

• UNIVERSIDAD NACIONAL •
AUTONOMA DE MEXICO

ODONTOLOGIA

CIRUGIA DE LOS TERCEROS MOLARES
RETENIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARICELA URIARTE
LEMUS

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CIRUJIA DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS

- I.- INTRODUCCION
- II.- CONSIDERACIONES ANATICAS
 - a) Descripción de la zona de terceros molares
 - b) Musculos masticadores
 - c) Ramas terminales del trigémino
- III.- HISTORIA CLINICA
- IV.- TRATAMIENTO PREOPERATORIO
 - a) Anopsia
 - b) Antisepsia
- V.- TECNICA DE LA ANESTECIA
- VI.- INSTRUMENTAL QUIRURGICO
- VII.- ERUPCION DEL TERCER MOLAR Y SUS ACCIDENTES
- VIII.- ELIMINACION DEL CAPUCHON
- IX.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES
- X.- EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS
- XI.- CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES
- XII.- EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS
- XIII.- CONCLUSIONES
- XIV.- ~~RADIOGRAFIA~~

Por su cara posterior también encontramos a la línea oblicua-interna o milohioidea dirigiéndose también hacia abajo y hacia adelante terminando en el borde inferior de esta cara. Por su borde inferior encontramos el borde alvéolar, que también como el hueso superior presenta una serie de cavidades o alvéolos dentarios, también se hayan -- separados entre si por puentes óseos o apófisis interdientarias donde-- se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

Ramas: Estas ramas las encontramos en número de dos, derecha e izquierda, son aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular, por la parte inferior de su cara externa encontramos que es mas rugosa que su cara superior por su cara interna en su parte media o sea a la mitad -- de la línea diagonal que va al cóndilo, al borde alvéolar se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior del conducto dentario por el que se introducen el nervio y los vasos dentarios inferiores, -- una saliente triangular o espina de spix forma al borde anteroinferior de aquel orificio es la parte inferior y posterior de la cara interna, -- tiene una serie de rugosidades bien marcadas que sirven de insercción al músculo pterigoideo interno.

El borde anterior de este hueso esta dirigido oblicuamente hacia abajo y adelante, se haya excavado en forma de canal cuyos bordes divergentes se separan a nivel alvéolar. Su borde posterior, liso y obtuso recibe también el nombre de borde parotídeo, por su relación con la glándula parótida. El borde inferior de la rama ascendente se continúa insensiblemente con el borde inferior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior forma el ángulo del maxilar inferior o gonion.

Este hueso se halla interiormente recorrido por el conducto

dentario inferior, el cual comienza con el orificio situado detrás de la espina de Spix y se dirige hacia abajo y hacia adelante, a lo largo de las raíces dentarias, llegando al nivel el segundo premolar.

En éste hueso también encontramos la arteria y vena facial estos vasos cruzan el borde inferior del maxilar inferior exactamente por delante del músculo masetero, a veces pueden ser palpados en el canal facial, en el borde inferior del maxilar, por lo tanto pasan cerca de la piel de la cara, en este punto, pero también están inmediatos al fondo del véstibulo en el área molar inferior. Una insición intrabucal hecha en este sitio podría succionar inadvertidamente los vasos.

Este hueso esta formado por tejido esponjoso, recubierto por una gruesa capa de tejido compacto, este tejido sin embargo, se adelgaza considerablemente al nivel del cóndilo.

B) Músculos Masticadores.

Estos músculos son en número de cuatro, e intervienen en los movimientos de elevación y de lateralidad del maxilar inferior.

TEMPORAL .

Este músculo ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoide del maxilar inferior.

Si se disecan con cuidado las fibras musculares de este músculo en su lugar de inserción, se pueden ver que dos superficies se fijan en la cara externa de la aponeurosis de inserción, mientras que las profundas lo hacen en la cara interna de las mismas.

Relación.- se relaciona con vasos y nervios temporales superficiales y arterias y nervios profundos anteriores, y sus venas correspondientes. ~~Por su parte inferior se relaciona por dentro con los pteri-~~

da la rama ascendente del maxilar inferior.

Relaciones.- por su cara externa , se haya relacionado con el pterigoideo interno y externo. por su cara interna con la rama ascendente del maxilar. Por este músculo se deslizan; el nervio lingual, el dentario inferior y los vasos dentarios. Entre la cara interna del pterigoideo interno y la faringe se encuentra el espacio maxilofaríngeo. por donde atraviesan muy importantes vasos y nervios, entre estos el neumogástrico glosofaríngeo espinal e hipogloso, atraviezan la carótida interna y la yugular interna.

Inervación.- Lo inerva el pterigoideo interno el cual es una rama del maxilar inferior.

Acción; Eleva el maxilar inferior, y debido a su posición también proporciona a este hueso pequeños movimientos laterales .

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Se haya dividido en dos haces. el Haz superior se inserta en la superficie del ala mayor del esfenoides y el haz inferior se fija sobre la cara externa de la ala externa de la apófisis pterigoides. Las fibras de ambos convergen hacia afuera y se insertan en la parte interna del cuello del cóndilo.

Relación.- Por arriba se haya en relación con la fosa cigomática, y con el nervio temporal, entre sus dos fascículos pasa el nervio bucal, su cara anteroexterna esta en relación con la escotadura sigmoidea, su cara postero-interna se relaciona con el pterigoideo interno, el cual se cruza con los nervios y vasos linguales dentarios inferiores , su extremidad externa se relaciona con la arteria maxilar interna la cual rodea el cuello del cóndilo.

Inervación.- Recibe dos ramas nerviosas procedentes del bucal.

Acción.- La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos-- produce movimientos de proyección hacia adelante del maxilar inferior si se contrae aisladamente ejecuta movimientos de lateralidad hacia uno y otro lado, estos movimientos son alternativos y rápidos y se llaman de diducción . y son los principales en le masticación.

C) RAMOS TERMINALES DEL TRIGEMINO

Como es sabido este nervio es el V par craneal.

Es un nervio mixto que lleva sensibilidad a la cara, esto explica el por que en ocasiones las irradiaciones dolorosas se extienden hacia toda la cara en pacientes afectados por la caries en un solo diente.

Este nervio también lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

El nervio tiene su origen en el ganglio Gasser, el cual está contenido en un desdoblamiento de la duramadre y situado en la fosa de Gasser, de este ganglio surgen sus dos ramas nerviosas, el nervio oftálmico, el nervio maxilar y el nervio mandibular.

EL NERVIO OFTÁLMICO.

Este nervio es puramente sensitivo, penetra en la pared externa del seno cavernoso en donde se divide en tres ramas a saber:

- 1.- El nervio lagrimal.- penetra por la hendidura esfenoidal y da ramas a la conjuntiva, a la piel del ángulo del ojo y a la glandula lagrimal.
- 2.- El nervio Nasociliar.- el cual corre medianamente inervando la membrana de revestimiento, la parte anteroposterior o anterosuperior de la cavidad nasal, la piel que cubre la parte superior de la nariz y está adyacente al ángulo de los ojos.
- 3.- El nervio frontal.- El cual se dirige hacia delante sobre el piso de la orbita y se divide en; el nervio supraorbital el cual inerva la piel de la superficie de los parpados y la frente y sube hasta la piel del cuero cabelludo.

Este nervio también una rama llamada nervio supraorbital corre por el borde del ojo, aproximadamente 2.5 cm. de la línea media de éste.

EL NERVIO MAXILAR.

Este nervio a partir del origen se dirige hacia el agujero redondo mayor, para penetrar después a la fosa pterigomaxilar de aquí corre hacia-

tario donde emite sus ramas entre éstas podemos enumerar:

1.- Nervio palatino posterior.- sigue un surco decendiente para penetrar por el conducto palatino acseosrio para inervar la mucosa -- del paladar duro.

2.- Nervios dentarios,Posteriores.- Estos nervios se desprenden del tronco en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar y descienden-adosados a la tuberosidad maxilar, para penetrar en los conductos - dentarios posteriores proporcionan ramos a losgruesos molares superiores, así como la mucosa del seno maxilar y al hueso mismo.

3.- Nervio infraorbitario.- Este nervio es la continuación directa del nervio maxilar. Despues de atravesar la hendidura esfenomaxilar corre por el piso de la orbita formando los nervios alveolare del maxilar y la encía, para luego salir atravez del agujero infraorbitario y dar ramas a la piel situada entre la hendidura palpebral y las ventanas nasales.

NERVIO MANDIBULAR

Este nervio también recibe el nombre de dentario inferior, es un nervio mixto al salir del ganglio de Gasser llega al agujero oval,- y se dirige a la fosa infratemporal, dando un tronco anterior y otro posterior. De su tronco anterior se origina el nervio bucal, éste da un ramo descendente sensitivo o nervio bucal que cruza por la cara interna del tendón del temporal para alcanzar la cara externa del buccinador, donde proporciona ramos para la piel y la mucosa de el carrillo. De su tronco posterior, emite ramos como el nervio dentario inferior que es el mas voluminoso de los originados por el -- maxilar inferior. Continúa en la misma dirección del tronco y de --

scienden entre la cara externa del pterigoideo interno y el músculo -- pterigoideo externo, acompañado de la arteria dentaria inferior con la cual penetra en el conducto dentario y esta destinado a inervar los -- gruesos molares, así como el maxilar inferior y la encía que le cubre.

Otra rama del tronco posterior es la del nervio lingual, casi tan voluminoso como el dentario inferior, camina por delante de esta, del- que se separa para dirigirse a la punta de la lengua, corre desde un - principio entre los dos pterigoideos, cruzando por detras de la maxi- lar interna, sigue despues entre la inserción externa del pterigoideo interno hasta alcanzar el piso de la boca.

cantidad de líquidos ingeridos; lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, ocupación anterior y actual, deportes, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, inmunizaciones, B.C.G., antivariolosa, P.R.T. - antipoliomética otras pruebas inmunológicas, micótica, otras.

4.- Personales patológicos.- Fiebres eúptivas, tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones y parásitos intestinales, disenteria, hemorragias (epistaxis) (hemoptisis, hematemesis, rectorragias y melenas) ictericia, cianosis, otras enfermedades venereas, flebitis, infarto del miocardio, accidentes vasculares, cerebrales, amigdalitis, otitis, adenopatías y úlcera péptica.

5.- Padecimiento actual.- Motivo de la consulta.- (enviado por ó espontáneo) principales síntomas (solo enumeración de las molestias principales).

a) Cuadro clínico inicial.- fecha de comienzo, causas aparentes descripción, y análisis de los mismos síntomas.

b) Evolución de cada uno de los síntomas.

c) Estado actual de los síntomas

APARATOS Y SISTEMAS

1.- Digestivo.- Anorexia, tránsito esofágico, dispepsia, caracteres de la evacuación, ictericia, dolor, hematemesis, tránsito intestinal, otros

2.- Respiratorio.- Obstrucción nasal . epistaxis, tos, expectoración, hemoptisis, dolor, disnea, cianosis, sinusitis, disfonía, otros.

3.- Circulatorio.- Disnea, dolor, palpitaciones, edema, insuficiencia arterial, lipotimia, síncope, vólipso, choque, cianosis, otros.

4.- Urinario.- diuresis en 24 horas, número de micciones, caracteres de las micciones, y la orina, incontinencia, disuria, piuria, hematuria, dolor lumbar.

5.- Genital.- Menarca, ciclo menstrual (última menstruación) síndrome -

premenstrual, menopausia, metrorragia, leucorreas, líbido, perturbaciones sexuales.

6.- Hématico y linfático.- manifestaciones de anemia, hemolisis, tendencia hemorragica, menor resistencia a las infecciones, adenopatías.

7.- Endócrino.- Perturbaciones somáticas (desarrollo estatural, elevación de la curva ponderal,) diabetes, bocio, hipertricosis, acné, otros.

8.- Nervioso.- motilidad, parálisis, parestias, temblores, atrofas, sensibilidad anestesia, hipoestesia, algias, cefaleas, organos de los sentidos, visión, audición, equilibrio, olfato, gusto, personalidad, sueño exitabilidad, depresión, ansiedad, memoria, etc.,.

9.- Musculo esqueletico.- Algias, limitación de movimiento, atrofas, - deformaciones articulares.

10.- Piel mucosa y anexos.-

11.- Síntomas generales

12.- Exámen previo.- enumeración y fecha

13.- terapeutica empleada.- tiempo de tratamiento, medicamentos, dosis-- diaria y total, resultados obtenidos.

14.- Diagnosticos anteriores.

15.- Exploración física.

16.- Datos generales.- peso real, peso ideal, peso habitual, estatura, - pulso tensión arterial,,temperatura respiración etc.

17.- Inspección general.- cabeza, cuello, torax, región precordial,ab - domen, exploración, organos genitales, exploración vaginal y rectal, co lumna vertebral etc.,.

18.- Extremidades.- piel, edemas, venas, arterias, ganglios, articulaciones, huesos, sensibilidad y motilidad, reflejos: rotuliano, aquiliano, plantar, etc.

19.- Nombre y firma.- del paciente al operario o autorización de los familiares.

20.- Nombre y firma.- Del cirujano dentista.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

En el tratamiento preoperatorio se deben tomar en cuenta - algunos factores, primero las medidas generales como son: el examen de orina y el tiempo de coagulación, puesto que la extracción dentaria es la causa más común en pacientes predispuestos, debiendo examinarse con este motivo otros - posibles antecedentes hemorrágicos: gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis etc. También por el método de coagulación podremos encontrar diátesis hemorrágicas (hemofilia púrpuras trombopénicas o vasculares, etc) o a una enfermedad hemorrágica (leucemia, cirrosis hepática, uremia etc.) para todos estos casos debemos tener una consulta médica.

El examen de orina nos informa de la existencia normal o -- anormal, tales como albúmina, la glucosa y la acetona las - cuales exigen un tratamiento previo.

Asepsia) En la asepsia encontramos que se puede lograr por varios métodos como son:

1.- Calor.- Es uno de los agentes físicos más efectivos para la destrucción bacteriana.

En el calor no solo es importante; la elevación de la - temperatura, sino que además es necesario el factor tiempo, así el bacilo tífico es destruido a 60°C en 1 hora y a 70°C en 20 minutos.

La resistencia al calor, varía de acuerdo a la especie - a la estructura, a la humedad y al pH.

b) otro método de esterilización es el frío-. Se ha observado que las bajas temperaturas no destruyen a las bacterias tan ampliamente como las altas, ya que solo consiguen detener sus funciones vitales impidiendo sus funciones metabólicas, sin embargo si la congelación es prolongada - puede llegar a destruir microorganismos.

c).- Luz ultravioleta.- Corresponde a la longitud de onda entre 2500 y 3200 A° (Angstroms) y es el tipo de radiación más letal, ya que ocasiona cambios moleculares a nivel de DNA y de RNA alterando el metabolismo y produciendo la --- muerte de la bacteria.

Se emplea en la preparaci^on de medicamentos, vacunas, esterilización de quirófanos, salas hospitalarias y aire de ventilación.

Se aplica generalmente por lámparas de vapor mercurial que emiten luz por una longitud de onda de 2537 A° que cae dentro del espectro ultravioleta.

d).- Presión osmótica.- Los cambios de concentración del medio ocasionan destrucción bacteriana, así el medio se torna hipertónico con respecto a la bacteria, esta pierde agua y llega a morir por deshidratación, si por el contrario el medio se torna hipotónico la bacteria se vuelve turgente - llegando a reventar.

Las variaciones de concentración serán de acuerdo con - el grado de humedad, salinidad, pH, etc.

e),- Vibraciones ultrasónicas.- Es de aplicación limitada y consiste en altas presiones aunadas a corrientes eléctricas de alta y baja frecuencia que ocasionan la disgregación bacteriana o cavitación con rompimiento de la pared celular.

Desinfección.- Es el proceso de destrucción de microorganismos mediante el uso de agentes químicos.

Estas sustancias pueden realizar la destrucción alterando el microorganismo en algunos de los siguientes aspectos.

- 1.- Procesos oxidoreductores
- 2.- Hidrólisis
- 3.- Modificación en la permeabilidad celular
- 4.- Inactivación de enzimas
- 5.- Desnaturalización de proteínas
- 6.- Interferencia en los grupos activos de proteínas.

Los desinfectantes pueden ser:

- a).- Bactericidas: que destruyen bacterias
- b).- Viricidas: que destruyen virus
- c).- Fungicidas: que destruyen hongos

Las bacterias son valoradas, comparándolas con el llamado "coeficiente del fenol" en su poder destructor.

El coeficiente del fenol se obtiene dividiendo la disolución más alta del germicida que mata más bacterias en minutos por la correspondiente del fenol. Si el coeficiente es mayor a uno, el desinfectante es potente que el fenol, y si es menor es más débil.

(chancro, placa mucosa) contraindican toda operación en la cavidad bucal, por el peligro que significa incisiones sobre tales lesiones y el contagio que representa para el operador.

Aunque en estado normal, la boca, antes de una operación en ella, debe ser cuidadosamente lavada con una solución de agua oxigenada (en atomizador), o soluciones jabonosas - que se preparan diluyendo jabón líquido y agua oxigenada, en un volumen diez veces mayor de agua.

Especial dedicación hay que prestarle a los espacios interdentarios, las linguetas gingivales y los empachones de los terceros molares. Estas regiones serán lavadas con una solución de agua oxigenada , o un antiséptico cualquiera y pintadas con tintura de merthiolate antes de la operación.

Estas medidas antisépticas preoperatorias, colocarán la cavidad bucal en una condición óptima, para realizar en ella una intervención y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

TECNICAS DE LA ANESTECIA PARA TERCEROS

MOLARES INFERIORES Y SUPERIORES

ANESTESIA INTRACULAR DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR

Vamos a anestesiar en el nervio dentario inferior, rama terminal del maxilar inferior, que continua la dirección de la rama original.

El dentario inferior inerva el hueso maxilar inferior, su periostio, la encía y los dientes en cada hemiarcada a excepción de un trozo de encía y periostio que cubre la cara externa del maxilar, entre el tercer y el primer molar, zona inervada por el nervio bucal, rama del maxilar inferior que en algunos casos requiere una anestesia aparte.

El nervio dentario inferior penetra en el orificio superior del conducto dentario del maxilar inferior. En las vecindades de este orificio debe depositarse la solución anestésica .

VIA INTERNA

Para alcanzar el nervio dentario inferior es necesario llegar con la aguja a las proximidades del orificio del conducto dentario, para lograr este objeto debemos valernos de reparos anatómicos que nos permitan una vía fácil y segura de introducir la aguja.

El orificio superior del conducto dentario se encuentra ubicado en la cara interna de la rama ascendente, tiene forma triangular y su borde anterior en forma de llingula, se denomina espina de Spix.

Este orificio está situado en las siguientes distancias aproximadas de los bordes de la rama ascendente: del borde anterior 18 m.m. del borde posterior 6 m.m. del borde inferior 22 m.m. del borde de la escotadura sigmoidea 12 m.m. de la línea oblicua interna 8 m.m. la proyección del orificio sobre la cara externa de la rama, esta dada por la intersección de dos líneas imaginarias perpendiculares entre sí, una vertical trazada desde el punto medio de la escotadura sigmoidea hasta el borde del maxilar y otra línea que une a ambos bordes de la rama, trazada en el punto medio de la línea vertical.

do hasta la altura de los premolares, esto es con el objeto de llegar hasta la tabla interna de la rama ascendente. Se profundiza la aguja, puede tocar hueso pero no es necesario que lo haga, y se inyecta lentamente la solución anestésica.

INYECCION DEL NERVIO ALVEOLAR POSTERIOR SUPERIOR
EN LA TUBEROSIDAD O INYECCION CIGOMATICA.

La inyección en la tuberosidad produce la anestesia de los molares segundo y tercero, pero en algunos casos el primero, para producir anestesia en este último se recurre a la anestesia por infiltración alrededor de él, ya que este diente recibe algunas fibras que inervan los premolares.

Quando se practica la inyección cigomatica, es necesario considerar la edad del paciente para fijar adecuadamente el sitio de la inyección.

en el adulto se toma como referencia los molares segundo y tercer, pero cuando el tercero no ha erupcionado se toman como guía los molares primero y segundo. para lograrlo es necesario alcanzar los agujeros alveolares posteriores; en un niño de diez años la tuberosidad se encuentra atrás del primer molar, a los quince años se encuentra por detrás del segundo molar y en el adulto por detrás del tercer molar.

La inyección de la tuberosidad, al bloquear el nervio alveolar posterior, produce frecuentemente anestesia efectiva para cualquier procedimiento quirúrgico dental que actué sobre los terceros molares superiores sin afectar el hueso palatino alveolar ni la membrana mucosa, pero es buena práctica producir además el bloqueo de la superficie palatina.

Al practicar esta inyección, el cirujano debe tener cuidado para no lesionar la arteria alveolar posterior, el plexo venoso pterigoideo y el músculo pterigoideo externo; si la aguja penetra en la arteria o plexo venoso se puede producir un hematoma, si se lesiona el músculo citado se produce una anquilosis falsa.

Si se introduce muy profundamente la aguja en sentido distal, se puede penetrar en el músculo pterigoideo externo, y si se dirige a nivel de la lámina alveolar sin levantar la mano ni llevar la jeringa hacia arriba y afuera,

el periostio ni apartarla de su curso; en este sitio se deposita parte de la solución enseguida se dirige la aguja hacia afuera y hacia el ángulo de la boca lo más que sea posible, de manera que la j^uga avance a los lados de la cara curva del hueso. La introducción de la aguja debe hacerse -- lenta y cuidadosamente, depositando unas cuantas gotas mientras se introduce, hasta alcanzar una profundidad en que la punta de la aguja debe estar situada sobre los agujeros alveolares posteriores; se deposita entonces 1.5 cc. de la solución conservando una cantidad suficiente para anestesiar el nervio palatino anterior a la altura del agujero palatino posterior.

ESTRUCTURAS QUE SE ANESTECIAN

El nervio alveolar posterior inerva las siguientes estructuras: tuberosidad posterolateral, apófisis alveolar, molares superiores segundo y tercero, periostio bucal, tejido, gingival, membrana mucosa y raíces palatina y distobucal del primer molar.

Por arriba del primer molar y del segundo premolar superior se comunica con el nervio alveolar superior medio.

La raíz mesiobucal del primer molar no siempre se anestesia por la inyección en el nervio alveolar posterior debido a las ramas comunicantes del nervio alveolar superior y medio del ganglio de Valentino, ya que en ocasiones es muy gruesa la capa cortical ósea que se encuentra sobre dicha raíz.

riostio y el hueso apartandolo hasta donde sea necesario.

Separadores.- Son necesarios para tener separados los labios, no herirlos y para que no sean lastimados los colgajos.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE

TEJIDOS DUROS.

Escoplos y Martillo.- Son instrumentos usados en cirugía bucal para resecar el hueso que cubre el objeto de la intervención.

El escoplo es una barra metálica que en un extremo esta cortado a bícel y afilado, actúa a presión normal ó a golpes del martillo dirigido sobre la extremidad opuesta al filo.

Alveolotomo.- Es para resecar hueso, se usan rectos y curvos, actúa cortando y extrayendo el hueso por mordiscos sobre esté tejido previa preparación de una puerta ó directamente para eliminar bordes cortantes crestas óseas.

Fresas Quirúrgicas.- Son de gran utilidad para la osteotomía generalmente se usaran fresas de bola ó fisura #5 #8 y la 560.

Limas para hueso.- Se emplea para quitar asperezas y alisar el hueso en el tratamiento de la cavidad ósea, para la preparación y regularización de los procesos alveolares y eliminar puntas óseas o créstas.

Pinzas de curación.- Sirven para tomar algodón ó gasa al efectuar la asepsia y limpiar el campo operatorio de la sangre que mana de los vasos sanguíneos vecinos.

Forcesps.- Se utilizan para la extracción dentaria, consta de tres partes; una activa, una pasiva (rama del fórceps y la charuela que permite el movimiento).

Elevadores y Botadores.- se emplean para luxar al diente ó extraer restos radiculares, para debridar y separar el tejido conjuntivo fibroso.

ERUPCION DEL TERCER MOLAR Y SUS ACCIDENTES.

Estos son de variedad Clínica e intensidad distinta alcanza todas las gamas y toman todos los cuadros clínicos. Desde un problema de proceso local de escasa importancia, hasta un flemón gangrenoso del suelo de la boca, Se clasifican:

- 1.- Accidentes mucosos.
 - 2.- Accidentes nerviosos
 - 3.- Accidentes celulares
 - 4.- Accidentes óseos
 - 5.- Accidentes linfáticos y ganglionares
 - 6.- Accidentes tumorales
- 1.- Accidentes mucosos.- Las complicaciones que ocurren en las partes blandas que rodean al molar. Pericoronaritis es la lesión inicial y el accidente de alarma. Esté aparece en la época en que se origina la erupción del molar del juicio, su comienzo puede ser brusco o insidioso, es brusco cuando aparece sin anuncio previo y a nivel del capuchón que cubre al molar retenido total o parcialmente se instala un proceso inflamatorio con sus signos característicos molestia (dolor), tumor, calor, rubor.
- Molestia (dolor) casi siempre precoz adquiere todas las variedades -- puede localizarse en el capuchón o irradiarse en la línea del nervio dentario inferior o tomar distintas vías. en ocasiones la molestia (dolor) se úbica en el oído a nivel del tragus, la encía cambia a un color rojizo a rojo violacéo el estado general es prontamente afectado, fiebre, anorexia.

Astenia, los ganglios regionales son atacados (adenitis del ganglio de chassaignac) el trismus acompaña al proceso.

2.- Accidentes nerviosos.- Estos son producidos sobre el nervio dentario puede incidir trastornos reflejopáticos y neurotróficos, que se traducen en herpes, paladar, canicie, eczemas., trismus, como reacción antálgica.

3.- Accidentes celulares.- La descripción clínica de la complicación celular pericoronitis. La inflamación y los absesos pueden tomar varias vías Hacia adentro, hacia atras, arriba abajo, hacia arriba y adentro y a---tras y afuera.

1.- Abseso Buccinatomaxilar

1.- Abseso de la long. maseterina

2.- Abseso submaxilar

2.- Abseso del suelo de la boca

3.- Abseso del pilar anterior

3.- Abseso subamigdalino.

4.- Accidentes óseos.- los accidentes oseos propiamente dichos como complicación de una pericoronitis son sumamente raros y excepcionales.

5.- Accidentes linfáticos o ganglionares.- La repercusión ganglionar en -- el curso de una pericoronitis es un hecho común y frecuente podemos decir que todas las infecciones del saco pericoronario se acompañan de su corteza ganglionar. Los ganglios tributarios de la región del tercer molar son los submandibulares (ganglio de Chassaignax).

ELIMINACION DEL CAPUCHON

Para la eliminación del capuchon se deben tomar en cuenta dos puntos:

- a) forma y límite del capuchon
- b) Posición del tercer molar

a) forma y límite del capuchón.- solo se han de resecar los capuchones que cubren a manera de lenguetas el molar en erupción. Los capuchones que están -- formados por una prolongación del pilar anterior no deben de ser resecaados. Es tá sobreentendido que la eliminación del capuchón se hara en frio, fuera de los periodos de infección, la apertura del sacopericoronario o de la encía, en período agudo con estos lines, acarrea siempre trastornos de gravedad.

b).- Posición del tercer molar en erupción los únicos casos fueron indica la eliminación quirurgica del capuchón con respecto ala posición del tercer molar son aquellos en los que el tercer molar esta en posición y su corona a la misma altura de la corona del segundo molar. Es decir, que practicamente no -- hay mas traba que se oponga a la erupción que la lengüeta gingival que cábre la corona del diente retenido.

En ninguna otra posición del tercer molar tiene indicación la resección quirurgica del capuchón que lo cubre.

METODO QUIRURGICO PARA LA RESECCION DEL CAPUCHON

Se procede a la anestecia regional. Operación:

Primer tiempo: se introduce una espátula de Freer por debajo del capuchón, entre este y la corona molar. Se recorre con el instrumental toda la extensión de la corona (cara triturante) del molar.

Segundo Tiempo: Insisiones con el bisturí de hoja corta se practican dos incisiones paralelas a la altura del borde bucal y lingual de la cara triturante del-

molar retenido. Estas insisiones deben llegar profundamente hasta encontrar al tejido óseo o el esmalte dentario. Se vuelve a colocar la espátula de Freer y se desprende el colgajo de todas sus posibles adherencias: se toma con unas pinzas de Kocher, se tracciona hacia adelante y con una tijera curva o con un bisturí se le secciona a nivel de la cara distal del tercer molar. Esta operación puede terminarse por medio del galva nocauterio. Después de tomado el colgajo y traccionado hacia adelante se cauteriza su base con una punta de galva nocauterio. Se tocan los bordes sangrantes con el mismo instrumento o con una torunda de algodón impregnada en una solución al 20% de ácido tricloracético.

METODOS ELECTRICOS: (GALVANOCAUTERIZACION)

Puede procederse de dos maneras: la eliminación total del capuchón en una sesión, o las cauterizaciones realizadas en varias sesiones para el primer método se procede como en el método quirúrgico, usando el galvanocauterio manera de bisturí; las cauterizaciones en varias sesiones tienen el inconveniente de alargar el procedimiento y de que cada cauterización origina un nuevo brote inflamatorio.

BISTURI ELECTRICO: (DIATERMIA QUIRURGICA)

Se procede de la misma manera tratando de estirpar el capuchón. Este método tiene ventajas apreciables: que no da sangre y que disminuye las posibilidades de infección.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Estos molares ocupan dentro de los maxilares diversas posiciones y según estas posiciones el Cirujano George B. Winter, hizo una clasificación basándose en experiencias propias y en cuatro puntos esenciales.

- 1.- La posición de la corona
- 2.- La forma radicular
- 3.- La naturaleza de la osiestructura
- 4.- La posición del tercer molar en relación con el segundo.

Winter ha revolucionado las técnicas quirúrgicas para la extracción de los terceros molares con estudios clínicos.

A).- POSICION VERTICAL: El tercer molar en este tipo de retención puede estar total o parcialmente cubierto de hueso, pero lo característico es que su eje mayor es paralelo al eje mayor del segundo y primer molares.

B).- POSICION HORIZONTAL: En este caso el eje mayor del tercer molar es perpendicular a los ejes del segundo y primer molares.

C).- POSICION MESIOANGULAR: El eje del tercer molar está dirigido hacia el segundo molar, formando con el eje de este diente un ángulo de 45° .

D).- POSICION DISTOANGULAR: Aquí el tercer molar tiene su eje mayor dirigido hacia la rama ascendente, por lo tanto la corona ocupa dentro de esta rama una posición variable de acuerdo al ángulo en que está desviado.

E).- POSICION INVERTIDA: En esta posición el molar presenta su corona dirigida hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia la cavidad oral.

F).- POSICION VESTIBULOANGULAR: En este tipo de retenciones el eje mayor del tercer molar es perpendicular al carrillo.

EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

Retención en posición vertical.- Se realiza una insisión por la cara mesial del tercer molar para aplicar el elevador, se realiza una insisión que se extiende sobre la cara oclusal del molar retenido, desde el borde mesial del festón gingival, llegando en sentido distal algunos milímetros por detrás del borde óseo distal a resecar, esta insisión es la preferida para no lacerar la lengüeta interdientaria. Después de la insisión, el colgajo es separado con un periostótomo. La lengüeta interdientaria traumatizada origina dolores postoperatorios. Por otra parte la cicatrización origina una retracción de la lengüeta, que deja al descubierto parte de la cara distal del segundo molar. El movimiento de luxación del tercer molar inferior retenido ha de ser dirigido hacia la rama montante del maxilar. Por lo tanto todo el hueso que exista por la cara distal, en contacto con la corona del tercer molar retenido en posición vertical, debe ser eliminado para que el diente pueda desarrollar un arco de círculo. El elevador se aplica por mesialmente, entre el segundo y tercer molar, tiene como función de luxar y elevar el molar de su alveolo. Luxando el diente puede ser extraído del alvéolo con pinza para extracciones o con el mismo elevador.

Retención en posición distoangular.- Este tipo de retención no es frecuente, la dificultad de su extracción reside en la posición del molar. Si el molar está parcialmente erupcionado, puede efectuarse el mismo tipo de insición ya señalado para las otras clases de retenciones. En retenciones profundas y completas, preferimos la insición angular.

Con el osteotómo se llega hasta la porción ósea que cubre la cara triturante y distal del molar retenido. existiendo suficiente espacio entre la corona del segundo molar y la del tercero, se introduce el elevador por la cara mesial, cerca del borde bucal, e introduciendo el elevador como si fuera una cuña entre el molar y el hueso, se logra elevar el molar. Si la cantidad de hueso distal reseca no es suficiente deberá practicarse una mayor osteotomía. El Elevador es colocado nuevamente y con la misma acción de cuña el molar se desvía hacia arriba y atrás. Aplicando el elevador, se gira el mango del instrumento hacia el lado bucal, consiguiéndose así desplazar el molar.

Retención en posición vestibuloangular.-

Esta extracción sigue los principios ya mencionados.

La sección del diente en sentido de su eje menor, divide con una fresa de fisura la parte mesial de la distal, simplificando el problema. Las partes se extraen por separado.

Retención en posición lingoangular.-

Si se presenta en estas condiciones, su cara triturante - esta dirigida con grado de inclinación variable hacia la - tabla lingual del maxilar. La rama anteroposterior de la - insición debe ser trazada al mismo nivel que la cara in- -terna del hueso. La rama vertical separa la encía que cu- -bre el molar retenido de la cefal distal del segundo molar y se continúa hacia afuera, adelante y abajo, se reseca - el hueso que cubre la cara superior y la cara triturante, la osteotomía también puede efectuarse con fresa redonda.

Eliminada la suficiente cantidad de hueso, que cubre el molar retenido, se introduce un elevador entre la cara mesial y el hueso y se trata de levar el molrar hacia arriba y atrás.

CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES.

El tercer molar superior es susceptible de una clasificación con fines quirúrgicos. Las variaciones en la posición del molar son menores en el maxilar superior que en el inferior.

La retención del molar puede ser intraósea o submucosa. En este último término, Pueden estar retenidos totalmente.

Las distintas posiciones que el tercer molar puede ocupar en maxilar superior son las siguientes:

A).- POSICION VERTICAL: El eje mayor del tercer molar superior se encuentra paralelo al eje del segundo molar. El diente puede estar total ó parcialmente cubierto de hueso.

B).- POSICION MESIONANGULAR;- El eje del molar retenido esta dirigido hacia adelante. En esta posición, la raíz del molar esta vecina a la apofisis pterigoides. Esta posición y el contacto de las cúspides mesiales del molar superior impiden su normal erpción; son frecuentes las caries en la cara distal de la raíz del segundo molar superior.

C).- POSICION DISTOANGULAR: El eje del tercer molar esta dirigido hacia la tuberosidad del maxilar. La cara oclusal del tercer molar esta hacia la apofisis pterigoides, con la cual la cara puede estar en contacto directo,

D).- POSICION HORIZONTAL: El molar esta dirigido hacia el carrillo, con el cuál la cara oclusal puede ponerse en contacto,

La cara oclusal puede también dirigirse hacia la bóveda palatina y erupcionar ahí.

Retención en posición horizontal.-

Cara mesial accesible.- La insición es la misma para los otros tipos de retenciones, después se elimina la cantidad de hueso distal necesaria, enseguida se usa un elevador el cual se introduce entre la cara mesial y el borde óseo y el molar es desplazado hacia arriba y en sentido distal. Puede irse aumentando gradualmente el tamaño de los elevadores, - conforme se consiga ir aumentando el tamaño del espacio. La dirección y fuerza ejercida sobre el elevador están en relación con la forma y disposición radicular.

Cara mesial inaccesible.- En estos casos la superficie mesial es más baja que el borde superior de la oñestructura y el acceso a la cara mesial solo puede conseguirse escindiendo el hueso. La osteotomía se practica por la cara bucal, para permitir la entrada y la aplicación del elevador. En el espacio creado por el osteotómo se introduce un elevador número dos por la cara mesial del molar, sobre la cual se aplica. Se dirige el mango del instrumento hacia abajo y el molar se desplaza hacia arriba y hacia distal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.
EDITORIAL PORRUA. 1975

- 2.- EJNAR ERIKSSON
ILUSTRATED HANDBOOK IN
LOCAL ANAESTHESIA
ED YFAR BOOK MEDICAL
PUBLISHERS -INC
CHICAGO

- 3.- EMMETT R. COSTICH
CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA. 1974

- 4.- RIES CENTENO GUILLERMO A.
CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL EL ATENEO. 1978

- 5.- KRUGER GUSTAV O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA. 1978

- 6.- JORGENSEN NIELS BJORN.
ANESTESIA EN CIRUGIA BUCAL.
EDITORIAL UTEHA. 1963

- 7.- H. BIRN J. E. WINTHER.
ATLAS DE CIRUGIA MAXILO-FACIAL.
EDITORIAL SALVAT. 1976