

24 847



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

CIRUGIA DE TERCEROS MOLARES
INFERIORES INCLUIDOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N

ROSA LAURA SOSA SALAS

MARIA DEL ROSARIO LIZARDI RUIZ



MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pag.
CAPITULO I	
Generalidades:	
Anatomía del trigémino	1
Asepsia y antisepsia	3
Técnica de anestesia	5
Indicaciones y contraindicaciones	7
CAPITULO II	
Diagnóstico y Pronóstico	11
Historia clínica	14
Estudio radiográfico	16
Estudio anatómo-quirúrgico	17
Etiología	19
CAPITULO III	
Instrumental	21

CAPITULO IV

Técnica quirúrgica	27
Clasificación de los terceros molares	29
Técnica operatoria	31
Extracción del molar retenido en presen <u>cia</u> cia de molares vecinos también retenidos	37
Extracción del gérmen	38
Tratamiento del saco pericoronario	39
Extracción de las raíces	40

CAPITULO V

Tratamiento posoperatorio	42
---------------------------	----

CAPITULO VI

Accidentes y complicaciones	48
-----------------------------	----

C O N C L U S I O N	54
---------------------	----

B I B L I O G R A F I A	56
-------------------------	----

CAPITULO 1

GENERALIDADES

ANATOMIA DEL TRIGEMINO (SO. PAR CANAL).-

Es un nervio mixto que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva incitaciones motoras a los músculos masticadores.

Las fibras sensitivas tienen su origen en el ganglio de Gasser, el cual está contenido en un desdoblamiento de la duramadre y está situado en la fosa de Gasser.

Del borde posterointerno del ganglio de Gasser se desprende la raíz sensitiva del trigémino, mientras que del borde anteroexterno nacen las tres ramas: oftálmica, maxilar Superior y maxilar Inferior.

Las fibras motoras tienen su origen en los núcleos masticadores uno principal y otro accesorio. De la cara inferolateral de la protuberancia emanan dos raíces, motora y sensitiva del nervio trigémino. Siendo las primeras más delgada y las segundas más gruesa. Dichas raíces se encuentran envueltas por la piamadre y atraviesan la aracnoidea y el espacio subaracnoideo hasta llegar al cavum de Meckel.

Las ramas terminales que originan el trigémino son: Otitálmica, maxilar superior y maxilar inferior.

I.- Nervio Otitálmico: Origina: Nervio Nasal, Nervio Frontal, Nervio Lagrimal.

II.- Nervio maxilar superior: Origina: ramo meningeo Medio, ramo Orbitario, Nervio Esfenoparietino, Nervios Dentarios, subdivididos en: Posteriores, Medios y Anteriores.

III.- Nervio maxilar inferior: (Mandibular).-

Es un nervio mixto, que nace del borde anteroexterno - del ganglio de Gasser, se dirige al agujero oval en donde se relacionan con la arteria meníngea menor. Fuera del agujero oval se divide en dos troncos: uno anterior que proporciona tres ramos: Temporo-bucal, Temporal Profundo y Temporo-masete-rino; y otro posterior que emite cuatro ramos uno de ellos es común a los nervios del pterigoideo interno, peristafilino externo y músculo del martillo; los otros tres son: nervio aurículo temporal, nervio dentario inferior y nervio lingual.

A S E P S I A Y A N T I S E P S I A

La asepsia y antisepsia nos brindan los conocimientos necesarios para prevenir y combatir la infección.

La asepsia tiene por objeto destruir los gérmenes para evitar la entrada de éstos al organismo y la antisepsia se encarga de destruir dichos gérmenes cuando ya han penetrado al organismo, para ello se hace uso de agentes químicos llamados antisépticos. Se considera pues que la asepsia es el conjunto de reglas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización, o sea la eliminación absoluta de agentes sépticos. Esto es difícil de lograr, pero para los fines quirúrgicos basta con destruir los gérmenes patógenos capaces de producir infección.

Cuando se habla de asepsia se piensa en esterilización, ésta se puede realizar por distintos medios; físicos, químicos y biológicos.

Entre los medios físicos, el más común y sencillo: es el lavado mediante agua y jabón.

El calor seco o húmedo es otro procedimiento, en el calor seco se usa el flameado y en el húmedo la ebullición

Los agentes químicos llamados antisepticos o germicidas son de gran utilidad para esterilizar el material que puede alterarse por la acción del calor o la humedad, y también como coadyuvantes en la asepsia; este poder germicida no es absoluto pero ayuda bastante en los procedimientos de esterilización.

T E C N I C A D E A N E S T E S I A

bloqueo de conducción inyección mandibular.-

El nervio anestesiado es el alveolar inferior. La solución anestésica se deposita en el surco mandibular que contiene tejido conjuntivo laxo, atravesado por vasos y el nervio alveolar inferior.

Se utilizan para esta técnica agujas de calibre 27, largas. Produce la anestesia de todos los dientes del lado inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales .

Lugar de punción: se localiza la tosa retromolar con el dedo índice; con el cuerpo de la jeringa descansando sobre los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja paralelamente al plano oclusal de los dientes, en dirección a la rama del maxilar y del dedo índice, la aguja se introduce entre el hueso, músculos y ligamentos que lo cubren, después de avanzar 15 ml. se siente que choca la aguja, se deposita la solución anestésica. El nervio lingual se anestesia durante la inyección mandibular inyectando algunas gotas a la mitad del recorrido de la aguja.

Inyección bucal:-

El nervio anestesiado es el buccinador bucal, la cara vestibular de los molares inferiores está parcialmente inervado por el buccinador que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval.

Se utilizan agujas largas de calibre 27. Se utiliza esta técnica para complementar la anestesia en las extracciones de molares, o en la preparación cuando ésta se extiende por debajo del margen gingival.

Lugar de punción: Pliegue mucobucal, inmediatamente por detrás del molar que se desea anestésiar. La aguja se dirige hacia atrás y ligeramente hacia abajo. La solución se inyecta lentamente.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones.-

a). Disparidad entre el tamaño o número de dientes y tamaño de los maxilares:

Es preciso eliminar dientes retenidos o no erupcionados cuando existe discrepancia entre el tamaño y número de dientes y el tamaño de maxilares donde se alojan éstas estructuras, y es imposible realizar otros tratamientos como ortodoncia o trasplante.

b). Para facilitar un tratamiento ortodóntico:

Durante un tratamiento ortodóntico, la eliminación de dientes no erupcionados o retenidos está indicada cuando el ortodoncista considera que la extracción podrá facilitar el tratamiento.

c). Daño a dientes adyacentes:

Amenudo un diente incluído parcialmente favorece la acumulación de alimentos y la aparición de caries en el diente adyacente.

d). Dientes incluidos y aparatos de prótesis:

No es raro descubrir dientes retenidos en regiones aparentemente desdentados. A veces el paciente establece una comunicación entre el diente y la cavidad bucal apareciendo dolor y tumefacción debidos a la infección.

e). Dientes incluidos con infección recurrente:

Los dientes parcialmente retenidos pueden presentar infecciones repetidas y ésta infección puede ser la primera manifestación de dientes que se encuentran debajo de una prótesis o bien que están asociados con quistes odontógenos.

f). Dientes incluidos asociados con tumores o quistes odontógenos:

Por lo general la asociación de dientes incluidos y quistes es una indicación para su extracción.

g).-Dientes retenidos en la preparación para irradiación de los maxilares y tejidos vecinos:

Cuando se prevee la necesidad de irradiar los maxilares como parte de un tratamiento de tumores de cuello y cabeza es lógico suponer que los dientes, especialmente los retenidos, serán punto de recepción de la radiación y que, por lo tanto, deben ser eliminados.

h). Falta de unión.

Contraindicaciones.- (Locales)

a). La infección aguda con celulitis debe controlarse de manera que no se extienda aún más.

b). La pericoronitis aguda se maneja más conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área.

c). La estomatitis aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia interrecurrente.

d). La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará como exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local.

e). Los maxilares radiados pueden desarrollar radio-osteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo.

Generales.-

1. Diabetes. - Esta no controlada es una contraindicación para la cirugía bucal ya que predispone al desarrollo de infecciones de la herida con extensión de los tejidos vecinos.

2. Neuritis.- La extracción de varios dientes con infección crónica puede precipitar una neuritis aguda.

3. **Cardiopatías.**- Los pacientes con padecimientos del corazón y del sistema circulatorio no serán casos de absoluta contraindicación, pero sí requerirán de una consulta previa con el especialista.

4. **Discrasias sanguíneas.**- En éstas enfermedades se debe interrogar a los pacientes detenidamente acerca de los efectos producidos por heridas traumáticas, se investigará si las heridas leves sangran copiosamente o si se cohiben fácilmente o si es necesario la administración de algún hemostático.

5. **Anemias.**- Estas significan un empobrecimiento de la sangre; ya sea cualitativo o cuantitativo del contenido de hemoglobina, éstas pueden ser primarias o secundarias.

6. **Hemofilia.**- Es la enfermedad hemorrágica más difícil de tratar; la coagulación se encuentra impedida o retardada, éstos pacientes deben observarse antes, durante y después de la intervención.

7. **Menstruación.**- Debido a la irritabilidad mental y física que padecen en éste período algunas pacientes está contraindicada.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO

Los puntos diagnósticos se estudian en el orden siguiente: Coronas, raíces, hueso de soporte y Conducto dentario interior.

La corona se observa en relación con el capuchón de esmalte, pulpa, superficie oclusal y desplazamiento vestibular. Al observar la radiografía deberá trazarse una línea imaginaria a todo lo largo de la superficie oclusal del segundo molar para poder determinar la alineación vertical de ésta superficie con respecto a la del diente incluido.

Si existe desplazamiento por torción, puede interpretarse estudiando la corona y formación radicular del tercer molar, y comparando las cubiertas de esmalte, cámara pulpar y formación radicular de éste diente con otro molar que ocupa una posición normal. La cámara pulpar puede ser pequeña o estar completamente obliterada, por lo que la cubierta de esmalte perderá su contorno definido. El reconocimiento preoperatorio de la **torción** es importante, ya que ayuda en la planeación del procedimiento operatorio, reduciendo el trauma.

Las caries constituyen otra consideración importante; suelen complicar la extracción, ya que la resistencia de la corona es importante en el plan operatorio.

Una vez que se haya examinado minuciosamente la corona debemos considerar a continuación las raíces. Estas varían en tamaño desde cortas a excesivamente largas, por lo que respecta a su forma desde cónicas fusionadas hasta dos o más raíces divergentes, pudiendo extenderse en cualquier dirección.

Si el diente posee inclinación lingual o vestibular, la radiografía no mostrará todo el diente con precisión. Las imágenes siempre serán las de las estructuras más cercanas a la placa.

La cantidad del hueso que deberá ser eliminada se calcula evaluando la corona y las raíces en relación con el hueso y la línea de extracción.

La proximidad del conducto dentario inferior deberá ser conocida con precisión para evitar lesionar el nervio y los vasos.

Donde existe presión definida, la raíz del diente se a desvanece o se hace más oscura en el punto donde toque el conducto. En ocasiones este desvanecimiento es tan grande que resulta imposible determinar con precisión los contornos de la raíz. Cuando si existe contacto, la pared lateral del conducto aparecerá reducido.

P R O N O S T I C O . -

Este puede ser favorable o desfavorable de acuerdo a las condiciones físicas, como enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión, úlcera), y psicológicas por el estado emotivo en que se encuentre el paciente (strees).

HISTORIA CLINICA

La elaboración de la historia clínica es un proceso ordenado y cronológico en el que se investigan los antecedentes del paciente para obtener datos que permitan al clínico conocerlo mejor.

El cirujano cuidadosamente detectará datos importantes para el diagnóstico en las respuestas del paciente.

El conocimiento de los procesos patológicos que puedan presentarse en la cavidad bucal es muy importante.

El cirujano debe motivar al paciente para que éste pueda establecer comunicación. Es su responsabilidad y su oportunidad crear un ambiente en el que el paciente pueda enfocar sus problemas con facilidad y sin temor.

Anotando los datos de la siguiente manera:

- 1) P.P.- Problema principal.
- 2) H.E. A.- Historia de la enfermedad actual.
- 3) R.D.S.- Revisión de síntomas.
- 4) H.F.- Historia familiar.
- 5) H.C.- Historia clínica.
- 6) H.p.- Historia personal.

1). La historia comienza con el problema principal; esto se considera como la base de ésta y consiste en la relación de los síntomas.

2). La historia de la enfermedad actual es un relato cronológico del problema principal y sus síntomas relacionados. La fecha y forma de presentación de los síntomas, así como su duración y gravedad.

3). La revisión de síntomas se lleva a cabo mediante la palpación y la auscultación de dientes y arcada.

4). La historia familiar es el relato de los padecimientos sufridos por los padres y abuelos del paciente, o la enfermedad hereditaria y congénita.

5). La historia clínica es la recopilación de todos los datos mencionados.

6). La historia personal es el conjunto de datos del paciente con respecto a su edad, sexo, nacionalidad, ocupación, actividades deportivas, o pasatiempos.

También es importante realizar pruebas de laboratorio como son:

Biometría hemática, Pruebas de coagulación (tiempos de sangrado y coagulación, retracción del coágulo), análisis de orina (color y claridad) (Fn, albúmina y azúcar), química sanguínea, signos vitales y electrocardiograma.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

La radiografía es el auxiliar del laboratorio más empleado por el cirujano.

Un concepto importante en la interpretación de la radiografía es conocer lo normal y buscar la reproducción de los datos anormales. Cuando existen datos tales como una lesión periapical, raíz fracturada o caries que interfieran, podrán ser fácilmente interpretadas. La cirugía de terceros molares debe ser precedida por una radiografía reciente y clara. Deberá observarse en la placa todo el diente y sus tejidos circundantes. Las placas oclusales se emplean ventajosamente para señalar la presencia de cálculos salivales, dientes incluidos en el maxilar inferior y algunos quistes maxilares.

Para hacer una interpretación precisa y general de la radiografía es necesario hacer comparaciones constantes de los dientes y la imagen radiográfica.

Se usan también radiografías intraorales y laterales para el estudio radiográfico del tercer molar.

Después de haber obtenido una radiografía satisfactoria el operador deberá estudiarla para interpretar correctamente cada punto diagnóstico que pudiera existir.

ESTUDIO ANATOMO - QUIRURGICO

La región del tercer molar, está constituida por el hueso mandibular, el molar retenido y las partes blandas que lo cubren. interesa por las proyecciones quirúrgicas en el hueso (ostectomía) definir y describir el hueso perialveolar o pericoronario.

Hueso mesial.- Es la porción ósea que se encuentra entre la cara distal del segundo molar y la mesial del tercero situada de tal manera que cubre parcial o totalmente ésta última, haciéndola accesible o inaccesible al instrumento quirúrgico.

Hueso bucal.- Es la porción ósea que cubre la cara bucal del molar retenido.

Hueso distal.- Cubre la cara distal del diente; y de su forma, dimensión, extensión y consistencia, dependerá el éxito de las maniobras quirúrgicas, ya que éste hueso servirá de apoyo.

Hueso lingual.- Es la porción ósea que cubre la cara lingual del molar, su corona y raíces en las retenciones totales o sólo sus raíces en el molar erupcionado.

Hueso oclusal.- Es la porción ósea que cubre la cara oclusal del molar retenido y se continúa con los demás huesos. Este hueso está formado por dos delgadas capas de hueso compacto que encierran una variable cantidad de hueso esponjoso.

Séptum.- Es la porción ósea situada entre las raíces del tercer molar incluido, está constituido por hueso esponjoso.

Interséptum.- Es el espacio situado entre el segundo y tercer molar (hueso mesial).

Conducto dentario inferior.- Aloja el paquete vasculo-nervioso, se inicia a nivel de la espina de Spix y corre hasta la altura del agujero mentoniano. Radiográficamente se observa como dos líneas radioopacas.

Saco pericoronario.- Normalmente se presenta como una línea nítida radiolúcida que rodea la corona del molar incluido, puede en algunas ocasiones comunicarse con el medio bucal e infectarse. Restos epiteliales pueden modificar su estructura y adquirir características tumorales.

E T I O L O G I A

Dientes incluidos: Dientes cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso; en mal posición hacia lingual o vestibular con respecto al arco mandibular o dientes que no han erupcionado después de su tiempo normal de erupción.

Causas de Retención.-

La incidencia de dientes retenidos es reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares. Esto dá por resultado maxilares demasiado pequeños para acomodar los terceros molares. En apoyo de ésta teoría observamos la ausencia congénita de éstos molares o la presencia de dientes retenidos en su lugar.

Nodine señala que la civilización es la responsable de la disminución o falta total del estímulo que excite el desarrollo adecuado de los maxilares; un desarrollo que provea de suficiente espacio para una erupción normal. Dicho estímulo perdido es la fuerza necesaria para la masticación del alimento duro, con el consiguiente choque.

Berger dá las siguientes causas locales de retención: Irregularidad en la posición y presión de un diente adyacente, densidad del hueso que lo cubre, inflamaciones crónicas, membrana mucosa muy densa, falta de espacio en maxilares poco desarrollados, indebida retención de dientes primarios, enfermedades adquiridas como la necrosis debida a infección o absesos, cambios inflamatorios en el hueso por enfermedades exantémáticas en los niños.

Causas sistémicas de retención:

Las retenciones se encuentran a veces donde no existen condiciones locales.

A. Causas prenatales: herencia y mezcla de razas.

B. Causas posnatales: todos los que pueden interferir en el desarrollo del niño.- Raquitismo, anemia, sífilis congénita, tuberculosis, desnutrición.

C. Condiciones raras: disostosis cleidocraneal, oxicefalia, progéria, acondroplasia, paladar fisurado.

Complicaciones derivadas de los dientes retenidos.-

Presencia de infecciones, reabsorción patológica de dientes adyacentes y estructura ósea bloqueada como en quistes y tumores, dolor, fracturas y otras complicaciones.

CAPITULO III

I N S T R U M E N T A L

En términos generales, toda operación de cirugía bucal se propone abrir encía, llegar a hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación (diente, tumor, proceso patológico). Consiguiendo esto se vuelven los tejidos a su sitio normal y se dá por terminada la intervención.

Para realizar los trabajos manuales que significan una operación es menester valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados, como se mencionan a continuación:

Instrumentos para sección de tejidos blandos.-

Bisturí.- Se usa comúnmente de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y hojas de distintas formas y tamaños, principalmente el bisturí Bard-Parker, con hoja no. 11 o 15.

Bisturí de Mead.- La curvatura de su hoja es en forma de hoz y el filo se encuentra en los dos bordes de ésta; con éste se pueden realizar incisiones en sitios poco accesibles.

Tijeras.- Como instrumentos de sección de tejidos se les encuentra escasa aplicación: se les emplea para seccionar lengüetas, festones gingivales y trozos de encía.

Pueden usarse también para seccionar oridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajo, existen unas rectas o curvas.

Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

Pinzas de disección. Con las dentadas es posible tomar la delicada mucromucosa bucal sin lesionarla. Es también útil la pinza de Kocher o de "mosquito".

Las pinzas de dientes de ratón poseedoras de tres dientes que engranan entre sí, permiten sostener firmemente el colgajo.

Instrumentos de galvano y termocauterio, radioisturí o electrotomo.- Permiten efectuar la sección de tejidos gingivales, el galvano o termocauterio pueden abrir accesos o destruir capuchones que cubren el tercer molar.

Legras, periostómos, espátula roma.- Seccionada la mucromucosa, su preparación y desprendimiento exigen instrumentos adecuados. Pueden emplearse pequeñas legras insinuándolas entre los labios de la herida. mucoperiostio y hueso. Pueden así mismo, utilizarse los periostótomos de Meau, o bien espátulas rectas o acortadas que se utilizan en sitios de difícil acceso tales como la cara lingual.

Separadores.- Para mantener apartados los labios o los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los de Parateut, de extremos acortados; de Volkmann, -- que constan de un mango y un tallo que terminan en forma de dientes, el angular se usa para separar el colgajo tiene uno de sus extremos dentado.

Instrumentos para sección de tejidos duros.-

Escoplos y martillo.- Se emplean para efectuar la osteotomía y la osteotomía del hueso que cubre el molar, también se usa para seccionar dientes en la odontosección.

El escoplo barra metálica con extremo cortado a bisel con una cara afilada, actúa a presión manual o a golpes de martillo: La hoja puede ser recta o estar anuecada en media caña.

El martillo consta de una masa y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad.

El escoplo o martillo automático, accionado por el torno dental es un instrumento ciego, que exige pericia y dominio del aparato. Su función es útil en la odontosección y para eliminar hueso.

Los escoplos de Barry se emplean para realizar la osteotomía.

Pinzas guías.- Para realizar la ortodoncia podemos utilizar las rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos, también cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso. Existen varios tipos con diferencias en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante.

Fresas.- El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La fresa puede abrir camino a otros instrumentos y cuando es utilizada con cuidado resulta sencilla y carente de inconvenientes. Pueden usarse fresas comunes de dentística, redondas del número 3 al 8, o de fisura No. 560. Son así mismo útiles las fresas quirúrgicas de Schamler, las fresas para labrar el caucho, las de Allport y las fresas de Lindenmann.

Limas para hueso (escofinas).- Se usan para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Pinzas para tomar algodón, gasas, etc.- El campo operatorio debe mantenerse libre de sangre que emana de los vasos seccionados, por tratarse de vasos pequeños su ligadura es imposible por lo que se procede a eliminar la sangre con trozos de gasa aplicados sobre la herida con pinzas para algodón o pinzas con ramas en bayoneta.

Pinzas de Kocher y la de Halsted.- Se utilizan como so-
sostenedoras de colgajos, tomar cosas quirúrgicas, trozos de
hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos pato-
lógicos desangrantes que actúan como hemostáticas.

Cucharillas para hueso.- Las colecciones patológicas,
granulomas, fungosidades, o quistes, deben eliminarse del
interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso
(curetas) de las que existe una gran variedad (rectas, acor-
tada), la parte activa puede tener forma y diámetros distin-
tos.

Pinzas para extracciones dentarias o forceps.- son ins-
trumentos indicados para la exodoncia.

Elevadores.- Para la extracción de las raíces del mo-
lar se emplean los de Winter, los de Clewident y los apicales.

Elevadores de aplicación mesial.- Se les llama así por
que toman su ubicación en la cara mesial del molar retenido,
son los de Winter no. 1 al 5 R y L.

La hoja de éste instrumento es la parte activa y se a-
plica contra el molar a extraerse, tiene forma lanceolada, 2
caras, 2 bordes y 1 extremidad aguda, una cara plana trans-
versalmente y ligeramente cóncava. La otra cara es pronun-
ciadamente convexa y se dirige al segundo molar.

Elevadores de aplicación bucal.- Pueden usarse para rasurar, y realiza el último tiempo quirúrgico en la extracción del molar incluido.

Agujas para sutura.- Las operaciones de cirugía bucal, exodoncia, exigen efectuar suturas por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas pero de dimensiones pequeñas.

Portaagujas.- Destinadas a dirigir las agujas, tománlas por su superficie y guiándolas en sus movimientos.

Sondas.- Para fines quirúrgicos o diagnósticos, se usan las acanaladas, para drenar abscesos ya abiertos por aspiración o para cortar tejidos en forma precisa y delicada, en cuyo caso el hueco de la sonda sirve de guía; las sondas de conductos para trayectos fistulosos.

CAPITULO IV

TECNICA QUIRURGICA

La extracción de terceros molares incluídos es un procedimiento quirúrgico, complicado que incluye tejidos blandos, músculos y hueso.

La zona de operaciones es muy restringida y de difícil acceso, está muy vascularizada e inundada por saliva por lo que se hace necesario del eyector. Hay que mantener estricta asepsia, planeándose la operación con cuidado.

Pasos básicos en el planeamiento de los procedimientos operatorios.-

A.- Estudiar las radiografías cuidadosamente: determinar si muestran el tamaño exacto y completo, alargado o acortado la forma del diente, el número y tamaño y curvatura de las raíces; proximidad de las raíces y corona del diente adyacente o estructuras vitales. Clasificar la retención. Estudiar la radiografía oclusal para establecer la relación vestibulo-lingual del diente. Examinar la posición de las raíces en relación con el conducto dentario inferior. Observar los resultados del examen de los tejidos duros y blandos que rodean el sitio de intervención.

B.- Reunir toda la información obtenida del examen pre-
cedente y de planear la operación: determinar la extensión
del colgajo por realizar teniendo en cuenta la necesidad de
una exposición adecuada, con el mantenimiento de una buena
irrigación sanguínea y un soporte adecuado para el colgajo
después de la operación; decidir si el diente retenido puede
ser extraído o no por medio de: seccionamiento del diente,
una combinación de remoción ósea y división dentaria, o so-
lamente por la excéresis del hueso vecino. Estimar la canti-
dad de tejido óseo que puede ser eliminado a fin de dar expo-
sición adecuada y crear un espacio hacia el cual el diente
incluido pueda ser extraído: Determinar el mejor método e
instrumentos para la eliminación de hueso, fresas solas, es-
coplos solos o una combinación de ambos, o la excéresis de
cierta cantidad de hueso más el seccionamiento dentario. De-
terminar la mejor dirección para elevar el diente retenido y
los instrumentos necesarios para lograr este resultado con
un trauma mínimo.

Tiempos operatorios.-

La operación consta de los siguientes tiempos:

Incisión, Preparación de los colgajos, Osteotomía, ope-
ración propiamente dicha, tratamiento de la cavidad ósea, su-
tura de los colgajos y tratamiento posoperatorio.

CLASIFICACION

La siguiente clasificación fué sugerida por Pell , Gregory y Winter:

A.- Relación del molar retenido con la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar.

Clase I.- Hay suficiente espacio entre la rama y el lado distal del segundo molar, para la acomodación del diámetro mesio-distal de la corona del tercer molar.

Clase II.- El espacio entre la rama y el espacio distal del segundo molar es menor que el diámetro mesio-distal de la corona.

Clase III.- Todo o casi todo el tercer molar está localizado en la rama ascendente de la mandíbula.

B.- Profundidad relativa del molar en el hueso.

Posición A.- La posición más alta del molar está a nivel de la línea oclusal o sobre ella.

Posición B.- La posición más alta del molar está por debajo del plano oclusal, pero por encima de la línea cervical del segundo molar.

Posición C.- La porción más alta del molar está por debajo de la línea cervical del segundo molar.

D.- La posición del eje longitudinal del molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar:

- | | | |
|------------------|------------------|-----------------------|
| 1.- Vertical | 2.- Horizontal | 3.- Invertido |
| 4.- Mesioangular | 5.- Distoangular | 6.- Vestibuloangular. |

Pueden presentarse en:

a.- Desviación vestibular

b.- Desviación lingual

c.- Torción

En seguida se señalarán las relaciones anatómicas más importantes que se deben de tomar en cuenta en la intervención del tercer molar.- La línea de incisión desde el borde anterior de la rama, incluye el buccinador, y en parte, el tendón del temporal. Esta no debe situarse demasiado lingualmente, a causa de la arteria retromolar y del nervio lingual. Finalmente debe recalcar que el nervio dentario pasa muy cerca de las raíces, que incluso en raras ocasiones llegan a tocarse.

La incisión es similar en los cuatro grupos mencionados. Se inicia en el borde anterior de la rama y se continúa como una incisión marginal, bucal a los molares primero y segundo. En raras ocasiones en que el molar se encuentre muy profundamente, puede ser preciso hacer una incisión angular para obtener un buen campo. La incisión vertical se traza en el extremo mesial de la incisión marginal. La disección del colgajo se inicia en la zona del primer molar y continúa, distalmente, por el borde anterior de la rama ascendente, seccionando si es preciso, el tendón del músculo temporal con unas tijeras, con objeto de visualizar el hueso lo mejor posible.

El colgajo lingual suele estar adherido al saco pericoronario, por lo que hay que dissecarlo. El campo operatorio está más claro. El periostomo protege el nervio lingual durante la intervención.

Posición Vertical.- Los molares verticales, pero con raíces normales, pueden ser extraídos sin demasiada dificultad si se hace la debida osteotomía. Los colgajos bucal y lingual se disecan tal como se ha indicado anteriormente.

Se extirpa la parte del hueso que cubre la corona de la pieza, y lo que es más importante se libera también el hueso de la parte distal del molar, porque como sus raíces están encurvadas hacia atrás, la extracción se hará distalmente.

Una vez liberada la corona se coloca un botador recto en dirección mesial y lo más cerca posible del cuello del diente. Se luxa mediante cuidadosos movimientos de rotación, y si una vez movilizado el diente choca con la pared ósea por distal, entonces puede extraerse lingualmente colocando el botador en sentido bucal.

Hay que hacer odontosección si las raíces del molar tienen una conformación curvada pero encontradas. Entonces cada una de las raíces se extraen por separado, teniendo en cuenta sus características anatómicas. Para separar las raíces utilizamos una fresa alargada, que deja el espacio necesario para la adecuada libertad de movimientos. La inclinación de la fresa debe de coincidir con la de la corona, para evitar la perforación de la cortical por lingual.

En todo caso la libertad de movimientos que se dispone para extraer el primero de los dos fragmentos no es muy amplia. Por eso se aconseja comenzar por la extracción de la raíz menos encurvada, por lo general la distal. La extracción se lleva a cabo en dos tiempos: Primero se luxa la raíz, movilizándola hacia la parte mesial; después se rota el botador distalmente y se extrae la raíz de su alveolo.

Una vez que se dispone del espacio suficiente, extraemos la raíz mesial luxándola distalmente.

Hay que regularizar toda la zona ósea donde se ha apoyado el botador, se irriga el campo con suero salino, sobre todo en el surco formado entre el hueso y el colgajo mucoperióstico, donde pueden quedarse fragmentos de hueso o de diente. Para evitar que el colgajo se deslice hacia arriba se asegura con un punto por detrás del segundo molar, procurando que la mucosa quede por debajo de su cueilo. Sobre la cavidad se dá otro punto de sutura.

Posición mesioangular.- En éstos casos la corona está más o menos inclinada hacia el lado mesial, de forma que las cúspides mesiales se enclavan en la cara distal del segundo molar. Así, es imposible obtener una vía de salida sólo con la osteotomía. La disección del colgajo se lleva a cabo según la técnica habitual.

Una vez liberada la corona se secciona su cara mesial con una fresa y se extraen con botador.

Con un botador recto o de contrángulo que se apoya en la parte mesial de la cavidad, se luxa el resto de la pieza hacia la parte distal, lo que requiere la liberación del hueso por el lado distal del molar.

La odontosección se lleva a cabo con mayor facilidad si se utiliza escoplo. Después se extrae el fragmento distal, seguido del mesial. La sutura se hace tal como la anterior.

Posición Distoangular.- La exodoncia en éstos casos puede ser más difícil de lo que la radiografía hace suponer. La corona está empotrada en una cavidad ósea por detrás del borde de la rama ascendente, en tanto que la raíz está muy cerca de la raíz distal del segundo molar. La disección del colgajo se lleva a cabo según la técnica habitual.

Teniendo en cuenta las circunstancias antes mencionadas, se observa que es imposible extraer el molar íntegro, a no ser que se haga una osteotomía muy amplia. Es menos traumático seccionar con una fresa o un escoplo la parte distal de la corona y extraer los fragmentos por separado. De ésta forma la osteotomía es mínima.

Apoyándose en la parte mesial se extrae el fragmento mayor. A pesar de la odontosección, con frecuencia la corona, en el momento de la extracción, interfiere con la pared distal del hueso. En éstos casos se coloca el botador en la cara bucal, luxando la pieza hacia lingual, con lo que se evita el obstáculo del hueso por el lado distal.

Si el tercer molar muestra mucha inclinación hacia el distal, o está muy incluído, es mejor seccionar toda la corona, separándola de las raíces. De ésta forma se obtiene -- más espacio para extraer el resto de la pieza.

Con una fresa se hace un túnel en la cara mesio-bucal de la raíz, previa una pequeña osteotomía de acceso. En éste túnel se coloca el extremo de un botador angulado que apoyándose en el hueso, luxa la raíz distalmente. Si las raíces son muy divergentes puede ser necesario dividir las, extrayéndo- las por separado.

Posición Horizontal.- El molar horizontal está situado de tal forma que su corona se halla muy próxima a la cara distal del segundo molar. La incisión se lleva a cabo de la manera acostumbrada.

Una vez descubierta la parte superficial de la corona se secciona el diente con una fresa de fisura a nivel de la línea esmalto-cemento. Para facilitar la extracción de éste fragmento de corona, la odontosección debe tener una inclinación distal, de forma que la corona sea más ancha en la parte superior que en la inferior.

La odontosección no se termina con la fresa, puesto que el canal mandibular está demasiado cerca del molar horizontal. Es mejor quebrar el último puente de dentina con un botador de Barry.

Se dirige distalmente la corona, ya separada del resto de la pieza, de forma que las cúspides queden liberadas, y puede procederse a la extracción de la parte anterior.

Se hace un pequeño agujero en la raíz distal, donde se introduce la punta del botador, que apoyándose en la pared ó sea distal permite con un movimiento mesial, la extracción del resto de la pieza.

EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO EN PRESENCIA DE MOLARES VECINOS TAMBIEN RETENIDOS .-

Extracción del tercer y cuarto molares retenido:- En los casos en que sea necesario extraer simultáneamente ambos molares, la técnica quirúrgica sigue normas parecidas a las señaladas en el curso de lo descrito anteriormente.

El fraccionamiento de los molares es lo indicado para la mayoría de los casos; algunos pueden eliminarse, sin embargo, con elevadores previa ostectomía.

La incisión se traza de acuerdo con el tipo de retención, se realiza la ostectomía necesaria para liberar el cuarto molar, que se extrae con el elevador 2R, según las normas dadas para la extracción de terceros molares.

Extracción de segundo y tercer molar:- La solución quirúrgica estando impuesta esta operación, puede ser la extracción del tercer molar, sin realizar la del segundo, en la esperanza de que éste erupcione, o bien, extraer ambos.

La extracción de éstos molares se realizará mediante la odontosección de los mismos, previa ostectomía.

EXTRACCIÓN DEL GÉRME N

La ortodoncia indica en muchas ocasiones la necesidad de extraer prematuramente (con sentido profiláctico) o más tarde (con carácter terapéutico) el tercer molar con sus raíces parcialmente formadas, que puede producir o produce desviación de los dientes o desviación en los tratamientos ortodónticos.

La edad en que debe realizarse la extracción de éstos molares con su corona ya formada e incompletamente calcificada varía con el criterio del ortodontista. Por lo general se trata de jóvenes de 12 a 16 años. Su extracción constituye uno de los problemas más arduos, porque la distancia que va del borde anterior de la rama a la cara distal del segundo molar es muy pequeña, porque después de la osteotomía y durante las maniobras de extracción, éstos gérmenes rotan en el interior de su cavidad ósea, y finalmente porque la odontosección a la que necesariamente debe recurrirse es tarea laboriosa. Por otra parte, los resultados posoperatorios no son satisfactorios, pues frecuentemente existe dolor, alveolitis y accesos tardíos.

La técnica para la extracción de éstos no varía mucho con las enunciadas para los molares con raíz completa.

TRATAMIENTO DEL SACO PERICORONARIO

En todo tipo de extracción de un diente retenido, con mayor énfasis en la cirugía del tercer molar inferior, en cualquiera de sus posiciones, el último paso quirúrgico consiste en la eliminación del saco pericoronario, que rodea la corona del molar. La técnica es la siguiente:

1o.- Se toma el saco pericoronario, con una pinza de disección o similar y se le desprende de su alojamiento óseo, con una cucharilla.

2o.- Se elimina el saco pericoronario de la región mesial.

3o.- Se extrae el saco pericoronario con pinzas de Kocher o con pinzas guías.

La permanencia del saco pericoronario en el alveolo, puede originar por lo menos, infección posoperatoria y hemorragia.

EXTRACCIÓN DE LAS RAÍCES

Las normas quirúrgicas para la extracción de raíces se funda en la ostectomía y la odontosección. Tal como se dijo para la extracción del molar debe hacerse una ostectomía mesio-buco-distal, suficiente y ajustada a los métodos antes mencionados; la odontosección por su parte permitirá dividir las dos raíces fusionadas, a nivel de su cuello para transformar una pieza única en dos elementos, la raíz mesial y la distal.

Son dos las contingencias que pueden presentarse en lo concerniente al problema: raíces recientes, producto de fracturas sufridas en el acto operatorio, o raíces antiguas provenientes también de fracturas, pero sufridas también en otros actos operatorios. Se trata de un mismo problema, ya -- que el planteo quirúrgico debe formularse sobre estructuras dentarias remanentes; raíces del molar fusionadas a nivel de su cuello o separadas a éste nivel, cubierta total o parcialmente por hueso, o bien un resto radicular de una extracción dentaria anterior.

Para la extracción de raíces recientes, la incisión es la misma que se trazó para el intento de extracción y no requiere ninguna modificación; en algunas ocasiones cuando el

olgajo resulta insuficiente, puede prolongarse la incisión en la extensión necesaria, debiendo alcanzar el límite entre el primer molar y el segundo premolar, para obtener un colgajo útil. Para la cirugía de raíces antiguas la incisión se realiza de acuerdo con el objeto a extraerse.

La extensión y grado de la ostectomía estarán de acuerdo con la disposición del hueso que rodea la porción cervical de las raíces. Se exige resección ósea mesial de acceso, en caso de raíz mesial inaccesible, ostectomía distal para permitir la excursión de las raíces en sentido distal y ostectomía bucal con el objeto de facilitar la odontosección y la aplicación eventual del elevador 14 R o L de Clev-dent. La ostectomía oclusal se practicará en los casos en que una o ambas raíces estén cubiertas por hueso de nueva formación.

El examen radiográfico nos informará sobre el detalle importante en la extracción de las raíces, la separación o unión de éstos elementos a nivel de su cuello.

La fuerza aplicada sobre la cara mesial de ambas raíces debe dirigir cada elemento en el sentido de su curvatura. Las raíces dirigidas en sentido contrario al de sus nombres, encierran un séptum de espesor variable, requerirán la eliminación del hueso interradicular, después de extraída la raíz mesial para permitir el cómodo desplazamiento de la raíz distal.

CAPITULO V

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

Se entiende por tratamiento posoperatorio el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza con el logro del perfecto estado de salud.

La vigilancia, y cuidado del paciente una vez terminada la operación, pueden modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención.

Tratamiento local.-

Higiene de la cavidad bucal.- Terminada la operación, el ayudante lava la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal se irriga con una solución tibia del mismo medicamento, se limpiará y eliminará sangre, saliva, restos que pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

El paciente en su domicilio, constituido ya el coágulo, hará enjuagues suaves de su boca (colutorios), cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

Cuidados de la herida.-

Si evolucionan normalmente las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. En términos generales la formación del coágulo y la protección de la herida obtienen la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Fisioterapia.-

Se ha difundido el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Nos referimos al empleo del frío y del calor.

Frío.- Se aconsejan bolsas con hielo o toallas mojadas en agua helada, y se colocan sobre la cara frente al sitio de la intervención; el frío evita la congestión y el dolor, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas. Se usa en períodos de 15 minutos seguidos de períodos iguales de descanso, y durante no más de los primeros tres días.

Calor.- Sólo se emplea para madurar los procesos inflamatorios y ayudar a la formación del pus; después del tercer día puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolor.

Extracción de puntos de sutura.-

Las suturas realizadas sobre el alveolo deberán extraerse de 24 a 48 hrs. después de la operación; ya que a partir del segundo día actúa como cuerpo extraño.

La técnica es la siguiente: se toma con una pinza de curación un extremo del nudo que emerge sobre los labios de la herida, y se tracciona el hilo para permitir obtener un trozo de éste cortarlo y extraerlo, procurando no lastimar la encía ni entre abrir los labios de la herida.

Tratamiento general del paciente.-

Parte de los cuidados posoperatorios debe realizárselos el paciente y otros el profesional. La colaboración de ambos llevará al éxito la intervención.

Cuando llegue a su casa, conviene guardar reposo por algunas horas, con la cabeza en alto, no realizar ninguna clase de enjuagues, salvo indicación expresa por el término de tres horas. Si se hubiera dejado en la boca una gasa protectora, retirarla al cabo de una hora.

En caso de sentir dolor tomar una tableta del analgésico indicado.

Alimentación.-

Las investigaciones han probado que los alimentos adecuados influyen de manera notable para acelerar y concluir la recuperación de las heridas.

A causa de ésto, es preciso dar a los pacientes dietas especiales, con predominio de proteínas (carne, leche, huevo, aves, pescado y queso), porque promueven la cicatrización y evitan la pérdida de peso.

Naturalmente el balance de dieta consiste en vegetales, frutas y cereales que ayudan a complementar las vitaminas importantes y los minerales esenciales.

La alimentación en las primeras seis horas deberá ser líquida (té, leche, jugo de naranja, caldo tibio). Después de éstas horas puede tomarse: caldo de carne, jugo de tomate, puré de papas, sopa de pasta, huevos tibios, papaya, gelatina.

En los tres días subsiguientes se podrán tomar algunos alimentos que requieran masticación, de consistencia blanda tales como carne, vegetales o fruta; son cortados en trocitos o reducidos a puré.

Administración de medicamentos.-

Antibióticos.- Es importante tener en cuenta el uso de éstos en el tratamiento pre y posoperatorio para prevenir y combatir la infección. En seguida nombraremos algunos de los antibióticos más usados:

Bactrim.- indicado principalmente en iniecciones aguda (abcesos, pericoronitis, gingivitis, alveolitis, etc).

Dosis: adultos y niños mayores de 12 años, 2 tabletas 2 veces al día (mañana y noche después de comidas).

Binotal.- (Ampicilina). Padecimientos de la cavidad oral como alveolitis, glositis, heridas infectadas.

Dosis: adultos 1-2 cápsulas de 500 mg. o 1 comprimido de 1 gr. de 6 a 8 hrs.

Bromicina.- Indicado en infecciones odontológicas.

Dosis: adultos de 1-3 grs. cada 24 horas, repartidos en cuatro tomas.

Lincocín.- Indicado contra infecciones de hueso.

Dosis: cápsulas de 250 o 500 mgs. de acuerdo a la severidad de la infección 4 veces al día.

Parenciclina.- Indicada en extracciones y cirugía.

Dosis: 250 mg. 1 cápsula cada 6-8 horas.

Antiinflamatorios y Analgésicos.-

Dentro del tratamiento posoperatorio es primordial el uso de antiinflamatorios y analgésicos para aliviar el traumatismo causado durante la intervención:

Dibilán.- Se administra en todos los casos inflamatorios de la esfera odontológica que requieran de acción rápida.

Dosis: Inicial 2 grageas 3 veces al día, de sostén 1 gragea 3 veces al día. Siempre deberán tomarse durante o después de los alimentos.

Prodisán.- Está indicado en cirugía maxilofacial, edemas posoperatorios y postraumáticos.

Dosis: Inicial 2 cápsulas 3 veces al día con las comidas, de sostén 2 cápsulas 2 veces al día y finalmente una 2 veces al día.

Conmel.- Se recomienda en extracciones dentarias y odontalgias.

Dosis: 1 o 2 tabletas 3 o 4 veces al día, según la intensidad del dolor y sus causas.

Dolviran.- Se administra en estados dolorosos de diversa intensidad, y localización, neuralgias y neuritis.

Dosis: tabletas 1-2 hasta 3 veces al día.

Magnopyrol.- Analgésico y espasmolítico, pre y posoperatorio.

Dosis: 1-2 comprimidos hasta 6 al día.

Winasorb.- Actúa como analgésico y antipirético después de trabajos dentales o extracciones.

Dosis: Tabletetas 1-2, 3 o 4 veces al día.

Prodolina.- Potente analgésico no narcótico, que actúa por impregnación neuronal.

Dosis: 1 tableta cada 6 horas, 3 a 4 veces al día.

CAPITULO VI

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Nunca se está exento de sufrir accidentes y tener complicaciones durante y después de la operación, por buena que sea la habilidad y experiencia del cirujano. Por lo que citaremos brevemente algunos de ellos:

- 1.- Fractura de una pieza
- 2.- Fractura y luxación de las piezas vecinas
- 3.- Accidentes debidos a los instrumentos
- 4.- Fracturas del proceso alveolar
- 5.- Fractura de la mandíbula
- 6.- Luxación de la mandíbula
- 7.- Lesiones de las partes blandas y vecinas
- 8.- Lesión del nervio dentario inferior
- 9.- Penetración de la pieza a vías respiratorias y digestivas
- 10.- hemorragia
- 11.- Hematoma
- 12.- Trismus
- 13.- Inyección: a) alveolitis; b) osteítis-osteone-
litis; c) adenitis-edemas-llemones.

Fractura de una pieza.- Las causas de éste accidente son múltiples, pero la mayoría de los casos se debe a la mala técnica o a la posición defectuosa del molar.

Fractura y luxación de las piezas vecinas.- Fuerzas excesivas que ejercemos con los elevadores produciendo la fractura de la corona debilitada por obturaciones o caries; o luxamiento de la pieza cuando la forma y disposición de las raíces lo facilita. El mejor tratamiento para la luxación es el reposo de la pieza y en casos severos la extracción.

Accidentes debidos a los instrumentos.- No es raro que al fracturarse un instrumento durante la operación traumatizamos las partes óseas o blandas vecinas, debiéndose principalmente al manejo incorrecto, aplicación de fuerzas excesivas y uso de instrumentos inadecuados.

Fracturas del proceso alveolar.- Con frecuencia fracturamos la tabla externa o interna, siendo éstas esquirlas removidas en todos los casos.

Fractura de la mandíbula.- Aunque ésta no es frecuente, se debe a la fuerza exajerada o a la aplicación incorrecta en el intento de la extracción, la disminución de la resistencia ósea, a causa del gran alveolo del molar, o a la presencia de quistes y tumores, enfermedades ligadas al metabolismo (sífilis, diabetes, úlcera, cardiopatías, etc.).

El tratamiento consiste en la inmovilización de la mandíbula por medio de férulas adecuadas para cada caso.

Luxación de la mandíbula.- Consiste en el desajuste del cóndilo, de la cavidad glenoidea, pudiendo ser uni o bilateral, y debiéndose en los casos normales al uso de fuerza excesiva, al estar luxando la pieza sin tener fija la mandíbula. El tratamiento es el siguiente: se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria, los dedos restantes sostienen la mandíbula en su borde inferior, se imprimen dos movimientos combinados, uno hacia abajo y otro hacia atrás y arriba. Reducida la luxación podemos continuar la operación con precaución y aconsejando reposo por algunos días, ya que con facilidad puede volverse a luxar.

Lesiones de las partes blandas y vecinas.- Entre éstas lesiones tenemos principalmente, los desgarres de la mucosa gingival cuando no describimos correctamente, se presentan lesiones del piso de la boca por deslizamientos del elevador, las que trataremos de evitar protegiendo con nuestros dedos las partes blandas; el emicema es un accidente muy aparatoso que raramente se presenta, consiste en la formación de gas en los tejidos conjuntivos, lo cuál aumenta el volumen de la cara y es doloroso, éste cede por medio de una incisión.

En las operaciones traumatizantes es muy frecuente la contusión y herida de los labios y comisuras, para evitarlo se protegerá con un poco de grasa.

Lesión del nervio dentario.- Algunas veces se debe a una compresión, sección o desgarré del nervio, produciendo una neuritis, neuralgias, o parestesias pasajeras o definitivas, según sea la lesión.

Penetración de la pieza a las vías respiratorias o digestivas.- Nos sucede cuando la pieza llega a desplazarse al luxarla o cuando la queremos tomar con las pinzas de curación; esto se evita trabajando con cuidado y precaución.

Hemorragias.- La extracción quirúrgica de un tercer molar puede producir una profusa hemorragia arterial, si traumatizamos la arteria dentaria inferior. Este contratiempo es frecuente cuando el diente está sobre el conducto o éste pasa entre las raíces. La hemorragia ocurre inmediatamente después de la extracción; por lo tanto la hemostasis se hace empaquetando la herida con una gasa absorbible. Se recomienda el gelfoam, pues resulta muy eficaz y compatible con la cicatrización.

Hematoma.- Es una tumefacción de sangre extravasada -- que invade los tejidos intracelulares. Estas se observan cuando se perforan vasos de regular calibre y no hay salida para la sangre.

Se caracteriza por un aumento de volumen y un cambio de coloración de rojo vinoso, violeta, amarillo y finalmente morado; su tratamiento consiste en la aplicación de compresas frías.

Trismus.- Proviene de la inflamación de las fibrillas musculares de los músculos masticadores al extender la extracción del molar; éstos se ponen duros y pierden su elasticidad por un tiempo; se trata con medicamentos antiinflamatorios y ejercicios fisioterápicos que reducen el proceso.

Infección.- Esta puede localizarse en el alveolo, hueso y partes blandas.

a). **Alveolitis.-** El alveolo se encuentra seco, sin coágulo, paredes expuestas y dolorosas, tejido gingival inflamado, inflamación del hueso alveolar, siendo su evolución larga con fenómenos desagradables, tales como la retidez del aliento, mal gusto y dolores agudos, constantes y muy difíciles de calmar.

Entre las causas de ésta infección pueden ser: poca aspiración, traumatismo excesivo, toxicidad de los anestésicos. El tratamiento consiste en limpiar completamente el alveolo de cuerpos extraños, secamos suavemente con gasa estéril, aislamos el campo operatorio; finalmente colocamos un cemento quirúrgico y cambiamos la curación según el caso sin hacer nunca curetajes.

b). En algunos casos la infección invade el tejido óseo vecino y dá origen a una osteítis o a una osteomielitis más o menos extensa.

c). Aún puede invadir los tejidos blandos dando origen a una adenitis, edemas y hasta abscesos.

Factores que complican la técnica operatoria.-

- A). Curvatura anormal de las raíces.
- B). Hipercementosis.
- C). Proximidad al conducto dentario.
- D). Gran densidad ósea, especialmente en ancianos.
- E). Espacio follicular lleno de hueso.
- F). Anquilosis entre diente y hueso.
- G). Acceso difícil al campo operatorio, causado por :
músculo orbicular de los labios pequeño, incapacidad para abrir la boca, lengua grande o incontrolable.

C O N C L U S I O N

La presencia de terceros molares interiores incluídos como ya se ha dicho, se debe principalmente a la falta de espacio en el arco mandibular. Esta anomalía en la mayoría de los casos requiere su remoción quirúrgica; ya que puede traer consecuencias posteriores.

El estado general del paciente debe ser satisfactorio y se debe contar con su colaboración para la obtención de un pronóstico favorable y la elaboración de un diagnóstico correcto.

La operación debe realizarse con las normas más estrictas de asepsia y antisepsia para evitar la presencia de microorganismos que pueden traer graves consecuencias.

Al realizar una intervención quirúrgica como es la de los terceros molares, el estudio previo de la región (anatómico y radiológico), es de suma importancia ya que; pueden evitarse problemas y complicaciones durante o después de la intervención, porque éstas pueden aumentar el tiempo operatorio y retrasar el período de cicatrización.

En las técnicas operatorias modernas, para la extracción de terceros molares, se establece que el traumatismo para el paciente y el trabajo para el operador disminuyen.

Así mismo, el uso de la fresa quirúrgica en la osteotomía y odontosección; y de elevadores en la extracción, facilitan el trabajo al cirujano dentista; y gracias a esto, las posibilidades de complicaciones operatorias y posoperatorias se reducen.

Por último, el tratamiento posoperatorio es un factor importante; ya que de éste depende el éxito de una intervención quirúrgica. Esto es la administración adecuada de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos después de la operación, y el tipo de alimentación conveniente para el paciente en los días subsiguientes a ésta.

BIBLIOGRAFIA

- A.- Kruger, Gustav O. - Cirugía Bucal -
- 1978 - México - Ed. Interamericana.
- B.- Guralnick, Walter C. - Trat. Cirugía Oral -
- 1971 - Barcelona - Ed. Salvat.
- C.- S. U. A. - Núcleo de Anestesia -
- 1978 - México - Fac. Odontología.
- D.- Clínicas odontológicas de Norteamérica -
El diente impactado, sus complicaciones y
tratamiento.-
- 1978 - Ed. Interamericana.
- E.- Waite, Daniel B. - Cirugía Bucal Práctica -
- Julio 1978 - Revista - .
- F.- Archer, W. Harry - Cirugía Bucal -
- 1978 - Tomo 1 -
- G.- Ries Centeno, Guillermo A. - Cirugía Bucal -
-1980 - Buenos Aires, Argentina - .

H.- Quiroz Gutierrez, Fernando - Anatomía Humana -
- 1977- Tomo II - Ed. Ferrúa, S.A. - México -

I.- Avila Téllez, Manuel A. -
- Terceros Molares Inferiores incluidos, su -
tratamiento y remoción quirúrgica -
- 1963 - Tesis - U.N.A.M. -