

**UNAM**



2457  
**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CIRUGIA DEL TERCER  
MOLAR RETENIDO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**Cirujano Dentista**

P R E S E N T A:

***Juan Carlos Sánchez Martínez***

**MEXICO, D. F.**

**1982**



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.

## INDICE

	<u>PAGS.</u>
INTRODUCCION. . . . .	1
CAPITULO I.- CLASIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES. . . . .	3
CAPITULO II.- PATOLOGÍA QUE SE PRESENTA DEBIDO A LA RE TENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES. . . . .	10
CAPITULO III.- CONTRAINDICACIONES E INDICACIONES DE LA- EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO . . . . .	20
CAPITULO IV.- INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO. . . . .	25
CAPITULO V.- TÉCNICA DE ANESTESIA. . . . .	44
CAPITULO VI.- TÉCNICA QUIRÚRGICA. . . . .	52
CAPITULO VII.- EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES SUPE- RIORES RETENIDOS . . . . .	58
CAPITULO VIII.- EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFE- RIORES RETENIDOS. . . . .	71

PAGS.

CAPITULO IX.-	COMPLICACIONES Y ACCIDENTES QUE SE PUE--	
	DEN PRESENTAR DURANTE LA EXTRACCIÓN DEL-	
	TERCER MOLAR RETENIDO. . . . .	90
CAPITULO X:-	TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. . . . .	92
	CONCLUSIONES. . . . .	95
	BIBLIOGRAFIA. . . . .	98

## INTRODUCCION

EL TEMA EN QUE SE BASA EL PRESENTE ESTUDIO, FUE ELEGIDO PORQUE ES DE VITAL IMPORTANCIA EL CONOCER LAS CAUSAS POR LAS CUALES VAMOS A PODER ENCONTRAR LAS DIVERSAS FORMAS DE RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES.

NO SOLO SE DARÁN A CONOCER LAS CAUSAS DE DICHAS RETENCIONES, LAS CUALES SON DE VITAL IMPORTANCIA; SINO TAMBIÉN EL MÉTODO O MÉTODOS -QUIRÚRGICOS- QUE PODEMOS EMPLEAR PARA LA ELIMINACIÓN DE DICHAS RETENCIONES.

POR OTRO LADO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA LAS DIFERENTES CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS, POR LAS CUALES SE PUEDEN PRESENTAR DICHAS RETENCIONES.

POR MEDIO DEL PRESENTE ESTUDIO SE HARÁ VER QUE EL CONOCIMIENTO DE LAS CLASIFICACIONES Y LOS MÉTODOS DE ELIMINACIÓN DE RETENCIONES DE TERCEROS MOLARES, NO ES SENCILLO; SINO POR LO CONTRARIO ES COMPLICADO Y EL ODONTÓLOGO DEBE TENER LOS CONOCIMIENTOS PRECISOS Y LA HABILIDAD SUFICIENTE PARA LLEVAR A CABO DICHO TRATAMIENTO, PARA QUE ESTE TENGA BUENA CULMINACIÓN.

POR MEDIO DE ESTE ESTUDIO SE TRATARÁ DE AYUDAR A COMPLE-  
MENTAR LOS CONOCIMIENTOS, O BIEN; DAR UNA IDEA DE LO QUE ES LA-  
RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES Y SUS MÉTODOS DE ELIMINACIÓN.

## CAPITULO I

### CLASIFICACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE RETENCION DE LOS TERCEROS MOLARES

ANTES DE HABLAR DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS, PODEMOS MENCIONAR TAMBIÉN COMO PUNTO DE PARTIDA LA UBICACIÓN DEL TERCER MOLAR CON RESPECTO A LA ARCADA.

PODEMOS MENCIONAR QUE EXISTEN 4 DIFERENTES TIPOS DE DESVIACIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO CON RELACIÓN A LA ARCADA QUE SON:

A) NORMAL.- Aquí PODEMOS OBSERVAR QUE EL TERCER MOLAR RETENIDO SIGUE LA TRAYECTORIA QUE TIENE LA ARCADA Y SE PUEDE OBSERVAR QUE NO EXISTE NINGUNA ALTERACIÓN FUERA DE LO COMÚN.

B) DESVIACION BUCAL.- Aquí PODEMOS OBSERVAR QUE EL TERCER MOLAR RETENIDO, SE VA A ENCONTRAR DESVIADO DE LA TRAYECTORIA QUE TIENE, O SEA SE ENCUENTRA EN RELACIÓN CON EL CARRILLO-CORRESPONDIENTE (DERECHO O IZQUIERDO) SEGÚN EL LADO QUE SE TRATE.

c) DESVIACION LINGUAL.- Aquí podemos observar que el tercer molar retenido, se va a encontrar desviado de la trayectoria de la arcada y se encuentra en íntima relación con la lengua, aquí también se toma la relación con el lado que se trate (derecho o izquierdo).

d) DESVIACION BUCOLINGUAL.- Aquí podemos observar que el tercer molar retenido, presenta la combinación de las 2 anteriores desviaciones, o sea el tercer molar retenido, se encuentra desviado hacia el lado bucal, y su cara masticatoria se va a encontrar en íntima relación hacia el lado lingual.

Ahora bien podemos mencionar la siguiente clasificación de los terceros molares retenidos, tanto superiores como inferiores.

La retención que presentan los terceros molares superiores es: INTRA-OSEA, SUB-GINGIVAL Y NORMAL.

a) INTRA-OSEA.- Aquí como su nombre lo indica, el tercer molar se va a encontrar dentro del hueso y este no va a erupcionar para poder tomar parte de la arcada ya existente.

b) SUB-GINGIVAL.- Aquí el tercer molar, se va a encon-

TRAR EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL PROCESO, E INCLUSIVE SE VA A OBSERVAR UNA ÚLCERA EN EL SITIO DE ERUPCIÓN DEL MISMO, O TAMBIÉN PODEMOS DECIR QUE APENAS SI SE OBSERVAN ERUPCIONADAS LAS CÚSPIDES.

c) **NORMARL.**- AQUÍ EL TERCER MOLAR, SE VA A ENCONTRAR EN PERFECTA ALINEACIÓN CON LA ARCADA Y NO SE VA A OBSERVAR NINGÚN TIPO DE ALTERACIÓN QUE MODIFIQUE SU ERUPCIÓN, TAMBIÉN PODEMOS DECIR QUE DICHO MOLAR SE OBSERVA COMO LOS DEMÁS DIENTES DE LA ARCADA.

AHORA BIEN DENTRO DE LAS DIFERENTES POSICIONES QUE PUEDEN TOMAR EL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO SON: VERTICAL, MESCOANGULAR, DISTO-ANGULAR, HORIZONTAL Y PARANORMAL.

LA RETENCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR LA PODEMOS CLASIFICAR EN TRES DIFERENTES CLASES, QUE SON LAS SIGUIENTES:

**PRIMERA CLASE.**- EN ESTA PRIMERA CLASE OBSERVAMOS QUE EXISTE EL SUFICIENTE ESPACIO, ENTRE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, COMO PARA PODER UBICARSE AL TERCER MOLAR INFERIOR CON CIERTA COMODIDAD EN SU DIÁMETRO MESIODISTAL.

**SEGUNDA CLASE.-** AQUÍ OBSERVAMOS QUE EL ESPACIO EXISTENTE, ENTRE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, ES MENOR QUE EL DIÁMETRO MESIODISTAL DEL TERCER MOLAR INFERIOR. POR LO TANTO, SOLO SE OBSERVARÁ ERUPCIONADA UNA CÚSPIDE O PARTE DE ELLA.

**TERCERA PARTE.-** AQUÍ OBSERVAMOS QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR, SE VA A ENCONTRAR DENTRO DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA Y EL ESPACIO ENTRE DICHA RAMA Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR NO VA A EXISTIR, YA QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR SE VA A ENCONTRAR DENTRO DE LA MISMA.

TAMBIÉN MENCIONAREMOS AQUÍ OTRA CLASIFICACIÓN, DE ACUERDO A LA PROFUNDIDAD RELATIVA DEL TERCER MOLAR INFERIOR, EN EL HUESO Y ES LA SIGUIENTE:

**POSICION A.-** QUE LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (PARTE SUPERIOR DE LAS CÚSPIDES), SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL O POR ENCIMA DE LA LÍNEA OCLUSAL.

**POSICION B.-** QUE LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (PARTE SUPERIOR DE LAS CÚSPIDES), SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LA LÍNEA OCLUSAL.

POSICION C.- QUE LA PORCIÓN MÁS ALTA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (PARTE SUPERIOR DE LAS CÚSPIDES), SE ENCUENTRA AL MISMO NIVEL O MÁS BAJO DE LA LÍNEA CERVICAL, DEL RESTO DE LA ARCADEA.

AHORA BIEN DENTRO DE LAS DIFERENTES POSICIONES, QUE PUEDE TOMAR EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO SON: VERTICAL, HORIZONTAL, MESIOANGULAR, DISTOANGULAR, INVERTIDA, BUCOANGULAR Y LINGUANGULAR.

LAS POSICIONES ANTES MENCIONADAS, DEL TERCER MOLAR, SE PUEDEN DESCRIBIR DE LA SIGUIENTE MANERA:

POSICIONES DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO:

A) VERTICAL.- EL EJE MAYOR DEL DIENTE (TERCER MOLAR SUPERIOR), SE ENCUENTRA PARALELO AL EJE DEL SEGUNDO MOLAR. EL DIENTE PUEDE ESTAR PARCIAL O TOTALMENTE CUBIERTO POR HUESO.

B) MESIOANGULAR.- EL EJE DEL TERCER MOLAR RETENIDO ESTÁ DIRIGIDO HACIA ADELANTE. EN ESTA POSICIÓN, LA RAÍZ DEL MOLAR ES VECINA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES.

c) DISTOANGULAR.- EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR. LA CARA TRITURANTE DEL TERCER MOLAR CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES, QUE PUEDE ESTAR EN CONTACTO.

d) HORIZONTAL.- EL MOLAR ESTÁ DIRIGIDO HACIA EL CARRILLO, CON EL CUAL LA CARA TRITURANTE PUEDE PONERSE EN CONTACTO.

e) PARANORMAL.- EL MOLAR RETENIDO, PUEDE OCUPAR DIVERSAS POSICIONES, QUE ENCUADRAN EN LA CLASIFICACIÓN DADA.

#### POSICION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO:

a) VERTICAL.- EL TERCER MOLAR EN ESTE TIPO RETENCIÓN PUEDE ESTAR PARCIALMENTE O TOTALMENTE CUBIERTO POR HUESO; PERO LO CARACTERÍSTICO RESIDE, EN QUE SU EJE MAYOR ES SENSIBLEMENTE PARALELO AL EJE MAYOR DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.

b) HORIZONTAL.- EN ESTE CASO EL EJE MAYOR DEL TERCER MOLAR, ES SENSIBLEMENTE PERPENDICULAR A LOS EJES DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.

c) MESIOANGULAR.- EL EJE DEL TERCER MOLAR ESTÁ DIRIGIDO-

HACIA EL SEGUNDO MOLAR, FORMANDO CON EL EJE DE ESTE DIENTE UN-  
ÁNGULO DE GRADO VARIABLE.

D) DISTOANGULAR.- ES UNA FORMA OPUESTA A LA ANTERIOR. EL  
TERCER MOLAR TIENE SU EJE MAYOR DIRIGIDO HACIA LA RAMA MONTAN-  
TE (MANDÍBULAR), POR LO TANTO, LA CORONA OCUPA DENTRO DE ESTA-  
RAMA UNA POSICIÓN VARIABLE.

E) INVERTIDA.- EL TERCER MOLAR PRESENTA SU CORONA DIRIGI  
DA HACIA EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA Y SUS RAÍCES LA CA-  
VIDAD BUCAL.

F) BUCOANGULAR.- EN ESTE TIPO EL TERCER MOLAR YA NO OCU  
PA COMO EN LOS ANTERIORES CASOS, EL MISMO PLANO QUE EL PRIMERO  
O EL SEGUNDO, SINO QUE SU EJE MAYOR ES PERPENDICULAR AL PLANO-  
EN QUE ESTÁN ORIENTADOS ESTOS DOS DIENTES. LA CORONA DEL MO--  
LAR ESTÁ DIRIGIDA HACIA BUCAL.

G) LINGUANGULAR.- COMO EN LA POSICIÓN ANTERIOR, EL EJE-  
DEL DIENTE ES PERPENDICULAR AL PLANO EN QUE ESTÁN ORIENTADOS -  
LOS MOLARES ANTERIORES, PERO LA CORONA DEL RETENIDO ESTÁ DIRI-  
GIDA HACIA EL LADO LINGUAL.

NOTA: DICHA CLASIFICACIÓN FUE HECHA POR GEORGE B. WINTER, BASÁNDOSE EN CUA-  
TRO PUNTOS IMPORTANTES QUE SON: LA POSICIÓN DE LA CORONA, FORMA RADI-  
CULAR, NATURALEZA DE LA ESTRUCTURA ÓSEA QUE RODEA AL MOLAR RETENIDO Y  
POSICIÓN DEL TERCER MOLAR EN RELACIÓN CON EL SEGUNDO.

## CAPITULO II

### PATOLOGIA QUE SE PRESENTA DEBIDO A LA RETENCION DE LOS TERCEROS MOLARES

A LA RETENCIÓN QUE PRESENTAN LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS, SE LE HA DADO EL NOMBRE DE: ERUPCIÓN PARCIAL O TOTALMENTE OBSTRUÍDA POR HUESO O POR CUALQUIER OTRO DIENTE. AUNQUE VEMOS EN LA PRÁCTICA, QUE CUALQUIER DIENTE PUEDE ESTAR RETENIDO; PERO LOS DIENTES QUE ESPECIALMENTE SE VAN A ENCONTRAR CON MAYOR-FRECUENCIA RETENIDOS SON LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES.

ESTA FRECUENCIA LA PODEMOS DETERMINAR DEBIDO A QUE COMO EL TERCER MOLAR (TANTO SUPERIOR COMO INFERIOR), ES EL ÚLTIMO DIENTE QUE HACE ERUPCIÓN EN CONDICIONES NORMALES Y DEBIDO A CUALQUIER ALTERACIÓN QUE SE PRESENTE SE TIENDA A REDUCIR EL ESPACIO CORRESPONDIENTE PARA LOS MISMOS.

POR DESGRACIA, LAS RETENCIONES NO TIENEN UN PATRÓN ESTABLECIDO A SEGUIR, SE PRESENTAN EN DIFERENTES FORMAS Y NO SOLO SE AFECTARÁ EL TERCER MOLAR, SINO QUE PUEDEN ENCONTRARSE AFECTADOS DESDE UN DIENTE HASTA TODOS LOS DIENTES.

EN DIFERENTES LIBROS PODEMOS ENCONTRAR QUE LOS DIENTES - PUEDEN PERMANECER EN UN ESTADO INACTIVO DENTRO DE LOS MAXILA-- RES, HASTA QUE SE HAYAN PERDIDO LOS DIENTES CONTIGUOS Y PARA - QUE COMIENCEN A HACER ERUPCIÓN, PROVOCANDO INFLAMACIÓN Y DOLOR.

LA ETIOLOGÍA DE LAS RETENCIONES SE CONSIDERA MÁS TEÓRICA QUE REAL, SEGUN DURBECK, ESTO LO DEBEMOS ESTUDIAR BASÁNDONOS - EN TRES TEORÍAS O ENCABEZADOS QUE SON: ORTODONTICA, FILOGENICA Y MENDELIANA.

ORTODONTICA.- DEBIDO A QUE EXISTEN UN CRECIMIENTO NORMAL- DE LOS MAXILARES Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES SON EN DIREC-- CIÓN ANTERIOR, SI SE LLEGARA A PRESENTAR ALGUNA ALTERACIÓN A - DICHO DESARROLLO SERÁ LA CAUSA MAS DIRECTA DE LA RETENCIÓN DE- LOS DIENTES. PODEMOS MENCIONAR QUE LA DENSIDAD DEL HUESO, SUE LE SER UNA DE LAS CAUSAS POR LAS CUALES SE PRESENTA LA RETEN-- CIÓN DE LOS DIENTES Y VARIAS AFECCIONES PATOLÓGICAS SON LAS - CAUSAS DE QUE EXISTE LA CONDENSACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO.

ENTRE LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES PODEMOS MENCIONAR LAS - SIGUIENTES: INFECCIONES AGUDAS, FIEBRES, TRAUMAS SEVEROS, MA-- LOCLUSIONES, ASÍ COMO LA INFLAMACIÓN LOCAL DE LA MEMBRANA PE-- RIODONTAL.

TENEMOS QUE LA CONTRACCIÓN DE LAS ARCADAS ES DEBIDO A - LA RESPIRACIÓN BUCAL CONSTANTE, Y ESTO TRAE COMO RESULTADO QUE LOS TERCEROS MOLARES QUE SON LOS ÚLTIMOS DIENTES EN HACER SU ERUPCIÓN NO ENCONTRANDO ESPACIO PARA BROTAR.

TAMBIEN ENCONTRAMOS QUE LA PÉRDIDA PREMATURA DE LOS DIENTES DECIDUOS O PRIMARIOS, PROVOQUE LA FALTA DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES Y LA MALA POSICIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES, - LO QUE NOS DARÁ COMO RESULTADO LA PRESENCIA DE LAS RETENCIONES.

FILOGENICA.- AQUÍ OBSERVAMOS QUE, COMO LA NATURALEZA ES LA QUE ESTÁ ENCARGADA DE ELIMINAR LO QUE NO SE USA, Y QUE NUESTRA CIVILIZACIÓN ADOPTA HÁBITOS QUE SON CAMBIANTES, SE HAN IDO ELIMINANDO LA EXISTENCIA DE MAXILARES GRANDES Y FUERTES.

EN MUCHAS DE LAS OCACIONES EL TERCER MOLAR TENDRÁ UNA MALA POSICIÓN Y TAMBIÉN PRESENTA UNA MALFORMACIÓN Y QUE POR LO TANTO SE PUEDA CONSIDERAR COMO UN ÓRGANO DENTARIO SIN MOTIVO NI FUNCIÓN.

MENDELIANA.- SE PUEDE DECIR QUE LA HERENCIA PUEDE SER EN FACTOR IMPORTANTE -COMO PUEDE SER EN LAS RETENCIONES DENTARIAS POR EJEMPLO: MAXILARES PEQUEÑOS CARACTERÍSTICO DE UN PADRE.

AHORA BIEN, TENEMOS QUE MIENTRAS TODA CORONA DENTARIA, - ESTÁ LOCALIZADA DENTRO DE LA MANDÍBULA, SE VA A ENCONTRAR RO-- DEADA POR UNA FINA MEMBRANA Y DE UN SÁCULO, CON LAS CARACTERÍS TICAS QUE DICHA MEMBRANA ESTARÁ EPITELIZADA EN LA CARA QUE MI- RA AL DIENTE, Y QUE ESTÁ INSERTADA EN SU CUELLO. PERO RECORDE MOS QUE NO EXISTE NINGÚN ESPACIO ENTRE LA CORONA Y EL SÁCULO - DENTARIO, PERO EL EPITELIO DEL SÁCULO DENTARIO ESTÁ ADHERIDO - AL ESMALTE.

MIENTRAS VA BROTANDO EL DIENTE, EL SÁCULO SE VA ABRIENDO EN UNA DE SUS REGIONES, Y ASÍ TENEMOS QUE TANTO EL EPITELIO BU CAL COMO EL DEL SÁCULO VAN ESTABLECIENDO UNA CONTINUIDAD, DE - TAL MANERA QUE NO APARECERÁ NINGUNA SUPERFICIE VULNERARIA.

POR OTRO LADO TANTO MÁS VA BROTANDO EL DIENTE, MÁS SE AB SORVERÁ LA MUCOSA BUCAL DEL SÁCULO, Y SU TENUE EPITELIO SERÁ - SUSTITUÍDO POR EL DE LA BOCA. SI LA ERUPCIÓN DENTARIA SE RE-- TRASA, EL DIENTE SE ENCONTRARÁ MÁS O MENOS RECUBIERTO POR MUCO SA BUCAL INFLAMADA, Y DEBIDO A ESTA ENFERMEDAD INFLAMATORIA, - SE FAVORECE EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DEL EPITELIO CON RES- PECTO A LA SUPERFICIE ADAMANTINA, DICHO DESPRENDIMIENTO SE EX- TIENDE HASTA ABARCAR TODA LA CORONA. ASÍ SE OBTENDRÁ NO SOLO- UNA BOLSA EN LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA MISMA, SINO QUE EL -

DIENTE SE PONDRÁ EN CONTACTO CON TODO EL SÁCULO DENTARIO, POR MEDIO-  
DE LA PEQUEÑA ABERTURA DE LA CAVIDAD BUCAL, Y COMO SIEMPRE RO-  
DEA LA CORONA HASTA SU CUELLO.

AHORA BIEN TENEMOS QUE EL ESPACIO PERICORONARIO PUEDE IN-  
FECTARSE POR VÍA BUCAL, DE TAL MANERA QUE ES DIFÍCIL SU EVACUA-  
CIÓN, Y DEBIDO A LA RETENCIÓN CONSIGUIENTE AUMENTA LA INFLAMA-  
CIÓN.

DE ESTA MANERA EL EPITELIO DEL SÁCULO DENTARIO, ES MUY -  
TENUE Y DE POCA DURACIÓN DEBIDO A QUE CONSTA DE EPITELIO ADA--  
MANTINO EMBRIONARIO EXTERNO, ASÍ ES FÁCIL QUE PUEDA ULCERARSE-  
INTERIORMENTE LA BOLSA GINGIVAL, Y SE VERÁN ATACADAS POR INFLA-  
MACIÓN LAS PARTES BLANDAS CIRCUNDANTES Y EL HUESO.

ES FRECUENTE QUE EL TERCER MOLAR INFERIOR SUFRA UN RETRA-  
SO EN SU ERUPCIÓN, POR LA FALTA DE ESPACIO SUFICIENTE, DE TAL-  
MANERA QUE LO VAMOS A ENCONTRAR EN EL SEGMENTO INICIAL DE LA -  
RAMA ASCENDENTE` DESAPARECIENDO POSTERIORMENTE LA ENCÍA QUE LO  
RECUBRE.

TAMBIÉN ENCONTRAMOS QUE EN MUCHOS DE LOS CASOS NO ES -  
ATRAVEZADO POR COMPLETO EL HUESO, YA QUE DEBIDO A QUE EN ESTA-

REGIÓN ES MUY COMPACTO Y POR LO TANTO EL TERCER MOLAR NO OCUPARÁ UNA POSICIÓN VERTICAL, SINO MÁS BIEN INCLINADA.

POR ESTE MOTIVO LA CORONA DEL TERCER MOLAR CHOCARÁ CONTRA EL CUELLO DENTARIO DEL SEGUNDO MOLAR Y DEBIDO A ESTO NO TENDRÁ SU ERUPCIÓN COMPLETA.

SI SE LLEGARA A INFECTAR LA BOLSA GINGIVAL QUE ES LA QUE RECUBRE LA CORONA DENTARIA DEL TERCER MOLAR Y EL SÁCULO DENTARIO QUE RODEA LA CORONA HASTA EL CUELLO, EXISTIRÁ UNA ATROFIA-FALCIFORME DEL HUESO CONTIGUO, POR LO TANTO HABRÁ UNA DILATACIÓN DEL ESPACIO PERICORONARIO. DICHA DILATACIÓN DEL ESPACIO- LA PODEMOS ENCONTRAR TANTO MESIAL COMO DISTALMENTE DEBAJO DE LA CORONA.

LOS SÍNTOMAS AGUDOS, LOS VEREMOS COMPLICADOS, ESTO SERÁ- DEBIDO A QUE NO SE PRESENTA UNA ENCÍA TENUE Y FIRMEMENTE ADHERIDA AL DIENTE, SINO QUE EXISTE UNA MUCOSA LAXA, POR DEBAJO LA CUAL EXISTIRÁN ESPACIOS CON TEJIDO CONJUNTIVO ALREDEDOR DE LA RAMA ASCENDENTE, TAMBIEN TENEMOS QUE ENTRE LOS MÚSCULOS MASTICADORES SE OBSERVARAN ESPACIOS QUE CONDUCEN A SU VEZ EN REGIONES PROFUNDAS CEFÁLICAS Y CERVICALES.

GRACIAS A ESTO PODEMOS OBSERVAR QUE DEBIDO A LA RETEN-

CIÓN DEL TERCER MOLAR, SE ORIGINARÁ UN TRISMUS Y TAMBIEN LA PRESENCIA DE ABSCESOS Y VEMOS QUE SON RELATIVAMENTE GRAVES A MENUDO (EN EL PISO DE LA BOCA, EN LA MEJILLA, EN LA CARA INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE). EL TRISMUS NOS DARÁ COMO CONSECUENCIA VARIAS ALTERACIONES ENTRE LAS PRINCIPALES PODEMOS MENCIONAR, LA DIFICULTAD EN EL TRATAMIENTO, LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS, ETC.

A CONTINUACIÓN OBSERVAREMOS QUE LA MUCOSA APARECE CON UNA TUMEFACCIÓN SOBRE LA CORONA DENTARIA, LA BOLSA SECRETARÁ UNA SUSTANCIA POCO PURULENTO, EL TRISMUS SE PRESENTARÁ MODERADO, UNA VEZ QUE NO HAYA MOLESTIAS O TAMBIEN DURANTE ESTA FASE, HAY QUE SOMETER EL PACIENTE A TRATAMIENTO. PODREMOS CONTRARRESTAR LOS SÍNTOMAS AGUDOS EN MUY POCOS DÍAS, SI LLEVAMOS A CABO UNA IRRIGACIÓN DE LA BOLSA QUE RECUBRE EL DIENTE, HACIENDO LA INTRODUCCIÓN DE TIRITAS DE GASA Y CON LA AYUDA DE UNA CÁNULA FINA, LA CUAL SE DEBERÁ CAMBIAR DIARIAMENTE.

PARA QUE HAYA UNA MEJOR EVACUACIÓN DE LA DENTICIÓN PURULENTO, HAREMOS UNA DILATACIÓN DE LA BOLSA, PUES YA QUE SI EL ACCESO A LA BOLSA ES ESTRECHO, NO BASTARÁ LA IRRIGACIÓN Y LA INTRODUCCIÓN DE UNA TIRITA DE GASA, LA DILATACIÓN DE LA BOLSA SE HACE SOBRE LA CORONA.

LA SEPARACIÓN DE LA BOLSA, LA PODEMOS LLEVAR A CABO POR MEDIO DE LAS TIJERAS PARA ENCÍA, FINAS Y CURVAS, CON ANESTESIA O SIN ELLA DEPENDIENDO DEL PACIENTE, ESTO LO HACEMOS INTRODUCIENDO LA RAMA DE DICHAS TIJERAS ENTRE LA MUCOSA Y LA CORONA Y LA SEPARACIÓN SE HACE DE UN SOLO GOLPE. ÉSTO LO LLEVAREMOS A CABO DE LA MEJOR MANERA SI CONTAMOS CON LA AGUJA DIATÉRMICA. - UNA VEZ HECHO ESTO SE VUELVE A IRRIGAR LA BOLSA DILATADA Y SE INTRODUCE UNA TIRA DE GASA. SE DESACONSEJA LA SEPARACIÓN COMPLETA DE DICHA BOLSA GINGIVAL, DURANTE EL PERÍODO DE INFLAMACIÓN AGUDA, YA QUE EN ESTE CASO AUMENTA LA PRODUCCIÓN DE TUMORES Y EL TRISMUS.

AHORA BIEN VEMOS QUE EL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO - PRESENTARÁ MENOS COMPLICACIONES AL ERUPCIONAR YA QUE NO EXISTE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR POR DETRÁS DE ÉL. CON LA AUSENCIA DE ESPACIO, TIENDE A DIRIGIRSE EN SENTIDO VESTIBULAR. PERO LA CORONA TAMBIEN SE VA A ENCONTRAR CUBIERTA POR BOLSAS, - QUE COMO VIMOS EN LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES, CAUSARÁN SÍNTOMAS PARECIDOS A ÉSTOS, PERO MUCHAS DE LAS VECES, SERÁ MÁS LEVE.

EN ESTE CASO, COMO EN EL DEL TERCER MOLAR INFERIOR, SE DEBE IRRIGAR LA BOLSA, INTRODUCIENDO LA TIRA DE GASA Y TAMBIEN HACER LA DILATACIÓN EVENTUALMENTE.

CUANDO LOGRAMOS LA ELIMINACIÓN DE LOS SÍNTOMAS INFLAMATORIOS POR MEDIO DE UNA INCISIÓN SIMPLE, NO SE RECOMIENDA LLEVAR A CABO DE INMEDIATO LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO, SINO QUE TAMBIEN DEBEMOS ESPERAR A QUE DESAPARESCAN EL TRISMUS Y LA APLICACIÓN DE CALOR FAVORECERÁ LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS, CUANDO EL DIENTE SUPERIOR MUERDE LA BOLSA GINGIVAL DEL INFERIOR.

LA DEMORA DE LA EXTRACCIÓN NO PUEDE POSPONERSE EN TODOS LOS CASOS ENTRE MÁS RÁPIDO SE VERIFIQUE, LLEGAREMOS MÁS FACILMENTE AL FIN DESEADO.

EN OTROS CASOS PODEMOS DECIR QUE SI LOS SÍNTOMAS MÁS GRAVES DESAPARECEN CON LA SIMPLE INCISIÓN, PROCEDEREMOS A LA EXTRACCIÓN SIN QUE ESPEREMOS LA APARICIÓN DE ABCESOS MAYORES ALREDEDOR. MUCHAS VECES TAMBIEN PODEMOS LLEVAR A CABO UNA INCISIÓN DEL LADO VESTIBULAR O LINGUAL DE LA BOLSA PERICORONARIA.

SI SE PRESENTARA UN ABSCESO EN LAS PARTES BLANDAS CIRCUNDANTES, EN LOS CASOS LEVES, PRIMERO SERÁN SUBMUCOSOS EN EL VESTÍBULO, DONDE CON FRECUENCIA LLEGAN HASTA EL PRIMER MOLAR Y EN SENTIDO LINGUAL A LA APÓFISIS ALVEOLAR.

CUANDO PROGRESA CON GRAN RAPIDEZ LA SECRECIÓN PURULENTA -

Y PENETRA EN LA MEJILLA, TAMBIEN SE PUEDE PRESENTAR EN LA CARA EXTERNA O INTERNA DEL MÚSCULO MASETERO, O BIEN PUEDE TOMAR UNA DIRECCIÓN LINGUAL, DIRIGIÉNDOSE AL SEGMENTO POSTERIOR DEL PISO DE LA BOCA EN EL ESPACIO PARAFARÍNGEO. EN ESTOS CASOS SE PODRÁ HACER POR MEDIO DE UNA INCISIÓN CUTÁNEA, DESDE FUERA, DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

## CAPITULO III

### CONTRAINDICACIONES E INDICACIONES DE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO

AHORA BIEN, PODEMOS DECIR QUE EL MEJOR TRATAMIENTO, QUE PODEMOS LLEVAR A CABO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, SERÁ LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA; PUES YA QUE DEBIDO A SUS DIFERENTES ALTERACIONES PATOLÓGICAS Y LOS DIFERENTES SÍNTOMAS QUE PRESENTA, ES EL MEJOR TRATAMIENTO, PERO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA, QUE PARA LLEVAR A CABO DICHO TRATAMIENTO, CONSIDERAREMOS LAS SIGUIENTES CONTRAINDICACIONES E INDICACIONES.

CONTRAINDICACIONES: ANTES DE INDICAR QUE LLEVAMOS A CABO LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO, SERÁ CONVENIENTE ELABORAR UNA HISTORIA CLÍNICA POR APARATOS Y SISTEMAS, ASÍ PERFECTAMENTE ELABORADO, TENDREMOS ESPECIAL CUIDADO CUANDO EL DIENTE PRESENTE INFECCIÓN Y SU EXTENSIÓN.

LA EXTRACCIÓN ESTÁ CONTRAINDICADA CUANDO SE PRESENTE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS, Y DEBIDO A ESTO LA LLEVAREMOS A CABO HASTA QUE SU MÉDICO GENERAL

NOS INDIQUE QUE YA PODEMOS LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN CON LAS INDICACIONES NECESARIAS:

- 1.- FEBRE REUMÁTICA.
- 2.- ENFERMEDADES CARDIACAS.
- 3.- DISCRASIAS SANGUÍNEAS (LEUCEMIA, LEUCOPENIA, HEMOFILIA, PÚRPURAS, ANEMIA).
- 4.- DIABETES.
- 5.- NEFROPATIAS.
- 6.- HIPERTIROIDISMO.
- 7.- SÍFILIS.
- 8.- AVITAMINOSIS.
- 9.- INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.
- 10.- HEPATOPATIAS.
- 11.- PERICORONARITIS AGUDA.
- 12.- SINUSITIS AGUDA MAXILAR.
- 13.- INFECCIONES GINGIVALES AGUDAS (ESTREPTOCÓCICAS Y FUSOESPIROQUÉTICAS).
- 14.- LA EXTRACCIÓN EN UNA ZONA CON PROCESO MALIGNO (DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN SE HARÁ EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA).
- 15.- TAMBIÉN EN LA MENSTRUACIÓN EN LA MUJER, YA QUE PUEDE HABER POR LO GENERAL IRRITABILIDAD MENTAL Y FÍSICA.

**INDICACIONES:** SIEMPRE QUE ACUDA EL PACIENTE A VERNOS, -  
CON PROBLEMAS DEL TERCER MOLAR RETENIDO, DEBEMOS SABER SI ES -  
CONVENIENTE O NO LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DE DICHO DIENTE, -  
BASÁNDONOS EN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

**A) MAL POSICION.-** ESTO ES CONSECUENCIA DE LA FALTA DE -  
ESPACIO POR LO QUE ADOPTA LAS DIFERENTES POSICIONES ANORMALES -  
Y POR LO TANTO EL TRATAMIENTO SERÁ LA EXTRACCIÓN.

**PERICORONITIS.-** ES UNA INFECCIÓN BACTERIANA COMÚN DEL -  
TEJIDO GINGIVAL QUE CUBRE LA CARA OCLUSAL DE UN DIENTE EN ERUP -  
CIÓN O PARCIALMENTE RETENIDO, POR LO GENERAL EL TERCER MOLAR. -  
ÉSTO SE PRESENTA CUANDO LA ENCÍA HA SIDO PERFORADA PARCIALMEN -  
TE Y HAY UNA PENETRACIÓN DE MICROORGANISMOS. SE FORMA UNA BOL -  
SA POR EL COLGAJO DE TEJIDO QUE SE HALLA SOBRE EL DIENTE -  
(OPÉRCULO) Y ALREDEDOR DE LA CORONA (PERICORONARIA). LA INFLA -  
MACIÓN QUE SE PRESENTE PRODUCIRÁ TUMEFACCIÓN.

**B) QUISTES.-** CON FRECUENCIA EL FOLÍCULO DENTARIO DE LAS  
PIEZAS RETENIDAS, DARÁ ORIGEN A UN QUISTE, QUE POR LO GENERAL,  
EN MUCHOS DE LOS CASOS ALCANZARÁN GRANDES DIMENSIONES, Y QUE -  
POR LO TANTO PODRÁN SER DENTÍGEROS (ENCERRANDO LA CORONA) O -  
TAMBIEN LOS PODEMOS LOCALIZAR PARODONTICAMENTE (PRINCIPALMENTE  
LOCALIZADOS EN EL LADO DISTAL DEL DIENTE). POR LO GENERAL, -  
PASARÁN INADVERTIDOS LOS QUISTES DE ERUPCIÓN, LA ZONA MÁS CO--

MÚN ES LA DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

c) TAMAÑO DE LOS MAXILARES Y LOS DIENTES.- SERÁ DE VITAL IMPORTANCIA LA ELIMINACIÓN DE LOS DIENTES RETENIDOS, CUANDO EL TAMAÑO DE LOS MAXILARES SEA ANORMAL (HIPOPLASIA), Y TAMBIÉN SERÁ NECESARIA LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO CUANDO LAS PROPORCIONES DE LOS DIENTES SON DESIGUALES.

CARIES.- PODEMOS OBSERVAR, QUE POR LO GENERAL EL DIENTE-RETENIDO FAVORECERÁ LA RETENCIÓN DE ALIMENTOS, CUANDO SE HAYA-EN MAL POSICIÓN Y PARCIALMENTE ERUPCIONADO, DEBIDO A ESTO SE PROPICIA LA CARIES EN EL DIENTE ADYACENTE, ASÍ COMO A ÉL MISMO.

d) SINTOMAS NEUROGENICOS.- ESTO SERÁ DEBIDO A QUE EL TERCER MOLAR RETENIDO, TANTO SUPERIOR COMO INFERIOR, EJERCEN PRESIONES SOBRE EL NERVIO DENTARIO, POR LO TANTO DAN ORÍGEN A LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS, ENTRE LOS CUALES PODEMOS MENCIONAR: EL DOLOR QUE SE PRESENTA ES LIGERO Y LOCALIZADO EN LA REGIÓN INMEDIATA AL DIENTE RETENIDO. TAMBIEN PODEMOS ENCONTRAR GRAVE Y AGUDO, QUE SE PUEDE INCLUIR A LOS DIENTES SUPERIORES O INFERIORES SEGUN EL LADO QUE SEA AFECTADO, TAMBIEN SE PRESENTA EL DOLOR EN EL OÍDO Y EN LA ZONA POSTERIOR A ESTE (POSTAURICULAR) O BIEN POR CUALQUIER ZONA QUE RECORRA EL NERVIO DENTARIO. AQUÍ

- 24 -

OBSERVAMOS QUE EL DOLOR PUEDE SER TEMPORARIO, INTERMITENTE, -  
CONSTANTE O PERIÓDICO.

## CAPITULO IV

### INSTRUMENTAL QUIRURGICO

PARA EFECTUAR LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA, EXISTEN UNA GRAN VARIEDAD DE INSTRUMENTOS, LOS CUALES SERÁN UTILIZADOS EN LA - CIRUGÍA BUCAL, Y SERÍA NECESARIO UN VOLÚMEN COMPLETO ASÍ COMO- DIAGRAMAS PARA ILUSTRAR SU UTILIZACIÓN ADECUADA.

AL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA, DURANTE SU EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO, SE LE ENSEÑA Y ACONSEJA PARA QUE REDUCE EL NÚMERO DE DIFERENTES INSTRUMENTOS QUIRÚRGICOS QUE TIENE QUE EMPLEAR,- DE TAL MANERA QUE SE TORNE MÁS EXPERTO EN EL USO DE UN NÚMERO- MENOR DE LOS MISMOS.

A LOS INSTRUMENTOS LOS AGRUPAREMOS EN DOS CATEGORÍAS - PRINCIPALES: LOS QUE SON COMPLEMENTARIOS, O SEA; LOS QUE VA A UTILIZAR SOLO LA ENFERMERA CON EL FIN DE FACILITAR EL TRABAJO- DEL DENTISTA, Y LOS QUE VA A UTILIZAR PROPIAMENTE EL DENTISTA- DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (PRIMARIOS).

INSTRUMENTOS AUXILIARES O COMPLEMENTARIOS:

SEPARADORES.- MENCIONAREMOS LOS SIGUIENTES: A) SEPARADOR

DE CARRILLOS, LABIO O LENGUA; B) SEPARADOR DE TEJIDO.

A) SEPARADOR DE CARRILLO, LABIO O LENGUA.- VA A PRESENTAR UNA FORMA DE GANCHO EN UNO DE SUS EXTREMOS PARA SEPARAR EL LABIO Y EL CARRILLO, Y EN EL EXTREMO OPUESTO PRESENTA UNA FORMA DE UNA LIGERA DEPRESIÓN RECTA PARA SEPARAR LA LENGUA. TAMBIÉN PUEDE SER LLAMADO SEPARADOR DE LISTON. LA ENFERMERA PUEDE DOBLAR EL SEPARADOR PARA OBTENER LA ANGULACIÓN DESEADA.

B) SEPARADOR DE TEJIDO.- ESTE SEPARADOR SE UTILIZA PARA SEPARAR EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO. ESTA VA A SER LA ÚNICA FUNCIÓN QUE REALIZA ESTE SEPARADOR. TIENE LA CARACTERÍSTICA DE TENER EL MANGO FUERTE Y LARGO PARA TENER UN CONTROL DEL COLGAJO, Y HACE LA SEPARACIÓN MÁS FÁCIL SIN IMPORTAR EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO.

CANULAS Y MANGUERAS DE SUCCION.- EXISTEN PRINCIPALMENTE DOS TIPOS QUE SON: A) LAS QUE SE UTILIZAN PARA ASPIRAR SANGRE Y SALIVA DE LA CAVIDAD BUCAL, B) LAS QUE SE UTILIZAN PARA SUCCIONAR LA BUCOFARINGE.

LA PRINCIPAL CARACTERÍSTICA DE LAS CÁNULAS PARA LA CAVIDAD BUCAL SERÁ EL DIÁMETRO DE LA ABERTURA. LAS CÁNULAS QUE -

CONSTAN DE UNA ABERTURA MÁS PEQUEÑA, SON MEJORES PARA ASPIRAR - CUANDO SE TRATA DE ÁPICES RADICULARES MUY PEQUEÑOS, EN TANTO - QUE LA ABERTURA GRANDE SERÁ PARA EL DRENAJE RÁPIDO DE SANGRE.

LA CÁNULA DE SUCCIÓN AMIGDALINA SE EMPLEA CON MAYOR FRECUENCIA CUANDO SE ESTÁ ADMINISTRANDO ANESTESIA GENERAL Y PARA LA ASPIRACIÓN DE URGENCIAS. CONSTA DE UNA PUNTA REDONDA CON ORIFICIOS PEQUEÑOS, ESTA SE PODRÁ COLOCAR EN LA ZONA BUCOFARINGEA, SIN QUE CAUSE ALTERACIÓN A LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA MISMA.

LA MANGUERA A LA QUE SE INSERTA LA CÁNULA PUEDE ESTAR CONSTRUÍDA DE PLÁSTICO DESECHABLE O DE HULE. EN LA MAYORÍA DE LOS CONSULTORIOS DENTALES SERÁ DE HULE, POR OTRO LADO, EN LOS QUIRÓFANOS DE LOS HOSPITALES SE UTILIZAN LAS DESECHABLES. LAS MANGUERAS DE HULE DEBERÁN SER CAPACES DE SOPORTAR LA ESTERILIZACIÓN Y MANTENER SU UTILIDAD.

ABREBOCAS. - EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE ABREBOCAS, INCLUYENDO EL DE HULE TIPO BLOQUE Y EL DE TIPO RAQUETA.

EL ABREBOCAS DE BLOQUE SE PRESENTA DISEÑADO PARA AJUSTAR SE DENTRO DE LA BOCA Y SE FABRICA EN TRES TAMAÑOS: CHICO PARA-

NIÑOS, MEDIANO PARA ADULTOS DENTADOS Y GRANDE PARA ADULTOS EDÉNTULOS.

ESTOS ABREBOCAS CONSTAN DE UNA CADENA O HILO FIJADOS A ELLOS PARA PODERLOS RETIRAR FACILMENTE DE LA BOCA. DICHS ABREBOCAS LE PERMITEN AL DENTISTA MANTENER LA BOCA ABIERTA DEL PACIENTE, DE MANERA QUE TRABAJA CON EFICIENCIA, AL PACIENTE LE BRINDA DESCANSO DE SU MANDÍBULA, Y POR LO TANTO, DAN UN SOPORTE FIRME A LA MISMA. EL ABREBOCAS TIPO MATRACA CONSTA DE UN MANGO, EL CUAL SE EXTIENDE HACIA AFUERA DE LA CAVIDAD BUCAL Y UNA PORCIÓN EXTENSORA CON UNA CURVATURA EN CADA EXTREMO, LA CUAL SE INSERTA ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES. LA BOCA SE MANTIENE ABIERTA CUANDO SE CIERRA EL MANGO QUE TIENE EL MECANISMO DE MATRACA ASEGURANDOLO EN DICHA POSICIÓN. AL RETIRARLO DEBERÁ GIRARSE, DE TAL MANERA QUE ESTAS ANGULACIONES SE ENCUENTREN PARALELAS AL PISO DE LA BOCA Y AL PALADAR, PARAQUE DE NINGUNA MANERA DAÑEN A LOS DIENTES.

### INSTRUMENTOS PRIMARIOS.

ESTOS INSTRUMENTOS SON AQUELLOS QUE SERÁN UTILIZADOS PARCIAL O TOTALMENTE POR EL DENTISTA, DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. DICHS INSTRUMENTOS LOS PODEMOS CLASIFICAR COMO LOS UTILIZADOS EN TEJIDOS DUROS Y TEJIDOS BLANDOS.

LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN TEJIDOS BLANDOS SON:

BISTURI.- VA A CONSTAR DE UN MANGO Y DE UNA HOJA INTERCAMBIABLE.

LAS HOJAS VIENEN NUMERADAS DE ACUERDO A SU DISEÑO Y LOS NÚMEROS MÁS UTILIZADOS EN ODONTOLOGÍA SON LA 15, 11 Y 10. LA CARACTERÍSTICA QUE PRESENTAN ESTAS HOJAS EN QUE SE ENCUENTRAN ANGULADAS EN SUS PORCIONES NO CORTANTES, DE ESTA MANERA ENCAJAN SOBRE EL ÁNGULO CORRESPONDIENTE DEL MANGO, LAS HOJAS SON DESECHABLES Y DEBERÁN UTILIZARSE SOLAMENTE EN UN PACIENTE. NUNCA SE DEBERÁ COLOCAR NI RETIRAR LA HOJA CON LOS DEDOS, YA QUE SON MUY PELIGROSAS, ESTO SE REALIZARÁ CON UN PORTAAGUJAS, CON LO QUE SE TIENE UN MEJOR CONTROL SOBRE LA COLOCACIÓN Y REMOCIÓN DE LA HOJA.

AL UTILIZAR UNA HOJA TANTO EN MAXILAR COMO EN MANDÍBULA, EL DOCTOR HARÁ UNA INCISIÓN A TRAVÉS DE LA MUCOSA HASTA EL HUESO.

BISTURI DE MEAD.- TIENE LA CARACTERÍSTICA DE QUE SU CURVATURA SE ASEMEJA A LA DE LA HOZ, PERO EL FILO DE ESTE HOJA ES EN SUS DOS BORDES, CON ESTE BISTURÍ SE HACEN INCISIONES EN SITIOS POCO ACCESIBLES.

BISTURI SINDESMOTOMO.- SE USA PARA LLEVAR A CABO LA SEPARACIÓN DE LA ENCÍA DEL DIENTE.

ELEVADOR DE PERIOSTIO.- YA UNA VEZ QUE SE HA LLEVADO A CABO LA INCISIÓN SE PROCEDE HACER EL LEVANTAMIENTO DEL MUCOPE-RIOSTIO CON DICHO ELEVADOR.

EXISTEN DIFERENTES DISEÑOS Y TIPOS DE ELEVADORES, ENTRE LOS CUALES TENEMOS EL ELEVADOR DE PERIOSTIO DE MOULT NÚMERO NUEVE, EL CUAL CONSTA DE UN EXTREMO ANCHO Y UNO MÁS ESTRECHO, Y EL ELEVADOR DE PERIOSTIO DE HENAHAN O DE UN SOLO EXTREMO, EL CUAL ES MÁS ANCHO QUE EL DE MOULT.

UNA VEZ HECHO EL LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO DEL MUCOPE-RIOSTIO, CUALQUIERA DE LOS ELEVADORES MENCIONADOS PODRÁ UTILIZARSE PARA SOSTENER EL COLGAJO EN UNA POSICIÓN RETRÁCTIL EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. MUCHOS DENTISTAS, EN VEZ DE UTILIZAR EL ELEVADOR DE PERIOSTIO COMO RETRACTOR, PREFIEREN UTILIZAR UN SEPARADOR DE TEJIDO, QUE ES EL SELDIN NÚMERO VEINTITRES O BIEN UNA LEGRA.

PINZAS PARA TEJIDO Y PARA CURACION.- AMBOS DISEÑOS DE ESTAS PINZAS SE ASEMEJAN, PERO LA PRINCIPAL DIFERENCIA QUE ENCONTRAMOS EN LAS PINZAS PARA TEJIDO ES QUE TIENEN DIENTES, DE TAL

MANERA QUE PUEDA SER SOSTENIDO Y APROXIMADO AL SUTURAR, Y LAS PINZAS PARA CURACIÓN CONSTAN DE UNA ASPEREZA EN SU SUPERFICIE INTERNA, PARA EVITAR QUE LO QUE TENEMOS CON ELLAS SE RESBALE, - LAS PINZAS DE CURACIÓN, NUNCA DEBERÁN SER USADAS PARA SOSTENER EL TEJIDO, YA QUE LA FUERZA DE PRESIÓN QUE SE EJERCE SOBRE - ELLAS HARÁ QUE EL TEJIDO SE DAÑE.

PINZAS DE ALLIS:- SON UN TIPO DE PINZAS PARA TEJIDO, CUYAS PUNTAS SE ASEMEJAN A LAS DE LAS PINZAS ANTERIORES, PERO - SOLO QUE EL MANGO ES COMO SI SE TRATARA DE UN PORTAAGUJAS, O - LAS PINZAS HEMOSTÁTICAS. ESTE DISEÑO LE PERMITIRÁ AL DENTISTA SUJETAR EL TEJIDO Y ASEGURAR LAS PINZAS, ESPECIALMENTE BUENO - PARA LA ECISIÓN DE GRANDES SEGMENTOS DE TEJIDO DE LA CAVIDAD - BUCAL.

PINZAS HEMOSTÁTICAS.- SU PRINCIPAL USO ES PARA APRISIO-- NAR LOS VASOS SANGUÍNEOS SANGRANTES, PERO DENTRO DE LA CIRUGÍA BUCAL SE PUEDEN UTILIZAR PARA TOMAR PEQUEÑAS PARTES DE TEJIDO, EXISTEN MUCHOS DISEÑOS Y TAMAÑOS, PERO LAS TRES MÁS FRECUENTES SON LAS HEMOSTÁTICAS CURVAS, LLAMADAS DE MOSQUITO, LA PROVIDENT QUE TIENE EL MISMO DISEÑO PERO ES UN POCO MAYOR Y LA QUE ES UN POCO MAYOR LLAMADA DE KELLY: LAS HEMOSTÁTICAS RECTAS SE CONSTRUYEN EN TAMAÑOS SIMILARES.

**TIJERAS.**- ENCONTRAMOS VARIOS DISEÑOS DE TIJERAS, Y DE ACUERDO A SU UTILIZACIÓN ES EL DISEÑO DE LAS MISMAS. LAS CLASIFICAREMOS DE ACUERDO A SU SUPERFICIE CORTANTE EN REDONDEADAS (ROMAS) O PUNTIAGUDAS (AGUDAS). SUS HOJAS PUEDEN SER AGUDAS, ROMAS O UNA ROMA Y OTRA AGUDA.

LOS CUATRO USOS PRINCIPALES DE LAS TIJERAS EN CIRUGÍA ORAL SON: 1.- RECORTE DE LOS MÁRGENES DE LA HERIDA. DICHAS TIJERAS TENDRÁN QUE CONSTAR DE UNA HOJA LIGERAMENTE ASERRADA, PARA QUE AL HACER EL CORTE DEL TEJIDO SEA REGULAR Y NÍTIDO. UNA DE LAS MÁS CONOCIDAS ES LA TIJERA DE DEAN, QUE PUEDE TENER CURVATURAS DIFERENTES EN LAS HOJAS Y EL MANGO, SEGÚN LA REGIÓN DE LA BOCA EN DONDE SE UTILICE.

2.- LA DISECCIÓN ROMA O EL SOCAVADO DE TEJIDO. AQUÍ EL DENTISTA INSERTARÁ LAS TIJERAS CON LAS HOJAS CERRADAS POR DEBAJO DEL TEJIDO BLANDO Y LUEGO LAS ABRIRÁ PARA EFECTUAR EL SOCAVADO, ENTRE LAS TIJERAS QUE PODEMOS MENCIONAR ESTÁN LAS DE METZENBAUM, SON LAS MÁS USADAS, PERO TAMBIÉN SE PODRÁN USAR LAS DE DEAN.

3.- CORTE DE SUTURAS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. ÉSTO ES DE ACUERDO A LA TÉCNICA SEGUIDA POR EL OPERADOR, ESTA OPERACIÓN ES RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO O DE LA ENFERME

RA EN TURNO.

4.- REMOCIÓN DE LA SUTURA. ESTO ESTARÁ A CARGO DE LA ENFERMERA O DEL MISMO DENTISTA. LA TÉCNICA CORRECTA PARA DICHA REMOCIÓN ES COMO SIGUE:

A) SE UTILIZA UN ESPEJO PARA LA RETRACCIÓN DEL CARRILLO O DE LA LENGUA.

B) SE RETIRA CUALQUIER RESIDUO EXISTENTE ALREDEDOR DE LAS SUTURAS CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN. ESTO AISLA LAS SUTURAS Y LAS SEPARA DE LA MUCOSA DE TAL MANERA QUE FACILITE SU CORTE.

C) CON LA UTILIZACIÓN DE LAS PINZAS PARA TOMAR LA TORUNDA DE ALGODÓN, SE SUJETA UNO DE LOS EXTREMOS LIBRES DE LA SUTURA Y SE APLICA UNA LEVE TENSIÓN.

D) LA SUTURA SE CORTA A UN LADO DEL NUDO.

E) LA SUTURA SE RETIRA EN UNA DIRECCIÓN TAL QUE EL NUDO NO ATRAVIESE EL TEJIDO PERMITIENDO, POR CONTACTO, QUE SOLO EL EXTREMO LISO PASE A TRAVÉS DEL TEJIDO.

F) ENTONCES PARA LIMPIAR LA CAVIDAD BUCAL SE PERMITE AL PACIENTE ENJUAGARSE. SE PUEDE UTILIZAR PARA ESTO CUALQUIER ENJUAGUE BUCAL COMERCIAL.

LOS INSTRUMENTOS QUE SE USAN EN TEJIDOS DUROS SON:

ALVEOLOTOMOS.- HAY UNA VARIEDAD DE DISEÑOS DE ALVEOLOTOMOS, SU FUNCIÓN PRIMARIA SERÁ EL CORTE O PELLIZCAMIENTO. ENTRE LOS DOS MÁS COMUNES, ESTÁ EL DE PUNTO ROMA (EXTREMO REDONDEADO), EL CUAL SOLO CORTARÁ POR EL EXTREMO Y LOS DE CORTE LATERAL QUE CORTAN POR UN LADO.

LA FUNCIÓN DEL ALVEOLOTOMO ES:

- 1.- RECORTAR Y AISLAR EL ALVÉOLO.
- 2.- EFECTUAR ABERTURAS EN EL LADO DEL ALVÉOLO CUANDO SE INTENTA EXPONER UN APICE RADICULAR.
- 3.- AGRANDAR UNA VENTANA OSEA HACIA UN QUISTE O EL SENOMAXILAR.
- 4.- OCASIONALMENTE, RETIRAR UNA PORCIÓN DE DIENTES DE UN ALVÉOLO, CUANDO EL DIENTE O LAS RAÍCES NO SE ENCUEN-

TRAN FIRMEAMENTE ADHERIDAS.

5.- SOSTENER TEJIDOS COMO LO SON LAS MEMBRANAS QUISTICAS O EL TEJIDO FIBROSO QUE DEBEN RETIRARSE DEL HUESO.

CINCEL Y MARTILLO.- EXISTEN UNA GRAN VARIEDAD DE CINCELES, PERO LOS MÁS FRECUENTES SON LOS QUE TIENEN UN SOLO BISEL Y LOS BIBISELADOS.

EL CINCEL DE UN SOLO BISEL SE UTILIZA PARA RETIRAR HUESO, EN CAMBIO EL BIBISELADO ES USADO PARA CORTAR DIENTES EN SECCIONES. POR LO QUE RESPECTA A SUS SUPERFICIES CORTANTES, HAY QUE VIGILAR QUE SIEMPRE SE ENCUENTREN AFILIADAS. LOS CINCELES SE GOLPEARÁN CON EL MARTILLO, QUE PUEDE SER CUALQUIERA DE LOS DIFERENTES DISEÑOS QUE HAY.

FRESAS QUIRURGICAS.- DICHAS FRESAS VAMOS A PODER UTILIZARLAS POR MEDIO DEL MOTOR DE BAJA VELOCIDAD O DE ALTA VELOCIDAD. PODEMOS OBSERVAR QUE ESTAS FRESAS TIENEN LA CARACTERÍSTICA QUE SON LARGAS DE FISURAS ESTRIADA (NÚMEROS 560 Y 703) O REDONDAS Y GRANDES (NÚMERO 5 AL 8).

LIMA PARA HUESO.- ESTA LA VAMOS A UTILIZAR PARA ALIZAR EL ALVÉOLO ANTES DE DEJAR EL SITIO QUIRÚRGICO, YA QUE SI SE DE

JARA UNA CRESTA O UN BORDE AGUDO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, EN LA-  
CAVIDAD BUCAL HABRÍA MOLESTIA O IRRITACIÓN PARA EL PACIENTE.

PINZAS PARA LA EXTRACCION DENTARIA.- EXISTEN UNA GRAN VA-  
RIEDAD DE FÓRCEPS O PINZAS PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA CON DI-  
FERENTES DISEÑOS, POR LO TANTO EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA, -  
SE LE ENSEÑA DURANTE SU RESIDENCIA EN CIRUGÍA BUCAL, EL MANEJO  
Y CONOCIMIENTO DE ALGUNOS DE ELLOS, QUE SON LOS QUE EMPLEARÁ -  
EN ÉSTA PRÁCTICA. TODOS ESTOS FORCEPS POR LO GENERAL, POSEEN-  
UN NÚMERO EN EL MANGO, LO QUE FACILITA SU IDENTIFICACIÓN.

FORCEPS SUPERIOR: EL NÚMERO 210, FORCEPS UNIVERSAL, ESTÁ  
DISEÑADO PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO SUPERIOR  
CUANDO SE ENCUENTRA EN POSICIÓN Y ESTADO NORMAL, TANTO DERECHO  
COMO IZQUIERDO.

FORCEPS INFERIOR: EL NÚMERO 222, ES EL MÁS UTILIZADO -  
CUANDO SE ENCUENTRA SIN PROBLEMAS DE BIFURCACIÓN.

ELEVADORES.- EXISTIRÁ UNA GRAN VARIEDAD DE INSTRUMENTOS  
Y TÉCNICAS PARA RETIRAR LOS FRAGMENTOS, PERO LA MAYORÍA DE LOS  
CASOS SE UTILIZA EL ELEVADOR, ASÍ COMO PARA DESALOJAR AL DIENTE  
DE SU SITIO. ENTRE LOS ELEVADORES QUE MÁS SE USAN SON:

- 1.- ELEVADOR RECTO.
- 2.- ELEVADOR DE BARRA DE T, DE BANDERA, DERECHO-IZQUIERDO.
- 3.- ELEVADORES DE APICES.
- 4.- PICO DE CIGÜEÑA.

1.- ELEVADOR RECTO. - ENTRE LAS FUNCIONES QUE TIENE ESTE INSTRUMENTO PODEMOS MENCIONAR:

A) LA EXTIRPACIÓN DE FRAGMENTOS DENTARIOS GRANDES.

B) EL DENTISTA COLOCARÁ EL INSTRUMENTO ENTRE EL DIENTE Y LA ENCÍA PERICORONAL ANTES DE LA COLOCACIÓN DEL FÓRCEPS.

C) EN EXTRACCIONES MÚLTIPLES CON EL OBJETO DE AFLOJAR LOS DIENTES ANTES DE COLOCAR EL FÓRCEPS.

D) PARA EXPANDIR LA LÁMINA BUCAL, ESPECIALMENTE DEL MAXILAR.

2.- ELEVADOR EN BARRA DE T, DE BANDERA; DERECHO-IZQUIERDO. - ESTE INSTRUMENTO LO UTILIZAREMOS PARA RETIRAR LOS ÁPICES RADICULARES INFERIORES. ESTE INSTRUMENTO SE FABRICA EN PARES-VIENE EN DIRECCIONES OPUESTAS Y DE AHÍ EL NOMBRE DE DERECHO-IZQUIERDO. ESTE ES UN INSTRUMENTO DE MUCHO PELIGRO, QUE DEBE -

SER UTILIZADO CON MUCHO CUIDADO.

3.- ELEVADORES DE APICES.- POR LO GENERAL SE FABRICAN - EN JUEGOS DE TRES, CADA UNO DIFERENTE ANGULACIÓN, QUE NOS SERVIRÁN PARA ÁPICES DELGADOS Y PEQUEÑOS.

4.- PICO DE CIGÜENA.- ESTE INSTRUMENTO LO UTILIZAREMOS - CON MAYOR FRECUENCIA CUANDO LOS DIENTES PRESENTAN BIFURCACIÓN, LA PUNTA DE TRABAJO PODRÁ SER ENGANCHADA DENTRO DE LA BIFURCACIÓN Y ENTONCES LOS ÁPICES RADICULARES SE RETIRARAN POR ELEVACIÓN.

OTROS INSTRUMENTOS USADOS SON:

PORTAAGUJAS.- QUE TAMBIÉN VIENEN EN DIFERENTES FORMAS Y TAMAÑOS.

A PRIMERA VISTA SE ASEMEJA A LAS PINZAS HEMOSTÁTICAS, - PERO LAS PUNTAS DEL PORTAAGUJAS SON CON MAYOR FRECUENCIA MÁS - PEQUEÑAS, Y LAS ESTRIAS DE UN PORTAAGUJAS SON ENTRECruzADAS, - ESTO ASEGURA LA AGUJA Y NO PERMITE QUE SE DESLICE, LA AGUJA DEBERÁ COLOCARSE EN ÁNGULO RECTO CON RESPECTO A LA PUNTA, ASÍ - ESTARÁ LISTA PARA SER UTILIZADA POR EL DENTISTA.

JERINGAS.- HAY TRES TIPOS DE JERINGAS QUE SE PUEDEN -  
USAR EN ODONTOLOGÍA QUE SON:

1.- LA JERINGA PARA ANESTESIA LOCAL, QUE CONSTA DE UNA -  
ZONA EN DONDE SE INSERTA EL CARTUCHO CON EL AGENTE ANESTESICO-  
LOCAL.

2.- JERINGAS DE VIDRIO.

3.- JERINGAS DESECHABLES DE PLÁSTICO.

1.- JERINGAS PARA ANESTESIA LOCAL.- EN LA ACTUALIDAD LA  
JERINGA DE ASPIRACIÓN ES LA MÁS USADAS, POSEE UN ESTILETE AFI-  
LADO COMO EXTENSIÓN DEL MANGO, DE TAL MANERA QUE EL HULE DEL -  
CARTUCHO DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, QUEDE INSERTADA EN ÉL. LA  
ASPIRACIÓN SE HARÁ CON EL DEDO PULGAR, EL PROPÓSITO DE ESTO ES  
LA REDUCCIÓN DE REACCIONES TÓXICAS Y ALÉRGICAS AL INYECTAR UN-  
VASO SANGUÍNEO CON LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA. UNA VEZ COLOCADO -  
EL CARTUCHO, SE COLOCA EN EL OTRO EXTREMO UNA AGUJA DESECHABLE  
Y SE FIJA ATORNILLANDO.

2.- JERINGAS DE CRISTAL Y DESECHABLES DE PLÁSTICO.- TIE-  
NEN FUNCIONES SEMEJANTES. VIENEN EN VARIOS TAMAÑOS Y SU USO -  
SERÁ PARA INYECTAR, UNA VEZ COLOCADA LA AGUJA, DENTRO DE LOS -

MÚSCULOS (I.M.), INYECCIÓN INTRAVENOSA (I.V.), O POR DEBAJO - DE LA PIEL PARA EVACUAR LÍQUIDO DE LESIONES QUÍSTICAS, ABSCE- SOS Y PARA EL LAVADO CON LÍQUIDOS EN LA ZONA QUIRÚRGICA.

AGUJAS.- TODA AGUJA CONSTA DE TRES PARTES: CENTRO, TA-- LLO Y BISEL. EL BISEL PUEDE SER CORTO O LARGO, LA DE BISEL - CORTO ES LA MÁS USADAS EN ODONTOLOGÍA. EL DIÁMETRO SE EXPRESA EN CALIBRES, MIENTRAS MÁS GRANDE ES EL NÚMERO, MÁS DELGADA ES LA AGUJA. LA LONGITUD SE MIDE EN CENTÍMETROS.

AGUJAS DE SUTURA.- CONSTAN DE TRES DIMENSIONES FÍSICAS - QUE SON:

A) LA FORMA GLOBAL DE LA GUJA: RECTA, MEDIA CURVA Y 3/4- DE CURVA.

B) EN CORTE TRANSVERSAL: REDONDA O CÓNICA (NO CORTANTE), TRIÁNGULAR (CORTANTE).

C) PRESENCIA O AUSENCIA DE OJO EN LA AGUJA: LAS AGUJAS- CON OJO SON ENHEBRADAS. AQUELLAS QUE NO TIENEN OJO, TIENEN EL MATERIAL DE SUTURA FUSIONADO O ESTAMPADO EN EL EXTREMO DE LA - AGUJA.

EN CIRUGÍA BUCAL, AL CERRAR LA MAYOR PARTE DE LAS HERIDAS QUE CONSISTEN EN MUCOSA O MUCOSA MÁS PERIOSTIO, SE UTILIZA UNA AGUJA DE MEDIA CURVA ATRAUMÁTICA O UNA AGUJA ENHEBRADA.

MATERIAL DE SUTURA. - VIENE EN DOS TIPOS QUE SON ABSORBIBLE Y NO ABSORBIBLE. EL NO ABSORBIBLE SE RETIRA ENTRE 5 Y 7 DÍAS, DESPUES DEL ACTO QUIRÚRGICO. EN TANTO EL QUE ES ABSORBIBLE POR LAS ENZIMAS CORPORALES O POR LOS LÍQUIDOS DE LOS TEJIDOS TIENE UN TRANCURSO DE 5-20 DÍAS DESPUES DE HABER SIDO COLOCADO.

EL MATERIAL DE SUTURA ABSORBIBLE SE LLAMA CATGUT, YA QUE SE PRODUCE DE LA SUBMUCOSA DEL INTESTINO DEL BORREGO, Y DESPUES DE MÚLTIPLES PROCEDIMIENTOS SE PREPARA COMERCIALMENTE EN VARIOS TAMAÑOS QUE VAN DE 0000 000 (7-0) A 000 (3-0), O SEA, QUE VA DE MUY FINO A GRUESO.

EXISTEN DOS TIPOS DE CATGUT; EL SIMPLE Y EL CRÓMICO. EL CATGUT CRÓMICO ES PARA HERIDAS DE PERÍODO LARGO, SE LE AÑADEN SALES DE CROMO, Y EL SIMPLE SE ABSORVE DE 3 A 5 DÍAS.

LA SEDA ES EL MATERIAL NO ABSORBIBLE MÁS USADO. COMERCIALMENTE SE PRODUCE AL HILAR FIBRA DEL GUSANO DE SEDA, SE FABRICA MEDIANTE TORSIÓN O TRENZADO DE LAS FIBRAS, SU TAMAÑO VA-

RIA DE 000000 (6-0) QUE ES MUY FINO HASTA 0000 (4-0) ES MUY GRUESO, SE TIÑE LA SEDA DE NEGRO, DE TAL MANERA QUE SE VEA EN LA ZONA QUIRÚRGICA.

OTRAS SUTURAS NO ABSORBIBLES SON: DERMALON (FIBRAS SINTÉTICAS DE POLIÉSTERES), NYLON Y ALGODÓN QUIRÚRGICO.

PINZAS DE TRANSFERENCIA. - SE USAN PARA MANEJAR INSTRUMENTOS ESTÉRILES, SE GUARDAN EN RECIPIENTES ESTÉRILES QUE PUEDEN O NO CONTENER SOLUCIONES ANTISÉPTICAS.

UNIDAD DE ELECTROCAUTERIO Y ELECTROCIRUGIA. - ESTA FUNCIONA BAJO EL PRINCIPIO DE UNA CORRIENTE ELÉCTRICA, QUE SE TRANSFIERE A TRAVÉS DE LOS ELECTRODOS DEL TEJIDO QUE ESTÁ SIENDO TRATADO. LA UNIDAD DE ELECTROCAUTERIO ELECTRO QUIRÚRGICO PUEDE SER UTILIZADO PARA DISECCIÓN DE TEJIDOS, PARA ELECTROCOAGULACIÓN O PARA FULGURACIÓN.

DISECCIÓN SIGNIFICA QUE EL ELECTRODO SE UTILIZA PARA CORTAR, ELECTROCOAGULACIÓN SIGNIFICA QUE EL CALOR HIERVE AL TEJIDO EN SUS PROPIOS LÍQUIDOS Y FORMA UNA MASA COAGULADA Y FULGURACIÓN SIGNIFICA QUE LA AGUJA ES SOSTENIDA A UNA DISTANCIA MUY CORTA DE LA LESIÓN Y UNA PEQUEÑA CHISPA QUE ES PRODUCIDA POR LA CORRIENTE CARBONIZA SUPERFICIALMENTE AL TEJIDO.

CUALQUIER INSTRUMENTO AUXILIAR, LOS CUALES VAYAN A SER -  
UTILIZADOS AL MISMO TIEMPO QUE EL CAUTERIO, DEBERÁN SER DE MA-  
TERIAL NO METÁLICO.

## CAPITULO V

### TECNICA DE ANESTESIA

COMO ES SABIDO, LA SENSIBILIDAD DE LA CARA NOS LA DA EL-  
QUINTO PAR CRANEAL, LLAMADO NERVIO TRIGEMINO.

VEMOS QUE ESTARÁ CONSTITUÍDO POR TRES RAMAS: OFATÁLMICA,  
MAXILAR SUPERIOR Y MANDIBULAR O MAXILAR INFERIOR; DE LAS CUA--  
LES EL MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA SE DIVI-  
DIRÁN EN NUMEROSAS RAMIFICACIONES ENTRE LAS CUALES LAS MÁS IM-  
PORTANTES EN EL ESTUDIO QUE NOS OCUPA TENEMOS:

MAXILAR SUPERIOR.- LA INERVACIÓN DE LOS 6 MOLARES SUPE-  
RIORES (3 DERECHOS Y 3 IZQUIERDOS), ESTÁ DADA POR LOS NERVIOS-  
DENTARIOS POSTERIORES, PARA PREMOLARES Y CANINO SE INERVARÁN -  
POR EL NERVIO DENTARIO MEDIO Y PARA INSICIVOS Y CANINOS SERÁ -  
EL NERVIO DENTARIO ANTERIOR.

EL NERVIO ESFENOPALATINO CONSTA DE 7 RAMAS, PERO SOLO DE  
ESTAS RAMAS, LAS ÚLTIMAS, DAN LA INERVACIÓN DEL PALADAR Y SON:  
PALATINO ANTERIOR, MEDIO Y POSTERIOR.

LA TERCERA RAMA DEL TRIGÉMINO SERÁ EL MAXILAR INFERIOR-O MANDIBULA: ESTE SE DIVIDIRÁ EN DOS TRONCOS, EL ANTERIOR, - QUE DA ORIGEN A LAS RAMAS TEMPOROBUCAL, TEMPORAL PROFUNDO ME-- DIO Y TEMPOROMASETERINO. EL POSTERIOR, DA ORIGEN A 4 RAMAS DE LAS CUALES LAS MÁS IMPORTANTES ES EL DENTARIO INFERIOR, LA - CUAL DA INERVACIONES DE LOS MOLARES INFERIORES, PREMOLARES Y - CANINOS. LAS RAMAS TERMINALES DEL DENTARIO INFERIOR ESTÁN - CONSTITUIDAS POR EL NERVIO INCISIVO Y EL NERVIO MENTONIANO.

LAS DIFERENTES RAMAS, PODRÁN SER ABORDADAS POR LA INYEC-- CIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, EN LOS SITIOS QUE POR REFEREN-- CIAS SE SABE PASA EL NERVIO, PARA QUE HAYA UNA INTERRUPCIÓN DE LA CONDUCCIÓN DEL ESTÍMULO DOLOROSO.

EL NERVIO TRIGEMINO ESTARÁ CONSTITUIDO POR UNA PORCIÓN - MOTORA DE MENOR TAMAÑO Y OTRA DE MAYOR TAMAÑO SENSITIVA, LO - QUE LO HACE SER UN NERVIO MIXTO.

DEL GANGLIO DE GASSER TOMARÁN SU ORIGEN LAS TRES RAMAS - DE ESTE NERVIO QUE SON: NERVIO OFTÁLMICO, NERVIO MAXILAR SUPE-- RIOR Y NERVIO MAXILAR INFERIOR O MANDIBULAR.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR.- ESTE NERVIO VA A SER EXCLUSIVA-- MENTE SENSITIVO Y SU NACIMIENTO ES EN LA PARTE MEDIA DEL BORDE

ANTERO EXTERNO DEL GANGLIO DE GASSER.

UNA VEZ EN SU ORIGEN, SE DIRIGE HACIA DELANTE HASTA ALCANZAR EL AGUJERO REDONDO MAYOR, POR EL QUE ATRAVIEZA HASTA PENETRAR EN LA FOSA PTERIGOMAXILAR. AQUÍ ALCANZARÁ LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR DIRIGIÉNDOSE HACIA ADELANTE, ABAJO Y AFUERA, Y DESPUÉS EL CANAL SUBORBITARIO, AL QUE RECORRE Y PENETRA EN EL CONDUCTO DEL MISMO NOMBRE, Y SALE POR EL ORIFICIO SUBORBITARIO, AQUÍ EMITE SUS RAMAS TERMINALES.

EN EL CRÁNEO, TENDRÁ SUS TRAYECTORIAS POR UN DESDOBLAMIENTO DE LA DURA MADRE EN DONDE SE IMPLANTA EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES Y POR DENTRO CON EL SENO CAVERNOSO. EL NERVI PASARÁ POR ARRIBA DE LA FOSA PTERIGOMAXILAR (RODEADA DE TEJIDO ADIPOSEO), POR ENCIMA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA Y DEL GANGLIO-ESFENOPALATINO.

EMITE 6 RAMAS COLATERALES QUE SON:

- 1.- RAMO MENINGEO MEDIO.
- 2.- RAMO ORBITARIO: A) RAMO TEMPOROMALAR Y B) RAMO LACRIMOPALPEBRAL.
- 3.- NERVI ESFENOPALATINO.

- A) NERVIOS ORBITARIOS
- B) NAsALES SUPERIORES
- C) NASOPALATINOS
- D) PTERIGOPALATINO
- E) PALATINO ANTERIOR
- F) PALATINO MEDIO
- G) PALATINO POSTERIOR

4.- NERVIO DENTARIO POSTERIOR.

5.- NERVIO DENTARIO MEDIO.

6.- NERVIO DENTARIO ANTERIOR.

RAMOS TERMINALES\*

1.- PALPEBRALES.

2.- RAMOS LABIALES.

3.- RAMOS NAsALES.

NERVIO MAXILAR INFERIOR O MANDIBULAR.- ESTE ES UN NER--  
VIO MIXTO QUE NACE DEL BORDE ANTERIOR DEL GANGLIO DE GASSER Y-  
SE FORMA POR LA REUNIÓN DE LA RAÍZ MOTORA Y LA RAÍZ SENSITIVA-  
QUE PROVIENE DEL GANGLIO.

CUANDO SALE DEL GANGLIO DE GASSER, SE DIRIGE EN UN DESDOBLAMIENTO DE LA DURA MADRE HASTA LLEGAR AL AGUJERO OVAL, EN DONDE SE RELACIONA CON LA ARTERIA MENÍNGEA MENOR. UNA VEZ FUERA DEL AGUJERO OVAL, QUEDA COLOCADA POR FUERA DE LA APONEUROSIS INTERPTERIGOIDEA Y DEL GANGLIO ÓTICO AL CUAL SE UNE ÍNTIMAMENTE. ENTONCES SE DIVIDIRÁ EN DOS TRONCOS UNA ANTERIOR Y OTRO POSTERIOR, PERO ANTES EMITE SU BIFURCACIÓN QUE SE INTRODUCE EN EL CRÁNEO POR EL AGUJERO REDONDO MENOR.

EL TRONCO ANTERIOR DA TRES RAMAS QUE SON:

- 1.- TEMPOROBUCAL.
- 2.- TEMPORAL PROFUNDO MEDIO.
- 3.- TEMPOROMASTERINO.

EL TRONCO POSTERIOR DA CUATRO RAMAS QUE SON:

- 1.- NERVIOS DEL PTERIGOIDEO EXTERNO.
- 2.- PERIESTAFILINO EXTERNO Y MÚSCULOS DEL MARTILLO.
- 3.- NERVIO AURICULOTEMPORAL.
- 4.- NERVIO DENTARIO INFERIOR Y NERVIO LINGUAL.

## LA TÉCNICA DE ANESTESIA SERA:

LAS RAMAS ALVEÓLARES SUPERIORES POSTERIORES SE BLOQUEARÁN HACIENDO LA INTRODUCCIÓN DE LA AGUJA POR DETRÁS DE LA CRESTA - INFRACIGOMÁTICA E INMEDIATAMENTE DISTAL AL SEGUNDO MOLAR. INMEDIATAMENTE DESPUÉS INTRODUCIMOS LA AGUJA APROXIMADAMENTE ENTRE 2 Y 3 CM., EN EL TUBÉRCULO MAXILAR, ÉSTA TÉCNICA TAMBIÉN - ES LLAMADA "INYECCIÓN DE LA TUBEROSIDAD" (ESTO SE HACE DIBUJANDO UNA CURVA APLANADA).

LAS RAMAS ALVEÓLARES SUPERIORES MEDIAS Y ANTERIORES OBTIENE SU BLOQUEO SEPARADAMENTE PARA CADA DIENTE EN PARTICULAR, ESTO SE LLEVA A CABO INTRODUCIENDO LA AGUJA EN LA MUCOSA GINGIVAL QUE RODEA EL DIENTE Y BUSCANDO LA EXTREMIDAD DE LA RAÍZ. - POR MEDIO DE ESTO, PODEMOS OBTENER EL BLOQUEO HASTA DE TRES - DIENTES DESDE EL MISMO PUNTO DE INSERCIÓN.

EL NERVIIO PALATINO ANTERIOR SE BLOQUEARÁ HACIENDO LA INTRODUCCIÓN DE LA AGUJA, A LA ALTURA DEL SEGUNDO MOLAR, POR ENCIMA DEL REBORDE GINGIVAL, AL LADO DEL AGUJERO PALATINO POSTERIOR.

EL NERVIIO NASOPALATINO SE BLOQUEARÁ HACIENDO LA PUNSIÓN - AL LADO DEL CONDUCTO INCISIVO, SITUADO EN LA LÍNEA MEDIA POR -

DETRÁS DE LOS INCISIVOS CENTRALES.

CUANDO SE TRATA DE HACER INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ESTOS BLOQUEOS SE COMPLEMENTARÁN CON LA INFILTRACIÓN PALATINA DE CADA DIENTE EN PARTICULAR, Y EN EL CASO DE INTERVENCIONES COMPLICADAS EN EL MAXILAR SUPERIOR SE ACONSEJA EL USO DE ANESTESIA GENERAL.

PARA BLOQUEAR EL NERVIO MAXILAR INFERIOR O MANDIBULAR, LO LOCALIZAMOS CON EL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO O DERECHO, SEGÚN EL CASO, LA LÍNEA OBLÍCUA, O SEA, EL BORDE INTERNO DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA. SE HARÁ LA PUNCIÓN INMEDIATAMENTE POR DENTRO DE ESTE PUNTO, POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL DEL TERCER MOLAR.

LA JERINGA LA DEBEMOS MANTENER PARALELA AL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA Y DEL CUERPO DE LA MISMA, LA JERINGA LA APOYAMOS DESDE LOS PREMOLARES CONTRARIOS A LA REGIÓN POR ANESTESIAR Y DESDE ESTE PUNTO INTRODUCIMOS LA PUNTA DE LA AGUJA LENTAMENTE, PEGADA A LA CARA DE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR, LA AGUJA SE DIRIGE POR EL CENTRO DE LA UÑA DEL DEDO ÍNDICE (POR ENCIMA DE ÉSTA), LA PUNTA DE LA AGUJA SE MANTENDRÁ EN CONTACTO CON LA RAMA DURANTE TODA LA MANIOBRA, LUEGO SE HACE LA ROTACIÓN DE LA JERINGA HACIA EL LADO POR ANESTESIAR Y SE INTRODUCE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, LA ANESTESIA SE OBTIENE DE DOS

A TRES MINUTOS.

CUANDO SE VAN A EFECTUAR EXTRACCIONES EN LA REGIÓN MOLAR, SERÁ NECESARIO COMPLETAR LA INFILTRACIÓN DEL PERIOSTIO Y DE LA MUCOSA BUCAL.

## CAPITULO VI

### TECNICA QUIRURGICA

EL FIN QUE PERSIGUE LA INTERVENCIÓN EN LA CIRUGÍA BUCAL- SERÁ LA DE LLEVAR A CABO LA ELIMINACIÓN DEL PROCESO PATOLÓGI- CO QUE NOS INTERESA MENCIONAREMOS: UN TUMOR Y EN NUESTRO ESTUDIO- UN DIENTE (EL TERCER MOLAR RETENIDO); UNA VEZ QUE HEMOS CONSE- GUIDO NUESTRO PROPÓSITO, SE LLEVARÁ A CABO LA DEVOLUCIÓN DE - LOS TEJIDOS A SUS SITIOS ORIGINALES Y DEJANDO TODO EN SU NORMA LIDAD SE DARÁ POR TERMINADA LA OPERACIÓN.

VEMOS QUE LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENI-- DOS SERÁ UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, EN EL QUE ESTARÁN INCLUÍ DOS TEJIDOS BLANDOS, MÚSCULOS Y HUESO.

COMO PODEMOS OBSERVAR LA ZONA DE LA OPERACIÓN ES MUY ES- TRECHA Y DE DIFÍCIL ACCESO, ESTA ZONA SE ENCUENTRA POR LO GENE RAL MUY VASCULARIZADA Y ADEMÁS ES UN LUGAR DONDE HABRÁ UNA ACU MULACIÓN EXAGERADA DE SALIVA, POR LO TANTO HABRÁ QUE PLANEAR - PERFECTAMENTE LA INTERVENCIÓN.

DEBEMOS INSISTIR EN QUE EL OPERADOR DEBE LLEVAR A CABO -

UN PLAN DE TRATAMIENTO PREVIO, SOBRE COMO VA A DESARROLLAR LA INTERVENCIÓN; DESDE SU INICIO HASTA SU CULMINACIÓN.

TAMBIÉN DEBERÁ REDUCIR EL NÚMERO DE INSTRUMENTOS QUE VAYA A UTILIZAR DEBERÁ LLEVAR UN PROGRAMA CLARO Y DEFINIDO DE ACCIÓN.

EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO DEBEMOS TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS PARA LLEVAR A CABO:

1.- REALIZAR LA OPERACIÓN BAJO LA MEJOR VISIÓN DIRECTA.

2.- PLANEAR LA OPERACIÓN DE MANERA QUE ÉSTA EXIGA LA MENOR FUERZA DE PALANCA. ÉSTO SE OBTIENE MEDIANTE SUFICIENTE RESECCIÓN DE TEJIDO ÓSEO PARA QUE PODAMOS EVITAR UN TRISMUS.

3.- TENER EL MEJOR CUIDADO DE NO HACER UNA FRACTURA AL SEGUNDO MOLAR, ASÍ COMO DE SU PARODONTO Y TAMBIÉN TRATAR DE NO DAÑAR EL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA.

PODEMOS OBSERVAR QUE LA MAYORÍA DE LOS CASOS EN QUE SE PRESENTA UNA FRACTURA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, ES DEBIDO A QUE SE HACE UNA FUERZA EXAGERADA SOBRE ELLA CON EL BOTADOR.

EXISTEN DOS MÉTODOS QUE PODEMOS MENCIONAR PARA LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES RETENIDOS Y SON:

1.- POR SECCIONAMIENTO DE LA PIEZA.

2.- POR RESECCIÓN DE HUESO, CON EL PROPÓSITO DE QUE SE LLEVE A CABO LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE EN UNA PIEZA.

PARA QUE LLEGUEMOS HASTA EL HUESO QUE ALOJA EL MOLAR, TENDREMOS QUE HACER LA SUFICIENTE ELIMINACIÓN O RESECCIÓN DE HUESO QUE LO CUBRE Y PODEMOS ABORDAR AL MISMO Y HACER LA EXTRACCIÓN DE ESTE MEDIANTE PALANCAS.

LOS PASOS BÁSICOS QUE PODEMOS MENCIONAR PARA PODER LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR RETENIDO SON LOS SIGUIENTES: ESTUDIAR LAS RADIOGRAFÍAS CUIDADOSAMENTE, ESTO ES, DETERMINAREMOS COMO OBSERVAMOS EL MOLAR, TAMBIÉN OBSERVAR EL NÚMERO, TAMAÑO Y CURVATURA DE SUS RAÍCES, LA PROXIMIDAD QUE TIENE SU CORONA Y RAÍCES CON EL DIENTE CONTIGUO O CON LAS DEMÁS ESTRUCTURAS. HACER LA CLASIFICACIÓN EXACTA EN LA QUE SE ENCUENTRA, PARA LLEVAR A CABO LA TÉCNICA ADECUADA, TAMBIÉN TOMAREMOS EN CUENTA EL RESULTADO DEL EXAMEN DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS QUE RODEAN EL SITIO EN EL CUAL VAMOS A LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

REUNIR TODOS LOS DATOS QUE TENEMOS DE NUESTRO PACIENTE - ES DECIR, ORIENTARNOS SOBRE LOS DATOS QUE TENEMOS PROPORCIONADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, PARA PODER LLEVAR A CABO EL PLAN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. HECHO ESTO PODEMOS HACER LA DETERMINACIÓN DE LA EXTENSIÓN DEL COLGAJO, TENIENDO ASÍ LA NECESIDAD DE LA EXPOSICIÓN ADECUADA.

AHORA BIEN LOS TIEMPOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA BU-CAL SON: INCISIÓN, OSTEOTOMÍA, EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

INCISIÓN.- LLEVAREMOS A CABO LA ADECUADA, DEPENDIENDO - DEL TIPO DE RETENCIÓN QUE SE PRESENTE.

POR LO GENERAL SE VA A PREFERIR HACER INCISIONES AMPLIAS, YA QUE ESTO VA A PERMITIR QUE EXISTA UN COLGAJO EXTENSO Y SE - PUEDA LLEVAR A CABO UNA RESECCIÓN DEL HUESO Y TENER UNA MEJOR-VISIBILIDAD SOBRE ÉSTE.

EL TIPO DE INCISIÓN QUE SE RECOMIENDA SERÁ ANGULAR, YA - QUE SE TRAZA DESDE EL CENTRO DE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MO-LAR, EXTENDIÉNDOSE HACIA ATRÁS LO NECESARIO QUE SEA, SEGUN LA-RETENCIÓN, ESTO SE ACOMPAÑA POR LA INCISIÓN DEL REBORDE GINGI-VAL, ESTO LO LLEVAMOS A CABO PARA QUE NO EXISTA NINGUNA LACERA-CIÓN DEL TEJIDO GINGIVAL, EVITANDO DÓLORES E INFECCIONES POSTO-OPERATORIOS.

EL TEJIDO GINGIVAL INCIDIDO, CUALQUIERA QUE SEA LA INCISION TRAZADA SE SEPARARÁ CON EL INSTRUMENTO ADECUADO Y DE TAL-MANERA PODEMOS OBTENER LOS COLGAJOS.

OSTEOTOMÍA.- LA ELIMINACIÓN DE HUESO, LA LLEVAREMOS A CABO POR MEDIO DEL INSTRUMENTAL ADECUADO, QUE PUEDEN SER LOS ESCOPLOS O LAS FRESAS SEGÚN SEA EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR.

EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.- UNA VEZ QUE SE HA HECHO LA OSTEOTOMÍA, PROCEDEMOS A HACER LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO, ESTO LO HAREMOS MEDIANTE PALANCAS CON PUNTO DE APOYO ADECUADO, QUE DEBERÁN DE SER EN LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS VECINAS O EN LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR.

UNA VEZ QUE SE HA ELIMINADO EL DIENTE, DEBERÁ HACERSE CUIDADOSAMENTE EL LAVADO DE LA CAVIDAD. LA CURETA DEBERÁ EMPLEARSE PRIMERO COMO EXPLORADORA PARA MAYOR SEGURIDAD DE QUE EL ALVÉOLO SE ENCUENTRE LIMPIO. PODREMOS USAR LA IRRIGACIÓN COMO MÉTODO DE ELIMINACIÓN DE FRAGMENTOS Y ESQUIRLAS DE HUESO, TAMBIÉN SE PODRÁ USAR UNA LIMA EN EL CASO EN QUE HAYAN QUEDADO ESQUIRLAS O ÁNGULOS FILOSOS, EL SANGRADO LO CONTRALAREMOS POR MEDIO DE LA COLOCACIÓN DEL COLGAJO A SU LUGAR Y SUTURARLO, Y POR ÚLTIMO LE DAMOS LAS INDICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMO UNA RECOMENDACIÓN PARA EL OPERADOR PODEMOS MENCIONAR QUE EL PACIENTE DEBERÁ SER PREPARADO Y CUBIERTO CON LOS CAMPOS DE FORMA ACEPTABLE PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS FUNDAMENTALES. EL MOTIVO DE LOS CAMPOS EN LA CIRUGÍA BUCAL ES PARA AISLAR ÁREAS CONTAMINADAS TALES COMO EL PELO Y LA BARBA.

## CAPITULO VII

### EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES RETENIDOS

LOS TERCEROS MOLARES SUPERIORES, QUEDARÁN EN UNA PROPORCIÓN MUCHO MENOR EN RETENCIÓN QUE LOS INFERIORES.

ESTE MOLAR PRESENTA UN PROBLEMA DE ERUPCIÓN QUE LE ES PROPIO, POR LO GENERAL PRESENTA BUCOVERSIÓN, ES DECIR ERUPCIONAN HACIA EL LADO DEL CARRILLO.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SON: QUE LA CARA TRITURANTE ESTÁ EN CONTACTO CON LA MUCOSA DEL CARRILLO, DEBIDO A ESTO SE ULCERA LA MUCOSA DEL MISMO, DICHA ULCERA PRESENTA DOLORS INTENSOS DEBIDO A LA CONSTANTE IRRITACIÓN, LOS TEJIDOS BLANDOS VECINOS SE INFLAMAN, Y SE PRODUCE UNA CELULITIS DE LAS PARTES-BLANDAS ACOMPAÑADAS DE TRISMUS Y GANGLIOS INFARTADOS Y POR LO-TANTO SE IMPEDIRÁ LA MASTICACIÓN Y LA FONACIÓN.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

A) INCISIÓN.- LA INCISIÓN QUE MÁS SE USA EN ESTE CASO DE RETENCIÓN SERÁ LA QUE SE CONOCE CON EL NOMBRE DE DOS RAMAS: -

ANTEROPSTERIOR Y BUCAL.

ANTEROPSTERIOR. - ESTA SE TRAZARÁ PRÓXIMA A LA CARA PALATINA DEL DIENTE, PARALELA A LA ARCADA Y LA LONGITUD SERÁ LA NECESARIA MAS O MENOS DE 1 A 1 1/2 CM PARA PERMITIR VISIBILIDAD.

BUCAL. - ESTA TENDRÁ SU ORIGEN A PARTIR DEL EXTREMO ANTERIOR A LA ANTEROPSTERIOR Y SU TRAYECTORIA SERÁ HACIA AFUERA, RODEANDO LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y ASCIENDE HASTA QUE SE ENCUENTRA LA PROXIMIDAD DEL SURCO VESTIBULAR DONDE TERMINARÁ.

LA PROFUNDIDAD DE DICHA INCISIÓN SE HARÁ HASTA QUE SE HAGA CONTACTO CON EL HUESO O BIEN, POR EL CONTRARIO HASTA QUE SE TOQUE LA CORONA DEL MOLAR Y EN EL SENTIDO ANTERIOR HASTA QUE ESTÁ EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR.

POR OTRA PARTE LA INCISIÓN QUE SE LLEVA A CABO MEDIANTE EL CONTORNO DE LOS MOLARES SERÁ MEJOR, YA QUE HAY MEJOR VISIBILIDAD, EL COLGAJO SE SEPARARÁ CON EL PERIOSTOTOMO Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR.

B) OSTEOTOMÍA. - EL HUESO QUE RECUBRE LA CARA TRITURANTE Y EN SÍ AL DIENTE POR COMPLETO, SE PODRÁ ELIMINAR YA SEA CON -

ESCOPLOS O TAMBIEN PODRÁ SER FACTIBLE Y MÁS RECOMENDADO QUE SE HAGA A FRESA. EN CIERTOS CASOS SERÁ TAN DELGADO EL HUESO QUE RECUBRE LA CARA TRITURANTE QUE SE PODRÁ ELIMINAR CON UNA CUCHARILLA PARA HUESO O BIEN CON EL MISMO ELEVADOR.

LA OSTEOTOMÍA A ESCOPLA, SE HACE CON ÉSTE ACCIONADO POR EL MARTILLO. SE DIRIGIRÁ PERPENDICULARMENTE EL ESCOPLA DE MEDIA CAÑA HACIA LA SUPERFICIE ÓSEA Y SE GOLPEARÁ CON EL MARTILLO PARA PODER LLEVAR A CABO LA RESECCIÓN DE HUESO, EN PEQUEÑAS PORCIONES; HASTA QUE TENGAMOS UNA BUENA PORCIÓN DESCUBIERTA DEL MOLAR, DESPUES PODEMOS LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.

OSTEOTOMÍA A FRESA, EL USO DE DICHA FRESA SERÁ DE MUCHA AYUDA PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA, YA QUE ESTÁ CONSIDERADA COMO UN INSTRUMENTO QUE PRESENTARÁ MUY POCO TRAUMATISMO, ESTO ES SIEMPRE Y CUANDO SE TENGAN LAS PREVENCIÓNES ADECUADAS EN SU USO.

CON ESTO NOS REFERIMOS A QUE DICHA FRESA BUCAL DEBERÁ SER UN INSTRUMENTO NUEVO, ASÍ COMO EL LLEVAR A CABO EL ENFRIAMIENTO QUE PUEDE SER CON AGUA BIDEUTILADA O BIEN CON SUERO FISIOLÓGICO, PARA QUE DE ESTA MANERA NOSOTROS EVITEMOS EL CALENTAMIENTO QUE SE PRODUCE CON EL USO DE DICHA FRESA. ENTRE LOS-

NÚMEROS DE FRESA QUE PODEMOS RECOMENDAR SON EL 560 Y EL 8.

DICHA OSTEOTOMÍA SE LLEVA A CABO COMO SIGUE: UNA VEZ - QUE HEMOS SEPARADO LOS LABIOS DE LA INCISIÓN Y QUE SE HAYAN SEPARADO LA LENGUA Y EL CARRILLO, PROCEDEMOS A COLOCAR LA FRESA SOBRE EL BORDE ÓSEO A RESECAR. LA FRESA LA INTRODUCIMOS, SEGUN EL ESPACIO QUE ELLA MISMA SE CREA, ENTRE LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR Y LA PORCIÓN ÓSEA DISTAL, LA OSTEOTOMÍA QUE SE HA CE, SERÁ LA ADECUADA DEBIDO A LA EXTENSIÓN DEL HUESO Y TOMANDO EN CUENTA LA DISPOSICIÓN RADICULAR.

LA FRESA COMO SABEMOS, ES USADA DIARIAMENTE POR EL ODONTÓLOGO DADO LO CUAL ESTE TIENE PRESENTE SU MANEJO, SUS ALCAN--CES Y SUS PELIGROS EN MENTE.

UNA VEZ REALIZADO ESTO PROCEDEMOS A HACER LA EXTRACCIÓN--PROPIAMENTE DICHA.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - PARA LLEVAR A CABO LA--EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR, SERÁ NECESARIO UTILIZAR LOS ELE--VADORES, QUE PUEDE SER CUALQUIER TIPO DE LOS ELEVADORES RECTOS, USAREMOS PREFERENTEMENTE LOS ELEVADORES RECTOS O LOS DE WINTER, QUE SON LOS NÚMEROS 1, 2, 14 (R O L), O BIEN LOS DE CLEV-DENT.

LA TÉCNICA PARA USAR ESTOS, SERÁ LA DE PENETRAR LA PUNTA DEL ELEVADOR EN EL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LA INTRODUCCIÓN DE DICHO INSTRUMENTO SE HARÁ CON UN MOVIMIENTO DÉBIL QUE SE APLICA AL ELEVADOR. EL PRIMER TIEMPO QUE REALIZA ESTE SERÁ DE CUÑA, EN ESTE PRIMER MOVIMIENTO EL ELEVADOR LUXA EL TERCER MOLAR.

EL ELEVADOR RECTO O EL DE WINTER, SE APLICARÁ CON SU CARA PLANA, SOBRE LA CARA ANTERIOR DEL DIENTE. LA DIRECCIÓN DE ESTE INSTRUMENTAL ESTARÁ EN UN SENTIDO DE UNA DIAGONAL TRAZADA SOBRE DICHA CARA.

POR LO GENERAL VEMOS QUE LA APLICACIÓN DEL PUNTO DE APOYO SERÁ LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, SIN LESIONAR LA INTEGRIDAD DEL MOLAR, O TAMBIÉN EL TABIQUE ÓSEO EN CASO QUE EXISTA ESTE ÚLTIMO.

LOS MOVIMIENTOS QUE TENEMOS QUE REALIZAR PARA DESALOJAR AL TERCER MOLAR DE SU ALVÉOLO SERÁN LA RESULTANTE DE TRES DIRECCIONES DE FUERZAS: HACIA ABAJO, HACIA AFUERA Y HACIA ATRÁS. LUXADO EL MOLAR Y SI LA FUERZA NO HA LOGRADO EXTRAERLO, ENTONCES PODEMOS REALIZAR SU EXTRACCIÓN CON UNAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN.

D) SUTURA. - UNA VEZ QUE HEMOS HECHO LA EXTRACCIÓN DEL MOLAR RETENIDO REVISAMOS LOS BORDES ÓSEOS, EN ESPECIAL TENDREMOS CUIDADO DEL TABIQUE EXTERNO Y DEL POSTERIOR, RETIRADO EL SACO PERICORONARIO, SE APLICA EL COLGAJO A SU LUGAR Y SE HARÁN TANTOS PUNTOS DE SUTURA COMO SEAN NECESARIOS, LOS PUNTOS SERÁN PUNTOS AISLADOS.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR EN POSICIÓN MESIOANGULAR DEBERÁ ESTAR CONDICIONADO POR LA DIRECCIÓN DEL MOLAR Y LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL. ENTRE LOS PROBLEMAS QUE PODEMOS MENCIONAR QUE SE PRESENTAN DURANTE ESTA EXTRACCIÓN ESTÁN: LA CANTIDAD EXISTENTE DE HUESO DISTAL Y EL CONTACTO QUE EXISTE CON EL SEGUNDO MOLAR. EL PROBLEMA EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN RESIDE EN LA OSTEOTOMÍA DISTAL Y TRITURANTE Y EN LA PREPARACIÓN DE LA VÍA DE ACCESO PARA EL ELEVADOR.

A) INCISIÓN. - VEMOS QUE LA TÉCNICA QUE SE VA A EMPLEAR, ES LA MISMA QUE LA ANTERIOR, O SEA LA DE DOS RAMAS. QUE COMO VIMOS ES UNA BUCAL, Y OTRA ES ÁNTEROPOSTERIOR.

LA ÁNTEROPOSTERIOR ES TRAZADA PRÓXIMA A LA CARA PALATINA DEL DIENTE Y PARALELA A LA ARCADA, CON SU LONGITUD NECESARIA -

DE ACUERDO A LA RETENCIÓN. LA BUCAL QUE TIENE SU ORIGEN A PARTIR DE LA ÁNTEROPOSTERIOR, RODEANDO LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR HASTA LA PROXIMIDAD DEL SURCO VESTIBULAR.

B) OSTEOTOMÍA. - LA OSTEOTOMÍA TENDRÁ LOS MISMOS PASOS - QUE LA DEL PROCEDIMIENTO ANTERIOR, O SEA, EL DE ESCOPIO QUE VIMOS ES USADO UN MARTILLO Y EL ESCOPIO DE MEDIA CAÑA, SE LLEVA A CABO LA RESECCIÓN DEL HUESO NECESARIO EN PEQUEÑAS PORCIONES.

EL USO DE LA FRESA VIMOS QUE ERA EL MÁS CÓMODO PARA EL - ODONTÓLOGO YA QUE COMO SE VIÓ, LA FRESA ES USADA A DIARIO POR ÉSTE Y POR LO TANTO SE TENDRÁ MUCHO MAYOR HABILIDAD PARA USARLA.

SOLO QUE EN ESTE CASO SE TENDRÁ QUE HACER UNA MAYOR RESECCIÓN DE HUESO EN DISTAL, YA QUE TENDREMOS QUE DESCUBRIR ALMOLAR RETENIDO A NIVEL DEL CUELLO, YA QUE EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR SERÁ EL MÁS ALTO.

C) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - TAMBIÉN AQUÍ TENDREMOS LA MISMA TÉCNICA, YA QUE AL IGUAL QUE LA ANTERIOR USAREMOS LOS ELEVADORES, QUE COMO PUDIMOS OBSERVAR SE EMPLEAN YA SEA EL DE WINTER O BIEN EL RECTO.

AQUÍ HAREMOS LA INTRODUCCIÓN DEL ELEVADOR PROFUNDAMENTE, ESTO ES DEBIDO A QUE LO TENEMOS QUE APLICAR SOBRE LA CARA MESIAL DEL DIENTE. LOS MOVIMIENTOS Y LOS APOYOS SON LOS MISMOS O SEA LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR O BIEN EL ELEVADOR LO - PODEMOS APOYAR EN EL TABIQUE, ENTRE UNA DE LAS PEQUEÑAS VARIANTES QUE PODEMOS OBSERVAR EN LO QUE RESPECTA AL MOVIMIENTO, ESQUE PRIMERO SE TENDRÁ QUE DIRIGIR EL DIENTE HACIA DISTAL, YA - QUE TENDREMOS QUE ELIMINAR EL CONTACTO MESIAL EXISTENTE ENTRE EL TERCERO Y SEGUNDO MOLAR, Y DESPUES LOS MOVIMIENTOS DEL ELEVADOR SE ENCARGARÁN DE DIRIGIR AL DIENTE HACIA ABAJO Y AFUERA.

CON LO QUE RESPECTA A LOS MOLARES QUE TIENEN SUS RAÍCES ABIERTAS, CON CEMENTOSIS O DILACERADAS, TODOS ESTOS MOVIMIENTOS LOS TENDREMOS QUE LLEVAR A CABO CON LA MAYOR LENTITUD POSIBLE, PUES YA QUE SI NO TENEMOS CUIDADO Y SI REALIZAMOS ESFUERZOS BRUSCOS PODREMOS OCASIONAR UNA FRACTURA INTEMPESTIVA.

D) SUTURAL.- LA SUTURA QUE TENDREMOS QUE LLEVAR A CABO - SERÁ LA DE PUNTOS AISLADOS, YA QUE PENSAMOS ES UNA DE LAS MÁS - CONVENIENTES, LA CANTIDAD DE PUNTOS SERÁ DE ACUERDO A LA INCISIÓN. TAMBIÉN TOMAR EN CUENTA QUE ANTES DE SUTURAR HAY QUE LAVAR PERFECTAMENTE LA ZONA QUIRÚRGICA Y REVISAR LOS BORDES - ÓSEOS, COMO VIMOS EN ESPECIAL LOS DEL TABIQUE EXTERNO Y POSTERIOR, Y RETIRAR EL SACO PERICORONARIO, COLOCAR EL COLGAJO EN - SU LUGAR.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO EN POSICION DIS- TOANGULAR.

EN ESTE TIPO DE RETENCIÓN TENDREMOS UN ESPECIAL CUIDADO, CON LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR Y TAMBIÉN CON LA APÓFISIS PTE--RIGOIDES.

A) INCISIÓN.- COMO EN LOS DEMÁS CASOS, LA INCISIÓN A -  
USARSE ES LA DE DOS RAMAS, SOLO QUE AQUÍ DEBEMOS ACLARAR QUE -  
LA INCISIÓN ÁNTEROPOSTERIOR TENDRÁ QUE DIRIGIRSE MÁS DISTALMEN  
TE, A DIFERENCIA DE LOS CASOS ANTERIORES YA QUE CON ESTO EVITA  
REMOS QUE SE PRESENTE UN DESGARRE DE LA ENCLÁ. POR LO QUE RES  
PECTA A LA INCISIÓN BUCAL SERÁ IGUAL QUE LOS ANTERIORES CASOS.

B) OSTEOTOMÍA.- AQUÍ PODEMOS OBSERVAR QUE SE PRESENTA LA  
CARACTERÍSTICA DE QUE NO EXISTIRÁ HUESO SOBRELA CARA TRITURANTE  
U OCLUSAL DEL DIENTE RETENIDO, DADO LO CUAL ESTO HACE QUE TAM-  
POCO SE PRESENTE HUESO HACIA DISTAL, DEBIDO A ESTO ENTONCES NO  
LLEVAREMOS A CABO NINGUNA DE LAS TÉCNICAS DE OSTEOTOMÍA, O SEA  
NI LA DE ESCOPIO NI LA DE FRESA, SOLO NOS ENCARGAREMOS DE LLE-  
VAR A CABO LO QUE RESPECTA A LA VÍA DE ACCESO PARA EL ELEVADOR  
Y ESTO ESTARÁ HACIA EL LADO MESIAL.

C) EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.- AQUÍ COMO YA SABEMOS -

ES MENESTER EL USO DE LOS ELEVADORES, AQUÍ EL ELEVADOR SE TENDRÁ QUE COLOCAR SOBRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA DIRECCIÓN QUE DEBE TOMAR SERÁ HACIA ABAJO Y ATRÁS. AQUÍ DEBEMOS TENER UN ESPECIAL CUIDADO CON LA TUBEROSIDAD Y CON LA APÓFISIS PTERIGOIDES, PUES SI LLEGÁSEMOS A SER UN MOVIMIENTO BRUSCO PRODUCIRÍAMOS UNA FRACTURA.

AQUÍ LOS ELEVADORES QUE VAMOS A USAR DEBERÁN ACTUAR COMO CUÑA O COMO PALANCA, ESTO SE LOGRARÁ SIEMPRE Y CUANDO SE PUEDAN INTRODUCIR CON FACILIDAD ENTRE LAS CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR Y LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR, ASÍ SERÁ COMO SE LOGRE LA EXTRACCIÓN DE DICHO DIENTE.

D) SUTURA. - AQUÍ COMO EN LOS DEMÁS CASOS LA SUTURA QUE EMPLEAREMOS ES LA DE PUNTOS AISLADOS, LA CANTIDAD DE PUNTOS SERÁ DE ACUERDO A LA INCISIÓN Y RECORDAREMOS QUE AQUÍ FUE AMPLIA UN POCO MÁS LA ÁNTEROPOSTERIOR, TAMBIÉN RECORDAR DE LAVAR Y DE COLOCAR EL COLGAJO EN SU SITIO ORIGINAL.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR RETENIDO EN POSICION HORIZONTAL.

AQUÍ COMO OBSERVAMOS EL DIANTE AL HACER ERUPCIÓN, PONDRÁ SU CARA TRITURANTE EN ÍNTIMA RELACIÓN CON EL CARRILLO, LO CUAL DARÁ ORIGEN A QUE SE PRESENTE UNA ULCERACIÓN SOBRE EL CARRILLO, DEBIDO A LA CONSTANTE IRRITACIÓN SOBRE EL MISMO, POR LO QUE HABRÁ UNA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y SE PRODUCE UNA CEJULITIS ACOMPAÑADA DE TRISMUS Y GANGLIOS INFARTADOS.

A) INCISIÓN.- LA INCISIÓN QUE REALIZAMOS EN ESTE CASO DE RETENCIÓN TAMBIÉN SERÁ LA DE DOS RAMAS, LA ÁNTEROPOSTERIOR Y LA BUCAL, AQUÍ INICIAREMOS LA INCISIÓN POR ATRÁS DEL SEGUNDO MOLAR SOBRE EL REBORDE ALVEOLAR, ESTA SE HARÁ HASTA LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, SE SEGUIRÁ HASTA LA MITAD DEL CUELLO DEL DIENTE POR LA CARA VESTIBULAR, Y AQUÍ HASTA EL REPLIEGUE MUCOSO.

EL COLGAJO SE LEVANTARÁ CON UNA LEGRA PARA QUE NOS FACILITE LA OSTEOTOMÍA, ESTE SE LEVANTA HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

B) OSTEOTOMÍA.- LA OSTEOTOMÍA QUE VAMOS A LLEVAR A CABO EN ESTA RETENCIÓN, SERÁ A BASE DE FRESA, ESTO SE HARÁ ALREDEDOR DE LA CORONA, DICHA RESECCIÓN SERÁ HASTA QUE OBSERVEMOS

QUE SE ENCUENTRA EL SUFICIENTE ESPACIO PARA PODER LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DE DICHO DIENTE, USANDO EL INSTRUMENTAL ADECUADO.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - ÉSTA TAMBIÉN LA LLEVAREMOS A CABO POR MEDIO DEL USO DE LOS ELEVADORES, DICHA EXTRACCIÓN SE EFECTUARÁ COLOCANDO EL ELEVADOR ENTRE LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR Y LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR, LLEVAREMOS A CABO PRIMERAMENTE UN MOVIMIENTO DIRIGIDO HACIA DISTAL Y POSTERIORMENTE HACIA EL LADO MESIAL, ESTO CON EL FIN DE QUE SE LUXE EL TERCER MOLAR Y LA EXTRACCIÓN DE ESTE LA PODEMOS LLEVAR A CABO POR MEDIO DE UNAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN.

d) SUTURA. - UNA VEZ QUE SE HAYA LAVADO, REVISADO QUE NO QUEDEN ESQUIRLAS, PROCEDEMOS A COLOCAR EL COLGAJO A SU LUGAR Y SE SUTURA, COMO YA SABEMOS CON PUNTOS AISLADOS.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR SUPERIOR EN POSICION PARANORMAL.

AQUÍ PODEMOS OBSERVAR QUE EXISTE UNA GRAN VARIEDAD EN LAS DIFERENTES POSICIONES PARANORMALES, QUE OCUPA EL TERCER MOLAR EN DICHA RETENCIÓN, DADO LO CUAL NO PODEMOS ESTABLECER UNA REGLA PARA LLEVAR A CABO SU EXTRACCIÓN.

LA TÉCNICA QUE VAMOS A REALIZAR SERÁ DE ACUERDO A LA POSICIÓN EN QUE SE PRESENTA EL MOLAR EN EL HUESO, Y LA RELACIÓN QUE GUARDA ESTE CON EL SEGUNDO MOLAR, O BIEN SUS MOLARES VECINOS.

DENTRO DE LA EXTRACCIÓN, MUCHAS VECES TAMBIÉN TENDREMOS QUE LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DEL PRIMER Y SEGUNDO MOLARES, YA QUE ES MENESTER SU EXTRACCIÓN Y NO PODEMOS EVITAR ESTO.

LA SUTURA QUE VAMOS A REALIZAR TAMBIÉN SERÁ DE ACUERDO A LA INCISIÓN, SEGÚN EL CASO QUE SE TRATE.

## CAPITULO VIII

### EXTRACCION DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO ESTÁ -  
CONSIDERADA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS COMO UNA EXTRACCIÓN COM-  
PLICADA Y SUMAMENTE DIFÍCIL.

DECIMOS QUE ES UNA EXTRACCIÓN DIFÍCIL Y COMPLICADA DEBI-  
DO A QUE SE PRESENTAN LOS SIGUIENTES FACTORES: SITIO DE UBICA-  
CIÓN DEL MOLAR, DIFÍCIL ACCESO Y MALA ILUMINACIÓN Y VISIÓN, DU-  
REZA Y POCA ELÁSTICIDAD DEL HUESO, ACUMULACIÓN DE SALIVA Y DE-  
SANGRE, DURANTE LA OPERACIÓN, DEBIDO AL SITIO.

### EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION VERTICAL.

ESTE MOLAR PUEDE PRESENTAR DIFERENTES COLOCACIONES DE -  
ACUERDO A LA CURVATURA QUE PRESENTE LA ARCADA; QUE PUEDEN SER:  
NORMAL ( SIN DESVIACIÓN ), BUCAL, LINGUAL Y BUCOLINGUAL. TAM-  
BIÉN TOMAREMOS EN CUENTA SI LA CARA MESIAL ES ACCESIBLE O INAC-  
CESIBLE COMO PALANCA.

EN ESTE CASO NOS CONCRETAREMOS AL VERTICAL SIN DESVIACIÓN, YA QUE EN LAS DESVIACIONES LA ÚNICA VARIACIÓN QUE SE VA A PRESENTAR ES LA MAYOR O MENOR OSTEOTOMÍA DEL HUESO MESIAL Y BUCAL Y EL PUNTO DE APLICACIÓN DEL ELEVADOR, LA DIRECCIÓN QUE HAY QUE DARSELE AL MOLAR DE ACUERDO A SU DESVIACIÓN.

A) INCISIÓN.- EL TIPO DE INCISIÓN QUE VAMOS A OCUPAR EN ESTE CASO VA A SER LA ANGULAR, UNA DE LAS RAMAS LA TRAZAREMOS DESDE LA CARA DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR HACIA ATRÁS, SU LARGO DEPENDERÁ DEL TIPO DE RETENCIÓN. LA OTRA SE INICIA EN EL REBORDE GINGIVAL EN SU PORCIÓN DISTAL DIRIGIDA HACIA ABAJO, ADELANTE Y AFUERA.

UNA VEZ HECHO ESTO PROCEDEMOS A DESPEGAR EL COLGAJO CON UNA LEGRA.

B) OSTEOTOMÍA.- LA ELIMINACIÓN DEL HUESO LA PODEMOS LLEVAR A CABO POR MEDIO DE ESCOPIO Y COMO YA VIMOS ES MÁS RECOMENDABLE QUE SE HAGA A FRESA, PERO TAMBIÉN ES RECOMENDABLE LA ODONTOSECCIÓN.

LA OSTEOTOMÍA A FRESA ES LA MÁS INDICADA, YA QUE ES EL INSTRUMENTO CON EL QUE TIENE MAYOR CONTACTO EL ODONTÓLOGO, ES UN INSTRUMENTO QUE VA A PRODUCIR MUY POCO TRAUMÁTISMO USÁNDOLA

DEBIDAMENTE CON ENFRIAMIENTO CON AGUA BIDEUTILADA O CON SUERO-FISIOLÓGICO PARA EVITAR EL CALENTAMIENTO.

LA OSTEOTOMÍA A ESCOPLA, ES AQUELLA EN LA QUE USAMOS EL ESCOPLA Y EL MARTILLO, EL ESCOPLA SERÁ DE MEDIA CAÑA, DIRIGIENDO PERPENDICULARMENTE HACIA LA SUPERFICIE ÓSEA Y CON GOLPES DE MARTILLO SE RESECA EL HUESO, EN PORCIONES PEQUEÑAS HASTA QUE LOGRAMOS DESCUBRIR EL MOLAR.

LA OSTEOTOMÍA POR ODONTOSECCIÓN, ESTÁ INDICADA CUANDO SE OBSERVEN RAÍCES DIVERGENTES CON EXAGERACIÓN, CEMENTOSIS, LOS INSTRUMENTOS USADOS PARA DICHA TÉCNICA SON LOS DISCOS DE CARBU-RUNDO, PIEDRAS MONTADAS, FRESAS DE FISURA Y LAS FRESAS REDON-DAS.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.- AQUÍ DEBEMOS INTRODUCIR EL ELEVADOR ENTRE EL SEGUNDO Y TERCERO MOLAR YA QUE ESTO SE HACE PARA QUE SE PUEDA LUXAR Y PODER ELEVAR EL MOLAR DE SU-ALVÉOLO.

UNA VEZ QUE SE HAYA LUXADO EL DIENTE, SE PODRÁ LLEVAR ACABO LA EXTRACCIÓN DE DICHO DIENTE CON LAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN O BIEN CON EL MISMO ELEVADOR.

LA EXTRACCIÓN HECHA A BASE DE LA ODONTOSECCIÓN SE INDICA EN LOS CASOS EN QUE HAY PRESENCIA DE RAÍCES DIVERGENTES, TAMBIÉN CUANDO EXISTE CEMENTOSIS, ESTO LO HACEMOS CON EL OBJETO DE HACER LA SEPARACIÓN DE LAS RAÍCES, PARA LLEVAR A CABO ESTO USAREMOS UNA FRESA EN LA PORCIÓN MEDIA DE LA CORONA PARA TRATAR DE COINCIDIR EN EL ESPACIO INTERRADICULAR, LA DIRECCIÓN DE LA FRESA SERÁ DE BUCAL A LINGUAL TRATANDO DE LLEGAR AL ESPACIO INTERRADICULAR, UNA VEZ HECHO ESTO SE SEPARARÁN LAS RAÍCES, ESTO NOS PERMITIRÁ HACER UN ESPACIO EN LA CORONA, LO QUE NOS PERMITIRÁ HACER UN DESPLAZO POR SEPARADO DE CADA UNA DE LAS PARTES SECCIONADAS, UNA VEZ HECHO ESTO SE INTRODUCE EL BOTADOR PARA HACER LA LUXACIÓN DE LAS RAÍCES Y SU MISMA EXTRACCIÓN.

D) SUTURA. - UNA VEZ HECHA LA EXTRACCIÓN DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE NO EXISTAN ESQUIRLAS NI BORDES ÓSEOS, LUEGO LAVAMOS Y PROCEDEMOS HACER LA COLOCACIÓN DEL COLGAJO A SU SITIO Y LLEVAR A CABO LA SUTURA, QUE COMO YA SABEMOS LA MEJOR SERÁ LA DE PUNTOS AISLADOS.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION MESIOANGULAR.

AQUÍ OBSERVAMOS QUE SE PRESENTAN DOS PROBLEMAS QUIRÚRGICOS, LOS CUALES HAY QUE RESOLVER.

UNO DE ELLOS ES LA OSTEOTOMÍA; YA QUE POR LO GENERAL EL MOLAR RETENIDO LO VAMOS A LOCALIZAR MÁS PROFUNDAMENTE EN EL HUESO, OTRO ES EL PUNTO DE CONTACTO, ESTE CONSTITUYE UNO DE LOS ANCLAJES MÁS SÓLIDOS, LA ELIMINACIÓN DE DICHO PUNTO DE CONTACTO HARÁ QUE SE EVITEN TRAUMÁTISMOS Y ELIMINACIONES ÓSEAS INÚTILES, PARA PODER EXTRAER AL MOLAR DE SU ALVÉOLO TIENE QUE TRAZAR UN ARCO, POR LO CUAL ES MENESTER ELIMINAR ESTOS DOS PROBLEMAS.

A) INCISIÓN.- LA INCISIÓN QUE VAMOS A LLEVAR A CABO ES LA QUE YA MENCIONAMOS, O SEA, LA ANGULAR; O BIEN LA DE DOS RAMAS, QUE UNA ES ANTEROPOSTERIOR Y LA BUCAL, QUE COMO VEMOS DEBE SER DE ACUERDO A LA RETENCIÓN Y ENTRE MÁS GRANDE SEAN LOS COLGAJOS SERÁ MEJOR, YA QUE GRACIAS A ESTO ELIMINAMOS LA LACERACIÓN DE TEJIDO GINGIVAL.

B) OSTEOTOMÍA.- LA OSTEOTOMÍA A FRESA ESTÁ MUY INDICADA EN ESTOS CASOS, VARIARÁ UN POQUITO YA QUE SE MANTENDRÁN ALGU-

NOS PEQUEÑOS ORIFICIOS EN EL HUESO, LOS CUALES TENDRÁN QUE -  
LLEGAR HASTA EL MOLAR RETENIDO, LA CANTIDAD DE HUESO QUE VAMOS  
A ELIMINAR ESTARÁ DADA POR LA INCLINACIÓN DEL MOLAR, LA FORMA-  
Y LA SITUACIÓN DE SUS RAÍCES Y EL CONTACTO CON EL MOLAR ANTE--  
RIOR.

LA OSTEOTOMÍA A ESCOPLO ES LA QUE COLOCANDO EL ESCOPLO -  
DE MEDIA CAÑA PERPENDICULARMENTE DIRIGIDO HACIA LA SUPERFICIE--  
ÓSEA Y CON EL MARTILLO SE GOLPEA PARA RESECAR EL HUESO.

LA OSTEOTOMÍA POR ODONTOSECCIÓN, ESTÁ INDICADA EN ESTE -  
TIPO DE RETENCIÓN, AQUÍ LA PODEMOS LLEVAR A CABO EN DOS FORMAS  
DIFERENTES, QUE PUEDE SER DE ACUERDO A SU EJE MAYOR O BIEN HA-  
CERLO POR SU EJE MENOR.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - COMO VEMOS SE PRESEN-  
TA EL PROBLEMA DEL CONTACTO INTERDENTARIO, POR LO QUE TENDRE--  
MOS QUE USAR UN ELEVADOR CON SU HOJA DE MUY PEQUEÑAS DIMENSIO  
NES, SI EXISTIERA UN GRAN ESPACIO ENTONCES SÍ, USAREMOS UNA HO  
JA ANCHA, EL BOTADOR SE COLOCARÁ EN EL ESPACIO INTERDENTARIO, -  
DIRIGIÉNDOLO HACIA ABAJO Y EN SENTIDO LINGUAL, AQUÍ ACTUARÁ -  
COMO CUÑA, LA PARTE PLANA DE LA HOJA DEL BOTADOR SE COLOCARÁ -  
CONTRA LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR, DIRIGIMOS EL MANGO DEL  
INSTRUMENTO EN SENTIDO MESIAL, LA FUERZA QUE EMPLEAREMOS ESTA-

RÁ DADA POR LA DISPOSICIÓN Y FORMA RADICULAR. EL DIENTE LO ELIMINAREMOS UNA VEZ QUE HAYA DESAPARECIDO EL CONTACTO INTERDENTARIO ENTRE EL TERCER MOLAR Y EL SEGUNDO, CON LAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN; O BIEN CON EL MISMO BOTADOR.

LA EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN QUE HACEMOS CUANDO USAMOS SU EJE MENOR, LA HAREMOS UNA VEZ QUE HEMOS HECHO LA SEPARACIÓN DE LA CORONA, LA RETIRAREMOS CON UN BOTADOR O BIEN CON UN ELEVADOR FINO, PRIMERO SE DIRIGIRÁ HACIA MESIAL Y LUEGO HACIA DISTAL.

DESPUES HACEMOS LA EXTRACCIÓN RADICULAR POR MEDIO DE LOS BOTADORES O ELEVADORES, RECTOS O CURVOS, TAMBIÉN PODEMOS SEPARAR LAS RAÍCES Y EXTRAERLOS DE UNA EN UNA.

LA EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN SEGÚN EL EJE MAYOR, LA HACEMOS INTRODUCIENDO EL BOTADOR RECTO ENTRE LAS DOS PORCIONES DEL MOLAR, HECHO ESTO CONSEGUIMOS LUXAR LA PARTE DISTAL, EL SITIO IDEAL PARA COLOCAR EL BOTADOR ES POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL, DIRIGIENDOLO HACIA MESIAL Y LA RAÍZ HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

LA PORCIÓN MESIAL, UNA VEZ QUE SE ELIMINÓ LA DISTAL, SE INTRODUCE EL BOTADOR Y SE ELEVA COMO SI ESTUVIERA COMPLETO EL-

MOLAR, Y SE HACEN LOS MISMOS MOVIMIENTOS ANTERIORES.

D) SUTURA. - TENDREMOS QUE CUIDAR PERFECTAMENTE DE QUE NO EXISTAN ESQUIRLAS NI BORDESE ÓSEOS, YA QUE ES PROBABLE QUE QUE DEN POR LOS CORTES DE LA FRESA DEBIDO A LA ODONTOSECCIÓN, LA-- VAR BIEN Y COLOCAR EL COLGAJO EN SU LUGAR Y SUTURAR CON LOS - PUNTOS NECESARIOS.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION DIS- TOANGULAR.

ESTA POSICIÓN NO ES MUY FRECUENTE, PERO CUANDO SE PRESEN-  
TA LOS MÉTODOS DE SU EXTRACCIÓN SERÁN LABORIOSOS. EN SÍ EL -  
PROBLEMA SERÁ LA POSICIÓN DEL MOLAR, YA QUE LA DIRECCIÓN PARA-  
QUE SEA EXTRAÍDO ESTE DIENTE ES EN SENTIDO DISTAL, O SEA HACIA  
LA RAMA ASCENDENTE Y POR LO TANTO LA CANTIDAD DE HUESO QUE -  
HAY QUE ELIMINAR SERÁ MAYOR, YA QUE HAY QUE ELIMINAR EL CONTACTO  
ENTRE EL TERCER MOLAR Y LA RAMA ASCENDENTE.

AQUÍ OBSERVAMOS QUE EL DIENTE SE ENCUENTRA FIRMEMENTE -  
ANCLADO A LA MANDÍBULA Y ESTÁ CUBIERTO POR UNA GRAN CANTIDAD -  
DE HUESO POR LO QUE RESPECTA A SU CARA DISTAL Y TRITURANTE.

A) INCISIÓN.- REALIZAREMOS UNA INCISIÓN AMPLIA YA QUE-  
DEBEMOS TENER UNA VISIÓN ADECUADA SOBRE EL CAMPO OPERATORIO, -  
Y HACEMOS UNA INCISIÓN QUE DESDE LA PARTE MÁS POSTE- -  
RIOR DISTAL DEL 3ER. MOLAR, RODEE LA CORONA DEL SE- -  
GUNDO MOLAR POR SU CARA BUCAL Y SE DIRIGE HACIA ABAJO Y AFUERA,  
E INCLUSIVE SE PUEDE HACER HASTA EL PRIMER MOLAR. SE SEPARA -  
EL COLGAJO CON UNA LEGRA Y SE MANTIENE SEPARADOS PARA TENER -  
UNA MEJOR VISIÓN PARA LA OSTEOTOMÍA.

**B) OSTEOTOMÍA.** - DEBEMOS RETIRAR PERFECTAMENTE EL HUESO - QUE RECUBRE LA CARA TRITURANTE DEL TERCER MOLAR PARA QUE PODAMOS HACER LA COLOCACIÓN DE LOS BOTADORES O ELEVADORES BUCALES - PARA EXTRAER EL MOLAR, TAMBIÉN TENEMOS QUE HACER LA RESECCIÓN - DE HUESO DE LA PORCIÓN DISTAL, LA CANTIDAD DE HUESO QUE SE RESECA AQUÍ ES LA QUE SE TRAZA DESDE EL PUNTO MÁS DISTAL DEL MOLAR Y LA CARA MESIAL DEL MISMO, ESTO LO REALIZAREMOS CON UNA - FRESA REDONDA, DICHA RESECCIÓN SE HACE HASTA EL TABIQUE INTERDENTARIO, GRACIAS A ESTO ELIMINAMOS LA PRESENCIA DE UNA FRACTURA DENTARIA O MANDÍBULAR.

**C) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.** - EL BOTADOR O EL ELEVADOR TENDRÁ QUE SER COLOCADO EN LA CARA MESIAL DEL TERCER MOLAR RETENIDO Y COMO SI TRATARA DE UNA CUÑA LOGRAREMOS LEVANTAR EL MOLAR, EN DADO CASO QUE LA OSTEOTOMÍA NO SEA SUFICIENTE, SE HARÁ UNA NUEVA OSTEOTOMÍA SUFICIENTE Y SE PROCEDE A HACER LA MISMA OPERACIÓN CON EL BOTADOR.

EL BOTADOR LO APLICAREMOS ENTRE LA CARA BUCAL DEL MOLAR - Y EL HUESO, PARA QUE TRATEMOS DE MOVERLO; ESTO MISMO LO HAREMOS EN DISTAL Y EN LINGUAL. GRACIAS A TALES APLICACIONES HAREMOS QUE SE LUXE EL MOLAR, ENTONCES PODEMOS LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN CON UN ELEVADOR.

LA EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN ESTARÁ MÁS INDICADA, YA-  
QUE COMO DIJIMOS TIENE QUE TRAZAR UN ARCO HACIA LA RAMA ASCEN-  
DENTE . POR LO QUE SECCIONAMOS LA CORONA Y LA DIRIGIMOS LA MIS-  
MA TODO LO DISTALMENTE QUE PERMITE EL HUESO Y SE PROCEDE A HA-  
CER SU EXTRACCIÓN.

LUEGO PROCEDEMOS A LA EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ, QUE DEBEMOS  
TOMAR EN CUENTA LA FORMA Y LA DISPOSICIÓN DE LAS MISMAS, LO -  
MÁS RECOMENDABLE HACER SERÁ DIRIGIRLA HACIA DISTAL.

COMO PODEMOS OBSERVAR LA EXTRACCIÓN LA PODEMOS TERMINAR-  
COMO EN LOS OTROS CASOS CON UNAS PINZAS PARA EXTRACCIÓN.

D) SUTURA. - AL IGUAL QUE LOS OTROS CASOS UNA VEZ QUE SE-  
HAYA REVISADO, LAVADO Y COLOCADO EL COLGAJO EN SU SITIO ORIGI-  
NAL PROCEDEMOS A HACER LA SUTURA CON PUNTOS AISLADOS Y LA CAN-  
TIDAD DE PUNTOS DEPENDERÁ DEL TAMAÑO DE LA INCISIÓN REALIZADA.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION HO--  
RIZONTAL.

AQUÍ TRATAREMOS DE SEGUIR LOS PASOS QUE REALIZAMOS EN LA  
EXTRACCIÓN EN POSICIÓN MESIOANGULAR, YA QUE SON MUY PARECIDAS--  
LAS POSICIONES, POR LO QUE ÉSTA TÉCNICA TENDRÁ INFLUENCIA DE -  
LA MESIOANGULAR.

SI USAMOS LA ODONTOSECCIÓN EN ESTE CASO SE NOS FACILITA--  
RÁ COMPLETAMENTE EL TRABAJO Y TANTO EL TRAUMATISMO COMO EL POS--  
TOPERATORIO SERÁN DE MENOR RIESGO TAMBIÉN.

SERÁ DE GRAN AYUDA TRATAR DE CONSERVAR AL DIENTE POR EX--  
TRAER INTACTO, PUES SI SEPARAMOS LA CORONA SE PIERDE SUPERFI--  
CIE SOBRE LA CUAL SE PUEDE APLICAR EL BOTADOR O ELEVADOR.

A) INCISIÓN. - HAREMOS DE PREFERENCIA LA INCISIÓN QUE HE--  
MOS ESTANDO USANDO, O SEA, LA ANGULAR, YA QUE ES LA MÁS RECO--  
MENDABLE PARA ESTE CASO, YA QUE COMO VEMOS DEBEMOS TENER UN -  
COLGAJO AMPLIO, PARA PODER TENER UNA VISIÓN SOBRE EL CAMPO OPE--  
RATORIO Y NO LASTIMAR TEJIDO GINGIVAL, QUE PRODUSCA DESPUES -  
TRAUMATISMO Y MOLESTIAS POSTOPERATORIAS.

B) OSTEOTOMÍA. - AQUÍ ES COMO SI SE TRATARA DE LA RETEN--

CIÓN MESIOANGULAR, SE ELIMINARÁ LA CANTIDAD DE HUESO DISTAL NECESARIO, EN CASO DE QUE FUERA OBLIGATORIO LLEVAR A CABO LA RESECCIÓN DE HUESO EN SU PARTE BUCAL SE DEBERÁ HACER, YA QUE GRACIAS A ESTO SE PUEDE PERMITIR EL USO DEL ELEVADOR, TODO ESTO - LO PODEMOS LLEVAR A CABO POR MEDIO DE LA FRESA, QUE COMO VEMOS EN ESTE CASO SERÁ EL MEJOR MEDIO DE RESECCIÓN DE HUESO, YA - QUE SE TIENE UN MEJOR CONTROL DE ELLA Y DE PREFERENCIA TRATAR - DE HACERLO CON FRESAS REDONDAS Y DE FISURA.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - COMO VIMOS AQUÍ DEBEMOS USAR EL BOTADOR O ELEVADOR MUY DELGADO, YA QUE EL ESPACIO-MESIAL ES EL QUE NOS DETERMINA ESTO, DICHO INSTRUMENTO LO INTRODUCIMOS ENTRE LA CARA MESIAL Y EL BORDE ÓSEO, EL MOLAR SE DESPLAZARÁ HACIA ARRIBA Y EN SENTIDO DISTAL. LA FUERZA Y LA DIRECCIÓN APLICADA AL ELEVADOR ESTARÁ EN RELACIÓN CON LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE LAS RAÍCES.

LA EXTRACCIÓN POR ODONTOSECCIÓN, ES SEGÚN SU EJE MAYOR O SU EJE MENOR COMO HEMOS ESTANDO VIENDO EN LOS DEMÁS CASOS.

SI SE HACE SEGÚN SU EJE MENOR, COMO SABEMOS SE SECCIONA LA CORONA DE LA RAÍZ, PRIMERO SE HACE LA EXTRACCIÓN DE LA CORONA Y POSTERIORMENTE DE LA O LAS RAÍCES.

AHORA BIEN SI SE TRATA DE SU EJE MAYOR, ESTE MÉTODO SE APLICARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA CORONA DEL MOLAR ESTÉ LIGERAMENTE DESVIADA HACIA EL LADO BUCAL, SE SECCIONARÁ PRIMERAMENTE EL MOLAR CON UN ESCOPIO QUE TENGA SU HOJA ANCHA, COLOCÁNDOLO EN EL CENTRO DE LA CORONA EN SU CARA OCLUSAL Y DIVIDIENDO EL MOLAR EN DOS PARTES QUE SERÁN UNA MESIAL Y OTRA DISTAL Y LUEGO PROCEDEREMOS A EXTRAER CADA UNA POR SEPARADO.

PODREMOS APRECIAR QUE LA PARTE MESIAL SE ENCUENTRA SÓLIDAMENTE RETENIDA POR DEBAJO DE LA LÍNEA CERVICAL DEL SEGUNDO MOLAR, POR LO QUE POSIBLEMENTE SE TENGA QUE HACER NUEVAMENTE LA SECCIÓN A ESTA PARTE, LA RAÍZ MESIAL SE PODRÁ ELIMINAR POR MEDIO DE UN ORIFICIO SOBRE LA CARA DISTAL CON LA FRESA.

LUEGO PROCEDEREMOS A HACER LA EXTRACCIÓN DE LA PORCIÓN DISTAL.

D) SUTURA. - LA SUTURA SERÁ COMO EN LOS OTROS CASOS, NO OLVIDANDO DE REVISAR Y LAVAR PERFECTAMENTE, ANTES DE QUE COLOQUE EL COLGAJO EN SU SITIO Y SUTURAR CON PUNTOS AISLADOS.

## EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION - LINGUOANGULAR.

Aquí presenta la característica de que su cara triturante se dirige hacia el lado lingual de la mandíbula.

Podemos encontrar dicho molar cubierto por una cantidad variable de hueso, por lo que si queremos llevar a cabo la extracción de dicho diente, tendremos que eliminar el hueso que cubre la cara superior, el hueso de la tabla interna y la suficiente cantidad de hueso en su porción distal, esto es con el fin de poder dirigir al molar hacia arriba y hacia distal.

A) INCISIÓN. - Aquí se presenta una característica definida, ya que la incisión que se traza anteroposteriormente, deberá ser trazada al mismo nivel que la tabla interna del hueso. - La rama vertical se encarga de separar la encía que cubre el molar retenido, de la cara distal del segundo molar y se continuará hacia afuera, abajo y adelante.

B) OSTEOTOMÍA. - Aquí haremos la resección de la cara superior y de la cara triturante.

La osteotomía a fresa se hará amplia, ya que estos mola-

RES, SOBRE TODO LOS QUE POSEEN RAÍCES INCOMPLETAS RODARÁN EN EL INTERIOR DEL ALVÉOLO Y SERÁ DÍFICIL SU TAREA DE ELEARLO.

POR LO QUE RESPECTA A LA TÉCNICA DE ODONTOSECCIÓN SERÁ LA QUE MÁS SE USA, PUES Y QUE ES LA QUE MEJOR ÉXITO NOS DARÁ.

SE PUEDE SECCIONAR LA CORONA CON UNA FRESA REDONDA O BIEN LO QUE ES LA CARA OCLUSAL, ESTO DEPENDE SI SE TRATA DE LA AUSENCIA O NO DE RAÍCES, SE PROCEDE A ELIMINAR CADA PARTE CON UN BOTADOR O CON UN ELEVADOR.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.- UNA VEZ QUE SE HA RESECADO LA SUFICIENTE CANTIDAD DE HUESO, SE PROCEDE A INTRODUCIR EL BOTADOR O ELEVADOR Y REALIZAR LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE-RETENIDO, ESTO ES HACIENDOLO ENTRE LA CARA MESIAL Y EL HUESO, TRATANDO DE ELEARLO HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

d) SUTURA.- COMO YA ES SABIDO SE REvisa, SE LAVA Y SE COLOCA EL COLGAJO EN SU LUGAR DE ORÍGEN PARA PODERLO SUTURAR CON PUNTOS AISLADOS.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INTERIOR RETENIDO EN POSICION BUCO ANGULAR.

AQUÍ SE PRESENTA LA CARA TRITURANTE HACIA EL LADO CONTRARIO QUE LA RETENCIÓN ANTERIOR, O SEA, SE DIRIGE HACIA EL LADO-BUCAL.

POR LO QUE SE SIGUE LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS PARA SU - EXTRACCIÓN.

A) INCISIÓN.- SE TRAZA SOBRE LA CARA SUPERIOR Y SOBRE EL LADO BUCAL, TRATANDO DE QUE SE AMPLIE PARA QUE HAYA UNA BUENA-RESECCIÓN DE HUESO Y POR LO TANTO HAYA UNA MEJOR VISIBILIDAD Y MEJOR CAMPO OPERATORIO.

B) OSTEOTOMÍA.- COMO VIMOS EL MEJOR MÉTODO SERÁ LA DE - FRESA, YA QUE DELIMITARÁ PERFECTAMENTE SUS LONGITUDES DE RE- - SECCIÓN, PARA OBTENER LA MEJOR VISIBILIDAD SOBRE EL MOLAR A - EXTRAER, Y TAMBIÉN SE PODRÁ HACER LA ODONTOSECCIÓN, QUE COMO - PUDIMOS OBSERVAR VA A LOGRAR QUE SE FACILITE NUESTRO TRABAJO Y TAMBIÉN REDUCIRÁ LOS PROBLEMAS TRAUMÁTICOS.

EN ESTE CASO SE HARÁ LA ODONTOSECCIÓN DE EJE MENOR, YA - QUE ES LA QUE OFRECE UNA MEJOR MANIPULACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN

Y TAMBIÉN POR LO MISMO SIMPLIFICA EL TRABAJO, QUE AUNQUE PAREZCA FÁCIL NO LO ES, PUES YA VIMOS; QUE SÍ TIENE SUS COMPLICACIONES PARA PODER LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN.

c) EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA. - YA QUE SE HIZO LA SUFICIENTE RESECCIÓN DE HUESO, SE INTRODUCE EL BOTADOR O ELEVADOR Y SE PROCEDE A REALIZAR LA EXTRACCIÓN, SEGÚN EL CASO; PUEDE SER QUE SE EXTRAÍGA EL DIENTE DE UNA SOLA PIEZA, O BIEN SI SE SECCIONA, PRIMERO LA CORONA Y LUEGO LA RAÍZ ESTO DEPENDE DE LA OSTEOTOMÍA QUE REALICEMOS.

d) SUTURA. - UNA VEZ QUE SE HAYA HECHO LA EXTRACCIÓN, RECORDAMOS NUEVAMENTE QUE VAMOS A LAVAR, ANTES DE QUE SE PROCEDA A SUTURAR, YA QUE CON ESTO NOS EVITAREMOS PROBLEMAS POSTOPERATORIOS.

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO EN POSICION INVERTIDA.

PARA DICHA EXTRACCIÓN DEBEREMOS TOMAR EN CUENTA MUCHO LA PROFUNDIDAD DEL MOLAR EN EL HUESO, Y TAMBIEN OBSERVAMOS LA ACCESIBILIDAD QUE NOS PRESENTA LA CARA MESIAL.

YA QUE LOS MOLARES QUE SE ENCUENTRAN RELATIVAMENTE SUPERFICIALES, SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN UNA VEZ QUE SE HAYA HECHO LA RESECCIÓN DEL HUESO, QUE CUBRE LA CARA MÁS CERCA NA AL BORDE ALVEOLAR.

PODEMOS DECIR QUE LA OSTEOTOMÍA A REALIZARSE SERÁ LA DEODONTOSECCIÓN, YA QUE SERÁ FÁCIL DE EXTRAERSE UNA PORCIÓN PRIMERO DE ESTE Y LUEGO LA OTRA, ESTO DEPENDERÁ DE LA SITUACIÓN EN QUE ESTÉ COLOCADO EL MOLAR, YA QUE PRIMERO SE EXTRAERÁ LA RAÍZ Y LUEGO LA CORONA.

LA SUTURA SERÁ COMPLETAMENTE IGUAL QUE CUALQUIERA DE LOS CASOS ANTERIORES, YA QUE SE HARÁN PUNTOS AISLADOS, UNA VEZ COLOCADO EL COLGAJO EN SU SITIO DE ORIGEN.

## CAPITULO IX

### COMPLICACIONES Y ACCIDENTES QUE SE PUEDEN PRESENTAR DURANTE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

COMO ES SABIDO Y TOTALMENTE COMPROBADO, NUNCA PODEMOS ESTAR EXCENTOS DE QUE SE NOS PRESENTE UNA COMPLICACIÓN O BIEN UN ACCIDENTE, DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE DICHA EXTRACCIÓN, YA QUE SE PUEDEN PRESENTAR AUNQUE EL OPERADOR SEA MUY HABIL Y CUENTE CON MUCHA EXPERIENCIA YA QUE SI ÉL NO LOS PRODUCE, SE PUEDEN PROVOCAR POR DIFERENTES CAUSAS, ENTRE LOS MÁS COMUNES MENCIONAREMOS LOS SIGUIENTES:

- 1.- FRACTURA DE UNA PIEZA.
- 2.- FRACTURA DE DIENTES VECINOS.
- 3.- FRACTURA DEL PROCESO ALVÉOLAR.
- 4.- FRACTURA Y LUXACIÓN MANDÍBULAR.
- 5.- PROXIMIDAD DEL SENO MAXILAR.
- 6.- PENETRACIÓN DEL DIENTE EN VÍAS RESPIRATORIAS O DIGESTIVAS.
- 7.- PROXIMIDAD AL PROCESO CIGOMÁTICO.
- 8.- LESIÓN DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR.
- 9.- LESIÓN DEL NERVIO OFTÁLMICO.
- 10.- FUSIÓN DEL TERCER MOLAR CON LAS RAÍCES DEL SEGUNDO MOLAR.

- 11.- DENSIDAD ÓSEA EXTREMA ESPECIALMENTE EN ANCIANOS.
- 12.- LESIÓN DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS.
- 13.- ESPACIO FOLICULAR LLENO DE CEMENTO, EN INDIVIDUOS -  
SENILES.
- 14.- HEMATOMAS.
- 15.- HEMORRAGIAS.
- 16.- ACCIDENTES CON LOS INSTRUMENTOS, EN SU MAL MANEJO.
- 17.- TRISMUS.
- 18.- DIFICULTAD DE ACCESO AL SITIO OPERATORIO.
- 19.- HIPERCEMENTOSIS.
- 20.- INFECCIONES.
  - A) ALVEOLITIS.
  - B) OSTEÍTIS.
  - C) OSTEOMIELITIS.
  - D) ADENITIS.

## CAPITULO X

### TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

ESTO LO PODEMOS ENTENDER COMO EL CONJUNTO DE PROCEDIMIENTOS QUE SE VAN A LLEVAR A CABO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CON EL FIN DE QUE TENGA UNA BUENA CULMINACIÓN DICHA OPERACIÓN.

UNA VEZ QUE HEMOS TERMINADO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, NUESTRO AYUDANTE PROCEDERÁ HACER LA LIMPIEZA DE SANGRE QUE PUDO HABERSE SALPICADO Y HABERSE QUEDADO DEPÓSITADA SOBRE LA CARA DE NUESTRO PACIENTE, ESTO LO REALIZARÁ CON UNA GASA PREVIAMENTE HUMEDECIDA CON AGUA OXÍGENADA.

TAMBIÉN CON ESTA MISMA SOLUCIÓN SE PODRÁ HACER LA LIMPIEZA DE SANGRE QUE PUDO HABERSE SALPICADO Y HABER QUEDADO DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL, YA QUE PUDIERON QUEDAR PEQUEÑAS PARTÍCULAS DE SANGRE (COÁGULOS) EN LOS DIENTES VECINOS, A LA ZONA DE LA OPERACIÓN Y CON TAL FIN SE HACE LA LIMPIEZA DE LAS MISMAS.

AHORA BIEN MENCIONARSE LA FISIOTERAPIA ES DE VITAL IMPORTANCIA, SE RECOMIENDA QUE EL PACIENTE SE COLOQUE UNA BOLSA-

CON HIELO O EN SU DEFECTO TOALLAS HUMEDECIDAS EN AGUA HELADA, -  
SOBRE LA CARA ENFRENTA DEL SITIO DE LA OPERACIÓN, ESTO SE RE--  
COMIENDA YA QUE EVITARÁ EL DOLOR Y LA CONGESTIÓN, TAMBIÉN TIEN  
DE A PREVENIR LOS HEMATOMAS Y LAS HEMORRAGIAS, TAMBIÉN TENDRÁ  
A DISMINUIR Y DELIMITAR LOS EDEMAS, EL PERÍODO EN QUE DEBE DE  
USARSE SERÁ EN UN LAPSO NO MAYOR A LOS 20 MIN. CON PERÍODOS -  
DEL MISMO TIEMPO DE DURACIÓN, ESTO SERÁ DENTRO DE LOS PRIMEROS  
TRES DÍAS SIGUIENTES A LA INTERVENCIÓN.

POR LO QUE RESPECTA AL CALOR, ESTE SOLO TIENE LA FINALI--  
DAD DE QUE SE ORIGINE LA MADURACIÓN DE LOS PROCESOS FLOGÍSTI--  
COS Y EN ESPECIAL A LA AYUDA DE FORMACIÓN DE .PUS, UNA VEZ QUE  
HAYA PASADO LOS TRES PRIMEROS DÍAS SE PUEDE USAR EXCLUSIVAMEN--  
TE PARA DISMINUIR LAS ALVEOLALGIAS Y DOLORES POSTOPERATORIOS.

POR OTRO LADO LE RECOMENDAREMOS AL PACIENTE QUE AL LLE--  
GAR A SU CASA, TRATE DE GUARDAR REPOSO POR ALGUNAS HORAS, QUE--  
SU CABEZA ESTE COLOCADA EN ALTO, TAMBIÉN DECIRLE QUE NO EFEC--  
TUE NINGÚN TIPO DE ENJUAGUES A MENOS DE QUE SE PRESCRIBA.

LA SUTURA SE RETIRARÁ A LOS OCHO DÍAS DE HABER HECHO LA--  
INTERVENCIÓN, YA QUE DESPUÉS ACTUARÁ COMO UN CUERPO EXTRAÑO. -  
LA TÉCNICA CORRECTA PARA ESTO ES COMO SIGUE: SE UTILIZA UN ES  
PEJO PARA RETIRAR EL CARRILLO O LA LENGUA, LUEGO SE RETIRA -

CUALQUIER RESIDUO EXISTENTE ALREDEDOR DE LAS SUTURAS, CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN CON UNAS PINZAS PARA ALGODÓN SE SUJETA UNO DE LOS EXTREMOS LIBRES DE LA SUTURA A UN LADO DEL NUDO, SE RETIRA EN TAL DIRECCIÓN QUE EL NUDO NO ATRAVIESE EL TEJIDO, UNA VEZ HECHO ESTO SE LE PERMITE AL PACIENTE UN ENJUAGUE A BASE DE CUALQUIER ENJUAGUE BUCAL COMERCIAL.

LA DIETA QUE RECOMENDAMOS A SEGUIR, SERÁ A BASE DE LÍQUIDOS DE PREFERENCIA EL PRIMER DÍA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, - EL SEGUNDO DÍA DE PREFERENCIA ALIMENTOS BLANDOS O REGULARES, - PERO ES IMPORTANTE QUE NO SE OMITAN LOS ALIMENTOS.

SI SE PRESENTARA DOLOR, SE PUEDE TOMAR ALGUNA TABLETA DE ALGÚN ANALGÉSICO, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ RECOMENDADO POR EL OPERADOR.

TAMBIÉN SE RECOMENDARÁN ANTIINFLAMATORIOS PARA CONTRA- - RRESTAR EL TRAUMÁTISMO, QUE SE PROVOCÓ EN EL LAPSO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

## CONCLUSIONES

COMO PUDIMOS OBSERVAR, LA RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, VAN A SER DEBIDOS A LAS DIFERENTES CAUSAS TANTO PATOLÓGICAS COMO POR LAS DIVERSAS FORMAS DE MIGRACIÓN DEL MISMO.

PUDIMOS VER QUE NO SÓLO SE PRESENTAN EN MAXILAR, SINO - QUE TAMBIÉN EN MANDÍBULA Y QUE CON MAYOR FRECUENCIA SERÁ EN ESTA, DONDE SE LLEVEN A CABO DICHAS RETENCIONES Y TAMBIÉN POR LO GENERAL LAS DIVERSAS POSICIONES.

PUDIMOS COMPROBAR QUE PARA LLEGAR A DETERMINAR TAL O CUAL TIPO DE RETENCIÓN, NOS TENDREMOS QUE VALER NO SOLO DE LA INSPECCIÓN ANATÓMICA, SINO TAMBIEN AUXILIARNOS DEL ESTUDIO RADIOGRÁFICO.

SERA DE VITAL IMPORTANCIA EL HACER UN DIAGNÓSTICO PRECISO, PARA DETERMINAR EL TIPO DE RETENCIÓN QUE SE PRESENTA Y PODER LLEVAR A CABO LA TÉCNICA QUIRÚRGICA A SEGUIR, YA QUE PUDIMOS OBSERVAR, QUE COMO DIJIMOS EN UN PRINCIPIO NO SE TRATARÁ - DE UNA SIMPLE EXTRACCIÓN. SINO POR EL CONTRARIO TIENDE A SER UNA INTERVENCIÓN COMPLICADA EN LA QUE SE DEBE ESTAR CONSCIENTE DE LO QUE SE VA A REALIZAR.

TAMBIÉN SERÁ IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO NO SOLO DE LA TÉCNICA A SEGUIR PARA LA ELIMINACIÓN DE TAL O CUAL RETENCIÓN, SINO EL USO Y CONOCIMIENTO DE CADA UNO DE LOS INSTRUMENTOS A USAR. PUES YA QUE TRATAMOS DE DAR Y EXPLICAR EL MATERIAL QUEMAS FRECUENTEMENTE SE USA Y SE MANEJA.

ASÍ COMO EL MANEJO DE CADA UNO EN LA FORMA QUE MÁS FACILMENTE SE USA Y SE LE DÁ EL NOMBRE, POR TAL MOTIVO SERÁ MENESTER EL TENER PRESENTE SU NOMBRE Y SU MODO DE EMPLEO, PARA PODERLO USAR CON LA MEJOR DESTREZA.

TAMBIEN TRATAMOS DE QUE SE FORME CONCIENCIA EN QUE SERÁ VITAL LA ELEVACIÓN DE UN ESTUDIO PREVIO A LA INTERVENCIÓN, EN EL CUAL SE PUEDA ESTABLECER LA MEJOR TÉCNICA DE EXTRACCIÓN PASO A PASO, TRATANDO PRIMERAMENTE DE HACERLO MENTALMENTE Y DESPUES LLEVARLO A CABO DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL.

PARA QUE ESTO NOS PERMITA TRATAR DE TENER UN MÍNIMO DE ERROR EN LO QUE RESPECTA A LA TÉCNICA A SEGUIR, PUES YA QUE CON ESTO NOS EVITAREMOS PROBLEMAS Y COMPLICACIONES NO SOLO DURANTE LA INTERVENCIÓN SINO DESPUÉS.

TAMBIEN SERÁ MENESTER EL TENER PRESENTES LOS TRATAMIENTOS TANTO PREOPERATORIOS COMO LOS POSTOPERATORIOS, PUES YA QUE

GRACIAS A ESTOS SERA MENESTER ANTICIPAR AL PACIENTE, DE LOS PROBLEMAS QUE SE LE PUEDEN PRESENTAR EN CASO DE QUE SE PRESENTE ALGUNA DE LAS DIFERENTES RETENCIONES EN LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR, CON ESTO LE FORMAREMOS CONCIENCIA DEL DAÑO QUE LE CAUSA EN CASO DE NO ATENDERSE.

ENTONCES PODEMOS DECIR, QUE EN SÍ, LA PROBLEMÁTICA QUE RESULTA DE LA RETENCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, DEBIDO A LAS DIFERENTES CAUSAS POR LAS CUALES SE PRESENTA, SERÁ MENESTER, EL HACER LOS ESTUDIOS PREVIOS PARA PODER LLEVAR A CABO SU EXTRACCIÓN, TOMANDO EN CUENTA, TODOS LOS RIESGOS QUE SE PUEDAN PRESENTAR, TANTO DURANTE LA INTERVENCIÓN COMO DESPUÉS DE ELLA Y LOS MEDIOS PARA EVITARLOS, Y PODER LLEGAR A UNA FELIZ CULMINACIÓN.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- CLANCLY MARIE, BOOTH DONALD F, DUNN MARTIN J, FARMACOLOGIA, - ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL EN LA PRACTICA DENTAL. MÉXICO 1980. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A. 285 PÁGS.
- 2.- GIUNTA JOHN. PATOLOGIA BUCAL. MÉXICO 1978. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. 123 PÁGS.
- 3.- DR. HAUS PICHLER. DR. TRAUNER RICHARD. CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES. MÉXICO 1952. TERCERA EDICIÓN. PRIMER TOMO. 371 PÁGS.
- 4.- DR. HERNÁNDEZ RAMÍREZ Fco. MANUAL DE ANATOMIA HUMANA. MÉXICO 1979. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL MÉNDEZ CERVANTES. 484 PÁGS.
- 5.- LатарJET A. TESTUT L. COMPENDIO DE ANATOMIA HUMANA. MÉXICO - 1980. VIGÉSIMA SEGUNDA EDICIÓN. SALVAT EDITORES S.A. 766 PÁGS.
- 6.- KRUGER GUSTAVO O. TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. MÉXICO 1978. - CUARTA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. 616 PÁGS.
- 7.- DR. QUIROZ GUTIÉRREZ F. ANATOMIA HUMANA. MÉXICO 1981. VIGÉSIMA SEGUNDA EDICIÓN. SEGUNDO TOMO. EDITORIAL PORRÚA. 525 PÁGS.

- 8.- RIES CENTENO GUILLERMO A. CIRUGIA BUCAL. MÉXICO 1979. EDITORIAL EL ATENEO. 680 PÁGS.
- 9.- THOMA. PATOLOGIA BUCAL. MÉXICO 1978. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. 123 PÁGS.
- 10.- WAITE DANIEL E. LIBRO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA. MÉXICO 1978. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL CONTINENTAL S.A. 625 PÁGS.
- 11.- VARIOS. MANUAL DE ODONTOLOGIA. MÉXICO 1969. PRIMERA EDICIÓN. EDITORIAL ASTRA. 39 PÁGS.