



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

***EXTRACCION QUIRURGICA  
DE TERCEROS MOLARES INFERIORES.***

*No 30  
Araceli M. Jimenez Hurtado*

**TESINA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
PRESENTA:**

**ARACELI JIMENEZ HURTADO**

**Asesor:**

**C.D. Dr. Carlos Manuel González Becerra**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D.F. 1993**



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

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

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

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

## INDICE.

INTRODUCCIÓN.	3
1.1 Hueso Mandibular.	5
1.2. Región del tercer Molar.	8
1.3. Músculos.	9
1.4. Conducto Dentario Inferior.	11
1.5. Nervios.	12
1.6. Arterias.	13
1.7. Venas.	13
1.8. Linfáticos.	14
2. ETIOLOGÍA.	15
2.1 Indicaciones para la extracción quirúrgica del tercer molar inferior.	17
3. CLASIFICACIONES DE LOS TERCEROS MOLARES.	18
3.1. Clase I.	18
3.2. Clase II.	18
3.3. Clase III.	18
3.4. Posición A.	19
3.5. Posición B.	19
3.6. Posición C.	19
3.7. Estudio radiográfico del tercer molar inferior retenido.	20

4. HISTORIA CLÍNICA.	24
5. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.	27
6. TECNICAS DE BLOQUEO.	28
7. Técnica quirúrgica.	30
7.1. Incisión.	31
7.2. Osteotomía.	33
7.3. Odontosección.	35
7.4. Tratamiento de la cavidad ósea.	36
7.5. Sutura.	37
8. CUIDADOS POST-OPERATORIOS.	38
9. ANALISIS DE COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES	40
9.1 Material y método.	41
9.2 Conclusiones	43
9.3 Discusión	44
10. CONCLUSIONES.	47
11. BIBLIOGRAFIA.	48

## INTRODUCCION.

La extracción del tercer molar inferior retenido requiere de amplio conocimiento de todas las ramas básicas, no sólo de odontología, sino también de medicina, ya que es un acto quirúrgico en el cual se debe de considerar el compromiso sistémico del paciente.

Por lo tanto es responsabilidad del cirujano dentista realizar este acto quirúrgico de la manera más profesional y completa, para así poder obtener un mejor tratamiento antes, durante y después de dicha intervención.

Este tipo de retención dentaria es la que con mayor frecuencia encontramos en la cavidad oral, por tal motivo se requiere de un amplio conocimiento de la zona anatómica y sus estructuras adyacentes.

La presencia de la retención del tercer molar provoca como consecuencia, un sin número de alteraciones en el paciente.

Dichas alteraciones pueden inclusive degenerar en patologías importantes como son la presencia de quistes, tumores odontogénicos, e infecciones agudas, entre otras.

Existe una controversia gramatical en relación con el mejor término empleado para describirla, y en general a cualquier tipo de retención. Sin embargo, desde que el término impactado implica el choque de un elemento dentro de otro, ambos quedan retenidos.

Por tal motivo se utilizó en el desarrollo de este documento el término de retención el cual se define como: Organo dentario, que llegado el tiempo de su erupción no puede obtener posición adecuada por la presencia de algún tipo de retención ósea, dentaria o bien de un odontoma.

Por lo anteriormente descrito, la finalidad del presente estudio consistió en establecer un plan de tratamiento apropiado para llevar a cabo una intervención adecuada, y así poder tener un pronóstico favorable entre la interacción médico-paciente.

## 1. HUESO MANDIBULAR.

La mandíbula es un hueso impar localizado en la parte anterior e inferior de la cara, presenta un cuerpo y dos ramas.

El cuerpo de la mandíbula presenta forma de herradura dirigida hacia atrás y por su cara externa presenta en su parte anterior la unión de las dos mitades que lo forman, llamada sínfisis, y por debajo de ésta se observa una eminencia llamada mentoniana.

Por atrás de las mismas estructuras se encuentra el agujero mentoniano de donde sale el nervio que lleva el mismo nombre; así como la línea oblicua externa, en donde se insertan los siguientes músculos (5):

- Triangular de los labios
- El cutáneo del cuello
- Cuadrangular de la barba

En la cara interna de la mandíbula y en su porción anterior, se observa la apófisis geni superior e inferior en donde se inserta el geniogloso y el genihioideo respectivamente. Por atrás de ésta apófisis se encuentra la línea oblicua externa milohioidea para la inserción del músculo milohioideo.

Por debajo de esta línea y de atrás para adelante se encuentra la foseta submaxilar que aloja la glándula submaxilar y más adelante la foseta sublingual que aloja a la glándula sublingual. En su borde inferior presenta las fosetas digástricas las cuales dan inserción al músculo digástrico.

Su borde superior esta formado por los alvéolos dentarios. Unidas al cuerpo encontramos dos ramas, izquierda y derecho de forma aplanada transversalmente y de forma cuadrangular en las cuales encontramos la región del tercer molar inferior.(5)

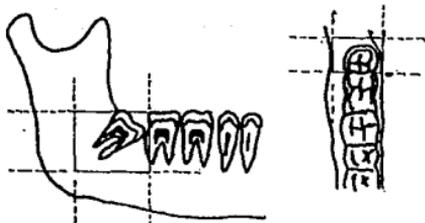
En la cara interna de estas ramas encontramos una superficie rugosa a la altura del ángulo mandibular, la cual da inserción al músculo masetero. Por su cara interna y por la parte central de esta se localiza el orificio del conducto dentario por donde se introducen los nervios dentarios inferiores. En la parte anterior de este orificio existe una saliente de forma triangular llamada espina de Spix donde se inserta el ligamento esfenomaxilar. Esta zona es de vital importancia, debido a que del conocimiento de cada uno de sus componentes, al ser puestos en práctica clínica se podrá realizar una técnica de bloqueo apropiada.

Por otro lado, el cuerpo de la mandíbula muestra las siguientes estructuras:

- Un borde superior que presenta de adelante hacia atrás :
- \* La apófisis coronoides que da inserción al vértice del músculo temporal.
- \* La escotadura sigmoidea y el cóndilo que se articula con la cavidad glenoidea del temporal,
- \* El borde anterior que se dirige oblicuamente a la zona retromolar.
- \* El borde posterior presenta relación con la glándula parótida. (5).

### 1.2 REGION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

La región del tercer molar inferior está situada en ángulo de unión del cuerpo y la rama de la mandíbula, la cual presenta una forma cúbica limitada en su parte anterior por la pared distal del segundo molar, en su parte posterior por un plano paralelo al anterior aproximadamente a un centímetro del tercer molar, un plano superior que coincide con el plano de oclusión y un plano inferior que es paralelo al superior por debajo de la porción más inferior del tercer molar inferior (7).



### 1.3. MUSCULOS.

En este inciso se detallarán los músculos que tienen una estrecha relación con la región del tercer molar y debido a esta situación solamente se presentará la descripción y ubicación de los mismos.

El músculo masetero tiene forma de rombo el cual se inserta por arriba del arco cigomático y por debajo del mismo en el ángulo externo de la mandíbula.

El músculo Temporal presenta forma de abanico con bordes delgados el cual se inicia en la fosa del temporal y se continua a través del arco cigomático y se inserta en la apófisis coronoides.

EL músculo pterigoideo interno se inicia en la superficie interna de la apófisis pterigoides, y posteriormente se inserta en el canal milohioideo y en ángulo de la mandíbula.

El músculo pterigoideo externo posee dos vientres:

- Uno se inicia en la superficie externa de la apófisis pterigoides.
- El segundo inicia en la cara inferior del ala mayor del esfenoides.

El músculo se inserta en la porción anterior del cuello de la mandíbula y de la cápsula y del menisco de la articulación temporomaxilar.

El músculo milohioideo forma parte del piso de la boca y va de la línea oblicua interna milohioidea al hueso hioides y presenta relación con los molares en linguoversión. (5)

#### 1.4. CONDUCTO DENTARIO INFERIOR.

El conducto se inicia en la cara interna de la rama de la mandíbula, en el orificio del conducto dentario y aproximadamente en la parte media se encuentra protegido por una cortical y se dirige de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo.

El conducto dentario inferior se presenta en tres tipos diferentes:

- a) El conducto está en contacto con el alvéolo del tercer molar.
- b) Se presenta en una cierta distancia de los ápices de los molares inferiores.
- c) Está en relación íntima con los órganos dentarios que irriga.

El conocimiento anatómico de este conducto es de vital importancia debido a que por él pasa el nervio dentario inferior, el cual en la cirugía de los terceros molares puede ser lesionado ocasionando una parestesia temporal o permanente (5).

### 1.5. NERVIOS

La región del tercer molar inferior está inervada por el nervio dental inferior, y además con la arteria dental inferior y su vena, el cual entra por el orificio superior del conducto dentario y se continua por el conducto dentario y más adelante origina al plexo dentario el cual a su vez inerva los molares y también los premolares y parte de la encía (5).

### 1.6. ARTERIAS

La arteria que irriga la zona del tercer molar inferior es una rama colateral de la mandíbula en la superficie interna, la arteria dentaria inferior, se origina cerca del condilo que se dirige hacia abajo y afuera, pasando por el espacio pterigoideo maxilar y finalmente se introduce con el nervio dentario inferior en el conducto.

La arteria dentaria inferior presenta dos clases de ramas: Las pulpares que penetran por el forámen de los órganos dentarios y las alveolares que ocupan los tabiques interdentarios e interradiculares. La parte externa se encuentra irrigada por la arteria bucal y la parte interna por la arteria lingual (5).

### 1.7. VENAS

Dentro del conducto dentario se alojan dos o más venas que recorren el mismo camino que la arteria dentarias para recoger la sangre irrigadas por estas (5).

(5) Ídem Pag. 315, 605.

### 1.8. LINFATICOS

Los tejidos blandos pericoronarios y el hueso que rodea al tercer molar inferior dan origen a conductos linfáticos que desembocan en una serie de ganglios situados en la región suprahióidea, en la celda submaxilar, éstos ganglios en número de seis a ocho los cuales se encuentran situados en la celda submaxilar (5).

## 2. ETIOLOGIA.

El tercer molar inferior retenido no puede erupcionar por la presencia de una barrera física en su trayectoria de su erupción, las causas de esta retención son varias, sin embargo la explicación más lógica es debido a que los hábitos alimenticios quienes prácticamente consisten en una dieta blanda, provoca la reducción gradual del tamaño de la mandíbula y como consecuencia de la falta de espacio, produce como resultado la retención, no sólo del tercer molar sino de todos los órganos dentarios retenidos.

Las afectaciones dentarias retenidas con mayor frecuencia son debida a los terceros molares superiores o inferiores.

Asimismo, los caninos superiores son los que presentan mayor incidencia que en conjunto con los premolares y órganos dentarios supernumerarios producen retención dentaria, la cual, generalmente es causada por las siguientes situaciones:

a. Falta de espacio debido al apiñonamiento de los órganos dentarios.

b. Temprana edad de la pérdida de órganos dentarios que con el consiguiente cierre del espacio que ocupaba en su factor común de la etimología de los órganos dentarios parcial o totalmente retenidos (3).

## 2.1. INDICACIONES PARA LA EXTRACCION QUIRURGICA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

Las indicaciones para la extracción quirúrgica del tercer molar inferior comprenden problemas entre los que se incluyen pericoronitis, periodontitis, caries, reabsorción patológica, quistes, neoplasias y dolor ideopático.

La frecuencia de las infecciones ya mencionadas es mayor en los terceros molares inferiores retenidos. Estos pueden encontrarse también en boca desdentada, especialmente si han ocurrido extracciones múltiples en la juventud del paciente.

En esta situación, el tercer molar en desarrollo pudo haber sido dejado con toda intención en su lugar, ya sea para disminuir la lesión a la tuberosidad o bien a la almohadilla retromolar, siendo esto necesario para la estabilidad y retención de la prótesis (9).

### 3. CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES.

Una buena clasificación de las inclusiones de los terceros molares es la dada por Pell y Gregory, la cual se basa en una evaluación de las relaciones del segundo molar con la rama ascendente de la mandíbula, con la posición del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar.

#### 3.1. CLASE I

Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar para acomodar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

#### 3.2. CLASE II

El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

#### 3.3. CLASE III

Todo o casi todo, el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula (9).

#### 3.4. POSICION A.

La porción más alta del órgano dentario incluido está al nivel o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.

#### 3.5. POSICION B.

La porción más alta del órgano dentario se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.

#### 3.6. POSICION C.

La porción más alta del órgano dentario está a nivel de, o debajo de la línea cervical del segundo molar (9).

### 3.7. ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO.

Posición del tercer molar. Son diversas las posiciones que presenta el tercer molar y por ello su estudio no puede dissociarse de las desviaciones, para lo cual el curso de éste estudio y los términos que las identifican serán:

- vertical
- mesioangular
- horizontal
- distoangular
- linguoangular
- bucoangular
- pararanormal o invertida.

POSICION VERTICAL. En ella el eje mayor del tercer molar es paralelo al eje mayor.

POSICION MESIOANGULAR. El eje mayor del tercer molar forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo agudo abierto hacia abajo.

POSICION HORIZONTAL. El eje mayor del tercer molar es perpendicular al eje mayor del segundo.

POSICION DISTOANGULAR. La corona del tercer molar apunta en un grado variable hacia la rama ascendente y el eje mayor del segundo, un ángulo agudo abierto hacia arriba y atrás.

POSICION LINGUOANGULAR. La corona del tercer molar se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa.

POSICION BUCOANGULAR. La corona del tercer molar se dirige hacia la tabla externa y sus raíces hacia la interna o lingual. Se trata de una presentación rara.

POSICION INVERTIDA (Paranormal). La corona del tercer molar se dirige por regla general hacia el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia al cóndilo (7).

La radiografía como estudio de diagnóstico es un requisito indispensable antes de iniciar la extracción quirúrgica del tercer molar inferior.

Las películas deberán ser intrabucales comunes, y han de mostrar con absoluta corrección, la región del tercer molar, el hueso distal y la zona ósea y subyacente a los ápices del tercer molar.

Sólo en casos de excepción como en ciertos procesos inflamatorios (trismus), debemos valernos de la radiografía extrabucal.

**Características de la radiografía:**

- 1.- Debe ser nítida.
- 2.- No debe presentar elongaciones.
- 3.- No debe presentar interposiciones.
- 4.- Debe presentar el trabeculado óseo nítido.

Para la extracción quirúrgica del tercer molar, se emplean los siguientes tipos de radiografías:

- 1.- Radiografía periapical o dentoalveolar.
- 2.- Radiografía oclusal.
- 3.- Radiografía panorámica (7).

(7) Idem pag.261

## CLASE I

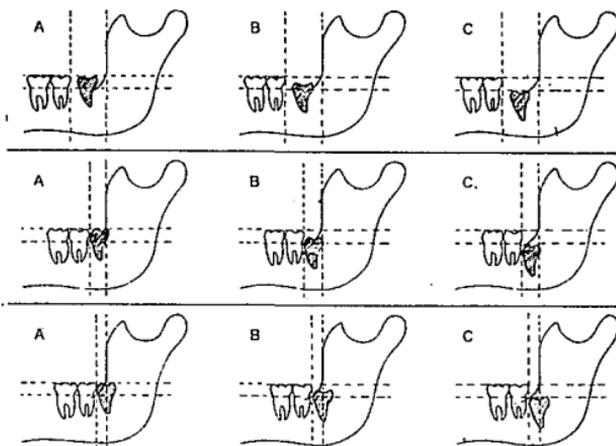
El espacio entre la porción distal del segundo molar y la rama mandibular es mayor que el diámetro mesio-distal del tercer molar.

## CLASE II

El espacio entre la porción distal del segundo molar y la rama mandibular es menor que el diámetro mesio-distal del tercer molar.

## CLASE III

Todo o la mayor parte del tercer molar se encuentra dentro de la rama mandibular (9).



## HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA.

Nombre del Odontólogo anterior \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

a. ¿Tiene usted dolor de órganos dentarios?..... Sí No

b. ¿Se incrusta el alimento entre sus órganos dentarios?..... Sí No

c. ¿Sangran sus encías cuando se cepilla los órganos dentarios?..... Sí No

d. ¿Rechina usted sus órganos dentarios durante la noche?..... Sí No

e. ¿Tiene dolor en los oídos o cerca de ellos?..... Sí No

f. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento periodontal (piorrea)? ..... Sí No

g. ¿Tiene usted zonas dolorosas o protuberancias en su boca?..... Sí No

Fecha aproximada de su última visita al odontólogo \_\_\_\_\_

## HISTORIA GENERAL DE SALUD

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de la última visita. \_\_\_\_\_

- a. ¿Padece usted en este momento dolor de garganta o resfriado?..... Sí No
- b. ¿Ha tenido usted sangrado excesivo alguna vez debido a heridas?..... Sí No
- c. ¿Alguna vez le ha dicho algún médico que tiene problemas cardiacos?.. Sí No
- d. ¿Se le hinchan los tobillos con frecuencia?..... Sí No
- e. ¿Padece de dificultad respiratoria o falta de aire con facilidad?.... Sí No
- f. ¿Se desmaya fácilmente? ..... Sí No
- g. ¿Se agota con facilidad?..... Sí No
- h. ¿Tiene problemas estomacales?..... Sí No
- i. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que padece de los riñones o vejiga? Sí No
- j. ¿Se levanta durante la noche para orinar?..... Sí No
- k. ¿Tiene diarrea con frecuencia?..... Sí No
- l. ¿Ha subido o bajado de peso recientemente? ..... Sí No
- m. ¿Se encuentra en este momento tomando algún medicamento?..... Sí No
- n. ¿Es usted alérgico a algún medicamento?..... Sí No
- o. ¿Cual medicamento ? \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_

p. ¿Diga si ha padecido:

Asma.....	Sí No	Presión sanguínea alta.....	Sí No
Fiebre reumática.....	Sí No	Anemia .....	Sí No
Escarlatina.....	Sí No	Diabetes .....	Sí No
Pulmonía.....	Sí No	Problemas renales.....	Sí No
Tuberculosis.....	Sí No	Alergias.....	Sí No
Problemas cardiacos..	Sí No	Nerviosismos.....	Sí No

## HISTORIA GENERAL DE SALUD

## CONTINUACION

q. Diga si ha tomado:

Cortisona ..... Sí No

Esteroides..... Sí No

r. Lesiones u operaciones:

Tratamiento \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

s. Irradiación previa de cabeza o cuello..... Sí No

t. Mujeres. ¿Esta usted embarazada?..... Sí No

**5. ASEPSIA Y ANTISEPSIA.**

**ASEPSIA.** (Del gr. a - Priv. sépticos, putrefacto) f. Método que consiste en prevenir las enfermedades sépticas o infecciosas, impidiendo por medios apropiados, la introducción de microbios en el organismo, la cual difiere de la antisepsia profiláctica en que no emplea agentes terapéuticos.

**ANTISEPSIA.** (Del griego, anti - contra y septikos - putrefacto) f. Método que consiste en combatir o prevenir las enfermedades sépticas o infecciosas, tanto como las de orden médico como las de orden quirúrgico, destruyendo sistemáticamente las bacterias causales (2).

## 6. TÉCNICAS DE BLOQUEO.

Las técnicas de bloqueo se emplean comunmente en odontología llamándose bloqueo troncular de la mandíbula. También es de utilidad en la cirugía de la cavidad bucal suplementando una anestesia general, así como para proporcionar analgesia post-quirúrgica.

**ANATOMIA.** El nervio dentario inferior penetra dentro del agujero mentoniano y atraviesa el canal, inervando la dentadura inferior, a nivel de una rama lateral del nervio mentoniano, que inerva a su vez a la piel sobre la parte anterior de la mandíbula y el labio inferior, así como a la mucosa y piel.

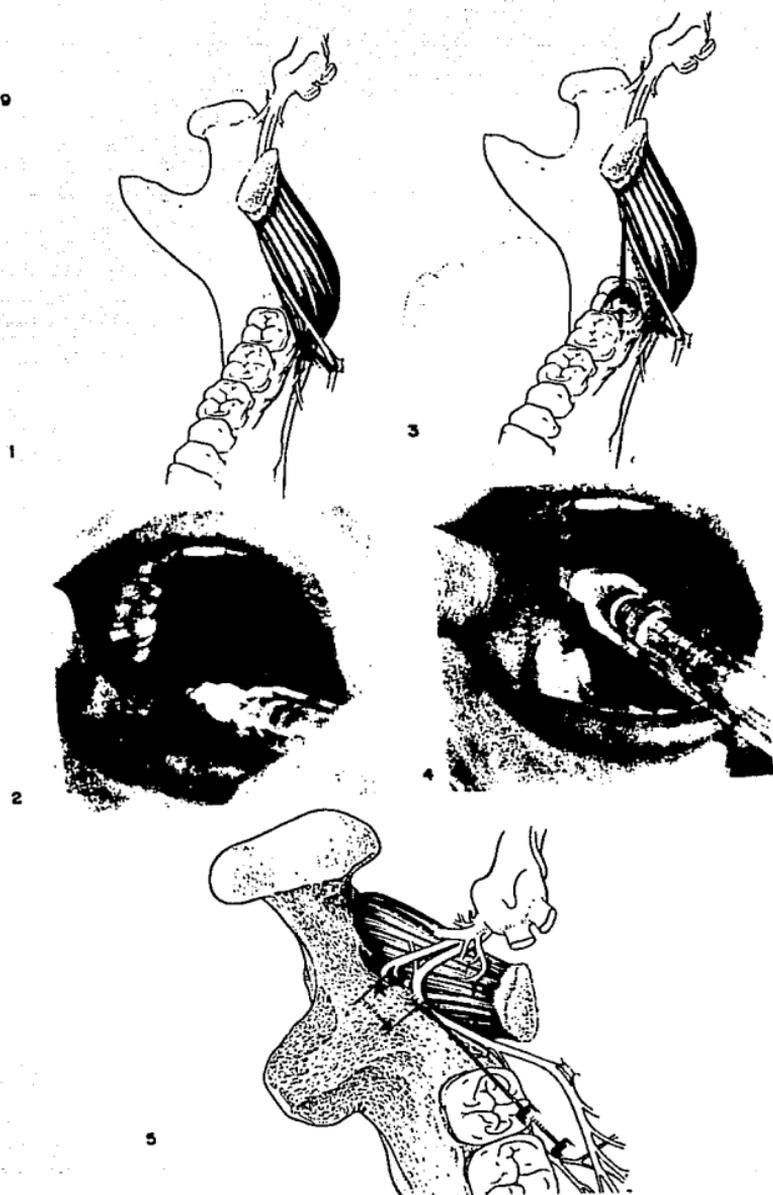
**INSERCIÓN DE LA AGUJA.** Con el dedo índice de la mano no dominante sobre la rama de la mandíbula, se inserta la aguja a 1cm por arriba de la superficie oclusal del molar (8).

La jeringa se dirige desde el premolar del otro lado, con la finalidad de constatar la presencia de la cara interna de la rama de la mandíbula, después de la inserción inicial, el paciente debe cerrar un poco la boca, de modo de relajar el músculo pterigoideo (fig. 69-1 y 69-3).

Manteniendo la jeringa paralela a la dentadura se avanza la aguja 1.5 - 2cm, de modo que la punta permanezca en contacto con el hueso.

En la parte media de la rama de la mandíbula se encontrará resistencia, posteriormente se retira la aguja 1 - 2 mm y se efectúa la inyección, Lidocaina al 2% con adrenalina 1:80.00 o prilocaína al 3% con felipresina (octapressin) 0.03 UI ml, 1.5 - 2 ml. Esto habitualmente se administra con una jeringa odontológica con cartucho (8).

FIGURA 69



## 7. TECNICA QUIRURGICA

Existen principios importantes al realizar el acto quirúrgico del tercer molar inferior retenido, los cuales se deben respetar para así obtener un mejor tratamiento post-operatorio los cuales conducen para:

- Evitar el dolor.
- Extraer el molar en su totalidad.
- No lacerar los tejidos blandos.

Existen 5 pasos quirúrgicos los cuales se deben seguir casi al 100% dependiendo de la situación para tener éxito en la cirugía (6):

- 1.- Incisión y colgajo.
- 2.- Ostetomía.
- 3.- Odontosección, proplamente una intervención quirúrgica.
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 5.- Sutura.

### 7.1. INCISION.

La incisión se realiza en los tejidos que están por distal del segundo molar con el bisturí. Es importante palpar los tejidos antes de llevar a cabo la incisión, para mantenerla sobre la corona dentaria. La rama ascendente de la mandíbula se abra hacia afuera, y entonces una incisión distal recta puede extenderse hacia los tejidos que están hacia la línea media de la mandíbula y que contienen importantes estructuras anatómicas.

Una regla segura para seguir, es ubicar la incisión por detrás de la cúspide vestibular del segundo molar, siguiendo el hueso subyacente, que puede abrirse en sentido lateral.

La segunda rama de la incisión se hace verticalmente desde la primera incisión en su unión con la cúspide distovestibular, extendiéndose hacia abajo y adelante hacia los tejidos vestibulares que cubren la raíz mesial del segundo molar (6) .

(6) Ibid Pag. 84

Las variaciones en el diseño del colgajo incluyen la técnica del Colgajo de la Separación de las fibras gingivales libres que rodean el órgano dentario hacia adelante para incluir el primer molar y separar hacia vestibular el colgajo.

Otra variación es la realización de una incisión vertical oblicua por mesial del segundo molar en lugar de hacerla por mesial del tercero.

El colgajo mucoperiostico se eleva cuidadosamente con una cucharilla para hueso de Molt #4 afilada, comenzando en la incisión vertical donde el periostio no está adherido al hueso. Se lleva el instrumento hacia atrás y hacia el reborde alveolar, cuando el sitio operativo está ampliamente expuesto, se coloca un separador adecuado por debajo del colgajo y se sostiene contra el hueso (8).

## 7.2 OSTEOTOMIA

La osteosección se comienza verticalmente, justo por detrás de la raíz distal del segundo molar y paralela a ella.

La incisión ósea debe de tener entre 1 y 3 mm de ancho, dependiendo de la profundidad necesaria para llegar por debajo del esmalte de la corona del órgano dentario retenido, a juzgar por las radiografías pre-operatorias.

El escoplo se gira entonces hacia atrás, colocándose en el fondo del primer corte, y se dirige ligeramente hacia la cresta alveolar. La mayor parte de la cortical externa se reseca en una sola pieza, lo que es deseable.

Se hacen otros cortes horizontales en la medida de lo necesario para exponer la corona. En una mandíbula ancha con cortical alveolar gruesa, el órgano dentario impactado puede exponerse aún más al hacer un corte horizontal para crear un surco entre el órgano dentario y la lámina cortical.

El hueso que está por encima de la cara distal o superior del órgano dentario retenido debe eliminarse de manera que la corona pueda extraerse después de la odontosección.

El hueso que está en la unión de los cortes vertical y horizontal debe removerse lo suficiente para permitir que la cucharilla para hueso sea aplicada por debajo de la corona del órgano dentario retenido. Si cualquiera de estos dos puntos de control son insatisfactorios, se reseca más hueso (6).

### 7.3. ODONTOSECCION

Se secciona entonces el órgano dentario y se coloca un escoplo, o fresa quirúrgica en el surco vestibular, luego se dirige hacia distal en el cuello anatómico del órgano dentario (no hacia ligual, lo que puede fracturar la cortical interna), y se le da un golpe seco.

El órgano dentario se dividirá a menudo en el primer intento, la porción distal seccionada de la corona se eleva de la herida. Una vez que se ha realizado la osteotomía se procede a la extracción del molar la cual se realiza por medio de elevadores rectos, angulados o de bandera izquierdo o derecho, dependiendo del caso y la habilidad del operador.

A menudo el órgano dentario se va a mover hacia arriba lo suficiente como para dejar atrás al segundo molar, pero no va a rotar hacia distal.

Ahora se encuentra en una posición vertical separado del segundo molar lo suficiente como para poder elevarlo (6).

#### 7.4. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Una vez realizada la extracción del tercer molar en su totalidad se procede al tratamiento de la cavidad.

Los fragmentos óseos se elevan de la herida con una pequeña cucharilla para hueso. Debe prestarse particular atención a los fragmentos que se alojan por debajo del colgajo vestibular del segundo molar.

Los remanentes del tejido blando del alvéolo (por ejemplo, tejidos de granulación, folículo de erupción), se retiran cuidadosamente por medio de disección aguda o roma, se evita al raspado intenso con cucharillas para hueso en las profundidades de la herida donde pasan el nervio y los vasos dentarios inferiores. Los bordes del hueso se redondean con la lima para hueso.

Se coloca en la herida un pequeño fragmento de un comprimido de sulfamida si el interrogatorio preoperatorio no ha indicado sensibilidad a la droga, o una cuña de gelfoam que ha sido embebida previamente en una solución antibiótica y que se haya dejado secar sin perder su esterilidad (6).

(6) Idem Pag. 85-86

#### 7.5. SUTURA.

Se coloca una sutura sobre el alvéolo desde lingual a vestibular. Esto viola una regla quirúrgica de suturar el colgajo libre al colgajo fijo, pero parece ser más simple aquí porque el separador no se saca de la herida hasta que la aguja se ha recuperado de la profundidad de la herida, se emplea una aguja cortante, redonda, de 12 mm y seda 000, aunque el catgut no tiene que ser retirado, y por lo general se sutura con puntos aislados (6).

### 8. CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

En el período posterior a la intervención, se dan indicaciones al paciente como:

- Guardar reposo con la cabeza en alto.
- Colocar bolsas de hielo, compresas frías, para reducir el edema y la hemorragia post-operatoria.
- Analgésicos.

La medicación para el dolor post-operatorio se administrará por vía oral o parentalmente, según se desee; comprimidos si se desea aliviar la irritación faríngea.

- El uso de narcóticos potentes para controlar el dolor intenso debe ser de corta duración y limitado a los pacientes.

**ANTIBIOTICOS.** Estos generalmente son la continuación de las drogas comenzadas antes de la cirugía o pueden ser quimioterápicos, agregados más tarde a la vista de los hallazgos post-operatorios (6).

ORDENES DIETETICAS: Se deberá ingerir dietas líquidas, alimentos nutritivos, de alto contenido protéico administrado en cantidades suficientes como para satisfacer los requerimientos energéticos del paciente (6).

(6) Ibid Pag. 644

**9. ANALISIS DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DE LOS  
TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS.**

La práctica estomatológica es aplicada con énfasis en el cuidado preventivo; sin embargo, este principio no es siempre aplicado en el tratamiento del tercer molar inferior retenido.

El procedimiento quirúrgico de los terceros molares inferiores retenidos, representan una de las actividades operatorias más frecuentes dentro del marco de la Cirugía Maxilofacial endobucal.

El objetivo de este trabajo es analizar las complicaciones post-operatorias de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por presentar los terceros molares inferiores retenidos (3).

### 9.1 MATERIAL Y METODO.

Para la elaboración de este trabajo se utilizó como universo a 100 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Carlos Manuel de Cespedes", durante el año 1987, por presentar los terceros molares inferiores retenidos.

Las complicaciones post-operatorias según los grupos etarios contacta que la complicación que predominó fué el trismus con 12, para el 41.3% del total general, seguida por la infección y el dolor, para el 27.5 y 10.3%, respectivamente. Resultados similares obtuvieron Laskin y Van Gool.

En relación con los grupos etarios, la mayor incidencia la encontramos en el grupo de 14 a 29 años con 14 pacientes para el 48.2%; el 6.8% correspondió al grupo de 50 a 69 años.

Nuestros resultados coinciden con los informados por otros autores (3).

(3) Ibid Pag. 245

La forma de retención que prevaleció fué la intraósea (72.4%). Se observa que todas las complicaciones predominaron en este tipo de retención y se destaca el trismus que representó el 47.6%. Resultados similares obtuvo Osborn en su investigación.

En las 72 indicaciones ortodóncicas para la extracción de los terceros molares inferiores retenidos se presentaron 12 complicaciones que mostraron el 16.6% del total; predominó el trismus que representó el 11.1% de la misma. Consideramos que esto es debido a que muchos de los molares extraídos se encontraban retenidos profundamente en el hueso y además, no estaban completamente formados.

Estos factores provocaron que el acto quirúrgico fuera laborioso, por lo que apareció esta complicación como una reacción antálgica (3).

## 9.2 CONCLUSIONES.

1.- El 48% de las indicaciones para la exéresis quirúrgica de los terceros molares inferiores retenidos correspondió a las ortodóncicas.

2.- El trismus fué la complicación que predominó con 12 pacientes (41.3%).

3.- La mayor incidencia de las complicaciones se encontró en el grupo de 14 a 29 años.

4.- La forma de retención que prevaleció fué la intraósea, predominaron todas las complicaciones en ésta forma de retención.

5.- El trismus representó el 11.1% de las complicaciones en los pacientes con indicaciones ortodóncicas.

6.- El número de complicaciones post-operatorias fué mayor en los pacientes ambulatorios.

7.- De las 84 consultas post-operatorias, 34 correspondieron a los pacientes con trismus (3).

### 9.3 DISCUSION.

Los terceros molares mandibulares retenidos en posición vertical pueden presentar lesiones parodontales amplias y/o raíces dismórficas pequeñas, lo que favorecerá una extracción rápida y cómoda; sin embargo, basta que estos órganos dentarios en esta posición se encuentren en situación lateral o medial para que los apoyos exodóncicos se dificulten de tal manera que muchas veces será mas conveniente eliminar la corona dental e inmediatamente proceder a extirpar los restos radiculares.

La cercanía del paquete neurovascular es un factor muy importante a considerar, pues los terceros molares mandibulares orientados verticalmente se encuentran proximales a ésta estructura, e incluso, pueden envolverla produciendo daño a veces irreversibles durante la evolución dental.

De acuerdo a la profundidad donde se ubiquen, deberá tomarse la decisión para extraerlos o dejarlos en control a largo plazo.

En muchas ocasiones el órgano dental se encuentra alejado de la cresta alveolar sin posibilidad de formarse un trayecto fistuloso que lo comunique a la cavidad bucal y guardando íntima relación con el segundo molar, de tal forma que su eliminación no beneficiará en mucho al paciente y si puede ofrecer el riesgo de dañar el paquete neurovascular, así como restar soporte distal al segundo molar proximal, y requerir una intervención en la que la mayoría de las veces es traumática, y que en muchas ocasiones sólo se logrará bajo anestesia general con los riesgos inherentes al caso.

La decisión para no intervenir deberá considerar riesgos locales y generales a corto y largo plazo, y tomar en cuenta que los pacientes sanos por arriba de la cuarta década de la vida, que guardan un control estricto de placa dentobacteriana, con un índice bajo de caries dental, son poco propensos a desarrollar complicaciones quísticas, infecciones neoplásicas, entre otras en un órgano dentario retenido con éstas características.

Aún así, será conveniente efectuar un control clínico y radiográfico y en caso de existir evidencia de alguna complicación, revalorar la posibilidad de exodoncia (1\*).

En caso de intervenir quirúrgicamente, es indispensable observar el mayor cuidado en la aplicación de las palancas exodóncicas, pues el tercer molar mandibular retenido en posición vertical ejerce presiones axiales que fácilmente pueden fracturar la mandíbula. Este riesgo aumenta considerablemente cuanto más profundo se encuentre el órgano dental.

Así mismo, la presencia del tercer molar en ésta área, debilita de manera importante la resistencia mandibular a la fractura, principalmente en casos de individuos desdentados con atrofia alveolar donde se encuentre un tercer molar retenido en posición vertical, cuya corona se ubique en el margen de la cresta alveolar y su ápice en íntima relación con el borde cervical mandibular, en tal caso habrá de considerar la posibilidad de dejarlo en su sitio y aliviar la prótesis removible en esta área sin comprometer su retención.

En aquéllos casos que sea necesario intervenir bajo estas condiciones, estará indicado reforzar profilácticamente el sitio de la operación con miniplacas de fijación rígida, con el fin de evitar una fractura mandibular (1\*)

(1\*) Ibid Pag. 105

## 10. CONCLUSIONES.

Debido a que la retención de terceros molares inferiores es la que se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral, sobre todo entre la población comprendida entre los 14 y 29 años de edad, por lo que se debe tener conocimiento de las zonas anatómicas de la región del tercer molar y las clases de retención de éstos para así poder dar un diagnóstico y tratamiento indicado.

La finalidad del presente documento fué ampliamente cubierta, al presentar el análisis, valoración y tratamiento que se debe considerar para que en el proceso de decisión médico-paciente se tenga un adecuado diagnóstico en el corto plazo del problema que representa la extracción del tercer molar como órgano dentario retenido.

Así mismo, se presenta las posibles vías alternas de solución en pacientes de diferente grupo de edad al referido como de alta frecuencia de incidencia (de 14 a 29 años) y con diversas afectaciones bucales.

## BIBLIOGRAFIA

1. A.D.M. REVISTA. 1943-1993. ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION  
DENTAL MEXICANA. VOLUMEN L. MARZO-ABRIL.  
Pag. 101.

(1\*) A.D.M. REVISTA CUBANA ESTOMATOL 27. ABRIL-JUNIO. 1990.  
Pag. 105.

2. DE LA MARE GARNIER. DICCIONARIO DE LOS TERMINOS TECNICOS  
DE MEDICINA. 20ª EDICION. EDICIONES NORMA S.A.  
MADRID. EDITORIAL PARIS. Pag. 72, 73, 88.

3. DE CESPEDES CARLOS MANUEL. HOSPITAL GENERAL. ASOCIACION  
DENTAL MEXICANA. BIBLIOTECA EZEQUIEL MONTES No. 42.  
Pags. 242, 245, 247, 248.

4. GONZALEZ BECERRA, CARLOS MANUEL. C.D. DR. (APUNTES).

5. LOCHART. R.D. G.I. HAMILTON. F.W. FYFE. 1993. ANATOMIA HUMANA. EDITORIAL PANAMERICANA. Pag. 51, 52, 53, 315, 605, 663.
  
6. KRUGER GUSTAVO. 1986. CIRUGIA BUCO MAXILOFACIAL. 5ª ed. Ed. PANAMERICANA. pag. 84, 85, 86, 87, 644.
  
7. RIESCENTENO GUILLERMO A. CIRUGIA BUCAL, PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA. 9ª ed. Ed EL ATENEO. Pag. 254, 263, 264, 265.
  
8. SCOTT D. BRUCE. TECNICAS ANESTESIA REGIONAL. EDITORIAL PANAMERICANA. Pag. 68, 69.
  
9. WAITE DANIEL E. 1984. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA 2ª ed. EDITORIAL CONTINENTAL. Pag. 32, 143, 150.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA