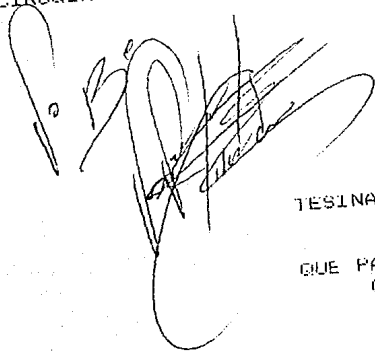


357  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS



TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

ERENDIRA ROMERO AVILA

1989

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.	
REGION MASETERINA	4
REGION GENIANA	4
REGION DE LA FOSA CIGMATICA	4
REGION GLASOSUPRAHIOIDEA	6
CAPITULO II	
GENERALIDADES	8
INSTRUMENTAL QUIRURGICO	10
CAPITULO III	
POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES	14
TECNICA QUIRURGICA	14
TRATAMIENTO POSOPERATORIO	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFIA	19

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

A través de esta tesis se pretende dar una orientación precisa, al Cirujano Dentista sobre la intervención quirúrgica de los terceros molares. A su vez está obligado a reconocer las estructuras anatómicas para poder hacer una cirugía, y saber las posiciones de los terceros molares retenidos, para hacer una técnica quirúrgica adecuada y que el cirujano dentista, pueda resolver este tipo de intervención sin cometer ningún error durante la operación, ni después de ella, teniendo magníficos resultados.

ANATOMIA TOPOGRAFICA DE LA REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

REGION MASETERINA

Situada en las partes laterales de la cara, esta región tiene aproximadamente los límites del músculo masetero: arco cigomático por arriba; el borde inferior del maxilar por debajo; el borde posterior de este hueso por detrás; y el borde anterior del músculo que da nombre a esta región por delante.

REGION GENIANA

Se halla situada a ambos lados de la cara, son sus límites el posterior, el borde anterior de la rama, el superior, el borde inferior de la orbita; abajo, el borde inferior del maxilar, y adelante, los surcos hasogeniano y biogeniano.

En las intervenciones sobre el tercer molar superior e inferior después de rechazada las inserciones respectivas del buccinador, en ocasiones ocurre que la bola adiposa prolapsa parte de sus elementos en la cavidad bucal, nador y la aponeurosis buccinatrix, estan en directa relación con la región quirúrgica del tercer molar inferior.

## REGION DE LA FOSA CIGOMÁTICA

Perteneciente a las regiones profundas de la cara, la región de las fosa cigomática se halla situada por dentro de la rama ascendente del maxilar inferior, tiene escasa relación con la región de estudio. Puede ser asiento de problemas originados por complicaciones inflamatorias del tercer molar o por la anestesia troncular; asimismo, suelen observarse algunos quirúrgicos, como el deslizamiento del tercer molar a esta región o al suelo de la boca, accidente de operatoria que puede ocurrir en ciertos tipos de retención en algunos casos, y por motivo especiales, todos estos problemas se desarrollan en el tercio inferior de la región cigomática.

## REGION GLOSOSUPRAHIOIDEA

"Aprile y figun" aceptan la denominación de región glososuprahioidea dada a las dos regiones vecinas, de íntima relación y mutua dependencia; la región sublingual, son indivisibles, tanto desde el punto de vista anatómico-clínico como del quirúrgico. Sus afecciones son comunes y la terapéutica es también la misma para ambos. Con respecto al problema en estudio, la región glososuprahioidea es asiento de infecciones dependientes del tercer molar, a un desde el punto de vista de la exodoncia propiamente. La región glososuprahioidea está limitada: a los lados, por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo; hacia arriba por el borde inferior de la

mandíbula, desde el mentón al gonio. Hacia abajo, un plano que pasando por el cuerpo del hioides llega lateralmente hasta ambos esternocleidomastoideo. El plano superior de la región está formado por la mucosa bucal, que recubre el piso de la boca, y la lengua, que se encuentra descansando arriba de ella.

a) Musculos.- Se encuentran en la región aliosuprahioidea ya los hemos mencionados: el diastrico, el estilohioidea, el hiogloso y el milohioideo, a cuyo encuentro nos proponíamos llegar desde la piel hacia los planos profundos. Todos tienen escasa participación del músculo milohioideo.

b) La glándula submaxilar.- Este órgano puede relacionarse en algunas ocasiones, escasas por otra parte, con la región que estamos considerando. Algunas complicaciones inflamatorias del tercer molar inferior puede desarrollarse por debajo del milohioideo y comprometer en su evolución la glándula; los ganglios linfáticos, que rodean la glándula pueden ser asiento de adenoflemones, cuyo punto de partida es la pericoronitis del tercer molar; en algunos tipos de retención y por cierta disposición anatómica del molar retenido puede ser tocada o lesionada la glándula (hundida del tercer molar al piso de la boca, rotura de la tabla interna, en su límite inferior, por debajo del

milohiideo, y proyección de raíces del tercer molar en el mismo sentido).



GENERALIDADES

La extracción del tercer molar inferior retenido constituye esencialmente un problema mecánico. Consiste, como señala LADETE, en la eliminación de un cubo contenido (el molar del interior de un cubo conteniente del hueso).

El concepto de la eficiencia mecánica la traduce DURBECK en la siguiente sentencia. "Eficiencia quirúrgica es aquella que cumple el resultado deseado en el menor tiempo y con la menor cantidad de esfuerzo quirúrgico, entre cuyos fines la eliminación del molar retenido de su alojamiento óseo, la extracción del molar se cumple siguiendo dos caminos que pueden unirse o complementarse, ambos pendientes o simplificar el problema y el cumplimiento de los preceptos de la cirugía fisiológica: disminución del volumen cubo contenido y disminuido de la resistencia del cubo contenido y disminución de la resistencia del cubo contiente. Para el primer procedimiento se emplea la división del cuerpo a extraerse (odontosección). En la aplicación de la palanca con fines quirúrgicos deben ser considerados los elementos que actúan en el desenvolvimiento de la acción de esta máquina) la palanca propiamente dicha; b) el punto de apoyo; c) la potencia; d) la resistencia. El instrumento adecuado,

esencialmente en el principio mecánico de la palanca (los elevadores) y aplicados sobre un punto de apoyo (el hueso), con n grados de fuerza destinada a vencer la resistencia (el hueso y el tercer molar inferior retenido, según ciertos principios.

- a) Palanca como instrumento quirúrgico: Para extraer, el tercer molar inferior retenido debe emplearse una fuerza que esta administrada por una instrumento quirúrgico llamado, elevador (botadores); Elevador que se usa en cirugía bucal consta, en términos generales de una barra metálica, un mango y una punta.
  
- b) Punto de apoyo: El punto de apoyo para la mecánica de la palanca (elevador) esta dada por el hueso se emplea, por lo general, el hueso mesial o el bucal.
  
- c) La potencia: Es la fuerza ejercida sobre el extremo distal de la palanca. Sirve para vencer la resistencia. La fuerza destinada a movilizar el molar retenido varía de acuerdo con múltiples circunstancias, tales como la proximidad del punto de apoyo a la resistencia a la longitud de brazo de palanca.
  
- d) La resistencia: El molar retenido (corona y raíces) y el hueso que cubre y rodea el molar pueden actuar también como cuna a como rueda.

El elevador actúa como cuña, en cirugía bucal, cuando se introduce en un alveolo para extraer una raíz fracturada; al penetrar entre la raíz y la pared del alveolo, y por su acción de cuña, desplaza en el sentido inverso al de la introducción el elemento en problema. En la cirugía del tercer molar inferior el elevador actúa como cuña en algunos tipos de la extracción la introducción de un elevador entre la cara mesial del molar y el hueso mesial, y en un retención mesiangular (pongamos por ejemplo), consigue, en este primer movimiento, elevar al molar en sentido inverso al de la introducción del elevador.

El elevador actúa como rueda cuando es empleado de la manera que se denomina de aplicación bucal.

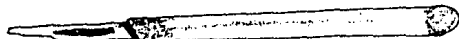
#### INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Por tratarse de una cirugía de alta especialidad la cirugía bucal requiere instrumental también especializado.

La práctica es la que nos llevará a la selección del instrumental; como síntesis de nuestra experiencia podemos aseverar que no son necesarios muchos instrumentos y los pocos que empleamos son el producto de una meditada selección. Ya elegidos estos deben tener funciones específicas y determinada.

## Instrumentos dedicados a la incisión

Bisturi.- Para la incisión de la mucosa a nivel del tercer molar retenidos se emplea al bisturi de Bard-Parker, de la hoja intercambiables.



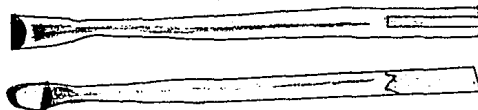
Tijeras.- Se pueden emplear tijeras rectas o curvas, se emplea las tijeras rectas para quitar puntas de sutura.

Pinzas de Disección.- Para ayudarse en la preparación de los colgajos en su despegamiento y en su sutura, son útiles las pinzas de disección dentadas a las de dientes de ratón.

Periostótomo.- Después de practicada la incisión y con las técnicas que se estudiarán, el colgajo mucoso se desprende de su inserción ósea con periostótomo o legra.



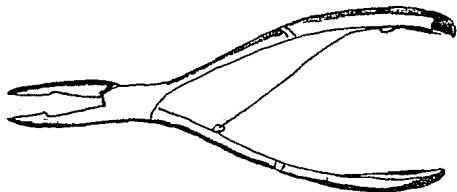
Instrumento dedicados a la osteotomía.- Escoplos: la sección del hueso que cubre total o parcialmente el molar retenido se realiza con escoplos.



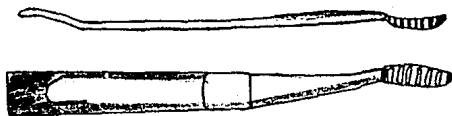
Fresa.- La osteotomía por medio de la fresa es una maniobra sencilla y sin trascendencia. Debe emplearse con ciertas precauciones, evitando el recalentamiento del hueso; por lo tanto ha de aplicarse en maniobras intermitentes, siendo el empleo de fresa de carburo de tungsteno acelera y simplifica la osteotomía. Se usan en estas maniobras las fresas redondas, para la odontosección se utilizan fresas de fisura también de carburo de tungsteno; por lo general se usan en el ángulo recto.

El empleo del torno eléctrico de alta velocidad, simplifica las maniobras de la osteotomía y de la odontosección.

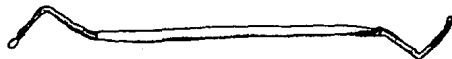
Pinzas gubias.- Destinadas al mismo fin que las trezas, las pinzas gubias pueden usarse en algunas ocasiones: las pinzas se emplean en la osteotomía del hueso bucal o lingual. Este instrumento tiene aplicación en un tiempo quirúrgico importante: la eliminación del sacopericoronario.



Limas para hueso (escotinas).- Son instrumentos destinados a alisar los bordes óseos después de la extracción; se emplea la lima.



Cucharilla para hueso.- En las maniobras finales de la operación, la cucharilla se usa para eliminar fungosidades, granulaciones, trazos del saca pericoronario o esquirlas óseas. Es muy útil la cucharilla con sus dos extremos activos en ángulos rectos.



Elevadores rectos, elevadores de winter n° 11R y L para extraer raíces, y apicales.

### POSICION DE LOS TERCEROS MOLARES

Recuerdo anatómico: Esta pieza puede estar colocada en múltiples y variadas formas, y la intervención debe tener en cuenta estas características. Con referencia al plano de oclusión se pueden considerar cinco posiciones principales: La vertical, mesioangular, distoangular, horizontal y otras atípicas. Las intervenciones sobre piezas de este último grupo puede llegar a ser tan difíciles, observandose la línea de las incisiones musculares. Finalmente, debe recalcar que el nervio dentario pasa muy cerca de las raíces del tercer molar.

### TECNICA QUIRURGICA

Se emplea la hoja de bisturi Num. 15, asegurandose que la incisión se estienda hasta el hueso y se hará toda la incisión de una sola intención. Se empleara el elevador para perioste para liberar el tejido interdentario y se comenzara a levantar el colgajo y se utilizará un movimiento de empuje para la elevación del colgajo tan pronto este sea práctico, terminandose así el levantamiento total del colgajo. El colgajo se sujeta por medio de un retractor, el que deberá ser colocado suavemente sobre el

hueso sin presionar en forma constante al colgajo. Se emplea la fresa quirúrgica de alta velocidad con irrigación con suero fisiológico, esta área deberá ser lo mas grande posible sin colocar en peligro el segundo molar y al puente distal del hueso. Los agujeros hechos por la fresa son unidos y después se hace la ostectomía. El espacio de trabajo es el que se hace para la colocación del elevador o de la fresa para trabajo directo sobre el diente. En este momento debemos decidir si partimos o no el diente y cortarlo con la fresa y retirarlo en pedazos; cualquiera de esta técnica funciona bien. Los elevadores se emplean para retirar las partes cortadas. Una vez que el diente haya sido retirado, deberá hacerse cuidadosamente la limpieza de la cavidad. La cureta deberá emplearse primero como exploradora para asegurarnos de que el alveolo se encuentre limpio. Puede usarse la irrigación para retirar fragmentos y esquirlas de hueso. Puede emplearse una lima para alisar áreas interseparables u otros margenes oseos, y se coloca Gelfoan para cohibir la hemorragia y después se afronta los colgajos para suturar.

#### TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Nota operatoria. Las notas operatorias deben describir la operación en términos específicos de la manera siguiente  
1) procedimiento; 2) cirujano asistente; 3) anestesia (por tipo, nombre y aguante); 4) hallazgos.



Órdenes posoperatorias. Debe hacerse una revisión de las alergias y las idiosincrasias a las drogas que se conocen en el paciente; ulteriormente pueden escribirse las órdenes de la manera siguiente.

- 1.- Signos vitales que deben evaluarse cada 15 minutos hasta que se mantenga estable.
- 2.- Posición elevar la cabeza 20 a 30 grados (puede ir al baño, no puede, no debe reposar en cama, según este indicado).
- 3.- Bolsas de hielo, compresas frías en zonas deseadas si esta indicado (la aplicación de bolsas de hielo planas bilaterales sobre los sitios de las osteotomías o de las extracciones del tercer molar, manteniendo en su sitio por una vendaje elástico de 10 cm., es útil para reducir el edema y la hemorragia posoperatoria).
- 4.- Analgésicos. La medicación para el dolor posoperatorio va a ser administrada bucal o parentalmente, según se desee; comprimidos si desea aliviar la irritación faríngea. El uso de los narcóticos potentes para controlar el dolor intenso debe ser de corta duración y limitado a los pacientes con malestar agudo o aquellos con cáncer inoperable que requieren alivio a largo plazo.

5.- antibióticos. Estos generalmente son la continuación de las drogas comenzadas antes o durante la cirugía, o puede ser quimioterápicos, agregados más tarde a la vista de los hallazgos operatorios.

6.- Drogas antiinflamatorias. La continuación de la administración de la glucocorticoides, si se inició una dosis bucal de 4 mg. de dexametosa antes de la cirugía, frecuentemente se le continúa durante el primer día posoperatorio.

7.- Ordenes dietéticas. Si el paciente ha estado adecuadamente hidratado antes y durante la cirugía y se ha reasumido aconsejable hacer que el paciente comience con líquidos y la mejor dieta posible bajo las condiciones prevaletientes es fundamental, es decir, una dieta completa nutritiva de alto contenido proteico administrado en cantidades suficientes como para satisfacer los requerimientos energéticos del paciente.

## C O N C L U S I O N E S

- Para efectuar una cirugía de terceros molares lo más recomendable es usar la alta velocidad para evitar trismus, edemas y otras complicaciones.
- Conocer las estructuras anatómicas para evitar complicaciones.
- Tener ética profesional, conocimiento y el instrumental necesario para efectuar una cirugía sin complicación alguna.
- Que el cirujano siempre este actualizado en sus conocimientos para no cometer errores.

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

Ries Centeno Guillermo El Tercer Molar Inferior Retenido  
Editorial El Ateneo. P.P. 334.

Kruger O. Gustav. Cirugía Bucal Maxilofacial  
Editorial Panamericana Quinta  
Edición 1986. P.P. 685.

Birn H./ Winter Jens E. Atlas de Cirugía Oral  
Editorial Salvat Editores, S.A.  
P.P. 125.