

36
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE TERCER MOLAR SUPERIOR

T E S I S I N A

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

ISABEL BRAVO CRISTOBAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

1991



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.

I N D I C E

	page.
- Introducción	
- Historia	1
- Hueso del maxilar superior	2
- Definición	5
- Etiología	5
- Diagnóstico	7
- Estudio radiográfico	7
- Causa de retención	8
- Las indicaciones para la extracción de terceros molares superiores.	9
- Nervio trigémino	10
- Anestesia	11
- Tiempos quirúrgicos	12
- Operación de colgajo	13
- Clasificación de los molares impactados	13

- Terceros molares superiores	15
- Técnica general de los terceros molares	15
- Técnica quirúrgica según la inclusión del molar	17
- Extracción de los terceros molares con sus raíces incompletamente formadas.	23
- Indicaciones postoperatoria.	25
- Conclusión	
- Bibliografía	

INTRODUCCION

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer una de las múltiples facetas de la cirugía bucal, ya que es responsabilidad del cirujano dentista, tener el conocimiento, así también llevarlo a la práctica con mucho éxito.

Actualmente vemos como la evolución humana y sus adelantos tecnológicos, corren a la misma velocidad, así observamos que el aparato masticatorio no ha sido tan favorecido, pues nos reduce espacios importantes dentro de las arcadas dentarias, dando como resultado la impactación y retención de los dientes - en los maxilares.

Dentro de las retenciones vemos que los dientes más afectados son los terceros molares, los cuales deben ser tratados en el consultorio dental, ya que este trabajo está enfocado al tipo de tratamiento de cada una de las retenciones según el caso - particular.

HISTORIA

Se ha señalado que por lo menos desde hace 200 años, se involucra a la civilización humana como responsable de la disminución de estímulos induce un desarrollo inadecuado de los maxilares que proporciona insuficientes espacios para una erupción normal de los dientes. En la actualidad la alimentación no requiere de un esfuerzo decidido en la masticación, siendo ésto la falta de estímulo de crecimiento de los maxilares y la razón por la que el hombre moderno tiene dientes retenidos.

Se han hecho suficientes estudios y exámenes en los maxilares y dientes de los antiguos Egiptos, y modernos Beduinos, Esquimales del norte, aborígenes, Australianos del sur e indios de México, que demuestran que estos pueblos no tienen dientes retenidos.

Su comida ya sea animal o vegetal es simple, en variedad, como su preparación, requiriendo su consistencia cuando ya está preparada, hay una masticación poderosa en el niño pequeño.

Lo anterior demuestra que las causas básicas de los dientes retenidos o anormales en los adultos de Europa Occidental, Gran Bretaña, Irlanda, Estados Unidos y Canadá, la mayoría de la alimentación es artificial de los bebés, los hábitos de los niños, alimentos dulces y blandos.

HUESO DEL MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte del tercio medio de la cara su forma se apróxima a la cuadrangular siendo algo aplanada de afuera adentro, se encuentra situado por fuera de la fosa nasal por encima de la cavidad bucal y abajo de la cavidad orbitaria. En su mayor parte se encuentra formado por tejido óseo-compacto, aunque también es frecuente observar el intercalamiento de espesas zonas óseas junto con zona menos densas, éstas se observan laminadas, su contenido de tejido óseo esponjoso se encuentra localizado en el espesor del borde alveolar; esta cara forma la pared ósea interna y superior del vestíbulo bucal así mismo es la pared externa del seno del maxilar, es importante mencionar que es por este antro donde se abordan ciertas piezas retenidas, ápices, secuestros óseos, nervio infraorbitario etc. En la unión anterior de las dos apófisis palatinas y encuadrando las fosas nasales y su orificio piriforme se encuentra la espina nasal anterior.

CARA POSTERIOR.- (Pterigoides), Presenta forma convexa, su parte superior lisa forma la pared anterior y fondo posterior de la fosa pterigo-maxilar, a la cual limita por dentro y abajo - presenta su borde posterior que es grueso y redondeado, éste forma la tuberosidad del maxilar, en su parte media existen - numerosos conductillos y orificios que corresponden a los conductos dentinarios posteriores, este cara por fuera origina la fosa cigomática.

CARA INFERIOR.- Ubicadas por debajo del vértice de la apófisis piramidal se encuentran una serie de cavidades cóncavas, que corresponden a los alveolos dentarios, en su vértice está un orificio que presta peso al paquete vascular-nervioso separando los alveolos se localizan los tabiques óseos correspondientes a las apófisis interdientarias. La pared bucal se complementa por fuera por la cara interna del borde inferior del hueso, es notable que la pared externa (vestibular), es más delgada y frágil que la interna (palatina), que es gruesa y resiste, ésta explica la necesidad de luxar y avulsionar siempre las piezas dentarias hacia el vestíbulo.

CARA INTERNA.- Apófisis palatina es de forma triangular y plana que al unirse con su homóloga en la parte media forma el tabique que separa la cavidad bucal de la nasal.

Piso de fosas nasales.- Formado por la cara superior de la apófisis palatina, es ensanchado, liso y perforado por hístus maxilar, que da acceso a la cavidad sinusal, adelante de este orificio se presenta el conducto lacrimo-nasal y su rama montante (apófisis piramidal).

Por su parte interna forma la pared externa de las fosas nasales, en la parte interna inferior de la misma rama se encuentra la cresta turbinal inferior, que se dirige de adelante hacia atrás y se articula con el cornete inferior, por encima de esta cresta se ubica la cresta turbinal superior que se articula con el cornete medio.

BOVELA PALATINA.- La forma irregular que presenta, le es dada por la cara inferior de la apófisis palatina, está perforada por numerosos orificios vasculares y nerviosos, generalmente presenta una excavación a lo largo de su borde externo que corresponden a los vasos palatinos posteriores y al nervio palatino anterior, adelante y en la unión de las dos apófisis posteriores se localiza la foeta incisiva que da acceso al conducto palatino anterior, hacia atrás y cerca del tercer molar y sobre la bóveda encontramos el agujero palatino posterior, atrás la bóveda es completada por la lámina horizontal del hueso palatino.

SENO MAXILAR.- Cavidad localizada en el centro del maxilar, presente dimensiones que varían según la edad, tamaño de la cara y presencia o ausencia de órganos dentarios, tiene tres paredes una base y una cúspide.

PARED SUPERIOR.- (Orbitaria) Presenta el conducto suborbitario.

PARED ANTERIOR.- (Yugel) Es convexa, presenta arriba el agujero sub-orbitario y abajo la fosa canina, aquí pasa el conducto dentario antero superior.

PARED POSTERIOR.- (Fosa pterigomaxilar) En su espesor corren los nervios dentarios posteriores.

BASE.-Forma la pared externa externa de la fosa nasal con el orificio del seno.

CÚSPIDE.-Es más o menos ahuecada por la apófisis piramidal sobre la cual reposa el molar.

DEFINICION

DIENTES INCLUIDO O IMPACTADOS.- Son aquellos dientes que no han podido hacer erupción normal, ya que se debe a una posición defectuosa, falta de espacio o cualquier otro impedimento. Deben diferenciarse tanto los dientes nonatos como los dientes ectópicos, al igual que de aquellos dientes por no haber erupcionado normalmente no aparecen en la arcada pudiendo sin embargo hacer su erupción tardío.

DIENTES NONATOS.- Son aquellos dientes que estando total o parcialmente formados, desarrollados y colocados normalmente; aún sin que exista obstáculo aparente, no llegan a erupcionar de la mucosa y colocarse en oclusión.

DIENTES ECTOPICOS.- Se les da aquellos dientes que habiendo erupcionado, están colocados en una posición defectuosa, en la arcada dental.

Resumiendo el nombre de dientes retenidos, son aquellos dientes cuya erupción normal es impedida ya sea por dientes adyacentes o hueso en posición normal, bien sea hacia lingual o bucal con respecto al arco normal o infraclusión, pudiendo no haber erupcionado total o parcialmente.

ETIOLOGIA.

La etiología de las inclusiones es más teórica que real son tratadas bajo tres teorías diferentes.

TEORIA ORTODONTICA.- Debido a que el crecimiento normal de los maxilares y el movimientos de los dientes son en dirección anterior, cualquier interferencia con el desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas provocan una condensación del tejido óseo.

Como son las infecciones agudas, fiebre, traumas severa y mal oclusión, así como la inflamación local de la membrana periodontal pueden aumentar la densidad ósea, la respiración bucal constante también conduce a la contracción de las arcadas y por lo tanto, los dientes que hacen erupción al final carecen de espacio. En ocasiones la pérdida prematura de los dientes deciduos pueden provocar falta de desarrollo del maxilar y mala posición de los dientes permanentes, o en ambos, lo que da como resultado una inclusión.

TEORIA FILOGENICA.- La naturaleza trata de eliminar aquello que no emplea y nuestra civilización con sus hábitos nutricionales cambiantes, han casi eliminado la necesidad humana por maxilares grandes y fuertes. Como resultado de esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha disminuido. En ocasiones, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado y puede considerarse como un órgano vestigial sin motivo ni función. A menudo suele faltar por motivos congénitos.

TEORIA MENDELIANA.- Es posible que la herencia, tal como la transmisión de maxilares pequeños de un padre y dientes grandes del otro, puede ser un factor etiológico importante en las inclusiones. Desde luego, las irregularidades en algunos cromosomas pueden producirse artificialmente por manipulación genética, lo que no sucede en la población humana. Por desgracia, las inclusiones no se apoyan en un patrón establecido. Son de diversas formas y tamaños y pueden ser afectados de uno a veintún dientes. También varían considerablemente en el grado de inclusión; algunos presentan erupciones parciales, mientras que otros se encuentran por completo encerrados dentro del hueso.

DIAGNOSTICO .- Puede establecerse, al menos en partes por el exámen clínico. Es importante cubrir el área detalladamente con radiografía, seguido por una interpretación precisa . El dentista deberá conocer la verdadera relación de un diente con otro, estos datos son difíciles de obtener si los dientes no pueden ser observados clínicamente, por lo que deberá derivarse esta formación del exámen radiográfico.

Para hacer una interpretación precisa y general de la radiografía, es necesario hacer comparaciones constantes de los dientes visibles con la imagen radiográfica, si el exámen clínico revela superposición de un tercer molar sobre el segundo molar puede tratarse en teoría de un desplazamiento vestibular, ya que el desplazamiento lingual no suele ocurrir. Cuando los dientes se encuentran en posición normal, sin giros o inversiones el escalte puede observarse en la radiografía como un "capuchón de esmalte" y si el resto de los dientes en la placa se encuentran en la alineación normal, sus cavidades de esmalte serán de aspecto similar, sin embargo, si uno de los dientes presenta un desplazamiento, parte de su superficie oclusal será visible y su cubierta está distorsionada. El esbozo de cámara pulpar sobre la radiografía también puede indicar torsión o giroverción del diente en cuestión.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Puntos importantes en el tercer molar superior retenido. La región del tercer molar, por detrás del molar la radiografía muestra la zona esponjosa correspondiente a la tuberosidad, cuyo límite está perfectamente señalado en la radiografía.

La imagen apófisis coronoides puede superponerse a la tuberosidad y así se toman con la boca abierta coinciden con esta y con el tercer molar.

El tercer molar puede presentarse en posición normal o estar ausente o retenido ocupando distintas posiciones en el maxilar, por detrás de la tuberosidad suele ser visible el gancho del ala interna de la apófisis pterigoidea.

Otros puntos .

1.- Posición

2.- posición del segundo molar

3.- El hueso que cubre la otra cara: oclusal

4.- El tabique mesial

5.- El tabique distal

6.- La corona del tercer molar

7.- vecindad con el seno maxilar

8.- vecindad con el tercer molar con la apófisis pterigoides

9.- Acceso a la cara mesial . Puede ser esta accesible o inaccesible.

CAUSA DE RETENCION.

En forma concreta podemos clasificar algunas causas que provocan la presencia de dientes retenidos; en dos grupos .

CAUSAS LOCALES

Irregularidad en la posición y presión de los dientes adyacentes .

Inflamación crónicas continuando con su resultante, una membrana muy densa.

Falta de espacio por maxilares poco desarrollados.

Persistencia de los dientes primarios .

CAUSAS SISTEMATICAS.

Hérancia, desnutrición, enfermedad de los maxilares y tejidos vecinos, fisura palatina.

LAS INDICACIONES PARA LA EXTRACION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES SON.

Son similares a la de los terceros molares inferiores incluidos. Estas incluyen problemas tales como pericoronitis, peridontitis, caries, resorción patológica, quistes, neoplasias y dolor idiopático. Sin embargo, la frecuencia de tales secuela es menos que en los terceros molares inferiores incluidos, también puede encontrarse en bordes alveolares "desdentados" y terceros molares superiores.

La mayor parte de los dientes incluidos causarán problemas a la larga. Como las complicaciones operatorias y postoperatorias, se reducen significativamente cuando el tercer molar incluido no se encuentra afectado patológicamente, se recomienda que tales dientes sean extraídos tan pronto como se determine que no existe suficiente espacio o que se encuentran en posición anormal para la erupción. Esta decisión puede tomarse cuando el paciente tiene 16 o 17 años de edad.

Al igual que los terceros molares inferiores incluidos, no es frecuente que los terceros molares superiores provoquen apiñamiento de la dentición. No existen datos que comprueben una residiva ortodóntica.

NERVIO TRIGEMINO.

Este nervio es mixto es el más voluminoso de los nervios craneales y el principal trasmisor de la sensibilidad de la cara, órbita, fosas nasales y cavida bucal, además prporciona la motricidad a los músculos masticadores.

Se encuentra formado por una raíz sensitiva que se origina en el borde posterointerno del ganglio de gasser contenida en el desdoblamiento de la dura madre, en la cara inferior del ganglio se localiza la raíz motora , ésta más pequeña y presenta dos núcleos masticatorios, el principal de 5mm, de extensión se inicia a la altura del polo superior de la oliva de la protuberancia anular, su núcleo accesorio viene hacer continuación del principal y se extiende hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémino anterior, la raíz motora camina abajo de la sensitiva cruzándose oblicuamente hacia afuera hasta rebasar el borde externo del ganglio de Gasser, luego alcanza el tronco del nervio maxilar inferior el cual se fusiona, las dos raíces del nervio trigémino se encuentra envueltas por la piamadre, atraviesan la aracnoides y el espacio subracnoides hasta llegar al Cavun de Meckel.

Desde su borde antero-externo nacen las tres ramas que son de adentro afuera y de adelante hacia atrás.

ANESTESIA.

DEFINICION.- Es la pérdida de la sensibilidad del dolor en una zona determinada de la anatomía sin pérdida del conocimiento y sin interrupción de las demás sensaciones .

TECNICAS USADAS DE ANESTESIA EN CIRUGIA BUCAL .

Inyección supra-periférica.- Es la acción de infiltración y es el procedimiento anestésico empleado en la mayoría de los casos para los dientes del maxilar superior. Nervio anestesiado es el nervio supra-perioposterior .

INDICACIONES.- anestesia del segundo y tercer molar y raíces distal y palatina del primer molar, debido a que el nervio alveolar supra-perioposterior inerva totalmente el primer molar. El lugar de la punción es el pliegue mucobucal sobre el segundo y la dirección de la aguja será hacia arriba y hacia atrás, la solución anestésica se deposita sobre los índices de las raíces del molar . Esta inyección produce suficiente anestesia, para extracciones y cirugía bucal, se utiliza además la inyección palatina posterior.

INYECCION PALATINA POSTERIOR.- El nervio anestesiado es el palatino anterior, la inervación de los tercios posteriores es caladar corren a cargo de los nervios palatino anterior y medio que salen del agujero palatino mayor. Anestesia a los dos tercios posteriores de la mucosa palatina del lado inyectado, desde la tuberosidad hasta la región canina y desde la línea media hasta el borde gingival del lado inyectado. 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 desde el lado opuesto, la dirección de la aguja es hacia arriba ligeramente lateral puesto que solo se trata de anestesiarse

del lado palatino anterior que se ha traspasado del agujero palatino mayor, es innecesario penetrar con la aguja en dicho orificio. Si la aguja penetra en el agujero palatino en el agujero palatino mayor (conducto palatino posterior) o si se deposita excesiva cantidad de anéستesico a nivel del mismo, la solución pasa al nervio palatino medio y anestesia al paladar blando.

TIEMPOS QUIRURGICOS.

La cirugía consta de los siguientes tiempos quirúrgicos.

- 1.- Anestesia
- 2.- Insición
- 3.- Preparación de los colgajos
- 4.- Osteotomía
- 5.- Operación propiamente dicha. Extracción del tercer molar
- 6.- Terminado de la cavidad y lavado
- 7.- Sutura

La elección del instrumental es importante y se divide en

- 1.- Instrumento de cirugía general
 - 2.- Instrumento de cirugía especial
- El instrumental de cirugía general se clasifica en:
- Instrumento de diéresis
 - Instrumento de sutura

Instrumental especializado tenemos:

- legra .
- fresa
- elevadores rectos
- cucharilla para hueso, limas
- porta agujero y tijeras .

OPERACION DE COLGAJO.

Ciértos principios básicos al planear, diseñar, y manipular los colgajos de mucoperóstios.

Las indicaciones para una operación de colgajo son:

-Aumentar la visión

- Obtener acceso quirúrgico

- Eliminar hueso

- Evitar lesionar los tejidos blandos que pudiera resultar del trabajo anticipado. Los principios quirúrgicos que son la base del diseño de un colgajo son :

- Que éste posea base amplia que asegure un buen aporte sanguíneo.

- Que sea lo suficientemente grande para permitir buen acceso sin estiramiento.

- Que el colgajo sea de grosor total e incluya al peróstio cuando sea levantado.

- Que cuando el colgajo se regrese a su sitio original, sus márgenes descansen sobre hueso sano para reducir el encogimiento, la cicatrización y la contractión.

CLASIFICACION DE LOS MOLARES IMPACTADOS.

Los terceros molares impactados los vamos a clasificar de acuerdo a su posición.

Así tenemos que los terceros molares superiores presentan una variedad más reducida que los inferiores. La retención del tercer molar puede ser intraósea o submucosa, en este término pueden ser total o parcialmente retenidos.

POSICION VERTICAL.

El eje del tercer molar superior se encuentra parralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar total o parcialmente cubierto por hueso

POSICION MESIOANGULAR.

El eje del tercer molar retenido está dirigido hacia adelante, en esta posición la raíz del molar está vecina a la apófisis pterigoides, está posición es muy frecuente.

POSICION DISTOANGULAR.

El eje del tercer molar está dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal del tercer molar mira hacia la apófisis pterigoides, con la cual puede estar en contacto.

POSICION HORIZONTAL.

El molar está dirigido hacia el carrillo con el cual la cara oclusal puede estar en contacto, esta cara oclusal suele estar dirigida también hacia la bóveda palatina, el molar erupciona en la bóveda.

POSICION PARANORMAL.

El tercer molar retenido puede ocupar diversas posiciones, no permiten figurar una regla para su extracción.

TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

Los terceros molares superiores quedan retenido mucho menor que los inferiores. Su retención causa accidentes. Ocurre por lo general en aquellos molares que erupcionan hacia el lado del carrillo, es decir que presentan bucoverción.

Este accidente está caracterizado por lo siguiente.

Al hacer erupción, el tercer molar pone su cara triturante en contacto con la mucosa del carrillo, o una de sus cúspides, termina por ulcerar la mucosa del carrillo. Esta úlcera se encuentra continuamente traumatizada por los cúspides y termina produciéndose dolor intenso, los tejidos vecinos se inflaman por este proceso de ulcerar y se produce una celulitis de las partes blandas acompañada de trismus y ganglios infartados, la masticación está impedida y la fonación dificultada. La retención del molar, puede ser intraósea o submucosa.

TECNICA GENERAL DE LOS TERCEROS MOLARES.

La insición se hace empezando más atrás de la tuberosidad en el surco hamular (disturfi #15), la membrana mucosa que cubre la tuberosidad hacia adelante desde la porción más distal de la tuberosidad hacia adelante hasta llegar al punto medio de la superficie distal del segundo molar, continuamente bucalmente alrededor del cuello hasta el espacio interproximal entre el primer y el segundo molar y luego hacia el surco mucoso en un ángulo de 45°.

COLGAJO.— Se desprende y se separa la porción de la mucosa que cubre la corona del diente con el elevador perfoestal, dando acceso adecuadamente al hueso.

REMOCIÓN OSEA.- Generalmente el hueso que cubre la corona no es muy denso, pudiendo ser removido con escoplos o gubia, exponiendo la corona.

REMOCIÓN DEL DIENTE.- Se realiza por medio de elevadores, #4, 5, 8, 73, 74. Insertando el apropiado debajo de la corona a la altura del cuello usando la lámina bucal como punto de apoyo, desalojando el diente de su lecho, en muchos casos la dirección de la fuerza distal. Hay que cuidar que el elevador esté colocado debajo de la corona a nivel del punto más alto de la ventana labrada en el hueso y que la presión sea hacia distal y bucal, para evitar que el diente sea forzado al seno maxilar o a la fosa esfenomaxilar; ya que de suceder lo anterior, será necesario abrir por encima de la zona de premolares para eliminarlo.

OTRA TÉCNICA.

Casi siempre es necesario hacer una incisión que se dirige desde el centro de los bordes distolingival, del segundo molar, sobre la cresta del alvéolo hasta la región de la tuberosidad del maxilar.

Una vez hecha la incisión, puede introducirse una legra o elevador de período bajo el tejido gingival y levantamiento o levantarse el colgajo hacia la superficie bucal, descubriendo la lámina.

Este colgajo se levanta hasta la cara distobucal del segundo molar y algunas veces se desprenden los tejidos gingivales al rededor de éste, sin necesidad de una segunda incisión.

En operaciones difíciles, como en el caso de la retención a esta altura al diente o a lo largo de las raíces del segundo molar y sea necesario cortar gran porción ósea, es necesario hacer una segunda incisión que principie en el borde -

distal entre el primer y segundo molar se dirige oblicuamente hacia arriba y adelante permitiendo ésta el despejamiento del tejido gingival para levantar el colgajo sobre la cara del segundo y tercer molar.

En paciente edéntulos, puede hacerse esta incisión, realizando sobre la cresta del alvéolo, desde la región de la tuberosidad del maxilar sobre el tercer molar hasta la región del segundo molar y cara bucal del alvéolo, formando una sola línea.

Ablación del tejido óseo.— Se hace la ablación de éste a nivel de la corona del diente, quitando una porción suficientemente grande para lograr descubrir la pieza o el molar y efectuar su luxación con un botador y extraerlo, extruido el molar se revisan los bordes óseos. Se aplica el colgajo en su sitio se aplican puntos aislados necesarios.

TECNICA QUIRURGICA SEGUN LA INCLUSION DEL MOLAR.

Para la extracción del tercer molar superior retenido es necesario practicar una incisión y realizar la osteotomía para poder eliminar el molar retenido, dentro del hueso que lo aprisiona.

POSICION VERTICAL.

Incisión .—Puede usarse en este tipo de retención la incisión de dos ramas, una bucal y otra anteroposterior. La rama anteroposterior se traza próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la cresta y en una longitud de 1cm.

La incisión bucal parte del extremo anterior a la primera incisión y se dirige hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta la proximidades del surco vestibular -- donde termina. La incisión debe llegar en profundidad has-

ta el cuello del segundo molar.

El colgajo.- Se desprende con una legra y se sostiene con un separador o con un punto de sutura.

Hay otro tipo de incisión que permita un colgajo amplio - mayor visibilidad. Este en lugar de hacer la incisión bucal se incide festoneando los cuello de dos o tres dientes por vestibular.

También se usa la incisión en forma angular que parte de la posterior y se continua incidiendo hacia bucal.

Osteotomía.- El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escoplos rectos o fresas, En ciertos casos el hueso a nivel de la cara triturante es tan frágil que puede ser - eliminado con cucharilla para hueso o con el mismo elevador. La osteotomía es maniobra importante, es menester en todo los tipos de terceros molares superiores ver por lo menos la cara bucal y mesial del molar retenido; vía de acceso a la cara será la superficie sobre la cuál se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si es accesible no se requiere ninguna maniobra previa, si no lo es se necesitará eliminar el - hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento.

Extracción propiamente dicha.- Empleo de elevadores, se penetra la punta del elevador en el espacio existente entre la cara mesial del tercero y la distal del segundo molar.

La introducción del instrumento se realiza merced de un débil movimiento rotatorio que se imprima el elevador; actúa en su - primer tiempo como cuña. Movimientos para llegar a su punto de aplicación y luxación del tercer molar. El elevador winter o de ash, se aplica en su cara plana sobre la cara anterior del diente, el instrumento debe estar dirigido diagonal trazada sobre dicha cara.

POSICION VERTICAL.

Se hace una incisión en el borde alveolar y se extiende sobre la superficie posterior de la tuberosidad, prolongando el extremo anterior de ésta en ángulo recto por la cara vestibular de la encía, inmediatamente por detrás del segundo molar para evitar la retención de tejidos, en algunos casos también es necesario prolongarla casi 1cm, por la superficie palatina.

Con el perióstomo se despega el mucoperiostio del hueso y se mantiene separado. Si es necesario se reseca el tejido óseo. Después se introduce un botador a través de la cara externa para hacer palanca inmediatamente por debajo de la protuberancia mesial de la corona.

Con un botador se luxa el diente se introduce en el mismo sitio por debajo de la protuberancia para reculzar el diente de su alveolo, al principio puede hallarse considerable resistencia y después, de súbito, salir el diente fuera de la herida. Se limpia completamente y se une el colgajo y se procede a suturar si es necesario con puntos aislados o se pone una gasa para hacer una buena hemostasia.

POSICION MESIOANGULAR.

La técnica para la extracción ésta acondicionada por la dirección del diente y la cantidad de hueso distal y el contacto con el segundo molar, a nivel del maxilar superior, la elasticidad del hueso permite movilizar el molar, sin necesidad de seccionar el diente retenido. El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal por lo tanto, el problema en este tipo de retención reside en la osteotomía distal y preparación para la vía de acceso para el elevador.

Esta vía de acceso se necesita mayor osteotomía en el lado mesial, porque el punto de aplicación del elevador ha de ser más alto, siendo necesario también, eliminar partes de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

La osteotomía se realiza con los mismos procedimientos ya señalados anteriormente (escoplo o fresa), requiriendo mayor rección de hueso distal para descubrir el diente hasta el nivel de su cuello.

Se introduce profundamente el elevador, hasta llegar aplicarlos sobre la cara mesial del diente. Los movimientos son los mismo a excepción de que el molar debe ser dirigido o primero hacia distal, para vencer el contacto mesial, el movimiento del elevador dirige el diente hacia abajo y afuera. En molares, con raíces abiertas, con cementosis o dilacerada, el movimiento debe ser con lentitud y sin esfuerzo bruscos para evitar fracturas.

POSICION MESIOANGULAR.

El diente retenido superior generalmente se extrae en la misma sección que el diente inferior del mismo lado.

INCISION.- Será aproximadamente 2.5cm lo que permitirá un acceso adecuado; se traza desde distolingual del segundo molar continuando ligeramente por delante y arriba sobre la superficie bucal del mismo. Se desprende el colgajo con una cureta y ligeros golpes de escoplo se hace un ligero corte sobre la tabla ósea a nivel de la cara bucal del diente permitiendo la remoción de esta. O se hace una incisión sobre la cresta del reborde

extendiéndose desde la tuberosidad hasta el segundo molar y se prolonga oblicuamente hacia arriba y adelante de manera - que termine en la raíz mesiovestibular del segundo molar. El colgajo.- Mucoperiostico se desvaga con una cucharilla para hueso molt.4.

Técnica del escoplo, se coloca un instrumento para hacer un corte vertical paralelo a la raíz del segundo molar. Golpe suave con el martillo permitirá la penetración en el hueso esponjoso y a menudo se siente la corona de esmalte después de penetrar se eleva la cara vestibular del diente o endiente muy retenido se debe resecar por completo.

Técnica con fresa, el hueso se elimina rapidamente en torno al diente retenido. Se usa pequeña cucharilla para hueso pa ra evaluar si existe acceso al segundo molar y al tercer mo lar retenido.

El diente se exte con un elevador en punta de lanza no.34 ó no.14. La punta del elevador se fuerza entre los dientes hacia la zona de la osteosección, y se aplica una fuerza - hacia abajo y a vestibular. La punta y el borde inferior - del elevador hacen contacto con el cuello anatómico del - diente y lo desplazan hacia abajo aprovechando estos --- puntos, se gira el elevador hacia distal .Se debrida la zona se elimina material blando y duro, se alisan con la cucharrilla parara hueso los bordes óseos, se sutura através de la incisión de la cresta y otra cruzando la incisión vertical.

POCISION DISTOANGULAR.

LA rama anteroposterior de la incisión debe dirigirse más - distalmente que eh los casos anteriores para evitar desgarras en la encia, en el desprendimiento del colgajo.

OSTECTOMIA.- Generalmente no hay hueso sobre la cara triturrante, ni hacia distal, solo es menester de preparar la via

de acceso en el lado mesial.

EMPLEO DE ELEVADORES.- Se coloca el elevador sobre la cara del tercer molar y este se dirige hacia abajo y hacia atrás especialmente hay que tener cuidado en este tipo de retención, con la tuberosidad y la apófisis coronoides, movimientos bruscos pueden fracturarla. Se emplean elevadores de Cleu-Dent o de Winter no. 14.

Estos instrumentos que actuarán en su función de cuña o de palanca, cumplirán su objetivo si pueden introducirse fácilmente entre la cara distal de segundo molar y la cara distal del tercero. El elevador izquierdo para el lado derecho y viceversa y después del elevador correspondiente.

SUTURA.- Adaptación del colgajo, un punto de sutura vasta a nivel del alvéolo del tercer molar extraído para mantenerlo.

· POSICION DISTOANGULAR

La retención distoangular, que es una posición rara, requiere un colgajo quirúrgico más grande y la extensa resección del hueso de soporte.

INCISION.- Se traza una incisión en la cresta media desde el segundo molar hasta la curvatura de la tuberosidad, que corta con una vertical que se extiende desde bucal a palatino, trazada por detrás del segundo molar, obteniendo una amplia exposición del hueso de la tuberosidad del segundo molar, en la tuberosidad.

Se hace una incisión sea vertical, por distal del segundo molar hasta la zona de ápices. Se reseca el hueso vestibular. Se expone cuidadosamente con un escoplo la zona que está por distal del diente retenido, principalmente con presión manual o por medio de una fresa.

Se eleva el diente tomándolo por la cara mesial, tan cerca del ápice como el acceso permita, riesgo del diente puede ser empujado hacia el seno o al interior del tejido que - esta por detrás de la tuberosidad. A veces el diente debe de ser reseco y extraído con pinzas.

POSICION PARANORMAL.

Las distintas variedad de posiciones que pueden ocupar el tercer molar, ubicación paranormal, no permite fijar una regla para su extracción.

La técnica estará dada por la posición que presente el molar en el hueso y su relación con los molares vecinos.

Algunos casos indican extracción del segundo molar y aun del primero.

Los molares colocados por encima de los ápices del segundo son los mejores intervenidos practicando una insición parecida a la que se emplea en la operación de caldwell-luc.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES CON SUS RAICES INCOMPLETAMENTE FORMADAS.(germen del tercer molar superior).

En el maxilar superior, del mismo modo que en el inferior presentan terceros molares con sus raices incompletamente formadas, que ubicadas en diferentes posiciones, pueden producir accidentes mecánicos sobre la arcada dentaria, siendo - indicada su extracción.

Como ocurre en el tercer molar adulto, el germen puede disponerse en distintas posiciones.

Su extracción acondiciona una serie de problemas, la insición debe permitir un amplio colgajo, que descubra gran extensión del hueso, para abordar el molar, a veces la corona está ubicada muy alta, y en algunas oportunidades, a nivel de los ápices del segundo molar.

OSTECTOMIA.- Debemos hacer con escoplo o presión manual o impulsando con martillo, en una extensión suficiente como para descubrir las caras oclusales, mesial y bucal. En la posición distoangular será menester reseca el hueso distal la ostectomia de acceso a la cara mesial, debe ser lo suficientemente extensa, como para permitir la introducción de elevadores de elev- dent, que es el instrumento ideal para este tipo de exodoncia, por la firmeza de su hoja, esta se aplica sobre la cara mesial del germen dentario a extraerse girando vigorosamente el mango del instrumento, se logra desplazar el molar hacia distal y hacia abajo. En posición panorámica requiere un prolijo trabajo de disección para liberarlo de sus paredes óseas.

INDICACIONES POSTOPERATORIA.

El cuidado postoperatorio.-Es importante después de la cirugía bucal y la recuperación del paciente ya que puede ser prolongada si esto se descuida. Debe anticiparse algo de inflamación, molestia y falta de movimiento. Si esta es excesiva favor de llamar o regresar al consultorio para que se le atienda .

EL DIA DE LA OPERACION.

SANGRADO.

- Mantener una torunda de gasa en el sitio durante 3 minutos con presión constante y firme.
- No chupar o escupir excesivamente, si persiste el sangrado repetir lo anterior.
- Es normal que se presente salivación y cambio de color de la saliva.

HINCHAZON.

- Aplicar bolsa de hielo a la región operada durante 10 minutos cada media hora durante la primeras 6 u 8 horas.

DOLOK.

Tomar analgésico prescrito por el doctor o el que acostumbra tomar y tener reposo.

DIETA.

- Líquidos, alimentos blandos y suaves, según lo desee.

SEGUNDO DIA.

- Cepillado de los dientes, utilizar enjuague de agua tibia con media cucharadita de sal de 3 a 5 veces por dia continuar tomando analgésico si es necesario.
- Citarlo a los 8 dias para retirar puntos.

CONCLUSION.

Através de la evolución humana los maxilares han sufrido una reducción gradual cuya principal causa es la alimentación moderna, que muchas veces es artificial y además muy suave evitando así a los dientes en general la función para la cual fueron creado.

Según se etiología los dientes incluidos los podemos encontrar retenidos o impactados, teniendo en común la patología que ambos pueden ocasionar.

Se recomienda la extracción del tercer molar retenido es foco de cualquier patología.

Los terceros molares ocupan en la actualidad el primer lugar dentro de los dientes incluidos o retenidos, siendo por lo general los que más complicaciones provocan.

Se debe hacer un estudio radiológico para saber con exactitud la posición del tercer molar retenido, y que tipo de patología que pueda presentarse.

Se debe de tener buena asepsia y antisepsia de la zona donde trabajamos y el material que utilizamos así como su correcta elección, para evitar complicaciones posoperatoria severa.

Debemos hacer una buena técnica de bloqueo en la región usando la anestesia adecuada.

La técnica adecuada depende del tipo de retención que se encuentre el tercer molar.

El tipo de sutura es importante, así como el material de que esta hecho.

Los cuidados posoperatorios son importantes para prevenir cualquier complicación, como son inflamación, de origen traumático o infección severa.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CIRUGIA BUCAL .- G.A RIES CENTENO
EDITORIAL "EL ATENEIO" 9a EDICION.
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL . GUSTAV O KRUGER
EDITORIAL MEDICO PARAMERICANA, 5a. EDICION
- 3,- CIRUGIA BUCAL .- DANIEL E. WAITE, D.D;MS
CIA. EDITORIAL CONTINENTAL,SA DE CV.MEXICO
- 4.-CIRUGIA BUCAL .-STRLING H MEAD . D.D.S M.S ;B.S
EDITORIAL UTEA .- VERSION ESPAÑOLA, LE OSCAR CABRERA
- 5,-CIRUGIA BUCAL. KURT H THOMAS L. MD
EDITORIAL UTE
- 6.EW. HARRY ARCHER -B. S, MA D.D S.
EDITORIAL MUNDT BUENOS AIRES
- 7.-DR.FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ .ANATOMIA HUMANA
EDITORIAL PORRA.