

58  
2ejm



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CIRUGIA DE TERCER MOLAR INFERIOR  
RETENIDO  
(COMPLEMENTO DE VIDEO)**

*No 170  
Dr. C. González B.*

**T E S I S A**

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR  
EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N :

ANA MARIA	CHAVIRA	CORDOBA
ARMANDO	LOPEZ	ALDAMA
LAURA	RODRIGUEZ	LAZARINI
NORMA	SALAS	GONZALEZ

Asesor: C. D. Carlos Manuel González Becerra



México, D. F.

1994

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS:**

*Porque nos dió vida, inteligencia y voluntad, para llegar al término de nuestra meta.*

**A NUESTROS PADRES:**

*Por todo el amor y el apoyo que nos han brindado a lo largo de nuestra vida.*

**A NUESTROS HERMANOS:**

*Por su apoyo, cariño y comprensión.*

*A todas aquellas personas que estuvieron con nosotros en todo momento, brindándonos su apoyo y sus consejos.*

*A todos los Doctores que contribuyeron en nuestra formación profesional.*

*A nuestro asesor C.D. Carlos Manuel González Becerra, por su comprensión y conocimientos compartidos.*

*A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO y a la FACULTAD DE ODONTOLOGIA:*

*Por habernos dado la oportunidad de recibir nuestra formación profesional.*

*Norma  
Laura  
Ana  
Armando*

## INDICE

1	INTRODUCCION .....	1
1.1	HUESO MANDIBULAR .....	2
1.2	MUSCULOS .....	4
1.3	NERVIOS .....	7
1.4	VENAS Y ARTERIAS .....	8
1.5	LINFATICOS .....	11
2	GENERALIDADES DEL 3er. MOLAR INFERIOR RETENIDO .....	12
2.1	DEFINICIONES .....	12
2.2	ETIOLOGIA .....	14
2.3	PATOLOGIAS A LAS QUE PUEDE DEGENERAR UN ORGANO DENTARIO RETENIDO .....	15
2.4	VARIEDADES TOPOGRAFICAS .....	16
3	CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO .....	21
4	PREOPERATORIO .....	22
4.1	HISTORIA CLINICA .....	22
4.2	ASEPSIA Y ANTISEPSIA .....	23
4.3	INSTRUMENTAL PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA .....	24
5	TRANSOPERATORIO .....	25
5.1	ANESTESIA .....	25
5.2	INCISION .....	27
5.3	OSTECTOMIA U OSTEOTOMIA .....	27
5.4	ODONTOSECCION .....	28
5.5	EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA .....	28
5.6	TRATAMIENTO DEL ALVEOLO .....	28
5.7	SUTURA .....	29
6	POST-OPERATORIO .....	30
6.1	INDICACIONES PARA EL PACIENTE .....	30
6.2	COMPLICACIONES .....	31
7	BIBLIOGRAFIA .....	32

## 1. INTRODUCCION

La ciencia y el arte de la cirugía es tan antiguo como la humanidad misma, pues el hombre en sus épocas primitivas, por las condiciones de vida que lo rodeaban, estaba expuesto a sufrir grandes traumatismos, por sus constantes luchas con las bestias, la naturaleza y sus semejantes.

La historia de la cirugía bucal es muy extensa. Existen alusiones a los problemas quirúrgicos dentarios y orales desde casi 3,000 años a. J. C. No obstante, la cirugía oral como especialidad definida comienza en el Renacimiento. Esta idea de especialidad se puede encontrar ya en los tratados dentarios escritos en el siglo XVI, época en la que también se empieza a notar una sensible separación de la cirugía bucal y la general, así como de la cirugía practicada por los barberos. De esta forma, en el siglo XIX, la cirugía bucal queda establecida como una disciplina. Las razones fundamentales son evidentes: El establecimiento de escuelas dentarias, el descubrimiento de la anestesia general y el esforzado servicio de los primeros pioneros.

Sólo en el siglo XX, fue reconocida oficialmente, lo cual se debió en gran parte a las consecuencias de la primera guerra mundial.

La cirugía de tercer molar inferior retenido, requiere de amplio conocimiento de todas las ramas básicas no solo de la Odontología, sino también de Medicina, ya que es un acto quirúrgico en el que no podemos olvidar el compromiso sistémico del paciente.

## 1.2 MUSCULOS

En la mandíbula se insertan los siguientes músculos (fig. 1.2a y fig. 1.2b):

**Cara anterior:**

- Borla de la barba.
- Triangular de los labios.
- Cuadrado de la barba.

**Cara posterior:**

- Geniogloso.
- Geniohiloideo.
- Milohiloideo.
- Constrictor Superior de la Faringe.

**Borde superior:**

- Buccinador.

**Borde inferior:**

- Digástrico.
- Cutáneo.
- Transverso de la barba.

**Ramas:**

- Masetero.
- Pterigoldeo interno.
- Pterigoldeo externo.
- Temporal.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>Diccionario terminológico de Ciencias Médicas, Ed. SALVAT, pag. 510

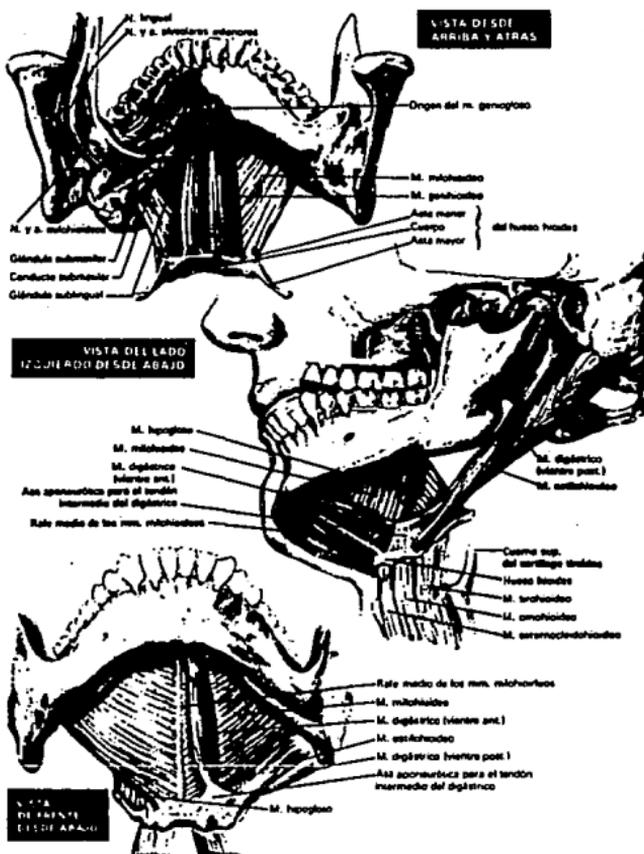
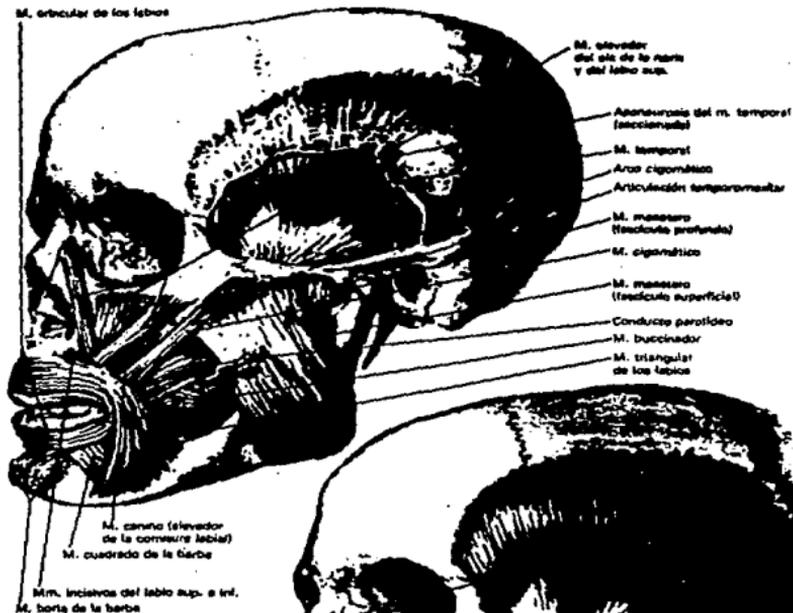


fig. 1.2a

M. orbicular de los labios



M. temporal

Insertión superficial del condón del temporal en la epófila condaloidea del maxilar

M. buccinador

Conducto parotídeo

M. orbicular de los labios

M. ptarigideo ext.

A. y n. masetericos

Insertión del masetero (fascículo profundo)

Insertión del masetero (fascículo superficial)

fig. 1.2b

## 1.3 NERVIOS

El principal nervio sensitivo de la cara es el quinto par craneal (Trigémino). El nervio motor principal de la cara es el séptimo par craneal (Facial). (fig. 1.3a)

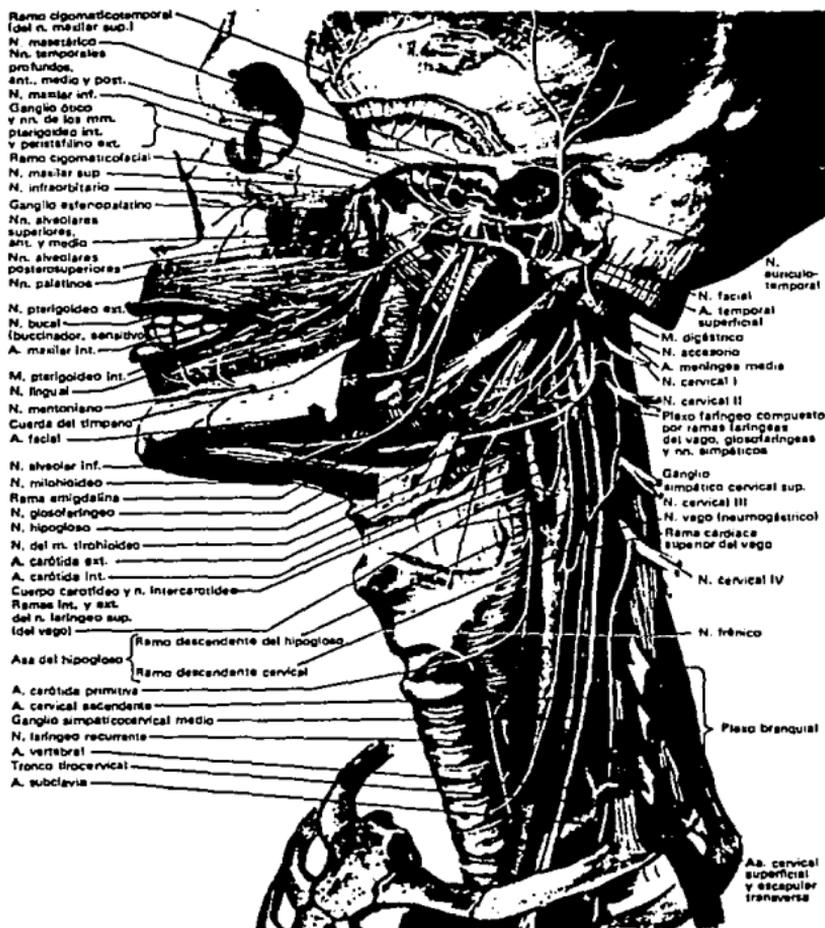


fig. 1.3a

## 1.4 VENAS Y ARTERIAS

La vena facial drena zonas irrigadas por la arteria facial, y la vena facial posterior drena aquéllas zonas faciales más profundas irrigadas por las ramas terminales de la arteria carótida externa.<sup>3</sup> (figuras. 1.4a, 1.4b y 1.4c)

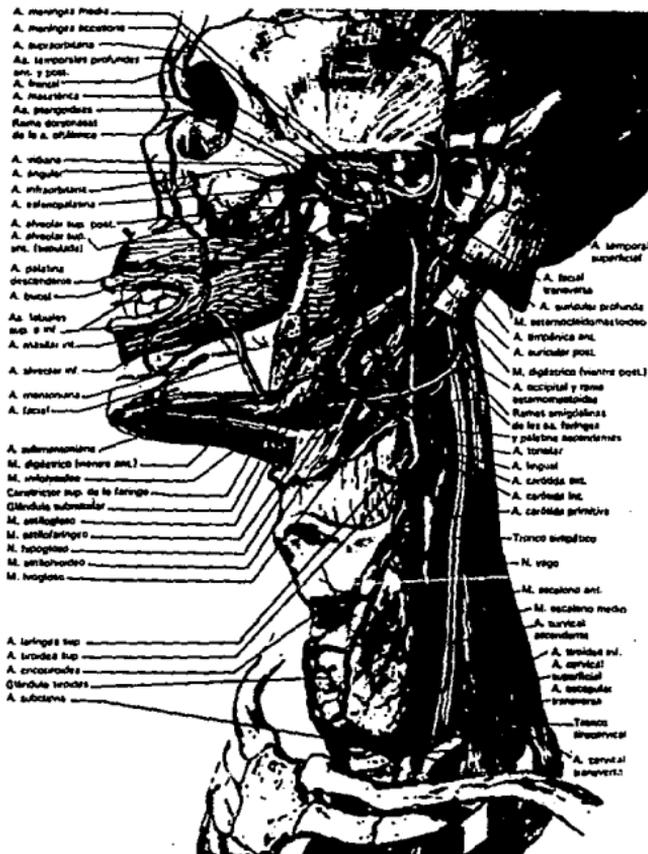


fig. 1.4a

<sup>3</sup>KRUGER, Cirugía Bucal y Maxilofacial, Ed. Panamericana, pag. 36-37



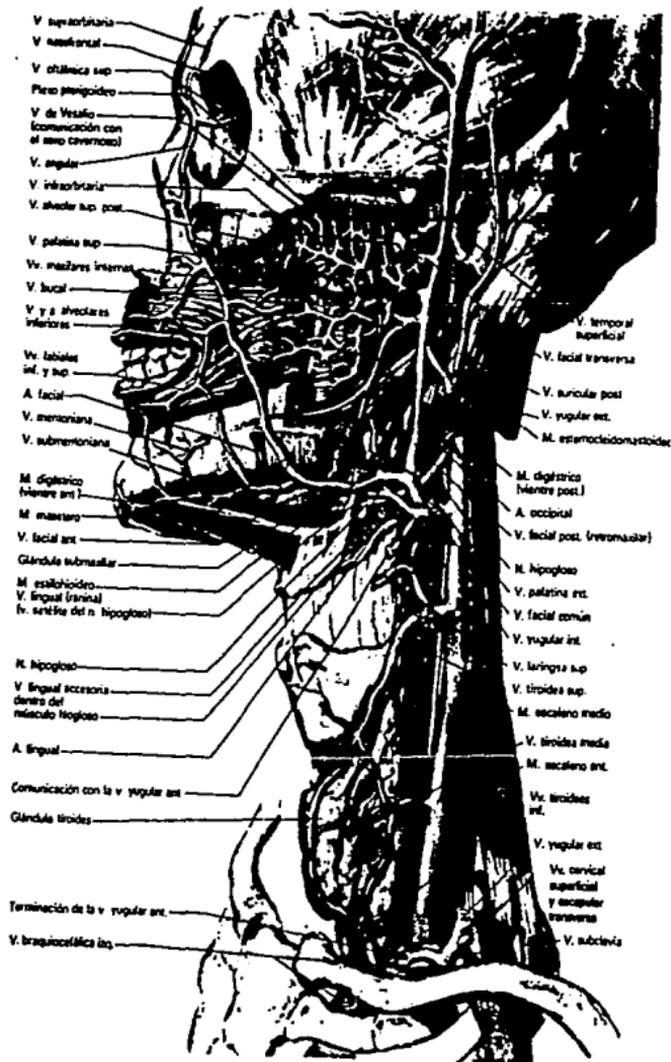


fig. 1.4c

## 1.5 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 tres a seis los cuales se encuentran situados en la celda submaxilar (fig. 1.5a).

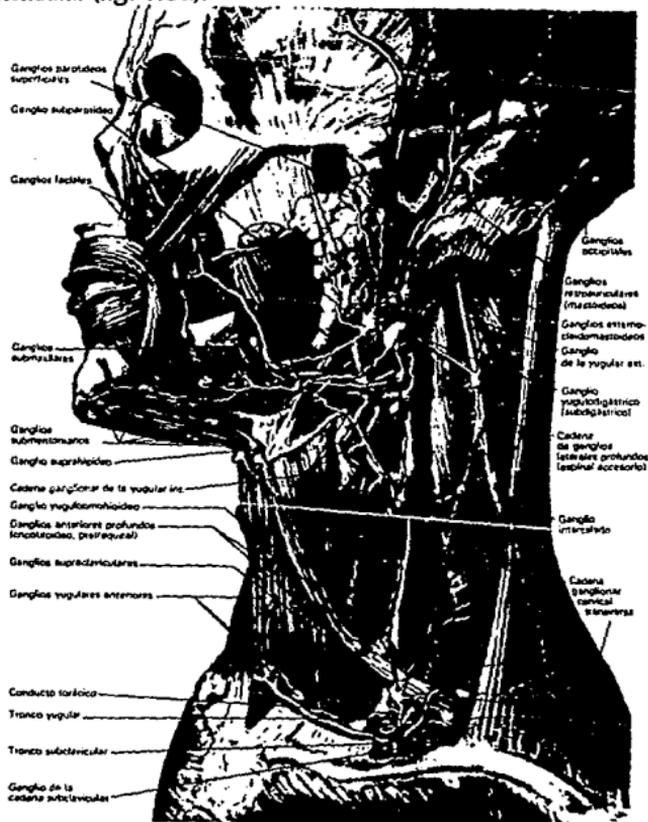


fig. 1.5a

## 2. GENERALIDADES DEL 3er. MOLAR INFERIOR RETENIDO

### 2.1 DEFINICIONES

ORGANO DENTARIO RETENIDO.- Es aquel que no ha erupcionado al plano de oclusión y que ya ha concluido su posible desarrollo, es afuncional y posible foco de Infección (fig. 2.1a).

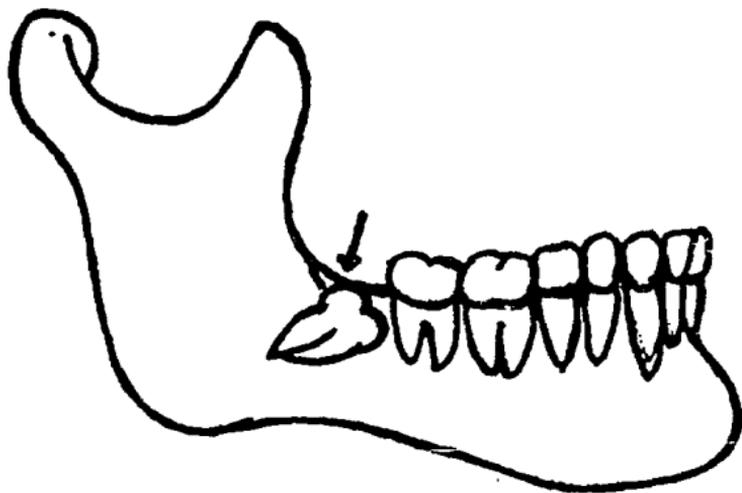


fig. 2.1a

**RETENCION COMPLETA.**- Cuando no es visible en la mucosa (fig. 2.1b).

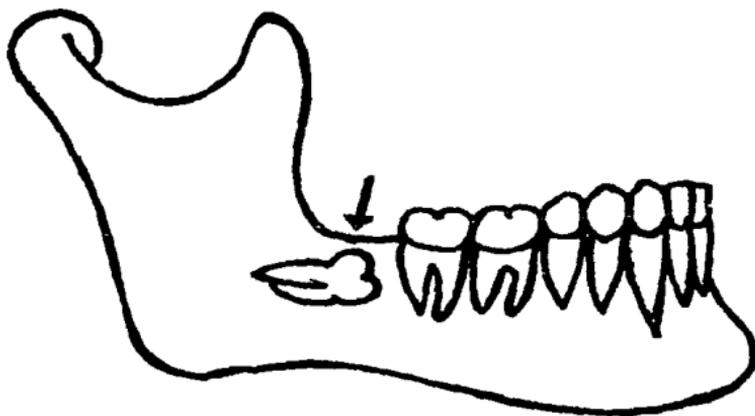


fig. 2.1b

**RETENCION PARCIAL.**- Cuando parte de la corona es visible en la mucosa.<sup>4</sup>

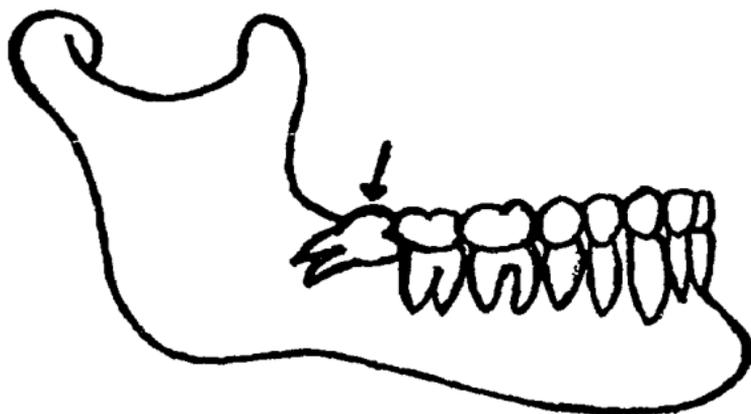


fig. 2.1c

<sup>4</sup>H.H. Horch, Cirugía Odontocestomatológica, pag. 169

## 2.2 ETIOLOGIA

Existen factores que influyen en la retención de un órgano dentario como:

\*Dieta blanda y refinada: Lo que no permite el desarrollo normal del maxilar y la mandíbula.

\*Razones embriológicas del germen dentario: la ubicación especial de un germen dentario en un sitio muy alejado del de normal erupción, por razones mecánicas, el órgano dentario originado por tal germen está imposibilitado de llegar hasta el borde alveolar.

\*Obstáculos mecánicos: Que pueden interponerse a la erupción normal.

a) Falta de espacio: El germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre una pared inextensible ( cara distal del segundo molar ) y la rama de la mandíbula. Una vez completada la calcificación del órgano dentario, si el maxilar y la mandíbula son de dimensiones reducidas, no tiene lugar para su erupción normal.

b) Hueso condensado: Cuando existe condensación excesiva, esta no puede ser vencida en el proceso de la erupción (enostosis, osteítis condensante y osteoesclerosis).

c) Malposiciones dentarias: Pueden ser por órganos dentarios vecinos que por extracción prematura de los temporales, han acercado sus coronas y con ello impiden la erupción.

d) Elementos patológicos: Como órganos dentarios supernumerarios, y tumores odontogénicos (odontomas), generalmente los compuestos. También por hábitos adquiridos o contracciones espasmódicas, que se efectúan en los movimientos mímicos, tics y otras modalidades gesticulatorias, que producen un exceso de presión externa, que no son igualmente compensadas por la presión interna, como la de la lengua. Lo que lleva a un desequilibrio en la posición de los órganos dentarios; y en la infancia es capaz de perturbar el crecimiento y detener el desarrollo de maxilar y mandíbula. Los quistes dentígeros no permiten la erupción normal.

e) Enfermedades endocrinas: Todas las que están ligadas al metabolismo del calcio. Los síndromes que presentan anomalías de la erupción dentaria.<sup>5</sup>

### 2.3 PATOLOGIAS A LAS QUE PUEDE DEGENERAR UN ORGANO DENTARIO RETENIDO:

- \* Infecciones Agudas
- \* Quistes
- \* Tumores<sup>6</sup>

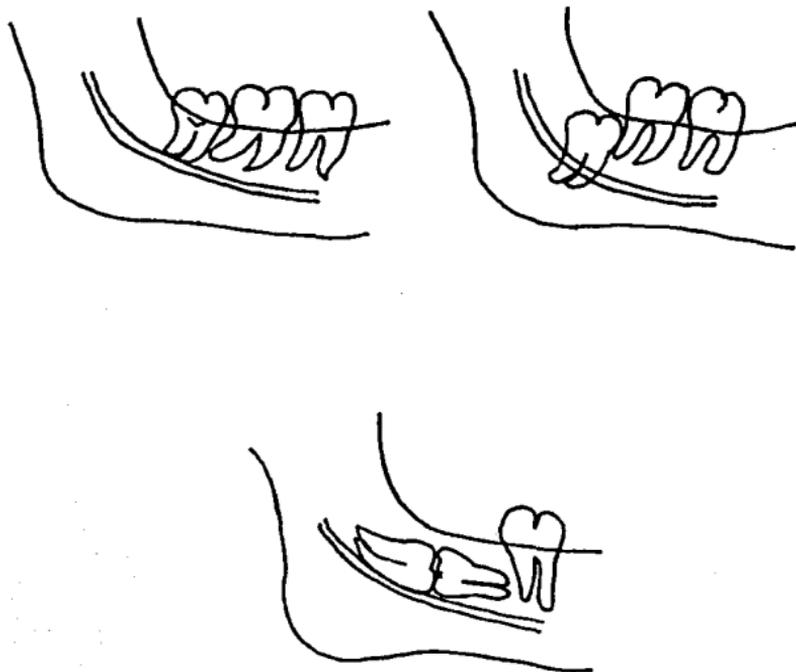
---

<sup>5</sup>Ries Centeno, Cirugía Bucal

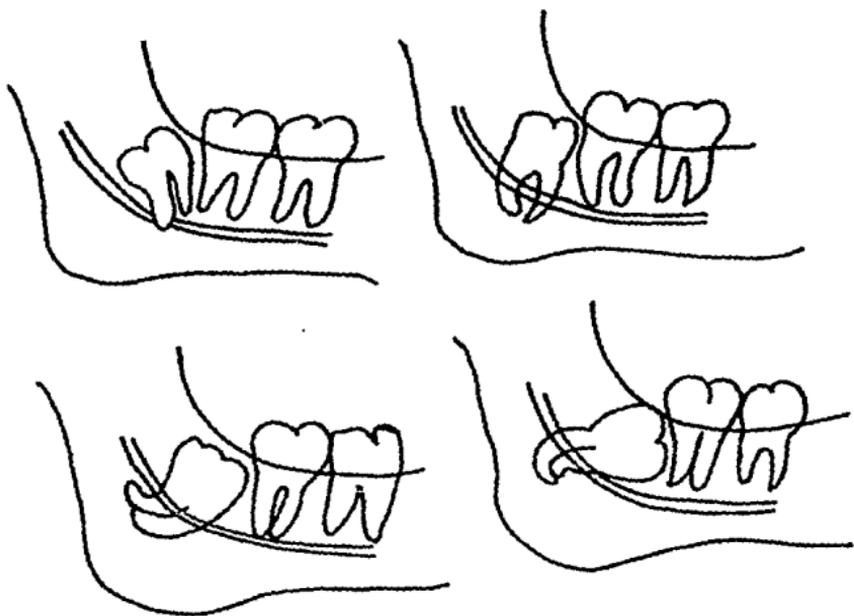
<sup>6</sup>H.H. Horch, Cirugía Odontocestomatológica, pag.169-171

## 2.4 VARIEDADES TOPOGRAFICAS

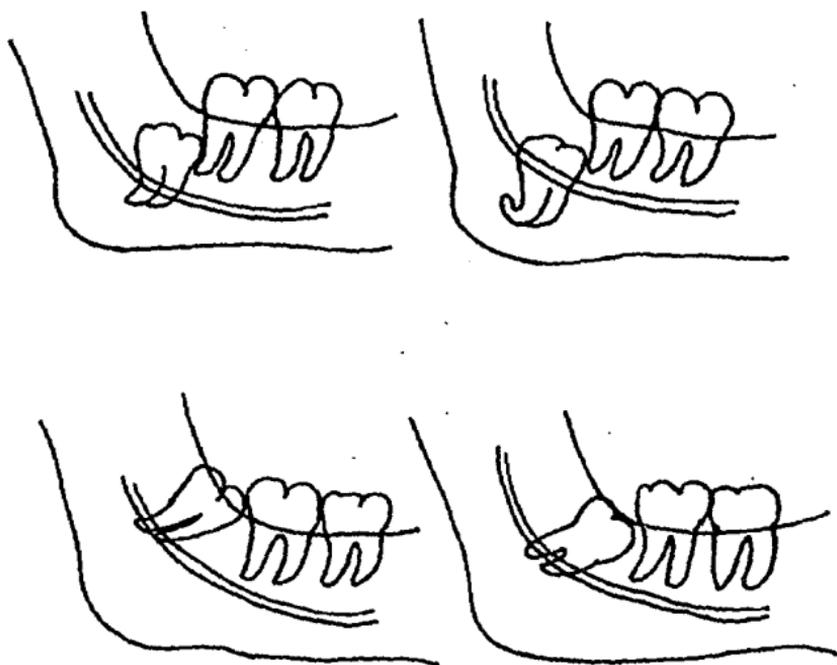
Los terceros molares retenidos se presentan en las más variadas posiciones, las que trataremos de esquematizar de la siguiente forma: (figs. 2.4a; 2.4b; 2.4c; 2.4d; 2.4e)



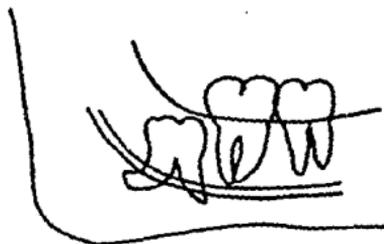
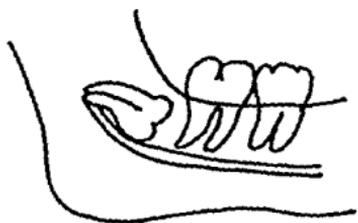
figs. 2.4a



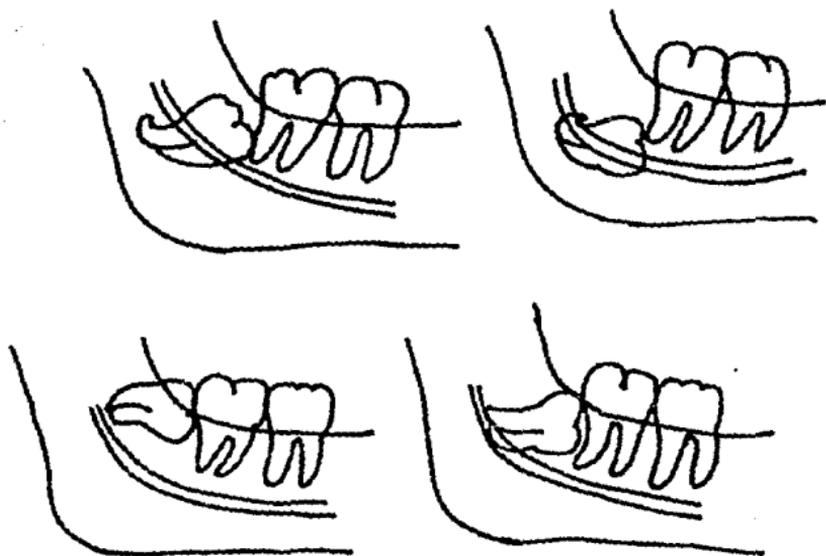
figs. 2.4b



figs. 2.4c



figs. 2.4d



figs. 2.4e

### 3. CLASIFICACION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

Existen muchas clasificaciones de terceros molares inferiores retenidos pero utilizaremos la clasificación de Kruger, la cual se basa en la posición del tercer molar en relación al borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar; las clasificaciones son las siguientes: (fig. 3a)

- A) Mesioangular
- B) Distoangular
- C) Vertical
- D) Horizontal
- E) Vestibuloversión
- F) Linguoversión
- G) De bajo nivel oclusal<sup>7</sup>
- H) De alto nivel oclusal<sup>7</sup>

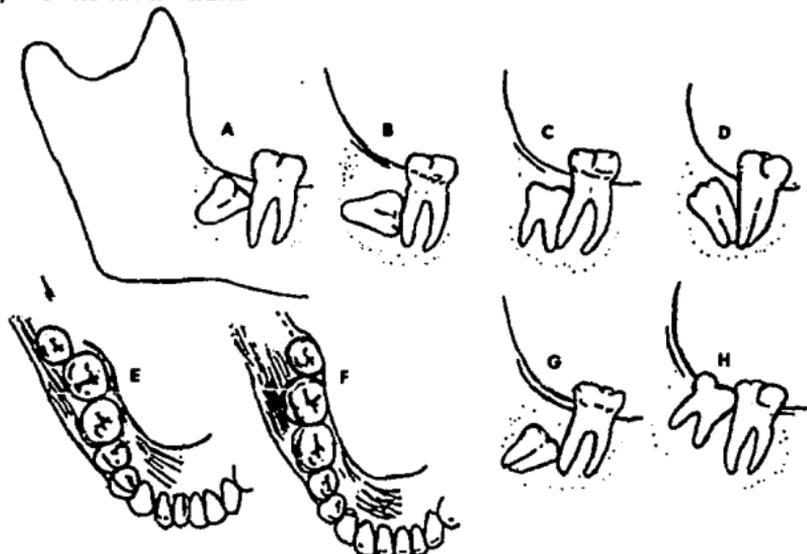


fig. 3a

<sup>7</sup>Kruger, Cirugía Bucal y Maxilofacial, pag. 83-84

## 4. PREOPERATORIO.

### 4.1 HISTORIA CLINICA

La anamnesis detallada, nos permite conocer el estado general del paciente, profundizando en el padecimiento actual. Esta se complementa con la exploración física, los exámenes de laboratorio y gabinete.

Dentro de los estudios de laboratorio están los siguientes:

- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- HIV y AA.
- Pruebas hemorragíparas.

Dentro del gabinete están los siguientes:

- Ultrasonido.
- Encefalograma.
- Estudios radiológicos.
- Tomografía Axial Computarizada.
- Valoración Cardiovascular Preoperatoria.
- Resonancia Magnética.

Los estudios radiológicos son indispensables, ya que por medio de éstos estableceremos el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Este estudio está comprendido por:

- Radiografía dentoalveolar
- Radiografía oclusal
- Ortopantomografía

Por medio de éste estudio obtendremos datos del órgano dentario retenido como:

- Morfología
- Tamaño
- Posición en relación con las estructuras adyacentes.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup>H.H. Horch, Cirugía Odontostomatológica, pag. 171-172

## 4.2 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Las condiciones óptimas de higiene son un requisito indispensable de la práctica quirúrgica.

El prevenir la infección no está limitado a la esterilización del instrumental, suministros y accesorios solos o al establecimiento de una buena rutina de cambio de apósitos en la clínica o en el consultorio privado.

Es importante reducir los gérmenes patógenos en el ambiente en general.

**Asepsia o Asepsis.-** ( de a- sin, fuera, y el gr. sépsis-podredumbre ). Ausencia de materia séptica; estado libre de infección.// Método de prevenir las infecciones por la destrucción o evitando agentes infectivos, en especial por medios físicos.<sup>9</sup>

**Antisepsia.-** ( de anti- , y el gr. sépsis-podredumbre ). Conjunto de procedimientos y prácticas destinados a impedir la colonización o destruir los gérmenes patógenos, en especial por medios químicos.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, pag. 112

<sup>10</sup>Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, pag. 66

### 4.3 INSTRUMENTAL PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA

- Espejo.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Jeringa, anestésico y aguja.
- Pinza gubla o Alveolotomo.
- Lima para hueso.
- Curetas de Lucas.
- Tijeras para encía.
- Tijeras para sutura.
- Separadores de Farabeú.
- Bisturí.
- Portaagujas.
- Pieza de mano.
- Fresas quirúrgicas.
- Eyector quirúrgico.
- Forceps.
- Elevadores.
- Pinzas hemostáticas.
- Hoja de bisturí núm. 15.
- Sutura.
- Gasas.
- Solución salina isotónica, agua bidestilada.
- Jeringa hipodérmica.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>C.D. Carlos Manuel Gonzalez Becerra

## 5. TRANSOPERATORIO

### 5.1 ANESTESIA.

La cirugía del tercer molar inferior requiere del bloqueo del nervio dentario inferior.

**Referencias:** La espina de Spix está situada a media altura de la rama, ascendente a distancia media del borde anterior y del posterior y a 1 cm. por encima del plano oclusal de los molares.

Por la palpación se debe reconocer el borde anterior de la rama ascendente, el borde externo y el borde interno del triángulo retromolar y la saliente del ligamento pterigo-maxilar.

**Técnica:** Se realiza con el anestésico adecuado al paciente, jeringa carpule y aguja de calibre 27 mm.

Se coloca el dedo índice izquierdo ( derecho si el operador es surdo ) sobre la cara oclusal del último molar, con la uña para arriba.

Se desliza la aguja sobre la uña y se introduce en la parte alta del triángulo hasta hacer contacto óseo (fig. 5.1a.1).

Se dirige la punta hacia adentro, para contornear el borde interno del triángulo sin perder contacto óseo (fig. 5.1b, 2 y 3).

En ese momento, se dirige el cuerpo de la jeringa hacia los premolares del lado opuesto, introducir 1,5 cm la aguja, siempre en contacto óseo. Esta debe estar al nivel o un poco por encima de la espina de Spix; y allí se inyecta la solución anestésica

Si el paciente es desdentado, se introduce la aguja 1 cm. por encima del dedo puesto sobre el triángulo.

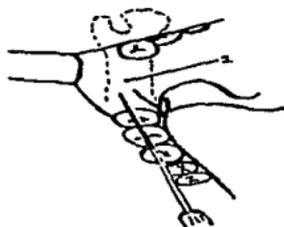


fig. 5.1a

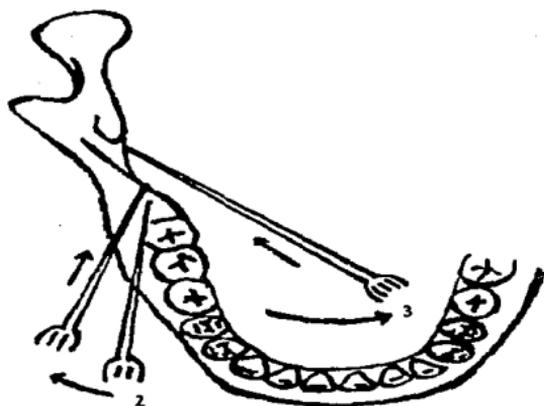


Fig. 5.1b

Es reforzado con el bloqueo del nervio bucal largo.

Referencia: El orificio del conducto de Sténon ( fig. 5.1c. a )

Técnica: Se introduce la aguja 1 cm. hacia atrás y 1 cm. por debajo de la saliente del orificio del conducto de Sténon; profundizando 1 cm. mientras se va inyectando el anestésico ( fig. 5.1c.b ).

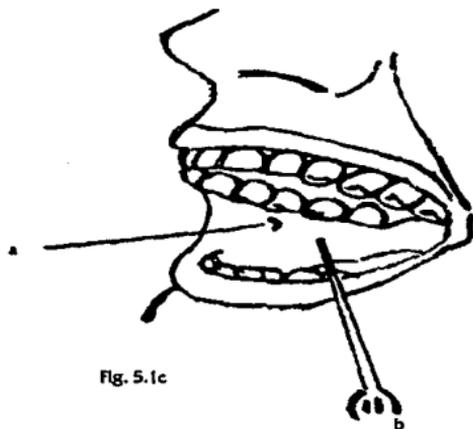


Fig. 5.1c

## 5.2 INCISION

Para ello utilizamos el bisturí con hoja del núm. 15, y debe incidirse de atrás hacia adelante, y de una sola intención.

**Tipos de Incisión:**

- Winter.
- Magnum.

El colgajo debe reunir las siguientes características:

- Lo suficientemente grande para permitir una perfecta visualización y buen acceso .
- De base amplia, para asegurar la vascularización.
- Los márgenes no deberán tener ángulos rectos.
- Debe ser mucoperiostico.
- Si es necesario una incisión vertical, está se llevará acabo en el área interproximal.
- Debe efectuarse de forma que, cuando se devuelva a su forma primitiva, los márgenes o bordes descansen sobre hueso sano.

Se coloca el separador adecuado debajo del colgajo, para mayor visualización del campo operatorio.<sup>12</sup>

## 5.3 OSTECTOMIA U OSTEOTOMIA

**Ostectomía.-** ( de osteo-hueso, y del gr. ektomé-esclisión ) Resección de un hueso o porción del mismo.

**Osteotomía.-** ( de osteo-hueso, y del gr. tomé-corte ) Incisión o sección quirúrgica de un hueso.

Se realiza con la pieza de mano y fresa quirúrgica, sin utilizar el agua de la pieza. Irrigamos la zona con solución salina isotónica (agua bidestilada), se emplea el eyector quirúrgico y gasas para mantener seco el campo operatorio.

Se elimina el hueso suficiente para permitir el acceso al órgano dentario con el menor traumatismo posible.

<sup>12</sup>Guralnick Walter C., Cirugía Oral, pags. 84-88

#### 5.4 ODONTOSECCION

Se procede a seccionar la corona del órgano dentario retenido, eliminando así zonas retentivas, por medio de la pieza de mano y fresas quirúrgicas. Irrigando la zona.

Se extraen las partes seccionadas con un elevador recto.

#### 5.5 EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Se extrae el resto del órgano dentario retenido, con un elevador de bandera o el forceps según sea el caso. Se examina el órgano dentario para asegurarse que no hayan quedado restos en el alvéolo.

#### 5.6 TRATAMIENTO DEL ALVEOLO

Una vez extraído el órgano dentario retenido, retiramos los remanentes de tejido blando del alvéolo ( tejido de granulación, folículo de erupción ). Se eliminan los bordes filosos del alvéolo con la lima para hueso, y se irriga con solución salina isotónica ( agua bidestilada ).

Se devuelve el colgajo a su posición normal y se ejerce un poco de presión con la yema de los dedos, para reforzar la salida de aire y sangre; siendo esto importante para evitar la inflamación y la hemorragia post-operatoria.

## 5.7 SUTURA

Los materiales de sutura se dividen en:

### Materiales Reabsorbibles

- Catgut.
- Polilactida.
- Poliglactida.

### Materiales Sintéticos

- Poliéster
- Poliamidas

### Materiales no Reabsorbibles

- Seda negra .
- Hilo de algodón.
- Metales.

### Materiales naturales

- Seda
- Catgut

Las suturas se dividen en :

- Traumática
- Atraumática.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup>Kruger, Cirugía Bucal y Maxilofacial, pag. 34

## 6. POST-OPERATORIO

### 6.1 INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

#### Primer día:

- Colocar compresas de hielo en la zona intervenida por la parte externa, en intervalos de 15 minutos con la compresa por 15 minutos de descanso.
- Reposo con la cabeza en alto.
- No exponerse al calor.
- Dieta blanda, sin irritantes, exenta de grasas, líquida y fría.
- Analgésicos y antibiótico.
- No realizar colutorios.

#### Segundo día:

- Compresas de agua caliente, en la zona intervenida por la parte externa, en intervalos de 15 minutos por 15 de descanso.
- Colutorios de agua tibia con sal.
- Retiro de los puntos de sutura a los ocho días, y revisión de la cicatrización de la herida.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup>C.D. Carlos Manuel Gonzalez Becerra y C.D. Rocío Fernández

## 6.2 COMPLICACIONES

### Intraoperatorias

En órganos dentarios:

- Fractura de órganos dentarios.
- Iatrogenias a órganos dentarios contiguos o antagonistas.

En tejidos blandos:

- Hemorragias.
- Enfisemas.

En nervios:

- Laceraciones.

En hueso:

- Hemorragias de vasos sanguíneos óseos.
- Fractura de mandíbula.
- Luxación de la Articulación Temporomandibular.

Por instrumentos quirúrgicos:

- Fractura de fresas.
- Fractura de agujas.
- Aspiración de fragmentos de instrumental y del órgano dentario.

### Post-operatorias

- Infecciones de tejidos blandos.
- Infecciones óseas.
- Hemorragias.
- Hematomas.
- Necrosis de la mucosa.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>H.H. Horch, Cirugía Odontostomatológica, pag 183-188

## 7. BIBLIOGRAFIA

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas,  
Editorial Salvat.

Dorian, Dicc. de Ciencias Médicas,  
Editorial "El Ateneo", Edición 4a., Tomo I y II.

C.D. Fernández Rocío, Apuntes.

Ginestet G., Cirugía Estomatológica y Maxilo-Facial,  
Editorial Mundl, Edición 1967.

C.D. González Becerra Carlos Manuel, Apuntes

Guralnick Walter C., Cirugía Oral,  
Editorial Salvat.

Horch H.H., Cirugía Odontoestomatológica,  
Editorial Masson-Salvat Odontología, Edición 1992.

Kruger O. Gustav, Cirugía Buco-Maxilofacial,  
Editorial Panamericana, Edición 5a.

Netter H. Frank, Colección Ciba de Ilustraciones Médicas,  
Editorial Salvat.

Ries Centeno, Cirugía Bucal  
Editorial "El Ateneo", Edición 9a.

Rouvière, Compendio de Anatomía y Disección,  
Editorial Salvat, Edición 3a.

Soichiro Asanami/ Yasunori Kasazaki, Extracción del Tercer Molar,  
Editorial Doyma, Edición 1992.