

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**TECNICAS QUIRURGICAS DE TERCEROS  
MOLARES RETENIDOS**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**Cirujano Dentista**  
P R E S E N T A:

*Dr. Felipe Guadarrama Urióstegui*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

## TECNICAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS

I .-	INTRODUCCION _____	Pág. 1
II.-	GENERALIDADES ANATOMICAS DE LOS MAXILARES _____	Pág. 3
III.-	DEFINICION DE RETENCION Y ETIOLOGIA _____	Pág. 11
IV.-	CLASIFICACION DE TERCEROS MOLARES RETENIDOS _____	Pág. 14
V.-	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES _____	Pág. 25
VI .-	PREOPERATORIO HISTORIA CLINICA _____	Pág. 27
	EXAMENES DE LABORATORIO _____	Pág. 30
	ESTUDIO RADIOGRAFICO _____	Pág. 33
VII .-	INSTRUMENTAL _____	Pág. 37
VIII. -	TECNICAS QUIRURGICAS TECNICAS DE ANESTESIA _____	Pág. 42
	EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES _____	Pág. 46
	EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES INFERIORES _____	Pág. 49
IX .-	TRATAMIENTO POSTOPERATORIO Y COMPLICACIONES _____	Pág. 70
X.-	CONCLUSIONES _____	Pág. 78
XI .-	BIBLIOGRAFIA _____	Pág. 82

## I.- INTRODUCCION.-

La cirugía bucal ha sido descrita como la parte de la odontología que se ocupa del diagnóstico y los tratamientos quirúrgicos y medicamentosos de las enfermedades, lesiones y deficiencias de los maxilares del ser humano y estructuras asociadas.

Es la más antigua especialidad reconocida, muchos de sus actos quirúrgicos pueden ser realizados por el dentista de práctica general.

Sin duda, uno de los problemas más frecuentes es, la patología correspondiente a los terceros molares retenidos que, además de las alteraciones crónicas de este órgano, ocasiona alteraciones de las partes vecinas produciendo desde la más leve inflamación hasta complicaciones dolorosas e infecciones que involucran al paciente en su indispensable función masticatoria.

Así pues, he hecho todo lo posible para complementar lo adecuado y poder efectuar una técnica quirúrgica para los terceros molares retenidos.

En esta tesis, trataremos las diferentes técnicas quirúrgicas para la extracción de los terceros molares que actualmente se llevan a cabo en cada una de las variadas posiciones que guardan estos órganos.

Esperando que todo éste material sirva de algo al dentista de práctica general, a toda aquella persona que se interese por éste aspecto de la cirugía bucal; daremos paso al siguiente capítulo de mi tesis.

## GENERALIDADES ANATÓMICAS DE LOS MAXILARES.-

**MAXILAR SUPERIOR.-** Forma parte de los huesos de la cara, su forma es cuadrangular y aplenado de fuera a dentro.

Para su estudio presenta dos caras, que son la interna y la externa; cuatro ángulos, dos superiores y dos inferiores, y por último presenta una cavidad o seno maxilar.

**Cara Interna :** En su cuarta parte inferior sobresale una saliente horizontal, de forma cuadrangular, que es la apófisis palatina; la cuál es más o menos plana, y tiene una cara superior lisa, que forma parte del piso de las fosas nasales; y otra inferior rugosa formando gran parte de la bóveda.

Su borde externo está unido al resto del maxilar, en tanto que el interno muy rugoso, hacia atrás se adelgaza y se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde termina en una prolongación anterior formando una especie de espina, la cuál, al articularse con la del otro maxilar forma la espina nasal anterior.

El borde anterior de la apófisis palatina es cóncavo por arriba, y forma parte del orificio anterior de las fosas nasales.

Su borde posterior se articula con la parte horizontal del palatino.

Por detrás de la espina nasal anterior, a nivel del borde anterior, se encuentra un surco que, con el del otro maxilar, forma el conducto palatino anterior; por el cuál pasa el nervio esfenopalatino y una rama de la arteria esfenopalatina.

La cara interna del maxilar está dividida por la anósis palatina, en una porción inferior que forma parte de la bóveda palatina, y está cubierta por la fibrosa palatina. La superior es más ancha y presenta rugosidades en las que se articulan la rama vertical del palatino.

Más adelante se encuentra el orificio del seno maxilar o seno de Higmore; por delante de éste, encontramos el canal nasal, cuyo borde anterior se halla litéado por la anósis ascendente del maxilar superior.

Cara externa: Por encima del lugar de implantación de los incisivos, observamos la foseta piriforme, donde se inserta el músculo piriforme; esta foseta está litéada posteriormente por la eminencia o giba canina, y por detrás y arriba de esta eminencia sobresale la anósis piramidal.

Esta apófisis presenta una base con la que se une al resto del hueso, un vértice que se articula con el hueso malar, una cara superior que es plana, forma parte del piso orbital y lleva un canal que penetra en la pared, llamado conducto suborbitario.

En la cara anterior se abre un agujero que es el suborbitario por donde sale el nervio del mismo nombre.

De la pared inferior del canal suborbitario salen unos conductillos que van a terminar en los alvéolos destinados al canino y a los incisivos, y son los conductos dentarios anteriores.

La cara posterior es convexa, por dentro corresponde a la tuberosidad del maxilar y por fuera a la fosa cigomática, en ésta cara se encuentran los agujeros dentarios posteriores, por donde nacen los nervios dentarios posteriores.

Bordes.-

Anterior : Abajo presenta la parte anterior de la apófisis nasatina con la espina nasal anterior. Arriba muestra una escotadura que al unirse con la del lado opuesto forma el orificio anterior de las fosas nasales; y más arriba se encuentra el borde anterior de la apófisis ascendente.



**Borde Posterior :** Constituye la tuberosidad del maxilar su parte superior es liza, y forma la pared anterior de la fosa pterigomaxilar, y en su porción más alta recibe a la anósis orbitaria del esfenoidal.

En su parte baja se articula con la anósis piramidal del esfenoidal y con el borde anterior de la anósis pterigoides.

**Borde Superior :** Forma el límite interno de la pared inferior de la órbita y se articula de delante atrás, primero con el unguis, después con el etmoides y atrás con la anósis orbitaria del esfenoidal.

**Borde Inferior :** Llamado borde alveolar, contiene una serie de cavidades cónicas o alvéolos dentarios, donde se alojan las raíces de los dientes.

**Ángulos .-**

Del ángulo anterosuperior se resalta la anósis ascendente del maxilar superior, se ensancha en su base confundiéndose con el hueso que la articula.

Su extremidad superior se articula con la anósis orbitaria interna del frontal. La cara interna de ésta anósis forma parte de la pared externa de las fosas nasales; mientras la externa presenta la cresta ligamental anterior, por delante de ésta se inserta el músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior.

Estructura .-

La parte anterior de la anófnis palatina, la base de la anófnis ascendente y el borde alveolar, están formados por tejido esponjoso, el resto se halla constituido por tejido compacto.

En el centro del hueso se encuentra una gran cavidad que es el seno maxilar o seno de Higore, en forma de pirámide cuadrangular, de base interna y vértice externo.

## MAXILAR INFERIOR .-

Se divide en un cuerpo y dos ramas .

Cuerpo : Tiene forma de herradura, se distinguen dos caras y dos bordes. La cara anterior lleva en la línea media una cresta vertical denominada apófisis mentoniana. Su parte inferior es la eminencia mentoniana, hacia afuera y atrás se encuentra el orificio mentoniano.

Más atrás se observa una línea que parte del borde anterior de la rama vertical, y termina en el borde inferior del hueso, denominada línea oblicua externa, donde se inserta el músculo triangular de los labios, el cutáneo del cuello y el cuadrado de la lengua.

Cara Posterior : Presenta cerca de la línea media cuatro tubérculos que son las apófisis geniales; los superiores sirven de inserción a los músculos geniopterosos, y los inferiores a los geniohioideos.

Partiendo del borde anterior de la rama vertical se encuentra la línea oblicua interna o geniohioidea, que termina en el borde inferior de ésta cara.

Por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua se encuentra la foseta sublingual que aloja a la glándula del mismo nombre, y más afuera se observa la foseta para la glándula submaxilar.

Bordes .-

El borde inferior lleva dos fosetas situadas una a cada lado de la línea media donde se inserta el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar presenta los alvéolos para las raíces de los dientes.

Ramas .-

Son las ramas derecha e izquierda.

Son ramificadas transversalmente y de forma cuadrangular, su eje mayor está dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás.

Cara Externa : Sobre su parte inferior se inserta el músculo masetero.

Cara Interna : En su parte media hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde del conducto dentario donde se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores.

El borde anteroinferior lo forma una saliente triangular llamada espina de Spix donde se inserta el ligamento esfenocaxilar. En la parte inferior y posterior de la cara interna, una serie de rugosidades sirven de inserción al músculo terigoideo interno.

El borde anterior está dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante, y forma el lado externo de la hendidura vestibulocigomática.

El borde posterior es lizo y obtuso y esta en estrecha relación con la glándula parótida.

El borde superior posee una amplia escotadura, llamada escotadura sigmoidea, situada entre la arófisis coronoidea por delante, y el cóndilo del maxilar inferior por detrás.

El cóndilo es de forma elipsoidal, aplastado de delante atrás, pero con eje mayor dirigido algo oblicuamente hacia sus ejes, se articula con la cavidad glenoidea del temporal.

El borde inferior se continúa con el mismo borde del cuerno; por detrás al unirse con el posterior, forma el ángulo del maxilar inferior llamado también gónion.

#### Estructura .-

Esta formada por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido conectivo que se adelgaza considerablemente a nivel del cóndilo.

## DEFINICION DE RETENCION Y ETIOLOGIA .-

El término retención implica que el diente no puede hacer erupción quedando bloqueado en su erupción normal y de ésta manera reteniéndose dentro de los maxilares.

La retención se puede referir a otro diente, o por hueso, que impida la erupción de éste o también por el mismo diente que durante el curso de desarrollo ha tomado una posición poco común, y adopta una postura anormal dentro del arco dentario.

Los dientes retenidos o incluídos son aquellos que quedan dentro de los maxilares o de la mandíbula, o bien en sus tejidos blandos cuando ha llegado el tiempo normal de erupción y que han conservado íntegro su saco periodontario fisiológico.

La etiología se basa de acuerdo a diferentes puntos de vista que son :

Embriológicamente : Esta retención es debida a que las piezas dentarias han sufrido una alteración en la angulación del germe dentario por lo que el diente en el momento de erupcionar, hace contacto con la pieza vecina impidiéndole así su salida normal.

Anatómicamente : Esto se debe que el maxilar inferior en su evolución, presenta disminución del rebaje alveolar.

Mecánicamente : Se manifiesta por falta de espacio, ya que el germen del tercer molar inferior debe desarrollarse entre la cara distal del segundo molar que es inextensible y la rama ascendente de la mandíbula.

Cuando los dientes vecinos se acercan a un órgano dentario por la extracción prematura del diente temporal es también un obstáculo mecánico para la erupción del diente permanente que toma contacto con las raíces de los dientes vecinos.

Existen también causas patológicas locales y generales. Dentro de las primeras, tenemos dientes supernumerarios, tumores odontogénicos, quistes dentígeros, ya que éstos últimos tienden a envolver su corona y por otra parte rechaza al diente y éste impide que a erupción sea normal.

La densidad de hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas continuadas con su resultado, una membrana mucosa muy densa, falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención de los dientes primarios, pérdida prematura de la dentición primaria, enfermedades adquiridas tales como : necrosis, debida a infección o abscesos; cambios inflamatorios en los huesos por enfermedades sistémicas en los niños.

Dentro de las causas generales tenemos los trastornos relacionados con padecimientos endocrinos y sistémicos. Las enfermedades ligadas al metabolismo del calcio ( raquitismo y enfermedades que le son propias ) también tienen influencia sobre dicha retención.

Las causas sistémicas de retención son :

a) Causas Prenatales

- \* Herencia
- \* Mezcla de Raza

b) Causas Perinatales

\* Son todas aquellas causas que pueden interferir con el desarrollo del niño.

- \* Tuberculosis
- \* Raquitismo
- \* Desnutrición
- \* Sífilis Congénita
- \* Anemias
- \* Disendocrinias

c) Condiciones raras

- \* Disostosis Cleidocraneal
- \* Oxicefalia
- \* Progeria
- \* Acondroplasia
- \* Paladar Fisurado



## CLASIFICACION Y POSICIONES MAS COMUNES EN LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS .-

Los terceros molares presentan una gran variedad de formas, anomalías y disposición, y de éstas son los terceros molares inferiores los que presentan mayor problema a diferencia de los superiores.

En algunos casos, llega a tener una forma nacida al segundo molar y en ciertos casos es atípico; también no es raro el caso de ausencia congénita, así como la presencia de un cuarto molar.

La raza negra debido a su gran mandíbula permite la cómoda erucción de todos sus molares (y aún del cuarto molar).

Los terceros molares ocupan dentro de los maxilares, posiciones diversas, las cuáles quedan dar cabida a una clasificación con fines quirúrgicos.

Así tenemos la primera clasificación que es para los terceros molares superiores retenidos, la cuál se basa en la profundidad del diente retenido en el hueso no importando su posición.

### CLASE I .-

a) La parte más sobresaliente de la corona del diente está por encima o a nivel del plano oclusal.

b) La parte más sobresaliente del diente se encuentra a nivel del plano o más abajo sin cruzar la línea cervical.

c) La parte más sobresaliente de la corona del diente retenido se encuentra al mismo nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar.

#### CLASE II .-

Va de acuerdo al eje longitudinal del diente incluido con el del adyacente. La parte más sobresaliente de la corona se encuentra a nivel de la línea cervical o más abajo sin alterar la posición, pudiéndose encontrar en posición vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, invertida, etc.

#### CLASE III Y CLASE IV .-

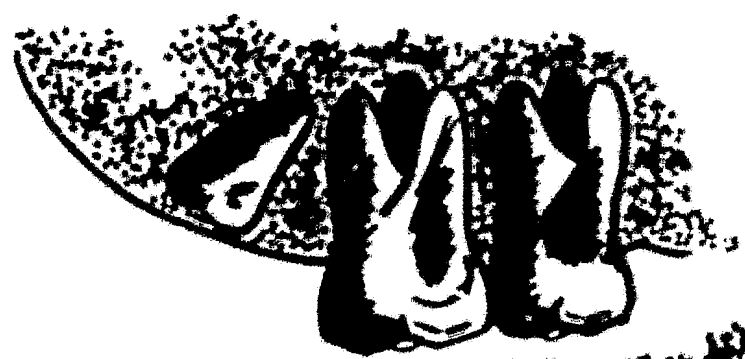
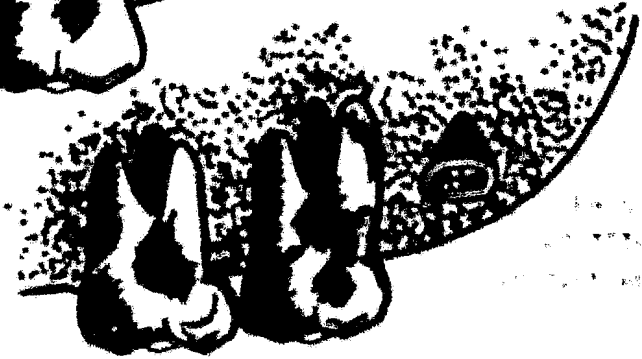
Se toma en consideración al seno maxilar, así tenemos que la clase III y la clase IV, las vamos a encontrar con aproximación o sin aproximación al seno maxilar.

#### CLASE V .-

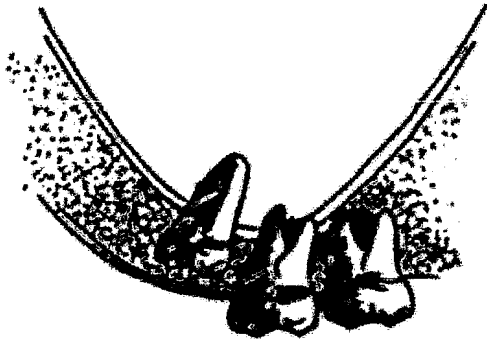
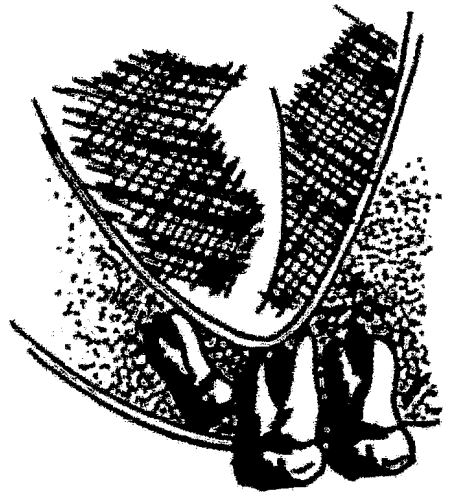
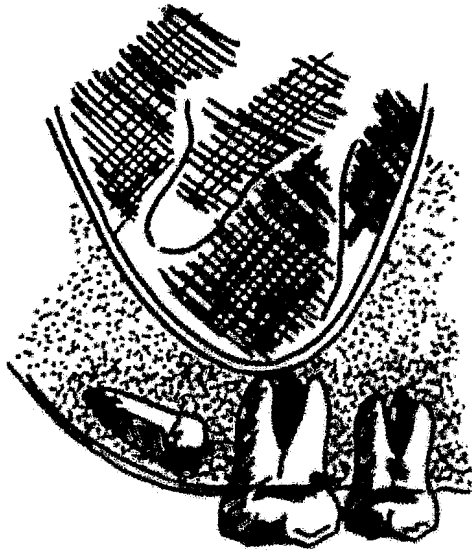
Tenemos todos los terceros molares que se encuentran dentro del seno maxilar.

Teniendo la clasificación anterior, daré a continuación la clasificación para los terceros molares retenidos, según George Winter.





Class III



Este gran autor se basó para su clasificación en cuatro puntos esenciales que son :

- 1.- La posición de la corona
- 2.- La forma radicular
- 3.- La naturaleza de la osiestructura que rodea al molar retenido.
- 4.- La posición del tercer molar de acuerdo con el segundo molar.

**POSICION VERTICAL :** El eje longitudinal del diente incluido es paralelo al eje mayor del segundo molar.

La cara mesial puede estar en contacto o no con la cara distal de la corona o raíz del segundo molar.

**POSICION HORIZONTAL :** El eje mayor del diente incluido es perpendicular al eje mayor del segundo molar, y su cara oclusal generalmente mira hacia abajo.

La cara distal del segundo molar casi siempre tiene un punto de contacto con la corona o raíz del tercer molar.

**POSICION MESIOANGULAR :** El eje longitudinal del tercer molar incluido forma con el eje mayor del segundo molar un ángulo variable, está dirigido hacia el segundo molar.

POSICION DISTOANGULAR .-

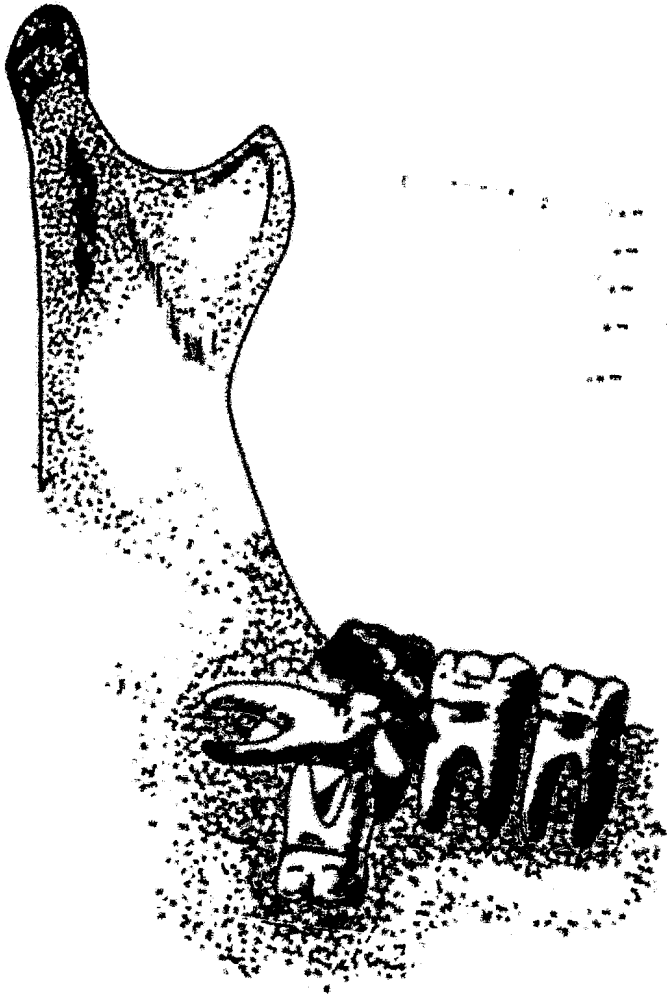
El eje longitudinal del diente retenido, forma -  
un ángulo variable con el eje mayor del segundo molar,  
y su corona está dirigida hacia la rama ascendente.

POSICION INVERTIDA .-

La corona del molar retenido está dirigida hacia  
el borde inferior de la mandíbula y sus raíces hacia -  
su cavidad bucal.

POSICION BUCDANGULAR

POSICION LINGUANGULAR.





### Clasificación de Pell y Gregory .-

Esta clasificación se basa de acuerdo a la relación del molar retenido con el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

#### CLASE I .-

Tenemos todas aquellas relaciones en las cuales el espacio que existe entre la cara distal del segundo molar y el borde de la rama ascendente, es mayor que el tamaño de la corona del tercer molar, teniendo en éste caso suficiente espacio para hacer su correcta erupción.

#### CLASE II .-

El diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar retenido, es mayor que el diámetro que existe entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.

#### CLASE III .-

En esta clase, todo o la mayor parte del molar retenido se encuentra ubicado dentro de la rama ascendente del maxilar inferior.

#### Profundidad relativa del tercer molar en el hueso .-

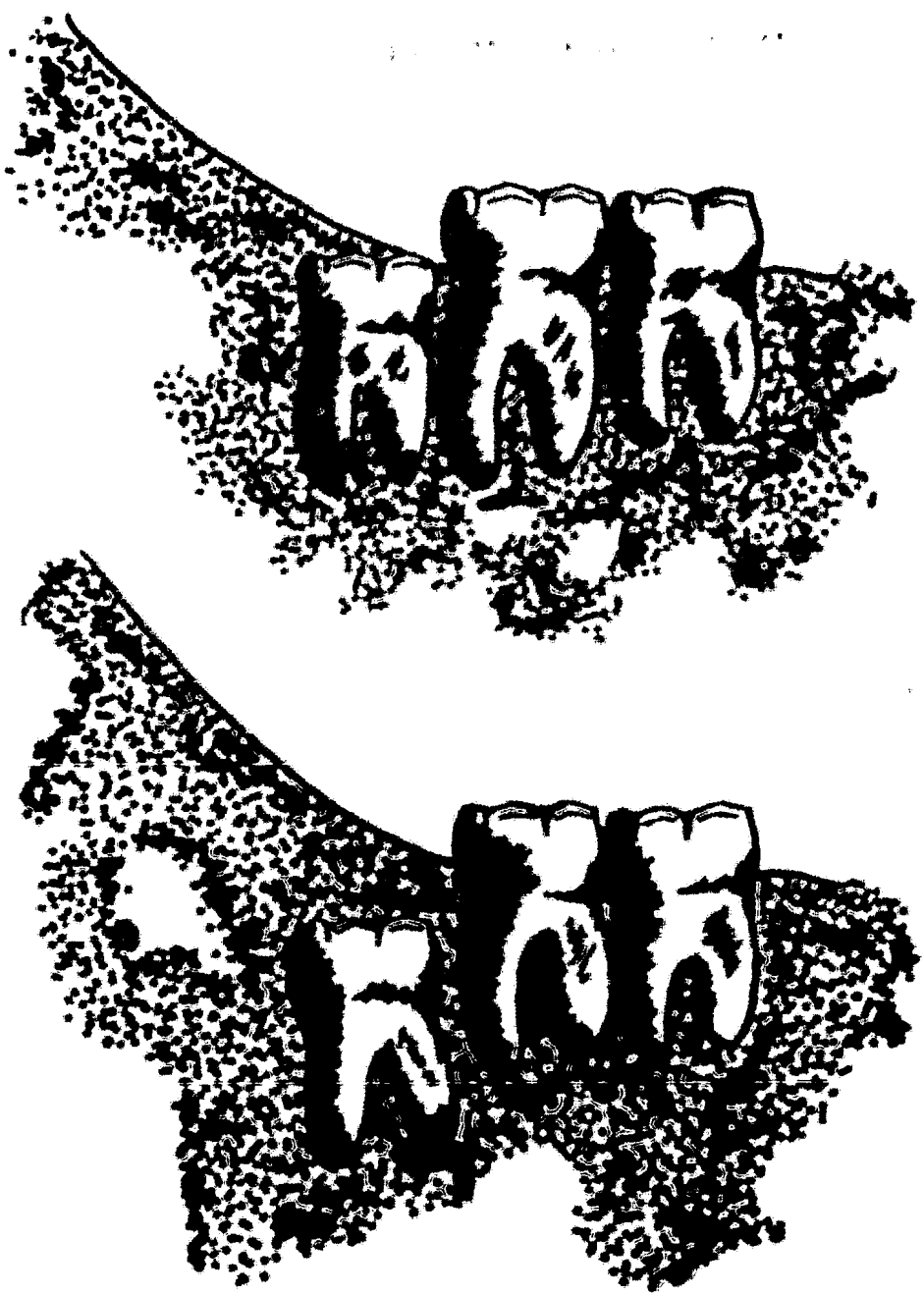
Estos autores, considerando la relación de altura entre la cara triturante del tercer molar y la cara triturante del segundo, estudian tres posiciones que a continuación expongo :

a) La parte más alta de la zona es el punto de salida de la corriente de agua que se forma en la zona de la boca y que se dirige hacia el exterior. Este punto de salida es el punto de salida de la corriente de agua que se forma en la zona de la boca y que se dirige hacia el exterior.



Fig. 1. Vista superior de la mandíbula.

Figure 1. (a) and (b) showing the effect of the



## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES .-

Dentro de las indicaciones que encontramos para la extracción de los terceros molares retenidos se encuentran los siguientes casos :

1.- Desproporción entre las dimensiones de los maxilares y la mandíbula en relación con la de los dientes; esto ocasiona una mal oclusión.

2.- En tratamientos ortodónticos asociados con espina - viento de los dientes. La extracción debe practicarse cuando las raíces han alcanzado las dos o tres cuartas partes de su desarrollo.

3.- Cuando constituye un obstáculo para la erupción normal del segundo molar.

La causa es la formación precoz del tercer molar cuando la mandíbula no ha alcanzado suficiente desarrollo para alojarlo, de manera que oprime sobre el segundo molar y lo inclina.

4.- Erupción parcial y criptodóntica

Es cuando la erupción del tercer molar es incompleta y cuando existe un opérculo sobre la corona y éste llega a infectarse.

5.- Cuando el tercer molar está comprimiendo el nervio dentario inferior.

6.- Cuando hay formación de quistes, que pueden ser dentígeros los cuales se encuentran encerrando la corona, o paradonticos, desarrollados en el lado distal del diente.

7.- Caries e infección perianical.

Contraindicaciones .-

Es muy importante tener en cuenta el estado general del paciente, por eso es muy indispensable la historia clínica del paciente, ya que como cualquier cirugía se corren riesgos por eso que existen ciertas contraindicaciones para la extracción de éstos órganos tales como :

Contraindicaciones Locales .-

Infecciones gingivales agudas, pericoronitis aguda, sinusitis maxilar aguda, la extracción en zonas con procesos malignos.

Contraindicaciones Generales .-

Enfermedades cardíacas, reumatismo cardíaco, discrasias sanguíneas tales como : leucemias, leucopenia, úlcera hemorrágica, hemofilia y anemias; diabetes, nefritis, hipertiroidismo, ictericias, osteoclerosis, avitaminosis, aneuplasia e infecciones de las vías respiratorias sólo cuando sea necesario la aplicación de anestesia general.

PREOPERATORIO .-

HISTORIA CLINICA .-

Sin duda el instrumento más valioso y más útil para lograr un buen diagnóstico, para el cirujano oral es también el más sencillo; y se refiere a la elaboración de una buena historia clínica.

El cirujano dentista debe hacer sentir al paciente, que las preguntas que se le están elaborando en una forma científica y discreta, tienen una gran importancia en relación a lo que va a ser sometido y que no se trata sólo de simple curiosidad rutinaria.

Hay que ser suspiñer para lograr del paciente su tendencia de ocultar enfermedades, insistiendo en él la importancia que tiene conocer su estado general de salud para no correr riesgos con las técnicas de cirugía que se van a utilizar.

Una buena historia clínica debe contener los siguientes datos o información.

Después de haber realizado la anamnesis, el siguiente caso será :

Molestia Principal : Se deberán registrar los síntomas presentados por el paciente y su duración.

Padecimiento Actual : Con la descripción que nos hace el paciente de su padecimiento, obtendremos datos muy importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas.

El paciente muy rara vez describe su padecimiento clara y cronológicamente, cómo empezó y cómo ha evolucionado.

Otro tanto pasa con la descripción de los síntomas en lo que respecta a su localización, tipo, región de irradiación, relación con otras funciones, duración, respuestas a las medicinas caseras o prescritas y el estado actual.

Antecedentes .-

El paciente nos debe informar sobre las enfermedades y traumatismos que ha sufrido anteriormente. El cirujano dentista deberá insistir para que el paciente explique detalladamente el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, tratamiento y nombre del médico que lo atiende.

Historia Social y Ocupacional .-

En gran mayoría de casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, es importante o necesario el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente, y de su ocupación, o sea, número y tipos de trabajos, de qué clase es el trabajo actual, si está expuesto a agentes tóxicos, y los signos profesionales, es decir, la ventilación, temperatura e iluminación.

#### Historia Familiar .-

Aquí nos permitimos valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia.

Este punto es de gran importancia para el cirujano oral ya que lo ayuda a llevar el curso del tratamiento favorablemente tanto para el cirujano como para el paciente.

#### Hábitos .-

Esto nos informa del método de vida del paciente; se debe analizar cuidadosamente las comidas que está tomando o que ha tomado. Igualmente la reacción a los antibióticos, sulfonamidas, sedantes u otras medicinas.

Cuando hay alguna duda respecto a la historia obtenida se debe consultar al médico de cabecera para valorar las condiciones físicas del paciente.

#### Exploración Física .-

Esta exploración se debe hacer anotando peso, estatura, temperatura, pulso, respiración y presión arterial. Además debemos incluir la palpación de los ganglios linfáticos de cabeza y cuello y examen de la piel de cara, cuello y manos.

#### Signos Vitales .-

La temperatura, el pulso, la respiración y la presión arterial, son muy importantes no sólo para los propósitos de determinación de anomalías y de asociación de las mismas con posibles afecciones médicas que puedan



influir en la terapéutica, sino también para los propósitos de establecimiento de medidas básicas como puntos de referencia en el caso que pueda plantearse cualquier situación de urgencia en el consultorio.

La presión arterial es el signo más importante ya que es el control del paciente durante urgencias.

Varía con la edad, patología, ejercicio, estado emocional y postura del paciente; y estos factores deberán ser tomados en cuenta durante la valoración de las lecturas de la presión arterial.

#### Exámen Bucal .-

En toda visita de cada paciente, se le deberá hacer un exámen completo de la cavidad oral. Todas las membranas mucosas deberán inspeccionarse, palparse; deberá seguirse un patrón de rutina sistemático, para asegurarse que ninguna superficie bucal sea pasada por alto.

#### Exámenes de Laboratorio .-

Otro método de diagnóstico son los exámenes de laboratorio que son de gran utilidad para el cirujano oral. Entre los exámenes que más utiliza el cirujano bucal, se encuentran las pruebas de coagulación de sangre, químicas sanguíneas, bioquímica hepática, análisis de orina y nivel de glucosa en sangre.

El exámen sistemático que más utiliza el cirujano oral, es el exámen de la sangre y de la orina ya que -

nos pueden revelar muchas veces, estados que puedan complicar el proceso quirúrgico.

El exámen de la sangre debe incluir valor hematocrito y cuenta de leucocitos. El hematocrito nos presenta un índice excelente del volúmen de los glóbulos rojos; un hematocrito alto posiblemente es causado por la policitemia.

A continuación les presento las cifras normales de los exámenes más utilizados por el cirujano oral.

EXAMEN GENERAL DE URINA .-

Volúmen	_____	800 - 1600 ml.
Densidad	_____	1003 - 1035
PH	_____	6
Albúmina	_____	neg.
Glucosa	_____	neg.
Acetona	_____	neg.
Bilirrubina	_____	neg.
Hemoglobina	_____	neg.
Sedimento + más de 10 leucocitos por campo		
Glucosa	_____	70 - 110 eq.
Urea	_____	16 - 35 eq.

BIOMETRIA HEMATICA .-

Hemoglobina _____	13.7 - 17 g. f. 15 a 20 g. m.
Hematócrito _____	40 a 52 g. f. 45 a 60 g. m.
C.M.H.G. _____	32 a 36
Leucocitos _____	5000 a 10 000/mm <sup>3</sup>
Eritrocitos _____	4,500 000 a 5,000 000
Eosinófilos _____	1 a 4
Basófilos _____	0 a 1
Segmentados _____	45 a 65
En Banda _____	0 a 7
Sedimentación _____	0 a 15 mm. 9.6 p F. 0 a 6.5 " 3.7 " F.
Plaquetas _____	150 000 a 400 000 / mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangrado _____	1 a 3 min.
Tiempo de Coagulación _____	3 a 5 min.
Tiempo de tromboelastina parcial _____	20 a 50 seg.
Tiempo de protrotina _____	10 a 15 seg.
Grupo Sanguíneo _____	A <sub>0</sub> D
Factor RH _____	

## ESTUDIO RADIOGRAFICO .-

El cirujano oral emplea los rayos X para registrar las sombras de los tejidos bucales en una película, la cuál recibe varios nombres, tales como, Roentgenografía, Roentgenograma o Radiografía.

El estudio radiográfico del tercer molar, exige ciertas condiciones con el fin de que la radiografía nos de imágenes que resten fidelidad al objeto real; por lo tanto, radiografías deformadas o que no encuadren con las condiciones normales siempre originan inconvenientes en el acto operatorio.

La radiografía muestra con claridad detalles que son de gran importancia en el acto quirúrgico, tales como, su posición en los huesos, su relación con los molares vecinos, su forma coronaria y radicular, su osteoestructura y el tipo de desviación que presenta.

### I.- Exposición Intraoral.-

Comprende tres tipos distintos de exámenes:

a) Examen Periapical del diente entero y de sus estructuras adyacentes; para inferiores de  $90^{\circ}$ , superiores a  $35^{\circ}$ .

Este examen es el más común, eficiente y práctico para el paciente, por lo que nos adelantaremos un poco más, pero las tres técnicas son esenciales para nuestro estudio.

Técnica : Inferior .-

- 1.- La arcada inferior debe quedar paralela al piso cuando el paciente abra la boca.
- 2.- La película deberá ser colocada horizontalmente en la boca del paciente, centrándola en el tercer molar.
- 3.- El borde superior de la película debe encontrarse - paralelo y al mismo nivel que las cúspides del primer - y segundo molar.
- 4.- El paciente debe ser instruido para que sostenga - la película en ésta posición, lo cual lo hará con el dedo índice de la mano puesta al lado que se le coloca - la película.
- 5.- Virete el ángulo para determinar la angulación correcta.
- 6.- La angulación horizontal se determina dirigiendo - los rayos centrales a través de la región de los terceros molares paralela a las superficies proximales de los dientes molares.
- 7.- Siempre dirija el rayo central al centro de la película.

Para el molar superior será igual la técnica, sólo que la arcada superior quedará paralela al piso y la - angulación será de  $35^{\circ}$ .

b) Exámen Interproximal .- Para descubrir caries en las superficies interproximales de las regiones coronal y - cervical de los dientes.

c ) Exámen Oclusal de zonas grandes del maxilar superior e inferior; podemos observar fracturas, enfermedades, fragmentos de raíces y dientes impactados, presencia de quistes, cálculos en los conductos salivales o bien, también se utiliza cuando la zona de interés es mayor que la obtenida por la radiografía perianical.

## II.- Exposición Extraoral .-

La técnica intraoral muchas veces puede constituir una experiencia difícil debido a la posición del tercer molar retenido, y la colocación de la película puede ocasionar molestia o desarrollarse el reflejo nauseoso; y para mayor comodidad del paciente, la película se coloca extraoralmente.

En esta técnica el haz de rayos X debe penetrar mayor cantidad de tejido, y la radiografía resultante no es tan clara como en la técnica perianical intrabucal.

La radiografía extrabucal no se emplea para diagnosticar caries u otras lesiones pequeñas, pero debe mostrar en forma adecuada la retención del tercer molar y las estructuras que los rodean para pronósticos de exámen y quirúrgicos.

De igual forma que para el molar superior que para el inferior, es necesario considerar una serie de puntos de gran interés tales como : I.- Su posición : El estudio radiográfico nos permite clasificarlo.

II .- Tamaño, forma y estado de la corona del tercer molar.

III .- Las raíces : Generalmente estas fusionadas en una masa única, pueden presentarse separadas y dirigidas en distintos ángulos.

IV .- El hueso que cubre la cara triturante : El estado la cantidad y disposición del hueso, nos indicarán la técnica a seguirse y el grado de osteotomía necesaria.

V .- El tabique distal : La cantidad es variable, en ocasiones la cara triturante del molar puede estar en contacto con la artrosis retrocoides en el molar superior, o con la rama ascendente de la mandíbula en el inferior.

VI .- Tabique maxilar : Su forma y dirección esta dada por la posición del molar, en posición distoangular éste espacio tiene forma triangular.

VII .- Vecindad con el seno maxilar : En algunos casos las raíces del tercer molar provocan una hernia en el seno sinusal, y al extracción se ocasionaría una comunicación patológica con el seno.

## INSTRUMENTAL .-

Los instrumentos necesarios para el cirujano dentista en procedimientos quirúrgicos bucales varían grandemente, sin embargo, como toda cirugía de tercer molar se debe planear adecuadamente, se deben tener los instrumentos adecuados para lograr del acto quirúrgico todo un éxito.

Los primeros instrumentos que describiré son cortantes; tienen bordes de trabajo afilados o surcivos y se emplean para incidir tejidos blandos o para cortar huesos .

Bisturí .- El escarpe puede ser una unidad integral, con hoja y mango unidos, como en el caso de los cuchillos periodontales; pueden consistir en un mango con una hoja desmontable y desechable.

En un mango del # 3, por ejemplo, pueden montarse hojas del # 11 la cual es recta y puntiaguda; el # 12 - falciforme con un extremo puntiagudo, el # 13 con bordes cortante convexo.

Uso .- # 11, se usa para incidir abscesos, introduciendo la punta y cortando hacia arriba al retirar la hoja, para mitigar la presión en los tejidos cerrados y edematizados, puede utilizarse también para cortar bordes de heridas antes de suturar.



# 12 .-Puede emplearse para llegar por detrás de los -  
dientes posteriores o su punta puede insertarse profun-  
damente en los tejidos tirando entonces de la hoja para  
cortar.

# 15 .- Es la más útil ; la que se emplea más frecuen-  
temente, su pequeño tamaño reduce al mínimo la possibili-  
dad de cortar tejidos accidentalmente. Puede utilizarse  
para hacer todas las incisiones intrabucales que se ne-  
cesitan, como reflexión de colgajos, o exposición de es-  
tructuras que quedan bajo labios, mejillas, paladar, lan-  
gua y piso de la boca.

Tijeras.-

Tienen últimas formas, siguen un sistema clási-  
co de clasificación y subdivisión.

Así encontramos, que los extremos cortantes de los  
instrumentos pueden ser puntiagudos, y por ello afilados  
o redondeados y romos.

Las tijeras empleadas para cortar tejidos blandos  
no deben usarse para cortar hilos de sutura ni otro ti-  
po de material, y pueden tener una hoja ligeramente aser-  
rada para prevenir que el tejido se deslice hacia ade-  
lante entre las hojas, aumentando así el número de cor-  
tas y ocasionando bordes escabrosos.

Las tijeras con mango ligeramente curvado y hoja  
ligeramente aserrada, comúnmente se utilizan para cortar

tejidos blandos, las hojas lizas para cortar material de sutura.

#### Cinceles y Martillos.-

Los cinceles se encuentran en varios largos y tamaños de mangos, pero el extremo cortante tiene un bisel que puede ser sencillo o doble. El de bisel doble generalmente se emplea para hender dientes, y el de bisel sencillo para extraer tejido óseo.

Los martillos vienen en un gran número de tipos, formas y materiales; tienen cabezas metálicas y pueden tener plomo o nylon en las superficies de contacto para amortiguar el ruido que hace al golpear el cincel.

#### Cinzas Gubias .-

Se utilizan para cortar hueso, tienen un resorte entre las dos hojas del mango de manera que el instrumento se abre por sí mismo cuando se deja de ejercer presión manual, permitiendo así al operador hacer cortes repetidos. Las cinzas gubias las encontramos útiles las que cortan en un lado y las que cortan en tres sitios.

#### Limas para hueso .-

La lima de doble punta Hufriedy # 21 es la más recomendable, se utiliza para limar y pulir bordes de hueso que han sido tratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía.

La lima únicamente corta cuando se tira de ella, por lo tanto su manejo debe ser cuidadoso para no lacerar tejidos blandos.

#### FRESAS QUIRURGICAS.-

Las más utilizadas son las # 6 y la # 703 de carburo de tungsteno. Se deben tener ciertas precauciones, como el evitar el resquebrajamiento del hueso mediante una solución salina tibia.

#### PIEDRAS DE MOLAR .-

Se utilizan para contornear hueso o alisar bordes, deben tener una muy buena irrigación, para quitar desechos y para evitar que el hueso y tejido blando con los que podrían estar en contacto se quemen.

#### ELEVADORES DE PERFORACION.-

Se utilizan para reflejar el mucoperiostio del alvéolo o del hueso del maxilar que quedan encima, pueden emplearse para mantener colgajos en retracción mientras se prosigue el acto quirúrgico; uno de sus extremos es angosto y el otro ancho.

#### FORCEPS .-

En terceros molares retenidos casi no son utilizados este tipo de instrumentos.

#### ELEVADORES .-

Generalmente tienen mangos grandes que se ajustan a la palma de la mano. Estos instrumentos son tipo de palanca y operan con el principio de la cuña, los más usados son el de punta recta , el de punta de bandera.

El primero se utiliza para maniobrar entre dientes encía y borde alveolar, con la idea de seccionar adhesiones fibrosas gingivales y periodontales en el lado bucal del diente y para ampliar con delicadeza la abertura alveolar en el cuello del mismo.

Los segundos se emplean para extraer grandes segmentos de raíces rotas de dientes multiradiculares, y por eso interradicular, se emplea con un movimiento de rotación.

#### CURETAS .-

Se emplean para quitar tejido de granulación del fondo de los alvéolos y para extraer membranas císticas; este instrumento tiene forma de cuchara.

#### PINZAS DE HEMOSTASIA .-

Las más utilizadas son las pinzas de mosquito curvada, que son pequeñas, y las de Kelly que son más grandes y útiles en operaciones bucales, fueron creadas para pinzar pequeños vasos sangrantes.

#### MORTAAGUJAS .-

Se parecen a las pinzas hemostasia sólo que el extremo de trabajo del mortaguja, es corto, roma y la superficie interna de contacto de los picos tienen estrías que se entrecruzan; suelen tener una depresión elíptica en uno o en los dos picos.

**PINZAS DE DISECCION .-**

Las más útiles son las de dientes de ratón, se emplean para estabilizar colgajos, especialmente al suturar.

**RETRACTORES .-**

Durante una operación bucal es necesario mantener apartados los labios, carrillos y el colgajo para no herirlos; para tal fin se emplean los separadores de Farabeuf cuyo dos extremos están acodados, y por supuesto el que está a más alcance del dentista, es el espejo bucal.

También es necesario otro tipo de material para la intervención quirúrgica, tales como :

Jeringa para anestesia

Jeringa desechable

Espejo bucal

Pinzas para tomar gasa

Eyector quirúrgico

Pinzas de caudo

Riñón metálico

Seda atraumática 000

Cannos estériles

El instrumental metálico y los cannos deben ser esterilizados.

## TECNICAS QUIRURGICAS .-

### TECNICAS DE INYECCION ANESTESICA .-

Para lograr una anestesia eficaz, es necesario emplear una técnica adecuada para la inyección, independientemente del agente anestésico que se emplee.

Es necesario depositar el anestésico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anestesarse. Dentro de la cirugía bucal se puede emplear tanto anestesia general como local; mencionaré sólo las técnicas que son más utilizadas por el cirujano dentista en intervenciones bucales.

La anestesia la podemos efectuar por infiltración o por bloqueo; tanto en una como en la otra, la solución debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo. Como lo más común es que se inyecte de 1 a 2 ml. solamente, siempre conviene asegurarse que la aguja sea colocada con la mayor exactitud posible.

#### Anestesia por Infiltración .-

Se logra depositando la solución anestésica correctamente en el ápice, procurando que la posición de la aguja tenga la misma dirección que el eje longitudinal del diente al que se va intervenir.

El volumen limitado de la solución que se utiliza tiene que difundirse desde el sitio de la inyección a través del periostio y del hueso compacto, hasta llegar

a las estructuras nerviosas que se encuentran en la pulpa, el periodonto y el maxilar.

Anestesia por Bloqueo .-

Técnicas de Anestesia para el Tercer Molar Superior.-

Para lograr desensibilizar éste diente y estructuras adyacentes, es necesario anesteziar las RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES POSTERIORES.

Estas ramas se desprenden del nervio infraorbitario, antes de que atraviese la hendidura esfenomaxilar, corren en la superficie de la tuberosidad del maxilar superior y penetran en ella para inervar los molares superiores.

Técnica Intraoral .-

Se introduce la aguja por detrás de la cresta infraorbitaria e inmediatamente distal al segundo molar.

Después se dirige la punta de la aguja hacia el tubérculo del maxilar y se introduce dos o tres centímetros, haciéndole dibujar una curva de concavidad superior; esta técnica se llama también "PUNCIÓN DE LA TUBEROSIDAD".

Para lograr una mejor anestesia podemos reforzar anestesiando el nervio maxilar anterior, depositando la solución en, o, al lado del conducto maxilar posterior, situado a la altura del segundo molar, 1 cc. por encima del reborde gingival.

Técnica de Anestesia para el Tercer Molar Inferior.-

Con el dedo índice, se localiza el borde interno de la rama del maxilar inferior; se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. del plano oclusal del tercer molar.

La jeringa debe mantenerse paralela al cuerno de la mandíbula y al plano masticatorio de los dientes.

Desde este punto, la punta de la aguja se introduce lentamente 2 cm., pegada a la cara interna del maxilar inferior en su rama, al mismo tiempo se gira la jeringa hacia los molares del lado opuesto, manteniéndolo siempre en el mismo punto horizontal, y la punta de la aguja deberá estar en contacto con la rama.

En lo personal recomiendo esta misma técnica, sólo que la punción se hará directamente desde los molares del lado contrario, ya que de la otra manera se desgarrará un poco de tejido al efectuar el giro de la jeringa, es por eso que es un poco dolorosa.

Se puede complementar ésta técnica, con la anestesia del nervio bucal, infiltrando el periostio y la mucosa del lado bucal, inyectando en la mejilla inmediatamente por encima del pliegue mucoso correspondiente.



## TECNICA DE EXTRACCION DEL TERCER MOLAR .-

A continuación describiré paso a paso la técnica operatoria que se sigue en las posiciones más comunes en que se encuentre el tercer molar superior.

### Posición Vertical .-

Incisión : Usaremos la incisión bucal y la anteroposterior llamada también de dos ramas.

La rama anteroposterior se hará próxima a la cara palatina del diente, paralelamente a la arcada con longitud de 1 cm., la rama bucal va del extremo anterior de la primera incisión hacia afuera, rodea la tuberosidad del maxilar y asciende hasta las proximidades del surco vestibular donde termina.

La incisión de será llegar en profundidad hasta el hueso o corona del diente retenido.

El colgajo se desprende con un periostótomo y se sostiene con un separador o con el mismo instrumento.

Osteotomía : El hueso que cubre la cara triturante se elimina con escotlos rectos o a fresa, o bien puede ser eliminado con una cucharilla para hueso o con elevador en caso que se encuentre muy frágil.

Vía de Acceso a la cara mesial : Sobre ésta cara se aplicará el elevador para extraer el molar retenido. Si ésta cara no es accesible, se necesitará eliminar el hueso del tabique mesial que impide la entrada del instrumento.

Técnica del empleo de los Elevadores : Preferentemente utilizamos los elevadores 1 y 2 o 14 R o L de Winter, elevadores de Clay-dent.

Esta introducción se logra mediante un leve movimiento rotatorio del elevador, que actúa en su primer tiempo como cuña consiguiendo luxar así el tercer molar.

En general el punto de apoyo útil es la cara distal del segundo molar o el tabique óseo en caso de existir éste último.

Aplicando el elevador, se inicia suavemente el movimiento de luxación del molar retenido; el molar debe ser dirigido hacia abajo y hacia afuera y atrás.

Luxado el molar y si la fuerza aplicada no logró extraerlo puede ser tomado con una pinza de curación y eliminarlo por la técnica común.

Sutura : Antes de suturar se deberá revisar cuidadosamente los bordes óseos, en especial el tabique externo y posterior, se vuelve el colgajo a su lugar y se practican uno o dos puntos de sutura.

Posición Mesioangular .-

La extracción del molar en ésta posición está condicionada por la posición del molar , la cantidad de hueso distal.

El contacto mesial está vencido por la posibilidad de mover el diente hacia distal; el problema radicará en la osteotomía distal , la cara triturante, y en la preparación de la vía de acceso para el elevador, que

será de tamaño considerable en la cara mesial porque el punto de aplicación del elevador será más alto, será necesario para lograr éste fin eliminar parte de la tabla ósea vestibular que cubre la cara bucal del molar retenido.

Incisión : Es exactamente igual que para la retención vertical.

La osteotomía se hará de igual forma, requiriendo sólo una mayor sección de hueso en distal para descubrir al diente al nivel de su cuello.

El elevador se introduce profundamente hasta lograr aplicarlo sobre la cara mesial del diente; los movimientos serán los mismos, sólo que primero el molar debe ser dirigido hacia distal para vencer el contacto mesial para luego dirigirlo hacia abajo y afuera.

Se atraen los colgajos mediante dos o tres puntos de sutura.

Posición Distolingual .-

La incisión se lleva a cabo de la misma manera que en los casos anteriores; sólo que la cara anteroposterior deberá dirigirse más distalmente para evitar el garramiento de la encía al desprender el colgajo.

Generalmente no encontramos hueso sobre la cara triturante ni hacia distal, únicamente será necesario preparar la vía de acceso en mesial.

Coloquemos el elevador sobre la cara mesial del tercer molar y lo dirigimos hacia abajo y hacia atrás teniendo especial cuidado con la tuberosidad y la apofisis pterigoides pues podrían fracturarse.

#### Posición Paranormal .-

Las distintas posiciones que se pueden encontrar el molar retenido en posición paranormal nos limita a no tener una técnica específica para su extracción.

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

#### TECNICA DE EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR .-

Existen en la extracción de estos dientes retenidos varios factores que hacen que dicha extracción sea un poco complicada; de estos factores nos referimos al sitio de ubicación del molar, a la dureza y poca elasticidad del hueso, a la mala iluminación y visión y a la saliva y la sangre que oscurecen al campo operatorio.

Debido a la gran variedad de retención que presenta el tercer molar inferior, se concretará únicamente a las posiciones más frecuentes de ésta, que en un dado caso nos podrían servir para sacar conclusiones quirúrgicas en algunos casos de nuestra práctica diaria.

### Posición Vertical .-

En ésta posición lo podemos encontrar colocado en varias formas respecto a la curvatura de la arcada: - así como lo encontramos sin desviación que es la posición normal, con desviación bucal, desviación lingual y desviación bucolingual.

y en cuanto a su cara mesial que es punto de aplicación de la palanca, lo podemos encontrar accesible o inaccesible .

Sólo veremos el tipo vertical sin desviación, ya que en las otras desviaciones la variación en la técnica - consiste en el punto o puntos de aplicación del brazo mesial y bucal, en el punto de aplicación del elevador , en la dirección que se irá moverse el molar retenido de acuerdo a su desviación. Además estas desviaciones requerirán diferentes técnicas de adontosección que iremos estudiando en el curso de esta capítulo aplicables a otra posición.

Posición Vertical sin desviación con Cara Mesial Accesible ( Técnica de Winter ).

Incisión : La hacemos sobre el tejido gingival que cubre la cara oclusal del molar retenido, algunos milímetros - por detrás de su cara distal deteniéndose a nivel de la lengüeta entre el segundo y primer molar luego de festiguar la mitad bucal de la cara oclusal y bucal del ter-

-cero y distal y bucal del segundo.

La podemos completar con la sección a tijera recta y fina de las inserciones del saco de la mucosa.

Desprendimiento del colgajo : Se desprende el colgajo en toda su extensión con un periostótomo, dejando correctamente libres las caras dentarias y las estructuras íntimas.

Osteotomía : Va a estar regida por la cantidad de hueso que protege el rolar retentivo, el cuál va a ser escaso en éste tipo.

La osteotomía distal se ajustará a la conformación y disposición de las raíces para que por aplicación de una fuerza en su cara mesial se pueda desplazar el molar en sentido distal venciendo únicamente las resistencias propias.

Según Winter, la forma de las raíces indica el movimiento del molar y la cantidad de hueso a researse, y dice :

- La raíz mesial dirigida hacia distal y raíz distal recta : La cantidad de hueso a resacarse debe ser tal que permita al molar dirigirse atrás siguiendo el arco de su raíz mesial.

- La raíz mesial dirigida hacia distal y la distal hacia mesial : Se debe resear una gran cantidad de hueso, como para que el diente pueda ser dirigido hacia distal

y permita la fractura del SPTIC.

- Cuando ambas raíces están dirigidas hacia distal :

La cantidad de hueso a reservarse debe ser suficiente como para que el diente pueda descender el arco que corresponde a la forma radicular ; no encuentre hueso distal que se oponga a éste movimiento.

- Las raíces rectas : No es necesaria gran eliminación de hueso distal, con la aplicación del elevador en la cara mesial se dirige el diente en sentido distal.

Extracción Frontalmente Dicha : Colócase un elevador 2 R o L de Jantar en el espacio interdentario adelantando su cara plana a la cara mesial del diente retenido y se dan movimientos de rotación alrededor de su eje en sentido distal.

Por el mecanismo de palanca el elevador se dirige al diente retenido hacia arriba y atrástante lo podrá apoyar sobre la cara distal del segundo molar dirigiéndolo hacia adelante, la hoja del instrumento desplazará el diente hacia atrás.

Extracción por Odontosección : Este tipo de extracción está indicada en aquellos casos de raíces divergentes con extraordinaria cementosis.

Si el diente retenido está muy próximo a la rama puede extirparse la parte distoclusal de la corona con escoplo.

Su parte activa debe ser colocada sobre la cara -  
oclusal al nivel de los surcos, para que el golpe del es-  
cudo sea efectivo.

Posición Vertical con Cara Mesial Inaccesible sin Des-  
viación .-

En éste tipo únicamente será necesario un anillo  
colgajo que llegue hasta el primer molar y a la mayor -  
osteotomía en la cara mesial para hacerla accesible.

Todos los rasos siguientes serán los mismo que -  
estudiamos en el caso anterior.

Extracción por osteotomía a fresa : El objetivo de la  
intervención es eliminar una gran cantidad de hueso pe-  
ro poder vencer las resistencias mecánicas del molar -  
retenido, que lo rodeamos encontrar en su cara oclusal to-  
talmente cubierta por hueso y, lo podemos eliminar y orga-  
nizar la vía de acceso a la cara mesial por medio de la  
fresa quirúrgica; utilizaremos la de figura # 560 y re-  
dondas # 6 y 8 de carburo de tungsteno.

Para ésto realizamos algunas perforaciones sobre la  
tapa ósea a eliminar y que lleguen profundamente hasta  
el molar retenido; unimos los orificios con una fresa de  
figura # 557 y eliminamos la tapa ósea con ligeros gol-  
pes de escudo o cualquier instrumento de suficiente agi-  
lidad.



La eliminación de tejido óseo debe ser tal que permita el paso del diámetro mayor del diente retenido.

Resección ósea distal : Se llevamos a cabo mediante una fresa de figura 7 563 llegando hasta la altura del cuello del diente. La finalidad de esta resección es para permitir suficiente espacio para poder deslizar hacia distal el diente retenido.

Resección ósea en mesial : Su fin es obtener un espacio suficiente para colocar la hoja del elevador,, se llevamos a cabo por medio de una fresa redonda del 7 5.

Es necesario , hasta donde sea posible, dejar intacto el hueso que cubre al segundo molar por el lado distal y bucal.

Extracción Proximamente Buca : Podemos utilizar los elevadores de Winter 7 1,2,3 y ayudarnos también con elevadores de hojas finas.

El instrumento debe penetrar en una angulación de  $45^{\circ}$  respecto al eje del molar, hasta la cara mesial de éste mismo, con apoyo en el borde óseo , la cara distal del segundo, tratando así de luxar el molar hacia distal con pequeños movimientos de torsión del instrumento - hacia mesial y hacia distal que estará condicionada por su forma radicular.

Una vez luxado el molar, lo eliminamos del alvéolo por medio de un elevador de Winter 7 10 de aplicación - bucal o haciendo palanca con un elevador de hoja fina colocado por el lado bucal, entre la corona del molar -

y la tabla ósea externa.

En caso de no haber espacio para el instrumento, - con una fresa redonda se hace una muesca en la parte - media del hueso dental bucal facilitando la colocación del elevador y la extracción del diente retenido.

Sutura : Una vez limpio el alvéolo de restos de es - quirias óseas, se procede a afrontar los colgajos y a su - turar por medio de dos puntos o tres puntos aislados - con seda D30.

Posición "esioangular" .-

Para la extracción en ésta posición, el cirujano or - ral debe considerar varios problemas quirúrgicos que - se conjuntan y debe solucionar.

Estos problemas están dados por la posición, la - cantidad de hueso distal y distoclusal, y el posible - contacto o anclaje del ángulo mesoclusal de su corona con la corona, cuello - raíz del segundo molar.

En general el molar retenido está alojado más - profundamente en el hueso, y la cantidad de hueso distal suele estar disminuida con más abundancia en éste tipo - de retenciones. El contacto con el segundo molar consti - tuye uno de los más sólidos anclajes del molar rete - nido. La odontosección es una medida muy eficaz para - evitar éste contacto y producir graves traumatismos, - más la extracción se ve dificultada, debido al contacto que las cúspides mesio-bucal, mesiolingual del tercer molar realizan sobre la cara distal de la corona del -

segundo molar, o en la superficie distal de la raíz distal, por debajo de la línea cervical.

Posición mesioangular sin Desviación con cara mesial -

Accesible o Inaccesible .-

Técnica de Winter .-

Incisión : Cuando no es necesario aplicar elevadores en la cara mesial, se practica una incisión, que parte de la cara distal del molar retenido, y se extiende en sentido distal a una distancia aproximada de 1cm.

Teniendo que utilizar los elevadores, practicar una incisión sobre el borde bucal del molar retenido - con las mismas características que el anterior.

Para no lacerar o traumatizar el rodete gingival interdentario, es necesario trazar una incisión bucal - desde el borde de la encía, hacia abajo y ligeramente - adelante.

Extracción por Osteotomía a fresa .-

Es muy recomendable el uso de la fresa en éste tipo de retención, y su técnica de uso varía un poco en el tipo vertical. Con fresas redondas y 4,5 u 2, se practican pequeños orificios en el hueso, que deben llegar hasta el molar retenido; la porción ósea que se encuentra - limitada por esos puntos es eliminada por un golpe de - mazo.

La cantidad de hueso a resacar está de acuerdo al grado de inclinación del molar, la forma y disposición de sus raíces y el contacto con el molar anterior.

El hueso distal lo eliminamos de una manera más simple con una fresa de bola # 560 y debe quedar al descubierto hasta su cuello anatómico de la corona del molar retenido.

Extracción Propiamente Dicha .-

Uso de los Elevadores : Para elegir el elevador que debemos utilizar es necesario tomar en cuenta la forma y tamaño del espacio interdentario existente entre la cara mesial del tercer molar, la cara distal del segundo y el borde superior del interdentum; por lo tanto, espacios interdentarios pequeños exigen una hoja del elevador nequeña y viceversa.

Introducción del Elevador .-

Lo introducimos en el espacio interdentario dirigiéndolo hacia abajo y en sentido lingual, ejerciendo una acción de cuña; para que el instrumento pueda ocupar el espacio, se le agregan pequeños movimientos giratorios.

Aplicación del Elevador .-

La parte plana de la hoja del elevador se aplica de contra la cara mesial del tercer molar; su borde inferior, sobre el borde superior del espacio interdentario.

Movimiento del Elevador : De acuerdo con la disposición y forma radicular, graduamos la fuerza necesaria para el molar dirigiendo el mango del instrumento en sentido mesial. La eliminación del molar se realiza una vez colgado el diente verticalmente y vencido el contacto entre el segundo y el tercer molar, con una línea para molares inferiores o con el mismo elevador.

Extracción por Odontosección : Esta técnica es muy utilizada en la retención rectangular. La odontosección se puede realizar en dos distintas formas: Se divide el diente según su eje mayor, o bien se divide según su eje menor. Y la podemos realizar mediante fresas de figura o con escorio recto, martillo.

Ambas técnicas las podemos realizar sin osteotomía aunque en algunos casos es imprescindible.

Odontosección por Escorio : El borde cortante del bisel se apoya dirigiéndolo aproximadamente perpendicular a la cara oclusal del molar e incidir sobre las depresiones del esmalte.

La línea de aplicación del escorio proyectada sobre el molar, debe tratar de coincidir sobre el espacio interradicular, de esta manera el corte del escorio es útil y divide las raíces con limpieza.

Las partes seccionadas son extraídas por separado, consideremos las dos formas de división :

### 1.- Extracción de la Corona .-

Se realiza por medio de elevadores finos; cuando es seccionado con fresa, el espacio que se crea es de gran utilidad pues a sus expensas se desplaza la corona hacia mesial y distal.

Considerando que la cara mesial sea inaccesible, se practica una vía para el elevador de preferencia con fresa; si se puede abordar fácilmente, se introduce el elevador por debajo de la corona, entre su cara mesial y el borde óseo, y lo elevamos la corona.

### 2.- Extracción de la Raíz .-

Por no podemos valer de elevadores rectos, curvos o los de Jinter, utilizamos más al 2 R ó L, el cual se introduce entre la porción radicular y el tejido óseo subyacente.

Cada raíz se extrae por separado.

### 3.- Terminado de la Extracción .-

Se inspecciona la cavidad ósea, se retiran las esquirlas, se alivian los rebordes óseos, se adaptan los ligos del colgajo, se procede a lavar con suero fisiológico y se practican dos o tres puntos de sutura.

### Extracción del molar seccionado según su eje mayor .-

Una vez realizada la sección del diente, queda dividida en una porción mesial y distal, cada una debe ser extraído por separado, siendo más sencilla la raíz distal y la que facilita el resto de la operación.

Se introduce un elevador recto o de Winter 1,2 ó 3 R ó L entre las dos porciones del molar dividido; actuando como cuña conseguimos luxar ligeramente la porción distal, aplicando el elevador lo más profundamente estaremos evitando la fractura interdentaria de la parte distal.

El punto ideal lo encontraremos a unos cuantos milímetros por abajo de la línea cervical, y a éste nivel, giramos el mango del instrumento hacia mesial dirigiendo la raíz hacia arriba y atrás.

Extracción de la Raíz Mesial.- En caso de que la cara mesial sea inaccesible, se practica una vía de acceso para que el elevador se introduzca entre la cara mesial y el borde óseo, se apoya sobre éste y proceder a elevar la raíz mesial.

Posición Distoangular.-

No es muy frecuente encontrar en ésta posición al tercer molar inferior; cuando se presenta, su extracción es muy problemática porque su rama queda en la cara vertical.

Los problemas para su extracción residen en la posición del molar, pues para poder ser extraído debe ser dirigido en sentido distal, es decir, hacia la rama ascendente y en la cantidad de hueso que hay que eliminar para vencer el contacto que existe entre el tercer molar y ésta rama.

La extracción de éste diente retenido, se lleva a cabo - por medio de procedimientos parecidos a los ya estudiados en la posición vertical con las diferencias que la posición distoangular origina en la técnica.

Se prefieren los métodos de ostectomía ya sea a - escoclo o a fresa, y sobre todo la odontosección que facilita de gran forma la extracción.

Extracción por Ostectomía a Fresa y Escoclo .-

En éste tipo de retención, generalmente se exige - el sacrificio de una considerable cantidad de hueso a - eliminar.

Incisión : Existiendo o no el segundo molar, se debe - realizar una larga incisión que permita un colgajo en - olo que descubra completamente el campo operatorio.

Partiendo 2 cm. por detrás de la cara distal del - segundo molar y corre próxima a la cara interna del ma- xilar, rodea la cara distal del segundo molar al igual - que la bucal y desde la lengüeta interdientaria entre el segundo y primer molar se dirige hacia abajo, afuera y - adelante.

Si el molar está parcialmente erupcionado, queda - efectuarse el mismo tipo de incisión ya señalado para - los otros tipos de retenciones. Se separan los labios - de la incisión y se mantienen los colgajos para tener - un perfecto campo para el hueso a resacar.



Ostectomía .-

1.- Hueso Distal : Con un escono o fresa se realiza - la ostectomía de la porción distal y de la que cubre - la cara triturante del molar retenido.

La cantidad de hueso a reseccarse debe ser toda la existente entre una perpendicular trazada desde el punto más distal del molar retenido y la cara mesial. El nicho óseo que el escono crea se puede succionar con una fresa redonda.

2.- Hueso Mesial : Con una fresa redonda # 5 ó 7, se reseca el hueso que cubre la cara mesial de la corona y - tercio superior de la raíz del tercer molar; es decir, se elimina el tabique interdentario.

Actuando de ésta manera, surrimos toda resistencia ósea que se oponga a la extracción disminuyendo los riesgos de alguna fractura dentaria o del maxilar por exceso de fuerza ejercida en el acto de aplicación de los elevadores.

Extracción Propiamente Dicha .-

Nos valdremos de elevadores de Winter # 12, introduciendo entre la cara bucal del molar y el hueso bucal intentando moverlo; haciendo lo mismo en distal y en - lingual.

Estas constantes aplicaciones luxan el diente retenido cuya elevación se completa con un elevador fino colocado en el lado distal, entre la cara triturante y el hueso.

El molar se eleva al girar el mango del instrumento hacia adelante, la extracción la complementamos con un instrumento # 10 de aplicación bucal.

Sutura .- Dos o tres puntos de sutura cierran la herida.

Técnica de Odontosección : En éste tipo de retenciones las dificultades que se presentan para la extracción del tercer molar, sobre todo en aquellos casos en que el órgano denterio está rodeado en todas sus caras por estructuras óseas, lo cuál nos exige la aplicación del método de la división del diente.

La proximidad de la cara triturante o del borde triturante distal del molar con el hueso de la rama ascendente, obliga a surtir el trozo de diente que se otonga a la realización del arco que va en dirección de la rama ascendente.

La odontosección se lleva a cabo mediante fresas o con escoplo, y es necesario seccionar el diente según su eje menor.

De acuerdo a la colocación del molar, la sección debe realizarse con una fresa de fisura, dirigida paralelamente a la línea cervical del molar retenido y se introduce en el espacio creado por la osteotomía entre la cara bucal del molar y la tabla ósea externa.

La fresa separa la corona de la raíz.

#### Extracción de la Corona :

Para comprobar si se ha separado totalmente la corona, se introduce un instrumento delgado en el espacio creado por la fresa.

Se proyecta la corona hacia distal todo lo que nos permita el hueso, y buscando una vía de menor resistencia, con una cucharilla o con un elevador angular, se eleva la corona.

#### Extracción de la Raíz .-

Esto dependerá de la forma y disposición de las raíces; lo más fácil es deslizar las raíces hacia distal siguiendo el eje o curvatura de las raíces.

#### Posición Horizontal .-

Para éste tipo de retención se pueden aplicar las mismas técnicas realizadas para la retención mesioangular.

De ellas, preferimos los métodos de odontosección, ya que disminuyen el esfuerzo operatorio, además de que los riesgos postoperatorios son mínimos.

#### Extracción por Osteotomía a Fresa y Escondido .-

Básicamente se realizan las mismas técnicas realizadas en las otras retenciones, pero es necesario eliminar más hueso.

Logramos disminuir la resistencia, sólo con una mayor osteotomía distal que nos evitara problemas posteriores.

La posición horizontal a bajo nivel oclusal requiere un corte óseo vertical profundo, que frecuentemente casi hasta el nivel de la punta del segundo molar.

Incisión : Se prefiere una incisión que descubra la cara bucal del segundo molar, se separan los colgajos según lo ya estudiado.

Osteotomía : Con una fresa redonda # 5 ó 6 se reseca el hueso distal; si la cara mesial es accesible, se practica la osteotomía a fresa en la cara bucal para permitir la aplicación del elevador.

Extracción Propiamente Dicha : Son de gran ayuda un elevador de Winter # 2 R ó L, o un elevador recto; colocamos el instrumento entre la cara mesial del molar y el borde óseo, se dirige el molar hacia arriba y hacia el lado distal .

Sutura : Después de haber quedado limpio el alvéolo de cuerpos extraños, se vuelven los colgajos a su lugar y se mantienen con dos o tres puntos de sutura.

Extracción por Odontosección : La cantidad de osteotomía distal se puede reducir aplicando el procedimiento de la odontosección. La técnica se puede realizar por las dos variantes ya estudiadas.

Extracción del molar seccionado según su eje menor .-

Se secciona el molar a la altura del cuello con una fresa de fisura montada en ángulo recto.

La extracción de las partes seccionadas se lleva a cabo de la misma manera que para la retención mesioangular.

Extracción del molar según su eje mayor .-

Este método sólo es aplicable cuando la corona del molar retenido es desviada hacia el lado bucal. Con un escoflo de hoja ancha se practica la sección colocándolo sobre el centro de la cara triturante.

Dividido el molar, se extraen ambas porciones por separado.

Extracción de la porción mesial : Generalmente la porción mesial está sólidamente adherida por debajo de la línea cervical del segundo molar. En éstos casos es útil seccionar en dos partes la porción con una fresa de fisura.

La raíz mesial la eliminamos haciendo una muesca en su cara distal y con un instrumento fino lo traccionamos hacia mesial.

Extracción de la porción distal .-

La llevamos a cabo de la misma manera que la porción mesial.

Sutura : Vueltos a su lugar los colgajos, con dos o tres puntos de sutura se cierra la herida.

### Posición Linguoangular .-

En esta retención, la cara oclusal del molar está dirigida con grado variable de inclinación hacia la tabla lingual del maxilar.

Su representación radiográfica es la de un disco, ya que el exámen lo presenta de acuerdo a su eje mayor.

Para realizar la extracción debe eliminarse el hueso que cubre la cara superior, que puede ser la local o distal ya que el diente está girado; el hueso de la tabla interna que cubre la cara triturante, y la suficiente cantidad de hueso distal para poder dirigir el molar hacia arriba.

Incisión : La haremos en dos rasas .

La anteroposterior debe ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso, y la rama vertical separa la encía que cubre el molar retenido de la cara distal del segundo molar, contuniéndose hacia afuera, adelante y abajo.

Ostectomía : Levantados los colgajos se resaca el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante, el hueso de la cara lingual, se elimina con frases redondas y de fisura.

La ostectomía también la podemos realizar con osteótomos y con esconlos. Es necesario realizar una amplia ostectomía de abordaje, ya que éstos molares, y sobre todo los que poseen raíces incompletamente formadas, tien-

den a rodar en la cavidad alveolar y es muy problemático tratar de elevarlos.

Es necesario complementar la técnica de ostectomía con la técnica de odontosección.

Extracción propiamente dicha : Eliminada la suficiente cantidad de hueso que cubre el molar retenido; entre la cara mesial y el hueso se introduce un elevador # 2 ó 7 y tratamos de elevar el molar hacia arriba y atrás.

Extracción por Odontosección : Esta técnica en este tipo de retención es la que da más éxitos.

Cuando existen raíces, el diente es seccionado a nivel de su cuello con una fresa redondeada bien, cuando no hay raíces se divide la corona con la fresa o con un escorlo colocado sobre la cara oclusal.

Se elimina cada fragmento con un elevador de Cleveland o con una pinza de Kocher curva pequeña, el cuál logra subir y elevar mejor que el elevador los segmentos seccionados con la fresa.

La odontosección con escorlo, debe realizarse, en caso de molares con raíces incompletamente formadas antes de que se revitalic la corona.

Posición bucal :- La cara oclusal del molar retenido, se halla dirigida hacia la mejilla, radiográficamente el molar aparece como un disco.

Extracción : Sigue los principios ya mencionados, la sección del órgano dentario la debemos realizar en sen-

tido de su eje menor dividiéndolo con una fresa de figura de mesial a distal para simplificar el problema.

Las partes seccionadas se extraen por separado y se cierra la herida con dos o tres puntos de sutura.

#### Posición Invertida .-

De acuerdo a la profundidad del molar en el hueso y a su accesibilidad a su cara mesial, será la técnica a emplearse para la extracción del tercer molar retenido en posición invertida.

Los molares relativamente superficiales se extraen previa resección de hueso que cubre la cara más cercana del borde alveolar. La odontosección se realiza con una fresa de figura, según el eje mayor del diente.

Según sea la posición del molar, ya sea que se pueda extraer primero la raíz o la corona, y de acuerdo al espacio creado por la extracción primera, se realiza la extracción de la porción que queda.

Los molares profundamente ubicados constituyen un serio problema quirúrgico. Para lograr la evulsión del molar retenido será necesario realizar una extensa osteotomía y una cuidadosa técnica de seccionamiento del molar, además de una juiciosa y bien estudiada conducta para el empleo de los distintos tipos de instrumentos que se emplearán para éste tipo de retención.



## TRATAMIENTO POSTOPERATORIO Y COMPLICACIONES .-

Después de toda intervención quirúrgica del tercer molar, se requiere un tratamiento local y general para prevenir una posible infección o para controlar la infección ya presente.

Así pues, tenemos que el postoperatorio es el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el propósito de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con la intervención, y colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Por lo tanto, la fase más importante de nuestro trabajo es el postoperatorio, ya que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente una vez terminada la operación, pueden modificar y mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención. Dado que la cirugía bucal no tiene las dimensiones de la cirugía general, los cuidados postoperatorios deberán referirse a la herida misma y al estado general del paciente.

### Tratamiento Local Postoperatorio .-

Higiene de la Cavidad Bucal : una vez terminada la operación, la cavidad bucal deberá ser irrigada con una solución tibia de agua oxigenada, que limpie y elimine sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, bóveda palatina y espacios interdentarios.

El paciente hará en su domicilio colutorios suaves con cualquier solución antiséptica 4 horas después de la operación.

#### Fisioterapia Postoperatoria .-

FRÍO : Con gran frecuencia empleamos el frío como tratamiento postoperatorio; son recomendables las volutas con hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada y colgadas en la cara en el sitio de la intervención.

El frío evitará la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas postoperatorios.

Su empleo será de 15 min. seguidos de períodos iguales de descanso y durante no más de los primeros tres días.

Existen otros agentes físicos que no tienen aplicación práctica en postoperatorio de los terceros molares, tales como el calor, rayos infrarrojos y ultravioleta.

Cuidados de la Herida : Las heridas en la cavidad bucal que evolucionan normalmente, no necesitan terapéutica. Después del segundo día tratándose de heridas más grandes que las alveolares, la herida será irrigada suavemente con suero fisiológico tibio o bien con una solución alcohólica de fenol alcanforado.

Extracción de los puntos de Sutura : Después del segundo día la sutura actúa como cuerpo extraño, provocando -

inflamaciones localizadas y supuraciones, por lo tanto - los puntos de sutura serán retirados a las 24 ó 48 ho - ras después de la extarcción.

La eliminación prematura puede originar hemorra - gias secundarias o la inmovilización del coágulo.

Los puntos de sutura se retiran previa sección a tijera ayudados con una pinza de disección y se proyec - ta un chorro de agua tibia sobre la zona operada.

Tratamiento General del Paciente .-

Este tratamiento se basa en la vigilancia de los signos vitales, la alimentación y medidas terapéuticas - de orden general de las complicaciones postoperatorias. Instrucciones para el Paciente .-

Antes de despedir al paciente se le deberán dar - instrucciones sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio, tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, ali - mentación y tratamiento médico.

Tratamiento Médico : Basándose en los antecedentes clí - nicos se podrá administrar por ejemplo :

1 Analgésico.           MNSTAN : Contiene un gran poder analgésico y antinirético.   Tabletas de 250 mg.

Primero dos tabletas juntas, después 1 cada 6 horas

1 Antibiótico ( Las penicilinas son las más utilizadas )

BACTRIM ( ROCHE ) Comprimidos 1 cada 12 horas

En caso de hipersensibilidad se administra eritromicina

ERICAP : Cápsulas de 250 mg.   1 cada 4 horas.

### I Antinflamatorio

TAMDERIL : Grageas 1 cada 8 horas

En caso de existir hemorragia se puede administrar

KOMAKION : Tabletas Masticables 10 mg

De 2 a 6 tabletas al día .

Severas : Amolletas de 1 y 10 mg.

1 o 2 por vía parenteral.

### Alimentación .-

La primera comida del paciente recién operado, será a las seis horas después, y consistirá en una taza de té con leche tibia, jugo de naranja, caldo tibia y después podrá tomar el siguiente menú :

Extracto de carne, caldo con jugo de carne, fideos con manteca, huevos pasados por agua, dulce de leche, puré de papas, gelatina y jugo de tomate.

Se deberá recordar al paciente que debe tomar su suficiente reposo y regresar a las 24 horas a nuestra consulta para revisar el lugar de la intervención y practicar un suave lavado sobre la zona operada.

### Complicaciones Postoperatorias .-

Entre las complicaciones que con más frecuencia se presentan después de un acto quirúrgico tenemos : los hematomas, infección dolor, alveolitis, rinitis y hemorragia.

HEMATOMA .- Su presencia es delatada por el cambio de coloración del lecho operatorio, piel y vecindades, la turgencia y color de la encía que cubre la zona operada y la tumefacción y el aspecto del conjunto.

Puede originarse no sólo por el traumatismo inherente a la intervención, sino también por el desgarramiento o ruptura de un vaso en las maniobras de anestesia.

Aunque el hematoma se reabsorbe, a veces puede llegar a supurar y provocar reabsorción ganglionar, escalojos fríos y fiebre.

En éstos casos se les trata como abscesos, se les abre a bisturí y puede intentarse absorber la sangre todavía líquida para aliviar la tensión.

INFECCION .- A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio la infección no es muy frecuente.

El proceso infeccioso más común es la alveolitis, pero pueden sobrevenir flemones, abscesos, celulitis, etc.

Los gérmenes infecciosos más comunes son los estreptococos beta hemolítico, los estafilococos y con menos frecuencia el *Mycobacterium tuberculosis* y el *Actinomyces*.

El mejor tratamiento es la prevención, tratando de evitar fundamentalmente la osteomielitis en el paciente.

Se puede utilizar antibióticos, algunos en grandes dosis para lograr evitar el progreso local de la infección y hasta la necrosis ósea.

ALVEOLITIS .- Es una infección n trida del alvéolo dentario.

CABANNE considera que éste proceso se presenta - de las siguientes maneras :

- Alveol tis Plástica : Es una inflamación a predominio alveolar, con un alvéolo fungoso, sangrante y doloroso.

Se trata de reacciones entre cuernos extraños, sobre todo esquirolas óseas y a veces esquirolas dentarias de dientes fracturados.

- Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas m  extendidas, osteítis, periost tis, flemones perimaxilares.

- Alvéolo Seco : El alvéolo se encuentra sin coágulo, - paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso en sus bordes; el dolor domina el cuadro.

El alvéolo se presenta con sus bordes turefactos, las paredes bucal y lingual, ligeramente rojizas y edematizadas.

Todo el alvéolo se halla recubierto de un esq e - gris verdoso, mal oliente. Las paredes alveolares sin coágulo son las que han dado el nombre de alvéolo seco, que se encuentran cubiertas por una capa verdosa, o estan desnudas; el hueso alveolar se encuentra en contacto con el medio bucal, el alvéolo lleno de detritus, restos alimenticios y pus.

Para la producción de la alveolitis intervienen - varios factores, pero el principal es el traumatismo operatorio, el cual debe actuar para producir la alveolitis junto con la anestesia local que tiene un gran poder tóxico sobre los tejidos perialveolares; el estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos varios; los factores bacterianos; y entre los factores traumáticos está la excesiva presión sobre las trabéculas óseas y las tablas alveolares, elevación de la temperatura del hueso debido al mal uso de las fresas.

Con la pérdida del cóndilo, las terminaciones nerviosas quedan expuestas provocando dolor.

El tratamiento consiste en la aplicación de un agente local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección localizada que pudiera existir.

**HEMORRAGIA** .- La hemorragia puede ser primaria cuando aparece inmediatamente, o hemorragia secundaria cuando aparece tiempo después.

**Hemorragia Secundaria** : Puede aparecer algunas horas o algunos días después de la operación, se puede deber a la caída del coágulo después de un esfuerzo del paciente, o bien que ha cesado la vasoconstricción de la anestesia.

El tratamiento lo realizamos por métodos generales y locales.

Métodos Locales : Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente para retirar los restos del coágulo y la sangre que dificultan la visión del punto sangrante.

Una vez localizado éste punto la hemostasia se realiza por taronamiento a presión con gasa simple o medicamentosa. Se deposita encima de la herida un trozo de gasa grande y se mantiene bajo la presión estaticatoria.

Métodos Generales : Según la cantidad de sangre perdida el estado del paciente estará más o menos comprometido.

El estado general se mejorará administrando analépticos como el aceite alcanforado, cardiazol; y ante pérdidas considerables se deberá normalizar la volemia.

Podemos normalizar la volemia mediante la infusión de líquidos adecuados tales como : soluciones, suero, expansores de plasma, y en casos graves, sangre.

Deberá completarse el tratamiento con coagulantes, vitamina K, calcio, agentes antifibrinolíticos principalmente para que el estado del paciente se encuentre en muy buenas condiciones.

Hemorragia Primaria : Su tratamiento se realiza por dos procedimientos :



- El instrumental : Consiste en la ligadura o en el anastomosis del vaso que sangra, ésto lo logramos comprimiendo brusca y traumáticamente el vaso óseo sangrante con un instrumento rono.

- El otro método es el mecánico, que se logra por tamponamiento con un trozo de gaza y su compresión.

Por lo general volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorragia cesa, por coacción de la cavidad ósea, por la sangre que al coagularse obtura los vasos óseos sangrantes.

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

Esta tesis fué desarrollada en base a la gran responsabilidad que tiene el dentista hacia el paciente con patología de los terceros molares.

Esta responsabilidad del dentista es la de aliviar el dolor del paciente y determinar si su condición es o puede convertirse en una amenaza a su salud general.

El tratamiento quirúrgico de los terceros molares retenidos, implican siempre riesgos, como cualquier tratamiento en el que se use bisturí, por lo tanto el cirujano dentista tiene la obligación de conocer las técnicas que para el efecto existen, y el uso del instrumental que se necesite, para llevar a cabo con éxito el mejoramiento de la salud de la cavidad oral.

El cirujano dentista deberá escoger la técnica y los instrumentos adecuados al problema que se le presenta, o en un momento dado atendiendo a un sencillo criterio odontológico, cambiar la técnica o instrumental, o hacer una conjunción de todas ellas, para llevar a feliz término el problema que se halla presentado con el menor traumatismo posible, y con la certeza de haber extraído por medios científicos una pieza dentaria y no haberla arrancado por la fuerza.

Igualmente el cirujano dentista debe hacer incanfe en los cuidados terapéuticos higiénicos-medica-  
mentosos y nutricios, formulando las medidas necesa-  
rias para superar los riesgos de una posible infec-  
ción, que haría fracasar el trabajo efectuado, y tam-  
én destacar los regímenes dietéticos adecuados para  
establecer una buena nutrición que nos llevará a una  
curación total.

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

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA  
TOMO I DECIMA CUARTA EDICION  
EDITORIAL PORRUA, MEXICO  
DR. FERNANDO QUIROZ  
GUTIERREZ.

CIRUGIA BUCAL  
OCTAVA EDICION  
EDITORIAL EL ATENEU  
BUENOS AIRES  
DR. GUILLERMO A.  
RIES CENTENO.

TRATADO DE CIRUGIA GENCIVAL  
CUARTA EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
DR. GUSTAV C.  
KNUDSEN.

CIRUGIA BUCAL  
PRIMERA EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
DR. LLOYD R. COSTICH.  
DR. RAYMOND P. WHITE  
Jr.

MANUAL ILUSTRADO  
DE ODONTOLOGIA  
A S T R A .

APUNTES DE CIRUGIA  
BUCAL Y MAXILOFACIAL  
CLINICA PERIFERICA  
VENUSTIANO CARRANZA  
DR. FLORENTINO  
HERNANDEZ R.  
MEXICO.

1982.