

16
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TERCEROS MOLARES RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUZ MARIA LAM MEDINA



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN-----	4
DEFINICIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS-----	5
ANATOMÍA DE LOS TERCEROS MOLARES-----	6
CAPÍTULO I	
HISTORIA CLÍNICA-----	7
CAPÍTULO II	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES-----	12
CAPÍTULO III	
ANATOMÍA DE LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR-----	16
CAPÍTULO IV.	
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A POSICIÓN-----	30
CAPÍTULO V	
TÉCNICAS DE ANESTESIA-----	43
CAPÍTULO VI	
ASEPSIA Y ANTISEPSIA-----	50
CAPÍTULO VII	
INSTRUMENTAL-----	54

Í N D I C E

P Á G.

CAPÍTULO VIII

TIEMPOS PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA===== 60

CAPÍTULO IX

PATOLOGÍA----- 66

CAPÍTULO X

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN LOS DIFERENTES

CASOS CLÍNICOS----- 77

CAPÍTULO XI

COMPLICACIONES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS

DEL ACTO QUIRÚRGICO----- 98

CAPÍTULO XII

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO----- 109

CONCLUSIONES----- 112

BIBLIOGRAFÍA----- 114

INTRODUCCIÓN.

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS DEBE LLEVARSE A CABO ÚNICAMENTE CUANDO SE ES PLANEADA, TOMÁNDOSE EN CUENTA CONOCIMIENTOS DE ALGUNAS MATERIAS RELACIONADAS TALES COMO ANATOMÍA, FISIOLOGÍA, RADIOLOGÍA, ETC.

LOS CONOCIMIENTOS DE DICHAS MATERIAS NO SOLO SE ENCUENTRAN RELACIONADAS CON LA EXTRACCIÓN DENTARIA SINO TAMBIÉN SE RELACIONAN CON TODO EL ORGANISMO. POR LO TANTO, ESTO NOS AYUDA A CONOCER E IDENTIFICAR ALGUNOS PADECIMIENTOS Y ENFERMEDADES GENERALES NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE UBICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS; POR LO TANTO, ES RECOMENDABLE QUE PARA EL ÉXITO DE UNA EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR RETENIDO DEBE LLEVARSE A CABO UN AMPLIO ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE LA PIEZA A EXTRAER, PARA DARNOS CUENTA DE LA POSICIÓN DE DICHA PIEZA Y ASÍ LA CIRUGÍA SERÁ MENOS TRAUMÁTICA PARA EL PACIENTE.

I.1

DEFINICIÓN DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

DENOMINADOS TAMBIÉN PIEZAS DENTARIAS DETENIDAS, INCLUIDAS, IMPACTADAS, ETC.

SE LES LLAMA ASÍ A LAS PIEZAS QUE AL LLEGAR A SU TIEMPO DE ERUPCIÓN NO LOGRAN ERUPCIONAR POR ALGUNA CAUSA, CONSERVANDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERIOCORONARIO.

I.2

ETIOLOGÍA.

ESTA SE PUEDE BASAR EN LAS SIGUIENTES TEORÍAS:

PUEDE SER UN PROBLEMA MECÁNICO, O SEA QUE EL DIENTE SE ENCUENTRA DETENIDO POR UN OBSTÁCULO QUE LE IMPIDE SU ERUPCIÓN.

TAMBIÉN SE DETIENEN DEBIDO AL POCO ESPACIO QUE EXISTE ENTRE EL SEGUNDO MOLAR Y EL ÁNGULO MANDIBULAR A RAMA DESCENDENTE. ASÍ TENEMOS UNA AUSENCIA CONGÉNITA DE TERCEROS MOLARES, LA CUAL TAMBIÉN EXISTE EN OTRAS PIEZAS DENTARIAS CON MENOS FRECUENCIA.

UNA DE LAS TEORÍAS INFORMA QUE EL CRECIMIENTO MAYOR O MENOR DE LOS MAXILARES ES DEBIDO AL TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SE LLEVE; A MÁS BLANDA QUE SEA LA DIETA, MENOR DESARROLLO MAXILAR. Y ASÍ SE ACORTA EL ESPACIO QUE LE CORRESPONDE A LA PIEZA PERMANENTE.

I.3

ANATOMÍA DE LOS TERCEROS MOLARES.

LA ANATOMÍA DE LOS TERCEROS MOLARES ES MUY VARIADA; POR LO TANTO, NO SE PUEDE DAR UNA ANATOMÍA EN SÍ, PERO ES MUY IMPORTANTE SABER ALGUNAS FORMAS DE TERCEROS MOLARES O GENERALIDADES DE LA MISMA.

EXISTEN VARIOS TAMAÑOS, FORMAS Y POSICIONES. CON RESPECTO A SU CORONA. POR LO GENERAL POSEEN CUATRO O CINCO CÚSPIDES Y SEGÚN LAS QUE SEAN ESTAS SERÁN LOS SURCOS QUE SE TENGAN EN LA CARA BUCAL. LA CARA LINGUAL ES LIGERAMENTE PLANA; SU CARA DISTAL ES GENERALMENTE CONVEXA.

RESPECTO A SU RAÍZ, GENERALMENTE SE PRESENTAN CON DOS AUNQUE EN OCASIONES PUEDEN PRESENTAR HASTA CINCO CON SU FORMA Y POSICIÓN VARIADA. EL TAMAÑO PUEDE SER DE "ENANA" HASTA CONSIDERABLEMENTE GRANDE, QUE NO IRÍA EN RELACIÓN CON LA CORONA.

POSEEN UNA PARTE LLAMADA CUELLO Y ES LA UNIÓN DE LA RAÍZ Y LA CORONA, LA CUAL SUELE SER LA PARTE MAS ANGOSTA DE LA PIEZADENTARIA.

SU CÁMARA PULPAR ES AMPLIA Y POSEE TANTOS CUERNOS PULPARES COMO CÚSPIDES.

CAPÍTULO I

HISTORIA CLÍNICA.

CUANDO SE REALICE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES DE SUMA -
IMPORTANCIA ENTERARNOS DE TODO EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE A
TRATAR Y PARA ESTO NOS VALEMOS DEL DIAGNÓSTICO.

DIAGNÓSTICO.

SE DEFINE COMO EL ARTE DE RECONOCER UN PADECIMIENTO O EN--
FERMEDAD POR SUS SIGNOS Y SÍNTOMAS.

ES EL FUNDAMENTO EN QUE SE BASA TODA LA TERAPÉUTICA MÉDICA
Y DENTAL, DEBIÉNDOSE OBTENER EL MÁXIMO DE LA INFORMACIÓN DEL PA
CIENTE Y A SUS MOLESTIAS ANTES DE EMPEZAR UN TRATAMIENTO DEFINI
TIVO.

EN OCASIONES NO SE PODRÁ LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO DETALLADO
HASTA CONOCER LOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y RAYOS X.

PARA LLEVARSE A CABO UN BUEN DIAGNÓSTICO DEBERÁ HACER LAS-
SIGUIENTES EXPLORACIONES.

- 1).- INSPECCIÓN: PUEDE SER INDIRECTA, DIRECTA O ARMADA.
- 2).- INTERROGATORIO: ES EL PROCEDIMIENTO DE EXPLORACIÓN --

CLÍNICA POR MEDIO DEL LENGUAJE, PUDIENDO SER DIRECTA-
O INDIRECTA.

- 3).-PALPACIÓN: EXPLORACIÓN POR MEDIO DEL ESTUDIO DEL TACTO.
- 4).-PERCUSIÓN: EXPLORACIÓN QUE CONSISTE EN GOLPETEAR METODI-
CAMENTE PARA PROVOCAR FENÓMENOS ACUSTICOS Y SEGÚN SEAN-
ESTOS, SABREMOS SI EXISTE ALGÚN PADECIMIENTO.
- 5).-AUSCULTACIÓN: EXPLORACIÓN POR MEDIO DEL OIDO, YA SEA ÉS
TOS, SABREMOS SI EXISTE ALGÚN PADECIMIENTO.
- 6).-MEDICIÓN: ES LA COMPARACIÓN DE UNA MAGNITUD CON OTRA CO-
NOCIDA, PUDIÉNDOSE OBTENER PESO, LONGITUD, VOLUMEN Y --
PRESIÓN. ASÍ MISMO EXÁMENES DE LABORATORIO.

BIOMETRÍA HEMÁTICA.

ESTUDIO DE LA SANGRE POR MEDIO DE LABORATORIO.

ERITROCITOS: HOMBRE 4.5 a 6 MILLONES POR CENTÍMETRO CÚBICO.
MUJER DE 4 a 5.5. MILLONES POR CENTÍMETRO CÚBICO. CUANDO-
EXISTEN MÁS HAY POLIGLUBINA, Y AL EXISTIR MENOS, ANEMIA.

HEMOGLOBINA: HOMBRE DE 14 a 16grs. X 100mm. MUJER DE 12 a
14 grs. X 100ml.

HEMATOCRITOS: VALOR NORMAL 45%.

LEUCOCITOS: 5 a 10 ml. X cm^3 MENOS DE 5,000 HAY INFECCIÓN.

CRÓNICA, MÁS DE 10,000 INFECCIÓN AGUDA.

VALORES NORMALES DE:

EOSINOFILOS-----	5%
LINFOCITOS-----	25%
BASÓFILOS-----	2%
PLAQUETAS-----	200,000 a 500,000 X mm ³ .
NEUTROFILOS-----	50 a 70%
MONOCITOS-----	5%

QUÍMICA SANGUÍNEA.

PRODUCTO DEL METABOLISMO DEL ORGANISMO.

UREA-----	20 a 30 mlgr.
ÁCIDO URICO-----	4 a 8 mlgr.
GLUCOSA-----	80 a 120 mlgr.
COLESTEROL-----	167 a 280 mlgr.
CREATIMINA-----	1 a 2 Mlgr.
TIEMPO DE COAGULACIÓN-----	3 a 7 mins. MÁXIMO.
TIEMPO DE SANGRADO-----	2 a 3 mins.

ANÁLISIS DE ORINA.

ÁCIDO ÚRICO-----	0.25 a 0.75
FOSFATO-----	1.50 a 3 gr. SE ELIMINA EN EL DÍA.
CLORURO-----	8 a 15 gr.
UREA-----	20 a 30 gr. ELIMINADO EN 24 HORAS.

EXAMEN BUCAL.

DEBERÁ HACERSE UN EXAMEN BUCAL COMPLETO DE CADA PACIENTE EN CADA VISITA. DEBIENDO INSPECCIONARSE CUIDADOSAMENTE TODAS LAS SUPERFICIES SIN PASAR POR ALTO NINGUNA. LA REGENERACIÓN DEL EPITELIO OCURRE CONTINUAMENTE Y EL ODONTÓLOGO NO DEBE DEJAR DE BUSCAR CUALQUIER CAMBIO ANORMAL EN CADA VISITA DEL PACIENTE A TRATAR.

TODA ANORMALIDAD QUE SE ENCUENTRA EN CAVIDAD NASAL, BUCAL O PIEL DEBE ANOTARSE DETALLADAMENTE SUS CARACTERÍSTICAS QUE SE CREAN IMPORTANTES, PARA DESPUÉS COMPARAR Y DEFINIR SU AVANCE.

EXAMEN RADIOGRÁFICO.

EL EXAMEN RADIOGRÁFICO ES ALTAMENTE IMPORTANTE PARA OBTENER EL ÉXITO EN UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TERCER MOLAR RETENIDO E IMPACTADO, YA QUE ESTE NOS DA A CONOCER LA POSICIÓN, TAMAÑO Y--

FORMA DE LA PIEZA A EXTRAER Y DE ESTA MANERA PODEMOS TOMAR EN CUENTA EL GRADO DE COMPLICACIÓN QUE SE TIENE.

EN LA RADIOGRAFÍA INTRAORAL DEBE OBSERVARSE CON ABSOLUTA CLARIDAD EL MOLAR QUE SE VA A EXTRAER, EN TODA SU TOTALIDAD, EL SEGUNDO MOLAR, LA ZONA ÓSEA POR DEBAJO DE LOS ÁPICES DEL MOLAR-IMPACTADO Y EL HUESO DISTAL.

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL.

POSICIÓN DEL PACIENTE.- SE DEBE SENTAR DE TAL FORMA QUE AL ABRIR SU BOCA EL PLANO DE OCLUSIÓN SEA PARALELO AL PISO.

COLOCACIÓN DE LA PELÍCULA.- ES COLOCADA ENTRE EL MAXILAR A TRATAR Y LA ZONA PALATINA O LINGUAL, COLOCANDO SU LÍMITE ANTERIOR A NIVEL DE LA CARA MEDIAL DEL PRIMER MOLAR Y DEBE SOBRESALIR -- 3 mm. DE LA CARA OCLUSAL DE LOS MOLARES.

DEBE DETENERSE CUIDADOSAMENTE, YA SEA POR EL PACIENTE O EL AUXILIAR.

COLOCACIÓN DEL APARATO DE RAYOS X.- EL RAYO CENTRAL DEL APARATO DE RX, DEBE IR PERPENDICULAR A LA PELÍCULA.

EXISTEN OTROS TIPOS DE RADIOGRAFÍAS QUE TAMBIÉN NOS SON MUY ÚTILES, TALES COMO RADIOGRAFÍAS OCLUSALES Y EXTRAORALES.

CAPÍTULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

HAY UNA GRAN VARIEDAD DE CAUSAS QUE MOTIVAN LA EXTRACCIÓN-
DE UN TERCER MOLAR RETENIDO, TOMÁNDOSE COMO PRINCIPALES LOS SI-
GUIENTES:

- 1).- PRESENCIA DE QUISTE O TUMOR ASOCIADO A LA PIEZA RETE-
NIDA.
- 2).- INFECCIÓN O DOLOR PRODUCIDOS POR LA PIEZA DENTARIA.
- 3).- PROFILAXIS.
- 4).- CONSIDERACIONES ORTODÓNTICAS.

PRESENCIA DE QUISTE O TUMOR.

LAS INFLAMACIONES CONTINUAS Y DOLOR SON LOS PRIMEROS SÍNTO-
MAS DE LA PRESENCIA DE UN PROBLEMA TUMORAL, PUDIENDO SER MALIG-
NO O BENIGNO EN LA ZONA DEL TERCER MOLAR QUE SUELE SER DE UNA--
MAGNITUD SUPERIOR DE UNA PERICORONITIS.

NOS PODEMOS VALER DE UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO PERIÓDICO, --
PARA DETERMINAR CON EXACTITUD EL TIPO DE PROCESO QUE AFECTA A -

LA PIEZA DENTARIA Y LLEGAR AL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UN PROCESOMALIGNO. EN OCASIONES SE TENDRÁN QUE HACER ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS PARA PODER DETECTAR SU MALIGNIDAD O BENIGNIDAD.

INFECCIÓN O DOLOR.

EN PERSONAS ADOLESCENTES LA INFECCIÓN BUCAL MÁS FRECUENTES LA PERICORONITIS, QUE SE PRESENTA ALREDEDOR DE UNA PIEZA DENTARIA RETENIDA, LA PERICORONITIS SE PRESENTA EN LOS TEJIDOS ---BLANDOS QUE RODEAN LA CORONA DE UN MOLAR PARCIALMENTE IMPACTADO O QUE NO HA HECHO ERUPCIÓN.

LA INFLAMACIÓN PUEDE VARIAR DE POCA MOLESTIA A SEVERA INFECCIÓN O CELULITIS MUY MARCADA. ES NECESARIO ELIMINAR LA ---FUENTE DE INFECCIÓN, CONTROLANDOLA PREVIAMENTE.

PROFILAXIS.

LA POTENCIALIDAD DESTRUCTIVA DE UNA PIEZA INCLUIDA ES LA ---RAZÓN MÁS CONSISTENTE PARA EFECTUAR LA ODONTECTOMÍA PROFILÁCTICA.

CONSIDERACIONES ORTODÓNTICAS.

SEGÚN LOS ESPECIALISTAS EN ORTODONCIA, LOS TERCEROS MOLARES EJERCEN UNA PRESIÓN EN LAS DEMÁS PIEZAS DENTARIAS CAUSANDO-

APIÑONAMIENTO DE ÉSTAS; POR LO TANTO, ES NECESARIO EXTRAERLAS - EN UNA EDAD COMPRENDIDA ENTRE LOS DIEZ Y LOS QUINCE AÑOS, SI ES REALMENTE NECESARIO.

CONTRAINDICACIONES GENERALES.

CUANDO SE VA A EFECTUAR UNA EXTRACCION DEBE HACERSE CON ANTERIORIDAD UN EXAMEN GENERAL DEL PACIENTE, PARA EVITARNOS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS COMO NEFRITIS AGUDAS, O PADECIMIENTOS TIROIDEOS, ETC.

CUANDO EL PACIENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO GENERAL EN LA QUE ESTÉ CONTRAINDICADA LA EXTRACCIÓN, DEBEMOS COORDINARNOS CON SU MÉDICO GENERAL PARA PODER INTERVENIRLA CON MAYOR SEGURIDAD Y CONFIANZA.

ENFERMEDADES EN QUE LA INTERVENCIÓN ES CONTRAINDICADA.

- 1).- DISCRASIAS SANGUÍNEAS, LEUCEMIA, ANEMIA, HEMOFILIA Y LEUCOPENIA PÚRORA HEMORRÁGICA.
- 2).- REUMATISMO CARDÍACO.
- 3).- ENFERMEDADES CARDÍACAS.
- 4).- OSTEOESCLEROSIS.
- 5).- SÍFILIS.

- 6).- DIABETES.
- 7).- LESIÓN HEPÁTICA.
- 8).- HIPERTIROIDISMO.
- 9).- ICTERICIA.
- 10).- AVITAMINOSIS.

CONTRAINDICACIONES LOCALES.

- 1).- LA EXTRACCIÓN EN ZONAS CON PROCESOS MALIGNOS.
- 2).- INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS.
- 3).- SINUSITIS MAXILAR AGUDA.

CAPÍTULO III

ANATOMÍA DE LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

UN TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO ESTÁ UBICADO EN UNA REGION DONDE SE ENCUENTRAN PARTES BLANDAS Y DURAS, LAS BLANDAS SON MÚSCULOS, MUCOSA Y NERVIOS. ENTENDIÉNDOSE POR PARTE DURA EL HUESO QUE CONSTITUYE EL MAXILAR INFERIOR Y QUE FORMA UN ÁNGULO DIEDRO AL UNIRSE A LA RAMA ASCENDENTE DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA.

HUESO QUE RODEA AL TERCER MOLAR.

HUESO OCLUSAL:

ESTE SE ENCUENTRA CUBRIENDO LA CARA OCLUSAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO FORMADO POR DOS TABLAS ÓSEAS DELGADAS Y COMPACTAS, ENCONTRÁNDOSE ENTRE ÉSTAS HUESO ESPONJOSO.

HUESO DISTAL:

VA DESDE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA A LA CRESTA TEMPORAL.

HUESO MESIAL:

HUESO QUE SE LOCALIZA ENTRE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR.

HUESO BUCAL:

MASA ÓSEA QUE SE ENCUENTRA UBICADA POR DEBAJO DE LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR, POSEE UNA CARA EXTERNA Y UNA INTERNA; AMBAS SON COMPACTAS Y ENTRE ELLAS HAY UN HUESO ESPONJOSO. EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR PASA POR ESTA REGIÓN.

HUESO BUCAL:

PORCIÓN ÓSEA QUE CUBRE LA CARA HOMÓNIMA DEL TERCER MOLAR - PUDIENDO ABARCAR CORONA O RAÍCES, O AMBAS.

TABLAS EXTERNAS E INTERNAS:

SE ENCUENTRAN FORMADAS POR HUESO CORTICAL Y EN SUS PAREDES EXISTE HUESO ESPONJOSO.

HUESO INTER-RADICULAR O SÉPTUM:

SE LOCALIZA ENTRE LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR Y ESTÁ CONSTITUÍDO POR HUESO ESPONJOSO. NO EXISTE EN MOLARES CON RAÍCES-FUSIONADAS.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR:

ESTÁ ESCABADO EN EL ESPESOR DEL HUESO Y DESEMBOCA EN LA CARA EXTERNA DEL CUERPO DEL MAXILAR A NIVEL DEL AGUJERO MENTONIANO.

PERIOSTIO:

MEMBRANA FIBROSA QUE RECUBRE EL HUESO. RODEA EL HUESO -- DEL MAXILAR INFERIOR COMO UN FORRO O ENVOLTURA. ES DE COLOR -- BLANCO PÁLIDO.

MUCOSA ALVEOLAR:

EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO SE ENCUENTRA CUBIERTO -- POR MUCOSA ALVEOLAR, LA CUAL PRESENTA DOS PORCIONES.

LA PRIMERA COMIENZA EN EL SURCO VESTIBULAR, RECUBRE EL ALVEOLO HASTA SU REBORDE O CRESTA, Y SE DENOMINA MUCOSA ALVEOLAR; LA PORCION VA DESDE LA CRESTA ALVEOLAR HASTA EL BORDE GINGIVAL Y ES LA ENCÍA PROPIAMENTE DICHA.

LA MUCOSA PUEDE SER CONTINUA DE BUCAL A LINGUAL, ES DECIR, QUE CUBRE EL ARCO ALVEOLAR COMPLETO; O BIEN TENER UNA ABERTURA, LA CUAL DEBE DEJAR UNA O VARIAS CÚSPIDES DEL MOLAR EN ERUPCIÓN--

O TOTALMENTE ERUPCIONADO.

LA MUCOSA ALVEOLAR ESTÁ CONSTITUÍDA POR EPITELIO Y CORIÓN. SU EPITELIO ES PAVIMENTOSO, ESTRATIFICADO Y EL CORIÓN TIENE SUS PAPILAS CORRESPONDIENTES.

LA MUCOSA SE IMPACTA EN LA SUBMUCOSA Y ESTA A SU VEZ SE INSERTA SOBRE LA CARA EXTERNA DEL PERIOSTIO DEL HUESO DEL MAXILAR INFERIOR.

SACO DENTARIO:

CUANDO EL DIENTE ESTÁ RETENIDO EN EL MAXILAR, EL SACO DENTARIO RODEA SU CORONA EN TODA SU TOTALIDAD Y SE INSERTA A NIVEL DEL CUELLO DENTARIO. POR TANTO, SU FUNCIÓN ES DE CUBIERTA CORONARIA ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS.

MÚSCULOS QUE RODEAN AL TERCER MOLAR.

MASETERO:

MÚSCULO GRUESO Y CUADRILATERO; ESTÁ SITUADO EN LA CARA EXTERNA DEL MAXILAR INFERIOR.

FORMADO POR DOS CAPAS, UNA SUPERFICIAL Y OTRA PROFUNDA, LA

CAPA SUPERFICIAL SE INSERTA ARRIBA EN EL BORDE POSTERIOR INFERIOR DEL HUESO MALAR; TERMINA EN EL ÁNGULO DEL MAXILAR Y EN LA PARTE INFERIOR DE LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE. LA CAPA MEDIA NACE EN TODA LA LONGITUD DEL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMÁTICO Y VA A FIJARSE EN LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE POR ENCIMA DE LAS INSERCCIONES DE LA CAPA SUPERFICIAL. LA CAPA PROFUNDA PROVIENE DE LA CARA INTERNA DEL ARCO CIGOMÁTICO Y TERMINA EN LA CARA EXTERNA DE LA APÓFISIS CORONOIDES. LA PARTE ANTERIOR DEL MASETERO SE HALLA EN RELACIÓN CON LA BOLSA ADIPOSA DE BICHAT. EL BORDE ANTERIOR DEL MASETERO, CRUZA EN FORMA DIAGONAL LA CARA DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN NORMAL. SU FUNCIÓN ES EL CIERRE Y EL MOVIMIENTO HACIA ATRÁS. ES IRRIGADO POR LA ARTERIA MASETERINA.

SU INERVACIÓN ESTÁ DADA POR LA RAMA MASETERINA DEL MAXILAR INFERIOR.

TEMPORAL:

MÚSCULO PLANO EN FORMA DE ABANICO, APLICADO JUNTO A LA REGIÓN TEMPORAL DEL CRÁNEO. SE INSERTA POR ARRIBA:

- 1.- EN LA TEMPORAL POR DEBAJO DE LA LÍNEA CURVA TEMPORAL INFERIOR.
- 2.- EN LA CARA PROFUNDA DE LA APONEUROSIS TEMPORAL LAS FI--

BRAS CONVERGEN HACIA ABAJO EN UN TENDÓN MUY POTENTE -- QUE SE FIJA EN LA APÓFISIS CORONOIDES, Y MÁS PARTICULARMENTE EN LA CARA INTERNA, EL VÉRTICE, LOS BORDES ANTERIOR Y POSTERIOR DE ESTA APÓFISIS, ASÍ COMO TAMBIÉN EN EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE MAXILAR.

LA FUNCIÓN DE ESTE MÚSCULO ES EL CIERRE MANDIBULAR Y MOVIMIENTO HACIA ATRÁS.

SU IRRIGACIÓN ESTÁ DADA POR LA ARTERIA MASETERINA, SEGUNDA DIVISIÓN DE LA MAXILAR INTERNA.

BUCCINADOR:

SITUADO EN LA PROFUNDIDAD DE LA MEJILLA Y LLENO EL ESPACIO COMPENDIDO ENTRE LOS DOS MAXILARES.

NACE SIGUIENDO UNA LÍNEA DE INSERCIÓN CURVA DE CONCAVIDAD-ANTERIOR;

- 1.- POR ARRIBA, EN LA PARTE POSTERIOR DEL BORDE ALVEOLAR DEL MAXILAR INFERIOR DESDE EL PRIMER MOLAR;
- 2.- POR DETRÁS, EN EL LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR QUE VA DEL GANCHO DEL ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES DEL EXTREMO POSTERIOR DE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DEL MAXILAR;

3.- POR ABAJO, EN LA MITAD POSTERIOR DE LA LÍNEA OBLICUA - EXTERNA DEL MAXILAR INFERIOR. DESDE ESTA LÍNEA DE IN SERCIÓN, LAS FIBRAS CONVERGEN HACIA LA COMISURA DE LOS LABIOS; LAS FIBRAS SUPERIORES SE ENTRECROZAN CON LAS - FIBRAS INFERIORES Y VAN AL LABIO INFERIOR, MIENTRAS -- QUE LAS FIBRAS INFERIORES TERMINAN EN EL LABIO SUPE--- RIOR. SIN EMBARGO, CIERTOS FASCÍCULOS DEL BUCCINADOR SE FIJAN EN LA PIEL DE LA COMISURA DE LOS LABIOS.

TIENEN FORMA DE "C" Y SU FUNCIÓN ES OPRIMIR LOS CA-- RRILLOS Y MANTENER EL ALIMENTO ENTRE LOS DIENTES POSTE^U. RIOS.

SU INERVACIÓN PROVIENE DEL NARVIO FACIAL Y ES IRRIGADO POR LA ARTERIA DEL BUCCINADOR, RAMA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA.

CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE:

VA DESDE LA FOSA PTERIGOIDEA HASTA LA CARA INTERNA DEL ÁNGULO DEL MAXILAR; LA CARA EXTERNA DE ESTA FORMA CON EL HUESO DA UN ESPACIO ABIERTO HACIA ARRIBA LLAMADO PTERIGOMANDIBULAR, POR-- DONDE PASAN LOS NERVIOS DENTARIO INFERIOR Y LINGUAL Y LAS ARTE-- RIAS Y VENAS DENTARIAS; ES UNA ZONA DE GRAN INTERÉS EN RELACIÓN CON LA TÉCNICA DE ANESTESIA.

SU FUNCIÓN ES DE MOVIMIENTO HACIA ARRIBA Y ADELANTE, CUANDO ES CONTRACCIÓN BILATERAL.

CUANDO LA CONTRACCIÓN ES UNILATERAL, LA MANDÍBULA SE MUEVE HACIA ARRIBA Y EL LADO OPUESTO.

ES INERVADA POR LA RAMA PTERIGOIDEA INTERNA DEL NERVIO MANDIBULAR.

MIOHIOIDEO:

ES UN MÚSCULO PAR DE FORMA CUADRILÁTERA, VA DEL MAXILAR INFERIOR AL HUESO HIOIDES, CONSTITUYE ENTRE AMBOS EL PISO DE LA BOCA.

SE INSERTA DESDE EL EXTREMO POSTERIOR DE LA LÍNEA MIOHIOIDEA, CRUZA EN DIAGONAL A NIVEL DE LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR.

SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO Y ADENTRO LAS POSTERIORES SE INSERTAN EN LA CARA ANTERIOR DEL HUESO HIOIDES Y LAS ANTERIORES SE DIRIGEN A LA LÍNEA MEDIA, SE FUSIONAN EN UN RAFÉ MIOHIOIDEO APONEURÓTICO LLAMADA LÍNEA BLANCA SUPRAHIOIDEA.

SU FUNCIÓN ES BAJAR LA MANDÍBULA POR CONTRACCIÓN. CONTRIBUYE A LA DEGLUCIÓN.

ES INERVADO POR LA RAMA MILOHIOIDEA DEL MAXILAR INFERIOR.

IRRIGADO POR LAS RAMAS DE LAS ARTERIAS SUBLINGUAL, MILOHIOIDES Y SUBMENTONIANA.

NERVIOS.

NERVIO MAXILAR INFERIOR:

SALE DEL CRÁNEO POR EL AGUJERO OVAL Y TIENE ORIGEN POR DOS RAMAS, UNA MOTORA Y OTRA SENSITIVA. EN SU TRAYECTO DE TRES RAMAS (TEMPORAL PROFUNDA MEDIA, MASETERINA Y BUCAL) UNA RAMA INTERNA, UNA POSTERIOR Y DOS DESCENDENTES (DENTARIA INFERIOR Y LINGUAL).

NERVIO BUCAL:

PASA ENTRE LOS HACES DEL PTERIGOIDEO EXTERNO Y DESCIENDE HACIA EL BUCCINADOR; SUS RAMAS TERMINALES SE DISTRIBUYEN POR LA CARA PROFUNDA DE LA PIEL DEL CARRILLO Y SUS RAMAS PROFUNDAS INERVAN LA MUCOSA BUCAL DESDE EL TERCER MOLAR.

NERVIO DENTARIO INFERIOR:

ESTE CONTIENE LA DIRECCIÓN DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR Y

HACIA ABAJO Y ADELANTE SE INTRODUCE EN EL ORIFICIO SUPERIOR ---
DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, RECORRIÉNDOLO CON ARTERIAS Y VE
NAS.

DENTRO DEL CONDUCTO DENTARIO EL NERVI DA FILETES NERVIO--
SOS DESTINADOS A MOLARES Y PREMOLARES, FILETES GINGIVALES QUE -
INERVAN LA ENCÍA Y FILETES ÓSEOS DESTINADOS A HUESO Y PERIOS---
TIO.

SUS RAMAS TERMINALES SON EL NERVI MENTONIANO QUE EMERGE -
POR EL AGUJERO DEL MISMO NOMBRE E INERVA LA CARA EXTERNA DEL --
MAXILAR INFERIOR DESDE LOS PREMOLARES A LA LÍNEA MEDIA; Y EL --
NERVI INCISIVO CENTRAL Y LATERAL.

NERVI LINGUAL:

SE ENCUENTRA POR DELANTE DEL NERVI DENTARIO INFERIOR, SE-
DIRIGE HACIA LA PUNTA DE LA LENGUA Y EN SU TRAYECTO DE RAMAS --
DESTINADAS A LA MUCOSA GINGIVAL DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR-
INFERIOR.

ANATOMÍA DE LA REGIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

HUESO.

ES PARTICULARMENTE ESPONJOSO Y RICO EN FORAMINA.

MÚSCULOS.

PTERIGOIDEO EXTERNO:

POR DELANTE SE INSERTA POR DOS FASCÍCULOS, UNO SUPERIOR O -
ESFENOIDAL, OTRO INFERIOR O PTERIGOIDEO. EL FASCÍCULO ESFENOI-
DAL SE INSERTA EN LA PORCIÓN HORIZONTAL DE LA CARA EXTERNA DEL -
ALA MAYOR DEL ESFENOIDES, DESDE LA CRESTA TEMPORAL Y EN LA PROXI-
MIDAD DEL ALA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDEA; EL FASCÍCULO -
PTERIGOIDEO SE INSERTA POR DEBAJO DEL PRECEDENTE EN LA CARA EX--
TERNA DEL ALA EXTERNA DEL APÓFISIS PTERIGOIDEA. DE AQUI LOS --
FASCÍCULOS CONVERGEN AFUERA Y ATRÁS, HACIA EL CÓNDILO DEL MAXI--
LAR, Y SE FIJAN EN PARTE EN LA FOSITA INTERNA DEL CUELLO DEL CÓN-
DILLO, EN PARTE EN LA CÁPSULA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR -
POR ENCIMA DE ESTA FOSITA.

PTERIGOIDEO INTERNO:

SE INSERTA POR DELANTE EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA FOSA PTE-
RIGOIDES, EXCEPTO EN LA FOSITA ESCAFOIDEA Y EN UNA PARTE DE LA -
ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES, QUE CORRESPONDEN AL PE--
RIESTAFILINO EXTERNO. UN FASCÍCULO DEL MÚSCULO HACEN EN LA TU-
BEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR.

DESDE SUS ORÍGENES, EL MÚSCULO SE DIRIGE HACIA ABAJO, ATRÁS
Y AFUERA Y TERMINA EN LA CARA INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DEL-

MAXILAR INFERIOR, EN LA PROXIMIDAD DEL ÁNGULO.

FARINGOESTAFILINO:

SE ENCUENTRA EN EL PILAR POSTERIOR DEL VELO DEL PALADAR.

SE INSERTA POR ARRIBA POR TRES MANOJOS DISTINTOS EN LA APO NEUROSIS PALATINA, EN EL GANCHO DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES Y EN EL BORDE INFERIOR DEL CARTÍLAGO DE LA TROMPA. TERMINA INFERIORMENTE POR DOS FASCÍCULOS: UNO TIROIDEO QUE SE FIJA EN EL BORDE POSTERIOR DEL CARTÍLAGO TIROIDES; EL OTRO FARÍNGEO, TERMINA EN LA PARED POSTERIOR DE LA FARINGE.

GLOSOESTAFILINO:

SE SITÚA OCUPANDO EL ESPESOR DE LOS PILARES ANTERIORES Y SE EXTIENDE DE LA CARA INFERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA A LOS BORDES LATERALES DE LA LENGUA.

PERIESTAFILINO EXTERNO:

POR ARRIBA SE INSERTA EN LA FOSITA ESCAFOIDEA DE LA PTERIGOIDEA Y POR DETRÁS DE ESTA FOSITA, EN EL BORDE INTERNO DEL ALA MAYOR DEL ESPENOIDES, POR FUERA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO Y POR DENTRO DE LOS AGUJEROS OVAL Y REDONDO MENOR; SE INSERTA TAMBIÉN POR ALGUNOS FASCÍCULOS EN EL GANCHO EXTERNO DE LA TROMPA. DE-

ESTA ZONA DE INSERCIÓN, LAS FIBRAS DESCIENDEN CONVERGIENDO HACIA UN TENDÓN QUE SE REFLEJA EN EL GANCHO DEL ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES; ESTE TENDÓN SE ENGANCHA ENSEGUIDA EN EL VELO DEL PALADAR, FORMANDO UNA LÁMINA FIBROSA QUE REPRESENTA EN GRAN PARTE LA APONEUROSIS PALATINA.

PERIESTAFILINO INTERNO:

ESTÁ SITUADO BAJO LA MUCOSA POR DETRÁS DEL PERIESTAFILINO-- EXTERNO DEL QUE ESTÁ SEPARADO POR ARRIBA DE LA TROMPA DE EUSTA-- QUIO Y POR DEBAJO POR LOS FASCÍCULOS SUPERIORES DEL CONSTRICTOR-- SUPERIOR DE LA FARINGE. SE INSERTA POR ARRIBA EN EL PEÑASCO DE LA TROMPA, EN EL CARTÍLAGO DEL TUBARIO Y EN EL SUELO MEMBRANOSO DE LA TROMPA. DE AQUI DESCIENDE OBLICUAMENTE HACIA ADELANTE Y-- ADENTRO, PASA BAJO EL BORDE INFERIOR DEL ORIFICIO FARÍNGEO DE LA TROMPA, A CUYO NIVEL FORMA EL PLIEGUE DEL ELEVADIOSO QUE SE EX-- TIENDE POR LA APONEUROSIS PALATINA HASTA EL RAFÉ MEDIO.

NERVIOS.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR:

INERVA EL HUESO MAXILAR SUPERIOR Y ES RAMA DEL TRIGÉMINO -- (QUINTO PAR CRANEAL) SALE DEL CRÁNEO POR EL AGUJERO REDONDO MA-- YOR; SE INTRODUCE EN EL CONDUCTO INFRAORBITARIO RECORRIÉNDOLO Y-- EMERGIENDO EN FORMA DE PENACHO POR EL AGUJERO INFRAORBITARIO. EN SU TRAYECTO DE RAMAS COLATERALES Y TERMINALES TALES COMO: LAS

RANAS DENTARIAS POSTERIORES, QUE EN NÚMERO DE DOS A TRES SE SEPARAN DEL TRONCO PRINCIPAL Y DESCIENDEN SOBRE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR. ÉSTOS NERVIOS FORMAN UN PLEXO POR ENCIMA DE LOS ÁPICES DE LOS MOLARES Y LOS PREMOLARES, INERVANDO A LOS MISMOS, AL HUESO Y A LAS MUCOSAS GINGIVALES Y DEL SENO MAXILAR.

CAPÍTULO IV.

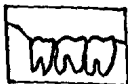
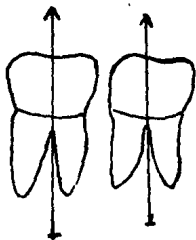
CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A POSICIÓN.

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

SE PUEDE ENCONTRAR EN LAS SIGUIENTES POSICIONES: MESIOANGULAR, VERTICAL, DISTOANGULAR, HORIZONTAL, INVERTIDA BUCOANGULAR Y LINGUOANGULAR. TAMBIÉN EXISTEN ALGUNAS VARIACIONES QUE SERAN CITADAS MÁS ADELANTE.

POSICIÓN VERTICAL.

EL TERCER MOLAR PRESENTA SU EJE MAYOR PARALELO AL EJE MAYOR DEL SEGUNDO MOLAR. DENTRO DE ÉSTA POSICIÓN EXISTEN VARIACIONES.



A) POSICIÓN VERTICAL SIN DESVIACIÓN:

NO PRESENTA DESVIACIÓN (LINGUAL NI VESTIBULAR) SU CARA OCLUSAL SE ENCUENTRA A NIVEL DEL PLANO OCLUSAL.

B) POSICIÓN VERTICAL CON DESVIACIÓN BUCAL:

PUEDE TENER LA CARA MESIAL ACCESIBLE O INACCESIBLE, CLINICAMENTE SE OBSERVA TOTALMENTE CUBIERTA POR MUCOSA O ERUPCIONADA LA CÚSPIDE MESIOLINGUAL.

C) POSICIÓN VERTICAL CON DESVIACIÓN LINGUAL:

LA CARA OCLUSAL ESTÁ DESVIADA HACIA LINGUAL. EN ALGUNOS CASOS LA CARA MESIAL ES ACCESIBLE Y CLINICAMENTE SE OBSERVA SOLO LA CÚSPIDE BUCOMESIAL ERUPCIONADA TOTALMENTE CUBIERTA POR MUCOSA; EN ALGUNAS OTRAS LA CARA MESIAL ES INACCESIBLE, NO ES MUY COMÚN Y CLINICAMENTE NO SE OBSERVA NINGUNA CÚSPIDE.

RADIOGRÁFICAMENTE NO SE OBSERVA SUPERPOSICIÓN DE LAS CORONAS DEL TERCERO Y EN EL SEGUNDO MOLAR, PERO SI ES VISIBLE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO EN MAYOR O MENOR GRADO, DEPENDIENDO DE LA DESVIACIÓN LINGUAL.

D) POSICIÓN VERTICAL CON DESVIACIÓN BUCOLINGUAL:

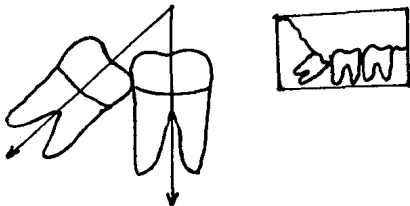
SU CARA MESIAL SE ENCUENTRA ACCESIBLE. SE PRESENTA LA CO-

RONA DEL TERCERO AL MISMO NIVEL QUE LA DEL SEGUNDO O ENTRE LA -
LÍNEA OCLUSAL O CERVICAL, Y CON LA CARA MESIAL INACCESIBLE, VA-
RÍA PRESENTÁNDOSE POR DEBAJO DE LA LÍNEA OCLUSAL Y MUCHAS VECES
DE LA CERVICAL; NUNCA A NIVEL DE LOS OTROS MOLARES.

RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA QUE PARTE DE LA IMAGEN DE LA-
CORONA DEL SEGUNDO Y ADEMÁS SE OBSERVA LA CARA OCLUSAL DEL TERCE
RO, NO ASÍ LA DEL SEGUNDO Y EL PRIMERO.

POSICIÓN MESIOANGULAR.

SU CORONA SE ENCUENTRA DIRIGIDA HACIA EL SEGUNDO MOLAR, PRE
SENTANDO UN ÁNGULO AGUDO ABIERTO HACIA ABAJO.



A) POSICIÓN MESIOANGULAR SIN DESVIACIÓN.

PROBABLEMENTE SU CARA MESIAL SE ENCUENTRA ACCESIBLE; SIENDO ASÍ, NO SE SEPARA, LA CARA OCLUSAL SE PRESENTA AL DESCUBIERTO O CUBIERTA, QUEDANDO VISIBLE SOLO LA CÚSPIDE BUCODISTAL. CON LA CARA MESIAL INACCESIBLE, LA DIFERENCIA RESIDE EN QUE EL MOLAR SE ENCUENTRA SITUADO MÁS PROFUNDAMENTE.

RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA EL ÁNGULO MESIOCLUSAL DE LA CORONA DEL TERCERO EN VARIABLE CONTACTO CON LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO.

B) POSICIÓN MESIOANGULAR CON DESVIACIÓN.

SU PROFUNDIDAD VARÍA SEGÚN EL ACCESO A LA CARA MESIAL, PUDIENDO ESTAR LA CORONA DEL TERCERO POR DEBAJO DE LA CORONA DEL SEGUNDO E INCLUSIVE POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL; CLÍNICAMENTE SE OBSERVA CUBIERTO POR MUCOSA O DEJA AL DESCUBIERTO LAS CÚSPIDES DISTALES.

RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA AUSENCIA DE LA CARA OCLUSAL Y SUPERPOSICIÓN DE LAS CORONAS DEL SEGUNDO MOLAR Y TERCERO.

C) POSICIÓN MESIOANGULAR CON DESVIACIÓN LINGUAL:

SU CORONA TIENE LA CARA BUCAL HACIA EL LADO LINGUAL; POR--

LO TANTO, SU CARA OCLUSAL ES FRANCAMENTE LINGUAL.

SI SU CARA MESIAL ES ACCESIBLE CLÍNICAMENTE SE OBSERVA SOLO LA CÚSPIDE BUCODISTAL ERUPCIONADA O CUBIERTA TOTALMENTE POR MUQUOSA; AHORA BIEN, SI LA CARA MESIAL ES INACCESIBLE, AUNQUE NO ES MUY COMÚN NO SE OBSERVARÁ NINGUNA CÚSPIDE VISIBLE.

RADIOGRÁFICAMENTE NO HAY UNA SUPERPOSICIÓN DE IMÁGENES Y ES VISIBLE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO.

D) POSICIÓN MESIOANGULAR CON DESVIACIÓN BUCOLINGUAL:

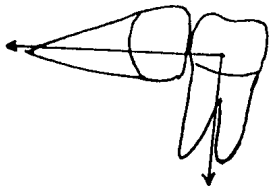
EN EL CASO DE TENER LA CARA MESIAL ACCESIBLE; LA CORONA SE PRESENTA POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL O AL MISMO NIVEL NUNCA POR DEBAJO DE CERVICAL; CON CARA MESIAL INACCESIBLE SE PUEDE HALLAR EN TOTAL RETENCIÓN INTRAÓSEA CON SUS RAÍCES FORMADAS INCOMPLETAS

RADIOGRÁFICAMENTE HAY SUPERPOSICIÓN DE LA CORONA DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR, SIENDO VISIBLE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO.

POSICIÓN HORIZONTAL

LA CORONA DEL TERCERO SE ENCUENTRA DIRIGIDA AL SEGUNDO MOLAR Y SU EJE MAYOR ES SENSIBLEMENTE PERPENDICULAR AL EJE MAYOR DEL SE

GUNDO, FORMANDO UN ÁNGULO DE NOVENTA GRADOS ABIERTO HACIA ABAJO Y ATRÁS.



A) POSICIÓN HORIZONTAL SIN DESVIACIÓN.

CLÍNICAMENTE SE OBSERVA CON LA CARA MESIAL ACCESIBLE, GRAN PARTE DE LA CORONA Y EL ESPACIO INTERDENTARIO ENTRE EL SEGUNDO- Y EL TERCERO SE ENCUENTRA LIBRE DE MUCOSA; Y SU CORONA MESIAL - INACCESIBLE, SU CARA DISTAL SE PRESENTA POR ENCIMA DEL PLANO -- OCLUSAL O POR DEBAJO DEL CERVICAL.

EN LA RADIOGRAFÍA NO EXISTE SUPERPOSICIÓN DE IMÁGENES Y LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO SE ENCUENTRA VISIBLE.

B) POSICIÓN HORIZONTAL CON DESVIACIÓN BUCAL:

AL ENCONTRARSE SU CARA MESIAL ACCESIBLE EL NOLAR PRESENTA -

SU CARA DISTAL POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL DE LOS MOLARES VECINOS. Y CON CARA MESIAL INACCESIBLE, SU CARA DISTAL SE PRESENTA POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL. CLÍNICAMENTE SE VEN CUBIERTAS POR MUCOSA, O EMERGE PARTE DE LA CARA DISTAL. EN LA RADIOGRAFÍA SE SUPERPONEN LAS IMÁGENES DEL SEGUNDO Y TERCERO Y NO ES VISIBLE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO.

C) POSICIÓN HORIZONTAL CON DESVIACIÓN LINGUAL:

CLÍNICAMENTE SE OBSERVA CON LAS CÚSPIDES DISTALES AL DESCUBIERTO, SU CARA MESIAL ACCESIBLE SE PRESENTA POR LA ESCASA ALTURA DE LOS HUESOS BUCALES Y MESIALES.

EN OTROS CASOS LA CARA MESIAL SE PRESENTA MUY POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL, POR LO QUE LOS HACES SON INACCESIBLES.

RADIOGRÁFICAMENTE NO HAY SUPERPOSICIÓN DE IMÁGENES Y SE VE LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO.

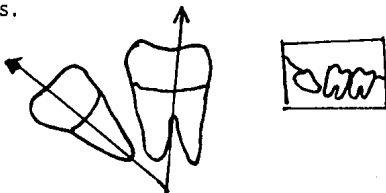
D) POSICIÓN HORIZONTAL CON DESVIACIÓN BUCOLINGUAL:

LA CARA OCLUSAL ESTÁ DIRIGIDA HACIA LINGUAL EN CONTACTO CON EL ÁNGULO DISTOBUCAL DEL SEGUNDO. CLÍNICAMENTE SU CARA DISTAL SE ENCUENTRA AL DESCUBIERTO.

SI EL MOLAR ESTÁ COLOCADO MÁS PROFUNDAMENTE, SU CARA MESIAL SERÁ INACCESIBLE Y SU RETENCIÓN INTRAÓSEA TOTAL. SE PRESENTA SUPERPOSICIÓN DE IMÁGENES DE AMBAS CORONAS A LA RADIOGRAFÍA.

POSICIÓN DISTOANGULAR.

SU CARA ESTÁ DISPUESTA EN GRADO VARIABLE, HACIA LA RAMA ASCENDENTE, FORMANDO SU EJE MAYOR UN ÁNGULO ABIERTO HACIA ARRIBA Y ATRÁS.



A) POSICIÓN DISTOANGULAR SIN DESVIACIÓN:

LA CARA MESIAL ES ACCESIBLE CUANDO EL HUESO MESIAL DEJA LIBRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR, CLÍNICAMENTE ESTÁ CUBIERTO POR LA MUCOSA LA MITAD DISTAL DE LA CORONA.

EL MOLAR TENDRÁ SU CARA MESIAL INACCESIBLE SI ESTÁ EN TO-

TAL RETENCIÓN INTRAÓSEA. LA DIFERENCIA CON ESTE TIPO CON EL ANTERIOR RESIDE QUE ESTE ULTIMO ESTÁ COLOCADO MÁS PROFUNDAMENTE

RADIOGRÁFICAMENTE NO HAY SUPERPOSICIÓN DE IMÁGENES.

B) POSICIÓN DISTOANGULAR CON DESVIACIÓN BUCAL:

SE PUEDE PRESENTAR EN ESTA POSICIÓN EL TERCER MOLAR; EL HUESO MESIAL DEJA LIBRE LA TOTALIDAD DE SU CARA MESIAL Y PARTE DE LA CARA BUCAL Y OCLUSAL ESTÁ CRUZADO POR EL BORDE ANTERIOR-DEL MAXILAR. O TAMBIÉN PUEDE ESTAR EN TOTAL RETENCIÓN INTRAÓSEA.

C) POSICIÓN DISTOANGULAR CON DESVIACIÓN LINGUAL:

EN ESTE CASO EL ESPACIO ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCERO- Y LA DISTAL DEL SEGUNDO ES AMPLIO; LA CARA MESIAL PUEDE ESTAR-LIBRE DE HUESO O NO, DEPENDIENDO DE LA PROFUNDIDAD DE LA PIEZA A MAYOR PROFUNDIDAD, MAYOR INACCESIBILIDAD.

POSICIÓN LINGOANGULAR.

EN ESTE CASO LA CARA DEL TERCERO ESTÁ DIRIGIDA HACIA LINGUAL Y LOS ÁPICES HACIA LA TABLA EXTERNA; SUS RAÍCES PUEDEN ESTAR O NO POR DEBAJO DEL BORDE MAXILAR. EL HUESO LINGUAL ES - MUY DELGADO Y FRÁGIL.

LOS QUE TIENEN LA CARA MESIAL ACCESIBLE SE DEBE A QUE EL HUESO BUCAL NO LLEGA MÁS ALLÁ DEL CUELLO DEL DIENTE EN SU CARA BUCAL. Y LOS QUE LA TIENEN INACCESIBLE ES POR LA PROFUNDIDAD DE SU CARA MESIAL Y BUCAL, QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES VECINOS, O PUEDEN ESTAR GIROVERTIDOS.



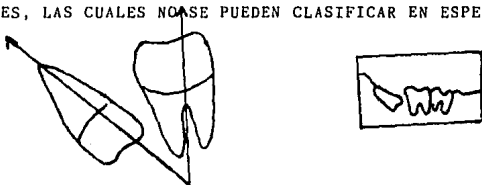
POSICIÓN BUCOANGULAR.

EL MOLAR PRESENTA SU CARA DIRIGIDA HACIA LA TABLA EXTERNA Y SUS RAÍCES HACIA LA TABLA INTERNA O LINGUAL. PUEDEN TENER SU CARA MESIAL ACCESIBLE EN CUYO CASO EL HUESO BUCAL CUBRE PARCIAL O TOTAL LA CARA OCLUSAL, O EL MOLAR PUEDE ESTAR EN TOTAL-RETENCIÓN INTRAÓSEA.



POSICIÓN INVERTIDA O PARANORMAL.

TIENE SU CORONA DIRIGIDA HACIA EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR Y LAS RAÍCES HACIA EL CÓNDILO O PRESENTAN GRAN CANTIDAD DE VARIACIONES, LAS CUALES NO SE PUEDEN CLASIFICAR EN ESPECIAL.



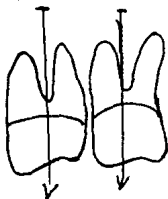
LA CANTIDAD DE HUESO QUE CUBRE ESTOS MOLARES NO SE PUEDE DECIR CON EXACTITUD YA QUE, DEPENDE DE SU UBICACIÓN, PROFUNDIDAD Y PRESENCIA DE PROCESOS PATOLÓGICOS DIVERSOS. AUNQUE LA MAYOR PARTE DE ÉSTOS ESTÁN EN TOTAL RETENCIÓN INTRAÓSEA.

TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

LAS DIVERSAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO TAMBIÉN SON CLASIFICADAS POR FINES QUIRÚRGICOS. SU RETENCIÓN PUEDE SER INTRAÓSEA O SUBMUCOSA Y PUEDE ESTAR PARCIAL O TOTALMENTE RETENIDA.

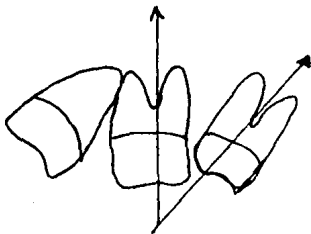
POSICIÓN VERTICAL.

EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ES PARALELO AL EJE MAYOR -- DEL SEGUNDO. PUEDE ESTAR PARCIAL O TOTALMENTE CUBIERTO POR -- HUESO.



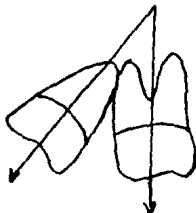
POSICIÓN MESIOANGULAR.

EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA MESIAL - POR LO TANTO, LA RAÍZ DEL MOLAR ESTÁ VECINA A LA APÓFISIS PTERIGOIDES.



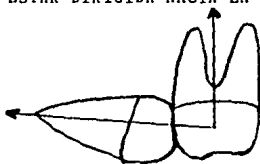
POSICIÓN DISTOANGULAR.

EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA DISTAL O SEA HACIA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, PUEDE O NO ESTAR EN CONTACTO LA CARA OCLUSAL DEL TERCERO CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES.



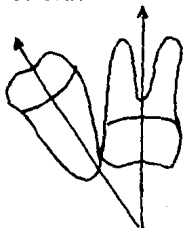
POSICIÓN HORIZONTAL.

EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA DIRIGIDO HACIA EL CARRILLO, POR LO QUE PUEDE OCASIONAR UNA ÚLCERA; O SU CARA-OCCLUSAL PUEDE ESTAR DIRIGIDA HACIA LA BÓVEDA PALATINA.



POSICIÓN PARANORMAL.

ES CUALQUIER POSICIÓN QUE NO SE ENCUENTRA EN LA CLASIFICACIÓN YA ANTERIORMENTE DESCRITA.



CAPÍTULO V.

TÉCNICAS DE ANESTESIA.

PARA ELABORAR SIN COMPLICACIONES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UN TERCER MOLAR IMPACTADO, DEBERÁ UTILIZARSE LA TÉCNICA - ANESTÉSICA MÁS ADECUADA POSIBLE, YA QUE NOS SERVIRÁ PARA UNA MEJOR SEGURIDAD DE ÉXITO DE NUESTRA INTERVENCIÓN Y SERÁ UNA TRANQUILIDAD PARA NUESTRO PACIENTE.

ANESTESIA LOCAL.

ES LA SUPRESIÓN POR MEDIO TERAPÉUTICO DE LA SENSIBILIDAD - DE UNA ZONA DE LA CAVIDAD BUCAL, MANTENIÉNDOSE INTACTA LA CONCIENCIA DEL PACIENTE. LO CUAL ES LOGRADO POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, LAS CUALES AL PONERSE EN CONTACTO CON LAS TERMINACIONES -- NERVIOSAS PERIFÉRICAS PRODUCEN LA ANESTESIA.

ANESTESIA TRONCULAR.

EN CUALQUIER CIRUGÍA DEL MAXILAR INFERIOR Y PARA LA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA DENTARIA NOS INTERESA PRINCIPALMENTE LA ANESTESIA QUE NOS ES POSIBLE ELABORARSE A LA TERCERA RAMA DEL TRIGÉMINO QUE CORRESPONDE AL NERVIIO INFERIOR Y SUS RAMAS TERMINALES. EN EL CASO CONCRETO NOS INTERESA LA ANESTESIA DEL NERVIIO DENTA-

RIO INFERIOR, SIENDO ÉSTA LA MAYOR DE SUS RAMAS.

ES RECOMENDABLE QUE PARA ESTA TÉCNICA DE ANESTESIA O INYECCIÓN MANDIBULAR SE REALICE SIN DOLOR, LA AGUJA DEBERÁ PASAR ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y LOS LIGAMENTOS Y MÚSCULOS QUE CUBREN LA SUPERFICIE PROXIMAL DE ÉSTA.

PARA BLOQUEAR EL NERVIO DENTARIO INFERIOR SE REALIZA EN LA MITAD DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR, EN LA REGIÓN DEL CONDUCTO DENTARIO, EN EL PUNTO DONDE PENETRA EL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

DEJANDO EL ANESTÉSICO A ESTE NIVEL SE LOGRA BLOQUEAR EL NERVIO DENTARIO INFERIOR Y SUS RAMAS TERMINALES INCISIVAS, LINGUALES Y MENTONIANAS.

SE UTILIZA ANESTESIA TÓPICA EN EL LUGAR DE LA ERUPCIÓN, LO QUE NOS SIRVE PARA MAYOR TRANQUILIDAD DEL PACIENTE Y HACER LA OPERACIÓN MENOS DOLOROSA.

AL REALIZARSE LA ANESTESIA SE TOMA DE REFERENCIA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1) MARGEN ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA,-

LÍNEA MANDIBULAR OBLICUA INTERNA.

- 3) PUNTO IMAGINARIO A UNA DISTANCIA DE 1cm. DE LA CARA TRITURANTE DEL SEGUNDO MOLAR SOBRE EL TRIANGULO MANDIBULAR. A INYECTARSE.

SE DEBE PALPAR EL TRIÁNGULO RETROMOLAR CON EL DEDO ÍNDICE DE MODO TAL QUE LA UNA QUEDA SOBRE LA LÍNEA OBLICUA INTERNA.

CON EL CUERPO DE LA JERINGA DESCANSA SOBRE LA REGIÓN DE LOS PREMOLARES DEL LADO OPUESTO, DIRIGIMOS NUESTRA AGUJA PARALELAMENTE AL PLANO DE OCLUSIÓN DE LOS DIENTES INFERIORES, EN DIRECCIÓN HACIA LA RAMA MAXILAR Y EL DEDO QUE REALIZA LA PALPACIÓN. HAGASE LA PUNCIÓN EN EL PUNTO IMAGINARIO DE 1 CM. DE LA CARA TRITURANTE DEL ÚLTIMO MOLAR, A NIVEL DEL VÉRTICE DEL TRIANGULO MANDIBULAR; INTRODUCIENDO LA AGUJA HASTA QUE LA SIEN TE CONTRA LA PARED POSTERIOR DEL SURCO MANDIBULAR, APROXIMADAMENTE 15mm. HASTA ENCONTRAR HUESO.

LA TÉCNICA MENCIONADA NOS SERVIRÁ PARA INTERVENIR ODONTOLÓGICAMENTE TODAS LAS PIEZAS DENTARIAS DEL LADO INYECTADO.

ES NECESARIO EN OCASIONES REALIZAR UNA ANESTESIA DEL NERVO LINGUAL QUE GENERALMENTE ANESTESIAMOS DURANTE LA INYECCIÓN.

MANDIBULAR SI DEPOSITAMOS LA SOLUCIÓN AL IR INTRODUCIENDO LA -
AGUJA; EN CASO CONTRARIO, SERÁ NECESARIO UNA INYECCIÓN LINGUAL
ANTERIOR A LOS MOLARES.

LA ANESTESIA LINGUAL SE REALIZA SI LA ANESTESIA DEL DENTA
RIO NO NOS HA SIDO SATISFACTORIA Y NOS AYUDA PARA TRABAJAR SIN
PROBLEMAS.

PARA LA ANESTESIA DEL NERVI0 LINGUAL PUNCI0NAREMOS LA MEM
BRANA MUCOSA LINGUAL A NIVEL DE LA MUCOSA LINGUAL A NIVEL DE -
LA MITAD DE LA RAIZ DISTALMENTE A LOS DIENTES QUE HAN DE ANES-
TESIARSE. Y SE DEPOSITA LA SOLUCIÓN BAJO LA MEMBRANA MUCOSA.

INYECCIÓN SUBMUCOSA.

ESTE TIPO DE INYECCIÓN, DENOMINADA TAMBIEN INFILTRATIVA,-
ES UTILIZADA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EN EL MAXILAR SUPERIOR.

EL HUESO DEL MAXILAR SUPERIOR PUEDE SER FÁCILMENTE ALCAN-
ZADO POR EL LÍQUIDO ANESTÉSICO, EL CUAL SE DIFUNDE A TRAVÉS --
DEL PERIOSTIO, LA PUNCIÓN CORTICAL Y EL HUESO, HASTA ALCANZAR-
EL NERVI0, DEBIDO A LA PROXIMIDAD DE LAS RAÍCES A LA SUPERFI--
CIE EXTERIOR DEL MAXILAR.

EL LÚGAR DE LA PUNCIÓN DE ESTA TÉCNICA ES EN EL FONDO DEL

SURCO VESTIBULAR; SE TRACCIONA HACIA ARRIBA Y AFUERA DEL CARRILLO A NIVEL DEL SITIO A PUNZIONARSE, DE FORMA QUE LA FIBROMUCOSA QUEDA TENSA Y LA PUNCIÓN DE LA AGUJA CASI NI LA SIENTE EL PACIENTE.

LA DIRECCIÓN DE LA AGUJA DEBE SER HACIA ARRIBA.

SE INTRODUCE LA AGUJA Y DESPUÉS DE PERFORAR LA SUBMUCOSA - SE DEPOSITAN PEQUEÑAS CANTIDADES DE LÍQUIDO. HASTA UBICAR LA-- PUNTA DE LA AGUJA CON SU BICEL HACIA HUESO EN LAS VECINDADES -- DEL PERIOSTIO Y POR ENCIMA DEL ÁPICE DE LA RAÍZ DE LA PIEZA DENTARIA.

ESTA TÉCNICA ES DE CORTA DURACIÓN, POR LO CUAL SE RECOMIENDA SEA APLICADA LENTAMENTE.

TÉCNICA SUPERIÓSTICA.

ÉSTA SE APLICA DESPUÉS DE QUE FUÉ APLICADA LA SUBMUCOSA O SUPRAPERIÓSTICA, CON EL OBJETO DE REFORZAR DEBIDO A SU MAYOR ABSORCIÓN POR SISTEMA HAVERSIANO; SE LOGRA COLOCANDO EL BICEL DE LA AGUJA PARALELO A LA PARED ÓSEA, EL EJE MAYOR DE LA AGUJA DEBERÁ TENER UNA INCLINACIÓN CON RESPECTO A LA PARED ÓSEA DE 40 a 45°; SE INCIDE A TEJIDOS BLANDOS HASTA LLEGAR A TOCAR SUPERFICIES DURAS Y SI LA POSICIÓN DE NUESTRO BICEL ES ADECUADO, EN EL

MOMENTO DE INFILTRAR OBSERVAREMOS UNA ELEVACIÓN AMPULOSA ISQUÉMICA.

INYECCIÓN CIGOMÁTICA O DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.

ÉSTA ES INDICADA PARA OPERACIONES DE SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

ÉSTOS NERVIOS PUEDEN BLOQUEARSE ANTES DE QUE PENETREN EN LOS CANALES ÓSEOS DE LA REGIÓN CIGOMÁTICA, POR ENCIMA DEL TERCER MOLAR.

EL LUGAR DE LA PUNCIÓN DEBE SER EN EL SURCO VESTIBULAR A NIVEL DE LA RAÍZ DISTOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR.

LA AGUJA DEBE SER DIRIGIDA HACIA ARRIBA, ATRÁS Y ADENTRO EN UN ÁNGULO DE 45 GRADOS CON EL PLANO OCLUSAL DE LOS MOLARES SUPERIORES.

LA PROFUNDIDAD DE LA AGUJA ES APROXIMADAMENTE DE 20 mm. SIENDO ÉSTA MANTENIDA SIEMPRE CERCA DEL PERIOSTIO PARA EVITAR PUNCIÓN DE ÓRGANOS ANATÓMICOS.

INYECCIÓN PALATINA POSTERIOR.

SE UTILIZA COMO COMPLEMENTO O CIERRE DE CIRCUITO EN LA EXTRACCIÓN DE MOLARES.

LA INERVACIÓN DE LOS TERCIOS POSTERIORES CORRE A CARGO DE LOS NERVIOS PALATINO MEDIO Y ANTERIOR, LOS CUALES SALEN POR EL AGUJERO PALATINO POSTERIOR.

LA PUNCIÓN SE REALIZA EN EL PUNTO MEDIO DE UNA LÍNEA IMAGINARIA TRAZADA DESDE EL BORDE GINGIVAL DEL TERCER MOLAR SUPERIOR HASTA LA LÍNEA MEDIA; INSERTANDO LA AGUJA, TENIENDO EL EJE DE LA JERINGA EN LA COMISURA DEL LADO OPUESTO.

SI SE DEPOSITA GRAN CANTIDAD DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA A NIVEL DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR; ÉSTA PASA AL NERVIJO PALATINO MEDIO Y ANESTESIA EL PALADAR BLANDO.

CAPÍTULO VI.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SON UNOS DE LOS PASOS MÁS IMPOR--
TANTES, YA QUE DE ELLOS DEPENDE NUESTRO ÉXITO EN LA CIRUGÍA A--
REALIZARSE, YA QUE ÉSTOS PUNTOS NOS SIRVEN PARA EVITAR LA IN--
FECCIÓN.

LA ASEPSIA EVITA LA CONTAMINACIÓN POR GÉRMESES O VIRUS Y--
LA ANTISEPSIA COMBATE LA INFECCIÓN QUE HA SIDO PROVOCADA POR -
DICHOS AGENTES.

LA ASEPSIA ES UN CONJUNTO DE REGLAS Y PROCEDIMIENTOS A --
LOS QUE RECURRIMOS PARA EL LOGRO DE LA ESTERILIZACIÓN DEL MATE--
RIAL QUIRÚRGICO Y TODO LO RELACIONADO AL CAMPO OPERATORIO.

DICHA ESTERILIZACIÓN SE PUEDE LOGRAR POR MÉTODOS QUÍMICOS
BIOLÓGICOS Y FÍSICOS.

AGENTES QUÍMICOS.

SE DENOMINAN DESINFECTANTES Y ANTISÉPTICOS O GERMICIDAS.
SE UTILIZAN PARA LA ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS QUE PUEDEN--

SUFRIR DAÑOS CON LA ACCIÓN DE HUMEDAD O CALOR. ESTE TIPO DE-ESTERILIZACIÓN ES INCOMPLETO, POR LO CUAL DEBE REUNIR ALGUNOS-REQUISITOS TALES COMO:

- A) LA SUPERFICIE QUE SE VA A ESTERILIZAR DEBE ESTAR LIM--PIA COMPLETAMENTE Y CON AUSENCIA DE CUALQUIER SUSTAN--CIA INSOLUBLE EN EL GERNICIDA.
- B) CUALQUIER OBJETO A TRATAR DEBE PERMANECER EN LA SOLU--CION ANTISÉPTICA POR LO MENOS DURANTE 12 HORAS.
- C) LA TINTURA Y EL ALCOHOL ETÍLICO DE BAJO PORCENTAJE SE-UTILIZAN PARA LA ASEPSIA DE LAS MANOS DEL OPERADOR DESPUÉS DE LAVARSE CON AGUA Y JABÓN. EL LAVADO DE LAS -MANOS DEBE SER COMPLETO Y EFICAZ.

ENSEGUIDA MENCIONAREMOS LOS AGENTES QUÍMICOS MÁS UTILIZA--DOS, YA QUE ES MUY IRRITANTE PARA LOS TEJIDOS BLANDOS. SUELE APLICARSE PARA LA ANTISEPSIA DEL LUGAR DONDE SE VA A PUNCIÓNAR O SE PUEDE UTILIZAR EN PARTES IGUALES CON EL ALCOHOL PARA PIN--CELAR LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, LOS CAPUCHONES DEL TERCER -MOLAR O EL SITIO DONDE SE VA A REALIZAR LA INCISIÓN.

ALCOHOL:

EMPLEADO PRINCIPALMENTE PARA LA ANTISEPSIA DEL OPERADOR Y EL AYUDANTE.

TINTURA DE MERTIOLATO:

ES APLICADA IGUAL Y EN LOS MISMOS LUGARES QUE LA TINTURA DE IODO.

AGENTES FÍSICOS.

LAVADO CON AGUA Y JABÓN:

UTILIZADO PARA LA ESTERILIZACIÓN DE LAS MANOS DEL OPERADOR Y TEGUMENTOS DEL CAMPO OPERATORIO.

TEMPERATURA:

SE EMPLEA EL CALOR SECO Y HÚMEDO. EL SECO SE LOGRA POR APARATOS COMO ESTUFAS SECAS, ELÉCTRICAS O DE GAS. EL CALOR HÚMEDO SE OBTIENE CALENTANDO AGUA EN UN RECIPIENTE HASTA QUE ALCANCE UNA TEMPERATURA DE 100 GRADOS CENTÍGRADOS (EBULLICIÓ)- Y AQUI SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO QUE SE DESEE ESTERILIZAR.

SE PUEDE EMPLEAR EL CALOR BAJO PRESIÓN A UNA TEMPERATURA DE 130 a 140 GRADOS CENTÍGRADOS POR MEDIO DE LOS APARATOS DENOMINADOS AUTOCLAVES.

EL CALOR HÚMEDO ES EL MÁS EMPLEADO PARA ESTERILIZAR INSTRUMENTOS Y ROPA QUIRÚRGICA.

LOS INSTRUMENTOS CORTANTES PIERDEN FILO AL ESTERILIZARSE-
POR ESTE MEDIO; POR LO TANTO, ES RECOMENDABLE UTILIZAR EL CA--
LOR SECO.

CAPÍTULO VII

I N S T R U M E N T A L

PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR IMPACTADO SE LLEVA A CABO VARIOS TIEMPOS Y PARA CADA UNO DE ELLOS NOS ES NECESARIO UN INSTRUMENTAL ADECUADO.

INCISIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

INSTRUMENTOS NECESARIOS:

BISTURÍ.- PARA LA CIRUGÍA BUCAL SUELE UTILIZARSE UN BISTURÍ DE HOJA CORTA; ÉSTE CONSTA DE MANGO Y HOJA INTERCAMBIABLE - PUDIENDO SER DE DIVERSAS FORMAS. LOS BISTURÍS MÁS UTILIZADOS PARA LA INCISIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES IMPACTADOS SON: EL DE BARD-PARKER CON HOJA NÚMERO 15, EL DE MEAD, SU HOJA ES CURVA - CON FILO EN AMBOS BORDES.

TIJERAS.- ÚTILES PARA SELECCIONAR INSERCIÓNES MUSCULARES-BAJAS O EXCESO DE TEJIDO AL FINALIZAR LA EXTRACCIÓN COMO TAMBIÉN CORTAR PUNTOS DE SUTURA. HAY RECTAS Y CURVAS.

LEGRAS Y PERIOSTOMOS.- YA QUE HABIÉNDOSE REALIZADO LA INCISIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS, DEBEMOS PROCEDER A LA SEPARA---

CIÓN Y DESPRENDIMIENTO DE LA FIBRA MUCOSA, CON EL FIN DE PREPARAR EL COLGAJO.

SE PUEDEN UTILIZAR LEGRAS. ÉSTAS SE INSERTAN ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, EL HUESO Y MUCOPERIOSTIO.

EL PERIOSTOTOMO DE MEAD TIENE LA MISMA FINALIDAD.

SEPARADORES.- NOS SIRVEN PARA DESPUÉS DE HABER SEPARADO -- LOS TEJIDOS BLANDOS, IMPIDEN QUE SE CAUSE ALGÚN TRAUMATISMO POR EL ELEVADOR O LA FRESA. LOS SEPARADORES MÁS COMUNES SON: ÁNGU LO RECTO DE AUSTIN, VOLKMAN, FARABEUF.

PIEZAS DE DISECCIÓN.- ÚTILES EN LA PREPARACIÓN DE LOS COLGAJOS EN SU DESPRENDIMIENTO Y EN SU SUTURA. LAS MÁS COMUNES SON LAS DENTADAS O LAS DE DIENTES DE RATÓN.

INSTRUMENTO NECESARIO PARA LA OSTEOTOMÍA Y ODONTOTOMÍA.

ESCOPLO Y MARTILLO.- SE UTILIZA PARA LA SECCIÓN DEL HUESO QUE CUBRE PARCIAL O TOTALMENTE AL MOLAR RETENIDO.

EL ESCOPLA ES UNA BARRA METÁLICA EL EXTREMO DE LA HOJA ESTÁ CORTADO A BICEL A EXPENSAS DE UNA DE SUS CARAS, LA HOJA DEL-

ESCOPLO PUEDE SER RECTA O ESTAR AHUECADA EN MEDIA CAÑA.

ACTÚA A PRESIÓN MANUAL O ACCIONADOS A GOLPE DE MARTILLO - DIRIGIDOS SOBRE LA EXTREMIDAD OPUESTA AL FILO.

EXISTEN TAMBIÉN ESCOPLS Y MARTILLOS AUTOMÁTICOS, LOS CUALES FUNCIONAN POR MEDIO DE TORNO DENTAL.

EL MARTILLO CONSTA DE UN MANGO Y DE UNA MASA COMPACTA.

FRESA QUIRÚRGICA.- SE UTILIZAN FRESAS DE CARBURO Y DE --- TUNGSTENO, LAS CUALES ACELERAN Y SIMPLIFICAN LA OSTEOTOMÍA. SE UTILIZA FRESA FRESA REDONDA DEL #8. EN LA ODONTOSECCIÓN - SE UTILIZAN FRESAS DE FISURA. EL TORNO ELÉCTRICO DE ALTA VELOCIDAD SIMPLIFICA LAS MANIOBRAS DE OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN. CUANDO ÉSTAS FRESAS SE UTILIZAN DEBE SER SIEMPRE ACOMPAÑADAS - DE UN CHORRO DE AGUA O SOLUCIÓN SALINA. LOS TEJIDOS BLANDOS- SE DEBEN MANTENER SEPARADOS DE LA FRESA, LA FRESA SE DEBE GI--RAR A BASE DE ALTA VELOCIDAD.

PINZAS GUBIANAS.- SE UTILIZAN PARA LA ELIMINACIÓN DEL HUE--SO BUCAL O LINGUAL Y SON DE VITAL IMPORTANCIA EN LA ELIMINA---CIÓN DEL SACO PERICORONARIO.

LIMAS PARA HUESO O ESCOFINAS.- SON LIMAS DE ACERO Y SIR--

VEN PARA ALISAR LOS BORDES ÓSEOS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

CUCHARILLAS PARA HUESO.- POSEEN DOS EXTREMOS ACTIVOS Y SE USAN PARA ELIMINAR GRANULACIONES, ESQUIRLAS OSEAS Y RESTOS O - TROZOS DE SACO PERICORONARIO.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

ELEVADORES.- HABIÉNDOSE OBTENIDO LA ELIMINACIÓN DE LA CANTIDAD DE HUESO NECESARIO, SE PROCEDERA A LA OPERACIÓN DE EXTRACCIÓN. DEBIDO AL DIFÍCIL ACCESO A LA PIEZA EN OCASIONES - NO NOS ES POSIBLE EL USO DE FORCEPS. EN ÉSTOS CASOS, ES DE GRAN IMPORTANCIA EL USO DEL ELEVADOR, EL CUAL ES UN INSTRUMENTO INDISPENSABLE PARA LA EXTRACCIÓN DE LA PIEZA RETENIDA.

EL ELEVADOR CONSTA DE TRES PARTES:

- A) MANGO.- SE ADAPTA A LA MANO DEL OPERADOR Y POSEE DIVERSAS FORMAS. POR LO GENERAL ESTÁ DISPUESTO CON RESPECTO AL TALLO EN DOS FORMAS; EN LA MISMA LÍNEA O PERPENDICULAR A ÉL, FORMANDO UNA T.
- B) TALLO.- PEQUEÑA BARRA QUE UNE AL MANGO CON LA HOJA.
- C) HOJA.- PARTE ACTIVA DEL INSTRUMENTO, SE APLICA CONTRA EL MOLAR A EXTRAERSE. LA HOJA SE HALLA INCLINADA CON RELACIÓN AL TALLO EN ÁNGULO VARIABLE. LOS HAY PARA -

EL LADO DERECHO Y PARA EL IZQUIERDO.

SEGÚN SU FORMA VARÍAN EN SU FUNCIÓN, MISIÓN Y TRABAJO TENEMOS:

- 1.- ELEVADOR DE WINTER #3, DERECHO E IZQUIERDO.
- 2.- ELEVADOR DE WINTER #1 Y 2, DE APLICACIÓN MESIAL.
- 3.- ELEVADOR DE WINTER #1, DERECHO E IZQUIERDO.
- 4.- ELEVADOR DE WINTER #11, DERECHO E IZQUIERDO.
- 5.- ELEVADOR DE WINTER #4, DERECHO E IZQUIERDO.
- 6.- ELEVADOR DE WINTER #14, DERECHO E IZQUIERDO.
- 7.- ELEVADOR RECTO DE SELDIN.
- 8.- ELEVADOR CLEV-DENT, DERECHO E IZQUIERDO PARA RAÍCES.
- 9.- ELEVADOR UNIVERSAL.

EXISTEN TAMBIÉN LOS ELEVADORES DE BARRY, QUE SON SIMILARES A LOS DE WINTER. SU FUNCIÓN ES IGUAL Y SE MANEJA CON LA MISMA TÉCNICA.

INSTRUMENTOS PARA SUTURAR.

AGUJA PARA SUTURAR.- ES LA PARTE FINAL DE CUALQUIER INTER

VENCIÓN QUIRÚRGICA, TENIENDO COMO FINALIDAD REUNIR LOS TEJIDOS SEPARADOS POR LA INCISIÓN. PARA REALIZARSE SE NECESITAN AGUJAS QUE ESTÉN ACORDES CON LOS DELICADOS TEJIDOS GINGIVALES. EXISTEN AGUJAS SENCILLAS, RECTAS O CURVAS DE DIVERSOS TAMAÑOS.

PARA LA SUTURA DE UNA CIRUGÍA DE TERCER MOLAR ES RECOMENDABLE UTILIZAR AGUJAS CURVAS, YA QUE SE ADAPTAN MEJOR A LA DISPOSICIÓN DE LA ANATOMÍA DEL TERCER MOLAR.

LAS AGUJAS CURVAS SON DE DOS TIPOS:

CONCAVOCONVEXA EN SENTIDO DE SU BORDE.

CONCAVOCONVEXA EN SENTIDO DE SU CARA.

PARA REALIZAR LA SUTURA SE UTILIZA EL CAT-GUT O EL HILO - DE SEDA.

CAPÍTULO VIII.

TIEMPOS PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

- 1).- INCISIÓN.
- 2).- OSTEOTOMÍA.
- 3).- OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA.
- 4).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.
- 5).- SUTURA.

INCISIÓN.

MANIOBRA POR LA CUAL SE ABREN LOS TEJIDOS PARA ENTRAR A -- PLANOS PROFUNDOS Y ASÍ REALIZAR LA INTERVENCIÓN. SE REALIZA - CON BISTURÍ, SIENDO EL MÁS UTILIZADO EN ODONTOLOGÍA EL BAD-PARKER.

ESTA DEBE SER DE UNA SOLA INTENCIÓN PARA EVITAR PROBLEMAS- DE CICATRIZACIÓN Y DESGARROS DE LA MUCOSA. LA INCISIÓN LIMITA UN TROZO DE FIBRA MUCOSA LLAMADO COLGAJO; LA BASE DEL COLGAJO- DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE AMPLIA, ESTO PARA QUE HAYA UNA BUE- NA IRRIGACIÓN Y NO SE PRESENTA NECROSIS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

LA INCISIÓN TAMBIÉN DEBE HACERSE LO SUFICIENTEMENTE AMPLIA

PERMITIENDO QUE EL COLGAJO DESCUBRA TOTALMENTE EL SITIO DONDE SE REALIZA LA EXTRACCIÓN Y EL TROZO HAY QUE HACERSE DE TAL FORMA QUE AL REGRESARSE EL COLGAJO A SU SITIO SUS BORDES DESCANSAN SOBRE HUESO SANO; LOS MÁRGENES DEL COLGAJO DEBERÁN SER LO SUFICIENTEMENTE REDONDEADOS, YA QUE DE OTRA FORMA SE PRESENTARÁN ESCARAS EN ÁNGULOS PRONUNCIADOS.

EN LA INTERVENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS LA INCISIÓN SE REALIZA DE ACUERDO AL TIPO DE RETENCIÓN.

DESPUÉS DE HACERSE LA INCISIÓN, SE COMPRIME LA REGIÓN CON UNA GASA UNOS INSTANTES, CON EL FIN DE LOGRAR LA HEMOSTASIS.

EL COLGAJO SE DESPRENDE POR MEDIO DE UNA LEGRA.

OSTEOTOMÍA.

ES LA RESECCIÓN DE HUESO QUE CUBRE EL OBJETO DE LA OPERACIÓN, EN ESTE CASO EL TERCER MOLAR.

LOS AUTORES GENERALMENTE SOSTIENEN QUE ES MEJOR EXTRAER MÁS HUESO Y DE ESTA FORMA TRAUMATIZAR MENOS AL REALIZAR LA EXTRACCIÓN; EN CAMBIO, SI EL HUESO ELIMINADO ES POCO, DEBEMOS USAR UNA FUERZA EXCESIVA PARA VENCER LA RESISTENCIA DEL DIENTE PUDIENDO OCASIONAR CON ESTO FRACTURA DEL MAXILAR U OTROS DAÑOS

SERIOS Y EN ALGUNOS CASOS IRREVERSIBLES.

SE UTILIZA ESCOPIO, PINZAS GUBIAS O ALVEOLO TOMO O FRESAS QUIRÚRGICAS, SIENDO MÁS UTILIZADAS ACTUALMENTE LAS FRESAS QUIRÚRGICAS POR SER MÁS RÁPIDAS, MENOS TRAUMÁTICAS Y EVITAN EL CALENTAMIENTO DEL HUESO.

OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA.

PASO MEDIANTE EL CUAL DESPUÉS DE HABER HECHO LA OSTEOTOMÍA HACEMOS LA EXTRACCIÓN MERCED A LA APLICACIÓN DE LA PALANCA; ES DECIR, LA FUERZA EJERCIDA POR EL ELEVADOR, TOMAMOS COMO PUNTO DE APOYO EL HUESO MAXILAR O EL SEGUNDO MOLAR, CON UNA FUERZA EJERCIDA EN EL EXTREMO DISTAL DE LA PALANCA DESTINADA A MOVILIZAR EL MOLAR, QUE EN ESTE CASO ES LA POTENCIA.

GENERALMENTE ÉSTA ES LA MECÁNICA DE LA EXTRACCIÓN, AUNQUE NO SIEMPRE SE PUEDE APLICAR DEBIDO A LA POSICIÓN DEL MOLAR Y LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE RAICES; EN ÉSTOS CASOS VA A SER NECESARIO DISMINUIR EL VOLUMEN DE LA PIEZA DENTARIA A EXTRAERSE, SECCIONÁNDOLA EN VARIAS PARTES Y DE ÉSTA FORMA HABRÁ UN MENOR EDEMA POSTOPERATORIO, REDUCCIÓN DEL HUESO RESECADO, ELIMINACIÓN DEL TRISMUS POSTOPERATORIO, SE PREVIENE EL PELIGRO DE LA FRACTURA MAXILAR, TODO LO CUAL SIMPLIFICA LA OPERACIÓN. LOS INSTRUMENTOS QUE SE VAN A UTILIZAR SON VARIABLES, SEGÚN LA SEC

CIÓN O GRADO DE DIFICULTAD DE LA OPERACIÓN. CUANDO LA PIEZA-
YA SE HA SECCIONADO, SE EXTRAEN LAS PARTES POR SEPARADO.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.

DESPUÉS DE REALIZAR LA EXTRACCIÓN TOTAL SE DEBEN SEGUIR -
DOS MANIOBRAS POSTOPERATORIAS CON RESPECTO A LA CAVIDAD ÓSEA -
QUE ALOJABA AL MOLAR.

ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA DEL SACO PERICORONARIO.

ESTE SACO ES CONTINUAMENTE FUENTE DE HEMORRAGIAS, DE IN--
FECCIONES POSTOPERATORIAS (ALVEOLITIS) Y EVENTUALMENTE DE ENTI
DADES NEOPLÁSICAS, DEBE SER RIGUROSAMENTE RESECADO DE LA CAVI-
DAD ÓSEA CON CUCHARILLAS FILOSAS.

EN ALGUNOS CASOS ESTÁ SOLIDAMENTE ADHERIDO, POR LO QUE SE
RA NECESARIO TOMAR EL SACO CON UNA PINZA DE KICHER CURVA, MIEN
TRAS SE RECORRE CON UNA CUCHARILLA LAS DISTINTAS PAREDES ÓSEAS.
SI EXISTEN PROCESOS PATOLÓGICOS COMO GRANULOMAS, ESTEÍTIS, ETC
DEBEN SER RESECADOS TOTALMENTE CON CUCHARILLAS.

DESPUÉS DE LA RESECCIÓN OBSERVAMOS LOS BORDES ÓSEOS, PARA-
SI QUEDAN PUNTOS AGUDOS O ARISTAS CORTANTES, SE ELIMINARÁN CON
EL ALVEOLO TOMO Y LINA PARA HUESO.

SE RECORRE TODO EL FONDO DE LA CAVIDAD PARA RETIRAR LOS FRAGMENTOS DE HUESO, DIENTE O CUERPOS EXTRAÑOS Y SE LAVARÁ LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO.

OBTENCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR.

PARA LOS TERCEROS MOLARES SIN COMPLICACIONES PERICORONARIAS APARENTES SE PUEDE COLOCAR EN LA CAVIDAD CON PINZAS DE DI SECCIÓN DOS O TRES CONOS ANTIBIÓTICOS. ÉSTOS AGENTES BACTERICIDAS O BACTERIOSTÁTICOS QUEDAN CUBIERTOS POR SUTURA Y PREVIENEN LA INFECCIÓN DEL COÁGULO SANGUÍNEO.

SI EL ALVÉOLO MUESTRA UNA EXCESIVA HEMORRAGIA POR LESIÓN DE LOS VASOS DENTARIOS O VASOS DE LAS PAREDES, SE OBTURA LA CAVIDAD CON FIBRINFOAM O GELFOAM IMPREGNADOS O NO EN PENICILINA O TROMBINA, LA CUAL LOGRA COHIBIR LA SALIDA DE SANGRE EXCESIVA.

CUANDO EN LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS TENEMOS PERICORONITIS AGUDA O EN LATENCIA, SE DEBE EMPAQUETAR EL ALVÉOLO CON UNA TIRA DE GASA YODOFORMADA E IMPREGNADA EN LÍQUIDO DE CEMENTO QUIRÚRGICO. ÉSTA GASA SE DEBE DE DEJAR APROXIMADAMENTE DE 6 a 8 DÍAS, TRANSCURRIENDO ESTE TIEMPO LA GASA SE RETIRA Y SE LAVA LA CAVIDAD CON AGUA TIBIA Y SE VUELVE A COLOCAR OTRA GASA DE 2 a 3 DÍAS, LO CUAL SE DEBE REPETIR CUANTAS VECES SEA NECES-

SARIO.

SUTURA.

IDEAL QUIRÚRGICO DE TODA INTERVENCIÓN Y ESTÁ INDICADA EN-
TERCEROS MOLARES IMPACTADOS SIN PROCESOS INFECCIOSOS APARENTES

SE REvisa LA CARA INTERNA DEL COLGAJO, ELIMINANDO TEJIDO-
DE GRANULACIÓN, SE ADAPTA EL PERIOSTIO Y SE VUELVE EL COLGAJO-
A SU SITIO ORIGINAL; SE TOMA LA PINZA PORTA-AGUJAS CON LA AGU-
JA ENHEBRADA Y SE PROCEDE A ATRAVESAR PRIMERO EL COLGAJO LIN-
GUAL, Y DESPUÉS EL BUCAL. UNA VEZ RETIRADA LA AGUJA, SE PRAC-
TICA EL NUDO QUIRÚRGICO Y SE CORTA LA SUTURA.

DEPENDIENDO DEL CASO, SE COLOCAN LOS PUNTOS NECESARIOS.

CAPÍTULO IX.

PATOLOGÍA.

ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS.

FRECUENTEMENTE LOS DIENTES RETENIDOS CAUSAN TRASTORNOS DE DIVERSA ÍNDOLE, AUNQUE EN OCASIONES ÉSTOS PASAN INADVERTIDOS Y NO CAUSAN NINGUNA MOLESTIA.

ACCIDENTES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

ESTE PRESENTA UN ACCIDENTE DE ERUPCIÓN MUY PROPIO QUE GENERALMENTE SE PRESENTA EN MOLARES QUE ERUPCIONAN EN BUCOVERCIÓN.

O SEA, AL HACER ERUPCIÓN EL MOLAR HACIA EL CARRILLO SU CARA TRITURANTE ENTRA EN CONTACTO CON LA MUCOSA DEL CARRILLO, OCASIONANDO UNA ULCERACIÓN TRAUMÁTICA MUY DOLOROSA. LO CUAL PRODUCE UNA INFLAMACIÓN A LOS TEJIDOS BLANDOS Y PRESENTA UNA CELULITIS Y TRISMUS, LA MASTICACIÓN SE IMPIDE O SE DIFICULTA IGUAL QUE LA FONACIÓN, REPERCUTIENDO TODO ESTO EN EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE. SU TRATAMIENTO ES LA EXTRACCIÓN DE DICHA PIEZA DENTARIA O EL DESGASTE CON PRESA DE CARBURO DE LAS CÚSPIDES QUE TIENEN CONTACTO CON EL CARRILLO.

HAY QUE TENER CUIDADO PORQUE EN OCASIONES LA ÚLCERA QUEDA-
ESCONDIDA TRAS EL MOLAR Y PASA INADVERTIDA.

ACCIDENTES DE TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.

POR LO GENERAL ÉSTOS ACCIDENTES SON OCASIONADOS POR LA IN-
FECCIÓN DEL SACO DENTARIO, CAUSANDO REPERCUSIONES LOCALES, SIS-
TEMÁTICAS Y REGIONALES.

LA INFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO SE DEBE A DOS FACTORES
AUMENTO DE VIRULENCIA MICROBIANA Y DISMINUCIÓN DE LAS DEFENSAS-
DEL ORGANISMO, ASÍ COMO EL ESTABLECIMIENTO DE UNA VÍA DE ENTRA-
DA QUE SE PRESENTA POR FACTORES MECÁNICOS, COMO TRAUMATISMO EN-
EL CAPUCHÓN QUE CUBRE AL TERCER MOLAR O POR LAS CÚSPIDES DE LA-
PIEZA ANTAGONISTA, O AMBOS CASOS; ESTO PUEDE OCASIONAR PROCESOS
INFECCIOSOS Y ORIGINAR QUISTES DENTÍGEROS.

LOS MICROORGANISMOS QUE HABITAN EN LA CAVIDAD ORAL SON FAC-
TORES IMPORTANTES EN LA PRODUCCIÓN DE ÉSTOS ACCIDENTES, YA QUE-
EN UNA CAVIDAD DEL SACO DENTARIO MUCHOS MICROORGANISMOS EXACER-
BAN SU VIRULENCIA.

LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR EL TERCER MOLAR INFERIOR PUE-
DEN SER DESDE UN PROCESO LOCAL DE POCA IMPORTANCIA HASTA UN FLE-
MÓN GANGRENOSO DEL PISO DE LA BOCA.

CLASIFICACIÓN.

ACCIDENTES MUCOSOS.

SE LES DENOMINA ASÍ A LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN LAS PARTES BLANDAS QUE RODEAN AL TERCER MOLAR RETENIDO.

UN TIPO DE ÉSTOS ACCIDENTES ES LA PERICORONITIS, QUE PRESENTA LA PRIMERA ETAPA CLÍNICA, DE LA CUAL DERIVAN MUCHOS ACCIDENTES; SE PUEDE DECIR QUE REPRESENTA EL ESTADO DE ALARMA DE LOS ACCIDENTES MUCOSOS.

SE CARACTERIZA POR UNA SERIE DE SIGNOS CLÍNICOS QUE LE SON PARTICULARES; SU COMIENZO PUEDE SER INCIDIOSO, AUNQUE GENERALMENTE ES BRUSCO, ES DECIR APARECE SIN ANUNCIO PREVIO INSTALÁNDOSE UN PROCESO INFLAMATORIO QUE PUEDE SER PARCIAL O TOTAL; PRESENTA SUS SIGNOS CARACTERÍSTICOS; TUMOR, CALOR, RUBOR Y DOLOR.

TUMOR.- LA ENCÍA QUE SE ENCUENTRA CUBRIENDO LA CORONA DEL MOLAR SE PRESENTA EDEMATIZADA Y AUMENTADA DE VOLUMEN.

LA PRESENCIA DEL MOLAR RETENIDO SE DIAGNOSTICA POR MEDIO DE UNA RADIOGRAFÍA.

DOLOR.- LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES ES PRECOZ, PUEDE SER--
IRRADIADO O LOCALIZADO.

LOCALIZADO A NIVEL DE LA REGIÓN DEL CAPUCHÓN O SE IRRADIA--
AL NERVIIO DENTARIO INFERIOR O A OTRAS VÍAS Y ALGUNAS VECES INCLU
SO, EL DOLOR SE LOCALIZA A NIVEL DEL TRAGUS DEL OÍDO.

EL DOLOR PUEDE PRESENTARSE EN LAS NOCHES. PUEDE AUMENTAR--
A UN CAMBIO DE TEMPERATURA O AL ROCE DE LOS ALIMENTOS.

EN SU CAUSA SE MENCIONAN FENÓMENOS DE COMPRESIÓN DEL SACO -
PERICORONARIO Y DE LA MUCOSA INFLAMADA Y POR UNA ÚLCERA DEBAJO--
DEL CAPUCHÓN ORIGINADA POR EL ROCE CONTINUO DE UNA CÚSPIDE DEL -
MOLAR EN ERUPCIÓN.

CALOR.- A CAUSA DE LAS VASODILATACIONES SE OCASIONA UN AU--
MENTO DE LA TEMPERATURA DE LA REGIÓN.

EL PROCESO INFLAMATORIO AFECTA DE MANERA GENERAL A TODO EL-
ORGANISMO OCASIONANDO FIEBRE, MALESTAR GENERAL, LEUCOCITOSIS, --
ANOREXIA, ASTENIA, INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS REGIONALES; SUELE
PRESENTARSE TRISMUS, Y POR LO TANTO, LA MASTICACIÓN SE VE DIFI--
CULTADA.

EL COMIENZO DE LA PERICORONITIS ES INSIDIOSO O LENTO, EL DO

LOR QUE SE PRESENTA ES LEVE, CON LA APARICIÓN DE UN LIGERO PROCESO INFLAMATORIO CON DURACIÓN DE DOS A TRES DÍAS; Y SI SE PRESENTA TRISMUS ES MUY POCO ACENTUADO, Y ENTRE EL CAPUCHÓN Y EL MOLAR BROTAN GOTAS DE PUS Y SANGRE.

EL DOLOR EN ESTE CASO PUEDE SER IRRADIADO O LOCALIZADO.

RUBOR.- LA ENCÍA CAMBIA SU COLOR ROJIZO Y ROJO VIOLÁCEO - CUBIERTO DE RESTOS ALIMENTICIOS Y COÁGULOS DE SANGRE.

ACCIDENTES MECÁNICOS.

LA PIEZA DENTARIA RETENIDA QUE ACTÚA MECÁNICAMENTE SOBRE LAS PIEZAS DENTARIAS ADYACENTES, PUEDEN OCASIONAR TRASTORNOS - DIVERSOS EN SU LOCALIZACIÓN NORMAL EN EL MAXILAR Y EN SU INTEGRIDAD ANATÓMICA.

LA PIEZA RETENIDA EN SU INTENTO DE ERUPCIÓN PUEDE ORIGINAR CAMBIOS EN LA DIRECCIÓN DE LOS DIENTES VECINOS CONGLOMERADOS Y ENTRECruzAMIENTOS QUE PUEDEN ABARCAR INCLUSO A PIEZAS -- DENTARIAS ANTERIORES.

LA CONSTANTE FUERZA QUE LA PIEZA DENTARIA RETENIDA EJERCE SOBRE EL DIENTE VECINO CAUSA ALTERACIONES EN EL CEMENTO, LA -- DENTINA E INCLUSO EN LA PULPA EN DICHA PIEZA DENTARIA. ÉSTAS

LESIONES SE PRESENTAN A NIVEL DE LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR O DE LA CORONA DEL MISMO POR VARIAS CAUSAS; UNA DE LAS CAUSAS PUEDE SER EL CONTACTO DEL TERCER MOLAR Y SU SACO PERICORONARIO CONTRA LA CARA DISTAL DE LA CORONA DEL SEGUNDO MOLAR, - ORIGINANDO RETENCIÓN DE ALIMENTOS Y POR LO TANTO, MALAS CONDICIONES DE HIGIENE QUE OCASIONA CARIES EN ESTA REGIÓN.

DE ESTA FORMA, LA PRESIÓN DE LAS CÚSPIDES DEL TERCER MOLAR SOBRE LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO ORIGINA CEMENTOLÍISIS EN ESA ZONA. ESTA RESORCIÓN AFECTA SOLO LA RAÍZ DEL SEGUNDO MOLAR, DEBIDO A QUE LA CORONA DEL TERCERO ESTÁ PROTEGIDA POR EL ÓRGANO DEL ESMALTE MÁS O MENOS ATROFIADO.

SI LA RETENCIÓN DEL TERCER MOLAR ES INTRAÓSEA TOTAL, LA PRESIÓN QUE EJERCE EL TERCER MOLAR SOBRE LA RAÍZ DISTAL DEL SEGUNDO SE REALIZA EN CONDICIONES ACÉPTICAS. LA LISIS CEMENTARIA SE PRESENTA IGUALMENTE QUE EL CASO ANTERIOR; AUNQUE EN EL EXAMEN CLÍNICO NO SE PRESENTAN SÍNTOMAS OBJETIVOS, LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS SUELEN SER MUY RUIDOSOS PRESENTÁNDOSE DOLOR QUE AUMENTA CON EL CALOR Y LA PRESIÓN Y PERCUSIÓN.

LA CARIES SE PRESENTA CUANDO LA POSICIÓN ANORMAL DEL TERCER MOLAR CAUSA ESPACIOS IRREGULARES EN COMUNICACIÓN CON EL MEDIO BUCAL.

ENTRE LOS ACCIDENTES MECÁNICOS ENCONTRAMOS LOS ACCIDENTES PROTÉTICOS QUE SE PRESENTAN EN GRAN CANTIDAD DE CASOS DEBIDO A QUE EL TERCER MOLAR EN SU INTENTO DE ERUPCIÓN OCASIONA DEFORMIDADES EN LA ARQUITECTURA DEL MAXILAR Y SI LA PERSONA POSEE APARATO PROTÉSICO, ESTO BASCULARÁ EN LA BOCA Y NO SE ADAPTARÁ EN LA FORMA ACOSTUMBRADA.

ACCIDENTES NERVIOSOS.

ÉSTOS SE PRESENTAN SOBRE EL NERVIO DENTARIO INFERIOR Y SON TRASTORNOS QUE SE PRESENTAN BAJO LA FORMA DE HERPES, ECZEMAS, CONICIE, PELADAS, ETC.

EL TRISMUS TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR COMO TRASTORNOS NERVIOSOS.

ACCIDENTES TUMORALES.

UN TERCER MOLAR RETENIDO PUEDE CAUSAR TUMORES DE DIVERSAS CLASES, SIENDO LAS MÁS COMUNES LOS QUISTES DENTÍGEROS QUE SUELEN INFECTARSE OCASIONANDO ABSCESOS Y COMPLICACIONES CON PROCESOS ÓSEOS COMO OSTEOMIELITIS Y OSTEÍTIS.

EN OTRAS OCASIONES LA INFECCIÓN NO LLEGA A SER UN QUISTE- PERO OCASIONA LAS MISMAS CONSECUENCIAS.

LOS TUMORES QUE MÁ^s FRECUENTEMENTE SE PRESENTAN POR CONSECUENCIA DE UN MOLAR IMPACTADO SON LOS SIGUIENTES:

QUISTE DENTÍGERO.- MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

ODONTOMAS.- AUNQUE NO SON MUY COMUNES PORQUE LA ZONA NO ES ADECUADA SE HAN PRESENTADO EN ALGUNAS OCASIONES.

ADAMANTINOMA.- SE PRESENTA EN AUSENCIA DEL MOLAR, SE FORMA A EXPENSAS DEL FOLÍCULO.

OTROS TUMORES.- SE PRESENTAN EN MUY RAROS CASOS QUISTES EPITELIALES, FIBROMAS, QUISTES PARADENTARIOS, ETC.

ACCIDENTES GANGLIONARES O LINFÁTICOS.

EXISTE REPERCUSIÓN GANGLIONAR A CAUSA DE UNA PERICORONITIS CON MUCHA FRECUENCIA.

LOS GANGLIOS AFECTADOS SON LOS SUBMAXILARES; ÉSTOS VUELVEN A SU NORMALIDAD UNA VEZ TERMINADA LA AFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO.

O BIEN, SI LA AFECCIÓN ES DE GRAN VIRULENCIA O EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE SE ENCUENTRA AFECTADO POR ALGUNA RAZÓN, LA ADENITIS SIEMPRE PUEDE CONVERTIRSE EN UN FLEMÓN DE GANGLIO CON SUS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS TALES COMO: AUMENTO DE VOLUMEN

DEL GANGLIO, DOLOR ESPONTÁNEO Y A LA PALPACIÓN. ESTE PROCESO - REPERCUTE EN EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, Y EL GANGLIO TIENDE A SUPURAR UNA NO SE DIVIDE POR UNA FÍSTULA YA SEA NATURAL O QUIRÚRGICA.

ACCIDENTES ÓSEOS:

COMO ACCIDENTES DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SON MUY POCOFRECUENTES, Y SI SE PRESENTAN LA INFECCIÓN SIGUE POR LA VÍA HEMÁTICA.

SUELE FORMARSE A PARTIR DE LA COMPLICACIÓN INMEDIATA DEL SACO PERICORONARIO, ORIGINANDO FOCOS DE OSTIOMIELITIS U OSTEÍTIS.

ACCIDENTES CELULARES.

DESCRIBEN LA COMPLICACIÓN CELULAR DE LA PERICORONITIS; SE MANIFIESTA CON INFLAMACIÓN Y ABSCESO Y PUEDE SEGUIR DIVERSAS --- VÍAS.

HACIA ADENTRO, ARRIBA Y ATRÁS.- SE PRESENTA ABSCESO DE PILLAR ANTERIOR Y SUBAMIGDALINO, O SEA LA COLOCACIÓN PURULENTO EN EL MÚSCULO CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE Y LA MUCOSA FARINGEA Y AMIGDALINA. ESTE ABSCESO ES DE INTENSIDAD Y PRONÓSTICO VARIABLE.

HACIA ATRÁS Y ARRIBA.- ESTA VÍA ES MUY RARA, APARECE EN MUY POCOS CASOS, PERO PUEDE PENETRAR ENTRE LOS FASCÍCULOS DEL MÚSCULO TEMPORAL, LLEGANDO HASTA LA FOSA TEMPORAL.

HACIA ADENTRO.- VÍA EN QUE LAS DISPOSICIONES ANATÓMICAS PERMITEN LA ENTRADA A LOS PROCESOS SUPERATIVOS.

ABRIÉNDOSE EL CAMINO ENTRE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR Y LA MUCOSA DE LA REGIÓN SUBLINGUAL E INCLUSO PUEDE PENETRAR HASTA EL PISO DE LA BOCA ENTRE EL MÚSCULO MILOHIOIDEO Y LAS REGIONES SUPRAYACENTES.

POR ESTO EL PRONÓSTICO ES GRAVE Y EN OCASIONES MORTAL, CONOCUANDO SE PRESENTA ANGINA DE LUDWING Y FLEMONES EN EL PISO DE LA BOCA.

HACIA AFUERA Y ADELANTE.- POR LA ANATOMÍA DE LA REGIÓN ES MUY FÁCIL LA FORMACIÓN DE LA COLECCIÓN PURULENTO.

ESTA REGIÓN ES LIMITADA POR LA CARA EXTERNA DEL MAXILAR INFERIOR, BORDE ANTERIOR DEL MASETERO Y BORDE INFERIOR DEL BUCCINADOR. DICHO ABSCESO SE LOCALIZA EN COMUNICACIÓN DEL SACO PERICORONARIO DEL TERCER MOLAR, LOS SÍNTOMAS SON: ABULTAMIENTO DE LA MEJILLA EN LA PARTE MEDIA DEL MAXILAR INFERIOR; EL COLOR DE LA PIEL PUEDE SER NORMAL EN ALGUNOS CASOS Y EN OTROS ROJO VIOLÁCEO,

LA PIEL SE ENCUENTRA TENSA Y DOLOROSA A LA PALPACIÓN.

HACIA AFUERA Y ATRÁS.- ES CUANDO EL PROCESO LOGRA PENETRAR AL MÚSCULO MASETERO, ATRAVIESA EN SU VAINA Y NOS OCASIONA UN -- FLENÓN MASETÉRICO, CUYA SINTOMATOLOGÍA ES UN TRISMUS INTENSO Y- APARICIÓN DE UNA TUMEFACCIÓN LOCALIZADA PARALELAMENTE AL CUERPO DEL MASETERO.

CAPÍTULO X

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN LOS DIFERENTES
CASOS CLÍNICOS.

TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN VERTICAL.

INCISIÓN:

SE UTILIZA LA INCISIÓN DE DOS RAMAS; LA ANTEROPOSTERIOR Y LA BUCAL.

LA RAMA BUCAL INICIA DEL EXTREMO ANTERIOR DE LA OTRA INCISIÓN Y SE DIRIGE HACIA AFUERA, RODEA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y ASCIENDE HASTA LA PROXIMIDAD DEL SURCO VESTIBULAR. DEBE LLEGAR SU PROFUNDIDAD HASTA HUESO O CORONA DEL MOLAR Y EN SENTIDO ANTERIOR HASTA CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR, PARA SEPARAR EL COLGAJO USAMOS LA LEGRA.

LA RAMA ANTEROPOSTERIOR SE TRAZA PROXIMA A LA CARA PALATINA DEL DIENTE, PARALELAMENTE A LA ARCADEA Y EN UNA LONGITUD DE UN CENTÍMETRO.

OSTEOTOMÍA:

EL HUESO QUE CUBRE LA CARA TRITURANTE SE ELIMINA CON ESCO PLO O FRESA, EN ALGUNOS CASOS ESTE ES TAN FRÁGIL QUE ES POSIBLE ELIMINARLO CON CUCHARILLA PARA HUESO. SI LA CARA MESIAL ES INACCESIBLE HAY QUE ELIMINAR EL HUESO DEL TABIQUE MESIAL -- QUE IMPIDE LA ENTRADA DEL INSTRUMENTO.

EXTRACCIÓN PROPRIAMENTE DICHA:

SE INTRODUCE LA PUNTA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCERO Y LA DISTAL DEL SEGUNDO, -- MERCED A UN MOVIMIENTO ROTATORIO.

AL ABANDONAR EL TERCER MOLAR EL ALVÉOLO DEBE SER DIRIGIDO HACIA ABAJO, AFUERA Y ATRÁS; POR LO CUAL EL ELEVADOR SE DEBE-- DESPLAZAR HACIA ARRIBA, A DENTRO Y ADELANTE.

LUXANDO EL MOLAR Y SI LA FUERZA APLICADA NO HA LOGRADO EXTRAERLO SE UTILIZAN FORCEPS, USANDO LA MISMA TÉCNICA QUE PARA TERCER MOLAR NORMAL.

CUANDO YA SE HA EXTRAÍDO EL MOLAR, SE DEBE REVISAR CUIDADOSAMENTE LOS BORDES ÓSEOS, SE RETIRA EL SACO PERICORONARIO, -- SE REGRESA EL COLGAJO A SU SITIO Y SE PONEN LOS PUNTOS DE SUTURA NECESARIOS.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN MESIOANGULAR.

INCISIÓN:

SE REALIZA LO MISMO QUE PARA LA POSICIÓN VERTICAL.

OSTEOTOMÍA:

EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN EL PROBLEMA RESIDE EN LA OSTEOTOMIA DISTAL Y TRITURANTE Y EN LA PREPARACIÓN EN LA VÍA DE ACCESO UNA MAYOR OSTEOTOMÍA EN EL LADO MESIAL, QUE EN LA RETENCIÓN VERTICAL, PORQUE EL PUNTO DE APLICACION DEL ELEVADOR ES MÁS ALTO.

ES NECESARIO QUITAR UNA PARTE DE TABLA ÓSEA VESTIBULAR QUE CUBRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR RETENIDO Y UNA MAYOR INCISIÓN DEL HUESO EN LA CARA DISTAL PARA DESCUBRIR EL DIENTE HASTA NIVEL DE SU CUELLO.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

ESTÁ CONDICIONADA POR LA DIRECCIÓN DEL MOLAR Y LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL; SE PUEDE PRESENTAR ALGUNOS PROBLEMAS COMO EL-- CONTACTO DEL TERCER MOLAR CON EL SEGUNDO.

POR ESTO SE DEBE INTRODUCIR EL BOTADOR, HASTA APLICARLO SOBRE LA CARA MESIAL DEL DIENTE; EL MOLAR DEBE DIRIGIRSE PRIMERO-- HACIA DISTAL, PARA VENCER EL CONTACTO MESIAL, Y LUEGO LOS MOVI-

MIENTOS DEL BOTADOR DIRIGEN AL DIENTE A EXTRAER HACIA ABAJO Y - AFUERA.

CUANDO UN MOLAR TIENE RAÍCES ABIERTAS, O CON CEMENTOSIS O DILACERADAS, EL MOVIMIENTO DEBE SER MUY LENTO PARA PREVENIR --- FRACTURAS.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN DISTOANGULAR.

INCISIÓN:

LA INCISIÓN DE LA RAMA ANTEROPOSTERIOR DEBE DIRIGIRSE MÁS-- HACIA DISTAL QUE EN LOS OTROS CASOS, ESTO CON EL FIN DE PREVENIR DESGARRES EN LA ENCÍA.

OSTEOTOMÍA:

POR LO GENERAL NO HAY HUESO EN LA CARA TRITURANTE DEL MOLAR NI POR DISTAL, SOLO POR VÍA MESIAL, ES NECESARIO PREPARAR LA VÍA DE ACCESO.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

SE SITUA EL ELEVADOR SOBRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR- Y SE DIRIGE HACIA ABAJO Y ATRÁS. TENIENDO MUCHO CUIDADO EN ES- TE CASO CON LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y LA APÓFISIS PTERIGOIDES YA QUE SE PUEDE OCASIONAR UNA FRACTURA SI SE HACEN MOVIMIENTOS--

BRUSCOS.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN PARANORMAL

HAY VARIAS POSICIONES DEL TERCER MOLAR EN UBICACIÓN PARANORMAL; POR LO TANTO, NO EXISTE UNA REGLA FIJA EN LA ELABORACIÓN DE LA EXTRACCIÓN.

POR ESTO LA TÉCNICA ESTÁ DADA POR LA DISPOSICIÓN QUE PRESENTA EL MOLAR EN EL HUESO Y EN SU RELACIÓN CON LOS MOLARES VECINOS. EN ALGUNOS CASOS SE INDICA LA EXTRACCIÓN DEL SEGUNDO MOLAR E INCLUSO DEL PRIMERO.

LOS MOLARES COLOCADOS POR ENCIMA DE LOS ÁPICES DEL SEGUNDO-MOLAR SON MEJOR INTERVENIDOS PRACTICANDO UNA INCISIÓN PARECIDA A LA QUE SE EMPLEA EN LA OPERACIÓN DE CADWELL-LUC, YA QUE, LA INTERVENCIÓN A REALIZARSE TIENE MUCHOS PUNTOS Y CONTACTO CON LA APARICIÓN RADICAL DEL SENO MAXILAR.

TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN VERTICAL.

INCISIÓN:

SE REQUIERE UNA INCISIÓN MÍNIMA EN ESTE CASO. SI TODAS --

LAS CARAS DEL MOLAR SE ENCUENTRAN AL DESCUBIERTO ES SUFICIENTE - CON LA INCISIÓN QUE RODEA TODA LA CARA DISTAL O BUCAL DEL TERCERO, SE CONTINÚA CON EL SEGUNDO TERMINANDO EN EL ESPACIO INTER--- PROXIMAL ENTRE EL SEGUNDO Y EL PRIMER MOLAR.

EN EL CASO DE QUE NO ESTÉ DESCUBIERTO EL TERCER MOLAR, LA - INCISIÓN SE TRAZA SOBRE LA MUCOSA QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL DEL- MOLAR RETENIDO, SE CONTINÚA FESTONEANDO LA CARA DISTAL Y BUCAL - DEL SEGUNDO Y EN OCASIONES TAMBIÉN SE FESTONEA LA DEL PRIMER MO- LAR.

SI SE VALE DE LA CARA BUCAL PARA APLICAR EL BOTADOR SE REA- LIZA UNA INCISIÓN COINCIDENTE CON EL BORDE BUCOTRITURANTE DE LA- CORONA DEL TERCERO Y SE EXTIENDE HACIA DISTAL; CON EL OBJETO DE- PROTEGER EL FESTÓN GINGIVAL DE LOS TRATAMIENTOS OPERATORIOS, SE- REALIZA UNA PEQUEÑA INCISIÓN PERPENDICULAR A LA PRIMERA SEÑALA-- DA, TRAZÁNDOSE SOBRE LA LENGUETA MESIAL DEL MOLAR RETENIDO. A- ESTE TIPO DE INCISIÓN SE LE LLAMA INCISIÓN ANGULAR.

OSTEOTOMÍA:

ESTA ES VARIABLE DE ACUERDO A LO ACCESIBLE QUE SE PRESENTA- LA CARA MESIAL Y A LAS DESVIACIONES QUE SUFRE EL TERCER MOLAR A- TRATAR.

EN OCASIONES NO SE REQUIERE LA OSTEOTOMÍA EXTERNA SINO QUE-

SE CONCRETARÁ ÚNICAMENTE A HUESO DISTAL; OTRAS VECES SERÁ NECESARIO LA OSTEOTOMÍA SOBRE SU CARA MESIAL, OCLUSAL, BUCAL Y LINGUAL DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS Y GRADO DE INTENSIDAD DEL HUESO PERICORONARIO. MIENTRAS MAS PROFUNDO ESTÉ SITUADO EL MOLAR, MAYOR SERÁ LA OSTEOTOMÍA A ELABORAR.

EL MOVIMIENTO QUE EL TERCER MOLAR DEBE EFECTUAR PARA ABANDONAR EL ALVÉOLO PUEDE SER TRADUCIDO GRÁFICAMENTE EN UN ARCO DE SEMICIRCULO; ES DECIR, LA CORONA DEL MOLAR HA DE SER DIRIGIDA HACIA LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR. POR LO TANTO, TODO HUESO QUE EXISTE POR LA CARA DISTA, EN CONTACTO CON LA CORONA DEL TERCER MOLAR IMPACTADO, DEBE SER ELIMINADO PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESARROLLAR ESTE ARCO DE SEMICÍRCULO.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE ESTÁ INDICADO POR LA FORMA RADICULAR, LA RELACIÓN DEL BORDE SUPERIOR DE LA OSEOESTRUCTURA, LA RELACIÓN DE LAS RAÍCES, LA DISTANCIA QUE EL DIENTE PUEDE SER DIRIGIDA FUERA DE SU ALVÉOLO.

LA FORMA DE LAS RAÍCES NOS INDICA LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE Y EL MOVIMIENTO DEL MOLAR.

- AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA DISTAL.- EL HUESO A RESECARSE DEBE SER EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA QUE EL DIENTE PUEDA DESCRIBIR EL ARCO QUE CORRESPONDA A LA FORMA RADICULAR Y NO ENCUEN

TRE HUESO DISTAL QUE SE EXPONGA A ESTE MOVIMIENTO.

- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL RECTA.--
EL HUESO QUE SE ELIMINA DEBE SER EN UNA CANTIDAD QUE PERMITA AL
MOLAR DIRIGIRSE HACIA ATRÁS SIGUIENDO EL ARCO DE SU RAÍZ MESIAL.

- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL HACIA ME
SIAL.- LA CANTIDAD DE HUESO RESECADO DEBE SER SUFICIENTE, CON--
EL FIN DE QUE EL DIENTE PUEDA DIRIGIRSE HACIA DISTAL Y PERMITA-
LA FRACTURA DEL SÉPTUM.

LA CANTIDAD DE HUESO A RESECARSE ESTÁ INDICADO POR LA FOR-
MA RADICULAR, LA RELACIÓN DEL BORDE SUPERIOR DE LA OSEOESTRUCTU
RA, LA RELACIÓN DE LAS RAÍCES, LA DISTANCIA QUE EL DIENTE PUEDE
SER DIRIGIDA FUERA DE SU ALVÉOLO.

LA FORMA DE LAS RAÍCES NOS INDICA LA CANTIDAD DE HUESO A -
RESECARSE Y EL MOVIMIENTO DEL MOLAR.

- AMBAS RAÍCES DIRIGIDAS HACIA DISTAL.- EL HUESO A RESECAR
SE DEBE SER EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA QUE EL DIENTE PUEDA DES
CRIBIR EL ARCO QUE CORRESPONDA A LA FORMA RADICULAR Y NO ENCUEN
TRE HUESO DISTAL QUE SE EXPONGA A ESTE MOVIMIENTO.

- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL RECTA.-
EL HUESO QUE SE ELIMINA DEBE SER EN UNA CANTIDAD QUE PERMITA -
AL MOLAR DIRIGIRSE HACIA ATRÁS SIGUIENDO EL ARCO DE SU RAÍZ --
MESIAL.

- RAÍZ MESIAL DIRIGIDA HACIA DISTAL Y RAÍZ DISTAL HACIA -
MESIAL.- LA CANTIDAD DE HUESO RESECADO DEBE SER SUFICIENTE, --
CON EL FIN DE QUE EL DIENTE PUEDA DIRIGIRSE HACIA DISTAL Y PER
MITA LA FRACTURA DEL SÉPTUM.

- RAÍCES RECTAS.- NO ES NECESARIO UNA GRAN ELIMINACIÓN DE
HUESO DISTAL AL APLICARSE EL BOTADOR EN LA CARA MESIAL SE DIRI
GE EL DIENTE EN SENTIDO DISTAL.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

REALIZADA LA OSTEOTOMÍA NECESARIA, SE COLOCA EL ELEVADOR-
ENTRE LA CARA MESIAL DEL MOLAR Y LA PARED MESIAL DEL ALVÉOLO.
ESTE INSTRUMENTO ACTÚA COMO CUÑA, PERMITIENDO UN LIGERO GRADO
DE DESPLAZAMIENTO; LUEGO SE HACEN LIGEROS MOVIMIENTOS ROTATO--
RIOS, SE REPITE EL MOVIMIENTO COMO CUÑA HASTA QUE PUEDA ACTUAR
COMO PALANCA. CON LO ANTERIOR SE LOGRA ELEVAR EL MOLAR HACIA
ARRIBA Y A DISTAL.

PARA PROYECTAR DISTALMENTE EL MOLAR Y SIEMPRE QUE LA INTEGRIDAD DEL SEGUNDO LO PERMITA, PUEDE USARSE ESTE DIENTE COMO PUNTO DE APOYO, MOVIENDO HACIA ADELANTE EL MANGO DEL ELEVADOR.

EN CASO DE QUE LA CARA MESIAL SEA INACCESIBLE, DEBE APLICARSE EL MÉTODO DE ODONTOSECCIÓN CON FRESAS, SEPARANDO EN PARTES EL MOLAR, SEGÚN SU EJE MENOR, Y LA EXTRACCIÓN SE HACE SACANDO CADA PARTE POR SEPARADO.

LA ODONTOSECCIÓN TAMBIÉN TIENE INDICACIÓN EN AQUELLOS CASOS DE RAÍCES DIVERGENTES CON EXTRAORDINARIA CEMENTOSIS. SI EL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA MUY PRÓXIMO A LA RAMA, PUEDE EX--TIRPARSE LA PARTE DISTOCLUSAL DE LA CORONA CON CINCEL.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN MESIOANGULAR.

INCISIÓN:

ESTANDO ACCESIBLE O INACCESIBLE LA CARA MESIAL, SE REQUIERE UNA AMPLIA Y COMODA INCISIÓN CON EL FIN DE OBTENER UN COLGAJO ABUNDANTE Y FÁCILMENTE DESPLAZABLE.

SI LA MUCOSA ESTÁ ÍNTEGRA LA INCISIÓN SE PUEDE REALIZAR - DE LA MISMA FORMA QUE EN LA POSICIÓN VERTICAL; Y SI SE PRESENTA UNA PORCIÓN DE DIENTE AL DESCUBIERTO SE INICIARÁ LA INCI---

SIÓN A NIVEL DE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR, SE LLEGARÁ AL LÍMITE MESIAL DE LA MUCOSA Y SE CONTINÚA FESTONEANDO LA CARA - BUCAL DEL MOLAR RETENIDO Y LA CARA BUCAL DEL PRIMERO Y SEGUNDO Y SE DESPRENDE EL COLGAJO.

OSTEOTOMÍA:

SE UTILIZAN FRESAS QUIRÚRGICAS O UN OSTEÓTOMO PARA LA ELI MINACIÓN DEL TRIÁNGULO ÓSEO DISTAL. SE ELIMINA EL HUESO DIS- TAL QUE CUBRE LA CARA DISTAL, CONTINUÁNDOSE LA OSTEOTOMÍA SO-- BRE EL TERCIO SUPERIOR DE LA RAÍZ DISTAL. SOLO CON ESTA PRO- LIJA RESECCIÓN DE HUESO PUEDE REALIZARSE LA EXTRACCIÓN SIN EM- PLEAR DEMASIADA FUERZA SOBRE EL BOTADOR.

SI LA CARA MESIAL ES INACCESIBLE SE DEBE ELIMINAR EL HUESO QUE LA CUBRE, PARA LIBRARLA DE OBSTÁCULOS Y SE PERMITE UNA CÓ- MODA APLICACIÓN DE ELEVADOR; LUEGO SE HACE OSTEOTOMÍA OCLUSAL, BUCAL Y LINGUAL; O SEA QUE LA CANTIDAD DE HUESO A ELIMINARSE-- ESTÁ INDICADO POR EL GRADO DE VERSIÓN DEL MOLAR, (A MAYOR IN-- CLINACIÓN MESIAL, MAYOR CANTIDAD DE HUESO DISTAL Y POR LO TAN- TO MAYOR OSTEOTOMÍA) Y POR LA FORMA RADICULAR SIGUIENDO POR -- LAS NORMAS SEÑALADAS EN LA RETENCIÓN VERTICAL.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

PODEMOS EMPLEAR DOS MÉTODOS EN ESTA EXTRACCIÓN:

- 1).- LA EXTRACCIÓN DE TODO EL MOLAR RETENIDO, APLICADO --
POR MEDIO DE UNA POTENCIA, UNA FUERZA SOBRE SU CARA--
MESIAL, DISMINUYENDO LA RESISTENCIA POR MEDIO DE UNA
BUENA OSTEOTOMÍA.
- 2).- DIVISIÓN DEL MOLAR RETENIDO (ODONTOSECCIÓN), SEGÚN--
SUS DOS EJES Y PRACTICANDO LA EXTRACCIÓN POR SEPARA--
DO DE CADA UNA DE LAS PARTES DE LA PIEZA A EXTRAER.

EN EL PRIMER CASO, O SEA EN LA EXTRACCIÓN POR MEDIO DEL--
ELEVADOR, SE REALIZARÁ EN MOLARES CON POSICIÓN CERCANA A LA --
VERTICAL.

EL TIPO DE ELEVADOR A UTILIZAR ES REGIDO POR LA FORMA ---
EXISTENTE DEL ESPACIO INTERDENTARIO Y SU TAMAÑO. SI EL ESPA--
CIO INTERDENTARIO ES PEQUEÑO SE REQUIERE UNA HOJA DE ELEVADOR--
DE ESCASA DIMENSIÓN Y UN ESPACIO GRANDE EXIGE UN ELEVADOR DE -
HOJA ANCHA.

EL ELEVADOR SE INTRODUCE EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, DI--
RIGIDO HACIA ABAJO Y EN SENTIDO LINGUAL, ACTUANDO COMO CUÑA Y--
DESPUÉS COMO PALANCA.

LA ELIMINACIÓN DEL MOLAR SE REALIZA UNA VEZ VENCIDO EL --
CONTACTO ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER MOLAR, CON EL BOTADOR O--

CON UNA PINZA PARA MOLARES INFERIORES.

SI EXISTE HUESO PERICORONARIO EN ABUNDANCIA SE EMPLEA EL MÉTODO DE ODONTOSECCIÓN. SE DEBE CUIDAR PARA REALIZAR LO ANTERIOR DE NO LESIONAR HUESO NI TRAUMATIZAR LAS PARTES BLANDAS.

LA ODONTOSECCIÓN, SEGÚN EL EJE MAYOR DEL DIENTE, SE PRACTICARÁ EN MOLARES EN FRANCA POSICIÓN MESIOANGULAR Y EN LAS CUALES PUEDE APLICARSE EN ESCOPLA SOBRE SU CARA OCLUSAL. AL --- APLICAR LO ANTERIOR EL DIENTE QUEDA DIVIDIDO EN DOS PARTES, LA DISTAL Y LA MESIAL.

PARA EXTRAER LA PORCIÓN DISTAL SE INTRODUCE UN ELEVADOR RECTO O DE WINTER ENTRE LAS DOS PORCIONES DEL MOLAR DIVIDIDO-- EN SU INTRODUCCIÓN Y ACTUANDO COMO CUÑA SE CONSIGUE LUXAR LIGERAMENTE LA PORCIÓN DISTAL.

PARA PRACTICAR LA EXTRACCIÓN DE ESTA PORCIÓN ES NECESARIO APLICAR EL BOTADOR LO MÁS PROFUNDO POSIBLE, CON EL FIN DE EVITAR LA FRACTURA DE LA PORCIÓN DISTAL.

LUEGO SE GIRA EL BOTADOR HACIA MESIAL, DIRIGIENDO LA RAÍZ HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

PARA LA EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN MESIAL DESPUÉS DE SER -- ELIMINADA LA DISTAL SE INTRODUCE EL BOTADOR COMO SI FUERA UN -

MOLAR COMPLETO Y SOBRE LA CARA MESIAL DE LA PUNCIÓN MESIAL Y SE ELABORAN MOVIMIENTOS SIMILARES, AUNQUE NO EXIGEN TANTA FUERZA.

EN OCASIONES ES POSIBLE QUE SE PRESENTE CEMENTOSIS DE LA - RAÍZ MESIAL Y ENCAJE EL QUE QUERE DECIR DE LA SUPERFICIE TRITURANTE DE LA PORCIÓN MESIAL POR DEBAJO DEL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR. ESTA PORCIÓN PRESENTA GRAN RESISTENCIA A LA ELEVACIÓN, - PRACTICÁNDOSE EN ESTE CASO UNA NUEVA SECCIÓN DE LA PORCIÓN MESIAL A NIVEL DE LA LÍNEA CERVICAL, CON FRESA; ELIMINÁNDOSE LAS PARTES SEGÚN LA TÉCNICA CITADA ANTERIORMENTE.

SE REALIZA LA ODONTOSECCIÓN SEGÚN EL EJE MAYOR DEL DIENTE-- SE HARÁ EN CASOS EN LOS CUALES EXISTA DIFICULTAD DE ACCESO A LA CARA OCLUSAL, Y EN CAMBIO FACILIDAD EN SU CUELLO PARA APLICAR-- LA FRESA O EN LOS MOLARES QUE PRESENTEN RAÍCES FUSIONADAS O CÓNICAS.

LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA SE REALIZA POR MEDIO DE ELEVADORES EN EL ESPACIO CREADO POR LA FRESA; ESTE ESPACIO ES DE GRANUTILIDAD, PUES A SUS EXPENSAS SE DESPLAZA LA CORONA HACIA MESIAL Y LUEGO HACIA DISTAL.

SI ES INACCESIBLE SU CARA MESIAL, SE PRACTICA UNA VÍA PARA EL ELEVADOR. Y SI NO LO ES, SE INTRODUCE EL ELEVADOR POR DEBA

JO DE LA CORONA, ENTRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE ÓSEO Y SE ELEVA LA CORONA.

LA RAÍZ SE PUEDE EXTRAER CON ELEVADORES RECTOS, CURVOS O DE WINTER. SE INTRODUCE ENTRE LA PORCIÓN RADICULAR Y EL TEJIDO ÓSEO SUBYACENTE, SE GIRA EL INSTRUMENTO HACIA EL LADO BUCAL SEGÚN LA DISPOSICIÓN Y FORMA RADICULAR SERÁ MAYOR O MENOR EL ESFUERZO A ELABORAR.

SI HAY CEMENTOSIS O DIVERGENCIA RADICULAR ES ÚTIL SEPARAR LAS DOS RAÍCES CON UNA FRESA DE FISURA; Y SE EXTRAE DE UNA EN UNA LAS DOS RAICES UTILIZANDO BOTADOR RECTO.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN HORIZONTAL.

INCISIÓN:

DICHA POSICIÓN PRESENTA UNA SERIE DE CIRCUNSTANCIAS QUE SIMPLIFICAN EL PROBLEMA, SOBRE TODO EN ALGUNOS TIPOS DE DESVIACIÓN Y SI EL TERCER MOLAR RETENIDO ESTÁ SITUADO MUY PROFUNDAMENTE POR DEBAJO DEL PLANO CERVICAL DE LOS DEMÁS MOLARES. LA INCISIÓN ES LA MISMA QUE EN LAS RETENCIONES ANTERIORES, EXIGE QUE SEA PROLONGADA HASTA EL ESPACIO INTERPROXIMAL, ENTRE EL PRIMER MOLAR Y EL SEGUNDO PREMOLAR; CON EL FIN DE TENER FÁCIL ACCESO, ABORDAJE Y VISIÓN.

OSTEOTOMÍA:

LA MAYORÍA DE ÉSTOS MOLARES DEBEN EXTRAERSE POR OSTEOTOMÍA Y ODONTOSECCIÓN.

LA OSTEOTOMÍA MESIAL Y BUCAL SON IMPRESCINDIBLES PARA TENER BUEN ACCESO A LA PIEZA. LA OSTEOTOMÍA BUCAL DEBE SER SOLO LA SUFICIENTE, Y LA OSTEOTOMÍA OCLUSAL DEBE ELIMINAR EL ANCLAJE DE LA CÚSPIDE MESIOBUCAL CON LA CARA DISTAL DE LA RAÍZ - DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, SI EL TERCERO ESTÁ COLOCADO POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

SI SU CARA MESIAL ES ACCESIBLE LA FORMA Y TAMAÑO DEL ESPACIO MESIAL INDICA EL NÚMERO DE LOS ELEVADORES A UTILIZARSE. SE INTRODUCE EL INSTRUMENTO ENTRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE -- ÓSEO Y EL MOLAR ES DESPLAZADO HACIA ARRIBA Y EN SENTIDO DISTAL. SE PUEDE IR AUMENTANDO GRADUALMENTE EL TAMAÑO DE LOS BOTADORES, CONFORNE SE AUMENTA EL ESPACIO.

LA DIRECCIÓN Y FUERZA EJERCIDA SOBRE EL ELEVADOR ESTÁN EN RELACIÓN CON LA FORMA Y DISPOSICIÓN RADICULAR.

SI LA CARA MESIAL ES INACCESIBLE SE INTRODUCE EL ELEVADOR NÚMERO 2R o L, EN EL ESPACIO CREADO AL REALIZAR LA OSTEOTOMÍA-

Y SE DIRIGE EL MANGO DEL INSTRUMENTO HACIA ABAJO Y EL MOLAR SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y DISTAL.

IGUALMENTE QUE EN EL CASO ANTERIOR A MEDIDA QUE EL ESPACIO SE AUMENTA PARA EL DESPLAZAMIENTO DEL MOLAR PUEDEN IRSE -- USANDO EL ELEVADOR DE HOJAS MÁS GRANDES.

SI HAY AUSENCIA DE SEGUNDO MOLAR EL ELEVADOR SE APLICA SO BRE LA CARA MESIAL CON PUNTO DE APOYO EN EL HUESO DEL MISMO--- NOMBRE; EL MOLAR SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y DISTAL SIN LA TRABA- DEL SEGUNDO. POR LO CUAL EL TERCER MOLAR SE PUEDE EXTRAER EN OCASIONES SIN SECCIONARSE, APLICANDO LA TÉCNICA PARA LA RETEN- CIÓN MESIOANGULAR.

CUANDO SE REALIZA ESTA TÉCNICA POR ODONTOSECCIÓN, SE EX-- TRAE CADA PARTE POR SEPARADO COMO YA SE INDICÓ ANTERIORMENTE.

PARA FINALIZAR ESTA TÉCNICA, SE CURETEA EL ALVÉOLO, SE LA VA Y SE CUBRE CON EL COLGAJO, CON LOS PUNTOS DE SUTURA NECESA- RIOS.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN DISTOANGULAR.

INCISIÓN:

SI EL MOLAR SE ENCUENTRA PARCIALMENTE ERUPCIONADO, SE PUE

DE EFECTUAR EL MISMO TIPO DE INCISIÓN QUE HEMOS SEÑALADO ANTERIORMENTE. EN RETENCIONES PROFUNDAS Y COMPLETAS, ES PREFERIBLE LA INCISIÓN ANGULAR.

EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.- ESTÁ DADO EL TIPO DE ODONTOSECCIÓN POR LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL, EL GRADO DE INCLINACIÓN DEL MOLAR Y LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE LAS RAÍCES.

EN LA RETENCIÓN DISTOANGULAR ES NECESARIO EL CORTE DEL DIENTE SEGÚN SU EJE MENOR.

SE HACE DE LA MISMA MANERA YA INDICADA Y DESPUÉS SE EXTRAER LA RAÍZ Y LA CORONA POR SEPARADO.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN LINGUANGULAR.

INCISIÓN:

LA INCISIÓN SE REALIZA IGUAL QUE LAS ANTERIORMENTE SEÑALADOS.

LA RAMA ANTEROPOSTERIOR DE LA INCISIÓN DEBE SER TRAZADA AL MISMO NIVEL QUE LA TABLA INTERNA DEL HUESO.

OSTEOTOMÍA:

EL HUESO QUE CUBRE LA CARA SUPERIOR Y LA TRITURANTE SE -- RESECA. SE NECESITA REALIZAR UNA AMPLIA OSTEOTOMÍA DE ABORDAJE, PUES ÉSTOS MOLARES, SOBRE TODOS LOS QUE TIENEN LAS RAÍCES-INCOMPLETAMENTE FORMADAS (SON EN REALIDAD SOLO CORONAS), TIENDEN A GIRAR EN EL INTERIOR DE SU ALVÉOLO Y ES MUY DIFÍCIL ELEVARLOS PORQUE PARECEN CANICAS. LA TÉCNICA DE OSTEOTOMÍA DEBE SER COMPLEMENTADA CON ODONTOSECCIÓN.

OSTEOTOMÍA:

SE UTILIZA EL OSTEOTOMO O FRESAS PARA RESECAR EL HUESO -- QUE CUBRE LA CARA DISTAL Y TRITURANTE DEL MOLAR. LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL A RESECARSE, ES TODA LA EXISTENCIA ENTRE UNA-- PERPENDICULAR TRAZADA DESDE EL PUNTO MÁS DISTAL DEL MOLAR RETENIDO Y LA CARA MESIAL DEL MOLAR.

EL HUESO BUCAL TAMBIÉN SE ELIMINA, DE MANERA QUE PERMITA-- LA COLOCACIÓN DE LOS ELEVADORES BUCALES PARA EXTRAER EL MOLAR; SE ELIMINA EL HUESO QUE CUBRE LA CARA MESIAL DE LA CORONA Y -- TERCIO DE LA RAÍZ DEL TERCER MOLAR, O SEA QUE SE ELIMINA EL TABIQUE INTERDENTARIO, CON LO CUAL SE ELIMINA LOS RIESGOS DE --- CUALQUIER FRACTURA.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA:

UN ELEVADOR NÚMERO 12 ES INTRODUCIDO ENTRE LA CARA BUCAL-
DEL MOLAR Y EL HUESO BUCAL, TRATANDO DE MOVERLO. LA OPERA---
CIÓN SE EFECTÚA IGUAL EN DISTAL, APOYÁNDOSE EN LA CARA TRITU--
RANTE Y EN LINGUAL.

ÉSTAS SUCESIVAS APLICACIONES LUXAN EL MOLAR, CUYA ELEVA--
CIÓN SE COMPLETA CON UN ELEVADOR FINO COLOCADO EN EL LADO DIS-
TAL, ENTRE LA CARA TRITURANTE Y EL HUESO. GIRANDO EL MANGO -
DEL INSTRUMENTO HACIA ADELANTE, SE ELEVA EL MOLAR, CUYA EXTRA^C
CIÓN ES COMPLETA CON INSTRUMENTO DE CUALQUIER NÚMERO QUE SE --
TENGA EN APLICACIÓN BUCAL.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA:

DESPUÉS DE ELIMINAR LA CANTIDAD DE HUESO NECESARIO, SE --
UTILIZA UN ELEVADOR NÚMERO DOS O SIETE, INTRODUCIÉNDOLO ENTRE-
LA CARA MESIAL Y EL HUESO Y SE TRATA DE ELEVAR EL MOLAR HACIA-
ARRIBA Y ATRÁS.

EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN.- ES LLEVADA A CABO CON GRAN
ÉXITO. SE SECCIONA CON FRESA REDONDA A NIVEL DE SU CUELLO --
(CUANDO POSEE RAÍCES) O SE DIVIDE LA CORONA CON EL MISMO INS--
TRUMENTO.

LUEGO SE ELIMINA CADA FRAGMENTO CON UN ELEVADOR DE ELEV--
DENT O CON PINZAS DE KACHER-CURVAS PEQUEÑAS, INTRODUCIÉNDOSE A
EXPENSA DEL ESPACIO CREADO POR LA FRESA.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN BUCOANGULAR.

LA CARA TRITURANTE SE ENCUENTRA DIRIGIDA HACIA LA MEJILLA
Y EN LA RADIOGRAFÍA EL MOLAR APARECE COMO UN DISCO.

EXTRACCIÓN:

SE SIGUEN LOS PRINCIPIOS SEÑALADOS EN LA POSICIÓN LINGOAN
GULAR O SEA SE SECCIONA LA PIEZA DENTARIA EN SENTIDO DE SU EJE
MENOR, DIVIDIÉNDOSE CON FRESA DE FISURA DE MESIAL A DISTAL ---
PARA SIMPLIFICAR EL PROBLEMA Y SE EXTRAEN LOS FRAGMENTOS POR -
SEPARADO.

EXTRACCIÓN EN POSICIÓN INVERTIDA.

ESTA TÉCNICA VARÍA DE ACUERDO A LA PROFUNDIDAD DEL MOLAR-
EN HUESO Y SU ACCESIBILIDAD EN SU CARA MESIAL, LLEVÁNDOSE A CA
BO CASI TODOS LOS PASOS, DE LA MISMA FORMA QUE EN LA POSICIÓN-
ANTERIOR.

CAPÍTULO XI

COMPLICACIONES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO.

UNO DE LOS PROBLEMAS MÁS COMUNES DEL TERCER MOLAR RETENIDO ES EL ABSCESO PERICORONARIO Y LA PERICORONITIS.

PERICORONITIS ES LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS -- QUE RODEAN LA CORONA DEL TERCER MOLAR RETENIDO. LO CUAL SE -- PRODUCE POR LA INCOMPLETA ERUPCIÓN DEL MOLAR, QUEDANDO EL FOLÍCULO Y EL MUCOPERIOSTIO EXPUESTO, ACUMULANDOSE ALIMENTOS ENTRE LA ENCÍA Y EL DIENTE, CAUSANDO INFLAMACIÓN E INFECCIÓN DE DIFERENTES GRADOS.

EL INICIO DE LA PERICORONITIS SUELE SER BRUSCO Y ESPONTÁNEO. LA INFLAMACIÓN QUE SE PRODUCE EN LA MUCOSA QUE CUBRE EL TERCER MOLAR RETENIDO NOS OCASIONA UNA SINTOMATOLOGÍA QUE DESCRIBIREMOS A GRANDES RASGOS A CONTINUACIÓN.

OCASIONA UN DOLOR DE INTENSIDAD VARIABLE, EL CUAL SE PUEDE LOCALIZAR EN LA REGIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO O BIEN --- IRRADIARSE POR TODO EL NERVIJO DENTARIO INFERIOR, Y EN OCASIO--

NES EL DOLOR LLEGA HASTA EL NIVEL DEL TRAGUS DEL OÍDO. ESTE DOLOR SUELE SER NOCTURNO, AUMENTANDO CON EL ROCE DE LOS ALIMENTOS Y A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA.

SE PRESENTA TUMOR, EL CUAL SE REFIERE A LA INFLAMACIÓN -- QUE MUESTRA LA ENCÍA QUE CUBRE LA PIEZA RETENIDA Y EN LA QUE -- PUEDE IMPRESIONARSE EL DIENTE ANTAGONISTA.

LA ENCÍA SE PRESENTA DE COLOR ROJIZO, ROJO VIOLÁCEO, (A -- LO CUAL SE LE DENOMINA RUBOR) Y PUEDE ESTAR CUBIERTA DE GRAN-- DES CANTIDADES DE SUBURRA, COÁGULOS DE SANGRE Y RESTOS DE ALI-- MENTOS.

HAY CALOR Y SE MANIFIESTA PORQUE EXISTE VASODILATACIÓN. AUMENTA LA TEMPERATURA. EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE SE -- PRESENTA AFECTANDO, PUDIENDO EXISTIR COMPLICACIONES GANGLIONA-- RES.

AL PRINCIPIO LA PERICORONITIS PRESENTA DOLORES LEVES, LI-- GERA INFLAMACIÓN QUE DURA DE DOS A TRES DÍAS, TRISMUS CASI IM-- PERCEPTIBLES. PUEDEN BROTAR DE LA ENCÍA, GOTAS DE PUS Y DE -- SANGRE. EL PROCESO DESAPARECE POR UN TIEMPO Y VUELVE A PRESEN-- TARSE EN FORMA AGUDA. LA INFECCIÓN PUEDE PROPAGARSE HACIA -- ADELANTE O ATRÁS. SI SE PROPAGA HACIA ATRÁS, INVADIRÍA EL ESPA--

CIO PTERIGOMANDIBULAR Y PROVOCA TRISMUS.

LA INFECCIÓN MODERADA SE CONTROLA CON ENJUAGUES DE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA CALIENTE E IRRIGACIONES ANTISÉPTICAS QUE SE INTRODUCEN POR DEBAJO DE LA ENCÍA, QUE CUBRE EL MOLAR RETENIDO CON UNA JERINGA CON AGUJA ROMA.

UNA PERICORONITIS PUEDE DEGENERAR EN UN ABSCESO PERICORONARIO, EL CUAL SE DEBE DRENAR Y ADMINISTRAR ANTIBIÓTICOS, YA SEA POR VÍA ORAL O PARENTERAL, SEGÚN LO REQUIERA EL CASO.

LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO SE HACE HASTA SUPERAR LA FASE DE LA PERICORONITIS O DEL ABSCESO.

LAS COMPLICACIONES ÓSEAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS SON RARAS. SOLO EN OCASIONES QUE LA PERICORONITIS ES GRAVE Y SE PROPAGA LA INFECCIÓN POR VÍA HEMÁTICA, OCASIONANDO OSTEÍTIS, OSTEOMIELITIS Y OSTEOFLEMONES.

ESTO SE DEBE A QUE EL SACO PERICORONARIO SE INFECTA Y EXISTE UN QUISTE DENTÍGERO ENVOLVIENDO LA CORONA DEL TERCERO Y PRODUCE FOCOS DE OSTEOMIELITIS Y OSTEÍTIS. LA CUAL SE DESCUBRE POR RADIOGRAFÍAS. ESTE CASO SE PRESENTA MÁS FRECUENTEMENTE EN PERSONAS ANODÓNTICAS.

TODA LA INFECCIÓN DEL SACO PERICORONARIO SE ACOMPAÑA DE -
PROBLEMAS GANGLIONARES Y LINFÁTICOS.

EN INFECCIONES POCO VIRULENTAS SE PUEDE PRESENTAR --
UNA ADENITIS EN LOS GANGLIOS GANGLIONARES SUBMAXILARES. Y EN
INFECCIONES EXTENSAS Y MUY VIRULENTAS LA ADENITIS PUEDE DESEN-
CADENAR UN FLEMÓN DEL GANGLIO.

LA SINTOMATOLOGÍA DEL ADENOFLEMÓN ES LA SIGUIENTE:

EL GANGLIO AUMENTA SU VOLUMEN, ES MUY DOLOROSO A LA PALPA
CIÓN Y EN FORMA ESPONTÁNEA EL PACIENTE DECAE EN SU ESTADO GENE
RAL; NO HAY FLUCTUACIÓN Y LA ZONA SE PRESENTA TUMEFACATA.

LA ANGINA DE LUDWIG AFECTA CUELLO Y PISO DE LA BOCA. ES
UN CASO MUY SERIO DE INFLAMACIÓN POR FLEMONES.

SU TRATAMIENTO CONSISTE EN DRENAR EL EXUDADO MEDIANTE UNA
INCISIÓN A NIVEL DEL CUELLO. SE ADMINISTRA ANTIBIOTICO EN DÓ
SIS MASIVAS.

SI LAS RAÍCES DEL TERCER MOLAR SE RELACIONAN CON UNA OS--
TEÍTIS, GRANULOMA O QUISTE APICAL, LA EXTRACCIÓN DEBE SER SE--
GUIDA AL TRATAMIENTO DEL HUESO ENFERMO.

LA ANESTESIA PUEDE TRAER COMPLICACIONES MEDIATAS O INMEDIATAS, QUE PUEDEN DEBERSE A LA CONTAMINACIÓN BACTERIANA DE LA AGUJA, LA INFECCIÓN PUEDE SER LEVE O PROFUNDA, POR LO CUAL SE RECOMIENDA EL USO DE AGUJAS DESECHABLES.

CUANDO ADMINISTRAMOS LA ANESTESIA INCORRECTAMENTE O PUNCIÓNAMOS UN NERVIOS, PODEMOS PROVOCAR, TRISMUS, DOLOR, PARESTESIA Y NEURITIS.

EN MUY POCAS OCASIONES SE ROMPEN LAS AGUJAS Y CUANDO SUCEDE ES DEBIDO A UNA MALA TÉCNICA.

SI NO CONTROLAMOS EL ELEVADOR, LOS FORCEPS O ALGÚN OTRO INSTRUMENTO, ES POSIBLE QUE LESIONEMOS LOS TEJIDOS DEL PISO DE LA BOCA, EL PALADAR, LA LENGUA, MEJILLAS O LABIOS. ESTOS ACCIDENTES COMUNES SE PUEDEN EVITAR CON UNA CUIDADOSA MANIPULACIÓN DE DICHOS INSTRUMENTOS Y CON UN SOPORTE ADECUADO DE LA MANO PARA LIMITAR LOS MOVIMIENTOS.

LOS DESCARRAMIENTOS DE LA MUCOSA SE TRATAN MEDIANTE SUTURA, REUBICANDO EL PERIOSTIO QUE HAYA SIDO SEPARADO Y LA HEMORRAGIA SE CONTROLA POR MEDIO DE PRESIÓN. PERO SI SE LESIONA UN VASO, SE DEBE SUTURAR.

EN EL MOMENTO DE REMOVER EL TERCER MOLAR RETENIDO, LOS --

DIENTES CONTIGUOS PUEDEN SER DAÑADOS POR EL USO IMPRUDENTE DE LOS INSTRUMENTOS. ESTA LESIÓN PUEDE VARIAR DE UNA SIMPLE MOVILIDAD HASTA LA EXTRACCIÓN TOTAL O FRACTURA DENTAL. POR LO TANTO, EL TRATAMIENTO TAMBIÉN VARÍA SEGÚN EL DAÑO PROVOCADO.

LA PIEZA CON MOVILIDAD MÍNIMA NO REQUIERE TRATAMIENTO, -- PERO SI ES MAYÚSCULA SERÁ NECESARIO INMOVILIZAR LA PIEZA DENTARIA POR CUALQUIER MEDIO.

SI LA PIEZA FUE ARRANCADA SE INTENTA REIMPLANTE Y SU TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PARA SALVARLO, PERO SI ESTÁ AFECTANDO POR ALGÚN PROCESO PATOLÓGICO O CARECE DE IMPORTANCIA FUNCIONAL, SE RÁ MEJOR RETIRARLA.

SI LA CORONA DEL DIENTE ADYACENTE ES FRACTURADA Y ES DAÑADO SOLO EL ESMALTE, SOLAMENTE SE PULA LA SUPERFICIE AFECTADA, -- PERO SI ABARCA PULPA, SE DEBE HACER RECUBRIMIENTO PULPAR, PULPOTOMÍA O LA ENDODONCIA.

USAR INADECUADAMENTE LOS FORCEPS Y LOS BOTADORES PUEDE -- DAR COMO CONSECUENCIA LA FRACTURA DE OBTURACIONES DE OTRAS PIEZAS ADYACENTES. EL ODONTÓLOGO DEBE CONTINUAR CON LA EXTRACCIÓN HASTA TERMINARLA, LUEGO COLOCARÁ CURACIÓN EN LA PIEZA DENTARIA QUE SE DESOBTURÓ.

EN OCASIONES PODEMOS FRACTURAR EL ALVÉOLO DEL MOLAR RETENIDO; SI ESTO SUCEDE, SE SUAVIZAN LOS BORDES CON LIMA PARA HUESO Y SE RETIRAN LOS FRAGMENTOS QUE HAYAN QUEDADO. PARA EVITAR ESTE TIPO DE FRACTURA SE DEBE CONTROLAR LA FUERZA MANUAL EN EL USO DE LOS INSTRUMENTOS.

OTRA DE LAS COMPLICACIONES ES LA FRACTURA DE LAS RAÍCES DEL MOLAR RETENIDO. ÉSTOS FRAGMENTOS RADICULARES PUEDEN CAUSAR PROBLEMAS PATOLÓGICOS PERO LO MÁS PROBABLE ES QUE PERMANEZCAN DENTRO DEL HUESO DURANTE AÑOS. LAS RAÍCES FRACTURADAS DEBEN SER EXTRAÍDAS EN CUANTO SEA POSIBLE. LA RADIOGRAFÍA NOS AYUDA A REDUCIR EL RIESGO DE FRACTURAS RADICULARES, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS ES IMPOSIBLE EVITARLO; COMO CUANDO TENEMOS RAÍCES CURVAS, DELGADAS, ANQUILOSADAS, DIVERGENTES, HIPERCEMENTOSIS, ETC.

LAS RAÍCES FRACTURADAS NO SE PUEDEN EXTRAER CON FORCEPS POR LA FALTA DE TRACCIÓN. SE DEBEN SEPARAR CON FRESAS Y CONTRAERLAS DE UNA EN UNA CON BOTADOR.

LA FRACTURA DE LA MANDÍBULA ES MUY POCO FRECUENTE EN LA CIRUGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO. LOS FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE SURJA ESTE ACCIDENTE ES EL USO INADECUADO DE LOS FORCEPS Y ELEVADORES EN LA APLICACIÓN DE FUERZAS EXCESIVAS.

ESTE ACCIDENTE SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER PACIENTE-- PERO PREDOMINA EN LOS DE EDAD MAYOR Y CON MAXILARES ATRÓFICOS Y DELGADOS. AL PROVOCAR LA FRACTURA SE ESCUCHA UN CRUJIDO Y SE OBSERVA MOVILIDAD ANORMAL EN EL LUGAR AFECTADO. SI EL MOLAR NO HA SIDO LUXADO, SE DEJARÁ PENDIENTE LA EXTRACCIÓN Y SE PROCEDERÁ A TRATAR LA FRACTURA CON LA TÉCNICA CONOCIDA, PERO-- SI EL MOLAR ES LUXADO ANTES DE LA FRACTURA, LA EXTRACCIÓN DEBE TERMINARSE, SIEMPRE Y CUANDO NO AUMENTE EL TRAUMATISMO, INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE INMOVILIZARÁ LA MANDÍBULA.

ESTE ACCIDENTE SE PUEDE EVITAR ABRIENDO UNA VÍA ADECUADA-- QUE PERMITA UN ACCESO SIN OBSTÁCULOS AL MOLAR POR EXTRAER Y -- CONTROLANDO LA FUERZA QUE SE HA DE EMPLEAR.

SE PUEDE LESIONAR EL NERVIJO MAXILAR INFERIOR. SU REGENE RACIÓN SE LLEVA A CABO ENTRE SEIS SEMANAS A SEIS MESES, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DESAPARECIENDO TODOS LOS SÍNTOMAS DE PA-- RESTESIA.

SI LA SINTOMATOLOGÍA DURA MÁS TIEMPO, SERÁ NECESARIO UN-- EXAMEN RADIOGRÁFICO Y SEGÚN LO QUE NOS INDICA ESTO, SERÁ NECESARIO EL TRATAMIENTO. EN OCASIONES SE TIENE QUE EXTIRPAR EL HUESO QUE ESTÁ COMPRIMIENDO EL NERVIJO, PARA FACILITAR SU RECUPERACIÓN.

EL NERVIJO LINGUAL TAMBIÉN PUEDE SER LESIONADO DURANTE LA--

EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO, YA QUE ESTE --
NERVIO SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA MUCOSA DEL PISO DE LA --
BOCA, INMEDIATAMENTE POR DENTRO DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
ESTE NERVIO DAÑADO POR TÉCNICA IMPRUDENTE SE REGENERA EN UN--
LAPSO CORTO, PERO SI HA SIDO SECCIONADO POR COMPLETO, SU RECU
PERACIÓN ES MUY REMOTA AL MENOS QUE SE SUTUREN LOS EXTREMOS.

LA HEMORRAGIA DURANTE O DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE MOLA
LARES RETENIDOS, ES UNA SITUACIÓN A LA QUE TENEMOS QUE ENFREN
TARNOS DURANTE LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

SI LA HEMORRAGIA ES MÍNIMA, EL MÉTODO MÁS USADO Y EFICAZ
SON LAS COMPRESAS DE GASA SECA SOBRE LA ZONA SANGRANTE EN VA
RIAS APLICACIONES.

SI DICHO MÉTODO NO RESULTA EFICAZ SE PUEDE RECURRIR A --
LOS SIGUIENTES MEDIOS:

TAPONAMIENTO DEL ALVÉOLO. EN ESTE CASO LA HEMORRAGIA -
ES ÓSEA. EL ALVÉOLO SE TAPONEA CON UNA ESPONJA O UNA GASA -
PARA QUE LA TENSIÓN INTRALVEOLAR DETENGA LA HEMORRAGIA, DEJAN
DO EL TAPÓN POR UN TIEMPO RAZONABLE PARA NO INTERRUMPIR EL ME
CANISMO DE COAGULACIÓN. SI LA HEMORRAGIA ÓSEA NO CESA, LA -
CERA PARA HUESO ES DE GRAN UTILIDAD, YA QUE OCLUYE EL ORIFI--
CIO SANGRANTE HASTA QUE SE PRODUZCA LA COAGULACIÓN.

EN HEMORRAGIAS CONFUSAS SE PRACTICARÁ LA LIGADURA O SUTURA DE VASOS GRANDES CON CATGUT, HILO DE SEDA O NYLON PARA HERIDAS SUPERFICIALES.

LA ADRENALINA AL 1 X 1000 EN FORMA LOCAL DETIENE RÁPIDAMENTE LA HEMORRAGIA. LA ACCIÓN DE ESTA DURA POCO TIEMPO, PERO ES SUFICIENTE PARA QUE SE FORME EL TAPÓN MECÁNICO DE LA LUZ DEL VASO.

LA VIGILANCIA POSTOPERATORIA INMEDIATA ES NECESARIA, YA QUE EL COÁGULO SE PUEDE DESPEGAR Y LA HEMORRAGIA PUEDE VOLVER A APARECER.

LA ESPUMA DE GELATINA O GELFOAM, ES UNA ESPONJA QUE SE DEBE ELIMINAR EN CUATRO O SEIS SEMANAS. LA CUAL ACTÚA DESTROYENDO LA INTEGRIDAD PLAQUETARIA PARA ESTABLECER UNA TRAMA DE FIBRINA SOBRE LA QUE SE PRODUCE UN COÁGULO FIRME.

EL ESTADO DOLOROSO POSTOPERATORIO, CONSECUENCIA DE DESINTEGRACIÓN DEL COÁGULO DEL ALVÉOLO DENTAL, ES DENOMINADO ALVEOLITIS, ALVÉOLO NECRÓTICO, OSTEÍTIS ALVEOLAR O ALVÉOLO SECO.

AL DESAPARECER EL COÁGULO LAS TERMINACIONES NERVIOSAS QUEDAN EXPUESTAS EN LA CAVIDAD ORAL, TRADUCIÉNDOSE EN DOLOR -

DE VARIADA INTENSIDAD.

EL TRATAMIENTO PARA ESTO ES COLOCAR UN APÓSITO QUIRÚRGI-
CO QUE DISMINUYE EL DOLOR Y QUE A LA VEZ ACTÚE COMO ANTISÉPTI
CO PARA COMBATIR LA INFECCIÓN O BIEN EVITARLA. ANTES DE CO-
LOCAR EL APÓSITO SE DEBE LIMPIAR EL ALVÉOLO, PARA FACILITAR -
EL CONTACTO DEL MEDICAMENTO CON EL HUESO. EL TAPÓN DEBE CAM
BIARSE CADA TRES A CUATRO DÍAS PARA ASEGURARNOS DE QUE NO TE-
NEMOS INFECCIÓN Y LA HEMORRAGIA HA CESADO COMPLETAMENTE.

CAPÍTULO XII

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

ESTE TRATAMIENTO SE DEFINE COMO EL CONJUNTO DE MANIOBRAS QUE DEBEMOS DE HACER DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, CON EL FIN DE LOGRAR EL ÉXITO Y EL BIENESTAR DE NUESTRO PACIENTE.

PRIMERAMENTE EL PACIENTE DEBERÁ GUARDAR REPOSO DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN, CON LA CABEZA EN ALTO, CON EL FIN DE RESTAURAR LAS CONDICIONES FÍSICAS Y PREVENIR UNA POSIBLE HEMORRAGIA.

SE DEBE APLICAR UNA BOLSA DE HIELO SOBRE EL LADO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA DISMINUIR EL EDEMA, LA CONGESTIÓN, LOS HEMATOMAS, EL DOLOR E HINCHAZÓN POSTOPERATORIO.

EL PACIENTE DEBE EVITAR HACER ENJUAGUES DURANTE LAS PRIMERAS HORAS, PARA EVITAR ROMPER EL COÁGULO, YA QUE ESTE ACTÚA COMO EL MEJOR OBTURADOR. TAMBIÉN DEBEMOS SOMETER AL PACIENTE A UNA DIETA BLANDA A BASE DE LÍQUIDOS, SOPAS ESPESAS, HUEVOS, LECHE, CREMA O CEREALES BIEN COCIDOS. TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, EL PACIENTE AUMENTARÁ SU ALIMENTACIÓN SÓLIDA. DE LO CONTRARIO LOS ALIMENTOS DUROS LESIONARÁN LA REGIÓN INTERVENIDA, Y EL ACTO MASTICATORIO Y LA SUCCIÓN PUEDE MODIFI-

CAR LA INTEGRIDAD DEL COÁGULO QUE SE HA FORMADO.

SI DURANTE LAS PRIMERAS SEIS HORAS NO SE HA PRESENTADO -- NINGUNA HEMORRAGIA, EL PACIENTE PODRÁ REALIZAR ENJUAGUES CON AGUA TIBIA SALADA CADA DOS HORAS, DE UNA MANERA SUAVE Y DELICADA.

EN CASO DE HEMORRAGIA, SE RECOMIENDA AL PACIENTE COLOQUE UNA GASA ESTÉRIL EN LA REGIÓN SANGRANTE Y LA MANTENGA OPRIMIENDO DURANTE UNOS TREINTA MINUTOS.

LOS MEDICAMENTOS POSTOPERATORIOS DEBEN SER DADOS POR EL ODONTÓLOGO POR MEDIO DE UNA RECETA. SIEMPRE DEBEN DARSE --- ANALGÉSICOS O NARCÓTICOS. EL PACIENTE PUEDE EMPLEAR AL PRINCIPIO COMPUESTOS DE ASPIRINA ACOSTUMBRADOS, PERO PUEDEN TENER NECESIDAD DE UN MEDICAMENTO MÁS FUERTE Y DEBE TENERLO AL ALCANCE.

LA RECETA DEBE POSEER UNA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS SUFICIENTES PARA LAS PRIMERAS CUARENTA Y OCHO HORAS. SI EXISTE DOLOR POR MÁS DE ESTE TIEMPO, EL PACIENTE REQUIERE LA VALORACIÓN DEL ODONTÓLOGO.

ANTES DE PRESCRIBIR LA RECETA, EL ODONTÓLOGO DEBE VOLVER A REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE RESPECTO A LA ----

HIPERSENSIBILIDAD A LAS DROGAS Y ASÍ RECETAR UN MEDICAMENTO----
ADECUADO.

SI EXISTE INFECCIÓN ES NECESARIO RECETAR AL PACIENTE CON -
ANTIBIÓTICOS.

ALGUNAS PREPARACIONES ENZIMÁTICAS COMO HIALURONIDASA, ES--
TREPTOSINAS, TRIPSINA Y ENZIMAS PROTEOLÓTICAS VEGETALES, HAN SI
DO RECOMENDADAS COMO ÚTILES PARA PREVENIR O REDUCIR EDEMAS Y --
ACCELERAR LA REABSORCIÓN DE HEMATOMAS. LA INGESTIÓN DE VITAMI-
NAS B Y B12, AYUDAN A PROCESOS DE CICATRIZACIÓN.

DESPUÉS DE VEINTICUATRO A CUARENTA Y OCHO HORAS SE REVIS-
RA EL LUGAR INTERVENIDO. SE EFECTUARÁ UN LAVAJE CON SOLUCIÓN-
ANTISÉPTICA TIBIA, PARA ELIMINAR EL MAL GUSTO Y EL MAL ALIENTO.

LA SUTURA PUEDE RETIRARSE AL CUARTO O QUINTO DÍA, YA QUE -
SU ELIMINACIÓN PREMATURA PUEDE ORIGINAR HEMORRAGIAS SECUNDARIAS
CON CONSECUENCIAS DESAGRADABLES. LOS HILOS DE SUTURA SE RETI-
RAN HASTA DESPUÉS DE SECCIONARLOS CON TIJERAS.

COMO PASO FINAL SE LAVA EL LUGAR INTERVENIDO CON SOLUCIÓN-
TIBIA.

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

EN LA ACTUALIDAD, LOS ALIMENTOS SON TAN BLANDOS QUE CADA VEZ SE DISMINUYE MÁS LA FUNCIÓN MASTICATORIA, POR LO CUAL LOS MAXILARES NO SE DESARROLLAN COMO EN NUESTROS ANTEPASADOS. EN GENERACIONES RECIENTES SE HAN IDO REDUCIENDO LOS MAXILARES --- CADA VEZ MÁS. SE DICE QUE LOS PRIMITIVOS TENÍAN CUATRO MOLARES Y EN LA ACTUALIDAD HASTA EL TERCERO VA DESAPARECIENDO, Y UNA DE LAS CAUSAS PRIMORDIALES ES LA FALTA DE DESARROLLO DE -- LOS MAXILARES, O SEA, QUE POR EL POCO O NULO ESPACIO QUE LAS - GENERACIONES RECIENTES TIENEN PARA LA ERUPCIÓN DEL TERCER MO-- LAR, A LO QUE SE LE LLAMA TERCEROS MOLARES RETENIDOS O IMPACTA DOS.

Y ESTO HA SIDO UN VERDADERO PROBLEMA PARA LOS ODONTÓLOGOS YA QUE COMO SE MENCIONA EN EL CONTENIDO DE ESTA TESIS, UN TERCER MOLAR IMPACTADO CAUSA DIVERSOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS.

EN OCASIONES LOS TERCEROS MOLARES IMPACTADOS PASAN INAD-- VERTIDOS DEBIDO A QUE NO PRESENTAN MOLESTIAS APARENTES. PERO TODA PIEZA INCLUIDA DEBE SER EXTRAÍDA, YA QUE SE PUEDEN PRESEN TAR TRASTORNOS GRAVES POSTERIORMENTE, TALES COMO: QUISTES DEN-- TIGEROS, ODONTOMAS, APIÑONAMIENTOS DE PIEZAS DENTARIAS ANTERIO RES ETC.

SE HA DICHO QUE INCLUSO EL TERCER MOLAR INCLUIDO HA LLEGADO A PRESIONAR EL OÍDO INTERNO, PROVOCANDO SORDERA EN ALGUNOSPACIENTES, IGNORÁNDOSE EL MOTIVO.

ESTE TEMA TAN IMPORTANTE HA SIDO ELABORADO POR LA CONSULTA DE LIBROS DE TEXTO, DE DOCTORES Y POR MI POCA EXPERIENCIA, CON EL FIN DE REALIZAR EN FORMA PRECISA LOS PROCEDIMIENTOS --- PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES RETENIDOSO IMPACTADOS.

B I B L I O G R A F Í A .

1.- DEULOFEU, V.

MARENZI, D.A.

CURSO DE QUÍMICA BIOLÓGICA.

EDITORIAL EL ATENEO.

BUENOS AIRES, 1958

OCTAVA EDICIÓN (REIMPRESIÓN).

821 PÁGINAS.

2.- DÍAZ ORELLANA ADÁN

JAI ME LÓPEZ ORTÍZ.

DEPARTAMENTO DE INTERNADO UNIDAD DIDÁCTICA.

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

MÉXICO 1981

SEGUNDA EDICIÓN.

391 PÁGINAS.

3.- ERIKSON EDGAR

MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA LOCAL.

EDITORIAL ASTRA.

JUÁREZ, ESTADO DE MÉXICO.

152 PÁGINAS.

- 4.- ESPONDA VILA RAFAEL

ANATOMÍA DENTAL.

EDITORIAL MELO.

QUINTA EDICIÓN.

MÉXICO, 1978

390 PÁGINAS.

- 5.- HAM W. ARTUR.

TRATADO DE HISTOLOGÍA.

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.,

SÉPTIMA EDICIÓN.

MÉXICO, 1975

935 PÁGINAS.

- 6.- MORRIS, ALVIN L.

BOHANNAN, HARRY M.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL.

EDITORIAL LABOR, S.A.

TERCERA EDICIÓN.

ESPAÑA, 1983.

804 PÁGINAS.

- 7.- NIELS BJONN JORGENSEN.

ANESTESIA ODONTOLÓGICA.

EDITORIAL INTERAMERICANA 1975

325 PÁGINAS.

8.- ROUVIENE.

COMPENDIO DE ANATOMÍA Y DISECCIÓN.

EDITORIAL SALVAT.

857 PÁGINAS.

9.- GUSTAVO O. KRUGER

CIRUGÍA MAXILOFACIAL.

EDITORIAL PANAMERICANA

QUINTA EDICIÓN.

BUENOS AIRES

685 PÁGINAS.