



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TERCEROS
MOLARES INFERIORES RETENIDOS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA TERESA AVILA GARCIA



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I : HISTORIA CLINICA

CAPITULO II : EXPLORACION FISICA GENERAL

CAPITULO III : EXAMEN ORAL

CAPITULO IV : ESTUDIOS AUXILIARES DE LABORATORIO

CAPITULO V : DEFINICION, ETIOLOGIA, Y ANATOMIA DE LOS
TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS

CAPITULO VI : CLASIFICACION DE POSICIONES DEL TERCER
MOLAR INFERIOR RETENIDO

CAPITULO VII : PREMEDICACION

CAPITULO VIII : ANESTESIA

CAPITULO IX : SELECCION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO

CAPITULO X : PREPARACION OPERATORIA DEL PACIENTE

CAPITULO XI : TECNICA Y TIEMPOS QUIRURGICOS

CAPITULO XII : INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS AL PA-
CIENTE.

CAPITULO XIII : COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS
FRECUENTES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Una de las especialidades más nobles y más bonitas dentro de la odontología; es sin duda a mi parecer la Ci rugía Bucal. Por tal motivo dedicaré esta tesis como reconocimiento invaluable a la calidad de dicha especialidad, refiriéndome en especial a la Cirugía de los terceros molares inferiores retenidos; siendo estos los que presentan mayor número en frecuencia de retención en com paración a los demás dientes.

Los terceros molares tienen un papel importante en la oclusión de los dientes, pero generalmente participan en la maloclusión, pues su erupción es la última en la arcada, provocando esto en alguno de los casos dolor y consecuencias tales como pericoronitis, trismus, quistes caries, etc.

Gracias a la existencia de la Cirugía Bucal, vamos a poder resolver dichos problemas o consecuencias devolviendo la función, estética y salud general del paciente utilizando técnicas modernas, instrumental apropiado que nos facilitará las maniobras y reortará el tiempo de tra

bajo, ayudando así a un menor traumatismo postoperatorio y un rápido restablecimiento y sobre todo evitando problemas psicológicos al paciente por tener los dientes en mal posición.

Así pues, a continuación les presento mi trabajo que incluye datos preoperatorios donde se elabora la Historia clínica, así como la exploración física tanto general — como oral del paciente, y estudios auxiliares de laboratorio, los cuales se quisieron hacer lo mas completamente posible, para así llegar a un diagnóstico y pronóstico acertado y poder clasificar aquel paciente capacitado física y psicológicamente para ser intervenido quirúrgicamente, evitando las posibles complicaciones transoperatorias y postoperatorias que se pudieran presentar.

Tambien se mencionará los tiempos quirúrgicos, especificados uno por uno y en orden, con la única finalidad de ser respetados para llegar al buen éxito de la intervención quirúrgica y por último mencionaré los cuidados postoperatorios inmediatos a la intervención y las instrucciones posteriores al paciente, para evitar futuras complicaciones, las cuales son especificadas tambien al igual que el tratamiento de cada una en forma breve.

I. HISTORIA CLINICA

La historia clínica es de suma importancia, para la realización de cualquier tratamiento médico, pues nos permite conocer el estado general del paciente, así como el estado general de la cavidad bucal. Siendo esta un buen-auxiliar para llegar al diagnóstico de presunción y realizar en este caso una intervención quirúrgica adecuada.

La historia clínica la podremos dividir en dos etapas que son :

1.- Etapa administrativa

2.- Etapa medica

ETAPA ADMINISTRATIVA. Comprende exclusivamente los datos de identificación del paciente tales como:

NOMBRE. El nombre completo del paciente, incluyendo apellido paterno y materno.

DOMICILIO. Esto va a ir relacionado con la zona donde se desenvuelve la persona.

TELEFONO. Se pide este dato para motivos de localización ya sea el numero telefónico de su trabajo, de su casa o de ambos.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO. Tiene como propósito conocer si el paciente presenta o -

presentó alguna enfermedad que pueda ser característica de la region donde nació éste.

OCUPACION Muchas veces los pacientes pueden tener enfermedades relacionadas con el trabajo, así como cicatrices en la cavidad bucal producidas por diferentes herramientas de trabajo.

ESTADO CIVIL. Según la situación del paciente, puede variar su estado emocional.

ETAPA MEDICA. Comprende los datos personales, familiares y profesionales ya sean patológicos y no patológicos, con el único fin de obtener un buen diagnostico y así presumir el tratamiento quirúrgico conveniente, esta etapa comprende los antecedentes siguientes:

1. **ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.**

- a) **HABITACION.** Hacinamiento, agua intradomiciliaria, agua externa, excusado público o privado, etc.
- b). **HIGIENE PERSONAL.** Mudar de ropa por semana, baño corporal semanal.
- c) **ALIMENTACION.** Cantidad y calidad de los alimentos

intervalo de ellos, alimentos dominantes, etc,

d) HABITOS. Sueño, ejercicio, descanso, vacaciones, afi
ciones, uso de sedantes o estimulantes, al
coholismo, tabaquismo, etc.

e) VACUNAS. Aplicación de vacunas inmunológicas a que
edad y cuales.

II. ANTECEDENTES FAMILIARES, HEREDITARIOS Y CONGENITOS.

Interrogaremos la edad y estado de salud de padres y
hermanos así mismo la edad, fecha y causa de muerte de pa
rientes próximos así como anomalías, enfermedades o
tendencias hemorrágicas familiares o hereditarias. Ade
mas investigar la ocurrencia de las siguientes enfermeda
des en la familia:

DIABETES

NEOPLASIAS

ALERGIAS

HEMOFILIA

EPILEPSIA

DEMENCIA

CARDIOPATIAS

NEFROPATIAS

MALFORMACIONES CONGENITAS

SIFILIS

TUBERCULOSIS

OBESIDAD

TOXICOMANIAS

OTRAS ESPECIFICADAS POR EL PACIENTE

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Le preguntaremos al paciente los padecimientos sufridos desde la infancia incluyendo las enfermedades propias de ésta etapa hasta la etapa presente, detallándola por orden cronológico, asentando el tratamiento recibido para cada una de ellas. Así como los antecedentes quirúrgicos y traumáticos con sus resultados.

IV. PADECIMIENTO ACTUAL.

Aquí se precisará las condiciones de salud del paciente directamente anteriores al inicio de su enfermedad.

La descripción sintomatológica debe guardar una secuencia cronológica, incluyendo los datos positivos, las fechas y los datos esenciales.

V. APARATOS Y SISTEMAS.

Aquí se estudiará al paciente minuciosamente y se preguntará si existen los siguientes síntomas :

a) APARATO DIGESTIVO.

ANOREXIA

DISFAGIA

DOLOR (EPIGASTRIC, FOSAS ILIACAS? DOLOR A LA PALPACION).

NAUSEAS

VOMITOS

CONSTIPACION

PIROSIS

HEMIATEMESIS

REGURGITACIONES

DIARREA

ESTRIBIMIENTO

FLATULENCIA

EVACUACIONES CON SANGRE

EVACUACIONES CON MOCO

TENESMO

OTROS SINTOMAS ESPECIFICADOS POR EL PACIENTE

b) APARATO RESPIRATORIO.

RINORREA

AFONIA

DISFONIA

TOS

EXPECTORACION

HEMOPTISIS

DOLOR TORACICO

OTROS SINTOMAS ESPECIFICADOS POR EL PACIENTE

c) SISTEMA URINARIO

DISURIA

POLIURIA

OLIGURIA

HEMATURIA

DIURIA

NICTURIA

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE

d) SISTEMA CARDIOVASCULAR

PALPITACIONES

BRADICARDIAS

DOLOR PRECORDIAL

OPRESION

DISNEA

C. FALEA

EDEMA

LIPOTIMIAS

VARICES

HEMORROIDES .

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE

e) APARATO GENITO- URINARIO

1. MASCULINO

ULCERACIONES

ESCURRIMIENTO URETRAL

IMPOTENCIA SEXUAL

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE

2.- FEMENINO

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION

OLIGOMENORREA

DISMENORREA

POLIMENORREA

AMENORREA

FLUJO VAGINAL

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE.

f) SISTEMA NERVIOSO

CONVULSIONES

mareos

INSOMNIO

IRRITABILIDAD

TEMBLORES

AMNESIA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

ANESTESIA

PARESTESIA

PARALISIS

TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE

g) SISTEMA ENDOCRINO

PERDIDA DE PESO

OBESIDAD

POLIDIPSIA

POLIURIA

POLIFAGIA

OTROS QUE ESPECIFIQUE EL PACIENTE.

II. EXPLORACION FISICA

GENERAL.

1. GENERAL: Apariencia, constitución, actitud, coloración de la piel y de las mucosas, estatura, peso, temperatura, pulso, presión arterial y respiraciones (signos vitales).
2. CABEZA Y CUELLO: Forma y tamaño de la cabeza, cabello (cantidad, color y textura), tumores dolor a la presión, pulsaciones, desviación de la tráquea.
 - a). OJOS : Prominencia palpebral u ocular, tamaño, forma y reacción de las pupilas a la luz, movimientos oculares.
 - b). NARIZ : Deformación, desviación del septum, obstrucción, escurrimiento, olfato, dolor sinusal.
 - c). OIDOS : Audición, escurrimiento, cerúmen, tofos, dolor (exploración otoscópica, si se juzga necesario).
 - d). BOCA Y GARGANTA : Labio, encías, lengua, dentadura, amígdalas, orofaringe, escurrimientos por las mamas.
 - e). TORAX : Tamaño, forma, simetría, cicatrices, dolor,

- f). MAMAS : Tamaño, forma, simetría, cicatrices, escurri-
miento por las mamas, dolor.
- g). CAMPOS PULMONARES : Respiración (tipo, frecuencia, -
amplitud), características de la °
inspiración, de la espiración.
- PALPACION : Tono muscular, dolor, fremito.
- PERCUSION : Resonancia, excursión diafragmática, tim-
panismo gástrico.
- AUSCULTACION : Calidad del ruido respiratorio, esterto-
res (particularmente después de la to-
sedura), broncofonía.
3. CORAZON : Pulsaciones anormales (arritmias), intensi-
dad, frecuencia y ritmo de ruidos cardiacos
4. ABDOMEN : Tamaño, forma del abdomen, prominencia veno-
sa, masas, hernias, ondas peristálticas vi-
sibles.
5. EXTREMIDADES : Tamaño y forma de las manos, color y -
movimientos, condición y color de las
uñas, forma, tamaño y movimiento de -
los brazos y piernas.
6. SISTEMA NERVIOSO : Función cerebral, sistema motor, -
sistema sensorial y reflejos peri-
féricos.

III. EXAMEN CRAL.

El exámen oral debe seguir un sistema específico - para el exámen de la boca. Puede comenzarse examinando - de atrás hacia adelante o de adelante hacia atrás; al e- xaminar cualquier estructura buscaremos lo normal y no - lo anormal, de tal forma, que cuando se descubra lo últi- mo, será mas significativo y mas fácilmente observado.

El exámen bucal puede comenzarse por los labios, ob- servando su simetría, color (cianosis o pigmentacion), - ulceración, resequedad o la presencia de queratosis; la evaluación del área del vestibulo incluirá una revisión de características similares. Luego se examinarán el pa- laadar duro y el blando buscando fisuras, torus y desvia- ciones de la úvula. La lengua sera examinada en relación con sus movimientos normales, papilas, color, y bordes - laterales; haciendo palpación profunda, incluyendo el - tercio posterior y el piso de la boca.

El examen de las glandulas salivales se hará comen- zando con una parótida y pasando a la otra, y posterior- mente a las glandulas submaxilares, estas deberán pal- parse a dos manos para evaluar la normalidad de los con- ductos, calidad y cantidad de saliva y dolor a la palpa-

ción.

Después observamos cuidadosamente las encías y se hace la palpación. Los dientes constituyen la última parte del exámen bucal.

Cualquier dato del exámen que indique un grado de anomalía se describirá detalladamente (tamaño, duración, color, forma y dolor a la palpación de una lesión). Después del examen oral será necesario solicitar los exámenes de laboratorio indicados posteriormente.

Se pueden requerir varias pruebas de laboratorio - ya sea para establecer el diagnóstico con precisión o - para elegir el tratamiento más eficaz. Mucho de esto será determinado con base en la historia clínica del paciente así como los datos obtenidos del examen físico. Por ejemplo si existen antecedentes de diabetes, seguramente se necesitará una prueba de laboratorio, tal como análisis de orina y quizá una determinación de glucosa en la sangre. Los datos de laboratorio que el Cirujano Dentista - suele necesitar para el examen completo de sus pacientes incluyen generalmente:

1. Radiografías
2. Pruebas de coagulación sanguínea
3. Bionetría hemática
4. Índice de sedimentación de eritrocitos
5. Análisis de orina
6. Química sanguínea
7. Signos vitales

1. **RADIOGRAFIAS.** Es quizá el auxiliar de laboratorio más empleado por el Cirujano Dentista. Con el ortopantomógrafo y el equipo radioló

IV. ESTUDIOS AUXILIARES
DE
LABORATORIO.

gico normal, puede obtenerse casi cualquier vista del área facial. Sin embargo, la radiografía periapical es la más precisa, por lo que es indispensable una serie de radiografías periapicales de la cavidad oral para hacer un diagnóstico relacionado con las estructuras dentales y óseas. La cirugía bucal siempre será precedida por una radiografía reciente y clara, deberán observarse en la placa todo el diente y sus tejidos circundantes.

2. PRUEBAS DE COAGULACION SANGUINEA. Con frecuencia suelen solicitarse en forma sistemática los tiempos de sangrado y coagulación; los exámenes de retracción de coágulo, cuenta de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo de protrombina plasmática son pruebas de laboratorio adicionales que pueden ayudar a establecer la etiología en una diatesis hemorrágica.

En los casos normales el tiempo de sangrado es de uno a cuatro minutos; y los valores normales de coagulación se encuentran entre los dos y los ocho minutos.

3. BIOMETRIA HEMATICA. Nos proporciona datos muy importantes y es una consideración al tratar de descartar ciertas enfermedades generales que pueden causar lesiones bucales. La biometría hemática sistemática incluye el recuento del número total de eritrocitos y leucocitos por cm^3 de un frotis sanguíneo, así como la evaluación de la hemoglobina.

4. INDICE DE SEDIMENTACION DE ERITROCITOS. Para determinar la sangre se coloca en un tubo de vidrio. En un tiempo determinado se asientan los hematíes, dejando el plasma transparente en la parte superior. La magnitud de la sedimentación y el tiempo necesario es el índice de sedimentación, que es un indicador general de enfermedad y un método para la vigilancia sistemática del progreso de la misma. Aunque la prueba en si es inespecífica, el índice de sedimentación aumenta cuando existe inflamación, degeneración tisular, supuración y necrosis.

5. ANALISIS DE ORINA. La orina empleada para el examen debiera ser la primera al despertar. Donde con ésta se determinará el color y la claridad, el pH, gravedad específica, albúmina y azúcar mediante pruebas espe-

ciales. La presencia de albumina o azúcar son datos signi
ficativos que sugieren enfermedad renal o diabetes respec
tivamente.

6. QUIMICA SANGUINEA. El análisis químico de la sangre, teji
dos y líquidos corporales se ha convertido ahora en asunto
de buena práctica médica. Existen diversos métodos de eva
luación tales como el volumétrico, gasométrico, colorimé
trico y determinaciones visuales para establecer los valo
res del paciente individual.

La glucosa en la sangre, es una titulación o método
colorimétrico y sirve principalmente como prueba para la
diabetes. Las variaciones normales son de 80 a 120 mg. por
100 ml. Los niveles de glucosa en la sangre aumentan en -
la diabetes, acromegalia, tumores adrenales, anoxia, le-
siones cerebrales y disfunción hepática. Los niveles dismi
nuyen en hipotiroidismo e hipopituitarismo.

7. SIGNOS VITALES. La temperatura, pulso, respiración y pre-
sión arterial, suelen ser descuidados con frecuencia al e
valuar al paciente dental. El paciente con hiperventilación
puede ser detectado fácilmente si el Cirujano Dentista ob
serva cuidadosamente el grado de aprensión y el ritmo de

la respiración al realizar los procedimientos dentales. - Desde luego que el Dentista deberá poseer habilidad para determinar el pulso, lo que puede hacerse con facilidad; La temperatura postquirúrgica deberá ser registrada sistemáticamente por su asistente o enfermera. Con frecuencia puede utilizarse como un indicador del momento en que deban emplearse los antibióticos u otro tratamiento necesario - si existe alguna infección.

En algunos pacientes es necesario determinar la presión arterial sistemáticamente antes de cualquier trabajo dental.

Los pacientes con alguna enfermedad general conocida que afecte el sistema circulatorio, así como individuos de edad avanzada deberán ser examinados, registrando su presión arterial básica, antes de administrar medicamentos o anestésicos o antes de iniciar procedimientos operatorios que provoquen tensión.

1. DEFINICION, ETIOLOGIA Y
ANATOMIA DE LOS TER-
CEROS MOLARES INFERIO-
RES RETENIDOS.

DEFINICION :

Cuando los dientes no toman sus posiciones normales funcionales dentro de la arcada dentaria, se les — considera incluidos e impactados, y salvo raras excepciones no deberan ser extraídos, Algunas de las excepciones son :

1. Pacientes cuya edad sea tal que la presencia de un diente completamente asintomático, el procedimiento quirúrgico resultara innecesario y poco prudente.
2. Pacientes cuya salud general es tan mala que el procedimiento quirurgico no sea aconsejable.
3. Afecciones que dependen del estado del tercer molar retenido o en franca erupción.
4. Afecciones en dependencia con el estado general del paciente incontroladas como por ejemplo:
 - a) Pacientes diabéticos
 - b) " que sufran hipertiroidismo
 - c) " con insuficiencia renal
 - d) " con angina de pecho

- e) Pacientes con trombosis coronaria
- F) " Hemofílicos
- g) " cardiópatas, etc.

En estos casos se debe remitir al paciente con su médico familiar, quien tratará y controlará su padecimiento. Una vez hecho esto, nos enviara al paciente con su autorización por escrito e indicara las instrucciones a seguir para efectuar la extracción del 3er. molar.

Los dientes incluidos provocan diversas complicaciones tales como el desarrollo de quistes foliculares y migración de los dientes, además de la erosión de dientes normales adyacentes. Se han dado casos de degeneración del saco folicular formado un ameloblastoma y posteriormente carcinoma franco con sus graves secuelas.

Los problemas comunes con relación a los terceros molares son infección y dolor. La extracción de los terceros molares pueden tambien contribuir a una mayor frecuencia de formación de bolsas periodontales afectando el aspecto distal de los segundos molares. Es menos probable que esto

ocurra si son extraídos al principio de su desarrollo.

Después de la periodontitis, se encuentra la pericoronitis que puede ser transitoria y leve o desarrollarse y provocar una grave infección que afecte los espacios alveolares, causando considerablemente debilitamiento. Se presenta en los tejidos blandos de los terceros molares que han hecho erupción parcial, creando un lecho fértil para el crecimiento bacteriano y la infección. El tratamiento varía desde la irrigación local o desbridamiento del colgajo pericoronario hasta la extirpación del diente.

Los dientes incluidos se han definido como aquellos cuya erupción es parcial o totalmente obstruida por hueso o por otros dientes. En la práctica, cualquier diente puede estar incluido aunque los terceros molares inferiores son los más afectados con mayor frecuencia. Esta frecuencia puede explicarse debido a que el tercer molar es el último diente que hace erupción en condiciones normales y cualquier afección que tienda a reducir el espacio existente para estos dientes le impedirá hacer erupción por falta de lugar.

ETIOLOGIA :

Existen tres teorías diferentes sobre la etiología de las inclusiones, y son :

- Ia. El crecimiento normal de los maxilares y el movimiento de los dientes son en dirección anterior cualquier interferencia con tal desarrollo causará la inclusión de los dientes. El hueso denso suele provocar el retraso dental anterior y muchas afecciones patológicas — provocan una condensación del tejido óseo. La respiración bucal también conduce a la contracción de las arcasadas y por lo tanto los dientes que hacen erupción final carecen de espacio.
- 2a. La naturaleza trata de eliminar aquello que no se emplea y nuestra civilización, con sus hábitos nutricionale s cambiantes, a casi eliminado la necesidad humana de maxilares grandes y fuertes. Como resultado de — esta función alterada, el tamaño del maxilar y la mandíbula ha idminuido. En algunos casos, el tercer molar ocupa una posición anormal, se encuentra mal formado — y puede considerarse como un órgano vestigial sin notivo ni función.
- 3a. Tal vez, la herencia pueda ser un factor etiológico importante en las inclusiones.

ANATOMIA DENTAL :

El tercer molar inferior, es la pieza dentaria con mayor variedad de forma, tamaño, posición y anomalías, debido a esto, no tiene similitud con otros dientes; por otra parte, no es raro encontrar la ausencia de esta pieza ya sea de origen congénito o hereditario, como también es posible encontrar un cuarto molar y en ocasiones hasta un quinto molar, así como otras anomalías como gigantismo o enanismo de la pieza.

CORONA .- Presenta gran diversidad de formas, en ocasiones se observan desde tres, cuatro o cinco cúspides con defectuosa formación coronaria, presenta también cúspides supernumerarias; así como una gran gama de tamaños, también se observan anomalías de forma como son los tubérculos supernumerarios.

CAMARA PULPAR .- Tiene importancia desde el punto de vista quirúrgico, en lo que se refiere al examen radiográfico porque la imagen de la cámara pulpar y de los conductos intactos o distorsionados serán en de-

talle mas para la interpretación y diagnóstico de la posición del tercer molar.

CUELLO.- Límite anatómico entre corona y raíz ubicado en la porción mas angosta de esta conjunción tiene un papel importante desde el punto de vista quirúrgico.

RAICES.- Resultaría sumamente difícil esquematizar la disposición tan variada de las raíces de terceros molares, pero en la siguiente clasificación se podría afirmar que es una de las mas completas.

CLASIFICACION :

1) AMBAS RAICES RECTAS : Es una forma muy frecuente, su disposición recta puede ser total, observándose ambas raíces rectas (fig. No.1), desde luego es posible encontrarlas rectas pero divergentes y son de dimensiones cortas o largas (fig. No.1a).

2) RAIZ MESIAL RECTA Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA EL LADO DISTAL : La disposición esta dependiendo del grado de inclinación distal y el conjunto radicular, da un anclaje particular al 3er. molar dentro del alveolo. Ahora

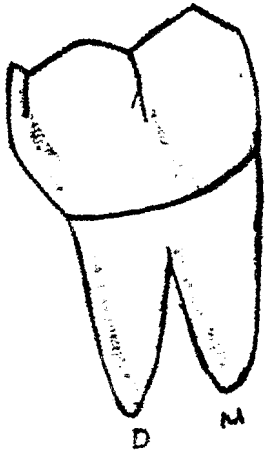


Fig. No. 1

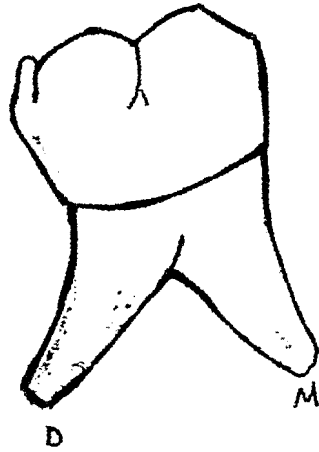


Fig. No. 1a.

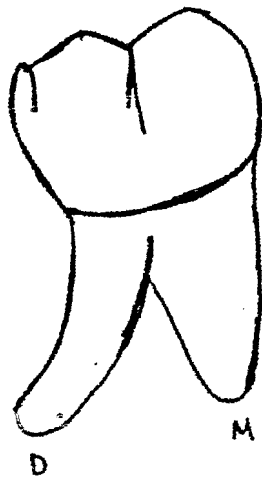


Fig. No. 2

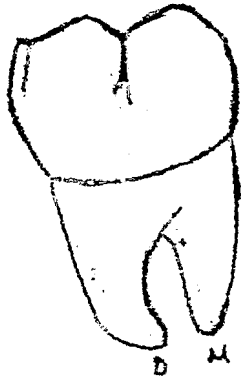


Fig. No. 3

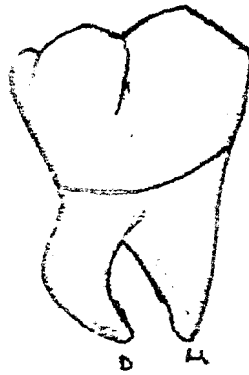


Fig. No. 3a

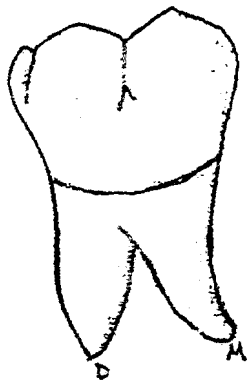


Fig. No. 4

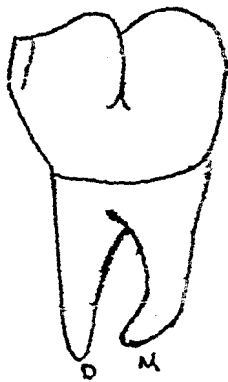


Fig. No. 5

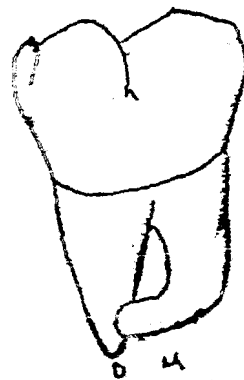


Fig. No. 5a

bien, a nivel de la angulación distal suele encontrarse el punto de menor resistencia y cuando los movimientos quirúrgicos no son correctamente dirigidos, puede fracturarse la raíz distal (fig. No.2)

- 3) RAIZ MESIAL RECTA Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL INCURVADA EN GRADO VARIABLE : En algunos casos se han observado se han observado agregado a la desviación o dilaceración mesial, un grado variable de cementosis. La línea de menor resistencia esta a nivel del ángulo radicular. (fig. No. 3 y 3a).
- 4) RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y RAIZ DISTAL RECTA : Poco frecuente este caso en su disposición radicular y la inclinación mesial de la raíz mesial da un sólido anclaje al molar.
- 5) RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO DISTAL Y RAIZ DISTAL RECTA : La raíz mesial esta inclinada distalmente y (fig. No.5) puede haber contacto o fricción del ápice mesial con la raíz distal recta (fig.No.5a). Encierra por lo tanto un trazo considerable de hueso entre ellas.
- 6) AMBAS RAICES DIRIGIDAS HACIA EL LADO DISTAL : Es muy frecuente sobre todo en tipos verticales y mesales.

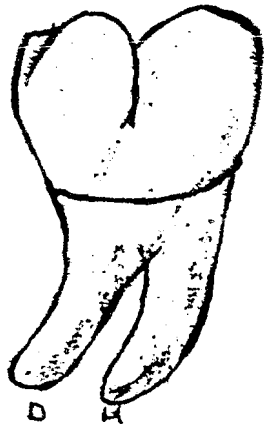


Fig. No. 6

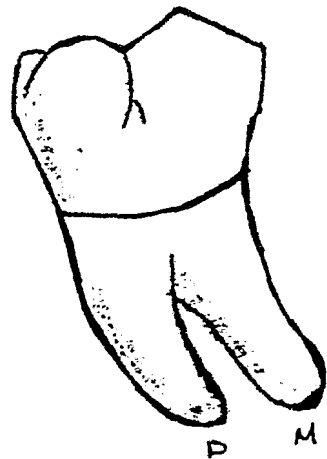


Fig. No. 7

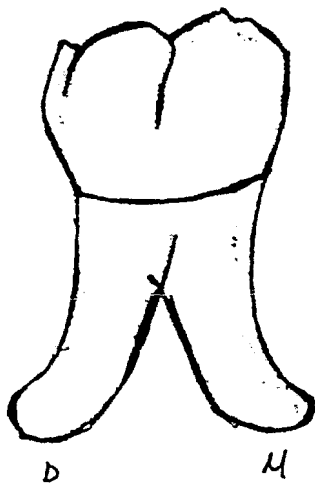


Fig. No. 8

Es una presentación favorable a la exodoncia (fig.No.6)

- 7) AMBAS RAICES INCLINADAS MESIALMENTE : Se puede observar esta disposición sobre todo en los casos de retenciones - considerando un sólido anclaje del molar en el hueso. (fig. No.7).
- 8) RAIZ MESIAL DIRIGIDA HACIA EL LADO MESIAL Y RAIZ DISTAL HACIA EL LADO DISTAL : Son raíces divergentes que presentan desviación en mayor o en menor grado; en este caso, hemos encontrado anomalías apicales, dilaceraciones o cementosis (fig. No.8).
- 9) RAIZ MESIAL DIRIGIDA DISTALMENTE Y RAIZ DISTAL DIRIGIDA DIRIGIDA MESIALMENTE : Se presentan por lo común con cementosis que inclusive llegan a fusionarse a nivel de sus ápices, entre los cuales encierran un sólido - bloque óseo (septum), (fig. No.9 y 9a).
- 10) AMBAS RAICES FUSIONADAS : Las cuales forman una sola masa conica, y se puede acompañar en ocasiones de dilaceración o cementosis (fig. No.10).
- 11) DESVIACION BUCAL O LINGUAL DE AMBAS RAICES : Es decir, las raíces pueden presentarse desviadas en sentido bucal o lingual, en estos casos, una es bucal y otra lin

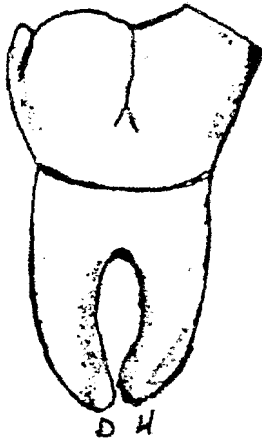


Fig. No. 9

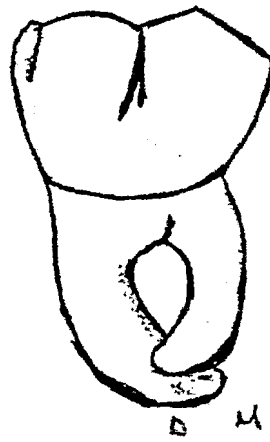


Fig. No. 9a

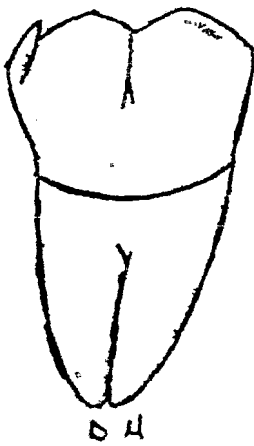


Fig. No. 10

gual, esta posición origina un sólido anclaje del moalr en el hueso (fig. No.11).

12) RAICES SUPERNUMERARIAS: Pueden presentarse la bifidez de la mesial o la distal, p de ambas a la vez y pueden dirigirse estas raíces supernumerarias en distintos — sentidos (fig. No.12).

13) RAICES INCOMPLETAMENTE CALCIFICADAS : Son comunes en ni ños y jóvenes para la extracción del 3er. molar con fi nes ortodóncicos (fig. No.13).

14) ANOMALIAS RADICULARES DIVERSAS : Por ejemplo; gran ce mentosis y dilaceración hacia distal del macizo radicu lar. Puede solucionarse previa osteotomía distal, el e levador aplisado en la cara mesial, dirige el molar ha cia el lado distal.

También hay casos de reabsorciones radiculares y rizóli sis. En lo que se refiere al tamaño de las raíces, va ría notablemente, (fig. No.14).

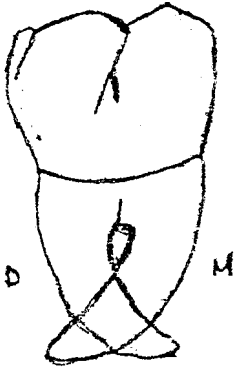


Fig. No. 11

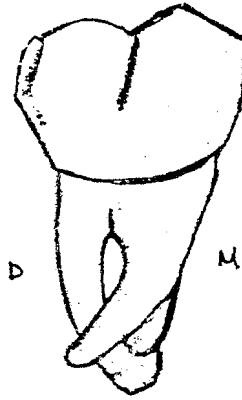


Fig. No 12

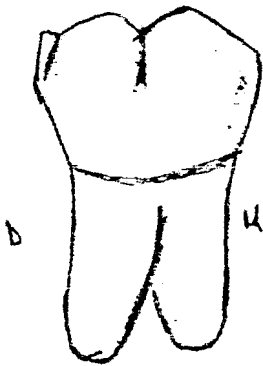


Fig. No 13

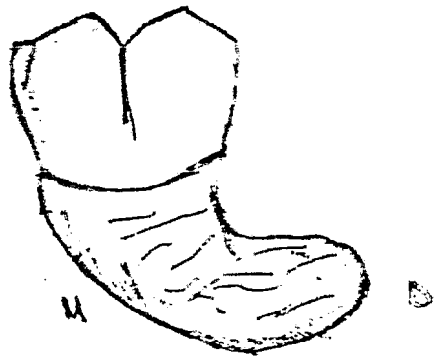


Fig. No 14

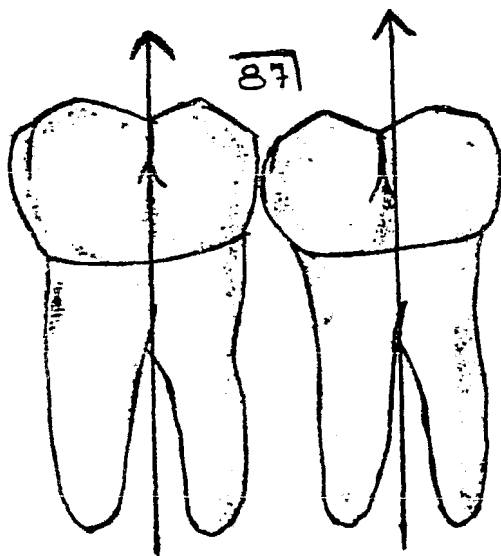
VI. CLASIFICACION DE POSI-

CIONES DEL TERCER MOLAR

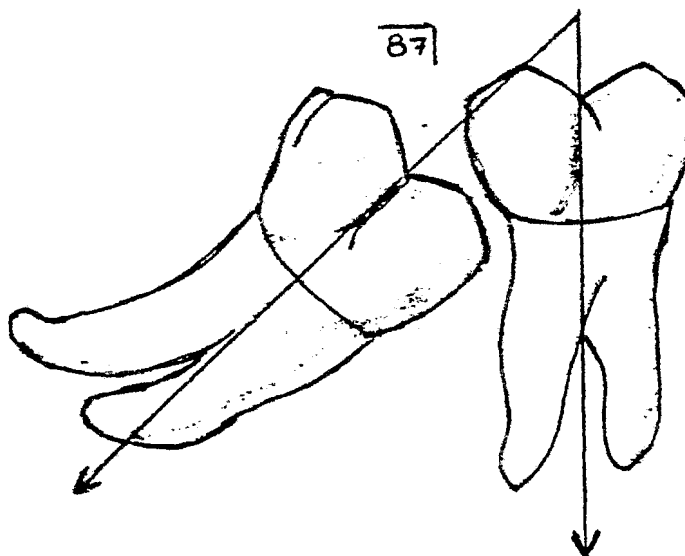
INFERIOR RETENIDO.

Esta clasificación se basa en la evaluación de la posición del tercer molar en relación con el eje mayor del segundo molar; aunque esta es una clasificación esquemática e incompleta, debido a las numerosas desviaciones que cada posición presenta en sí, dicha división podrá enumerarnos las disposiciones más frecuentes del 3er molar en el maxilar.

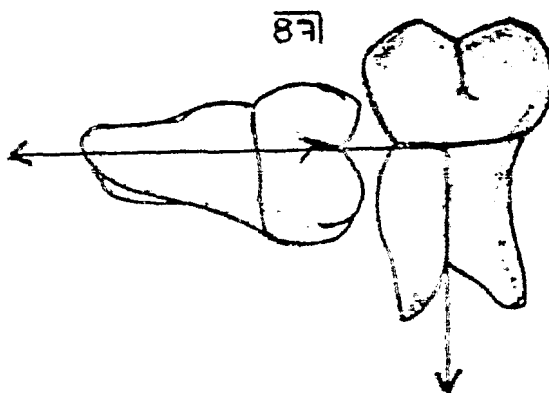
- 1.- POSICION VERTICAL : El 3er. molar inferior presenta su eje mayor paralelo al eje mayor del segundo molar inferior.



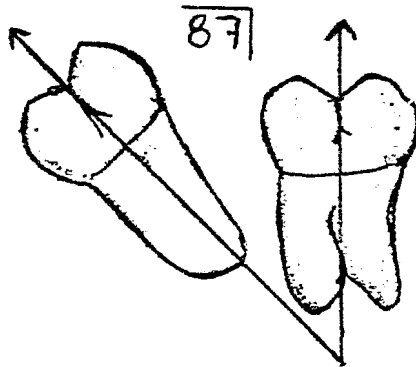
2.- POSICION MEDICANGULAR : Presenta su corona dirigida hacia el 2o. molar; su eje mayor forma con el eje mayor del 2o. molar un ángulo agudo abierto hacia abajo.



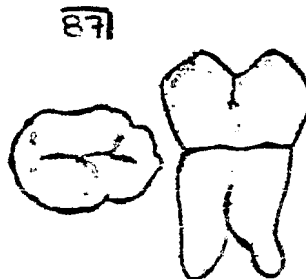
3.- POSICION HORIZONTAL : Su corona esta dirigida al 2o. molar y su eje mayor es sensiblemente perpendicular al eje mayor del 2o. formando un ángulo de 90° abierto hacia abajo y atras.



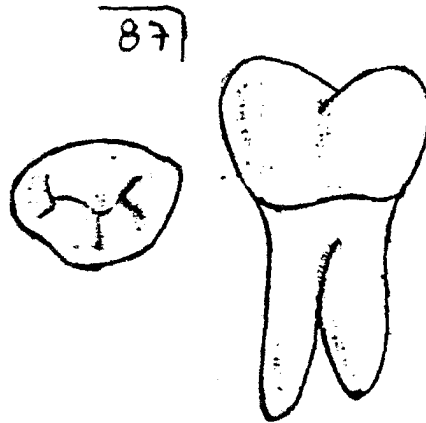
- 4.- POSICION DISTOANGULAR : Su corona está dispuesta, en grado variable, hacia la rama ascendente, formando su eje mayor con el eje mayor del 2o. molar un ángulo abierto hacia arriba y hacia atrás.



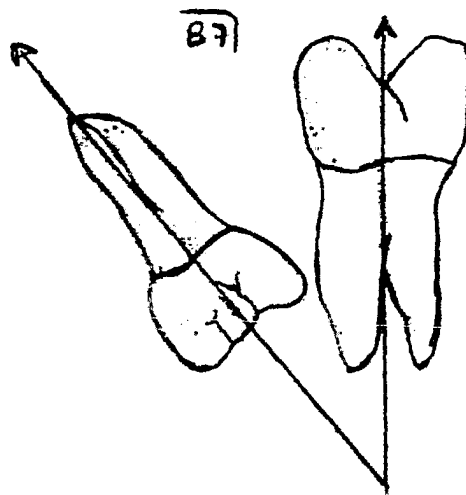
- 5.- POSICION LINGUANGULAR : Su corona se dirige hacia la lengua y sus ápices hacia la tabla externa, el ángulo que su eje mayor forma con el 2o. molar no puede ser señalado.



- 6.- POSICION BUCCOANGULAR : Está dirigida su corona hacia la tabla externa y sus raíces hacia la tabla interna o lingual.



- 7.- POSICION INVERTIDA (PARANORMAL) : Su corona se dirige hacia el borde inferior del maxilar y sus raíces hacia el cóndilo del maxilar.



VII. PREMEDICATION

En todos los casos de cirugía bucal prolongada como extracciones múltiples, o eliminación de un diente retenido es indispensable la premedicación.

Cada paciente difiere en temperamento, condiciones físicas y en resistencia a las tensiones nerviosas, por lo que no pueden tratarse a todos por igual; tenemos que despertar su confianza en el paciente y tranquilizarlo pues existen casos en que la sedación preoperatoria es de gran valor clínico, sobre todo cuando los pacientes presentan miedo exagerado a las operaciones dentales.

Es necesario reforzar el anestésico local con un medicamento que tenga el efecto calmante sobre el sistema nervioso central y la administración de un barbitúrico de corta duración o de un ataráxico, no solo moderará el temor y la angustia, si no que facilitará la intervención quirúrgica cooperando francamente con el cirujano y esto ayudará en un ahorro de tiempo y de esfuerzo para ambas partes.

Indicaciones de la Premedicación ;

1.- Aliviar la ansiedad, la aprensión y el miedo.

- 2.- Elevar el umbral de dolor.
- 3.- Controlar la secreción de las glándulas salivales y mucosas.
- 4.- Controlar las arcañas dentarias
- 5.- Contrarrestar los efectos tóxicos de la anestesia lo cal (shock y lipotimias).
- 6.- Controlar los trastornos motores (enfermedad como parálisis cerebral).

VIII. ANESTHESIA

La extracción del diente retenido se puede realizar bajo anestesia local en forma troncular del nervio dentario inferior o bien bajo anestesia general. Después de considerar la historia clínica, exámenes radiográficos y los análisis de laboratorio se elegirá el anestésico conveniente.

La anestesia general deberá realizarse en un hospital y con un anestesista para mayor control del paciente y de la intervención así como de una adecuada recuperación.

Es recomendable sobre todo en pacientes con parálisis cerebral, retraso mental, etc. y no es indicada en pacientes embarazadas principalmente en el primer y tercer trimestre de embarazo, pues puede provocarse o producirse un aborto o parto prematuro consecuentemente.

Los anestésicos locales son los recomendados para en este caso para la cirugía del tercer molar retenido; la administración de estos anestésicos por vía intrabucal es tan necesaria y tan frecuente para el cirujano dental que es obligación de nosotros e pacientes lo requerimos para el empleo de estos agentes.

Los anestésicos locales son drogas que tienen la propiedad de deprimir bloqueando la conducción nerviosa en forma temporal, lo que va a evitar la sensación de dolor.

IX. SELECCION DEL INTRU-
MENTAL QUIRURGICO.

Es de gran ayuda y factor indispensable durante la operación contar oportunamente con el instrumental necesario, obteniendo los siguientes beneficios :

1. El realizar fácilmente nuestros movimientos sin pérdida de tiempo.
2. Menor probabilidad de accidentes causados por el uso de instrumental inadecuado y en malas condiciones.
3. Reducción del traumatismo que se ejerce sobre los tejidos parodontales.
4. Menor número de molestias postoperatorias para el paciente.

LISTA DEL INSTRUMENTAL REQUERIDO

1. Bisturí (hoja intercambiable del número 12 ó 15).
2. Tijeras rectas o curvas.
3. Eyector quirúrgico.
4. Legra o periostotómo.
5. Separadores.
6. Escoplos

7. Fresas quirúrgicas: redonda del número 5 para osteotomía, de fisura número 5 ó 6 para odontosección.
8. Pinzas gubias.
9. Elevadores (rectos o de bandera):
10. Forceps número 222 o según el caso clínico, puede elegirse de otro número.
11. Motor de baja o alta velocidad dependiendo el caso.
12. Limas para hueso (escofinas).
13. Cucharilla para hueso.
14. Pinzas hemostáticas.
15. Elementos de sutura
 - a). Pinzas portaagujas.
 - b). Aguja e hilo (existen presentaciones comerciales prácticas y económicas en las cuales ya vienen la aguja enhebrada y esterilizada, el calibre es de tres centes, y para este tipo de sutura se utiliza el hilo de seda dental).

X. PREPARACION OPERATORIA
DEL PACIENTE.

Es importante establecer la confianza para poder obtener una comunicación suficiente con el paciente como persona, en quien estamos interesados y por quien nos preocupamos, antes de tratar la necesidad y el carácter del tratamiento quirúrgico.

Una explicación minuciosa y considerada del problema del paciente, como los motivos de la intervención quirúrgica, el carácter del procedimiento, los riesgos implicados, la anestesia y los resultados anticipados.

Una vez que el paciente está preparado mentalmente para la intervención quirúrgica se procederá entonces a prepararlo físicamente.

Esta preparación se inicia indicándole al paciente un enjuague bucal de cualquier antiséptico adecuado para reducir el número de bacterias intrabucales.

Se colocará un lienzo estéril para proporcionar un campo operatorio estéril, este se coloca cubriendo la cara y dejando al descubierto la boca, reduciendo así el traumatismo psicológico. Las porciones expuestas de cara o mentón se lavan y afeitan con jabón y después solución antiséptica. Después se coloca otro lienzo en el pecho del pa

ciente .

La posición del sillón deberá ser lo suficientemente -
baja para que el codo derecho del operador se encuentre en
dirección opuesta al hombro derecho del paciente.

XI . TECNICA Y TIEMPOS

QUIRURGICOS

Siguiendo un orden preciso se enumerarán los tiempos quirúrgicos necesarios para la extracción del 3er. molar inferior retenido.

1. INCISION
2. PREPARACION DE COLGAJO
3. OSTEOTOMIA
4. OPERACION PROPIAMENTE DICHA
5. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
6. SUTURA
7. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

I. INCISION :

Consiste en abrir tejidos blandos para llegar a planos mas profundos, donde debe realizarse el objetivo de la intervención.

REQUISITOS :

- a) Debe iniciarse en el punto más distal, sobre la cara oclusal del tercer molar inferior.
- b) Tiene que ser el trazo firme y de una sola intención.

- c) Nos debe proporcionar un acceso amplio al lugar de la intervención en sí para que el colgajo obtenido nos permita ver correctamente y no se oponga o interfiera a las maniobras posteriores.

La incisión denominada de " Magnus" es la más usual en la actualidad ya que reporta mayores beneficios y consiste en abrir sobre la cresta alveolar y festonear la en cia vestibular del segundo y primer molares, deteniéndose en el espacio interdentario entre el primero y segundo pre molar.

2. PREPARACION DEL COLGAJO :

El colgajo consiste en una masa de tejidos blandos separados incompletamente del cuerpo, especialmente con fines quirúrgicos.

INDICACIONES PARA REALIZAR UN COLGAJO :

1. Se practicará colgajo cuando con ello se consiga mejorar la visualización del campo operatorio.
2. El colgajo debe practicarse cuando esta indicada la eli minación de hueso.
3. Se hará colgajo para evitar que los tejidos blancos sean dañados con la instrumentación sobre dientes o hueso.

REQUISITOS PARA UN CORRECTO COLGAJO :

1. El colgajo deberá ser lo suficientemente grande para — permitir una perfecta visualización y un buen acceso a todas las porciones del hueso que se va a eliminar.
2. Los márgenes del colgajo deberá ser lo suficientemente redondeados, debido a que puede producirse escaras en ángulos pronunciados y puede mal cicatrizar posteriormente.
3. La base del colgajo deberá ser lo suficientemente amplia para asegurar un buen aporte sanguíneo a los tejidos — reflejados.
4. El colgajo debe incluir todo el mucoperiostio para que forme un nuevo hueso.
5. La incisión vertical se llevará a cabo en el área interproximal para evitar la tensión y contracción en tejidos blandos delgados y provocar el desgarramiento y traumatismo de ellos.
6. El colgajo se efectuará de tal forma, que cuando se vuelva a su posición original los márgenes o bordes descansen sobre hueso sano.

Trazada la incisión se hace la hemostasis comprimiendo por breves instantes la región; se toma el periostotomo y se

introduce entre los labios obtenidos por la incisión, dirigiéndose de distal hacia mesial y al tocar francamente el hueso y apoyándose en el periostotomo, se hacen sucesivos movimientos de lateralidad y de giro del instrumento y desprendiendo el labio bucal de la incisión. El desprendimiento del colgajo se realiza en distintas extensiones, según el tipo de retención de que se trate el caso.

3. OSTEOTOMIA :

Término aplicado a la eliminación del hueso que cubre, protege o aloja al 3er. molar .

La osteotomía puede realizarse con :

1. Escoplo o cincel
2. Fresas quirúrgicas
3. Pinza gubia o alveolotomo

En la osteotomía el grado y cantidad de hueso que debe eliminarse esta dado por :

- a) tipo de retención (posición del molar).
- b) Cantidad y altura de hueso
- c) Forma y disposición radicular

Debemos tener en cuenta que es preferible conservar más hueso que el necesario, eliminando de éste todo lo

resistencia, que eliminar demasiado poco, empleando como compensación la fuerza traumática para eliminar el molar.

Es decir, que usando una fuerza manual excesiva para vencer dicha resistencia, puede tener como resultado la fractura de la mandíbula o lesiones alveolares graves (y en algunos casos irreversible) de distinta intensidad.

4. OPERACION PROPIAMENTE DICHA :EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO :

En éste tiempo realizamos en sí el objetivo principal de nuestra intervención, es decir, eliminadas las estructuras óseas (resistencia) procedemos a la extracción del molar incluido, accionando una fuerza ejercida (potencia) sobre el mando del elevador (balanca), y recargado firme y apropiadamente (punto de apoyo) en hueso, e introduciéndose en la cara mesial del molar retenido.

A amplios rasgos, ésta es la mecánica de la extracción pero no siempre es la aplicable en forma absoluta, por razones obvias en relación tanto a la clase de retención y colocación del molar, como a la forma y disposición de sus raíces.

Consecuentemente, resulta indispensable no concretarse a una sólo técnica o conocimiento, al contrario, hay que tratar de manejar varias técnicas y métodos para la cirugía de ésta pieza, por ejemplo la ODONTOSECCION.

VENTAJAS DE LA ODONTOSECCION :

- a) Se disminuye el campo operatorio, traduciéndose en menor edema postoperatorio.
- b). Reduce la cantidad de hueso a eliminarse
- c) Acorta el tiempo operatorio
- d) Suprime casi por completo el trismus postoperatorio
- e) Evita lesión sobre dientes vecinos
- f) Es mínima la lesión sobre el hueso vecino, pues en la extracción se usan elevadores de hoja pequeña que no traumatizan las estructuras peridentarias.
- g) El peligro de fractura del maxilar queda disminuído, pues no se emplea la fuerza mecánica como único factor
- h) En un gran número de casos se disminuye el peligro de lesión sobre el nervio dentario inferior.
- i) El método previene la fractura en las tablas externas e internas alveolares.

La ODONTOSECCION puede realizarse de distintas formas:

1. Con escoplos o cinceles
2. Con escoplo automatico
3. Con fresas quirúrgicas (es el más usual en la actualidad).

NOTA : En pacientes de edad avanzada con hueso hipercalcificado o esclerótico, deben complementarse dos técnicas:

La odontosección precedida de la osteotomía.

Al realizar la odontosección con fresas quirúrgicas existen dos contingencias en su manejo :

1. Sección insuficiente de la corona debido a que la fresa no logra seccionar todo el tejido dentario, y la corona sigue unida a sus raíces por medio de un istmo de esmalte-dentina en cantidad variable y en éste caso nos ayudamos de un instrumento llamado disyuntor.
2. La fresa puede rebasar los límites de la corona y lesionar las porciones óseas que lo rodean y ATRAS PARTES — blandas bucales o linguales, o también lesionar el conducto dentario inferior con la súbita hemorragia y parastesia postoperatoria del labio. A este respecto es indispensable tener adecuada iluminación y anestasia — en el acto operatorio.

5. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA :

Realizada la extracción del molar retenido, el tratamiento sobre la cavidad ósea es el siguiente:

1. Eliminación quirúrgica del saco pericoronario (fuente de hemorragias, alveolitis, osteítis, y eventualmente neoplasias).
2. Raspaje y limado de bordes cortantes con limas para hueso.
3. Corte de tejido granulomatoso, restos epiteliales (si hubo infección aguda, lavado de la cavidad con suero fisiológico tibio).
4. En caso de 3os. molares con pericoronitis se obtura la cavidad alveolar, a base de agentes bactericidas o bacteriostáticos, también los antibióticos son mas eficaces los cuales tienen como objetivo:
 - a) Combatir la infección (conos de penicilina).
 - b) Actúa mecánicamente llenando el alveolo.
 - c) Y se utiliza como agente hemostático (gel-foam).

6. SUTURA

En términos generales se hace de la siguiente manera:

1. Se adapta cuidadosamente el periostio y se vuelve el -
colgajo a su sitio original.
2. Se toma la pinza portaguas con la aguja enhebrada y se
procede a atravesar primero el colgajo lingual y en se
gundo el colgajo bucal.
3. Una vez retirada la aguja se practica el nudo quirúrgi
co y se corta.
4. Dependiendo del caso, se colocaran tantos cuantos pun-
tos sean necesarios.

7. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO INMEDIATO :

Se lava la cavidad bucal con un atomizador que contenga
una solución aséptica y aromatizante, con el fin de eli
minar sangre, o cualquier residuo alojado en algún si-
tio dentro de ésta para evitar que los coagulos entren
en putrefacción.

XII . I N S T R U C C I O N E S P O S T O P E -
R A T O R I A S A L P A C I E N T E

Resulta de buen gusto y muy profesional darle al ___ paciente dichas instrucciones por escrito, ya que en la mayoría de los casos los pacientes lo que desean más es descansar y llegar lo más pronto posible a su domicilio. A continuación las indicaciones que le daremos al paciente:

1. Cuando llegue a su domicilio después de la operación conviene guardar reposo por algunas horas con la cabeza en alto.
2. Colocarse una bolsa con hielo en la cara, sobre la región operada, ya que el frío reduce la congestión, el edema y la hinchazón de los hematomas y el dolor postoperatorio, en períodos de quince minutos por quince minutos de reposo o descanso.
3. No realizar ninguna clase de enjuagatorios.
4. Después de tres horas puede realizarse con soluciones salinas tibias repitiéndose cada dos horas. Así como cepillarse después de los alimentos los dientes vecinos para evitar el acumulamiento excesivo de alimentos.
5. Después si presentara hemorragia mayor que la normal, el paciente puede utilizar un taponamiento de urgencia colocando sobre la herida un trozo de gasa esterilizada sobre la cual morirá mas o menos treinta minutos.

6. La alimentación es conveniente indicar dieta líquida — durante 48 horas que debe ser hipocalórica, hipolípica e hiperproteica para evitar desgarramiento de colgajo o rompimiento de sutura impidiendo la cicatrización.

Después de las 48 horas se manda dieta blanda, después de retirar los puntos de sutura de 5 a 8 días se le indica la dieta normal del paciente .

MEDICACION

1. Se le receta al paciente analgésicos para combatir el dolor postoperatorio.
2. La ingestión de vitamina B y B₁₂ colaboran para la restitución de tejidos en el proceso de cicatrización.
3. Si hubo procesos infecciosos severos, se le receta al paciente antibióticos con el fin de evitar o prevenir complicaciones y eliminar totalmente dichos procesos.
4. Dependiendo del traumatismo ocasionado por la interven^ución quirúrgica sobre tejidos parodontales (duros blan^ucos), se le recetará antiinflamatorios, también.

REVISION PERIODICA

1. Se cita al paciente a las 48 horas después de la inter
vención para ver si no hubo complicaciones, se le prac
tica un lavado sobre el sitio operado y sus vecindades
eliminando el mal gusto y el mal aliento.
2. Se cita a los 5 días para retirarle los puntos de sutu
ra y se proyecta un delicado chorro de agua tibia en -
la zona que se retiro los puntos de sutura.
3. Por último se cita a los tres días después, para obser
var y asegurar el éxito de la intervención.

XIII . COMPLICACIONES POSTOPE-

RATORIAS MAS FRECUENTES

Las complicaciones más frecuentes que se van a presentar después de una intervención quirúrgica de un tercer molar incluido van a ser :

TRISMIUS

INFECCION

HEMATOMA

EQUIMOSIS

HEMORRAGIA

ALVEOLITIS

TRISMIUS .- Es la incapacidad temporal de abrir la boca debido a la contractura de los músculos elevadores del maxilar inferior (maseteros), que se van a relacionar con lesiones de evolución.

Puede plantear entre todo un problema etiológico que puede deberse a causas locales ya sea traumáticas, inflamatorias o tumorales — y también a causas generales, principalmente se puede deber a un proceso de tétanos.

Reconocer el trismus es sencillo, siendo

necesario precisar sus características; aparición rápida o lenta y progresiva, intensidad variable, unilateral o bilateral, carácter — continuo o no, y si es acompañado por dolor intenso o moderado.

El trismus cede fácilmente a la anestesia general; disminuyendo su intensidad después de aplicar ~~una~~ anestesia local de ambos maseteros o por alcoholización del ganglio esfenopalatino.

La etiología del trismus se divide en .

a).- Causas generales

b).- Causas locales

a) Causas locales.- Traumáticas, fracturas de la región condilea de la apófisis coronoides o de la rama ascendente del maxilar inferior o del ángulo de la mandíbula.

El trismus no significa fractura, puede aparecer por heridas que afectan directamente al músculo, o heridas cutáneas con hematoma, cuerpos extraños intramusculares y por pequeñas contusiones, a las que se agregan el choque

psíquico, por último, también puede aparecer simplemente como una secuela. En otros casos se puede tratar de traumatismos operatorios es pecialmente después de la extracción del tercer molar.

Inflamatorias. Con mas frecuencia se trata de la complicación de una infección que determina un osteoflegmón o una celulitis perimaxilar limitada. Esta celulitis son internas y externas; en estas últimas el trismus es más precoz y se acompaña de disfagia intensa, especialmente si se trata de un flegmón periamigdalino de Scat o pterigoaxilar.

Durante los accidentes producidos por la aparición del tercer molar, es también un elemento importante. El trismus se acompaña de la pericoronitis supurada que origina también otros accidentes infecciosos en la mucosa.

El trismus es uno de los signos principales de la osteomielitis hematógena del maxilar inferior de los adolescentes en su fase de localización. Se puede encontrar también en el curso del flegmón difuso y de los flegmones limitados.

Las estomatitis que se entienden considerablemente

hacia atrás pueden ser responsables de la aparición del trismus, es también un síntoma constante de la artritis temporomaxilar y miositis supuradas agudas, en ciertas lesiones cutáneas, por actinomicosis cervicofacial o bien, en las lesiones luéticas de los músculos masticadores.

Tumorales. El trismus en estos casos contiene un importante pronóstico, en el cáncer ya diagnosticado, pues sirve de indicio de la extensión, ya sea que afecte al arco cigomático, o bien, en forma de un epiteloma peringual o una neoplasia del velo del paladar o de la amígdala.

b) Causas Generales. - Estas producidas por la posibilidad de la infección, es un signo constante, que es relativamente muy precoz, moderado al principio y posteriormente intermitente, es progresivo y toma lentamente el carácter de las contracturas tetánicas.

En ciertos casos, la infección tetánica es de localización exclusivamente cefálica y puede acompañarse o no de parálisis facial o de otras afecciones de los nervios craneales.

INFECCION :

Es la invasión de los tejidos orgánicos por microorganismos patógenos los cuales se van a multiplicar rápidamente, ocasionando un proceso patológico. Los gérmenes infectantes más comunes son los estreptococos alfa o beta hemolíticos, los estafilococos con menos frecuencia el actinomyces y el mycobacterium tuberculosis.

El mejor tratamiento posible es la prevención, que trata de evitar fundamentalmente la osteomielitis en el enfermo. El operador debe intentar el drenaje, evitando con ello el camino de nuevos focos de infección.

Ocasionalmente se van a utilizar antibióticos, algunos en grandes dosis, para lograr evitar el progreso local de la infección y hasta la necrosis ósea.

Las infecciones se pueden clasificar en :

Infecciones primarias.- Que son las primeras manifestaciones de la enfermedad en el organismo.

Infecciones Mixtas.- Ocurre cuando ésta va a ser causada por dos o más microorganismos.

Infecciones Secundarias.- Cuando el organismo ha sido debilitado por una infección primaria, existiera en muchas predisposiciones a contraer otra infección originada por el mismo germen u otro microorganismo patógeno.

Otra clasificación de las infecciones se basa en la distribución de los microorganismos en el huésped y así tendremos las siguientes ;

Infección Local.— Cuando los síntomas se localizan en una sola área de la superficie corporal, como puede ocurrir en las heridas.

Infección Focal : Cuando los microorganismos se encuentran originalmente confinados en una región determinada desde donde se propagan ellos mismos o sus toxinas hacia otras partes del organismo, por medio del torrente sanguíneo.

Infección sistemática o general. cuando existe una invasión general hacia todos los sistemas orgánicos.

Las infecciones a su vez se podrán subdividir en :
Bacterianas, septicemias, piomias, sapremias o toxemias.

HEMORRAGIA.— Es la salida de líquido sanguíneo fuera de los vasos y su derramen en la superficie externa, en los intersticios de los tejidos y en las cavidades del organismo. La hemorragia sobreviene porque en los vasos lesionados las células endoteliales adquieren mayor laxitud, se separan unas de otras y permiten la diapedesis, tiene importancia dos factores, primero la elevación de la presión

Sanguínea y segundo, la disminución de la coagulabilidad de la sangre.

Se ha visto que la coagulabilidad de la sangre depende de la rapidez con la que los trombos obliteren las anastomosis de continuidad de los vasos.

La hemorragia es una herida separa los tejidos y aumenta la labor que deben efectuar para unir las células vivas los bordes de la herida. Son un medio excelente para el desarrollo de bacterias y favorecen la aparición de infecciones, a causa de la tensión que se produce, retrasa su crecimiento o retrasa el riego sanguíneo de las células.

La necesidad de lograr una hemostasia ideal no justifica el empleo de suturas o ligaduras innecesarias que vienen a constituir en ocasiones otros cuerpos extraños y dificultan, por consiguiente, el riego sanguíneo.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia se puede clasificar en :

Hemorragia Primaria . Se presenta en el momento de la cirugía y se atribuye al corte de los vasos sanguíneos.

Hemorragia Secundaria. Se presenta 24 horas después de la cirugía y puede atribuirse a diversos factores trauma intrínsecos o infección.

Hemorragia Terciaria. Se refiere al sangrado que se pro-

Sanguínea y segundo, la disminución de la coagulabilidad de la sangre.

Se ha visto que la coagulabilidad de la sangre depende de la rapidez con los que los trombos obliteren las soluciones de continuidad de los vasos.

La hemorragia es una herida separa los tejidos y aumenta la labor que deben efectuar para unir las células vivas los bordes de la herida. Son un medio excelente para el desarrollo de bacterias y favorecen la aparición de infecciones, a causa de la tensión que se produce, retrasa su crecimiento o retrasa el riego sanguíneo de las células.

La necesidad de lograr una hemostasia ideal no justifica el empleo de suturas o ligaduras innecesarias que vienen a constituir en ocasiones otros cuerpos extraños y dificultan, por consiguiente, el riego sanguíneo.

Según el tiempo en que se presenta la hemorragia se puede clasificar en :

Hemorragia Primaria . Se presenta en el momento de la cirugía y se atribuye al corte de los vasos sanguíneos.

Hemorragia Secundaria. Se presenta 24 horas después de la cirugía y puede atribuirse a diversos factores trauma intrínsecos o infección.

Hemorragia Intermedia. Se refiere al sangrado que se pro-

senta 24 horas despues de la cirugía.

Las consecuencias patológicas pueden dividirse en generales y locales; las primeras se limitan a la disminución de la cantidad de sangre del volumen total y las segundas consisten en el incremento de la presión ejercida localmente por la sangre derramada, pudiendo dar lugar a varios factores; puede ser favorable por impedir o retar-dar otras hemorragias, pero a medida que sea mayor la im-portancia funcional del órgano que se produce, las consecu-encias serán de mayor trascendencia.

HEMATOMA.- Es una variedad de la hemorragia, se le llama hematoma a toda colección de líquido sanguíneo enquistado.

El hematoma carece de circulación hasta que se orga-niza, por lo que puede contener bacterias y propiciar el desarrollo de alguna infección. La falta de circulación anulifica el tratamiento con antibióticos.

La formación de hematomas generalmente puede evitarse ejerciendo control sobre el sangrado operatorio y post operatorio, los apósitos de presión aplicados directamente a los sitios quirúrgicos son muy eficaces si son dejados en su lugar 12 a 24 horas; esto asegura buena adaptación

del mucopericostio al hueso, reduciendo así la frecuencia de la formación de hematomas. Sin embargo si se forma hematoma deberán ser evacuados mediante una incisión adecuada y drenaje.

EQUIMOSIS.- Es otra variedad de la hemorragia, las pequeñas hemorragias puntiformes se denominan petequias, cuando son de mayor magnitud se les llama zonas de Equimosis y se pueden observar después de algunos procedimientos dentales alveolares y que pueden alarmar al paciente. Este desaparece generalmente en 10 a 14 días, son mas frecuentes en los ancianos.

ALVEOLITIS.- Es una de las complicaciones postoperatorias mas frecuentes y mas desagradables. Alveolo seco, osteitis alveolar, alveolo necrotico y osteomielitis localizada son términos, utilizados para describir la afección que se presenta cuando se desintegra el coagulo sanguíneo, las terminaciones nerviosas quedan expuestas a la cavidad bucal provocando con frecuencia dolor intenso.

Deberá instituirse un tratamiento para aliviar el dolor grave y persistente asociado con esta afección, consiste en la aplicación de un agente local para aliviar el dolor y un antiséptico para combatir cualquier infección localizada que pudiera existir.

CONCLUSIONES

Considero que la habilidad quirúrgica y la capacidad mecánica deben estar aunadas a la reflexión científica para alcanzar el éxito, pues en realidad un resultado satisfactorio no dependerá exclusivamente de las maniobras efectuadas en el momento quirúrgico, sino que en gran parte resulta de los cuidados médicos pre y postoperatorios para conseguir una mejor evolución.

Ha sido pues mi única intención, transmitir mis propias experiencias sobre el tema y auxiliándome en gran parte en la recopilación de datos de varios autores especialistas en éste tema; Esperando que este trabajo elaborado con tanto interés y entusiasmo que aunque de manera muy breve, sirva como una pequeña guía auxiliar para aquel que se encuentra desorientado e ignorante sobre el tema.

Concluyo pues, pidiendo disculpas por todos aquellos datos que haya omitido, pero con la confianza de que a lo largo de la experiencia que adquiriera en la práctica de mi carrera, haré hincapié modificando y a la vez ampliando mis conocimientos sobre el tema de Tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores retenidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1). MANUAL OF LOCAL ANESTHESIA IN GENERAL DENTISTRY
COOK-WAITE LABORATORIES
- 2). MEDICINA BUCAL
BURKET
INTERAMERICANA 1973 , QUINTA EDICION.
- 3). TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
WILLIAM G. SHAFFER-NAYWARD K. HINE-BARNET M LEVY
INTERAMERICANA 1977, TERCERA EDICION.
- 4). DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
EDUARD V. ZEGARELLI
SALVAT? 1976.
- 5). CIRUGIA BUCAL
W. HARRY ARCHER
ED. MUNDI.
- 6). TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
GUSTAVO C. KRUEBER
INTERAMERICANA 1978, CUARTA EDICION.
- 7). CIRUGIA BUCAL
RUPERT H. THOMAS

- 8). CIRUGIA BUCAL PRACTICA
DANIEL E. WAITE
C.E.C.S.A., 1978
- 9). MANUAL DE CIRUGIA
THEODORE R. SCHROCK
MANUAL MCLEBENC, 1980
- 10). CIRUGIA ESTOMACOLOGICA Y MAXILOFACIAL
GENESSET GUSRAVE
- 11). CLINICS IN HEMATOLOGY
A.S. DOUGLAS
PRIMERA EDICION
- 12). INTERPRETACION DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO
EFRAIN SHOR PINSFER
PRIMERA EDICION*