueden, en vez de desaparecer del todo originar un granuloma o ameloblastoma posterior o anterior. En tal caso el saco pericoronario permanece adherido al -- cuello del diente en la porción distal o mesial -- al abrigo de las presiones que pueden absorberlo.

*Perdura sólo su hemisferio posterior o el anterior conservando por algún tiempo su integridad, — cerrados y sin adquirir contacto con el medio bucal.*

*Pero cuando ocurre una solución de continuidad entre el molar y la encía, la infección del saco remanente origina su transformación en tejido de granulación que a su vez genera procesos muy — parecidos a la pericoronitis, actuando como infección local.*

*El quiste dentígero contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción, se desarrollan después del depósito del esmalte y probablemente son resultados de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte.*

*El hecho de que el epitelio de un quiste dentígero se inserte en el cuello de un diente es prueba de que en la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él.*

- 3) *Cuando el tercer molar está recargado sobre el — segundo molar y afecta la integridad de éste.*
- 4) *Cuando no existe espacio para la erupción normal del tercer molar ya que éste ha de emerger entre dos paredes inextensibles como son la cara distal del segundo molar y el borde anterior de la rama del maxilar.*
- 5) *Problemas infecciosos como pericoronitis.*  
*La infección pericoronar que acompaña a la erupción de los terceros molares comprende la porción superior de saco folicular o folículo y mucoperiostico pueden inflamarse crónicamente y causar un absceso.*

Para producir la infección de este saco es preciso que, por una parte, aumente la virulencia microbiana y disminuyan las defensas del organismo y por otra, se establezca una puerta de entrada la que está determinada por factores mecánicos; traumatismos sobre el pericondrio que es la porción de tejido gingival que cubre la cara oclusal del diente reteniendo el traumatismo es originado por las cúspides del diente en erupción, las cúspides de los dientes antagonistas o la acción conjunta de una y otra.

La pericondritis es, pues, la lesión inicial se origina en la época de erupción y su comienzo puede ser brusco o incidioso.

A) Cuando es brusco, a nivel del pericondrio que cubre total o parcialmente el tercer molar retenido se instala sin anuncio previo un proceso inflamatorio con sus signos característicos: Dolor, Tumor, Calor y Rubor.

### DOLOR:

Puede quedar localizado en la región del pericondrio o irradiarse a la línea del nervio dentario inferior. En ocasiones el dolor se ubica en el oído o a nivel de el tragus.

El dolor aumenta con el roce de los alimentos, a fenómenos de compresión del saco pericoronario y de la mucosa inflamada, o a la existencia de una úlcera debajo del pericondrio originada por el roce de una cúspide del molar retenido.

### TUMOR:

La encía que cubre el molar se encuentra edematizada, aumentada de volumen por el traumatismo que causa la presión del diente antagonista.

RUBOR:

La encía cambia de color, se presenta de color -  
rojiza o rojo-violacea cubierta de sabuza, restos  
alimenticios y coágulos de sangre.

CALOR:

Ocasiona un cambio en la temperatura de la regi-  
ón causada por una vasodilatación.

- B 1 El comienzo insidioso de la pericoronitis está ca-  
racterizado por la aparición de dolores generalmen-  
te leves, ligeros procesos inflamatorios que duran  
dos o tres días y trismus muy poco acentuados;  
entre el pericondrio y el molar en erupción bro-  
tan unas gotas de pus y sangre y el proceso semi-  
te hacia un nuevo proceso inflamatorio.

*El pericondrio del tercer molar sus regiones vecinas y los fondos de saco vecinos al diente retenido pueden ser sitios propicios en la exacerbación de la virulencia microbiana y la creación de condiciones favorables para que se instale la sinbiosis fusoespinal.*

**6 | PROBLEMAS NERVIOSOS:**

*El paciente puede tener neuritis o neuralgias por presión del tercer molar en algunas partes del - nervio dentario inferior.*



### CONTRAINDICACIONES:

#### *Factores bucales.*

*La infección es un problema siempre latente en la cirugía bucal.*

*Los factores mas importantes que pueden ayudar a dominar las infecciones bucales son:*

- 1) Técnica quirúrgica y asepsia adecuadas.*
- 2) El uso de antibióticos.*

*Una boca crónicamente infectada o que contenga una gran cantidad de sarro es un campo malo para la cirugía.*

*La irritación crónica daña los tejidos, disminuye la resistencia normal y la región es más susceptible a la infección. Las bacterias frecuentemente destruyen las facultades protectora y reparadora del coágulo sanguíneo y evitan la consolidación normal de los tejidos adyacentes.*

*Operar una boca en la cual hay signos de gingivitis es sumamente peligroso. Los tejidos gingivales están necróticos y una operación en este campo perjudica la salud general del paciente, no sólo por la infección local y el dolor en el campo operativo, sino también — porque los espacios aponeuóticos de cabeza y cuello — pueden ser invadidos fácilmente, lo que ocasiona septicemia si las bacterias son de virulencia suficiente.*

#### **ESTADOS GENERALES:**

- 1) *El paciente hemofílico deberá recibir el tratamiento quirúrgico en un hospital ya que la anestesia local por bloques es particularmente peligrosa ya que puede causar hemorragia en planos tisulares, formación de hematomas.*

*Así como también está contraindicada la anestesia general por intubación, por el gran peligro de hemorragia laríngea.*

*También deberá recibir transfusiones de sangre fresca y plasma humano fresco, ó paquetes plaquetarios.*

## **2 | DIABETES:**

*Enfermedad metabólica común en la cual el nivel de azúcar en la sangre llega a elevarse a tal grado que se excreta por la orina (glucosuria).*

*En este tipo de pacientes no se comenzará el tratamiento hasta que la diabetes está bajo control, y bajo el cuidado de un médico que autorice el tratamiento.*

*Habrá que recordar que estos pacientes son propensos a infecciones y una vez establecida ésta, puede extenderse rápidamente, por lo tanto es recomendable administrar antibióticos antes y después del tratamiento quirúrgico.*

*Los diabéticos crónicos de edad avanzada son propensos a arterioesclerosis, hipertensión arterial y preferible realizar el tratamiento quirúrgico en un hospital donde es posible solucionar con prontitud cualquier complicación cardiovascular.*

### **3) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:**

*En la angina de pecho, oclusión coronaria, hipertensión arterial, y la insuficiencia congestiva el primer problema al que debe enfrentarse el dentista es evitar el dolor que puede precipitar una recaída.*

*Tanto el cirujano dentista como el médico del paciente deben consultarse para proporcionar el mejor cuidado al paciente.*

#### 4) FIEBRE REUMÁTICA:

*Esta enfermedad con frecuencia produce una — complicación que es daño cardíaco, en especial cicatrización de las válvulas del corazón que — desarrollan vegetación en forma de verrugas situadas a lo largo de las zonas de contacto de las — válvulas.*

*El antecedente de fiebre reumática así como cardiopatía congénita o cirugía cardiovascular requiere atención específica por la razón de una infección. El microorganismo responsable de estas complicaciones es el estreptococo beta-hemolítico grupo A.*

*En estos pacientes debe administrarse antibiótico bactericida profiláctico como la penicilina antes y después del tratamiento.*

5 | *PACIENTES CON ANORMALIDADES DE COAGULACION.*

*este tipo de pacientes deberán hacerse exámenes sanguíneos como pruebas hemoragias para antes de el tratamiento quirúrgico, estas pruebas también se las pueden hacer a personas normales como método preventivo.*

6 | *ENFERMEDADES DEL HIGADO:*

*En la cirugía bucal tienen importancia la cirrosis del hígado y la hepatitis por el trastorno del mecanismo de coagulación.*

*Estas lesiones del hígado pueden perjudicar el — proceso de curación por la anemia.*

## 7 | ENFERMEDADES RENALES:

*A los riñones compete en parte eliminar los desechos nitrogenados del organismo, mantener la normalidad de líquidos, electrolitos así como mantener el nivel adecuado de proteínas del plasma.*

*Los pacientes con enfermedades activas deben ser protegidos con antibióticos por dos razones.*

*A) La función renal ha sido dañada por la enfermedad y cualquier infección, aunque sea temporal, puede producir consecuencias graves.*

*B) La resistencia local y la facultad de curación de los tejidos operados han disminuido, por el aumento de urea y otros materiales de desecho de la sangre.*

C A P I T U L O # V



## *ANATOMIA REGIONAL DE LA ZONA DEL TERCER MOLAR INFERIOR*

*Esta situada en el ángulo diedro de unión de las dos - partes componentes de la mandíbula; rama ascendente y el - cuerpo.*

*Los músculos que se pueden llegar a traumatizar durante la cirugía son:*

### *MASETERO:*

*Poderoso músculo masticador de forma rectangular insertándose en el arco cigomático y la cara externa del maxilar inferior.*

### *TEMPORAL:*

*De forma de abanico muscular que se extiende desde la fosa del temporal hasta el vértice, borde y cara de la apófisis coronoideas del maxilar inferior.*

#### *BUCINADOR:*

*Este músculo forma toda la pared lateral de la cavidad bucal. Contrae la región del tercer molar.*

*Músculo plano y corto que tiene inserciones óseas, se dirige desde la pared posterior de la arcada hasta la comisura labial.*

#### *CONSTRUCTOR DE LA FARINGE:*

*Tiene relación en su inserción con el tercer molar. Se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis Pterigoides, en el ligamento pterigomaxilar, y en el extremo distal de la línea mihhiodea.*

#### **NERVIOS:**

*Esta región está inervada por el nervio trigémino en su tercera rama del que se divide el nervio - maxilar o mandibular.*

*Una de sus ramas terminales da la inervación sensitiva de la zona.*

#### **ARTERIA:**

*La arteria que irriga la zona del tercer molar es una colateral descendente de la maxilar interna; - Arteria inferior.*

*La región del tercer molar inferior esta constituida por el hueso maxilar inferior que lo dividiremos - para su estudio.*

#### **HUESO MESIAL:**

*Porción ósea que se encuentra en la cara distal - del segundo molar y la cara mesial del tercero, - tiene forma de una pirámide, en ocasiones trunca- da, el vértice puede ser cortante.*

#### **HUESO BUCAL:**

*Porción ósea que cubre la cara bucal del molar re- tenido. Puede considerarse como una ancha plani- cie extendida entre la cara distal del segundo mo- lar hasta la cara distal del tercero.*

*Sumamente sólido, resistente y de distinto espesor - según el tipo de retención del molar.*

#### **HUESO DISTAL:**

Cubre la cara homónima del molar y su conocimiento radiográfico determina forma, dimensión del hueso variables.

También se le considera una pirámide truncada que en su cara posterior está deprimida en su centro.

#### **HUESO LINGUAL:**

Se extiende como el hueso bucal desde la cara distal del segundo molar hasta la porción distal del tercero pero sin tener su consistencia.

es un hueso de poco espesor y resistencia.

## *HUESO OCLUSAL*

*Porción ósea que cubre la cara superior y oclusal del molar que se continúa con los demás huesos ya descritos.*

*Formados por dos delgadas tablas de hueso compacto, que encierran una variable cantidad de hueso esponjoso.*

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

TECNICA QUIRURGICA



## ANALGESIA.

### *NERVIO DENTAL INFERIOR:*

*El nervio dental inferior se bloquea por el depósito de solución analgésica a su alrededor, exactamente antes de que se introduzca en el agujero mandibular y — cuando se encuentra en el espacio pterigomandibular.*

*Esta limitado en forma lateral por la rama ascendente y medialmente por el músculo pterigoideo interno; el límite posterior está dado por la glándula parotida — que contiene ramas de nervio facial.*

### *TECNICA:*

*El método para administrar bloqueo del nervio dental inferior derecho tomando en cuenta que el cirujano — sea diestro es la siguiente:*

*El cirujano se coloca frente al paciente que se encuentra en posición cómoda; para localizar el punto de inserción de punción de la aguja, mueve el dedo índice de la mano izquierda en forma distal en el doblez mucobucal hasta que el borde oblicuo externo se sienta en la cara anterior de la rama ascendente. Ahora se rota el dedo de manera que la uña esté de cara hacia la lengua, con lo que se palpa la fosa o triángulo retromolar, que se encuentra limitado medialmente por el borde oblicuo interno al cual se encuentra adherido el borde del safe pterigomandibular.*

*La aguja se inserta del lado izquierdo de la boca, y se inclina el cilindro de la jeringa entre los dos premolares inferiores izquierdos.*

*La aguja penetra los tejidos en un punto que bisecciona la uña de el dedo guía.*

*La aguja se introduce lentamente a una profundidad casi de 1 cm, depositando 0.5 ml de solución. Se introduce más la aguja en los tejidos hasta que se hace contacto con el hueso, se retira 1 mm y se deposita la solución restante.*

#### **NERVIO BUCAL:**

*El propósito de anestesia este nervio es el de separar la zona quirúrgica ya anestesiada previamente — por el nervio dental inferior.*

### **TECNICA:**

*Se aplica la inyección aproximadamente .5 cm por arriba del plano de oclusión y pocos milímetros por dentro, en la mucosa en el punto donde el nervio cruza el borde oblicuo externo en la cara disto-bucal del tercer molar inferior.*

### **INCISION:**

*El empleo eficiente del bisturí requiere del conocimiento de los puntos de apoyo adecuados.*

*El bisturí se toma con firmeza, pero sin tensión.*

*No debe asirse rípidamente, de manera que haga temblar la mano, o que pueda influir en el movimiento necesario para lograr una incisión limpia y atraumática.*

*Para mayor seguridad se puede emplear puntos de apoyo durante la incisión, los cuales son el hueso o sobre los dientes adyacentes a la línea de incisión; siendo indispensable la completa visualización de la región que se va a incidir.*

*La incisión tiene por objeto abrir los tejidos para llegar a planos más profundos donde se debe realizar el objeto de la intervención.*

*Las incisiones deben ser hechas de un sólo trazo, sin líneas secundarias, para que permitan una correcta adaptación.*

*Para realizar cualquier tipo de incisión es aconsejable mantener tensa la mucosa o encía con los dedos de la mano izquierda u opuesta a la que realizará la incisión los cuales, al mismo tiempo, aparten los labios.*

*Las condiciones que debe reunir una incisión, son las siguientes:*

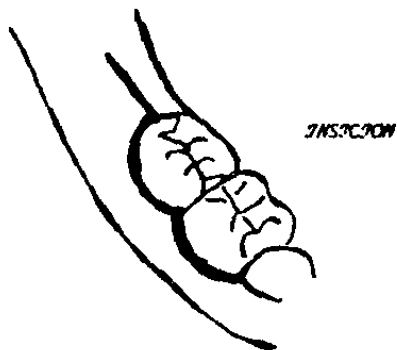
- 1) Al trazar la incisión y circunscribir un colgajo es necesario que este tenga una base lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente irrigación y se eviten de este modo los trastornos nutritivos y su necrosis.*

2) Buena visualización del objeto a operar y no obstaculizar las maniobras operatorias.

3) La incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir un colgajo que descubra amplia y suficientemente el campo operatorio y se eviten desgarros y roturas del tejido gingival, que — siempre se traducen en necrosis de las partes blandas.

El trazado de la incisión deberá hacerse hasta — percibir por debajo del instrumento la sensación del hueso o de la cara dentaria.

*La insición para cirugía del tercer molar inferior  
deberá llegar hasta la cara distal del segundo molar; -  
desde ahí se contornea el cuello del segundo molar en -  
su cara vestibular y se continúa festoneando la encía -  
del primer molar.*





## **COLGAJO**

*Trazada la incisión, se hace hemostásis comprimiendo por breves instantes con una goma la región.*

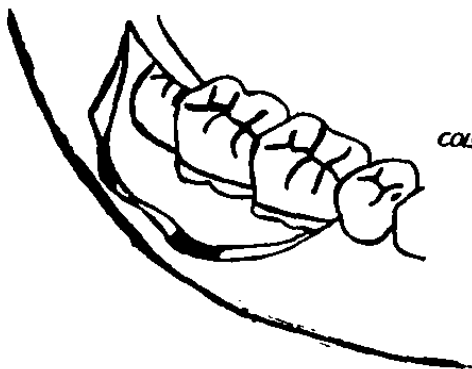
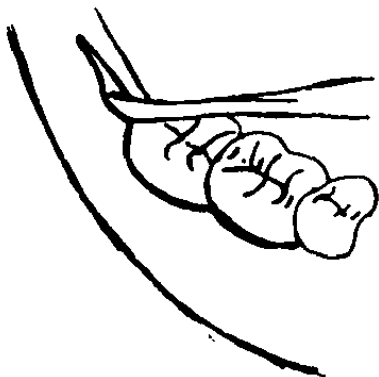
*Se toma una legua que se introduce entre los lados obtenidos por la incisión de distal a mesial.*

*La legua toca fuercamente el hueso, apoyándose en él y a merced de suaves movimientos de lateralidad y de giros del instrumento, se desprende el lado vestibular de la incisión.*

*La legua con apoyo en el ángulo buco-distal del segundo molar, separa o desincenta la encía que cubre la cara bucal del segundo molar continuando con esta función la legua desincenta la encía bucal del primer molar - hasta el espacio interdentario del segundo premolar.*

*La legua también sirve a las maniobras operativas posteriores para mantener fijo el colgajo desprendido.*

LEVANTANDO COLGRO



COLGRO LEVATADO

### **OSTEOTOMIA:**

*Se denomina osteotomía el tiempo operatorio que -  
consiste en la eliminación de hueso, que cubre, protege  
o abja al molar retenido.*

*el objeto de la osteotomía es eliminar la cantidad  
necesaria de hueso como para tener acceso al molar re-  
tenido y disminuir la resistencia que ofrece la cantidad  
y calidad de hueso.*

*el instrumento para realizar la osteotomía más útil  
es la fresa su empleo es simple y su función puede ser  
realizada con éxito, cumpliendo con ciertos principios -  
que son evitar el calentamiento por el roce y prolonga-  
do fresasado y evitar el embotamiento del instrumento por  
las partículas óseas que se depositan entre sus dientes.*

*Las fresas quirúrgicas empleadas son de forma de -  
bola y tronco-cónicas de carburo de tungsteno de baja ve-  
locidad ya que resecan el hueso con precisión y rapidez.*

*Para evitar el calentamiento sobre el hueso es de  
gran utilidad irrigar esta zona mediante chorros de suero  
fisiológico.*

*Las regiones óseas que deben eliminarse es todo el  
hueso que cubre el molar, total o parcialmente en sus ca-  
ras mesial, bucal, distal, y oclusal.*

*La cantidad de hueso a eliminarse permitirá la --  
aplicación de un grado de fuerza a la palanca destinada  
a la extracción.*

*El molar retenido deberá ser movilizado según princi-  
pios mecánicos definidos, pero no a costa de excesiva -  
fuerza que significa trauma, lo cual se traduce en dolores,  
molestias y retardo de tiempo de cicatrización.*

*La aplicación de la mecánica quirúrgica eliminará -  
el molar siguiendo la vía de menor resistencia.*

*Debe tomarse en cuenta el objeto de la osteotomía: Resección de hueso para alcanzar el lugar donde -  
aplicar la fuerza ( osteotomía de acceso )*

#### *OSTEOTOMIA MESIAL*

*En términos generales se trata de una osteotomía  
de acceso que se realiza a nivel del hueso mesial.*

#### *OSTEOTOMIA BUCAL*

*El hueso bucal es útil como hueso de apoyo y debe  
ser conservado todo lo que permitan las circunstancias.*

#### *OSTEOTOMIA DISTAL*

*La eliminación del hueso distal permite que el elevador cumpla su cometido dirigiendo el molar hacia el espacio creado por la osteotomía.*

## *OSTEOTOMIA OCLUSAL*

*Es la eliminación de hueso que cubre parcial o totalmente la corona del diente.*

*En todas las osteotomias se hacen hasta el cuello molar.*

## PRINCIPIOS DE LA PALANCA ELEVADORA

Para elevar un objeto del nivel de su base con la ayuda de un punto de apoyo se usan dos fuerzas principales. Según la localización del punto de apoyo en relación con el objeto que va a elevarse, se usará una fuerza de empuje o de tracción para desalojar el objeto hacia arriba. Como en el dibujo 1

Al colocar un elevador delgado y plano entre el segundo y tercer molar el punto de apoyo puede establecerse en el borde inferior del elevador, en donde entra en contacto con el hueso de manera que el borde superior del elevador sea el que eleve; o puede establecerse cerca del borde superior del elevador para que el borde inferior del instrumento sea el que eleve.

Como en el dibujo 2

*Cuando se usa el borde inferior de un elevador para tocar el objeto que va a extraerse, el borde superior y la parte posterior del elevador forman un punto de apoyo en el lugar de contacto sobre el segundo molar.*

*Como en el dibujo 3*

*El tercer molar se extrae como pala cuando se haya obtenido suficiente espacio por movimiento distal del tercer molar.*

*Cuando el borde superior del elevador se usa para entrar en contacto con el tercer molar, el punto de apoyo se cobca sobre el borde inferior del elevador, que descansa sobre el tabique como en el dibujo 4.*

*El elevador no ejerce fuerza alguna sobre el segundo molar.*



Por medio de un movimiento hacia arriba y hacia abajo, como de abrelatas sobre el mango del elevador en punta de lanza, el tercer molar se desaloja casi en posición recta, hacia arriba, de manera que la rama anterior — del maxilar no interfiera en la vía de salida del diente.

A medida que el diente se eleva, también se mueve hacia atrás hasta cierto punto, de manera que pueda perderse el contacto continuo del elevador con el cuello — anatómico.

Si el molar no puede extraerse totalmente con esta técnica, se desvía el punto de apoyo cuando el molar — está ya a medio camino fuera del alveolo y el borde inferior del elevador se hace funcionar como una pala por debajo de la corona para terminar la elevación.

Como a la figura 5.

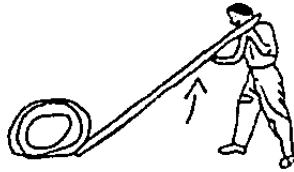


FIGURA # 1

PUNTO DE APOYO O DE PALANCA

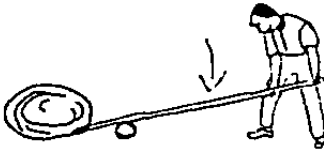


FIGURA # 2

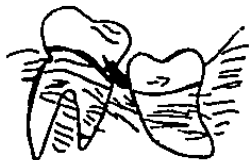


FIGURA # 3



FIGURA # 4

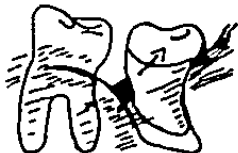


FIGURA # 5

**C A P I T U L O N V I I**

## TECNICAS DE SECCIONAMIENTO

*En algunos casos será menester reducir el volumen del cuerpo a extraerse; es decir, se deberá realizar la sección del molar retenido en varios fragmentos, con el objeto de simplificar la operación.*

*Requiere un menor sacrificio de un tejido útil como es el óseo; la sección se realiza sobre el tejido que va a ser eliminado; en este caso el molar.*

## VENTAJAS

- 1) Se disminuye el tamaño del campo operatorio.*
- 2) Se disminuye o reduce la cantidad de hueso que va a eliminarse.*
- 3) Se acorta el tiempo operatorio.*
- 4) No hay lesión sobre los molares vecinos.*

- 5) *Se realiza una lesión mínima sobre el hueso veci-  
no.*
- 6) *El peligro de fractura del maxilar queda muy dismi-  
nuido, pues no se emplea la fuerza mecánica como  
único factor.*
- 7) *En un gran número de casos se disminuye el peli-  
gro de lesión sobre el nervio dentario.*
- 8) *Previene la fractura en las tablas alveolares exte-  
rna o interna.*

#### **RETENCION HORIZONTAL**

*La retención horizontal situada a bajo nivel oclu-  
sal requiere un corte óseo vertical profundo, que fre-  
cuentemente se extiende hasta el nivel distal del segun-  
do molar.*

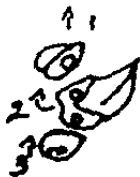
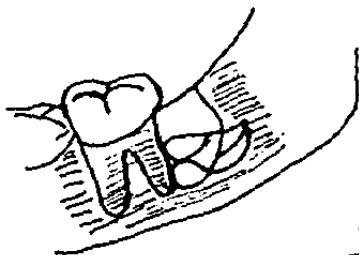
*Los cortes horizontales deberán ser suficientes -  
para exponer el cuello anatómico del molar.*

*La descripción clásica de la extracción de este molar in cluye una división en el cuello anatómico para separar la corona de la raíz.*

*Se coloca la fresa en el surco bucal, dirigiéndola - hacia atrás y hacia arriba. La porción distal de la corona puede dividirse y eliminarse. Se coloca la fresa - en el mismo sitio dirigiéndola hacia atrás y abajo esto - dividirá la porción mesial (inferior) de la corona, que no puede extraerse en ese momento.*

*Si los ángulos de las secciones han sido lo suficiente anchas, puede haber suficiente espacio para extraer la retención, siempre que se haya eliminado suficiente hueso sobre la cresta del reborde.*

RETENCION HORIZONTAL





Puede hacerse otra división en dirección casi vertical (hacia abajo).

La superficie de dentina expuesta, puede dividirse más fácil que el esmalte, y si se expone la cámara pulpar es aun más fácil obtener una división.

Se extraen los diversos fragmentos dentales superficiales. Si el corte óseo vertical se ha hecho lo suficientemente profundo para lograr el acceso del elevador, y se ha eliminado suficiente hueso de la cresta alveolar la porción radicular puede extraerse con un elevador recto, delgado seccionando ó no, aún más la raíz.

No deberá usarse presión fuerte. Debe seguirse seccionando el molar o el hueso hasta poder retirar la retención con relativa facilidad. La porción mesial de la corona se extrae en último lugar.

## RETENCION VERTICAL

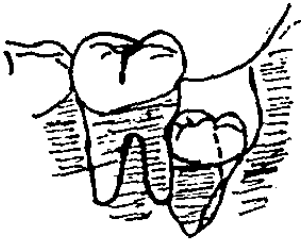
*La extracción de la retención vertical es un poco más difícil debido a la dificultad de colocar un instrumento entre el segundo y el tercer molar retenido.*

*Se expone el área a la vista bajo un gran colgajo mucoperiostico. Se hace un corte óseo vertical largo para exponer cuando menos el cuello anatómico del molar.*

*Se elimina hueso distal y oclusal del molar retenido.*

*Se secciona el molar haciendo un surco o grieta - casi vertical desde el surco bucal atravez de la porción distal del molar bajo el cuello anatómico. Esta porción se quita o extrae fácilmente.*

**RETENCION VERTICAL**



*Se fuerza un elevador delgado entre los molares, -  
este instrumento elevará al molar hacia arriba y atrás.*

*Si esto no es posible con un elevador recto delgado  
puede empotrar el área de bifurcación del lado bucal y -  
ejercer fuerza recta hacia arriba.*

#### **RETENCION DISTOANGULAR**

*La retención distoangular es difícil de extraer por  
que su masa queda dentro de la rama del maxilar inferi-  
or.*

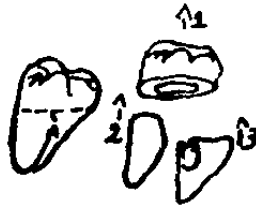
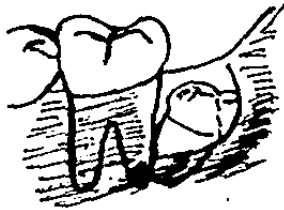
*La corona del molar retenido está situada lejos  
del segundo molar, lo que hace que no haya ventaja -  
mecánica para el elevador.*

*Se eleva un colgajo mucoperiostico amplio, y se hacen los cortes verticales y horizontales. Se secciona el molar en dirección vertical. Según la curvatura de las raíces, la masa mesial del molar se mueve primero hacia arriba mediante la colocación del elevador en el lado mesial del molar o en el área de la bifurcación.*

*A veces la porción distal de la corona puede dislocarse fuera del hueso. El molar entonces se hace rotar distalmente en el espacio creado.*

*Frecuentemente es útil seccionar la corona desde la raíz, extraer la corona, dividir la raíz en cuas factibles y extraer las porciones radiculares separadas.*

RETENCJON DYSTOANGULAR



## LIMPIEZA DE LA CAVIDAD.

Los fragmentos óseos se levantan de la herida con una cureta pequeña. Se concede atención especial a las astillas alojadas bajo el colgajo en bucal al segundo molar y en sí en todas aquellas partes en donde se realizó osteotomía. Los restos de tejido blando en el alveolo como tejido de granulación, saco pericoronario se extraen por disección roma o contante. Se evita raspar fuertemente las profundidades del alveolo en donde yacen el nervio dental inferior.

Los bordes óseos del alveolo se alisan con lima para hueso, se lava el alveolo con irrigación salina y se puede introducir una gasa empapada con esta solución para que se peguen a esta las esquirlas que haya quedado dentro.

## **SUTURA**

*Para la cirugía de terceros molares bastará con poner dos o tres puntos aislados en el lugar de la in ci s i ó n y otro punto interdental o interpapilar entre las papilas bucal y lingual del segundo molar. Usamos seda negra ya que no irrita la lengua y tejidos blandos y el color se distingue perfectamente para poder retirarlo, además no es caro.*



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

## COMPLICACIONES

## HEMORRAGIA

*Salida de sangre cuando existe ruptura de uno o más vasos.*

*Tipos de Hemorragia:*

- 1) Inmediata o primaria*
- 2) Mediata o secundaria*
- 3) Terciana*

*1) Inmediata:*

*Es la hemorragia desde el momento de la insición hasta que termina el acto quirúrgico.*

*2) Mediata:*

*Cuando termina el acto quirúrgico hasta las primeras 24 horas después del mismo*

3) *Terciaria:*

*Es la hemorragia que se presenta después de las 24 horas.*

*La pérdida de sangre es una complicación constante en todo procedimiento quirúrgico.*

*La sangre arterial es de color rojo intenso brillante, poco espesa, de flujo intermitente a manera de bombeo o pulsaciones.*

*La sangre venosa es de color obscuro de flujo constante, que puede muchas veces ser controlado por la aplicación de taponés locales a presión.*

*La sangre capilar se caracteriza por el escurrimiento continuo de sangre de color rojo claro.*

*En la mayoría de los casos la disección limpia y cuidadosa evita la hemorragia posoperatoria. "Trátese los tejidos con bondad amorosa y sanarán de la misma manera" es una máxima citada por Beaman.*

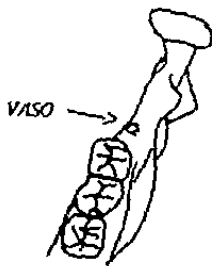
*Deben hacerse incisiones nítidas, evitar romper tejidos y fragmentar hueso.*

*La preparación correcta de los colgajos mucoperiosticos reduce el sangrado durante la operación y después de ella. Las incisiones deben hacerse atravesando toda la mucosa y periosteo.*

*De ser posible, las incisiones para la preparación de los colgajos deben hacerse através de la encía "insectada"*

El tejido conectivo submucoso de esta región está — compuesto de tejido fibroso firme y la equimosis posoperatoria será mínima cuando se contactan estos tejidos.

Las raíces de los terceros molares inferiores, especialmente cuando están retenidos, muchas veces están cerca de los vasos alveolares. Si al extraer estos dientes o — sus raíces se rompen los vasos el resultado será una intensa hemorragia.



## TRATAMIENTO

*El mejor método de controlar la hemorragia consiste en ligar o taponar el vaso sangrante. Todas las arterias cortadas necesitan ser ligadas, ya que la pérdida de sangre en estas circunstancias es sumamente rápida.*

*Las pinzas hemostáticas pequeñas al asir un vaso sangrante, se levanta ligeramente para permitir la introducción del material de sutura alrededor del muñón del vaso.*

*Se retiran las pinzas hemostáticas y el punto sangrante se examina de nuevo para asegurarse que la hemostasis es completa antes de aplicar el segundo tiempo del nudo quirúrgico.*

*La gasa es más eficaz que el aspirador para secar el campo, ya que permite la aplicación periódica de presión sobre el punto sangrante.*

*El material de elección para ligar estos vasos es un material absorbible como el catgut quirúrgico sencillo ya que se reabsorbe más rápido que el catgut cromico.*

*Los tapones a presión con banditas embebidas en una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000, quitándole el exceso pueden en la mayoría de los casos - detener la hemorragia capilar así como la esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) o la espuma de fibrina embebida en trombina.*



*De esta manera el factor más importante del tratamiento de la hemorragia, sin tomar en cuenta su tipo es la aplicación de tapones a presión en el lugar de la hemorragia.*

*Si estos tapones no detienen la hemorragia se procederá a ligar la arteria o vena sangrante.*

*Si el paciente presenta hemorragia mediata o terciaria, este mismo paciente o el cirujano dentista en su casa o en el consultorio debe en primer lugar limpiar la cavidad oral con agua tibia principalmente el área quirúrgica, colocar una gasa estéril haciendo presión sobre la herida, o colocar una bolsita de té ya que contiene ácido tánico que es un vasoconstrictor por un período de 20 minutos generalmente estos detienen la hemorragia.*

## ALVEOLITIS

*Es una de las complicaciones posoperatorias más —  
problemáticas. Se desconoce la etiología del alveolo seco,  
pero los siguientes factores aumentan la frecuencia de esta  
secuela tan dolorosa, estos factores son traumatismo, infe-  
cción, aporte anormal vascular del hueso circundante y —  
enfermedad generalizada así como enfermedad periodontal.*

*Esta afección se produce rara vez al emplear méto-  
dos que reduzcan el traumatismo.*

*La etiología puede estar relacionada con factores —  
que dificultan o impiden la llegada de los nutrientes ade-  
cuados al coágulo sanguíneo recién formado dentro del —  
alveolo.*

*El alveolo seco se desarrolla mas comunmente durante el tercer o cuarto día posoperatorio y se caracteriza por dolor grave y continuo con olor necrótico. Clínicamente, la afección puede describirse como un alveolo en el que el coágulo sanguíneo primario ha pasado a ser necrótico y permanece dentro del alveolo como un cuerpo extraño séptico hasta ser eliminado.*

*Esto generalmente se produce unos días después de la extracción, dejando las paredes alveolares desprovistas de su cubierta protectora.*

*El hueso denudado se acompaña de dolor grave, — que solo puede controlarse por aplicación local de analgésicos potentes y empleo de analgésicos por vía bucal o parenteral.*

*El alveolo séptico es una superficie ósea denudada.*

*Todo hueso denudado se vuelve necrótico, y debe extirparse antes de poder ser reemplazado por hueso normal.*

*Este proceso generalmente toma de dos a tres semanas según la capacidad de regeneración del individuo.*

*Al terminar el ciclo de regeneración ósea la pared alveolar desvitalizada secuestrada molecularmente o en masa, e inmediatamente detrás de ella se encuentra una capa defensiva regeneradora de tejido conectivo joven, que en última instancia llena el vacío y experimenta sustitución ósea.*

*Durante este periodo, el tratamiento debe dirigirse sólo a mantener higiene en la herida, usando apósitos antisépticos y analgésicos dentro del alveolo, con suficiente potencia para mantener cómodo al paciente.*

*El raspado está contraindicado, por que este no sólo retrasa la curación fisiológica y la reparación sino que también puede permitir que la infección invada el área de defensa.*

*Naturalmente, prevenir es el mejor tratamiento. Con este fin, es importante hacer cirugía atraumática, evitar contaminación y mantener buen nivel de salud general.*

*El tratamiento en general del alveolo seco es paulativo el alveolo se irriega con solución salina tibia para eliminar todos los desechos, se seca el alveolo y se coloca un apósito de preferencia a base de eugenol. El apósito puede cambiarse según sea necesario hasta que ceda, el dolor y el tejido de granulación haya cubierto las paredes del alveolo.*

#### **FACTURA MAXILAR.**

*La aplicación de palancas o fuerzas inadecuadas así como osteotomias excesivas son causas principales de fractura mandibular.*

*Otra complicación frecuente es la lesión al diente contiguo por la proximidad del tercer molar al segundo molar por la excesiva fuerza que se ejerce al hacer palanca en el borde alveolar distal del segundo molar.*

**C A P I T U L O # X**



### **INDICACIONES POSOPERATORIAS**

*Los cuidados posoperatorios contribuyen al éxito de la intervención quirúrgica, al bienestar del paciente que colaboran de alguna manera con la naturaleza misma en el logro del perfecto estado de salud.*

*Una vez terminada la intervención quirúrgica se limpia la cara del paciente con una gasa humedecida en solución salina o antiséptica de toda la sangre que existiere.*

*La cavidad bucal también debe ser limpiada de sangre, saliva, restos óseos que son elementos extraños y — pueden quedar en estado de putrefacción y colaborar en el aumento de la flora bacteriana bucal y producir algun tipo de infección.*

*Las indicaciones para el paciente deben darsele - por escrito para evitar cualquier confusión o malentendido de estas.*

1) *Inmediatamente después de la intervención se coloca una gasa pidiéndole al paciente que muerda, esta gasa se la debe retirar al cabo de una hora y en caso - que tenga un poco de sangrado se pondrá otra gasa.*

2) *Debe mantener reposo relativo ya que esto ayuda a restaurar las condiciones físicas normales, que naturalmente y sin el advertimiento han sido vulneradas.*

*También durante el reposo debe mantener la cabeza más alta que el cuerpo para que no exista congestión sanguínea en la cabeza y tengamos algún tipo de - hemorragia secundaria anormal.*

... 69

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

*También se indica al paciente que no haga esfuerzo alguno que nos podría desgarrar los puntos de sutura.*

*3) Por dos o tres días tendrá que mantener dieta líquida para evitar que se lastime la zona intervenida.*

*4) Debe colocarse hielo a la mayor brevedad posible dentro de bolsas o con toallas mojadas en el agua helada sobre el sitio de la intervención incluso sobre la herida misma.*

*Esto nos ayuda a evitar la congestión y dolor posoperatorio, previene hematomas, hemorragias e inhibe el proceso inflamatorio.*

*El hielo se coloca por períodos de quince por - quince minutos de descanso por un tiempo de 24 horas solamente: dejando más tiempo, su acción es inútil y puede provocar dolor.*

*5) No debe asearse la boca después de la intervención. El aseo lo deberá hacer después de las primeras 24 horas cuando menos, en la zona intervenida ya que - podría irritar la zona y provocar dolor.*

*6) El dolor posoperatorio es la consecuencia lógica - de una operación y está en relación directa con el grado del trauma.*

*Al término de la intervención se le proporcionará al paciente un analgésico no narcótico antes que se presente cualquier dolor, y mantener el analgésico a una - dosis constante por lo menos 24 horas.*

7) *La prevención de procesos infecciosos, que de distinto orden pueden desarrollarse teniendo como punto de partida que es una intervención quirúrgica deben ser tratados con antibióticos por cinco días después.*

8) *El paciente debe regresar al octavo día si este no presenta alguna complicación para retirar los puntos de sutura.*

## CONCLUSIONES

Para tener éxito en la extracción quirúrgica del tercer molar inferior retenido, el cirujano dentista en primer lugar debe recordar que ese molar pertenece a un ser humano el cual deberá recibir la mejor atención profesional.

Elaborar una Historia Clínica general, bucal así como un estudio Radiográfico y un análisis sanguíneo son métodos de diagnóstico que no podemos pasar por alto para lograr que en nuestra intervención quirúrgica el paciente corra el menor riesgo posible.

Se deberá contar con la mayor asepsia del instrumental, campo quirúrgico, así como de la zona que se va a intervenir.

El uso de instrumental y materiales adecuados nos llevarán a una extracción lo menos traumática posible.

*El cirujano dentista debe prestar atención de que el paciente siga las indicaciones posquirúrgicas que ayudaran, al fin de cuentas a una recuperación satisfactoria, más rápida y lo menos molesta.*

*El conocimiento y la habilidad del cirujano dentista así - como la cooperación del paciente nos tienen que dar como resultado una intervención quirúrgica exitosa.*

*De esta manera estaremos cumpliendo con una obligación - que es devolverle al paciente la salud.*



**BIBLIOGRAFIA**

**1.- ANALGESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA**

*D. H. ROBERTS  
T. H. SOWRAY  
Editorial El Manual Moderno S. A.*

**2.- ANESTESIA ODONTOLOGICA**

*N. B. BORGEWSEN  
S. HAYDEN JR.  
Tercera Edición  
Editorial Interamericana*

**3.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL**

*GUSTAV O KRUGER  
Cuarta Edición  
Editorial Interamericana*

**4.- CIRUGIA BUCAL**

*RJES CENTENO  
Editorial El Ateneo*

**5.- EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.**

*RJES CENTENO  
Editorial El Ateneo*

6.- ANATOMIA HUMANA

DR. FERNANDO QUIROZ  
Editorial Porrúa S.A. México

7.- CIRUGIA BUCAL

ARCHER  
Tomo Dos

8.- MEDICINA BUCAL DE BURKET

Diagnostico y tratamiento  
DR. MALCOM A. LYNCH  
Septima Edición  
Editorial Interamericana

9.- PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN

DR. F. A. CARRANZA  
Quinta Edición  
Editorial Interamericana